



FORSCHUNGSBERICHT

466

Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben

Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben

Machbarkeitsstudie

BMAS Forschungsbericht Abschlussbericht

Dr. Joachim Jungmann

Flein

Februar 2016

Auftraggeberschaft / Inhaltliche Verantwortung / Copyright

Erstellt im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales.

Die Durchführung der Untersuchungen sowie die Schlussfolgerungen aus den Untersuchungen sind von dem Auftragnehmer in eigener wissenschaftlicher Verantwortung vorgenommen worden. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales übernimmt insbesondere keine Gewähr für die Richtigkeit, Genauigkeit und Vollständigkeit der Untersuchungen.

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

Kurzbeschreibung

Zur Vorbereitung eines Hilfesystems für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie in der Zeit von 1949 bis 1975 in der BRD sowie in der Zeit von 1949 bis 1990 in der DDR Leid und Unrecht erfahren haben, wurden anhand von staatlichen Statistiken, Erhebungen und Berichten der Träger der Freien Wohlfahrtspflege, fachspezifischen Querschnittserhebungen und Forschungsbefunden Schätzungen vorgenommen. Angesichts der häufig nicht ausreichend auf die Altersgruppen der Minderjährigen bezogenen Angaben waren Hochrechnungen und Anteilsberechnungen erforderlich. Unter Beachtung möglicher Mehrfach- und Doppelaufnahmen in beide Einrichtungsformen ergaben die Berechnungen für den 27-jährigen Untersuchungszeitraum in der BRD insgesamt rd. 116.100, davon 66.500 in stationären Einrichtungen der Psychiatrie und 49.600 in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe, untergebrachte junge Menschen. Im 42-jährigen Untersuchungszeitraum für die DDR belaufen sich die Schätzungen auf insgesamt rd. 139.900, davon 116.200 in stationären Einrichtungen der Psychiatrie und 23.700 in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe behandelte und betreute Personen.

Aus den möglichen Konstellationen von Leid- und Unrechtserfahrungen, die orientiert an den Schwerpunktsetzungen der dazu vorliegenden Literatur formuliert wurden, errechnete sich unter Beachtung der möglichen Mortalitätsquote die Gesamtschätzung von **rd. 97.000 Frauen und Männern**, die zur Anmeldung einer Inanspruchnahme des geplanten Hilfesystems berechtigt sein könnten.

Abstract

In preparation for an aid system for people, who as children had been placed in child and youth institutions for the mentally handicapped and in in-patient psychiatric institutions from 1949 to 1975 in the Federal Republic of Germany (FRG) and from 1949 to 1990 in the German Democratic Republic (GDR) cross-sectional data, research findings and estimations were acquired by analyzing official statistics and reports compiled by social welfare organizations. Projections were made, when details of the minors' age structure were not adequately available. It can be surmised, that during the investigation period 66.500 people in the FRG had been placed in residential care and a further 49.600 in in-patient psychiatric institutions during their childhood and adolescence. In the 42-year investigation period in the GDR 116.200 young people were placed in in-patient psychiatric institutions and a further 23.700 in institutions for the mentally handicapped.

Approximately 97.000 individuals, who had experienced injustice and distress due to the effects of violence pressure, non-indicated medication without informed consent, sexual abuse and (hard) labour without social security contributions, who would be eligible to make a claim.

Inhalt

Tabellenverzeichnis	15
Abkürzungsverzeichnis	17
Zusammenfassung	19
1. Einleitung	21
1.1 Hintergrund des Forschungsvorhabens	21
1.2 Arbeitsziele des Forschungsvorhabens	23
1.2.1 Klärung und Bewertung der vorhandenen Datenlage	23
1.2.2 Schätzung der Anzahl von stationären Einrichtungen und dort vorgehaltenen Betten/Plätze	23
1.2.3 Schätzung der Anzahl der untergebrachten Kinder und Jugendlichen	24
1.2.4 Zur Versorgungs- und Lebenssituation der untergebrachten jungen Menschen	25
1.2.5 Schätzung der möglicherweise Anmeldeberechtigten	25
1.2.6 Zur Thematik der „Fehlleitung“ von jungen Menschen in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie in der BRD	25
1.2.7 Zur Entwicklung von Strategien zur präzisen Ermittlung der Anzahl der Betroffenen	25
2. Klärung und Bewertung der vorhandenen Datenlage	26
2.1 Von der ASMK-Geschäftsstelle 2014 (Rheinland-Pfalz) mit Anschreiben vom 25.04.2014 vorgelegte Daten und Ausarbeitungen	26
2.2 Von der GMK-Geschäftsstelle der 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014 (Freie und Hansestadt Hamburg) mit Anschreiben vom 25.04.2014 vorgelegte Daten und Ausarbeitungen	27
2.3 Von der JFMK-Geschäftsstelle (Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen des Landes Rheinland Pfalz) vorgelegte Daten und Ausarbeitungen	28
2.4 Von den Kirchen vorgelegte Daten und Ausarbeitungen	29
2.5 Ausführungen der Lebenshilfe	30
2.6 Befunde von Wapler, F. (2013)	30
2.7 Mitteilungen zur Fürsorgestatistik 1960/61	30
2.8 Schätzung von Prof. P. Schruth	31

2.9	<i>Auszug aus der Untersuchung von Gries, G. (2002). „Kindesmisshandlung in der DDR“</i>	31
2.10	<i>H. Bräutigam (2011). Studie zur „Heimerziehung im Evangelischen Johannesstift zwischen 1945 und 1970“</i>	32
2.11	<i>Psychiatrie-Enquête– Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode – Bericht sowie Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland Drucksachen 7/4200 und 7/4201 (1975)</i>	32
2.12	<i>Kunze, H. & Kaltenbach, L. (1992/2003) (Hrsg.). Psychiatrie-Personalverordnung. 4. überarb. u. akt. Aufl. (Psych-PV)</i>	33
2.13	<i>Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hrsg.) (1998). Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung</i>	34
2.14	<i>Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (Hrsg.) (2002). Bundesweite Erhebung zur Versorgungssituation der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland</i>	34
2.15	<i>Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG), Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter/innen des Pfl eg- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (Hrsg.) (2009). Zielsetzungs- /Orientierungsdaten Kinder- und Jugend-psychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland</i>	35
2.16	<i>Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich - auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung</i>	35
2.17	<i>Statistisches Bundesamt (Fachserie 2001 13 R 5.1; Datenreport 2006; Destatis, Abfrage Juli 2015: Staat & Gesellschaft - Bevölkerungsstand – Bevölkerung)</i>	36
2.18	<i>Liepmann, M. C. (1979). Geistig behinderte Kinder und Jugendliche</i>	36
2.19	<i>Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht. KVJS Forschung</i>	38
2.20	<i>Schirmer, S., Müller, K. & Späte, H. F. (1963). Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch i.V., DDR</i>	39
2.21	<i>Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen</i>	40

2.22	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (1970). Gesamtstatistik der Freien Wohlfahrtspflege	40
2.23	Barsch, S. (2013). Geistig behinderte Menschen in der DDR	41
2.24	Jahrbücher über „Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik“, Jahrgänge 1965, 1967, 1978, 1982, 1983, 1986 und 1989. Herausgegeben vom Institut für Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes, vom Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens bzw. vom Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung	41
2.25	Dreier, A. & Laudien, K. (2012). Einführung. Heimerziehung in der DDR	42
2.26	Heime und Anstalten der Bundesvereinigung der Lebenshilfe für geistig behinderte Kinder e.V. (Bundesvereinigung Lebenshilfe, 1966)	42
3.	Schätzung der Anzahl der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie	43
3.1	Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe	43
3.1.1	Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD	43
3.1.2	Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR	44
3.1.3	Abschließende Bemerkung	49
3.2	Stationäre Einrichtungen der Psychiatrie	50
3.2.1	Stationäre Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD	50
3.2.2	Stationäre Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR	52
4.	Schätzung der Anzahl der von 1949 bis 1975 in der BRD und von 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie untergebrachten Kinder und Jugendlichen	55
4.1	Zur Methodik	55
4.1.1	Bevölkerungsstatistik	55
4.1.2	Epidemiologische Prävalenzschätzungen	57
4.1.3	Zur Schätzung von jährlichen Aufnahmezahlen (Neuaufnahmen) in die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	58
4.2	Schätzung der Anzahl der in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen	60
4.2.1	Schätzung der Anzahl der in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD untergebrachten Kinder und Jugendlichen	60
4.2.1.1	Schätzung auf der Basis der Prävalenzrate von 8,3% für die BRD (Berechnung s. Kap. 4.1.2)	60
4.2.1.2	Schätzung auf der Basis der Angaben der Psychiatrie-Enquête für die BRD (Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4201 (1975))	61
4.2.1.3	Schätzung auf der Basis von Eingliederungshilfe für die BRD	61

4.2.1.4	<i>Schätzung auf der Basis der Gesamtstatistik der Freien Wohlfahrtspflege für die BRD (Stand 1970)</i>	63
4.2.1.5	<i>Schätzung auf der Basis von Angaben der Kirchen für die BRD</i>	63
4.2.1.6	<i>Schätzung auf der Basis des Heimverzeichnisses der Bundesvereinigung Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e.V.</i>	66
4.2.2	<i>Schätzung der Anzahl der in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR untergebrachten Kinder und Jugendlichen</i>	67
4.2.2.1	<i>Schätzung auf der Basis der Prävalenzrate von 8,3 ‰ (Berechnung s. Kap. 4.1.2)</i>	67
4.2.2.2	<i>Schätzung auf der Basis von Angaben aus den statistischen Jahrbüchern des Gesundheitswesens der DDR</i>	68
4.2.2.3	<i>Gries, S. (s. Kap. 2.9)</i>	70
4.2.2.4	<i>Schätzung auf der Basis von Angaben der Kirchen für die DDR</i>	71
4.2.2.5	<i>Schätzung aller in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR stationär untergebrachten Kinder und Jugendliche auf der Basis von Angaben der Katholischen Kirche – Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz für die DDR</i>	72
4.2.3	<i>Abschließende Schätzung der Anzahl der im Untersuchungszeitraum in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen in der BRD und in der DDR</i>	72
4.3	<i>Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die von 1949 bis 1975 in der BRD (unter 21-Jährige) und von 1949 bis 1990 in der DDR (unter 18-Jährige) in stationären Einrichtungen der Psychiatrie untergebracht waren</i>	73
4.3.1	<i>Schätzung der Anzahl der in stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD untergebrachten Kinder und Jugendlichen</i>	73
4.3.2	<i>Schätzung der Anzahl der in stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR untergebrachten Kinder und Jugendlichen</i>	75
4.4	<i>Abschließende Schätzung für die stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD und in der DDR</i>	78
5.	Zur Versorgungs- und Lebenssituation der untergebrachten jungen Menschen	79
5.1	<i>Zur Versorgungs- und Lebenssituation der jungen Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie in der BRD</i>	79
5.1.1	<i>Zur Versorgungs- und Lebenssituation in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe von 1949 bis 1975 in der BRD</i>	79
5.1.2	<i>Zur Versorgungs- und Lebenssituation in stationären Einrichtungen der Psychiatrie von 1949 - 1975 in der BRD</i>	79
5.2	<i>Zur Versorgungs- und Lebenssituation der jungen Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie in der DDR</i>	81
5.2.1	<i>Zur Versorgungs- und Lebenssituation in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe von 1949 bis 1990 in der DDR</i>	81
5.2.2	<i>Zur Versorgungs- und Lebenssituation in stationären Einrichtungen der Psychiatrie von 1949 bis 1990 in der DDR</i>	82

6.	Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in der BRD und der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben	85
6.1	Erfahrung von Leid und Unrecht durch Übergriffe auf die körperliche und seelische Unversehrtheit	85
6.1.1	Erfahrung von Leid und Unrecht durch ungerechtfertigte Zwangsmaßnahmen, Strafen und Demütigungen	85
6.1.2	Erfahrung von Leid und Unrecht durch Einsatz von Psychopharmaka bei unzureichender Indikationsstellung, ohne adäquate Aufklärung und Zustimmung ("informed consent") sowie unter Inkaufnahme unerwünschter Nebenwirkungen	87
6.1.3	Erfahrung von Leid und Unrecht durch sexuellen Missbrauch	88
6.2	Erfahrung von Leid und Unrecht durch Verlust bzw. Vorenthalt von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität	89
6.3	Erfahrung von Leid und Unrecht aufgrund erzwungener oder nicht entlohnter Arbeit und Vorenthalt von Sozialversicherungsbeiträgen	91
6.4	Schätzung der möglichen Opferzahlen	91
6.4.1	Mögliche Opferzahlen aufgrund der Erfahrung von Leid und Unrecht durch ungerechtfertigte Zwangs- und Strafmaßnahmen sowie demütigende Erfahrungen	92
6.4.2	Mögliche Opferzahlen aufgrund der Erfahrung von Leid und Unrecht durch Einsatz von Psychopharmaka bei unzureichender Indikationsstellung, ohne adäquate Aufklärung und Zustimmung ("informed consent") sowie unter Inkaufnahme unerwünschter Nebenwirkungen	94
6.4.3	Mögliche Opferzahlen aufgrund der Erfahrung von Leid und Unrecht durch sexuellen Missbrauch	95
6.4.4	Mögliche Opferzahlen aufgrund der Erfahrung von Leid und Unrecht durch erzwungene oder nicht entlohnte Arbeit und Vorenthalt von Sozialversicherungsbeiträgen	95
6.4.5	Mögliche Opferzahl aufgrund der Erfahrung von Leid und Unrecht durch Verlust bzw. Vorenthalt von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität	96
6.4.6	Abschließende Anmerkung zur Bewertung der ermittelten Opferzahlen	96
6.5	Geschätzte Gesamtzahl der möglichen Anmeldungen unter Berücksichtigung der Mortalitätsrate	97
7.	Zur Frage der „sogenannten Fehlgeleiteten“	100
7.1	„Fehlleitung“ von jungen Menschen in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD	100
7.2	Schätzungen zur möglichen „Fehlleitung“ in stationäre Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD	103
7.3	„Fehlleitung“ in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR	104

7.4	Schätzungen zur möglichen „Fehlleitung“ in stationäre Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR	105
7.5	Abschließende Bemerkung	107
8.	Entwicklung von Strategien zur präzisen Ermittlung der Anzahl der Betroffenen	109
8.1	Zur präzisen Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Untersuchungszeiträumen in der BRD und in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie untergebracht waren	109
8.2	Zur präzisen Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Untersuchungszeiträumen in der BRD und in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben	112
9.	Literaturverzeichnis	121

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 3-1</i>	<i>Betten in stationären Einrichtungen der Psychiatrie für Kinder und Jugendliche in der DDR (Stand 1989)</i>	<i>52</i>
<i>Tabelle 3-2</i>	<i>Betten in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie in der DDR</i>	<i>53</i>
<i>Tabelle 4-1</i>	<i>Bevölkerungszahlen für die Bundesrepublik Deutschland (BRD)</i>	<i>56</i>
<i>Tabelle 4-2</i>	<i>Bevölkerungszahlen für die Deutsche Demokratische Republik (DDR)</i>	<i>56</i>
<i>Tabelle 4-3</i>	<i>Berechnung der möglichen jährlichen Neuaufnahmen von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe</i>	<i>59</i>
<i>Tabelle 4-4</i>	<i>Schätzung der Anzahl der unter 21-Jährigen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen 1949 – 1975 in der BRD auf der Basis der Prävalenzrate von 8,3‰</i>	<i>60</i>
<i>Tabelle 4-5</i>	<i>Anteilige Berechnung der Anzahl der Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD auf der Basis der Angaben der Psychiatrie-Enquête</i>	<i>61</i>
<i>Tabelle 4-6</i>	<i>Anzahl der unter 21-Jährigen in Anstalten in der BRD, die Sozialhilfe erhielten (Angaben von Wapler, 2013)</i>	<i>62</i>
<i>Tabelle 4-7</i>	<i>Anteilige Berechnung der Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD (auf der Basis von Tab. 4-6)</i>	<i>62</i>
<i>Tabelle 4-8</i>	<i>Gesamtstatistik der Freien Wohlfahrtspflege in der BRD (Stand 1.1.1970)</i>	<i>63</i>
<i>Tabelle 4-9</i>	<i>Schätzung auf der Basis der Angaben des 76. Jahrbuchs des Diakonischen Werks der EKD (Stand 1975)</i>	<i>64</i>
<i>Tabelle 4-10</i>	<i>Schätzung der in katholischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie zwischen 1949 und 1990 in Gesamt-Deutschland stationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen auf der Grundlage der CBP-Vorstudie „Heimkinderzeit in der katholischen Behindertenhilfe und Psychiatrie 1949 – 1975“</i>	<i>65</i>
<i>Tabelle 4-11</i>	<i>Kinder und Jugendliche in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte in der BRD (Stand Herbst 1966)</i>	<i>66</i>
<i>Tabelle 4-12</i>	<i>Schätzung der Anzahl der in stationären Einrichtungen für Behindertenhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen 1949 – 1990 in der DDR auf der Basis der Prävalenzrate von 8,3‰</i>	<i>67</i>
<i>Tabelle 4-13</i>	<i>Einrichtungen und Plätze für „schulbildungsunfähige“ Kinder und Jugendliche nach Art der Einrichtungen und Einrichtungsformen</i>	<i>68</i>

<i>Tabelle 4-14</i>	<i>Stationäre Plätze in staatlichen und nicht staatlichen Pflegeheimen einschließlich Blindenanstalten, Feierabendheimen und Heimen für soziale Betreuung in der DDR</i>	<i>69</i>
<i>Tabelle 4-15</i>	<i>Plätze in stationären Einrichtungen für schulbildungsunfähige Kinder und Jugendliche (3 – 18 Jahre) in der DDR (Stand 1989, zit. in Gries (2012))</i>	<i>70</i>
<i>Tabelle 4-16</i>	<i>Zusammenstellung der Schätzungen von Kindern und Jugendlichen für Gesamt-Deutschland</i>	<i>72</i>
<i>Tabelle 4-17</i>	<i>Aufenthaltsdauer der Patienten in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der BRD am 30. Mai 1973</i>	<i>73</i>
<i>Tabelle 4-18</i>	<i>Aufenthaltsdauer der Patienten in Universitätskliniken in der BRD am 30. Mai 1973</i>	<i>74</i>
<i>Tabelle 6-1</i>	<i>Berechnung der Überlebensrate in Bezug auf vollendetes Alter für Frauen und Männer in Jahren – basiert auf Angaben der allgemeinen Sterbetafel für Deutschland 2010/2012 (Statistisches Bundesamt)</i>	<i>98</i>

Abkürzungsverzeichnis

AFET	Allgemeiner Fürsorgeerziehungstag e.V. (bis 1971) und seine Nachfolger: Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) sowie AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. zur Heimerziehung
ASMK	Arbeits- und Sozialministerkonferenz
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BRD	Bundesrepublik Deutschland
BSHG	Bundessozialhilfegesetz
BVerfG	Bundesverfassungsgericht
CBP	Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DDR	Deutsche Demokratische Republik
FE	Fürsorgeerziehung
FEVG	Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen
GB	Geistige Behinderung
GG	Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland
GMK	Gesundheitsministerkonferenz
HU	Humboldt-Universität zu Berlin
JFMK	Jugend- und Familienministerkonferenz
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
LArchG	Landesarchivgesetz
LWL	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
PLK	Psychiatrisches Landeskrankenhaus
RGr	Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge
RFV	Reichsfürsorgepflicht-Verordnung
RJWG	Reichsjugendwohlfahrtsgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch

Zusammenfassung

Die im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales erstellte Studie hat die möglichst valide Schätzung der Anzahl Betroffener zum Ziel, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland und von 1949 bis 1990 in der DDR während ihrer Unterbringung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben könnten. Die Ergebnisse dienen der Vorbereitung und Ausgestaltung eines möglichen Hilfesystems.

Im Ansatz der Untersuchung erfolgten zunächst die beschreibende Darstellung und Bewertung der vom Autor eingesehenen Datenlage. Die Problematik der bis in die frühen Nachkriegsjahre zurückreichenden Analyse der Versorgungsstrukturen und Versorgungspraxis für psychisch kranke, seelisch, geistig und mehrfach behinderte junge Menschen in beiden Teilen Deutschlands liegt wesentlich in der Verfügbarkeit und Zuverlässigkeit der erreichbaren Informationen und Datenquellen. Während für den Bereich der westdeutschen Bundesländer in der BRD ein 27-jähriger Zeitraum zu bewerten war, musste für die ostdeutschen Bundesländer in der damaligen DDR eine Zeitspanne von 42 Jahren berücksichtigt werden. Die sich im historischen Verlauf verändernden fachlichen und administrativen Konzeptionen im Umgang mit Behinderung und psychischer Krankheit betrafen zudem zwei politisch völlig unterschiedliche politische Systeme einschließlich der darin geltenden zivilgesellschaftlichen Einstellungen zur Erziehung, Behandlung und möglichen Förderung der betroffenen jungen Menschen.

Die zusammengestellten Schätzungen zu Fallzahlen der in den **stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe** untergebrachten Kinder und Jugendlichen erfolgen sowohl für die BRD als auch für die DDR nur eingeschränkt auf bestimmte Einrichtungen bezogen. Sie orientieren sich eher an Einrichtungstypisierungen, Prävalenzschätzungen, Bevölkerungsstatistiken und epidemiologischen Hochrechnungen, die unter Bezug auf den statistischem Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe vorgenommen wurden.

Aus der Zusammenführung der auf verschiedenen Berechnungsgrundlagen basierten Schätzungen, die relativ nahe beieinander lagen, ergab sich die geschätzte Gesamtzahl von rd. (49.600 in der BRD + 23.700 in der DDR) **73.300** Kindern und Jugendlichen, die in den Untersuchungszeiträumen in **beiden Teilen Deutschlands** in **stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe** betreut worden sein könnten.

Nach den auf der Auswertung der eingesehenen Statistiken basierenden Schätzungen dürfte die Anzahl klinischer Behandlungsplätze, die in der Zeit zwischen 1949 und 1975 in **stationären Einrichtungen der Psychiatrie** für Kinder und Jugendliche **in der BRD** vorgehalten wurden, mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht über einer Größenordnung von rd. 4.700 stationären Behandlungsplätzen pro Jahr gelegen haben. Die Summierung der in **psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen, in Universitätskliniken** und in **psychotherapeutischen u. psychosomatischen Klinikbereichen** ermittelten Schätzzahlen ergab unter Beachtung möglicher Mehrfachaufnahmen (nach der Berechnung: 47.000 + 3.100 + 16.400 = 66.500) die Gesamtzahl von **mindestens 66.500 unter 21-jährigen Personen,**

die zwischen 1949 und 1975 in stationären psychiatrischen Einrichtungen der westdeutschen Bundesländer untergebracht gewesen sein könnten.

Für die **stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR** errechnete sich die geschätzte Anzahl von 5.607 stationären Behandlungsplätzen, die in der Zeit zwischen 1949 und 1990 im Jahresdurchschnitt für Kinder und Jugendliche vorgehalten worden sein könnten. Die Schätzung der im Untersuchungszeitraum in **psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen** sowie in **Universitätskliniken und sog. Theoretischen Instituten** der DDR untergebrachten jungen Menschen (nach der Berechnung: $103.900 + 12.300 = 116.200$) belief sich auf **rd. 116.200 Kinder**.

Um eine mögliche „Überlappung“ der errechneten Fallzahlen durch konsekutive Behandlung der Betroffenen in beiden Einrichtungsformen zu beachten, wurde ein Abzug von 17,5% bezüglich der in Behinderteneinrichtungen versorgten (=12.800) Personen vorgenommen. Damit ergab sich als Ausgangswert für die Schätzung der möglichen Opferzahlen die Anzahl von **insgesamt rd. 243.200 in den stationären Einrichtungen untergebrachten Kindern und Jugendlichen**.

Unter Ausrichtung auf definierte „Opferkonstellationen“ und Beachtung deren möglicher Überschneidungen ergaben sich die Schätzungen von Betroffenenenzahlen durch Erfahrungen von Leid und Unrecht aufgrund

- ungerechtfertigter, medizinisch bzw. therapeutisch oder pädagogisch begründeter Zwangs- und Strafmaßnahmen sowie demütigender Erfahrungen: 46.200 Betroffene;
- der Erfahrung von Unrecht und Leid durch Einsatz von Psychopharmaka bei unzureichender Indikationsstellung, ohne adäquate Aufklärung und Zustimmung (“informed consent“) sowie unter Inkaufnahme unerwünschter Nebenwirkungen: 12.200 Betroffene;
- der Erfahrung von Unrecht und Leid durch sexuellen Missbrauch: 7.400 Betroffene;
- der Erfahrung von Unrecht und Leid durch erzwungene oder nicht entlohnte Arbeit und Vorenthalt von Sozialversicherungsbeiträgen: 25.000 Betroffene;
- der Erfahrung von Unrecht und Leid durch Verlust bzw. Vorenthalt von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität: 27.600 Betroffene.

Damit errechnete sich die geschätzte Gesamtzahl von möglicherweise rd. 118.400 Betroffenen. Unter Abzug einer Mortalitätsrate von maximal 18% würde sich die Anzahl auf dann **rd. 97.100 Personen** belaufen, **die zur Anmeldung einer Inanspruchnahme des geplanten Hilfesystems berechtigt sein könnten**.

Zu der Frage, wie viele der Betroffenen sich aufgrund eines subjektiven Leidempfindens tatsächlich zu einer Anmeldung entschließen könnten, kann eine belastbare Aussage nicht gemacht werden. Es würde sich allenfalls die Orientierung an der Inanspruchnahme von Leistungen der Fonds „Heimerziehung West“ und „Heimerziehung in der DDR“ aufgrund von Unrecht- und Leiderfahrungen in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe anbieten.

1. Einleitung

Die Forschungsarbeit folgt dem Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 17. Juli 2015. Darin wurde der Autor mit der Erstellung einer Machbarkeitsstudie zur Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen beauftragt, die in der Zeit ab 1949 in beiden Teilen Deutschlands in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie untergebracht waren und dort Leid und Unrecht erfahren haben. Für die Bundesrepublik Deutschland (BRD) war der Untersuchungszeitraum bis 1975 und für die ehemalige Deutsche Demokratische Republik (DDR) bis 1990 festgelegt worden.

1.1 Hintergrund des Forschungsvorhabens

Den Hintergrund des Arbeitsauftrags bildeten die Erkenntnisse des „Runden Tisch Heimerziehung in den 1950er und 1960er Jahren“ (RTH). Dieser hatte im Auftrag des Deutschen Bundestages unter Vorsitz der Bundestagsvizepräsidentin a.D. Frau Dr. Antje Vollmer die Verhältnisse der Heimerziehung in der Zeit von 1949 bis 1975 in der BRD untersucht und dem Deutschen Bundestag am 19. Januar 2011 seinen darüber gefertigten Abschlussbericht übergeben. Bei der *„Aufarbeitung der Heimerziehung unter den damaligen rechtlichen, pädagogischen und sozialen Bedingungen“* und der *„Prüfung von Hinweisen auf Heimkindern zugefügtes Unrecht“* hatten die Mitglieder des RTH für die *„etwa 700.000 bis 800.000“* in der Bundesrepublik Deutschland in Heimen der Jugendhilfe betreuten jungen Menschen festgestellt, dass es *„in vielerlei Hinsicht und in zahlreichen Bereichen der Erziehung im Heim zu Unrecht und Unrechtserfahrungen kommen konnte und gekommen ist“*.

Als *„Regel- und Rechtsverstöße in der Heimerziehung“* wurden u.a. benannt:

„Die fortgesetzte Überforderung des Erziehungspersonals“, die als ein „wesentlicher Grund für die unangemessene Erziehungspraxis, überbordende Gewaltanwendung und geringe Betreuung im Sinne von pädagogischer Begleitung und Fürsorge angesehen“ wurde.

„Die Aufrechterhaltung und Etablierung einer Strafpraxis, die weder rechtlich noch fachlich zu legitimieren war und die Grenzen des Erziehungsrechts weit überschritt“.

„Die Duldung und mangelnde Prävention und Ahndung von Übergriffen von Erziehungspersonen auf Kinder und Jugendliche – darunter sexuelle Gewalt und sonstige, teilweise sehr schwere körperliche Übergriffe –, die nicht im Rahmen der erzieherischen Aufgabe stattfanden. Es kam zu Straftaten gegen das sexuelle Selbstbestimmungsrecht, Körperverletzung u. a.“

„Die Duldung und Förderung von gewalttätigen und demütigenden Übergriffen unter den Kindern und Jugendlichen.“

„Das Vorliegen eines Arbeits- oder insb. Ausbildungsverhältnisses ohne Abführung der entsprechenden Sozialversicherungsbeiträge.“

Es wurde betont, dass die festgestellten *„zahlreichen Rechtsverstöße [...] auch nach damaliger Rechtslage und deren Auslegung nicht mit dem Gesetz und auch nicht mit pädagogischen Überzeugungen vereinbar waren. [...] Elementare Grundsätze der Verfassung wie das Rechtsstaatsprinzip, die Unantastbarkeit der Menschenwürde und das Recht auf persönliche Freiheit und körperliche Integrität fanden bei weitem zu wenig Beachtung und Anwendung. [...] Im Ergebnis waren die Kinder und Jugendlichen dem Erziehungspersonal meist schutz- und hilflos ausgeliefert. Diese Position wurde von den beteiligten öffentlichen und freien Trägern hingenommen, befördert und über das Erziehungsrecht und das ‚besondere Gewaltverhältnis‘ legitimiert. Erst durch diese Situation des Ausgeliefertseins, die die*

Betroffenen ohnmächtig und hilflos machte, konnten die Missstände in der Praxis der Heimerziehung zu ihrer vollen praktischen und psychisch-traumatisierenden Entfaltung kommen. Allein schon durch diese öffentlich-rechtlich verursachte und vertretene Entrechtung damaliger Heimkinder ist eine besondere Anerkennung und Rehabilitierung notwendig. [...] Die damaligen Heimkinder hätten nach den Geboten der Verfassung und den Regeln des Rechtsstaats niemals unter seiner eigenen Unzulänglichkeit leiden dürfen. [...] Das erfahrene Unrecht war vermeidbar, war von Menschen gemacht. Offenbar war eine andere, den Bedürfnissen und Interessen der Betroffenen gerecht werdende Heimerziehung auch damals möglich – es gibt auch Berichte von positiven, angemessenen und hilfreichen Erfahrungen –, aber nicht allgemeine Praxis“ (Abschlussbericht des RTH, 2010).

Der RTH schlug neben „rehabilitativen Maßnahmen für die gesamte Betroffenengruppe“ auch „finanzielle Maßnahmen zugunsten einzelner Betroffener“ vor, die „anknüpfend an heute noch vorhandene Folgeschäden“ gewährt werden sollten. Hierzu wurde zunächst der Fonds „Heimerziehung West“ mit Start zum 1. Januar 2012 eingerichtet.

Nachdem die Jugendministerinnen und -minister der ostdeutschen Länder am 27. Mai 2011 festgestellt hatten, dass auch „vielen Kindern und Jugendlichen in den Heimen der DDR schweres Leid und Unrecht widerfahren ist“, konstituierte sich „eine intrafraktionelle Arbeitsgruppe im Deutschen Bundestag“, die auf deren Initiative und Antrag hin für die Kinder und Jugendlichen, die „in Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen der DDR Unrecht erlitten haben“, prüfen sollte, ob ihnen „entsprechende, zu den Vorschlägen des Runden Tisches Heimerziehung gleichwertige, Hilfen zugebilligt werden können“. Auf Grundlage der o. g. Beschlüsse und des von einer eingerichteten Lenkungsgruppe erstellten Berichtes zur „Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR“ (Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGKJ, 2012) entwickelten die ostdeutschen Länder daraufhin „Lösungsvorschläge“, die sich an den für westdeutsche Betroffene unterbreiteten Vorschlägen des RTH orientierten.

Zum 1. Juli 2012 startete der „Fonds Heimerziehung in der DDR“ mit der gleichen formalen Voraussetzung wie für die Inanspruchnahme von Leistungen des Fonds „Heimerziehung West“. Der Fonds wurde als ein Angebot an die Betroffenen von insgesamt etwa 495.000 Minderjährigen eingerichtet, die in den Jahren 1949 bis 1990 als Kinder oder Jugendliche in einer Jugendhilfeeinrichtung oder einem Dauerheim für Säuglinge und Kleinkinder in der DDR zum Zwecke der öffentlichen Erziehung untergebracht waren (s. Laudien & Sachse, 2012).

Ausgangspunkt für individuelle Leistungen aus den Fonds sind, gemäß den Empfehlungen des RTH, „Folgeschäden aus den psychischen und physischen Misshandlungen sowie sexuellem Missbrauch, die Kinder und Jugendliche in den Jahren 1949 bis 1975 in Erziehungsheimen der Bundesrepublik sowie in einer Jugendhilfeeinrichtung oder einem Dauerheim für Säuglinge und Kleinkinder in den Jahren 1949 bis 1990 in der DDR erlitten haben und an denen sie heute noch leiden“ (Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, 22.05.2013).

„Der ‚Runde Tisch Heimerziehung in den 50er- und 60er-Jahren‘ hat jedoch Sachverhalte in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie ausdrücklich nicht in seine Arbeit aufgenommen. Die Satzung beider Fonds sieht deshalb auch keine Leistungen für Personen vor, die seinerzeit als Kinder oder Jugendliche in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder stationären psychiatrischen Einrichtungen lebten. Erkannt wurde jedoch, dass in diesen Einrichtungen gleichermaßen Unrecht geschehen ist. Von Bedeutung ist dabei auch, dass es eine Gruppe von Betroffenen gibt, die aufgrund einer Fehleinweisung in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in stationäre psychiatrische Einrichtungen untergebracht wurden, z. B. bei einer falschen Diagnose oder aus Kapazitätsgründen

(sogenannte „Fehlgeleitete“). [...] Die Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder (ASMK) wurde gebeten, gemeinsam mit den zuständigen Fachministerien des Bundes und der Länder sowie mit den Kirchen bis zum 31. August 2015 einen Vorschlag zu erarbeiten, wie in gemeinsamer Verantwortung Wege der Aufarbeitung und finanzieller Anerkennung des Leides sowie der Abmilderung von Folgeschäden gefunden werden können. [...] Die eingerichtete Bund-Länder-Kirchen Arbeitsgruppe hat sich in ihrer ersten Sitzung am 16. Juni 2015 darauf verständigt, zunächst möglichst valide Daten zur Anzahl der potentiell Betroffenen und der potentiellen Antragsteller als Grundlage für die weiteren Überlegungen zu ermitteln“ (Leistungsbeschreibung des Auftraggebers vom 16. Juli 2015).

1.2 Arbeitsziele des Forschungsvorhabens

Die Arbeitsziele des Forschungsvorhabens folgen den Vorgaben des Katalogs der Leistungsbeschreibung.

1.2.1 Klärung und Bewertung der vorhandenen Datenlage

Zur Sichtung und Bewertung der vorhandenen Datenlage zu Kindern und Jugendlichen, die in der Zeit von 1949 bis 1975 (Bundesrepublik Deutschland) bzw. von 1949 bis 1990 (DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und/oder in stationären Einrichtungen der Psychiatrie untergebracht waren und dort Leid und Unrecht erfahren haben, wurden dem Autor die seitens des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales zusammengestellten Dokumente in Kopie übergeben. Diese sowie weitere vom Autor einbezogene Quellen werden in Kap. 2 dargestellt und auf das Untersuchungsanliegen hin analysiert und bewertet.

Es wurden einzelne Monographien mit historischen Analysen, die teilweise Berichte von Zeitzeugen sowie statistische Ausarbeitungen enthielten, herangezogen. Zum Begriff der „Behinderung“, der in beiden Teilen Deutschlands unterschiedlich definiert wurde, kann auf die Ausführungen in Kap. 2.18, 3.1.2 und 4.1.2 verwiesen werden.

Darstellung und Diskussion der vorgestellten Studienergebnisse bemühen sich auf der Grundlage der in amtlichen Dokumenten, retrospektiven Analysen und Berichten aufgefundenen Ausführungen um deren Einordnung in den jeweils geltenden fachlichen, administrativen und durch institutionelle Zuständigkeiten bestimmten Bewertungszusammenhang. Das betrifft besonders die in Kap. 5 und 6 niedergelegten Einschätzungen. Zur rechtlichen Einordnung wurde vor allem auf die Ausführungen von F. Wapler (2013) Bezug genommen, die in ihrem Gutachten zur Situation von Kindern und Jugendlichen deren Rechtslage in Einrichtungen der Behindertenhilfe untersucht hatte.

1.2.2 Schätzung der Anzahl von stationären Einrichtungen und dort vorgehaltenen Betten/Plätze

Zur Schätzung der Anzahl der stationären Einrichtungen sowie der darin vorgehaltenen Plätze/Betten konnte nur zum Teil auf jahrgangsbezogene Angaben für die Zielgruppen zurückgegriffen werden. Für den Bereich der Behindertenhilfe standen für den Untersuchungszeitraum in der DDR statistische Aufstellungen des Gesundheitswesens zur Verfügung, bei dem in gesamten Zeitraum, anders als in der

BRD, die Zuständigkeit der stationären Versorgung der Betroffenen lag. Dieser Umstand dürfte wesentlicher Grund dafür sein, dass die in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR ermittelten Bettenzahlen im Vergleich zur BRD in einer deutlich höheren Größenordnung liegen. Für die BRD konnte auf ein vollständiges Heimverzeichnis der Lebenshilfe zurückgegriffen werden. Des Weiteren standen für beide Teile Deutschlands statistische Angaben und Berichte der Kirchen zur Verfügung.

Für die Schätzung von stationären Einrichtungen und Bettenplätzen für Kinder und Jugendliche, die von 1949 bis 1975 in den westdeutschen Bundesländern in stationären Einrichtungen der Psychiatrie vorgehalten worden waren, wurden die umfangreichen Erhebungen der Psychiatrie-Enquête sowie die Mitteilungen der Geschäftsstellen der ASMK, GMK und JFMK (s. Kap 2.1, 2.2 und 2.3) ausgewertet. Der mögliche Einwand, dass die im Mai 1973 seitens der umfangreichen Ausarbeitungen der Psychiatrie-Enquête festgestellten klinischen psychiatrischen Versorgungsstrukturen für Kinder und Jugendliche im davor liegenden Zeitraum ab 1949 in dieser Größenordnung innerhalb der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) noch nicht vorhanden gewesen sind, wäre nicht Ziel führend. Der Studienauftrag bezog sich nicht auf die Frage der klinischen Versorgung innerhalb oder durch das Fachgebiet der KJP sondern vielmehr ausdrücklich auf die Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den fraglichen Zeiträumen in stationären Einrichtungen der Psychiatrie untergebracht waren. Es ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass klinisch psychiatrisch behandlungsbedürftige Minderjährige in Bundesländern, die in der Zeit von 1949 – 1975 noch nicht über spezielle Einrichtungen für Kinder und Jugendliche bzw. über kinder- und jugendpsychiatrische Stationen und Abteilungen verfügten, auf für Erwachsene vorgehaltenen psychiatrischen Stationen behandelt worden sind.

Die Schätzung der Bettenzahlen, die in stationären Einrichtungen der Psychiatrie für Kinder und Jugendliche im Gesamtzeitraum von 1949 – 1990 in Ostdeutschland vorhanden waren, basierte neben den Statistiken der Jahrbücher des Gesundheitswesens der DDR auf Untersuchungsbefunden, welche die Expertengruppe des Berichts „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ mit Stand 1989 (s. Kap.2.1) vorgelegt hatte.

Die Ergebnisse der vorgenommenen Schätzungen werden in Kapitel 3 vorgestellt.

1.2.3 Schätzung der Anzahl der untergebrachten Kinder und Jugendlichen

Die Schätzung der Anzahl der von 1949 bis 1975 in der BRD und von 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie untergebrachten Kinder und Jugendlichen konnte sich nur eingeschränkt auf statistische Mitteilungen von Patientenzahlen stützen, die neben dem Jahrgangsbezug auch eine sichere Alterszuordnung aufwiesen. Es wurden daher Anteilsberechnungen von Gesamtpatientenzahlen für den jeweiligen prozentualen Bevölkerungsanteil der Minderjährigen sowie, bei fehlenden Jahrgangsmitteln, Hochrechnungen vorgenommen.

Auf der Basis einer als qualifiziert einzustufenden Prävalenzstudie der geistigen und mehrfachen Behinderung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (s. Kap. 2.18) wurden orientierende Schätzungen möglich. Die Methodik des Vorgehens wird in Kap. 4.1 beschrieben.

Vorstellung und Diskussion der Ergebnisse erfolgen in den Kapiteln 4.2, 4.3 und 4.4.

1.2.4 Zur Versorgungs- und Lebenssituation der untergebrachten jungen Menschen

Im 5. Kapitel wird der Versuch unternommen, auf der Grundlage der Analysen und Bewertungen, die der durchgesehenen Literatur zu entnehmen waren, und unter Einbeziehung eigener Beobachtungen des Autors zur einer Einschätzung von Belastungserfahrungen zu kommen, die von den vorwiegend langfristig in den stationären Einrichtungen untergebrachten Betroffenen möglicherweise als Leid und Unrecht erlebt worden sind.

1.2.5 Schätzung der möglicherweise Anmeldeberechtigten

Auf der Basis der als bedeutsam erkannten Schwerpunkte eines möglichen Opfererlebens erfolgen für die geschätzten Personenzahlen der in den Untersuchungszeiträumen in beiden Teilen Deutschlands untergebrachten Mädchen und Jungen bzw. weiblichen und männlichen Jugendlichen die in Kapitel 6 vorgestellten Schätzungen zu möglichen Größenordnungen der Betroffenenzahlen.

Unter Berücksichtigung der anzunehmenden Mortalitätsrate, die aus Angaben der deutschen Sterbetafel für die Allgemeinbevölkerung und aus Forschungserkenntnissen zur Mortalität von Menschen mit Behinderung abgeleitet wurden, erfolgt eine zusammenfassende Schätzung der weiblichen und männlichen Personen, die aufgrund einer mögliche Opfererfahrung dazu berechtigt sein könnten, durch eine entsprechende Antragsstellung eine Leistung des geplanten Hilfesystems zu beanspruchen.

1.2.6 Zur Thematik der „Fehlleitung“ von jungen Menschen in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie in der BRD

Angesichts der in Berichten zur damaligen Versorgungspraxis immer wieder geschilderten nicht fachgerechten Betreuung und Unterbringung von jungen Menschen mit Verhaltensauffälligkeiten und Normabweichungen vor allem ihrer geistigen und sensorischen Entwicklung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie befasst sich das 7. Kapitel mit dem Problem der „Fehlgeleiteten“.

Vor dem Hintergrund der damaligen rechtlichen Bestimmungen und fachlichen Positionierungen werden Schätzungen zur quantitativen Größenordnung der Problematik auf der Basis der vorgelegten Gesamterhebungen gemacht.

1.2.7 Zur Entwicklung von Strategien zur präzisen Ermittlung der Anzahl der Betroffenen

In Kapitel 8 werden Möglichkeiten und Vorgehensweisen erörtert, die für eine Präzisierung der gewonnenen Betroffenenzahlen geeignet sein könnten. Hierzu gehören neben der Analyse weiterer, z.T. bereits eingeleiteter, historischer Aufarbeitungen der Geschehensabläufe in einzelnen stationären Einrichtungen die Einsicht in Patienten bezogene Unterlagen sowie die Durchführung von Befragungen von damals in den stationären Einrichtungen untergebrachten Personen und des dort tätigen Betreuungspersonals. Dabei sind administrative und rechtliche Beschränkungen sowie Grenzen der Erreichbarkeit und Mitwirkungsbereitschaft der Betroffenen zu beachten.

2. Klärung und Bewertung der vorhandenen Datenlage

Im Folgenden werden die vom BMAS zur Verfügung gestellten sowie selbst herangezogenen weiteren Quellen auf ihre Eignung zur Bearbeitung des Untersuchungsanliegens dargestellt und bewertet.

2.1 Von der ASMK-Geschäftsstelle 2014 (Rheinland-Pfalz) mit Anschreiben vom 25.04.2014 vorgelegte Daten und Ausarbeitungen

Die in einer **Excel-Datei** zusammengestellten Rückmeldungen der Länder enthielten nur für die beiden Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen statistisch verwertbare Daten über die in den Zeiträumen zwischen 1949 und 1975 bzw. zwischen 1949 und 1990 vorgehaltenen stationären Einrichtungen der Psychiatrie und der Behindertenhilfe sowie die Platz- und Fallzahlen für die dort versorgten Kinder und Jugendlichen. Lediglich für den Bereich der Behindertenhilfe hatten 4 weitere Bundesländer Daten zu stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe mitgeteilt. Die Einrichtungsbezeichnungen differierten genauso wie die qualitative Beschreibung der darin betreuten jungen Menschen in Bezug auf ihre psychische Erkrankung und/oder geistige bzw. mehrfache und psychische Behinderung. Durchgehend fehlten Angaben zur Verweildauer und zum Belegungsgrad. Damit konnten die in der Zusammenstellung für nur sehr wenige Bundesländer mitgeteilten Befunde allenfalls im Rahmen einer landesspezifischen Plausibilitätsprüfung anderer Platz- und Fallzahlermittlungen herangezogen werden.

Die von der 76. Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz am 2./3. Juli 2003 verabschiedete **Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren** (Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsämter, 2003) stellte eine gute Grundlage zur Schätzung der Fallzahlen von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Psychiatrie der BRD, allerdings erst ab 1980, dar. Sie erschien uneingeschränkt dazu geeignet, die qualitativen Abläufe und deren Veränderungen in der Zeit nach der 1975 vorgelegten Psychiatrie-Enquête rückblickend zu bewerten. Nach Einschätzungen der für die Bearbeitung zugezogenen Fachleute hatte sich die medizinische Disziplin inzwischen „von einer verwahrenden zu einer therapeutisch-rehabilitativ ausgerichteten Psychiatrie“ fortentwickelt. Die Reform der Psychiatrie, die in den neuen Bundesländern erst mit der Deutschen Einheit einsetzte, war wesentlich durch das unter Federführung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit in der Zeit von 1980 bis 1985 in 6 Bundesländern durchgeführte „Modellprogramm Psychiatrie“ befördert worden. Für die Entwicklung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) waren die 1991 in Kraft getretene Psychiatrie-Personalverordnung, das am 01. 01. 1991 in Kraft getretene Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) und der darin 1993 neu geschaffene Leistungstatbestand des § 35a SGB VIII von großer Bedeutung. Die Anzahl der klinischen KJP-Kapazitäten in Gesamt-Deutschland war seit 1990 (knapp 9.000 Betten/Plätze) auf rund 4.000 vollstationäre Betten und rund 2.000 tagesklinische Plätze zurückgegangen. Insbesondere die Anlage 1 im Anhang des Papiers konnte zur Schätzung von Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Psychiatrie herangezogen werden.

Das Papier „**Konzeption und methodische Hinweise zur medizinischen Betreuung im Fachgebiet Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters**“, welches sich mit einem „Maßnahmenplan zur ambulanten und stationären kinder- und jugendneuropsychiatrischen Versorgung in der DDR – einschließlich Ostberlin - befasste, enthält im Tabellenteil eine für das Jahr 1986 vorgenommene Aufstellung der Betten/Plätze in stationären neuropsychiatrischen Einrichtungen der DDR für Kinder und

Jugendliche in regionaler Aufteilung. Die auf jeweils 1.000 Einwohner bezogenen Betten und Plätze konnten für die beabsichtigte Schätzung herangezogen werden.

Gegenüber dem sich zunehmend entwickelnden mehrdimensionalen, ganzheitlichen, den primären Lebensraum von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, insbesondere Familie und Schule, mit einbeziehenden Krankheits- und Behandlungsverständnis in den westlichen Bundesländern blieb in Ostdeutschland der psychiatrisch-neurologische Schwerpunkt für die Ausgestaltung der Behandlungs- und Versorgungsstrukturen bestimmend. Das bedingte die bis zum Ende der DDR weitgehend aufrechterhaltene Fachgebietsbezeichnung der Kinderneuropsychiatrie, mit der diese sich 1962 unter dem Dach der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie gegründet hatte.

Unter der Überschrift „Sonderheime – Umerziehung verhaltensauffälliger Kinder“ berichtet **Sachse** (2011), dass im Jahr 1959 „dem Spezialkinderheim in Wertpohl die Aufgabe zugewiesen“ wurde, „psychisch geschädigte Kinder“ aufzunehmen. Aus diesem Projekt entwickelte sich nach Sachse ab Mitte der 1960er Jahre das „Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch-psychologische Therapie“. Es seien in diese Einrichtungen Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 18 Jahren aufgenommen worden, die „eine psychische Störung“ zeigten und „dringend einer psychodiagnostischen Abklärung und pädagogisch-psychologischen Therapie bedurften“. Sachse beschrieb für die 4 Heime des „Sonderheimkombinats“, in denen „im Wesentlichen neurotische, psychopathische und cerebral geschädigte Kinder und Jugendliche mit und ohne Intelligenzdefekt“ untergebracht worden seien, für das Jahr 1970 eine Gesamtkapazität von 340 Plätzen bei einer Auslastung von 80 %.

Da die von Sachse untersuchten Spezialheime in die Zuständigkeit der DDR-Jugendhilfe fielen, könnten die gewonnenen Erkenntnisse lediglich zur Beurteilung der in Einrichtungen der Jugendhilfe versorgten jungen Menschen mit einer psychischen Störung herangezogen werden, was jedoch nicht Teil des vorgelegten Studienauftrags (s.o.) war.

2.2 Von der GMK-Geschäftsstelle der 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014 (Freie und Hansestadt Hamburg) mit Anschreiben vom 25.04.2014 vorgelegte Daten und Ausarbeitungen

Die ebenfalls in einer **Excel-Datei** zusammengestellten **Rückmeldungen der Länder** entsprachen im Wesentlichen der Ausarbeitung der ASMK. Nur für das Land Rheinland-Pfalz wurden ergänzende Angaben zu in der KJP aufgestellten Betten gemacht, allerdings ebenfalls ohne Angaben zu Verweildauern und Belegungsraten. Es muss daher dieselbe Bewertung vorgenommen werden wie in Kap 2.1.

Der im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit gefertigte „**Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen**“ (Bundesminister für Gesundheit, 1991), aus dem Auszüge den übersandten Unterlagen beigelegt worden waren, war für eine Schätzung zu Unterbringungs- und Behandlungshäufigkeiten von Kindern und Jugendlichen in den ostdeutschen Bundesländern als geeignet anzusehen. Allerdings waren auch diesem Bericht keine direkten Angaben über Belegungshäufigkeiten und Verweildauern zu entnehmen. In einem auf die einzelnen Regionen und Kliniken bezogenen Tabellenteil werden dezidierte Zahlen über die in den neuen Bundesländern aufgestellten Betten dargestellt. Nachdem die DDR am 03.10.1990 der Bundesrepublik Deutschland beigetreten war, hatte eine „Expertengruppe – bestehend aus Vertretern der westdeutschen und

ostdeutschen Psychiatrie“ unter Redaktion der „Aktion Psychisch Kranke“ eine Bestandsaufnahme der Situation der psychiatrischen Versorgung in den neuen Ländern vorgenommen. Die Expertengruppe kam in einem „globalen Überblick“ zu der Bewertung, dass der vorgefundene „Zustand der psychiatrischen Krankenhäuser“ den Verhältnissen geähnelt habe, „wie sie in den alten Bundesländern vor Beginn der großen Investitionswelle Anfang der 70er Jahre bestanden“ hatten. In den psychiatrischen Krankenhäusern seien Stationsgrößen von „bis zu 60 und mehr Patienten“ festgestellt worden. In den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen lebten „geistig behinderte und psychisch kranke Kinder und Jugendliche zusammen“. Die große Zahl von „Langzeitpatienten sowohl in psychiatrischen Krankenhäusern als auch in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ führte zu *„erhöhten oder hohen Bettenzahlen bezogen auf die Bevölkerung“*.

In seiner Stellungnahme vom 5. März 2014 teilte das Ministerium für Arbeit und Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg mit, dass man *„keine konkreten Zahlen zu den in der ehemaligen DDR bestehenden Einrichtungen der Behindertenhilfe und in der Psychiatrie untergebrachten Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen zuliefern“* könne. Man verwies auf die Untersuchungen von Ch. Sachse (s. o.), wonach davon ausgegangen werden könne, *„dass im Gebiet des heutigen Landes Brandenburg der überwiegende Teil verhaltensauffälliger und psychisch geschädigter Kinder und Jugendlicher im Alter von 6 bis 18 Jahren in das sogenannte ‚Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch-psychologische Therapie‘ eingewiesen worden sei“*. Darauf, dass die Spezial- bzw. Sonderheime nicht den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zuzuordnen waren, wurde bereits hingewiesen (s. Kap. 2.1).

2.3 Von der JFMK-Geschäftsstelle (Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen des Landes Rheinland Pfalz) vorgelegte Daten und Ausarbeitungen

Die von der JFMK zugesandten **Excel-Dateien** stimmten mit denen der unter 2.1 und 2.2 aufgeführten Tabellen überein und ergaben keine neuen Aspekte.

In Anschreiben teilten das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg und das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern mit, dass belastbare Daten zu Platz- und Fallzahlen für die betroffenen stationären Einrichtungen nicht vorgelegt werden könnten.

Das Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg verwies erneut auf die Untersuchungen zur Thematik der Sonderheime in der DDR von Sachse aus dem Jahr 2011 (s. unter 2.1) und auf die Ausführungen von Frau Dr. F. Wapler (2013) zu den „Wohneinrichtungen für Kinder mit Behinderungen in der DDR“ in ihrem für das BMAS erstellten Gutachten (s. Kap. 2.6).

Die von der **Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg** mit Schreiben vom 24. März 2014 mitgeteilte Belegungsziffer entsprach den in der Excel-Datei der ASMK zusammengestellten Rückmeldungen der Länder (s. 2.1) und ergab keine neuen Erkenntnisse. Dem Anschreiben des Ministeriums für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen war eine Ausarbeitung der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland beigefügt, die für die erfassten stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den „LVR-Kliniken“ auf Schätzungen und Hochrechnungen basierte Angaben zu Belegplätzen und

Fallzahlen enthielt. Die Ausführungen, die die Problematik genauerer Berechnungen vor dem Hintergrund der erst seit Ende der 1990er Jahre in der Behindertenhilfe geführten „validen Statistiken“ betonten, konnten jedoch zu einer orientierenden Schätzung herangezogen werden. Sie sind nicht nur für konkrete stationäre Einrichtungen dargestellt, sondern stützen sich für den Landschaftsverband Rheinland auch auf ein Forschungsprojekt zur *„Aufarbeitung und Dokumentation der Geschichte der Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in Institutionen des Landschaftsverbandes Rheinland seit 1945“*, welches im Auftrag des Landschaftsverbandes Rheinland von der Universität Düsseldorf durchgeführt würde.

Die Rückmeldung **JFMK Bedarfsschätzung der Bund/Länder Arbeitsgruppe „Behinderte Heimkinder - Umfrage des BMAS zu Daten der Länder“** bildete im Wesentlichen die in der Excel-Datei zusammengestellten Rückmeldungen der Länder an die ASMK-Geschäftsstelle (s. 2.1) ab. Lediglich für das Land Baden-Württemberg war neben einer Erläuterung der Erhebungsproblematik die Ermittlung einer durchschnittlichen Verweildauer in der KJP angegeben worden.

2.4 Von den Kirchen vorgelegte Daten und Ausarbeitungen

Die in einer Excel-Tabelle zusammengestellten **„Meldungen der Einrichtungen der Behindertenhilfe der Evangelischen Kirche“** wiesen für die meisten der stationären Einrichtungen Zahlen der vorgehaltenen Plätze sowie der dort betreuten Personen aus. Die Aufstellung konnte unter der Einschränkung ihrer mangelnden Vollständigkeit zur angenäherten Schätzung herangezogen werden.

Der Auszug aus dem **Jahresbericht der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie 2013/2014** nimmt Bezug auf die „CBP-Studie Heimkinderzeit in der katholischen Behindertenhilfe und Psychiatrie 1949 – 1975“ und teilte unter Hinweis auf die Schwierigkeiten einer genauen Datenermittlung erste, im Rahmen einer „Vorstudie“ vorgenommene, Einschätzungen zu „Gesamtzahlen betreuter und unterstützter Menschen in katholischen Einrichtungen“ mit. Diese enthielten allerdings keine Alterszuordnungen. Nach dem Bericht der CBP schätzt der für die Vorstudie verantwortliche Forscher Dr. U. Kaminsky die Gesamtzahl der zwischen 1947 – 1978 in den katholischen Einrichtungen in Westdeutschland betreuten und unterstützten behinderten Menschen auf etwas mehr als 104.000. Davon hätten sich ca. 88.500 in stationären Einrichtungen und ca. 16.000 in „besonderen Einrichtungen“ befunden. **Zur Berechnung der Belegungshäufigkeiten geht er von einer „jährlichen Neuaufnahmequote“ von 10% aus** (Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (2014).

Der Auszug aus der **„Zeitschrift neue Caritas CBP-Info 2, Mai 2015, hrsg. v. CBP e.V. in Freiburg, S. 9 – 10“**, Autor: J. Stücker-Brüning, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz, gibt eine Schätzung zur Anzahl von „Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie in der DDR“ sowie deren Trägerschaft wieder, für die „bislang jedoch ausreichende Kenntnisse fehlen“ würden. Die Ausführungen konnten im Hinblick auf die fehlenden Alterszuordnungen allenfalls in eine orientierende Gesamtbewertung einbezogen werden.

2.5 Ausführungen der Lebenshilfe

Die anlässlich des 50-jährigen Jubiläums der Lebenshilfe vorgenommene Einschätzung zur Betreuung und Behandlung von geistig behinderten Menschen im Lichte der „Psychiatriereform“ vom **Ch. Bradl** und der beigefügte Auszug daraus eignen sich lediglich für eine sehr ungefähre Gesamtschätzung, die angesichts des auch hier fehlenden Altersbezugs nur mittels Prävalenzraten unter Ausrichtung auf die altersbezogene Bevölkerungsstatistik möglich ist.

2.6 Befunde von Wapler, F. (2013)

Der beigefügte Auszug aus dem im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gefertigten Gutachten: *„Die Situation von Kindern und Jugendlichen in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe“* (Wapler, 2013) zitiert die vom Statistischen Bundesamt publizierten Zahlen der unter 21-Jährigen, die 1964 und 1970 in „Anstalten“ der BRD Leistungen der Sozialhilfe erhielten. Diese differenzieren allerdings nicht nach Heimarten. Des Weiteren bezieht sich die Autorin auf Belegungsmitteilungen der privaten Wohlfahrtspflege für die BRD, dabei allerdings auf Daten zur „geschlossenen Fürsorge“ in „Jugendheimen und sonstigen Anstalten“, ohne dass deren Anteil ersichtlich ist. Für die DDR finden sich Mitteilungen zur Anzahl konfessioneller Heime und zu den darin vorgehaltenen Plätzen. Die Daten und Bewertungen des gesamten Gutachtens, die zur quantitativen Schätzung von Plätzen in Behinderteneinrichtungen nur sehr eingeschränkt geeignet erscheinen, konnten jedoch gut zur qualitativen Bewertung der Versorgungs- und Betreuungssituation der betroffenen jungen Menschen herangezogen werden. Die Untersuchung enthält fundiert wirkende Ausführungen über Begrifflichkeiten, rechtliche Bestimmungen sowie Recherchen über Zuständigkeiten und Zuweisungswege in die stationären Einrichtungen, die in den zu untersuchenden Zeitabschnitten in der BRD und in der DDR für die Betreuung von jungen Menschen mit Behinderung Verantwortung trugen.

2.7 Mitteilungen zur Fürsorgestatistik 1960/61

Der Auszug aus den Statistischen Berichten des Statistischen Bundesamts/Wiesbaden zur Struktur der Anstaltsfürsorge (Ergebnisse der Zusatzstatistik 1960/61 zur Fürsorgestatistik) gibt für die BRD, ohne Berlin, Fallzahlen zu in Einrichtungen der „Anstaltsfürsorge“ untergebrachten Personen eines Jahrgangs, differenziert nach Alter und Geschlecht sowie nach Art der Behinderung, wieder.

In ihren Ausführungen zur Rechtslage für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Bundesrepublik Deutschland betont Wapler (s. Kap. 2.6) die Unterschiede in den für Heimunterbringungen der Betroffenen geltenden Bestimmungen des Fürsorgerechts bis 1961 und in der Zeit nach Einführung des BSHG ab 1962. Nach dem Fürsorgerecht hatten *„die Landesfürsorgeverbände für den notwendigen Lebensbedarf hilfebedürftiger anstaltspflegebedürftiger Geisteskranker, Geistesschwacher, Epileptiker, Taubstummer, Blinder und Krüppel in geeigneten Anstalten zu sorgen“*, wenn *„der Heimaufenthalt nicht von den Eltern finanziert werden konnte. Der privaten Unterbringung von (behinderten wie nicht behinderten) Kindern durch ihre Eltern waren im untersuchten Zeitraum keine rechtlichen Grenzen gesetzt“*. Mit In-Kraft-Treten des BSHG im Juni 1962 wurde *„terminologisch das bisherige Fürsorgerecht*

vom Recht der Sozialhilfe abgelöst. Inhaltlich sollte ein Wandel in der Haltung gegenüber hilfebedürftigen Personen eingeleitet werden: Diese sollten adäquate Hilfe in unterschiedlichen Problemlagen erhalten. Die Befähigung zu einem Leben in Würde und der Abbau von Diskriminierungen sollten im Vordergrund stehen. [...] Die ‚geistig schwache Entwicklung‘ wurde in der Literatur mit einer geminderten Intelligenz gleichgesetzt“. Nach der Änderung des § 39 Abs. 1 Satz 2 BSHG wurden 1969 mit der Formulierung: *„Personen, die durch Schwäche ihrer geistigen Kräfte wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind“*, nun erstmals auch die „seelische Behinderung“ als Leistungsvoraussetzung benannt. *„Die Eingliederungshilfe konnte ambulant oder stationär gewährt werden; Heimunterbringung war also von ihr umfasst. [...] Diese Hilfe sollten auch Kinder erhalten, die wegen der Schwere ihrer Behinderung nicht schulpflichtig waren“* (Wapler, 2013, S. 15).

Die in aller Kürze dargestellten „Periodisierung“ der jeweils geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen (siehe auch Kap. 5.1.3) begründet die Annahme, dass die in der o.g. Fürsorgestatistik für das Jahr 1960 mitgeteilte eher geringe Zahl von insgesamt 2.490 in Fürsorgeanstalten der BRD untergebrachten Minderjährigen mit Behinderung die tatsächliche Anzahl der zu dieser Zeit in Heimeinrichtungen der Behindertenhilfe lebenden Kinder und Jugendlichen schon im Hinblick darauf nicht ausreichend wiederzugeben vermag, dass sie sich nur auf die Finanzierung solcher Unterbringungen durch die Fürsorgeämter beziehen kann. Für die vorgenommenen Schätzungen der möglichen Fallzahlen in der BRD erfolgte daher die Orientierung an den Mitteilungen zu Leistungen der Eingliederungshilfe nach den Vorgaben des BSHG (s. Kap. 4.2.1.3).

2.8 Schätzung von Prof. P. Schruth

Mit der **„Hochrechnung Anzahl Heimkinder Behindertenhilfe und Psychiatrie“** orientiert sich Prof. P. Schruth bei seiner allgemeinen Schätzung für die BRD an den Fallzahlberechnungen der Heimkinderstudie für die in der Jugendhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen, während er als Bezugspunkt für die DDR die Zahl der in „Spezialheimen“ untergebrachten Minderjährigen wählt. Daraus leitet er eine Zahl möglicher „Betroffener“ ab und setzt die daraus ermittelte Anzahl möglicher Anmeldeberechtigter parallel bei 10 % an. Er verweist selbst darauf, „dass eine solche Berechnung keine Gewähr“ für eine valide Schätzung in den Bereichen der stationären Einrichtungen der Psychiatrie oder der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zu bieten vermag.

2.9 Auszug aus der Untersuchung von Gries, G. (2002). „Kindesmisshandlung in der DDR“

Die von Gries zusammengestellten Zahlen von Betreuungsplätzen für 3 - 18 Jahre alte „schulbildungsunfähige“ Kinder und Jugendliche in Wohn- und Dauerheimen sowie in Krankenhäusern, Stand 31.12.1989, konnten unter Beachtung des Befundes, dass sie sich z. T. auch auf Einrichtungen der Jugendhilfe bezogen, mittels einer vorgenommenen Anteilsberechnung in die vorgenommenen Schätzungen einfließen.

2.10 H. Bräutigam (2011). Studie zur „Heimerziehung im Evangelischen Johannesstift zwischen 1945 und 1970“

Gegenstand der von H. Bräutigam (2011) vorgelegten Heimstudie, die vom Vorstand des Evangelischen Johannesstifts in Auftrag gegeben worden war, ist die Untersuchung von 4 Einrichtungen des Johannesstifts „für nicht behinderte Kinder und Jugendliche“. Der Untersucher betont ausdrücklich, dass die ebenfalls vom Stift betriebenen „Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen nicht zum Untersuchungsauftrag“ gehörten. Von daher kann die Studie keinen Beitrag für die beabsichtigte quantitative Schätzung von Fall- und Opferzahlen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe leisten. Die berichteten Untersuchungsergebnisse zum erzieherischen Alltag, insbesondere die als „Erziehungsmittel“ eingesetzte körperliche Züchtigung, deren Problematik bereits 1946 öffentlich diskutiert worden sei, „Arreststrafen“, die bereits 1946 „in 4 Fällen dokumentiert worden waren, und „bewusst demütigende“ Strafmaßnahmen konnten jedoch zur qualitativen Bewertung erzieherischer Umgangsweisen mit Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe herangezogen werden, denen in der Regel deren langzeitige Betreuung, Erziehung und Förderung übertragen worden war.

2.11 Psychiatrie-Enquête– Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode – Bericht sowie Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland Drucksachen 7/4200 und 7/4201 (1975)

Die Psychiatrie-Enquête, die dem Deutschen Bundestag am 25. November 1975 zugeleitet worden war, stellte die „*unzureichende Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in den psychiatrischen Krankenhäusern und das Fehlen alternativer Einrichtungen, welche die stationäre Versorgung im Krankenhaus ergänzen*“, in den Mittelpunkt ihrer Kritik. Es wurde wie für andere Patientengruppen ein „*Mangel an Einrichtungen für Kinder und Jugendliche*“ festgestellt.

Die von der Arbeitsgruppe KJP der Psychiatrie-Enquête mitgeteilten klinischen Behandlungsplätze, Fallzahlen und Belegungsraten können als eine gute Informationsgrundlage über die bis zu diesem Zeitpunkt bestehenden Versorgungsverhältnisse in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie für Kinder und Jugendliche in der damaligen BRD angesehen werden.

Zur Häufigkeitsschätzung psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung führte die Sachverständigenkommission der Psychiatrie-Enquête aus: „*Als dringend psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch behandlungsbedürftig erweisen sich innerhalb eines Jahres dabei 1,8 bis 2 % der Bevölkerung. [...] Von psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen aufgenommen werden innerhalb eines Jahres 0,25% bis 0,40% der Bevölkerung*“ (Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4200, 1975, S. 7). Zur Prävalenzschätzung psychischer Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen s. Kap. 2.21.

Für die Prävalenzschätzung geistiger Behinderung in der Gesamtbevölkerung setzte die Psychiatrie-Enquête einen Anteil von 0,6 % an. Dieser Wert stimmt in Annäherung mit den Schätzungen und Berechnungen von Liepmann (1979) sowie Dieckmann & Metzler (2013) (s. Kap. 2.18 u. 2.19) überein und konnte in die vorzunehmende Schätzung der Kinder und Jugendlichen einbezogen werden, die in den

Untersuchungszeiträumen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht worden waren.

2.12 Kunze, H. & Kaltenbach, L. (1992/2003) (Hrsg.). Psychiatrie-Personalverordnung. 4. überarb. u. akt. Aufl. (Psych-PV)

Die Grundlage des multimodalen Ressourceneinsatzes bei der klinischen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bildet seit 1991 das Regelwerk der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Nachdem es über 15 Jahre hinweg nicht gelungen war, die durch die Initiativen der Psychiatrie-Enquête angestoßenen Verhandlungen zwischen Kliniken und Kostenträgern über eine personelle Ausstattungsverbesserung in den psychiatrischen Krankenhäusern erfolgreich abzuschließen, griff der Gesetzgeber ein. Auf der Basis des fachlichen Konsenses darüber, dass bei der Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder von einer Wechselwirkung somatischer/hirnorganischer, psychischer/biographischer und sozialer Dimensionen auszugehen ist und dass deshalb eine Therapie durch ein multiprofessionelles Team erforderlich wird, gehören dem klinischen Behandlungsteam in der KJP seitdem neben Ärztinnen/Ärzten, Psychologinnen/Psychologen und Krankenpflegekräften erzieherische und sozialpädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter genauso wie Fachkräfte der Bewegungstherapie, Heilpädagogik, Bewegungstherapie und der Sprachheiltherapie an. Die Beachtung der unterschiedlichen Behandlungsintensität psychischer Krankheitsbilder führte zur Aufstellung von 7 Behandlungsbereichen. Für diese wurden die von den beteiligten Disziplinen zu leistenden therapeutischen Regelaufgaben unter Beachtung der unterschiedlich langen Verweildauern der Patientinnen und Patienten festgelegt:

- Kinderpsychiatrische Behandlung (KJ1): In der Regel Kinder bis zum 12./13. Lebensjahr; durchschnittliche Behandlungsdauer 90 Tage.
- Jugendpsychiatrische Regelbehandlung (KJ2): Durchschnittliche Behandlungsdauer 120 Tage.
- Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung (KJ3): In der Regel nur kurzzeitig notwendige intensive Betreuung bei krankheitsbedingtem Verlust der Ich-Steuerung; durchschnittliche Behandlungsdauer 21 Tage.
- Rehabilitative Behandlung (KJ4): Durchschnittliche Behandlungsdauer 300 Tage.
- Langdauernde Behandlung schwer- und mehrfach Kranker (KJ5): Durchschnittliche Behandlungsdauer 360 Tage.
- Eltern-Kind-Behandlung (KJ6): Durchschnittliche Behandlungsdauer 21 Tage.
- Tagesklinische Behandlung (KJ7): Durchschnittliche Behandlungsdauer 150 Tage.

Mit der im Bereich der Krankenhaus-Medizin einmaligen Rechtsverordnung der Psych-PV leistete der Gesetzgeber einen wesentlichen Beitrag zur Konkretisierung der qualifizierten Kooperation medizinischer und nicht medizinischer Dienste bei der ganzheitlichen Behandlung psychisch kranker Menschen, die der klinischen Behandlung bedürfen. Mit der Einbindung des pädagogischen Personals in die Stationsbetreuung hat die Psych-PV für die KJP die Bedeutung der pädagogischen neben den von Krankenschwestern und Krankenpflegern erbrachten Leistungen als grundsätzliche Aufgabe der klinischen Behandlung festgeschrieben. Die Kooperation mit der Klinikschule wurde ebenso wie die Zusammenarbeit mit Eltern und Familie durch die Zeitvorgaben der Personalbemessung exakt geregelt. Ausdrücklich besteht die Verordnung darauf, dass das Krankenhaus eine Versorgungsverpflichtung für Patientinnen und Patienten hat, die einer stationären oder teilstationären Behandlung bedürfen. Die Definition der Verpflichtung, freiwillig kommende Patientinnen und Patienten sowie solche mit gesetzlich begründeter oder ordnungsbehördlicher Einweisungsverfügung aufzunehmen, impliziert die Definition

eines konkreten Versorgungsgebietes, das überschaubar ist und die Nähe der Klinik zum Wohnort der Betroffenen berücksichtigt.

Die Festlegungen der Psych-PV sind zur Abschätzung auch der vor 1991 üblichen klinischen Aufenthaltsdauern geeignet, weil ihre Berechnungen auf den langjährigen klinischen Erfahrungen der Mitglieder der Expertengruppe basierten, die sich aus leitenden Ärztinnen und Ärzten sowie Leitungen von Krankenpflegediensten zusammensetzte.

2.13 Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hrsg.) (1998). Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung

Von insgesamt 131 stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die bei Beginn der Evaluation im Jahr 1996 in Deutschland bestanden, hatten 60 an der Erhebung teilgenommen. Sie verfügten über 57 % der gesamten Planbetten/Plätze. In ihren Einzugsgebieten lebten „etwa 55% der Gesamtbevölkerung“. Damit erschien den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, zu denen auch der Autor der vorliegenden Studie gehörte, die Anzahl der einbezogenen Einrichtungen ausreichend, „um die Entwicklung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Einführung der Psych-PV verallgemeinernd beschreiben zu können. Die sowohl für die ostdeutschen als auch die westdeutschen Kliniken zur Darstellung kommende Reduzierung der Planbetten um 29% sowie der belegten Betten um 16% entsprachen weitgehend der Entwicklung in der Erwachsenenpsychiatrie. Die durchschnittliche Verweildauer war bei einem Anstieg der jährlichen Aufnahmen pro Bett/Platz zwischen 1992 und 1995 von 4 auf 6 „um etwa 35%“ gesunken. Die Anzahl der tagesklinischen Plätze hatte sich „von 1990 bis 1995 verdoppelt“. Die Darstellung der Entwicklung der Patientenstrukturen entsprechend den Behandlungsbereichen der Psych-PV zeigte deutliche Effekte einer „konsequenten Trennung von Behandlungsfällen und Nicht-Behandlungsfällen“. Es war zu einer Verschiebung zwischen den Behandlungsbereichen der Psych-PV gekommen: Während die Bereiche KJ1 bis KJ3 (Intensiv- und Regelbehandlung; s. unter 2.12) zugenommen hatten, waren die Belegungswerte in den Bereichen KJ4 und KJ5 (rehabilitative und lang dauernde Behandlung) mit jeweils - 72% bzw. - 55% massiv gesunken.

Die Untersuchungsergebnisse konnten in Verbindung mit den Befunden der Psychiatrie-Enquête, dem Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen (1991), den Angaben der ASMK-, GMK- und JFMK-Geschäftsstellen sowie den Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (s. Kap. 2.14 u. 2.15) für eine rückblickende qualitative und auch quantitative Schätzung der klinischen Versorgungsstrukturen in den fraglichen Untersuchungszeiträumen sowohl für die BRD als für die DDR genutzt werden.

2.14 Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (Hrsg.) (2002). Bundesweite Erhebung zur Versorgungssituation der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland

Die vollständige Erhebung über alle klinischen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen vermag einen guten Einblick in die zu diesem Zeitpunkt bestehende klinische Versorgungslandschaft der KJP in allen Bundesländern zu geben. Die auf die jeweiligen Einwohnerzahlen bezogenen Angaben zu Betten/Plätzen und Fallzahlen erlauben die annähernd exakte Berechnung der länderspezifischen sog. Bettenmessziffern sowie die Berechnung der fiktiven durchschnittlichen fallbezogenen Verweildauern in den einzelnen von der Psych-PV vorgegebenen Behandlungsbereichen.

Die Befunde konnten auch zur qualitativen Bewertung der zuvor - vor allen in den ostdeutschen Bundesländern - noch bestehenden Situation herangezogen werden.

2.15 *Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG), Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter/innen des Pfleg- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (Hrsg.) (2009). Zielsetzungs- /Orientierungsdaten Kinder- und Jugend-psychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland*

Das Papier wurde „*gut 15 Jahre nach der Erstauflage der politisch für viele Klinikleitungen hilfreichen Zielsetzungs- und Orientierungsdaten*“ 1993 unter der Mit-Autorenschaft des damaligen BAG-Vorsitzenden Dr. J. Jungmann gefertigten Erstfassung 2009 in einer völlig überarbeiteten Neuauflage vorgelegt. Es finden sich darin sowohl Aufstellungen über jahresbezogene Platz-, Belegungs- und Fallzahlen sowie Verweildauern in den stationären Einrichtungen der KJP als auch mit den Ergebnissen internationaler Studien abgestimmte Prävalenzangaben psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, die in die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Robert Koch Institut, 2004) einfließen (s. Kap. 2.21). Zur Frage des klinischen Behandlungsbedarfs der KJP wurde anhand der ermittelten Krankenhaushäufigkeiten festgestellt, dass „*etwa 80% aller kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten ausreichend ambulant behandelt werden können und ca. 20% einer stationären Behandlung bedürfen*“.

Obwohl die aufgeführten Berechnungen nur bis zum Jahr 1991 rückdatiert worden waren, konnten sie für eine orientierende Schätzung der bis 1990 vorgehaltenen stationären psychiatrischen Einrichtungsstrukturen für Kinder und Jugendliche in der DDR verwendet werden.

2.16 *Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich - auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*

Die Einschätzungen der Expertenkommission zur Situation der stationären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der BRD, Stand 1988, konnten über die mitgeteilten Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, ihre stationäre Behandlungsbedürftigkeit und die daraus abgeleiteten Bedarfsberechnungen von Betten/Plätzen zur Schätzung des vormaligen Versorgungsstandes herangezogen werden.

2.17 Statistisches Bundesamt (Fachserie 2001 13 R 5.1; Datenreport 2006; Destatis, Abfrage Juli 2015: Staat & Gesellschaft - Bevölkerungsstand – Bevölkerung)

Die nach Alters- und Jahrgangsguppen geführten Bevölkerungsstatistiken des Statistischen Bundesamts stellen in Verbindung mit Prävalenzraten eine sichere Grundlage zur Vornahme von Bedarfs- und Fallschätzungen dar. Sie wurden zu einer orientierenden Bedarfsschätzung im Bereich der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe genutzt. Die auf die einzelnen Bundesländer bezogenen Einwohnerstatistiken erleichtern eine Plausibilitätsabschätzung der für einzelne Länder vorliegenden Zahlen.

2.18 Liepmann, M. C. (1979). Geistig behinderte Kinder und Jugendliche

Liepmann legte eine repräsentative, deskriptiv-epidemiologische Untersuchung zur Episoden-Prävalenz von geistiger und mehrfacher Behinderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland vor, die darüber hinaus „speziell auf psychiatrische Fragestellungen ausgerichtet“ ist. Zur Stichprobe ihrer Untersuchung, die sie in dem definierten „geographischen Untersuchungsraum“ der Stadt Mannheim mit 330.000 Einwohnern durchführte, gehörten „alle geistig und mehrfach behinderten Mädchen und Jungen der Geburtsjahrgänge 1958 bis 1967, die oder deren (Pflege-)Eltern 1974 (Prävalenzjahr: von Dezember 1973 bis Dezember 1974) mit Hauptsitz in Mannheim gemeldet waren. Die Altersgrenzen vom 7. bzw. 16. Lebensjahr wurden gewählt, weil nach dem Schulfördergesetz (1966) erst vom Schulalter an eine Förderungs- und Meldepflicht besteht und Kinder im Vorschul- oder Kleinkindalter häufig nicht als behindert erkannt werden“ (Liepmann, 1979, S. 46).

Die Autorin stellte die 3 Kriterien: „Schulversagen“, „Intelligenzminderung“ und „Einschränkungen der sozialen Anpassung“ in den Mittelpunkt ihrer Falldefinition und wählte für die Klassifikation der einbezogenen Untersuchungspopulation das psychometrische Kriterium des Intelligenztest-Ergebnisses. Sie begründete ihr Vorgehen mit der dadurch erreichten Vergleichbarkeit mit vorliegenden internationalen Untersuchungsergebnissen.

Eine neuere von Dieckmann & Metzler (2013) (s. Kap. 2.19) zitierte Studie zu Trends in der Prävalenz von Entwicklungsstörungen und Behinderungen bei US-amerikanischen Kindern zwischen 1997 und 2008 kommt zu dem Ergebnis, dass im Bereich der geistigen Behinderung (intellectual disability) die Häufigkeiten um 0,7% im untersuchten Zeitraum nahezu gleich hoch geblieben seien.

Für Deutschland gab es nach der von Liepmann vorgenommenen Literatursicht bis dahin nur einige wenige allgemeine Prävalenz-Schätzungen, die allerdings „auffallend hoch“ übereinstimmten und sich für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung (GB) „um den Wert von 0,6%“ gruppierten. Obgleich die in den durchgesehenen Veröffentlichungen jeweils angegebene \leq -Grenze zwischen 55 und 65 Punkten lag, waren die Kinder von den Autoren jeweils noch als „schulfähig“ eingestuft worden. Liepmann bewertete diesen Befund als Ausdruck der bekannten Abgrenzungsproblematik zwischen „schulfähigen“ und „nicht schulfähigen“ Kindern, „die gesetzlich nicht vorgesehen, aber vielerorts praktiziert“ werde. Für die zum ersten Mal für den Bereich der geistigen Behinderung in Deutschland durchgeführte Prävalenzstudie wurden alle Kinder der genannten Jahrgänge einbezogen, die

- „entweder die Schule für GB besuchten,

- oder in speziellen Klassen für GB in anderen Sonderschulen untergebracht waren,
- oder bereits aus einer dieser Schulen nach Beendigung der Schulpflicht ausgeschult waren,
- oder die nie bzw. nach kurzen Probeaufenthalten nicht mehr beschult wurden (meist von der Schulpflicht befreit waren, gelegentlich Einrichtungen der Lebenshilfe besuchten, häufig in Heimen, aber auch zuhause gepflegt wurden),
- und einen IQ ≤ 60 hatten, ersatzweise als ‚geistig behindert‘, ‚imbezill‘ oder ‚idiotisch‘ von Kliniken, dem Gesundheitsamt oder Schulamt diagnostiziert waren“.

Die Stichprobe der Studie stellte somit die institutionelle Prävalenz geistiger Behinderung für eine definierte Population in einem bestimmten Zeitraum fest. Die gefundenen Prävalenzraten entsprachen ausländischen Untersuchungsergebnissen unter Bezug auf das gewählte IQ-Kriterium = 50 „recht gut“. Bei ausschließlicher Orientierung an einem IQ-Wert von ≤ 60 , „der oberen Grenze für GB lt. Erlass des Kultusministeriums Baden-Württemberg zur Entscheidung über die Beschulungsform“, betrug die Rate „7,6 pro 1.000“. Die von Liepmann bestimmte **„administrative Prävalenzrate“** für alle Kinder und Jugendlichen, die in den eingesehenen amtlichen Unterlagen **„offiziell“ als geistig behindert registriert bzw. „in Schulen und anderen Versorgungseinrichtungen für GB“** zu finden waren, belief sich auf **8,3 pro 1.000**.

Liepmann führte zur Erläuterung ihrer Vorgehensweise aus, dass die üblicherweise *„auf der Auszählung von zentral gespeicherten Daten basierende Häufigkeitsziffer“* in ihrer Studie umfassender *„und nicht beschränkt auf eine oder einige wenige Hauptinstitutionen“* angewandt worden sei. Die Höhe der ermittelten administrativen Prävalenzrate führte sie deshalb *„am ehesten auf die überaus aufwendige Fallfindungsphase“* zurück. Für die Untersuchung seien *„in den verschiedensten Archiven und Registraturen tausende von Akten bis ins Jahr 1958 zurückverfolgt“* worden. *„Allen noch so vagen Hinweisen auf geistig behinderte Kinder“* sei nachgegangen worden. Die durchschnittliche Rücklaufquote des an die, bisweilen mehrfach angeschriebenen, Institutionen versandten Erhebungsbogens hatte 92,2% betragen (Liepmann, S. 122)

In die Erhebungen waren Fragen nach weiteren Behinderungen einbezogen worden. Dabei ergab sich, dass die in die Stichprobe aufgenommenen geistig behinderten Kinder und Jugendlichen vielfach von einer mehrfachen Behinderung betroffen waren:

- Mit 77,3 % fand sich am häufigsten eine zusätzliche sprachliche Behinderung.
- Bei „fast der Hälfte (49,5%)“ der Betroffenen lag zusätzlich zur GB eine „Sehbehinderung“ vor.
- Eine deutliche Behinderung im Bereich der Motorik ergab sich bei 16,9% der Untersuchten.

Insgesamt waren *„nur bei etwa 10% aller medizinisch untersuchten Kinder keine deutlichen Zusatzbehinderungen“* festgestellt worden. Mehr als ein Drittel (39,3 %) hatte neben der geistigen zwei weitere auffällige Behinderungen. Beinahe ein Fünftel aller untersuchten Kinder (19,8%) war außer der intellektuellen Behinderung noch in drei weiteren Bereichen behindert. Daraus folgerte die Autorin, *„dass kaum ein Zweifel daran bestehen kann, dass geistig Behinderte in der Regel auch Mehrfachbehinderte sind“*. Auf diesen Zusammenhang wird immer wieder hingewiesen, so beispielsweise seitens der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e. V. (2005).

Schließlich konnte auch das in der Mannheimer Stichprobe gewonnene Untersuchungsergebnis, wonach 22% der betroffenen jungen Menschen in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe lebten, zur Schätzung der Fallzahlen der Machbarkeitsstudie herangezogen werden.

Bei einem Vergleich der im Heim und zu Hause betreuten Kinder und Jugendlichen fanden sich bei den in einer Heimeinrichtung lebenden eine signifikante Höherbelastung durch „Verhaltensstörungen“, vorwiegend bei den männlichen Kindern, sowie „Anfälle“.

Die Nutzung der von Liepmann ermittelten **administrativen Prävalenzrate** für eine Schätzung der Fallzahlen von jungen Menschen, die in den für die BRD und die DDR definierten Zeiträumen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe betreut wurden, war vor allem deshalb als gut geeignet anzusehen, weil das zu Grunde liegende Fallkriterium neben dem Grad des psychometrischen IQ-Kriteriums die tatsächlich erfolgte Versorgung bzw. Unterbringung der Betroffenen einbezogen hatte. Mit der Ausrichtung auf 7- bis 16-jährige Kinder und Jugendliche, die den Altersgruppen nahe kommt, auf die sich die Machbarkeitsstudie mit ihren altersspezifischen Schätzungen auszurichten hatte, betraf die epidemiologische Studie von Liepmann den Kernbereich der in der Schätzung zu berücksichtigenden Altersgruppe (Näheres s. zur Methodik in Kap. 4.1).

2.19 Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). *Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht. KVJS Forschung*

Bei der Diskussion von Prävalenzraten geistiger und mehrfacher Behinderung in der Bevölkerung weisen Dieckmann & Metzler wie bereits Liepmann (1979) (s. Kap. 2.18) darauf hin, dass für das Kleinkind- und Vorschulalter vor allem deshalb relativ geringe Raten zur Prävalenz „geistiger Behinderung“ mitgeteilt werden, weil die Behinderung vielfach erst im Verlauf der kindlichen Entwicklung diagnostiziert wird. Mit Beginn des Schulalters steigen die Häufigkeiten deutlich an. Als Beleg dafür werden auch hier die Bewertungen der Kultusministerkonferenz zitiert, die beispielsweise für das Schuljahr 2010 von einer Förderquote von 1% im Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“ ausging (Kultusministerkonferenz 2012). *„Nach Beendigung der Schulzeit sinken die Häufigkeiten wieder, da die nun erwachsenen Menschen mit einer ‚geistigen Behinderung‘ zum Teil entweder alleine zurechtkommen oder von ihren Familien betreut werden, so dass nicht alle z.B. Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen“* (Dieckmann & Metzler, 2013, S. 21).

Die von den Untersuchern gebildeten Stichproben zur Analyse biographischer und aktueller Lebenserfahrungen stammen aus Westfalen-Lippe (WL) und aus Baden-Württemberg (BW). Mit insgesamt 81,7% dominierten Frauen und Männer mit geistiger und mehrfacher Behinderung einschließlich des Down-Syndroms. Bei 7,5% wurde eine Epilepsie-Erkrankung als führende Behinderung vermerkt, bei 8,1% bestanden körperliche Beeinträchtigungen oder gravierende Störungen der Sinnesorgane. Bei lediglich 2,7% der Befragten wurde eine seelische Behinderung als wesentliche Beeinträchtigung genannt. Bei mehr als der Hälfte der Fälle bestanden eine oder zwei zusätzliche Behinderungen. Ähnliche Befunde hatte auch Liepmann ermittelt (s. Kap. 2.18).

Die Wohndauer der zum Untersuchungszeitpunkt bereits 45 bis über 70 Jahre alten Betroffenen betrug durchschnittlich 23 Jahre. 14% der Bewohnerinnen und Bewohner waren bis zu ihrem 20. Lebensjahr in die stationären Einrichtungen aufgenommen worden. Weitere 16% waren zum Aufnahmezeitpunkt zwischen 21 und 30 Jahre alt. Diese Verteilung steht nur in annähernder Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Erhebung von Liepmann, die für 22% der von Ihr untersuchten Stichprobe eine

Heimplatzierung der, allerdings ausschließlich aus dem Großstadtbereich von Mannheim stammenden, Kinder und Jugendlichen bis zum Alter von 17 Jahren vermerkt hatte (s. Kap. 2.18).

Im zweiten Teil ihrer Studie untersuchte die Arbeitsgruppe um Dieckmann die durchschnittliche Lebenserwartung, die für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in den letzten Jahren und Jahrzehnten auch in Deutschland in ähnlicher Weise „erheblich gestiegen“ war, wie das für andere Länder in „vielen Studien“ belegt sei. Die für diesen Untersuchungsteil zuständigen Autoren Giovis & Dieckmann nahmen mit dem Ziel einer genaueren Bestimmung der durchschnittlichen Lebenserwartung der betroffenen Menschen mit Behinderung Bezug auf die vorliegenden Statistiken des Statistischen Bundesamtes zu den Sterbewahrscheinlichkeiten in der Gesamtbevölkerung. Anhand der in beiden Stichproben bislang aufgetretenen Sterbefälle wurde die geschlechtsspezifische Lebenserwartung errechnet. Es ergab sich ein mittleres Sterbealter der behinderten Menschen zwischen 70 (BW) und 73 (WL) Jahren bei den Frauen und zwischen 65 (BW) und 73 (WL) Jahren für die Männer. Damit lag die durchschnittliche Lebenserwartung der behinderten Personen *„weiterhin noch deutlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung“*. Die Differenzen zwischen den Ergebnissen in Westfalen-Lippe und Baden-Württemberg führten die Untersucher auf die unterschiedliche Stichprobenziehung mit besonderen regionalen Gegebenheiten zurück. Während in die Untersuchungsstichprobe aus WL (Kompletterhebung, für jedes Erhebungsjahr n = 13.500) Personen aus stationären Wohneinrichtungen aufgenommen worden waren, wurden für BW Menschen mit Behinderung in verschiedenen Wohnformen berücksichtigt, die Dienste von 12 großen Trägern der Behindertenhilfe in Anspruch nahmen (n = 11.000). In die Untersuchungsstichproben waren Erwachsene mit Down-Syndrom (etwa 10 – 15%), bei denen generell von einer noch niedrigeren Lebenserwartung auszugehen ist, einbezogen worden.

Die Ergebnisse der Studie konnten vor allem zur Schätzung der Mortalitätsrate bei geistig- und mehrfachbehinderten Frauen und Männern herangezogen werden.

2.20 Schirmer, S., Müller, K. & Späte, H. F. (1963). Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch i.V., DDR

Das 1963 verfasste Papier basiert auf einer kritischen Einschätzung der von den Autoren als unzureichend bewerteten Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in der damaligen DDR bereits 12 Jahre vor der Psychiatrie-Enquête. Die Thesen riefen in Form von „Empfehlungen“ zu einer *„völligen Neuorientierung auf dem Gebiet des gesamten Schwachsinnns“* auf. Zum „Rahmenthema Kinderpsychiatrie“ wurde betont, dass die Gesellschaft *„von den großen Bedürfnissen der großen Zahl der Schwachsinnigen etwas erfahren“* müsse, *„um helfend einzugreifen und die Sorge um die Schwachsinnigen nicht nur den Pädiatern, Psychiatern, Psychologen und Pädagogen zu überlassen“*.

Die vorgetragenen Thesen propagierten die „Teamarbeit“, wenn auch in der problematischen Form einer „Beobachtungsklinik“, zwischen den beteiligten Disziplinen einschließlich von Psychologen und Pädagogen, unter anderem mit dem Ziel, für die betroffenen Kinder individuelle *„Ausbildungs- und Förderungspläne“* zu erarbeiten. Die Ausführungen konnten als Bestätigung der andernorts, z.B. im Expertenbericht: Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen (1991), gemachten kritischen Beobachtungen und Bewertungen der stationären psychiatrischen

Versorgungsstrukturen in der DDR herangezogen werden, zumal die „Empfehlungen“ noch zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung keine durchgreifende Verbesserung bewirkt hatten.

2.21 Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*

Die systematische und repräsentative Berichterstattung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland enthält sowohl Ausführungen zu Häufigkeit und Art von Behinderungen als auch ausführliche Zusammenstellungen von psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Symptomen sowie Angaben zu deren geschätzten Perioden-Prävalenz.

Für das Jahr 2001 waren bei den Versorgungsämtern „127.161 schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahre“ gemeldet worden, was rd. 1% der Kinder dieser Altersgruppe umfasste. Bei der Bewertung des Befundes wurde wie auch von Liepmann (s. Kap. 2.18) und Dieckmann & Metzler (s. Kap. 2.19) betont, dass jüngere Kinder in der Schwerbehindertenstatistik unterrepräsentiert seien, weil *„in dieser Altersgruppe Schädigungen häufig noch nicht erkannt oder bestimmte Phänomene noch nicht als Behinderung eingestuft“* seien. *„Viele Beeinträchtigungen treten auch erst später auf“*. Betreuung und Pflege würden *„überwiegend in der Familie gesichert“*, für *„behinderte und entwicklungsgefährdete Kinder von drei bis sechs Jahren stehen sonder- bzw. heilpädagogische Kindergärten und Kindertagesstätten zur Verfügung, für die älteren Kinder Sonderschulen. Für besonders schwer behinderte Kinder mit hohem Pflegebedarf besteht auch die Möglichkeit der Betreuung in Heimen“* (Robert Koch Institut, 2004, S. 46 - 49).

Die Häufigkeit psychischer Störungen und Krankheiten bei Kindern und Jugendlichen werde in epidemiologischen Studien je nach Bezug auf deren Alter und Geschlecht auf bis zu 20 % geschätzt. Der Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zitiert die Befunde der von Esser et al. 1992 gefertigten Mannheimer Studie, wonach *„16 bis 18% der in die Untersuchung aufgenommenen Kinder aufgrund klinischer Urteile eine psychische Störung“* aufwiesen. *„Rund ein Viertel dieser Kinder und Jugendlichen (ca. 5%) wurde als unbedingt behandlungsbedürftig eingestuft“* (Robert Koch Institut, 2004, S. 124).

2.22 Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (1970). *Gesamtstatistik der Freien Wohlfahrtspflege*

In der Gesamtstatistik, in der seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege, in der

- Arbeiterwohlfahrt (AWO),
- Deutscher Caritasverband (DCV),
- Der Paritätische Gesamtverband,
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK),
- Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung (Diakonie) und die

• Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (ZWST) zusammengeschlossen sind, finden sich für das Jahr 1970 Zahlenangaben über „Anstalten und Heimen“ im Bereich der Gesundheitshilfe, und damit in Abgrenzung von Einrichtungen der Jugendhilfe, sowie diesen zugeordneten „Betten/Plätze“.

Da es im Untersuchungszeitraum von 1949 bis 1975 in der DDR keine freie Wohlfahrtspflege gab, war davon auszugehen, dass sich die aufgeführten statistischen Angaben ausschließlich auf die Versorgungsverhältnisse in der BRD beziehen.

2.23 Barsch, S. (2013). Geistig behinderte Menschen in der DDR

Barsch analysiert in seiner erstmals 2007 veröffentlichten Studie die Lebenswirklichkeit von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in der DDR vor dem Hintergrund der Theoriebildung zu einer „*Rehabilitationspädagogik*“, die jedoch „*die Dominanz des medizinischen Urteils*“ nicht abzuschwächen vermocht habe. Vielmehr habe sich die „Fachwissenschaft“ aufgrund ihrer Orientierung an medizinischen Modellen der Behinderung eher als „*Pädagogik bei Schädigungen*“ verstanden, als dass sie die notwendige interdisziplinäre Kooperation zwischen Medizin und Pädagogik befördert hätte.

Die Studie erscheint vor allem wegen der vorgenommenen Konkretisierung und Differenzierung von „*Versorgungswirklichkeiten*“ zur qualitativen Bewertung der Unterbringungssituation von Menschen mit Behinderung in stationären Einrichtungen der DDR geeignet.

2.24 Jahrbücher über „Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik“, Jahrgänge 1965, 1967, 1978, 1982, 1983, 1986 und 1989. Herausgegeben vom Institut für Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes, vom Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens bzw. vom Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung

Die statistischen Jahresberichte über „das Gesundheitswesen in der Deutschen Demokratischen Republik“ geben einen Einblick in die Entwicklung des Netzes und der Tätigkeit der Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens der DDR. Unter Bezug auf Bevölkerungsstruktur und Bevölkerungsbewegung werden Morbidität, Behinderung, Invalidität und Mortalität bei ausgewählten Krankheitsgruppen dokumentiert. Einen breiten Raum nehmen die Darstellungen der akuten und langfristigen stationären und ambulanten einschließlich der rehabilitativen Versorgung ein. Hieraus konnten für das Vorhaben der Machbarkeitsstudie relevante Erkenntnisse sowohl zu Fragen der psychiatrischen Krankenhausbehandlung und auch zur Versorgung, Förderung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen gewonnen werden. Allerdings stieß deren quantitative Verifizierbarkeit auf das Problem einer über die Jahrgänge hinweg unterschiedlichen Detailierung sowie an die Grenzen eines oftmals nur eingeschränkt möglichen, und dann über Hochrechnungen vorzunehmenden, Altersbezugs der dargestellten stationären Betreuungszahlen, vor allem im Bereich der Behindertenhilfe.

2.25 Dreier, A. & Laudien, K. (2012). Einführung. Heimerziehung in der DDR

Zitat aus dem Vorwort des Buches:

„Vorgestellt werden [...] die Rahmenbedingungen der Heimerziehung in der DDR. [...] Innerhalb dieser Veröffentlichung soll erstmals berücksichtigt werden, dass die verschiedenen pädagogischen Konzepte in den Normalheimen für ‚normal-erziehbare‘ und in den Spezialheimen für ‚schwer-erziehbare‘ Kinder und Jugendliche der DDR auch verschiedene reale Lebensbedingungen hervorbrachten. [...] Vorrangig geht es um die Frage, wer über Einweisungen in Einrichtungen der Jugendhilfe entschied und wie sich die Gremien zusammensetzten. Die Organisation und Verfahrensweise der Heimeinweisungen ist für die Bewertung des Heimschicksals von erheblicher Bedeutung. Neben statistischen Angaben werden auch die Kriterien, wie die Unterscheidung in ‚normal-erziehbare‘ und ‚schwer-erziehbare‘ Kinder und Jugendliche als Grundlage für die Zuordnung zu den Einrichtungsarten benannt“.

Es wird bei der Darstellung der Lebensqualität in den Einrichtungen der Tatsache Rechnung getragen, *„dass sich der Lebensalltag [...] und die realen Probleme in den Normalheimen und den Spezialheimen voneinander unterscheiden“*. Anschließend werden Hintergrundinformationen zu den Spezialheimereinrichtungen gegeben (s. auch Kap 2.1, Sachse, 2011). *„Dazu gehören neben den Spezialkinderheimen und Jugendwerkhöfen auch die Durchgangsheime, die Einrichtungen des Kombinars Sonderheim sowie der geschlossene Jugendwerkhof Torgau. Der bisherige marginale Forschungsbestand zu Heimeinrichtungen außerhalb der Jugendhilfe, dazu zählen die Säuglingsheime, die konfessionellen Heime und Behinderteneinrichtungen werden in einem gesonderten Kapitel behandelt. Das letzte und abschließende Kapitel widmet sich der Frage nach den möglichen Folgen eines Aufenthalts in Heimen der DDR“* (Dreier & Laudien, 2012, S. 10 - 12).

Die Studie, die damit neben Heimen für den Bereich der Jugendhilfe auch Einrichtungen der Behindertenhilfe einbezieht, ist vor allem zur qualitativen Bewertung der Betreuungs- und Lebensbedingungen für die betroffenen jungen Menschen geeignet.

2.26 Heime und Anstalten der Bundesvereinigung der Lebenshilfe für geistig behinderte Kinder e.V. (Bundesvereinigung Lebenshilfe, 1966)

Mit dem Verzeichnis der „Heime und Anstalten für geistig Behinderte“ (Stand Herbst 1966) hatte die Bundesvereinigung „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e. V.“ eine Vollerhebung der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD vorgelegt. Neben Namen und Trägerschaft der stationären Einrichtungen werden Angaben zu den betriebenen Betreuungsplätzen und den versorgten Personengruppen nach deren Altersstruktur aufgeführt. Zusätzlich konnten den Eintragungen vorgehaltene Angebote der schulischen und beruflichen Weiterbildung bzw. therapeutischer und lebenspraktischer Fördermaßnahmen entnommen werden.

3. Schätzung der Anzahl der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie

Die im Folgenden vorgenommenen Berechnungen und Schätzungen von Einrichtungen und Betten, in denen Kinder und Jugendliche in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) untergebracht waren, beziehen sich dem Projektauftrag gemäß nur auf vollstationär in diesen Einrichtungen lebende junge Menschen, die sich tagsüber und nachts dort aufhielten.

3.1 Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe

3.1.1 Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD

In seinem Bericht zur 50-jährigen Geschichte der Lebenshilfe führte Böhm (2008) aus, dass die Behindertenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland nach Ende des zweiten Weltkriegs „*vor einem Scherbenhaufen*“ gestanden habe. „*Die menschenverachtende Ideologie und Praxis der Nazis hatte ihre Spuren im Alltagsbewusstsein der Bevölkerung hinterlassen. [...] Die Menschen hatten eine prägende Erfahrung gemacht*“. Angesichts der miterlebten Euthanasie hätten sie es als opportun erachtet, ihre behinderten Angehörigen vor der Gesellschaft „zu verstecken“ und gewissermaßen „unsichtbar“ zu machen. Die „Reorganisation“ der Behindertenhilfe, die „*am ehesten von den konfessionell geprägten Großeinrichtungen übernommen*“ worden sei, sei auch deshalb nur langsam in Gang gekommen, weil „*sehr viele andere Probleme wie das nackte Überleben im Vordergrund standen*“. Die Pädagogik habe „*das Phänomen Behinderung biologistisch*“ verstanden und sich deshalb in Zusammenarbeit mit Medizin und Psychiatrie an einem „*Defizit-Modell*“ orientiert. Die Förderung geistig behinderter Menschen sei den Familien überlassen gewesen. Sie hätten weder Maßnahmen der Frühförderung in Anspruch nehmen können, noch habe eine Schulpflicht für geistig behinderte Kinder und Jugendliche bestanden. „*Fiel die Familie aus, blieben*“, vor allem nach dem Eintritt in das Erwachsenenalter, „*Psychiatrien, Altenheime oder die schon genannten Großeinrichtungen*“. Erst „*Mitte bis Ende der 1950er Jahre änderten sich die Bedingungen [...] und mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Faschismus erweiterte sich der pädagogisch-wissenschaftliche Horizont*“ Böhm (2008), in welchem sich das Bestreben herangebildet habe, für Menschen mit Behinderung die gleichen Rechte und Chancen wie für die übrige Gesellschaft einzufordern. Nachdem 1962 das BSHG in Kraft getreten war, hatten die Betroffenen und ihre Familien staatliche Hilfen in Anspruch nehmen können (s. hierzu auch Kap. 2.6).

Nach dem Gesamtverzeichnis der **Bundesvereinigung „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e. V.“** standen 1966 **in der BRD insgesamt 171 Heime und Anstalten** zur Betreuung von Kinder und Jugendlichen bis unter 21 Jahre zur Verfügung.

Die Sachverständigenkommission der **Psychiatrie-Enquête** bezog **93 Heime und Anstalten** für chronisch psychisch Kranke sowie für seelisch und geistig Behinderte in Ihre Erhebungen ein. **In 73 Einrichtungen befanden sich zwischen 101 bis 500 Betten, in weiteren 20 Heimen und Anstalten wurden jeweils über 500 Betten vorgehalten.** Die oft kleinen Einrichtungen mit 10 und 30 bis 100 Betten waren „wegen

der Heterogenität ihrer Zweckbestimmung“ und mangelnder Dokumentation nicht in die Auswertungen einbezogen worden.

Die erfassten „Heime und Anstalten“ befanden sich *„überwiegend in freigemeinnütziger Trägerschaft von karitativen Organisationen, Selbsthilfevereinigungen und in Privathand“*. Die Einrichtungen nahmen sich „vorwiegend chronisch psychisch Kranker und geistig Behinderter aller Altersstufen“ an. Zur Aufnahmeindikation führte die Kommission aus: *„Bei Kindern ergibt sich zum Beispiel die Notwendigkeit einer Heimerziehung und Heimpflege, wenn ihre Förderung und Pflege einen personellen und Ausstattungsaufwand erfordert, der den einzelnen Familien nicht zur Verfügung steht. Hier ist vor allem an Schwerst- und Mehrfachbehinderte zu denken, soweit sie sich nicht in Landeskrankenhäusern befinden. Die Heimunterbringung kann aber auch dann angezeigt sein, wenn der Weg zur Sonderschule nicht täglich zurückgelegt werden kann. Schließlich sind Familien vielfach nicht bereit, oder aus gesundheitlichen und sozialen Gründen nicht in der Lage, ihre behinderten Angehörigen im Hause zu behalten und von dort aus in eine Tagesstätte zu schicken“* (Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4201, 1975, S. 89 u. 161).

Die weiteren herangezogenen Verzeichnisse und Aufstellungen, wie die Gesamtstatistik der Freien Wohlfahrtspflege, die Angaben des Diakonischen Werkes und der CBP-Vorstudie „Heimkinderzeit in der katholischen Behindertenhilfe und Psychiatrie“ enthielten meist nicht nach Altersgruppen unterschiedene Angaben.

3.1.2 Stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR

Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass der Begriff „stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe“ in den durchgesehenen Dokumenten und Statistiken der DDR in der Regel nicht als solcher definiert wurde. Stattdessen sind die Anzahl von Einrichtungen zur stationären Versorgung von Kindern mit **„geistigen Störungen, Körperbehinderungen sowie Seh- und Hörstörungen“** und die darin vorgehaltenen Betten/Plätze dokumentiert.

Die „gesetzliche Grundlage für die weitgehende und frühestmögliche Erfassung“ der in den statistischen Jahresberichten über die Entwicklung des Gesundheits- und Sozialwesens in der DDR niedergelegten „stationären Morbidität“ und „stationären Betreuung“ stellte die 1954 vom Ministerium des Gesundheitswesens verfügte *„Anordnung über die Meldung von Körperbehinderungen, geistigen Störungen sowie Schädigungen des Seh- und Hörvermögens“* dar. *„Diese Meldepflicht galt ab 1967 bis zum 18. Lebensjahr und sollte alle Fälle der genannten Behinderungen erfassen (vgl. Albrecht, 2002, 134). [...] Ziel war eine möglichst früh einsetzende rehabilitative Betreuung der behinderten Kinder“* (Barsch, 2013, S. 70).

Bei 70% dieser Kinder wurde eine Bildungsfähigkeit angenommen. „23,7“ galten als bedingt bildungsfähig, 6% als bildungsunfähig“. Im selben Jahrbuch, 2. Jahrgang, des Gesundheitswesens der DDR (Institut für Planung und Organisation des Gesundheitswesens Abteilung Statistik, 1967) wurde die Gesamtzahl der erfassten Kinder und Jugendlichen „mit geistigen Störungen“ für das Jahr **1966 mit 80.745** angegeben. Unter der Diagnose „verschiedener Schwachsinnformen“ waren **34.686** Kinder und Jugendliche zur Meldung“ gekommen. Der Anteil von Mädchen und Jungen mit „sonstigen geistigen Störungen“, unter denen augenscheinlich psychische Störungen verstanden wurden, war mit **38.712** Personen fast gleich groß. Bei 7.347 Kindern war die Diagnose einer Epilepsie-Erkrankung oder eines „postencephalitischen

Zustands“ gestellt worden. **Bezogen auf „je 1.000 der Bevölkerung unter 18 Jahren gleicher Altersgruppe“** waren damit **15,6 Kinder und Jugendliche** betroffen. Es wurde festgestellt, dass die Anzahl der erfassten Personen „*seit Jahren etwa gleichbleibend*“ gewesen seien. Bei 70% dieser Kinder und Jugendlichen mit einer „geistigen Störung“ wurde eine Bildungsfähigkeit“ angenommen, „*23,7% galten als bedingt bildungsfähig, 6% als bildungsunfähig*“. Es wurde angemerkt, dass der Begriff „bedingt bildungsfähig“ einer „exakten Abgrenzung“ bedürfe, „um Missverständnisse zu vermeiden“.

Weiter hieß es: „*Zur Verbesserung der Betreuung der geistig behinderten Kinder und Jugendlichen sind die notwendigen, in nächster Zeit durchzuführenden Maßnahmen:*

- *die Erweiterung des Netzes der Betreuungsstellen;*
- *die Intensivierung der Beratungstätigkeit durch Erhöhung der Zahl der Nervenärzte und Fürsorgerinnen;*
- *die Intensivierung der Früherfassung geistig geschädigter Personen;*
- *eine stärkere Popularisierung prophylaktischer und psychohygienischer Maßnahmen.*

Die neuropsychiatrische Fürsorge ist und kann nicht Selbstzweck sein. Die von ihr erfassten Kinder und Jugendlichen stellen nicht nur ein medizinisches, sondern darüber hinaus ein soziales, ökonomisches und im Hinblick auf ihre Rehabilitation vorrangiges pädagogisches Problem dar. Aus diesem Grunde ergeben sich über die medizinischen Belange hinausgehende Forderungen. Vor allem ist eine in quantitativer und qualitativer Hinsicht ausreichende Hilfsschul- und Sonderschul-pädagogische Betreuung zu gewährleisten. Eine enge medizinisch-pädagogische Zusammenarbeit ist dabei unumgänglich. Desgleichen ist die Einrichtung einer ausreichenden Zahl geschützter Werkstätten anzustreben“ (Institut für Planung und Organisation des Gesundheitswesens Abteilung Statistik, 1967, S. 232 - 237).

Im Jahr **1975** betrug die Gesamtzahl der erfassten Kinder „mit geistigen Störungen“ mit **153.911** annähernd das Doppelte und betraf insgesamt „32,7 je 1.000 der Bevölkerung unter 18 Jahren gleicher Altersgruppe“. Die Anzahl der in der Gesamtzahl erfassten Kinder und Jugendlichen mit einer „**sonstigen geistigen Störung**“ betrug **jetzt 59.249**.

Für das Jahr **1985** führte die Statistik **154.877** Kinder und Jugendliche mit einer „geistigen Störung“ auf, was einem Anteil von 39,6 je 1.000 der Bevölkerung unter 18 Jahren entsprach. Es waren **86.132** Kinder und Jugendliche mit einer „sonstigen geistigen“ bzw. psychischen Störung erfasst worden.

In den mitgeteilten Werten kommt ein erheblicher Anstieg der Anzahl betroffener Kinder und Jugendlicher zum Ausdruck, der in den Jahren nach 1967 einsetzte. Der wesentliche Grund hierfür dürfte die oben beschriebene, 1967 eingeführte gesetzliche Meldepflicht von Kindern mit geistigen Störungen gewesen sein. Der Berichterstatter G. Göllnitz beklagte im 13. Jahrgangsbuch des Gesundheitswesens der DDR **1978**, „*daß immer noch relativ spät, das heißt erst zur Zeit der Einschulung, wenn Schulzurückstellungen erfolgen, oder später bei Schulversagen, das zu ärztlichen Konsultationen zwingt, Meldungen über geistig gestörte Kinder erfolgen. Da wirksame Förderungsmaßnahmen frühzeitig und langfristig erfolgen müssen, ist es erforderlich, eine noch intensivere Früherfassung als bisher anzustreben, das heißt bereits bei Kindern der Altersgruppe 0 bis unter 3 Jahre. Insgesamt hat sich in der DDR seit dem Jahre 1972 durch eine bessere Erfassung eine ständige Erhöhung der Bestandsrate ergeben*“ (Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitsschutzes, 1978, S. 197).

Wie auch Barsch (2013) ausführt, regelte die Unterscheidung der Personengruppen der „*schulbildungsfähigen Intelligenzgeschädigten*“ und der „*schulbildungsunfähigen, förderungsfähigen Intelligenzgeminderten*“ den Zuweisungsweg in das Bildungs- und Rehabilitationssystem. Dieses sah die

schulische Förderung in einer Sonder- bzw. *„Hilfsschule“* und die *„nichts schulische Erziehung in einer rehabilitationspädagogischen Einrichtung“* vor. Für die Versorgung von Kindern mit schwerster intellektueller Behinderung zitiert Barsch aus der Zeitschrift *„Die Sonderschule“* (1974): *„Kranke mit dem höchsten Grad geistigen Zurückbleibens - Idiotie -, das durch episodische epileptische Anfälle oder periodisch auftretende Erregungsanfälle kompliziert wird, sind zur stationären Behandlung in psychiatrische Kinderheime für chronisch Kranke einzuweisen. Kranke mit unkomplizierten Formen der Idiotie werden in Einrichtungen des Ministeriums für Sozialfürsorge eingewiesen“* (Barsch, 2013, S. 77 ff).

Inhaltlich allerdings sei nach den Befunden von Wapler *„der Begriff der Bildungsfähigkeit in der Fachliteratur der DDR seltsam unbestimmt“* geblieben. *„Offenkundig war letzten Endes die Fähigkeit der Kinder, am Schulunterricht teilzunehmen, das ausschlaggebende Merkmal. [...] Sie verfügten jedoch noch über physische und psychische Voraussetzungen, um unter systematischer Förderung elementares Umweltwissen zu erwerben sowie Fähigkeiten, Fertigkeiten und soziale Verhaltensweisen auszubilden, die sie befähigen, bei ständiger Hilfe am Leben der sozialistischen Gesellschaft Anteil zu nehmen und unter den Bedingungen der geschützten Arbeit Tätigkeiten im gesellschaftlichen Arbeitsprozess auszuüben“* (Wapler, 2013, S. 61).

Während Laudien & Sachse (2012) den von ihnen durchgesehenen Statistiken 1950 noch 9 Heime für *„bildungsfähige schwachsinnige Kinder“* und 4 weitere Heime für *„bildungsfähige schwachsinnige Jugendliche“* entnommen hatten, fanden sie die Nennung solcher Einrichtungen bereits 1952 nicht mehr vor. *„Ein die Arten der Heime erfassender Vergleich der Heimplätze der Jahre 1950 und 1952 zeigt, dass in dieser Zeit Kapazitäten für – in der damals üblichen Terminologie – „bildungsfähige schwachsinnige“ Kinder und Jugendliche abgebaut wurden. Die wenigen Kinderdörfer, die einem reformpädagogischen Ansatz folgten, wurden im Zeitraum geschlossen. Im Gegenzug sind Plätze in Heimen für schwer erziehbare Kinder auf 150 Prozent ausgeweitet und die Jugendwerkhofkapazitäten erweitert worden“* (Laudien & Sachse, 2012, S. 178 - 179).

Die Autoren des Buches *„Einführung, Heimerziehung der DDR“* (Dreier & Laudien, 2012) diskutierten auch das zweite in der DDR-Heimpädagogik wesentliche Differenzierungskriterium, welches in der Unterscheidung zwischen *„schwer-erziehbar“* und *„normal-erziehbar“* bestand. Der Dualismus, *„der für die vielen individuellen Schicksale von Kindern und Jugendlichen nur ein einziges Unterscheidungskriterium vorsah, tendierte zur Polarisierung der Kinder in ‚dazugehörig‘ (Kollektiverziehung), ‚nichtdazugehörig‘ (Umerziehung als spezieller Fall der Kollektiverziehung)“*. Die dualistische Schablone für die Beurteilung von Heimkindern habe in der DDR nicht aufgeweicht werden können, *„weil sie ein Merkmal der politischen Verfasstheit der DDR war. [...] Für ‚normal-erziehbare‘ Kinder waren ‚Normalheime‘ vorgesehen, für entsprechende Jugendliche gab es Jugendwohnheime. ‚Schwererziehbare‘ Kinder und Jugendliche wurden in Spezialheime, zu denen auch die Jugendwerkhöfe zählten, eingewiesen“*. [...] Neben den Kriterien *„normal-erziehbar“* – *„schwer-erziehbar“* wurden die Kinder nach Alter, Geschlecht und Bildungsstand untergebracht und entsprechend die Heime differenziert. [...] Die Normalheime wurden unterteilt in Normalheime mit Schülern, die für den Abschluss der Polytechnischen Oberschule (POS) geeignet waren, und in Normalheime für Schüler der Sonderpädagogik (*„Hilfsschulheime“*)“ (Dreier & Laudien, 2012, S. 74 -76).

Zur Frage der administrativen Zuständigkeit führte Wapler aus, dass diese grundsätzlich bei der Jugendhilfe bzw. beim Ministerium der Volksbildung als dem *„obersten Organ der Jugendhilfe“* gelegen habe. Wenn bei *„sonderschulbedürftigen Kindern eine Heimunterbringung erforderlich“* wurde, seien die Sonderschulheime für bildungsfähige Kinder zuständig gewesen seien. In der von ihr zitierten *„Gemeinsamen Empfehlung zur Verbesserung der Einschulungspraxis, VuM des MfV 1969, Nr. 10, S. 204*

(hier S. 205)“ heißt es: „Bei vorliegender oder vermuteter Sonderschulbedürftigkeit (schweren körperlichen Schäden, mangelnder Funktionstüchtigkeit von Sinnesorganen, Schwachsinn oder Sprach- und Stimmstörungen) sind diese Kinder der entsprechenden Sonderschule zur Aufnahmeuntersuchung zu überweisen.“ Die Sonderschulheime seien dann zwar weiterhin „institutionell in das Ministerium für Volksbildung integriert“ gewesen, „jedoch von Organen des Gesundheitswesens belegt“ worden. „Häufig“ sei die Sonderschulbildung wohl auch in Einrichtungen des Gesundheitswesens selbst durchgeführt worden. „Die ‚bildungsunfähigen‘ Kinder wurden in ihren Familien versorgt oder in Heimen des Gesundheitswesens untergebracht. [...] Schwere Behinderungen bei Minderjährigen mussten von den Eltern sowie von Ärzten oder sonstigen Angehörigen der Gesundheits- und Pflegeberufe bei den Organen des Gesundheitswesens des Kreises gemeldet werden“. Sie seien unterschiedlich behandelt worden, „je nachdem, ob sie als ‚schwererziehbar‘ eingestuft wurden oder nicht. [...] Galten sie als ‚normal erziehbar‘, wurden sie in Sonderschulen oder speziellen Internaten untergebracht, zuständig waren dann die Schulbehörden, eingewiesen wurden die Kinder aber durch die Organe des Gesundheitswesens. „Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, die als ‚bildungsunfähig‘ eingestuft wurden, scheint nach den rechtlichen Regelungen in staatlichen Heimen nicht vorgesehen gewesen zu sein“. „Schwererziehbare“ Mädchen und Jungen mit geistiger Behinderung seien auch in „Spezialheime“ für „bildungsfähige Schwachsinnige“ bzw. Hilfsschüler aufgenommen worden, die ebenfalls den Organen der Jugendhilfe unterstanden (Wapler, 2013, S. 62 - 63).

In das „Kombinat der Sonderkinderheime“ seien Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren aufgenommen worden, „sofern sie eine psychische Störung“ zeigten, „die einer psychodiagnostischen Abklärung und pädagogisch-psychologischen Therapie dringend bedürfen. Das sind im Wesentlichen neurotische, psychopathische und cerebralgeschädigte Kinder und Jugendliche mit und ohne Intelligenzdefekt, die nur in einer heilpädagogischen Einrichtung optimal zu fördern sind. [...] Eingewiesen wurden sie auf der Grundlage eines Beschlusses der Jugendhilfe auf der Basis der Jugendhilfeverordnung (Anordnung einer Erziehungsmaßnahme). Eine Beschlusskommission aus Vertretern des Kombinates entschied über Aufnahme, Verlegung und Entlassung. Mitwirkung bzw. Widerspruch der Eltern oder der Jugendhilfe waren nicht vorgesehen“ (Laudien & Sachse, 2012, S. 197).

Unter den „fünf Hauptmerkmalen der politischen Prägung des DDR-Heimsystems“ führten Dreier & Laudien neben dem „politischen Zentralismus“, der Ausrichtung auf die „zentralistische Rechtsordnung“, der „bildungspolitischen Bedeutung“ und der „gesellschaftlichen Perspektive“ die „staatliche Trägerschaft“ der Heimerziehung auf. „Seit Gründung der DDR am 7. Oktober 1949 wurde auf die Verstaatlichung der Heime hingearbeitet. Für 1952 sind noch private Heime nachweisbar (z. B. in Joachimsthal und Oranienburg). Die Neugründung von Heimen wurde jedoch nach § 5 der ‚Verordnung über die Heimerziehung von Kindern und Jugendlichen‘ (1951) privaten Trägern untersagt. Kirchliche Einrichtungen wurden allmählich umgewidmet (von Erziehungseinrichtungen zu Behinderteneinrichtungen), Einrichtungen in privater Trägerschaft geschlossen oder übernommen. Bis zum Ende der DDR wurden fast alle Einrichtungen der Kindererziehung in staatliche Trägerschaft überführt. Die Kirchen konnten nur vereinzelt Heimeinrichtungen unterhalten, in denen (damals sogenannte) ‚bildungsunfähige‘ Kinder lebten. Die pädagogische Ausrichtung konfessioneller Einrichtungen beschränkte sich deshalb auf den Bereich der Sonderpädagogik, also der Arbeit mit behinderten Kindern und Jugendlichen“ (Dreier & Laudien, 2012, S. 66 – 73).

Auch Laudien & Sachse (2012, S. 178) berichten, dass „unabhängig von der Trägerschaft der Heime [...] das Ministerium für Volksbildung die Verantwortung für die Sicherung der Erziehungsziele und die Aufsicht über das pädagogische Personal“ inne hatte.

Da die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen der Fonds „Heimerziehung West“ und „Heimerziehung in der DDR“ in der *„Einweisung in ein Kinder- und Jugendheim in Folge einer Entscheidung des Jugendamtes oder eines Landesjugendamtes“* besteht und die Anzahl der Betroffenen damit bereits in diesem Hilfesystem erfasst wurde (s. Kap. 1), waren die „Heime bzw. Anstalten der geschlossenen Erziehungsfürsorge“ (vor 1962, BRD), Sonderschulheime, „Schwererziehbarenheime“ oder heilpädagogische Abteilungen, sowie Schulen mit geschlossenem Internatsbetrieb in den vorzunehmenden Fallzahlschätzungen der Machbarkeitsstudie nicht mehr gesondert zu berücksichtigen.

Demgegenüber wurden die im Leistungsbereich des Fonds „Heimerziehung in der DDR“ erfassten „Dauerheime für Säuglinge und Kleinkinder“ im Hinblick auf die Problematik der mangelhaften Abgrenzbarkeit zwischen „schulbildungsunfähigen“ und „schulbildungsunfähigen pflegebedürftigen“ Säuglingen und Kleinkindern, die mit hoher Wahrscheinlichkeit über das Kleinkindalter hinaus längerfristig in den stationären Einrichtungen für Behinderte oder/und in der stationären Psychiatrie betreut wurden, in die Schätzungen einbezogen. Es war allerdings die mögliche „Überlappung“ der Unterbringungsformen durch den konsekutiven Aufenthalt der Betroffenen in den genannten Einrichtungen zu berücksichtigen (s. hierzu Kap. 6.4).

Die Angaben des Jahrgangsbuches des Gesundheitswesens der DDR 1967 (Institut für Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes, 1967) wiesen für 1965 insgesamt 9.431 Plätze und für 1967 insgesamt 8.826 Plätze in Wochenheimen/Dauerheimen aus. Diese stationären Einrichtungen übernahmen die ganzwöchige oder längerfristige Betreuung für Kinder im Alter bis zu 3 Jahren, nur selten darüber hinaus (s. z. B. 18. Jahrgang des „Gesundheitswesens in der DDR 1983“, S. 249). Sie waren auch für die Betreuung von behinderten Kleinkindern zuständig. Für den Zeitraum zwischen 1981 und 1985 wiesen die statistischen Angaben im Jahresdurchschnitt 70 Wochenheime/Dauerheime mit durchschnittlich 2.217 Plätzen für schulbildungsunfähige Kinder und Jugendliche aus. Mit weiteren 2.588 Plätzen standen im Jahresdurchschnitt 56 vollstationäre Heimeinrichtungen zur Versorgung dieser Personengruppe zur Verfügung. Ein nicht unerheblicher Anteil war in Krankenhäusern untergebracht worden (s. hierzu Tab. 4-13). Diese Personenzahlen wurden in die Behandlungsfallsschätzungen der in stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR untergebrachten Kinder und Jugendlichen aufgenommen (s. Kap. 4.3.2).

Als Aufgabe des Sozialwesens wurde vor allem die *„Fürsorge für alle Bürger, die in irgendeiner Form der Betreuung durch die Gesellschaft bedürfen“*, beschrieben. Als eine *„große humanitäre Aufgabe“* wurden *„die Betreuung alter Bürger und die Maßnahmen der Rehabilitation für alle Personen, die durch vorübergehende oder dauernde Schädigungen der Gesundheit und Leistungsfähigkeit, gleich welcher Art und Ursache, behindert sind“*, in den Vordergrund gestellt. Es wurde betont, dass die DDR *„unter anderem als Folge zweier Weltkriege den höchsten Anteil an alten Bürgern im Vergleich zu anderen industriell entwickelten Ländern“* hätte. Der Bedarf eines erheblichen Ausbaus von Plätzen in den **„Feierabend- und Pflegeheimen“** wurde schon zu diesem Zeitpunkt herausgestellt. Die Aufnahme von betagten Bürgern in Feierabend- und Pflegeheime wurde als Teil der Fürsorge bzw. *„der solidarischen Hilfe der Gesellschaft“* angesehen, *„um sie vor Vereinsamung zu bewahren, vor allem wenn sie alleinstehend sind“*. Die Kapazitäten dieser Einrichtungen reichten aber nicht aus, *„um alle berechtigten Wünsche auf Heimunterbringung zu erfüllen“*. Dies betraf nach den Ausführungen des 2. Jahrgangs der Berichterstattung über das Gesundheitswesen der DDR aus dem Jahr 1967 besonders die Kapazitäten der Pflegeheime. *„Da der Schaffung zusätzlicher Heimplätze durch Neubau auf Grund der angespannten Baukapazität und der Arbeitskräftelage Grenzen gesetzt“* gewesen seien, sei *„in den letzten Jahren die Zahl der Pflegeplätze durch Umwandlung geeigneter Feierabendheime sowie frei werdender Gesundheitseinrichtungen in Pflegeheimen erhöht“* worden (Institut für Planung des Gesundheitsschutzes, 1967, S. 268 – 271). In der stetigen Zunahme der Heimplätze kam nach den

Kommentaren zu den Jahresstatistiken vor allem der fortgesetzte demographische Wandel mit einer deutlichen Zunahme der älteren Bevölkerung zum Ausdruck.

Nach den Erkenntnissen von Wapler (2013, S. 63) enthielten die Bestimmungen der im Jahr 1986 erlassenen *„Verordnung über die Fürsorge in staatlichen Feierabend- und Pflegeheimen, in der die Unterbringung alter, arbeitsunfähiger und auch pflegebedürftiger Personen in staatlichen Heimen geregelt“* worden war, keine Aussagen über Minderjährige. Da andererseits keine Altersgrenzen vorgesehen waren, wurden auch diese stationären Einrichtungen unter Berechnung des altersbezogenen Anteils für Minderjährige in die vorgenommene Schätzung einbezogen.

Nach den Mitteilungen des Sekretariats der Deutschen Bischofskonferenz vom 6. März 2015 „existierten Ende 1989 in der DDR 24 katholische Einrichtungen für behinderte Menschen (aller Altersgruppen) mit insgesamt 1.028 Plätzen“ (s. Kap. 2.4). Es sei anzunehmen, dass der Anteil katholischer Behinderteneinrichtungen *„zu keinem Zeitpunkt mehr als einen einstelligen Prozentsatz an allen Behinderteneinrichtungen in der DDR [...] - eher 5 bis 7 %“* ausgemacht habe. Nach Meinung von J. Stücker-Brüning, der die Stellungnahme ausgefertigt hatte, befanden sich *„die konfessionellen Einrichtungen für behinderte Menschen in der DDR zu ca. 80% in Trägerschaft der evangelischen Diakonie“*. Der Berichterstatter führte ferner aus: *„Angesichts des Fehlens einer freien Wohlfahrtspflege in der DDR kann man annehmen, dass die nicht-staatlichen Einrichtungen weitgehend in konfessioneller Trägerschaft gewesen sind. Dabei stellt sich die Frage nach dem quantitativen Verhältnis von katholischen und evangelischen Einrichtungen“*. In einer Statistik der DDR über Einrichtungen von Caritas und Diakonie in der DDR (zitierte Quelle: „Informationen des Deutschen Caritasverbandes, Ausgabe 05/1990“) seien *„für 1988 u. a. 17 Förder-, Reha- und Pflegeheime für geistig behinderte Jugendliche und Erwachsene der Caritas und 100 solcher Einrichtungen in Trägerschaft der Diakonie aufgeführt worden. Außerdem seien 5 von der Caritas und 23 von der Diakonie betriebene Sondertagesstätten für geistig behinderte Menschen genannt worden“* (Stücker-Brüning, 2015).

Dreier & Laudien (2013, S. 126) gehen davon aus, *„dass etwa 47 % der Heime für behinderte Kinder in der DDR in konfessioneller Trägerschaft“* standen; sie berufen sich dafür auf nicht näher spezifizierte mündliche Informationen.

3.1.3 Abschließende Bemerkung

Die im nachfolgenden Kap. 4 zusammengestellten Schätzungen zu Fallzahlen der in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen erfolgen sowohl für die BRD als auch für die DDR nur eingeschränkt auf bestimmte Einrichtungen bezogen. Sie orientieren sich eher an Einrichtungstypisierungen, Prävalenzschätzungen, Bevölkerungsstatistiken und epidemiologischen Hochrechnungen, die unter Bezug auf den statistischem Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe vorgenommen wurden (zur Methodik s. Kap. 4.1.1, Tab. 4-1 und 4-2).

3.2 Stationäre Einrichtungen der Psychiatrie

3.2.1 Stationäre Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD

Die in der Zeit von 1949 – 1975 in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in den alten Bundesländern vorgehaltenen Betten wurden überwiegend mit langfristig untergebrachten Patientinnen und Patienten mit neuropsychiatrischen Komplikationen belegt (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200).

Die Arbeitsgruppe KJP der Psychiatrie-Enquête ermittelte 1973 für die westdeutschen Bundesländer 3.725 klinische Behandlungsplätze/Betten. Sie wies darauf hin, dass *„damit sicherlich nicht der gesamte gegenwärtige Bestand der stationären Versorgung auf dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie erfaßt“* wurde. *„So erscheinen in dieser Aufstellung nicht die Abteilungen oder Stationen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an Universitätskliniken und an psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Außerdem fehlen Angaben über die verfügbaren Plätze in psychotherapeutischen und sozialpädagogischen Heimen für Kinder und Jugendliche sowie über Plätze in psychosomatischen und neuropädiatrischen Abteilungen an pädiatrischen Krankenhäusern“* (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200, S. 101).

Die untersuchten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken waren von sehr unterschiedlicher Größenordnung (z. B. St.-Johannes Stift in Niedermarsberg mit 979 Betten, Klinik für KJPP in Idstein/Ts. mit 34 Betten). Die Kliniken dienten entweder überwiegend kurzfristigen diagnostischen Aufgaben oder der langfristigen Unterbringung von vorwiegend geistig behinderten Kindern und Jugendlichen (Fachkrankenhäuser). Die Expertengruppe betonte, dass *„ein irgendwie systematisierter Aufbau einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland nur in Ansätzen zu erkennen“* gewesen sei (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200, S. 102).

Die Mitteilungen der Geschäftsstellen der ASMK, GMK und JFMK (s. Kap 2.1, 2.2 und 2.3) enthielten einzelne zusätzliche Angaben, aufgrund derer die Bettenzahlen der in der Zusammenstellung der Psychiatrie-Enquête nicht berücksichtigten Bundesländer einbezogen werden konnten. Danach ergaben sich weitere 184 zum Erhebungszeitpunkt in der BRD vorhandene klinische Behandlungsplätze in kinder- und jugendpsychiatrischen Fachabteilungen und Fachkrankenhäusern.

Die für die psychiatrische Pflichtversorgung zuständigen Landeskliniken begannen vielfach erst um 1975 damit, einzelne Stationen für Minderjährige in ihren Häusern einzurichten, wie der Autor dieser Studie das selbst im Landeskrankenhaus Weinsberg (Baden-Württemberg) feststellen konnte, als er 1981 die erst 5 Jahre zuvor gegründete Abteilung für KJP übernahm.

Damit erscheint die Annahme von mindestens 3.909 Betten für Kinder und Jugendliche gerechtfertigt, die zum Zeitpunkt der Erhebungen der Psychiatrie-Enquête 1973 in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen in der BRD vorgehalten worden waren.

1954 war erstmals in der Bundesrepublik Deutschland ein Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Marburg eingerichtet worden. Zum Zeitpunkt der Psychiatrie-Enquête gab es in der BRD nach Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. (DGKJPP), Frau Prof. R. Schepker, 12 Lehrstühle für das Fachgebiet der KJP. Nach ihrer Auskunft habe die

in den **kinder- und jugendpsychiatrischen Universitätskliniken** vorgehaltene jährliche Bettenkapazität „nicht mehr als **120 Klinikbetten**“ betragen.

Die Facharztdisziplin der KJP wurde nach dem Beschluss des Deutschen Ärztetags 1968 über die Eigenständigkeit des Fachgebiets erst **1969** eingeführt.

Die Sachverständigenkommission der Psychiatrie-Enquête bezog Kliniken und Stationen zur psychotherapeutisch/psychosomatische Versorgung in ihre Analysen ein. Es wurden die Rückmeldungen von 80% der „vollständig“ ermittelten selbständigen psychotherapeutisch/psychosomatischen Krankenhäuser und den Universitätskliniken angegliederten Fachabteilungen ausgewertet. Außerdem hatte die Enquête-Kommission „*alle psychiatrischen Krankenhäuser und diejenigen Allgemeinkrankenhäuser der Haupt- und Schwerpunktversorgung angeschrieben, von denen angenommen werden konnte, daß sie über eigene psychotherapeutisch/psychosomatische Abteilungen*“ verfügten. Bei einer über die Bundesländer sehr unterschiedlichen Verteilung ergab sich die Gesamtzahl von 2.253 vorgehaltenen psychotherapeutisch/psychosomatischen Betten, die überwiegend in Häusern freigemeinnütziger und privater Träger standen. Während sich 79% der stationären Behandlungsplätze in entsprechenden Fachkrankenhäusern befanden, waren diese zum damaligen Zeitpunkt „*bislang nur*“ zu 21% in Fachabteilungen und Universitätskliniken angetroffen worden (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200, S. 147 - 148).

Zieht man zur Schätzung des Anteils der darin enthaltenden stationären Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche unter 21 Jahren den in der BRD für diese Altersgruppe berechneten Prozentsatz der Gesamtbevölkerung von 28,2% heran (Berechnung s. Kap. 4.1.1, Tab 4-1), würde sich die geschätzte Anzahl von **635 Betten für Kinder und Jugendliche in psychotherapeutisch/psychosomatischen Abteilungen bzw. Stationen** ergeben.

Nach diesen Angaben und Schätzungen dürfte die Anzahl klinischer Behandlungsplätze (Berechnung: $3.725 + 184 + 120 + 635 = 4.664$) mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht über einer Größenordnung von **rd. 4.700 stationären Behandlungsplätzen pro Jahr** gelegen haben, die in der **Zeit zwischen 1949 und 1975 in der BRD für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Psychiatrie** vorgehalten wurden.

Im Übrigen entsprachen die in der Aufstellung der ASMK-Geschäftsstelle mitgeteilten Bettenzahlen psychiatrischer stationärer Klinikplätze für Kinder und Jugendliche für das Bundesland Nordrhein-Westfalen (s. Kap. 2.1), die offensichtlich bereits ab 1949 vorhanden waren, den dargestellten Berechnungen insoweit, als Rheinland und Westfalen-Lippe für den Zeitraum von 1949 – 1952 die Zahl von jährlich vorgehaltenen „ca. 1.600 Plätzen“, für die Jahre von 1953-1962 von „ca. 1.650“ und für die Zeit von 1953-1975 von jährlich „ca. 1.200 Plätzen“ mitgeteilt hatten. Das ergab im Jahresdurchschnitt 1.167 klinische Behandlungsplätze für das größte Bundesland mit 24% aller damaligen Einwohner Westdeutschlands. Würde man diese Bettenzahl prozentual auf die Gesamt-Einwohnerzahl der BRD zum damaligen Zeitpunkt (= 100%) anwenden, errechnen sich nach diesem Proporz für den 27-jährigen Zeitraum von 1949-1975 jährlich 4.863 für Kinder und Jugendliche vorgehaltene Plätze in psychiatrischen stationären Einrichtungen. Das entspricht weitgehend der oben durchgeführten Berechnung, bzw. zeigt eine hohe Kongruenz der von Nordrhein-Westfalen mitgeteilten Angaben.

In den Befunden der Psychiatrie-Enquête war eine mittlere Belegung der Bettenplätze mit rd. **90%** angenommen worden (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200).

3.2.2 Stationäre Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR

Der Bericht „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR (Bundesminister für Gesundheit, 1991)“ (s. Kap 2.2) erfasste für das Jahr **1989** insgesamt **33** stationäre Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit insgesamt **4.240** Betten (s. Tab. 3-1).

Tabelle 3-1 Betten in stationären Einrichtungen der Psychiatrie für Kinder und Jugendliche in der DDR (Stand 1989)

Aufstellung für 1989	psychisch kranke Kinder	„schulbildungs- unfähige“ Pat.	„bildungsunfähige“ pflegebedürftige Pat.
Fachkrankenhäuser/Fachabteilungen	3.223	1.146	972
Fachabteilungen an Universitäten	206	-	-
Theoretische Institute	811	276	347
gesamt	4.240	1.422	1.319

Quelle: Bundesminister für Gesundheit, 1991

Neben kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen waren demnach, wenn auch nur in etwa ¼ der Fälle, Universitätskliniken und „Theoretische Institute“ an der stationären Versorgung beteiligt. Bei den letztgenannten klinischen Einrichtungen handelte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls um eher universitäre bzw. forschungsorientierte Einrichtungen. Die jungen Patientinnen und Patienten wurden nach den vorliegenden Erkenntnissen dann in eine psychiatrische Klinik aufgenommen, wenn sich ihre Defizite mit den vorhandenen ambulanten Pflegemöglichkeiten (in Polikliniken, Spezialambulanzen, Rehabilitationszentren etc.) nicht ausreichend beeinflussen ließen, und/oder wenn wegen psychischer Erkrankungen und Störungen in Form gravierender Verhaltensauffälligkeiten und hoher Pflegeintensität die ambulante Betreuung als nicht ausreichend angesehen wurde.

Außer den in den Kliniken behandelten psychisch kranken Kindern und Jugendlichen wies die Statistik bis auf die Universitätskliniken für dieselben Kliniken 2.741 Betten für „Schulbildungsunfähige“ und „bildungsunfähige Pflegebedürftige“ (1.422 + 1.319) aus. Mit hoher Wahrscheinlichkeit beinhalteten diese Behandlungsplätze die in Tab. 4-13 seitens des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR und in Tab. 4-15 von Gries (s. Kap. 2.9) gemachten Angaben über die in Krankenhäusern untergebrachten Kinder und Jugendlichen mit schweren und schwersten Behinderungen.

Da die Gründung der Fachspezifität Kinderneuropsychiatrie und späteren Kinder- und Jugendpsychiatrie in der DDR erst im Jahr 1962 unter dem Dach der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie erfolgte, kann angenommen werden, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen bis dahin in Krankenhäusern der Allgemeinpsychiatrie oder der Pädiatrie behandelt worden waren und dass für sie, zumindest in den Psychiatrischen Kliniken, ähnliche Verweildauern galten, wie für erwachsene Patientinnen und Patienten.

Hinweise auf psychotherapeutische/psychosomatische Einrichtungsplätze für Kinder und Jugendliche in der DDR ergaben sich nicht.

Als zweite Quelle zur Schätzung der Bettenzahlen, die in stationären Einrichtungen der Psychiatrie für Kinder und Jugendliche im Gesamtzeitraum von 1949 bis 1990 vorgehalten worden sein könnten, wurden

die Statistiken der Jahrbücher des Gesundheitswesens der DDR herangezogen. Dabei konnten die Jahrgänge 1965, 1967, 1978, 1982, 1983, 1986 und 1989 eingesehen werden (s. Kap. 2.24). Im 2. Jahrbuch des Gesundheitswesens der DDR (Institut für Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes, 1967) wurde zur Entwicklung der Krankenhäuser in der DDR berichtet, dass sich die Bettenkapazität „mehr und mehr entsprechend dem Bedarf“ entwickelt habe. Es wurde neben „einem merklichen Anstieg der Bettenzahl im Fachgebiet Pädiatrie“ eine solche Entwicklung auch in der Psychiatrie sichtbar.

Tabelle 3-2 Betten in Fachkrankenhäusern für Psychiatrie und Neurologie in der DDR

Jahr	Patienten gesamt	Kinder/Jugendliche^{1,2}
1949		(4.000)
1950		(4.000)
1951		(4.000)
1952		(4.000)
1953	19.575	4.111
1954	20.738	4.355
1955	21.762	4.570
1956	22.157	4.653
1957	24.279	5.099
1958	24.771	5.202
1959	25.181	5.288
1960	25.324	5.318
1961	26.682	5.603
1962	26.976	5.665
1963	26.604	5.589
1964	30.986	6.507
1965	31.763	6.670
1966	31.552	6.626
1967		6.637
1968		6.649
1969		6.660
1970		6.671
1971		(6.671)
1972		(6.681)
1973	33.513	6.692
1974		6.892
1975	33.284	7.392
1976	33.083	7.402
1977	32.945	7.466
1978		7.690
1979		7.166
1980		6.024
1981		5.930
1982		5.617
1983		5.267
1984		5.100

1985	4.616
1986	(4.519)
1987	(4.424)
1988	(4.331)
1989	4.240
1990	(3.514)
<hr/>	
Gesamt 42 Jahre	235.507
<hr/>	
Jahresdurchschnitt	5.607
<hr/>	

¹ Kursiv: über Anteilsrechnung aus Gesamt-Psychiat./Neurol.

² in Klammern: über Hochrechnung

Quelle: Das Gesundheitswesen der DDR 1965, 1967, 1978, 1982, 1983, 1983, 1986, 1989 (Institut für Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes, Abt. Statistik; Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens; Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung)

Es ergaben sich die in Tab. 3-2 dargestellten Befunde. Anhand der für 18 Jahre vorliegenden Bettenzahlen sowohl für die Gesamt-Psychiatrie als auch über 16 Jahre für Kinder und Jugendliche in diesen stationären Einrichtungen, die teilweise für unterschiedliche Zeitabschnitte erhoben worden waren, konnte eine über Anteils- und Hochrechnungen ergänzte Aufstellung einer Zeitreihe über den Zeitraum von 1949 bis 1990 vorgenommen werden. Dabei zeigte sich eine Entwicklungsdynamik der vorgehaltenen Bettenplätze mit einer stetigen Zunahme ab 1953 von rd. 4.000 vorgehaltenen Betten bis auf 7.690 stationäre Behandlungsplätze für Kinder und Jugendliche im Jahr 1978. Ab 1979 nahm die Bettenzahl bis zum Jahr 1989 wieder auf dann 4.240 Plätzen ab. Diese Bettenzahl entsprach genau der im Bericht „zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen“ (1991) für 1989 erhobenen Zahl (s. Tab. 3-1).

Zur daraus abgeleiteten Schätzung des jährlich vorgehaltenen Bettenbestandes erfolgte eine Mittelwertbildung, womit sich die **Anzahl von 5.607 stationären Behandlungsplätzen** ergab, die im Untersuchungszeitraum im Jahresdurchschnitt **für Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR** vorgehalten worden wären.

4. Schätzung der Anzahl der von 1949 bis 1975 in der BRD und von 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie untergebrachten Kinder und Jugendlichen

4.1 Zur Methodik

Während sich die Ermittlung von konkreten Patientenzahlen in **stationären Einrichtungen der Psychiatrie** auch auf statistische Erhebungen über die dort vorgehaltenen Unterbringungs- und Behandlungsplätze/Betten, Verweildauern und Belegungsraten stützen konnte, war das für den Bereich der **Behindertenhilfe** nur sehr eingeschränkt möglich. Es standen oftmals nur Angaben ohne eindeutigen Altersbezug und mit bisweilen nicht trennscharfen Einrichtungstypisierungen zu Verfügung.

Die vorgenommenen Schätzungen der Anzahl betroffener Kinder und Jugendlichen mussten daher auf altersbezogene Anteilsberechnungen und Prävalenzraten zurückgreifen. Dafür wurden die Ergebnisse epidemiologischer Erhebungen zu Morbiditätszahlen für geistige und mehrfache Behinderung herangezogen und unter Bezug auf die nach Altersgruppen gegliederte Bevölkerungsstatistik aufbereitet, die für die Bevölkerungsentwicklung ab 1950 vorliegt (s. Statistisches Bundesamt, 2006; Destatis.de Abfrage Juli 2015).

4.1.1 Bevölkerungsstatistik

Die in der Bevölkerungsstatistik für Westdeutschland vorgenommene Altersstrukturierung ordnet Kinder und Jugendliche einheitlich der Altersgruppe der „unter 20 Jahre“ alten Bevölkerung zu. Es waren jedoch die bis 1974 in den alten und neuen Bundesländern geltenden unterschiedlichen Altersbestimmungen der Volljährigkeit zu beachten, die in der DDR durchgehend bei 18 Jahren und in der BRD bis zum März 1974 noch bei 21 Jahren lag.

Zur Berechnung der altersbezogenen Bevölkerungszahlen waren in den unterschiedlichen Zeiträumen daher Ergänzungen vorzunehmen. Das geschah durch die Hinzunahme eines Jahrgangs für die Populationen der BRD bzw. die Verminderung um zwei Jahrgänge für den Altersbereich der unter 18-Jährigen in der DDR. Da die Differenz zwischen den benachbarten Jahrgängen über den Untersuchungszeitraum hinweg durchgehend um durchschnittlich 0,3 Prozentpunkte schwankte, konnte dieser Wert zur Hochrechnung der zu untersuchenden Altersgruppen eingesetzt werden. Es ergaben sich die in Tab.4-1 und Tab.4-2 dargestellten Verteilungen.

Tabelle 4-1 Bevölkerungszahlen für die Bundesrepublik Deutschland (BRD)

Jahresende	Bevölkerung BRD in 1.000	Jahreszuwachs im Folgejahr in 1.000 ¹	Anteil Bevölkerung unter 21 Jahren in %	Bevölkerung unter 21 Jahren in 1.000 ¹
1950	50.985			
1951	51.435	+ 450	30,5	15.688
1955	53.518			
1956	53.340	+ 220	29,9	16.068
1965	59.297			
1966	59.793	+ 496	29,0	17.340
1975	61.645			
1976	61.442	- 203	28,7	17.634
durchschnittlicher Anteil der Bevölkerung unter 21 Jahren in %			28,2	

¹ Berechnungen gerundet

Quelle: Statistisches Bundesamt Datenreport 2006 - Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland

Aus den Berechnungen in Tab. 4-1 lässt sich für die berücksichtigten Jahresstatistiken der **BRD** ein durchschnittlicher Bevölkerungsanteil von Kindern und Jugendlichen von **28,2%** ableiten.

Tabelle 4-2 Bevölkerungszahlen für die Deutsche Demokratische Republik (DDR)

Jahresende	Bevölkerung DDR in 1.000 ¹	Jahreszuwachs im Folgejahr in 1.000 ¹	Anteil Bevölkerung unter 18 Jahren in %	Bevölkerung unter 18 Jahren in 1.000 ¹
1950	18.388			
1951	18.350	- 48	29,9	5.512
1955	17.832			
1956	17.604	- 228	29,0	5.237
1965	17.040			
1966	17.071	+ 31	28,7	4.899
1975	16.820			
1976	16.767	- 53	22,8	3.847
1985	16.640			
1986	16.640	-	30,2	5.025
1989	16.434	-	31,7	5.210
durchschnittlicher Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren in %			28,7	

¹ Berechnungen gerundet

Quelle: Statistisches Bundesamt Datenreport 2006 - Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland

In der **DDR** betrug der Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren im Durchschnitt **28,7%** (s. Tab. 4-2). Aus Tab. 4-1 und 4-2 resultiert für den Untersuchungszeitraum für **Gesamt-Deutschland** ein durchschnittlicher Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppen von 28,5 %.

4.1.2 Epidemiologische Prävalenzschätzungen

Die überwiegende Anzahl der in den Untersuchungszeiträumen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in West- wie in Ostdeutschland versorgten Kinder und Jugendlichen betraf junge Menschen mit geistiger Behinderung. Zur Erläuterung dieser Diagnose ist, besonders im Hinblick auf die Frage der Unterbringungs- bzw. Betreuungsbedürftigkeit der Betroffenen, darauf hinzuweisen, dass der Begriff der „geistigen Behinderung“ über lange Zeit fast ausschließlich auf dem Kriterium der Beeinträchtigung intellektueller Fähigkeiten basierte. Als ein in der internationalen epidemiologischen Forschung übliches Vorgehen zur Prävalenzberechnung geistiger Behinderung gilt die Orientierung am „IQ-Kriterium“ (s. hierzu auch Kap. 2.18). Darunter ist das Ergebnis einer testmetrischen Ermittlung der intellektuellen Leistungsfähigkeit einer Person mittels eines validen Intelligenztestes zu verstehen. Die Ergebnisse von Intelligenztestverfahren werden als „IQ-Punktwerte“ ausgedrückt, wobei von einem Durchschnittswert von 100 IQ-Punkten ausgegangen wird. Unter Beachtung einer statistisch ermittelten Irrtumswahrscheinlichkeit wird für die erreichten Testwerte regelmäßig ein Vertrauensintervall von +/- 6 Punkten angenommen.

Die auf der Grundlage von Intelligenztestergebnissen gewonnene Bewertung des Ausprägungs- bzw. Schweregrades der geistigen Behinderung bestimmt auch die medizinische Diagnostik nach der hierfür gültigen Internationalen Statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD), die derzeit in der 10. Revision vorliegt. 1948 war die 6. Revision von der WHO eingeführt worden. In den Schweregradeinteilungen unterschieden sich die zwischenzeitlichen Revisionen nur unwesentlich von den gegenwärtig geltenden Einteilungen. Der IQ-Bereich liegt bei Menschen mit einer „leichten geistigen Behinderung“ zwischen 50 bis 69. Die Betroffenen erwerben Sprache verzögert, jedoch in einem Umfang, der eine alltägliche Konversation erlaubt. Bei mittelgradiger Intelligenzminderung liegt der IQ im Bereich zwischen 35 und 49 IQ-Punktwerten. Häufig findet sich eine nur eingeschränkte sprachliche Kommunikationsfähigkeit bei unterschiedlichen Fähigkeiten des aktiven und passiven Wortverständnisses. Die Fähigkeiten zur Selbstbesorgung sind deutlich eingeschränkt. Die Betroffenen sind auf Versorgung und Betreuung angewiesen, wobei unter Anleitung eine aktive Mitwirkung gegeben sein kann. Die Integration in eine Werkstatt für geistig behinderte Menschen ist in der Regel zu erreichen. Eine schwere Intelligenzminderung wird bei einem IQ zwischen 20 bis 34 angenommen. Es finden sich erhebliche Einschränkungen in der Selbstständigkeit der Lebensbesorgung, der sozialen und häufig auch örtlichen Orientierung. Die Lebensführung benötigt die ständige Betreuung und Aufsicht. Bei schwerster geistiger Behinderung mit einem IQ unter 20 besteht vollständige Unfähigkeit zur Selbstbesorgung. In der Regel ist ein aktives Sprachvermögen nicht ausgebildet, ein passives Wortverständnis kann eingeschränkt vorhanden sein. Allerdings sind auch diese Personen zu einer durchaus differenzierten emotionalen Wahrnehmung fähig. Ihre Verhaltens- und Empfindensstörungen stehen häufig im Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung der sozialen Wahrnehmung, Überforderung und Missdeutungen des emotionalen Erlebens. Die Störungen des psychischen und sozialen Verhaltens, die bei Menschen mit geistiger Behinderung häufiger als in der sonstigen Bevölkerung anzutreffen sind (s. Kap. 6.1.2), nehmen mit dem Schweregrad der geistigen Behinderung zu (s. Remschmidt et al., 2002).

Unter der Annahme, dass vor allem eine genetische Bedingung oder eine zerebral-organische Schädigung für den Intelligenzdefekt verantwortlich zu machen ist, wurde die geistige Behinderung im internationalen Schrifttum über lange Zeit als etwas Konstantes angesehen. Eine Veränderung dieses Zustandes oder gar eine weitgehende Normalisierung wurden nicht in Betracht gezogen. Im weiteren Verlauf setzte sich jedoch die Erkenntnis durch, dass es sich bei der Gruppe der geistig und mehrfach behinderten Menschen um keine homogene Population handelt, sondern dass die Besonderheiten der Entwicklung und des Verhaltens, vor allem bei jungen geistig retardierten Menschen, eine große Komplexität aufweisen.

In der Psychiatrie-Enquête wurde die geistige Behinderung wie folgt definiert: *„Kinder, Jugendliche und Erwachsene, deren geistige Entwicklung durch angeborene oder erworbene Störungen vorübergehend oder auf Dauer hinter der altersgemäßen Norm zurückgeblieben sind, so dass sie für ihre Lebensführung besonderer Hilfen bedürfen. [...] Mit der geistigen Behinderung sind oft Beeinträchtigungen der Sprache, der Motorik, der Sinnesleistungen, des Verhaltens, der emotionalen Persönlichkeitsentwicklung sowie der sozialen Anpassung verbunden“* (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200 – Psychiatrie-Enquête, 1975, S. 260).

Nach der Definition des Deutschen Bildungsrates (zitiert in Dieckmann & Metzler, 2013) aus dem Jahre 1973 ist ein Mensch dann als geistig behindert anzusehen, wenn er *„infolge einer organisch-genetischen oder anderweitigen Schädigung in seiner psychischen Gesamtentwicklung und seiner Lernfähigkeit so sehr beeinträchtigt ist, dass er voraussichtlich lebenslanger sozialer und pädagogischer Hilfen bedarf. Mit den kognitiven Beeinträchtigungen gehen solche der sprachlichen, sozialen, emotionalen und der motorischen Fähigkeiten einher. Die Ergebnisse von validen Intelligenztests, motorischen Tests und Sozialreifeskalen können Orientierungsdaten für die Abgrenzung der geistigen Behinderung zur Lernbehinderung liefern. Die Grenze wird in der Regel in Intelligenztests bei drei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwerts zu ziehen sein (Deutscher Bildungsrat 1973)“*.

Die vorgelegte Machbarkeitsstudie orientiert sich bei ihren Schätzungen an den Befunden der repräsentativen Untersuchung von M. C. Liepmann (1979), in der diese für Deutschland eine **administrative Prävalenz** von geistiger Behinderung einschließlich gravierender Beeinträchtigungen der organischen Sinnesfunktionen in Form von motorischen Behinderungen, Seh-, Hör- und Sprachbehinderungen bei Kindern und Jugendlichen von **8,3%** ermittelt hatte (s. Kap 2.18).

4.1.3 Zur Schätzung von jährlichen Aufnahmezahlen (Neuaufnahmen) in die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Zur Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Untersuchungszeiträumen in der BRD bzw. in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht waren, wurde neben den Befunden der Studie von Liepmann, die bis zum 17. Lebensjahr eine stationäre Heimunterbringung von 22% ermittelte, auch auf die Ergebnisse der Arbeitsgruppe von Dieckmann und Metzler (2013) Bezug genommen. Die Untersucher hatten eine Aufnahme in stationäre Betreuungsformen bis zum 20. Lebensjahr bei 16% der weiblichen und männlichen Jugendlichen bzw. Heranwachsenden ermittelt. Im Hinblick darauf, dass die von Liepmann (1979) berechnete Prozentrage auf einer wesentlich größeren Stichprobe der hier zur Diskussion stehenden Altersgruppen beruhte und dass mit hoher Wahrscheinlichkeit anders als in den Untersuchungsgruppen von Dieckmann & Metzler auch die

teilstationären Platzierungen erfasst worden waren, wurde für die vorgenommenen Schätzungen im Sinne einer „angenäherten Mittelwertbildung“ die **Prozentrategie von 20% zu Grunde gelegt**.

Zur Kalkulation der **möglichen jährlichen Neuaufnahmen** von Kindern und Jugendlichen in die untersuchten stationären Einrichtungen wurden, im Sinne einer gewissen „Inzidenzschätzung“, die Geburtenraten der untersuchten Jahrgänge mit entsprechenden Mittelwertbildungen der Statistiken des Statistischen Bundesamtes herangezogen (Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1993 u. 1997; Statistisches Bundesamt 2006). Auch auf diese wurde die von Liepmann (1979) gefundene Prävalenzrate von 8,3 ‰ angewendet.

Daraus ließen sich die Zahlen der für die **BRD** und die **DDR** berechneten **möglichen jährlichen Neuaufnahmeraten** abschätzen (s. Tab. 4-3).

Tabelle 4-3 Berechnung der möglichen jährlichen Neuaufnahmen von Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe

Jahr	Lebendgeborene in der BRD			Lebendgeborene in der DDR		
	absolut	davon 8,3‰ mit geistiger und mehrfacher Behinderung	davon 20% in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe	absolut	davon 8,3‰ mit geistiger u. mehrfacher Behinderung	davon 20% in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe
1950	812.835	6.747	1.350	304.165	2.525	505
1960	968.629	8.040	1.608	292.985	2.432	486
1965	1.044.328	8.668	1.734	281.058	2.333	467
1970	810.808	6.730	1.346	236.926	1.967	393
1975	600.512	4.984	997	181.798	1.509	302
1980	620.657	5.152	1.030	245.132	2.035	407
1985	586.155	4.865	974	227.648	1.890	378
1987	642.010	5.329	1.066	225.759	1.874	375
1990	727.199	6.035	1.207	178.199	1.479	296
durchschn. Neuaufnahmen pro Jahr: 1.112			durchschn. Neuaufnahmen pro Jahr: 401			
Summe der möglichen Neuaufnahmen von 1949 bis 1975 (27 Jahre) in der BRD: 30.024			Summe der möglichen Neuaufnahmen von 1949 bis 1990 (42 Jahre) in der DDR: 16.842			

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1993 u. 1997; Statistisches Bundesamt 2006

4.2 Schätzung der Anzahl der in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen

4.2.1 Schätzung der Anzahl der in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD untergebrachten Kinder und Jugendlichen

4.2.1.1 Schätzung auf der Basis der Prävalenzrate von 8,3‰ für die BRD (Berechnung s. Kap. 4.1.2)

Die über die epidemiologische Prävalenz der geistigen Behinderung vorgenommene Schätzung der Anzahl von unter 21-Jährigen, die im Zeitraum von 1949 bis 1975 in stationären Behinderteneinrichtungen in der BRD betreut wurden, erfolgt auf der Basis der auf Altersgruppen bezogenen Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt, 2006). Unter der Anwendung der von Liepmann festgestellten administrativen Prävalenzrate der geistigen Behinderung bei Kindern und Jugendlichen von 8,3‰ errechnen sich die in Tab. 4-4 niedergelegten Verteilungen.

Tabelle 4-4 Schätzung der Anzahl der unter 21-Jährigen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen 1949 – 1975 in der BRD auf der Basis der Prävalenzrate von 8,3‰

Jahresende	Bevölkerung BRD ² in 1.000	Anteil der Bevölkerung in der BRD unter 21 Jahren in %	Bevölkerung im Alter bis unter 21 Jahren in 1.000 ¹	davon 8,3‰ Menschen mit mehrfacher Behinderung absolut	davon 20% in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe absolut
1950	50.985	30,5	15.688	130.000	26.000
1955	53.518	29,9	16.068	133.000	27.000
1965	59.297	29,0	17.340	144.000	29.000
1975	61.645	28,7	17.634	146.000	30.000
jährlicher Mittelwert					28.000

¹ Berechnungen gerundet

² Quelle: Bevölkerungsstatistik (Stat. Bundesamt - Datenreport 2006)

Der Mittelwert der in den stationären Einrichtungen möglicherweise jährlich versorgten Personen und der dafür erforderlichen Einrichtungsplätze zwischen 1949 bis 1976 beträgt 28.000 Plätze. Rechnet man zu diesem Wert die Summe der für den Zeitraum von 1949 bis 1975 (27 Jahre) in der BRD möglichen Neuaufnahmen von 30.024 Mädchen und Jungen (Berechnung s. Tab. 4-3) hinzu, ergibt sich (28.000 + 30.024 = 58.024) die Gesamtzahl von **rd. 58.000 jungen Menschen**, die sich im 27-jährigen

Untersuchungszeitraum in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD befunden haben könnten.

4.2.1.2 Schätzung auf der Basis der Angaben der Psychiatrie-Enquête für die BRD (Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4201 (1975))

In den von der Sachverständigenkommission der Psychiatrie-Enquête erfassten stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD stellten Menschen mit einer geistigen Behinderung („Schwachsinnformen“) mit **66% die größte Diagnosegruppe** dar. **Bei jungen Menschen unter 15 Jahren waren das sogar 87%** (Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4201, 1975).

Insgesamt waren am Stichtag (30. Mai 1973) in diesen Einrichtungen 35.768 Betroffene untergebracht worden. Setzt man diese Fallzahl mit dem Bevölkerungsanteil der unter 21-Jährigen in der BRD in Beziehung, ergibt sich die in Tab. 4-5 vorgenommene Schätzung der in den Einrichtungen stationär untergebrachten Minderjährigen (10.087) und damit vorgehaltenen Betreuungsplätze zum Erhebungszeitpunkt der Psychiatrie-Enquête.

Tabelle 4-5 Anteilige Berechnung der Anzahl der Kinder und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD auf der Basis der Angaben der Psychiatrie-Enquête

Menschen mit Behinderung und chronisch psychischer Krankheit in Heimen und Anstalten > 100 ¹	davon behinderte Kinder und Jugendliche nach deren Bevölkerungsanteil von 28,2% ²	Neuaufnahmen von Kindern und Jugendlichen 1949 – 1975 ⁴
Gesamtzahl	absolut ³	
35.768	10.087	30.024

¹ Angaben der Psychiatrie-Enquête

² Berechnung s. Tab. 4-1

³ Berechnung gerundet

⁴ Schätzung s. Tab. 4-3

Addiert man die für den Untersuchungszeitraum in der BRD berechnete Neuaufnahmerate mit 30.024 Betroffenen (entsprechend Tab. 4-3) hinzu, kann daraus die geschätzte Gesamtzahl von **rd. 40.100** (10.087 + 30.024 = 40.111) Kindern und Jugendlichen (unter 21 Jahren) abgeleitet werden, die nach dieser Schätzung im Untersuchungszeitraum von 1949 bis 1975 in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD untergebracht worden wären.

4.2.1.3 Schätzung auf der Basis von Eingliederungshilfe für die BRD

F. Wapler (2013) (s. Kap.2.6) teilte unter Bezug auf die Angaben des Statistischen Bundesamtes (angegebene Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie K/K/1 1970, S. 10) die Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 21 Jahren mit, die in den Jahren 1964 und 1970 in der BRD „Eingliederungshilfe für Behinderte“ einschließlich der „Blindenhilfe“ in Anstalten bzw. in Einrichtungen der Behindertenhilfe erfahren hatten (s. Tab. 4-6). Sie wies darauf hin, dass daraus allerdings nicht erkennbar sei, wie groß die jeweiligen Anteile der Personen in Heimen der Jugend- und der Behindertenhilfe waren. Zumindest seien behinderte Kinder häufig in die Zuständigkeit der Jugendhilfe gefallen. Gleichzeitig ging sie davon aus, dass behinderte

Kinder und Jugendliche auch in Form teilstationärer Versorgung und Förderung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe eine durch die Eingliederungshilfe finanzierte Schul- und Berufsausbildung erhielten.

Tabelle 4-6 Anzahl der unter 21-Jährigen in Anstalten in der BRD, die Sozialhilfe erhielten (Angaben von Wapler, 2013)

Jahr	Eingliederungshilfe für Behinderte zur Schul- und Berufsausbildung ¹	sonstige Eingliederungshilfe für Behinderte ¹	Blindenhilfe ¹	gesamt
1964	13.299	10.464	132	23.895
1970	22.997	16.812	416	40.225
jährlicher Mittelwert	18.148	16.639	274	32.060

¹Angaben gerundet

Da anzunehmen ist, dass die aufgeführten Zahlen zur „sonstigen Eingliederungshilfe“ für Behinderte im Wesentlichen Heimkosten darstellen, beziehen sich diese mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die in den untersuchten Jahren vollstationär untergebrachten Minderjährigen. Die Finanzierung der stationären Unterbringung von überwiegend geistig und mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen in einer Einrichtung der Behindertenhilfe dürfte nach den Vorgaben des BSHG durch die Sozialhilfe erfolgt sein.

Wenn man davon ausgeht, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit einer intellektuellen oder körperlichen Behinderung, die in Einrichtungen der Jugendhilfe Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nahmen, etwa 25% betragen haben könnte - was den eigenen Praxiserfahrungen des Autors dieser Studie entsprechen würde - , verringert sich der Anteil der in Einrichtungen der Behindertenhilfe versorgten Betroffenen um ¼. Die resultierende Verteilung ist in Tab. 4-7 dargestellt.

Tabelle 4-7 Anteilige Berechnung der Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD (auf der Basis von Tab. 4-6)

Jahr	Teilstationäre und vollstationäre Versorgung ¹	Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Einrichtungen der Behindertenhilfe ²
1964	23.895	17.900
1970	40.225	30.200
jährlicher Mittelwert	32.060	24.050

¹ Basis: Mitteilungen Wapler (2013) ² Nach Abzug von 25% von in Einrichtungen der Jugendhilfe betreuten behinderten jungen Menschen

Die Summe des so korrigierten durchschnittlichen „jährlichen Mittelwertes“ kann als geschätzte Zahl der in der Zeit von 1949 bis 1975 im Jahresdurchschnitt vorgehaltenen Betreuungsplätze gelten. Addiert man zu diesem Wert wiederum die Summe der von 1949 bis 1975 in der BRD möglichen Neuaufnahmen von 30.024 Mädchen und Jungen (Berechnung s. Tab.4-3) hinzu, ergibt sich die Gesamtzahl von 54.074 (24.050 + 30.024) Betroffenen. Damit könnten nach den Zahlen der Eingliederungshilfe im Zeitraum zwischen 1949 und 1975 **rd. 54.000 Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD** untergebracht gewesen sein.

4.2.1.4 Schätzung auf der Basis der Gesamtstatistik der Freien Wohlfahrtspflege für die BRD (Stand 1970)

Die Gesamtstatistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, Stand 1970 (s. Kap. 2.22), weist für den Bereich „Anstalten und Heime, I Gesundheitshilfe“ die in Tab. 4-8 dargestellte Verteilung stationärer Plätze für Personen mit Behinderung aus. Auch hier wird mit 79% das starke Überwiegen der geistigen Behinderung gegenüber anderen Behinderungsformen von Betroffenen deutlich, für welche die Betreuung in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe in Anspruch genommen wurde. Die darauf basierten Berechnungen des Bettenanteils für die Altersgruppe der unter 21-Jährigen werden in Tab. 4-8 dargestellt.

Rechnet man zu dem ermittelten Wert die Summe der für den Zeitraum von 1949 bis 1975 in der BRD möglichen Neuaufnahmen von 30.024 Mädchen und Jungen (Berechnung s. Tab.4-3) hinzu, ergibt sich (14.623 + 30.024 = 44.647) die Gesamtzahl von **rd. 44.650 jungen Menschen**, die sich nach den Angaben der Freien Wohlfahrtsverbände im 27-jährigen Untersuchungszeitraum **in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD** befunden haben könnten.

Tabelle 4-8 Gesamtstatistik der Freien Wohlfahrtspflege in der BRD (Stand 1.1 1970)

Anstalten/Heime	Einrichtungen Anzahl	Betten/ Plätze Gesamt Anzahl	Betten/Plätze für Kinder und Jugendliche nach deren Bevölkerungs- anteil von 28,2% ¹ Absolut
Übergangsheime für psychisch Behinderte	3	202	57
Heime für geistig Behinderte	394	40.959	11.551
Heime für Körperbehinderte	77	5.951	1.678
Heime für Hör- und Sprachgeschädigte	34	2.865	808
Heime für Blinde	28	1.978	558
gesamt	536	51.855	14.623

¹ Zur Berechnung siehe Tab. 4-1

4.2.1.5 Schätzung auf der Basis von Angaben der Kirchen für die BRD

4.2.1.5.1 Schätzung der in stationären evangelischen Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD und Westberlin untergebrachten Kinder und Jugendlichen nach Angaben des Diakonischen Werks der EKD für die BRD

Im 76. Jahrbuch des Diakonischen Werkes (Diakonisches Werk, 1976) wurden mit Stand vom 1.1.1975 die in Tab. 4-9 aufgeführten Angaben mitgeteilt.

Tabelle 4-9 Schätzung auf der Basis der Angaben des 76. Jahrbuchs des Diakonischen Werks der EKD (Stand 1975)

Einrichtungen	Anzahl	Plätze Betten	Betten/Plätze für Kinder und Jugendliche ¹
Heime u. Anstalten f. geistig Behinderte	199	21.764	6.138
Heime f. Anfallskranke	41	2.753	777
Heime f. Körperbehinderte	38	3.027	854
Heime f. Hör- u. Sprachgeschädigte	9	513	145
Heime f. Blinde	4	263	74
Heime f. psychisch Kranke u. sonst. Behinderte	50	3.382	954
Berufsbildungswerke	2	740	209
gesamt	343	32.442	9.151

¹ nach deren Bevölkerungsanteil von 28,2%, Berechnung s. Tab.4-1

Da die Schätzung möglicher Neuaufnahmen auf die eingeschränkte Population der in den evangelischen Einrichtungen betreuten Personen zu begrenzen ist, orientiert sich diese an der vom Leiter der CBP-Vorstudie Dr. U. Kaminsky mitgeteilten Neuaufnahmequote von jährlich 10% (s. Kap.2.4). Danach ergibt sich mit der Berechnung $9.151 + (915,1 \cdot 27 \text{ Jahre} = 24.708)$ die Schätzzahl von insgesamt **rd. 33.900** jungen Menschen, die in der Zeit zwischen 1949 - 1975 in stationären **evangelischen Einrichtungen** der Behindertenhilfe in der **BRD** stationär betreut worden wären.

4.2.1.5.2 Schätzung der in stationären katholischen Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD und Westberlin stationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen nach Angaben der CBP-Vorstudie

In ihrer Mitteilung zum Stand der CBP-Studie „Heimkinderzeit in der katholischen Behindertenhilfe und Psychiatrie 1949 – 1975“ berichtete die Caritas-Behindertenhilfe und Psychiatrie (CBP) über das Ergebnis einer Voruntersuchung (s. Kap.2.4). Danach hatte der Leiter der Vorstudie U. Kaminsky eine Schätzung der Gesamtzahl der im Zeitraum zwischen 1947 und 1978 in Deutschland in stationären katholischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie betreuten Menschen mit Behinderung vorgelegt. Mit der Unterscheidung von zwei Zeitabschnitten waren für den Untersuchungszeitraum von „1947 – 1967“ eine durchschnittliche Betreuzahl von 22.500 und für den Zeitabschnitt von „1967 – 1978“ die ebenfalls auf den Jahresdurchschnitt bezogene Anzahl von 10.000 betreuten Menschen mit Behinderung ermittelt worden. Wendet man zur Berechnung des Anteils von Kindern und Jugendlichen dieser Populationen den durchschnittlichen Prozentsatz von 28,5% für beide Teile Deutschlands auf diese Zahlen an (s. Kap. 4.1.1), so ergeben sich die in Tab. 4-10 dargestellten Befunde.

Nimmt man eine Mittelwertbildung unter Berücksichtigung der beiden unterschiedlich langen Bezugszeiträume von 19 bzw. 23 Jahren der beiden genannten Jahresdurchschnittswerte von 6.413 und 2.820 vor ($6.413 \cdot 19 \text{ Jahre} + 2.850 \cdot 23 \text{ Jahre} = 187.397 \div 42 \text{ Jahre}$), errechnet sich daraus die Anzahl von **4.462** im Jahresdurchschnitt betreuten Kindern und Jugendlichen. Diese Zahl würde gleichzeitig der

maximalen Anzahl der dafür benötigten Einrichtungsplätze entsprechen. Bringt man von dieser für Gesamt-Deutschland ermittelten Anzahl die vom Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz für die katholischen Einrichtungen in der DDR genannte Fallzahl von 1.028 in Abzug (s. Kap. 3.1.2), verbleiben für den 27-jährigen Untersuchungszeitraum in der BRD (4.462 – 1.028) 3.434 Plätze. Da in diesen Angaben auch die klinischen psychiatrischen Behandlungsplätze der katholischen Träger mit enthalten sind, war ein summarisch auf 10% geschätzter Abzug vorzunehmen. Damit verblieben **rd. 3.091 Plätze in stationären Behinderteneinrichtungen der katholischen Träger in der BRD.**

Tabelle 4-10 Schätzung der in katholischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie zwischen 1949 und 1990 in Gesamt-Deutschland stationär untergebrachten Kinder und Jugendlichen auf der Grundlage der CBP-Vorstudie „Heimkinderzeit in der katholischen Behindertenhilfe und Psychiatrie 1949 – 1975“

Zeitraum	Angaben der CBP-Vorstudie: Gesamtzahl der im Jahresdurchschnitt betreuten Personen mit Behinderung	im Jahresdurchschnitt betreute Kinder und Jugendliche nach deren Bevölkerungsanteil von 28,5% ² absolut ¹
1947 - 1967	22.500	
1949 - 1967 (19 Jahre)		6.413
1967 - 1978	10.000	
1968 - 1990 (23 Jahre)		2.850
1949 - 1990 (42 Jahre)		4.462

¹ Berechnungen gerundet

² Zur Berechnung siehe Tab. 4-1

Schätzt man die Anzahl der möglichen jährlichen Neuaufnahmen entsprechend der von U. Kaminsky angenommenen Quote auf 10%, ergeben sich (309,1 • 27 Jahre) 8.346 mögliche Neuaufnahmen im Gesamtzeitraum.

Addiert man diese zu den im Jahresdurchschnitt vorgehaltenen Einrichtungsplätzen hinzu, errechnet sich die geschätzte Gesamtzahl von (3.091 + 8.346 = 11.438) **rd. 11.400** Kindern und Jugendlichen, die von 1949 bis 1975 in der **BRD** in **katholischen Einrichtungen der Behindertenhilfe stationär** untergebracht gewesen sein könnten.

4.2.1.5.3 Zusammenfassende Gesamtschätzung auf Basis der Angaben der Kirchen für die BRD

Nach den vorgenommenen Berechnungen hätten sich in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe der evangelischen und der katholischen Kirchen in der BRD insgesamt (33.900 + 11.400) rd. 45.300 junge Menschen unter 21 Jahren befunden.

Folgt man der Einschätzung der Sachverständigenkommission der Psychiatrie-Enquête, wonach sich die untersuchten „Heime und Anstalten überwiegend in freigemeinnütziger Trägerschaft von karitativen Organisationen, Selbsthilfevereinigungen und in Privathand“ befanden (s. Kap. 3.1.1) und ordnet diesen einen Prozentsatz von 80% zu, würde sich der Anteil von Kindern und Jugendlichen in staatlichen

stationären Einrichtungen mit ca. 20% auf weitere rd. 9.350 belaufen. Nach dieser Schätzung berechnet sich die Gesamtzahl von **46.750 Kindern und Jugendlichen unter 21 Jahren**, die zwischen 1949 und 1975 in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der **BRD** untergebracht gewesen sein könnten.

4.2.1.6 Schätzung auf der Basis des Heimverzeichnisses der Bundesvereinigung Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e.V.

Die Aufstellungen des Gesamtverzeichnisses der „Bundesvereinigung Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind“ beinhalten alle Einrichtungspätze in Heimen und Anstalten für geistig behinderte Menschen, die „im Herbst 1966“ in der BRD vorhanden waren. Die auf Träger bezogenen Angaben sind in Tab. 4-11 zusammengestellt. In einigen Einrichtungen war keine eindeutige Abgrenzung von Kindern und Jugendlichen gegenüber bereits ins Erwachsenenalter eingetretenen Personen vorgenommen worden. In diesen Fällen erfolgte eine Schätzung des Altersanteils der unter 21-Jährigen nach dem ermittelten Prozentsatz dieser Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung, der für die BRD 28,2% betrug (Berechnung s. Tab. 4-1).

Tabelle 4-11 Kinder und Jugendliche in Heimen und Anstalten für geistig Behinderte in der BRD Stand Herbst 1966¹

Bundesland	Träger				gesamt
	katholisch	evangelisch	alle Konfessionen	Keine Konfession	
Baden-Württemberg	1.113	1.852	570	49	3.584
Bayern	3.418	449	50	1.230	5.156
Berlin	94	110		140	344
Bremen					0
Hamburg		368	57		425
Hessen	612	0	159	1.656	2.427
Niedersachsen	55	1.752	47	903	2.757
Nordrhein-Westfalen	2.657	3.450	16	1.615	7.738
Rheinland-Pfalz	469	140		128	737
Saarland			45	170	215
Schleswig-Holstein		132	65	597	794
gesamt	8.418	8.253	1.009	6.488	24.177

¹ Angaben in Absolut

Quelle: Bundesvereinigung Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind

Nach Hinzunahme der für den Untersuchungszeitraum in der BRD geschätzten Anzahl möglicher Neuaufnahmen von insgesamt 30.024 Personen (zur Berechnung s. Tab. 4-3) ergibt sich (Berechnung: 24.177 + 30.024 = 54.201) auf der Grundlage dieser Datenbasis die Schätzung der Gesamtzahl von **rd. 54.200 Kindern und Jugendlichen, die im Zeitraum von 1949 bis 1975 in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD untergebracht gewesen sein könnten.**

Das Verhältnis der konfessionellen Träger zu den nicht konfessionell geführten Heimen und Anstalten in der BRD wäre nach der Aufstellung der Lebenshilfe bei angenommener Konstanz über den Untersuchungszeitraum hinweg somit 73% zu 27%. Das entsprach den Berechnungen der von Dreier & Laudien (2012, S. 127) zitierten Einschätzung von Frings & Kaminsky (2012), nach welcher sich **70 – 80% der vorgehaltenen stationären Unterbringungsplätze in der BRD in konfessioneller Trägerschaft** befanden, genauso wie der Einschätzung der Psychiatrie-Enquête (s. Kap. 4.2.1.2).

4.2.2 Schätzung der Anzahl der in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR untergebrachten Kinder und Jugendlichen

4.2.2.1 Schätzung auf der Basis der Prävalenzrate von 8,3 ‰ (Berechnung s. Kap. 4.1.2)

Der Mittelwert der mittels der Prävalenzrate von 8,3 ‰ geschätzten in den stationären Einrichtungen in der DDR jährlich versorgten Personengruppe und der damit erforderlichen Einrichtungsplätze zwischen 1949 bis 1990 beträgt **8.267** (s. Tab. 4-12).

Tabelle 4-12 Schätzung der Anzahl der in stationären Einrichtungen für Behindertenhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen 1949 – 1990 in der DDR auf der Basis der Prävalenzrate von 8,3‰

Jahresende	Bevölkerung DDR ² in 1.000	Anteil der Bevölkerung in der DDR unter 18 Jahren in %	Bevölkerung im Alter bis unter 18 Jahren in 1.000 ¹	davon 8,3‰ Menschen mit geistiger bzw. mehrfacher Behinderung in 1.000 ¹	davon 20% in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe absolut
1950	18.388	29,9	5.498	46	9.200
1955	17.832	29,9	5.332	44	8.800
1965	17.040	28,7	4.891	41	8.200
1975	16.820	22,8	3.835	32	6.400
1985	16.640	30,2	5.025	42	8.400
1989	16.434	31,7	5.210	43	8.600
jährlicher Mittelwert von in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR vorgehaltenen Plätzen					8.267

¹ Berechnungen gerundet

² Quelle: Statistisches Bundesamt Datenreport 2006

Fügt man die geschätzte Anzahl von 16.842 jährlichen Neuaufnahmen (s. Tab. 4-3) hinzu, errechnet sich daraus die Gesamtzahl von (8.267 + 16.842 = 25.109) **rd. 25.100 jungen Menschen, die im Alter von unter 18 Jahren zwischen 1949 und 1990 in der DDR in Einrichtungen der Behindertenhilfe stationär untergebracht** gewesen sein können.

4.2.2.2 Schätzung auf der Basis von Angaben aus den statistischen Jahrbüchern des Gesundheitswesens der DDR

Als ein versorgungsrelevantes Differenzierungskriterium der Heimbetreuung in der DDR galt die Unterscheidung zwischen „Schulbildungsfähigkeit“ und „Schulbildungsunfähigkeit“.

Zur Bedeutung dieser Zuordnungen für die Versorgung der betroffenen Kinder kann auf die Ausführungen von Wapler (2013) und Barsch (2013) verwiesen werden (s. Kap. 3.1.2).

Die in den Statistiken der Jahrgangsbücher des Gesundheitswesens in der DDR aufgeführten Unterbringungszahlen und die daraus resultierenden Berechnungen sind in Tab. 4-13 dargestellt. Nach der vorgenommenen Aufstellung standen für die vollstationäre Betreuung von „nicht schulbildungsfähigen“ jungen Menschen mit geistiger und körperlicher Behinderung in der DDR im Untersuchungszeitraum zwischen 1981 bis 1989 im Jahresmittel (Berechnung: 2.241 + 2.728 = 4.969) **rd. 5.000 Plätze** in 130 vollstationären Einrichtungen (Wochenheimen und Heimen) zur Verfügung.

Tabelle 4-13 Einrichtungen und Plätze für „schulbildungsunfähige“ Kinder und Jugendliche nach Art der Einrichtungen und Einrichtungsformen

Stand	Tagesstätten		Wochenheime/ Dauerheime		Heime		Krankenhäuser	
	Einr.	Plätze	Einr.	Plätze	Einr.	Plätze	Einr.	Plätze
Stand 1981								
staatl.	183	6.177	57	1.713	17	814	30	2.228
konf.	29	561	10	337	38	1.634	-	-
1981 ges.	212	6.738	67	2.050	55	2.448	30	2.228
Stand 1982								
staatl.	187	6.166	58	1.925	19	923	30	2.057
konf.	30	609	9	320	38	1.634	-	-
1982 ges.	217	6.775	67	2.245	57	2.557	30	2.057
Stand 1985								
staatl.	196	6.801	72	2.216	15	910	23	1.589
konf.	31	645	5	140	40	1.850	-	-
1985 ges.	227	7.446	77	2.356	55	2.760	23	1.589
Stand 1989								
staatl.	196	7.219	71	2.212	23	1.095	15	1.555
konf.	23	506	4	100	41	2.050	-	-
1989 ges.	219	7.725	75	2.312	64	3.145	15	1.555
Jahresdurchschnitt¹ 1981 – 1985 ges.	219	7.171	72	2.241	58	2.728	25	1.858

¹ Berechnungen gerundet

Quelle: Das Gesundheitswesen der DDR 1982, 1983, 1986, 1989 (Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitswesens; Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung)

Wendet man die für die Jahre zwischen 1981 bis 1989 vorliegenden Zahlen (s. Tab. 4-13) auf den gesamten Untersuchungszeitraum in der DDR an und rechnet die für den Zeitraum von 1949 bis 1990 (42 Jahre) möglichen Neuaufnahmen von 16.842 Mädchen und Jungen (Berechnung s. Tab.4-3) hinzu, ergibt sich auf dieser Schätzungsgrundlage die Gesamtzahl von **rd. 25.100** (Berechnung: 5.000 + 3.250 + 16.842 = 25.092) Kindern und Jugendlichen, die sich zwischen **1949 bis 1990 in Heimen des Sozialwesens und damit in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR** befunden haben könnten.

Weitere 1.858 minderjährige weibliche und männliche Betroffene waren in Krankenhäuser verbracht worden, was den Angaben von Gries für 1989 entspricht (s. Kap. 4.2.2.3).

In den Statistiken des Gesundheitswesens der DDR ist ferner die Entwicklung der „Heime der Sozialfürsorge“ bzw. der Heime des Sozialwesens ab 1955 dokumentiert. Zu diesen zählten „Pflegeheime (einschl. Blindenanstalten)“, „Heime für soziale Betreuung und Sozialheime“ mit einer Platzzahl von etwa 10% (mindestens ab 1978 nicht mehr eigens ausgewiesen) sowie „Feierabendheime“. Die ohne Altersgruppendifferenzierung mitgeteilten Zahlen der insgesamt betriebenen stationären Einrichtungen stiegen zwischen **1955 und 1985 von 1.085 auf 1.373** an. Die Zunahme betraf die **Pflegeheime mit einem Anstieg von 193 (1955) auf 767 (1985)**, während sich die Zahl der **„Feierabendheime“ von 892 (1955) auf 606 (1985) verringert hatte**. Die in diesen Einrichtungen vorgehaltenen **Betreuungsplätze** hatten sich im selben Zeitraum mit einer **Steigerung von 72.092 auf 136.651 nahezu verdoppelt**. Für die in der Machbarkeitsstudie vorzunehmenden Schätzungen wurden daher auch hier Mittelwertbildungen der auf Jahrgänge bezogenen Angaben vorgenommen. Im Hinblick auf eine möglicherweise niedrigere Einrichtungs- und Fallzahl in den bis 1949 zurück reichenden 6 Jahren vor der ersten herangezogenen Statistik erscheint die Annahme einer mittleren Platzzahl von 70.000 angemessen. Für die einzubeziehenden 5 Jahrgänge von 1986 bis 1990 wurde die für 1985 festgestellte Zahl von 136.651 jeweils mit einem Zuwachs von 1%/Jahr (berechnet aus dem Zuwachs zwischen 1985 – 1990) für die Schätzung übernommen (s. Tab. 4-14). Zur Altersstruktur der darin betreuten Personen war in der Statistik lediglich die Anzahl der unter 60- bzw. 65-Jährigen (Rentenalter) mit 11% vermerkt worden (Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, 1986).

Tabelle 4-14 Stationäre Plätze in staatlichen und nicht staatlichen Pflegeheimen einschließlich Blindenanstalten, Feierabendheimen und Heimen für soziale Betreuung in der DDR

Jahr	Heime Anzahl	Plätze Anzahl	11% jünger als 60 bzw. 65 Jahre (Renteneintrittsalter)	davon 28,7% (Bevölkerungsanteil der unter 18-Jährigen (s. Tab. 4-2)
1955	1.085	72.092		
1960	1.151	88.501		
1965	1.180	93.359		
1970	1.206	96.191		
1975	1.262	104.965		
1980	1.336	121.665		
1985	1.373	136.651		
Jahresdurchschnitt	1.228	101.918	11.211	3.251

Quelle: Das Gesundheitswesen der DDR 1986 (Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, 1986)

Die stationären Einrichtungen wurden in die vorgenommene Schätzung unter Bezug auf den Bevölkerungsanteil der unter 18-Jährigen von 28,7% einbezogen. Als Ausgangsgrundlage der Schätzung wurden die 11% der in diesen Einrichtungen untergebrachten Personen unter 60 bzw. 65 Jahren gewählt (Das Gesundheitswesen der DDR, 1986). Damit würde sich die geschätzte Maximalzahl von weiteren **rd. 3.250** Plätzen für behinderte Kinder und Jugendliche in solchen Einrichtungen ergeben.

4.2.2.3 Gries, S. (s. Kap. 2.9)

Gries (2012) teilte für die DDR für das Jahr 1989 insgesamt 11.939 Betreuungsplätze für schulbildungsunfähige Kinder und Jugendliche (3-18 Jahre) in staatlichen und 3.120 in konfessionellen Einrichtungen mit (Tab. 4-15). Die Autorin nahm die Einschätzung vor, dass die Platzzahlen „für fünfzehn Jahrgänge schwerstbehinderter Kinder [...] vor allem dann nicht viel“ seien, wenn man bedenke, „dass in der DDR auch solche Kinder als nicht mehr beschulbar galten, die trotz der Schwere ihrer Behinderung in anderen Staaten spezielle Sonderschulen besuchen“ würden. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass es sich bei den von Gries einbezogenen „Dauerheimen“ oder „Wochenheimen“ um Einrichtungen der Frühbetreuung von Kindern von 0 bis zum 3 Jahren handelte. Nach den Angaben der Jahrgangbücher des Gesundheitswesens (z. B. Das Gesundheitswesen der DDR 1978, Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitsschutzes) befanden sich in der Altersgruppe „3 Jahre und älter“ nur 6,8%. Damit kann davon ausgegangen werden, dass ältere Kinder im Alter von über 3 Jahren in diesen Einrichtungen in der Regel nicht mehr betreut wurden. Eine mögliche Leid- und Unrechtserfahrung der in den Dauerheimen untergebrachten Säuglinge und Kleinkinder könnte jedoch in einer für sie leidvollen Trennungserfahrung von ihren Eltern- bzw. primären Bezugspersonen und in einer mangelhaften, aber durchaus möglichen, frühkindlichen Förderung bestanden haben.

Tabelle 4-15 Plätze in stationären Einrichtungen für schulbildungsunfähige Kinder und Jugendliche (3 – 18 Jahre) in der DDR (Stand 1989, zit. in Gries (2012))

Träger	Tagesstätten	Wohnheime	Dauerheime	Krankenhäuser	insgesamt
staatlich	7.282	1.909	1.109	1.639	11.939
konfessionell	525	407	2.188	0	3.120

Der Tab. 4-15 waren für das Jahr 1989 in „Wohnheimen“ und „Dauerheimen“ in staatlichen und konfessionellen Einrichtungen **5.613** vollstationär betreute junge Menschen mit Behinderung zu entnehmen. Die weiteren in Krankenhäusern vorgehaltenen 1.639 Plätze sind in die Analyse der stationären psychiatrischen Versorgung des betroffenen Personenkreises einzubeziehen (s. Kap. 4.3). Legt man diese Platzzahl für eine Schätzung der Gesamtzahl der in der DDR in diesen stationären Einrichtungen versorgten jungen Menschen zu Grunde und addiert die Zahl der möglichen jährlichen Neuaufnahmen von 16.842 (s. Tab. 4-3) für den Gesamtzeitraum hinzu, ergibt sich die Schätzung von $(5.613 + 16.842 = 22.455)$ **rd. 22.500 Kindern und Jugendlichen**, die von 1949 bis 1975 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht worden wären.

4.2.2.4 Schätzung auf der Basis von Angaben der Kirchen für die DDR

4.2.2.4.1 Angaben der Evangelischen Kirche

Im 75. Jahrbuch des Diakonischen Werkes (1976) wurden „Zahlen aus der Arbeit der Diakonie im Bereich der Deutschen Demokratischen Republik, Stand 1974“ mitgeteilt. Als Quelle wurde der „Jahresbericht vor der Hauptversammlung von Innerer Mission und Hilfswerk“ genannt. In 87 „Heimen für geistig und körperlich Behinderte“ aller Altersgruppen befanden sich nach dieser Aufstellung mit Stand vom 1.1.1975 insgesamt 6.168 Betten. Wendet man darauf die in Kap 3.1.1, Tab. 4-2, vorgenommene Berechnung des Altersanteils der unter 18-Jährigen von durchschnittlich 28,7% in der DDR an, ergibt sich die Anzahl von **1.770** stationären Einrichtungsplätzen für Kinder und Jugendliche.

Orientiert man sich zur Schätzung der möglichen jährlichen Neuaufnahmen auch hier an der in der CBP-Vorstudie angewandten Größenordnung der jährlichen Neuaufnahmequote von 10% (s. Kap. 2.4), ergibt sich mit der Berechnung $1.770 + (177 \cdot 42 \text{ Jahre}) = 9.204$ die Schätzzahl von insgesamt **rd. 9.200** jungen Menschen, die in der Zeit zwischen 1949 - 1990 in evangelischen Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR stationär betreut worden sein könnten.

4.2.2.4.2 Angaben der Katholischen Kirche

Nach den Mitteilungen des Sekretariats der Deutschen Bischofskonferenz vom 6. März 2015 wurden „Ende 1989 in katholischen Einrichtungen für behinderte Menschen (aller Altersgruppen) in der DDR insgesamt 1.028 Plätze vorgehalten“ (s. Kap. 3.1.2). Bringt man davon die 15% in Tagesstätten vorhandenen Betreuungsplätze in Abzug, verbleiben 874. Geht man zur Berechnung der möglicherweise in diesen stationären Einrichtungen betreuten Minderjährigen in gleicher Weise wie in Kap. 4.2.2.4.1 vor, ergeben sich, bezogen auf deren Altersanteil von 28,7%, 251 Plätze für Kinder und Jugendliche. Bei einer jährlichen Neuaufnahmerate von 10% beträgt die Gesamtschätzzahl **rd. 1.300** unter 18-Jährige, die im Untersuchungszeitraum in katholischen Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR stationär betreut worden wären (Berechnung: $25,1 \cdot 42 \text{ Jahre} + 251 = 1.305,2$).

Die Größenverhältnisse der für beide Kirchen vorgenommenen Schätzungen zwischen 86% (9.200) und 14% (1.500) der insgesamt für behinderte jungen Menschen vorgehaltenen vollstationären Plätze würden sich der Bewertung des Sekretariats der Deutschen Bischofskonferenz annähern, welches in seiner Stellungnahme vom 6. März 2015 ausführte, dass sich die konfessionellen Einrichtungen für behinderte Menschen in der DDR „zu ca. 80% in Trägerschaft der evangelischen Diakonie“ befunden hätten.

Wenn man das in Tab. 4-13 und Tab. 4-15 ermittelte Verhältnis von (46% bzw. 42%) durchschnittlich 44% konfessionellen und von (54% bzw. 58%) durchschnittlich 56% staatlichen Einrichtungsplätzen auf der Basis der Angaben beider Kirchen zu einer Schätzung der Gesamtversorgungszahlen in der DDR heranzieht und die in Kap. 4.2.2.4 ermittelten Betreuzahlen beider Kirchen gemeinsam ($9.200 + 1.300 = 10.500$) als Anteil von 44% an der Gesamtversorgung berechnet, würde sich daraus zusammen mit dem verbleibenden Anteil von 56% staatlichen Einrichtungsplätzen (= rd. 13.400) die Gesamtzahl von ($10.500 + 13.400$) **rd. 23.900** Kindern und Jugendlichen schätzen lassen, die im Untersuchungszeitraum in allen **stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe der DDR** lebten.

4.2.2.5 Schätzung aller in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR stationär untergebrachten Kinder und Jugendliche auf der Basis von Angaben der Katholischen Kirche – Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz für die DDR

Folgt man der Einschätzung, dass die in Kap. 3.1.2. genannte Zahl von 1.028 Plätzen in katholischen Einrichtungen einen Anteil von 6% aller in der DDR vorgehaltenen Plätze ausmachte, wäre daraus die Gesamtzahl von 17.133 Betreuungsplätzen abzuleiten. Wendet man darauf die in Tab. 4-2 vorgenommene Berechnung des Altersanteils der unter 18-Jährigen von durchschnittlich 28,7% an, ergibt sich die Anzahl von 4.832 in allen stationären Einrichtungen der DDR für Kinder und Jugendliche vorgehaltenen Plätzen. Für die Berechnung der Fallzahlen der in diesen Einrichtungen insgesamt versorgten Kinder und Jugendlichen wäre die geschätzte Anzahl der für den Zeitraum von 1949 bis 1990 (42 Jahre) in der DDR möglichen Neuaufnahmen von 16.842 Mädchen und Jungen (Berechnung s. Tab. 4-3) hinzuzurechnen.

Mit der auf diese Weise erstellten Hochrechnung ($4.832 + 16.842 = 21.674$) würde sich für den 42-jährigen Zeitraum die Gesamtzahl von **insgesamt rd. 22.000 jungen Menschen bis unter 18 Jahren** ergeben, die möglicherweise zwischen 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht waren.

4.2.3 Abschließende Schätzung der Anzahl der im Untersuchungszeitraum in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen in der BRD und in der DDR

Tabelle 4-16 Zusammenstellung der Schätzungen von Kindern und Jugendlichen für Gesamt-Deutschland

Schätzungsgrundlage	BRD	DDR
	Anzahl absolut	Anzahl absolut
Prävalenz	58.000	25.100
Psychiatrie-Enquete	40.100	
Freie Wohlfahrtspflege	44.650	
Eingliederungshilfe	54.000	
Angaben beider Kirchen	46.750	23.900
Bundesvereinigung Lebenshilfe f. d. geistig behinderte Kind	54.200	
Angabe d. Sekretariats d. Deutschen Bischofskonferenz		22.000
Gries		22.500
Jahrbücher des Gesundheitswesens der DDR		25.100
Mittelwert (gerundet)	49.600	23.700

Aus der Zusammenführung der auf verschiedenen Berechnungsgrundlagen basierten Schätzungen, die relativ nahe beieinander liegen, ergibt sich die Gesamtzahl von $(51.000 + 23.700)$ **rd. 74.700 Kindern und Jugendlichen, die in den Untersuchungszeiträumen in beiden Teilen Deutschlands in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe betreut worden sein können** (s. Tab 4-16).

4.3 Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die von 1949 bis 1975 in der BRD (unter 21-Jährige) und von 1949 bis 1990 in der DDR (unter 18-Jährige) in stationären Einrichtungen der Psychiatrie untergebracht waren

4.3.1 Schätzung der Anzahl der in stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD untergebrachten Kinder und Jugendlichen

Nach den Erhebungen der Sachverständigen-Kommission der Psychiatrie-Enquête überwogen die zum Stichtag 30. Mai 1973 erhobenen Diagnosen von „Schwachsinnformen“ mit 73,4 %, „und unter diesen wiederum die schweren Ausprägungsgrade“. Bei 12,0% der Patientinnen und Patienten bestanden „neurotische Leiden, Persönlichkeitsstörungen und psychosomatische Störungen, bei 3,6% Anfallsleiden“. Bei 0,8% war die Diagnose einer affektiven oder anderen reaktiven Psychose, bei 0,7% einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und bei 0,5% einer Suchterkrankung gestellt worden. 0,8% litten unter einer „anderen organischen Erkrankung“. Die Sachverständigen-Kommission betonte die unterschiedlichen Versorgungsschwerpunkte der in die Auswertung einbezogenen **12 Fachkrankenhäuser und 5 Fachabteilungen**. Diese dienten „*nämlich entweder überwiegend kurzfristigen diagnostischen Aufgaben oder der langfristigen Unterbringung von geistig behinderten Kindern und Jugendlichen (Fachkrankenhäuser)*. Das Ergebnis der Erhebung läßt erkennen, daß die stationäre Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Zeit nur unsystematisch und punktuell geschieht und weder quantitativ noch qualitativ dem Bedarf entspricht“ (Deutscher Bundestag – 7. Wahlperiode – Drucksache 7/4200, 1975, S. 102).

Tabelle 4-17 Aufenthaltsdauer der Patienten in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der BRD am 30. Mai 1973¹

Patienten mit Angabe zur Aufenthaltsdauer	bis zu 3 Monaten	3 Monate bis unter 1 Jahr	1 Jahr bis unter 2 Jahre	2 Jahre bis unter 5 Jahre	5 Jahre bis unter 10 Jahre	10 Jahre und darüber
2610	15	9	9	16	21	30

¹ Angaben in %

Quelle: Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4201 (25.11.1975)

Für die Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie ermittelte die Psychiatrie-Enquête die in Tab. 4-17 dargestellte Verteilung der Aufenthaltsdauer der Patienten im Mai 1973.

Die Anzahl der in **3.909 Betten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen** untergebrachten unter 21-Jährigen (s. Kap. 3.2.1) kann auf der Basis der in Tab. 4-17 beschriebenen Aufenthaltsdauern berechnet werden:

- $3.909 \cdot 0,15 \cdot 108 = 63.326$ (mittlere Verweildauer bis zu 3 Monaten; bei angenommener 108-maliger Belegung von 15% der Betten in 27 Jahren),

- $3.909 \cdot 0,09 \cdot 43 = 15.128$ (mittlere Verweildauer 7,5 Monate; bei angenommener 43-maliger Belegung von 9 % der Betten in 27 Jahren),
- $3.909 \cdot 0,09 \cdot 18 = 6.333$ (mittlere Verweildauer 1,5 Jahre; bei angenommener 18-maliger Belegung von 9% der Betten in 27 Jahren),
- $3.909 \cdot 0,16 \cdot 7,7 = 4.816$ (mittlere Verweildauer 3,5 Jahre; bei angenommener 7,7-maliger Belegung von 16% der Betten in 27 Jahren),
- $3.909 \cdot 0,21 \cdot 3,6 = 2.955$ (mittlere Verweildauer 7,5 Jahre; bei angenommener 3,6-maliger Belegung von 21% der Betten in 27 Jahren),
- $3.909 \cdot 0,30 \cdot 2,6 = 3.049$ (mittlere Verweildauer 10+ Jahre; bei angenommener 2,6-maliger Belegung von 30% der Betten in 27 Jahren).

Das ergibt unter Beachtung einer Belegungsrate von 90% (s. Kap. 3.2.1) insgesamt **rd. 88.800 Behandlungsfälle** (Berechnung: $98.700 - 9.870 = 88.830$).

Zur Schätzung der **Personenzahl** der im Verlauf des Untersuchungszeitraumes in diesen Kliniken insgesamt untergebrachten Kinder und Jugendlichen als Grundlage der Berechnung der möglichen Anspruchsberechtigten muss die Anzahl möglicher **Mehrfachaufnahmen** beachtet werden. Hierfür wurde das Kriterium der „**Erstaufnahme**“ in der Begriffsdefinition der Psychiatrie-Enquête herangezogen, das dort wie folgt beschrieben wird: *„Im epidemiologischen Sinne bedeutet Erstaufnahme die erste Aufnahme in eine stationäre Einrichtung der Psychiatrie im Gegensatz zu anderen Einrichtungen“*. Die Psychiatrie-Enquête ermittelte den *„Anteil der Erstaufnahmen an den Gesamtaufnahmen bei Fachkrankenhäusern verschiedener Bettengrößenklassen in etwa auf einem Niveau von ca. 53%“*. (Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4201, 1975, S. 7 u. 104).

Angewendet auf die geschätzten Behandlungsplätze in der BRD ergibt das die Anzahl von $(88.800 \cdot 0,53 = 47.080)$ **rd. 47.000 Kindern und Jugendlichen, die im Untersuchungszeitraum für die BRD erstmals in einem Fachkrankenhaus bzw. in einer Fachabteilung für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen worden sein könnten.**

„Völlig anders“ lagen nach den Erkenntnissen der Psychiatrie-Enquête die Verhältnisse in den psychiatrischen Abteilungen der **Universitätskliniken**. Sie waren zwar nicht als Institutionen gesondert erfasst worden, wohl aber wurden die Diagnosegruppen für diejenigen Patienten der Universitätskliniken mitgeteilt, die jünger als 15 Jahre waren. Hier standen „psychosomatische Störungen, neurotische Leiden und Persönlichkeitsstörungen mit zusammen 58,9 % an erster Stelle“ während alle „Schwachsinnformen zusammen nur 11,3 % ausmachen“. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Wiederbelegung der Klinikbetten in den Universitätskliniken, ausgedrückt als „Aktivitätsindex“, mehr als 6 mal so hoch lag wie in Einrichtungen, in denen geistig Behinderte langfristig betreut wurden (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200, S. 107 ff). Die für die Universitätskliniken genannten Aufenthaltsdauern sind in Tab. 4-18 dargestellt.

Tabelle 4-18 Aufenthaltsdauer der Patienten in Universitätskliniken in der BRD am 30. Mai 1973

Patienten mit Angabe zur Aufenthaltsdauer	bis zu 3 Monaten ¹	3 Monate bis unter 1 Jahr ¹	1 Jahr bis unter 2 Jahre ¹
2.116	83	12	1

¹ Angaben in %

Quelle: Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4201, 25.11.1975

Unter Anwendung dieser Angaben errechnet sich für die **120 in den psychiatrischen Universitätskliniken** vorhanden Betten für Kinder und Jugendliche (s. Kap. 3.2.1) im 27-jährigen Untersuchungszeitraum in der BRD die folgende Schätzung:

- $120 \cdot 0,87 \cdot 108 = 11.275$ (mittlere Verweildauer bis zu 3 Monaten; bei angenommener 108-maliger Belegung von 15% der Betten in 27 Jahren),
- $120 \cdot 0,12 \cdot 43 = 619$ (mittlere Verweildauer 7,5 Monate; bei angenommener 43-maliger Belegung von 9% der Betten in 27 Jahren),
- $120 \cdot 0,01 \cdot 18 = 22$ (mittlere Verweildauer 1,5 Jahre; bei angenommener 18-maliger Belegung von 9% der Betten in 27 Jahren).

Damit ergibt sich unter Beachtung einer Belegungsrate von 90% ($11.900 - 1.190 = 10.710$) die Schätzung der Gesamtzahl von **rd. 10.700 Behandlungsfällen** von Kindern und Jugendlichen im 27-jährigen Untersuchungszeitraum **in Universitätskliniken**.

Die Psychiatrie-Enquête ermittelte den Anteil der Erstaufnahmen bei den Universitätskliniken mit lediglich 29%. Unter Anwendung dieses sehr niedrig wirkenden Prozentsatzes würde sich bezogen auf Kinder und Jugendliche die Anzahl von ($10.700 \cdot 0,29 = 3.106$) **rd. 3.100 unter 21-Jährigen** ergeben, die im Untersuchungszeitraum in der BRD erstmals in die Behandlung einer stationären psychiatrischen Behandlung einer **Universitätsklinik** gelangten waren.

Für die Schätzung der möglicherweise **in 635 Betten psychotherapeutischer und psychosomatischer Abteilungen bzw. Stationen** behandelten Kinder und Jugendlichen wurden die durchschnittliche Verweildauer von 6 Monaten und damit eine 54-malige Belegung im Untersuchungszeitraum angenommen. Nach der Berechnung $635 \cdot 54$ ergaben sich unter Beachtung einer Belegungsrate von 90% ($34.290 - 3429 = 30.861$) für den Untersuchungszeitraum von 27 Jahren **rd. 30.900 Behandlungsfälle**. Zur Schätzung der **Erstaufnahmen** wurde der Prozentsatz **von 53%** übernommen. Danach wären **im Untersuchungszeitraum in der BRD** erstmals (Berechnung: $30.900 \cdot 0,53 = 16.377$) **rd. 16.400 Betroffene in psychotherapeutischen und psychosomatischen Abteilungen bzw. Stationen** aufgenommen worden.

Die Summierung der für die drei Klinikbereiche ermittelten Schätzzahlen ergibt (nach der Berechnung: $47.000 + 3.100 + 16.400 = 66.500$) die Gesamtzahl von **mindestens 66.500 unter 21-jährigen** Personen, die **zwischen 1949 und 1975 in stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD untergebracht gewesen sein könnten**.

4.3.2 Schätzung der Anzahl der in stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR untergebrachten Kinder und Jugendlichen

Die Schätzung der in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR untergebrachten jungen Menschen unter 18 Jahren konnte auf der Grundlage der Berichtsjahrgänge über „die Entwicklung des Gesundheits- und Sozialwesens in der DDR“ erfolgen, die im Auftrag des „Ministeriums für Gesundheitswesen“ in regelmäßigen Jahresberichten angefertigt worden waren (s. Kap. 3.2.2).

Der Bericht „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR (1991)“ (s. Kap 2.2) beinhaltet Zusammenstellungen der von den 5 ostdeutschen Ländern und Ost-Berlin jeweils landesbezogen vorgenommenen Aufstellungen der klinischen Behandlungsplätze für psychisch kranke Kinder und Jugendliche für das Jahr 1989 mit einer gesonderten Darstellung von Bettenplätzen in Universitätskliniken und sog. Theoretischen Instituten (s. Tab. 3-1) mit den darin enthaltenen Bettenzahlen für „schulbildungsunfähige“ Personen.

Die Expertengruppe des Berichts „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ stellte 1989 aufgrund ihrer Untersuchungsbefunde fest, dass die vorgefundene Bettensituation und deren Belegung weitgehend den Verhältnissen entsprochen habe, wie sie zum Zeitpunkt der Psychiatrie-Enquête, Stichtag 30. Mai 1973, in der BRD bestanden hatten. Das galt insbesondere für geistig behinderte Kinder und Jugendliche, die „*immer noch die größte Patientengruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie*“ (Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4201, 1975, S. 109) mit entsprechend langen Aufenthaltszeiten bildeten. Es erscheint gerechtfertigt, zur Berechnung der Behandlungsfallzahlen die seitens der Psychiatrie-Enquête, wenn auch für die BRD erhobenen, mittleren Aufenthaltsdauern auch für den Bereich der DDR anzuwenden (s. Tab. 4-17).

Angesichts der Tatsache, dass eine entscheidende Veränderung der Versorgungsstrukturen erst nach der politischen Wende in Gang gekommen ist, können die von der Arbeitsgruppe des Berichts „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ für 1989 mitgeteilte **durchschnittliche Belegungsrate von 90%** sowie die dort in 55% der Fälle vorgefundene mittlere Verweildauer von mehr als 2 Jahren auch für die Altersgruppe der behandelten Kinder und Jugendlichen angenommen werden.

Geht man ferner davon aus, dass die für die ostdeutschen Kliniken beschriebenen Verhältnisse, deren Situation sich auch nach der Wiedervereinigung erst langsam verbesserte, im Wesentlichen während des gesamten Untersuchungszeitraums von 1949 bis 1990 bestanden haben, wofür die jahresbezogene Bettenaufstellung auf der Basis der statistischen Jahrbücher des Gesundheitswesens der DDR (s. Tab. 3-1) spricht, können die Mitteilungen über die vorgefundenen Verweildauern in Verbindung mit den insgesamt festgestellten klinischen Behandlungsplätzen für die Berechnung der Fallzahlschätzung herangezogen werden.

Da in den **Theoretischen Instituten** auch schulbildungsunfähige sowie schulbildungsunfähige pflegebedürftige Kinder versorgt worden waren (s. Tab. 3-1), scheint es gerechtfertigt, diese in die gemeinsame Schätzung der Behandlungsfallzahlen für die **Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen** einzubeziehen. Nach ihrem Anteil von **95%** an der Gesamt-Bettenzahl (**5.607**; Tab. 3-2) ergeben sich damit im Jahresmittel **rd. 5.320 in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen sowie in Theoretischen Instituten** in der DDR vorgehaltene Betten für Kinder und Jugendliche.

Die Betten in **Fachabteilungen an Universitäten** werden gesondert berechnet.

Auf der Basis der in Tab. 4-18 **beschriebenen durchschnittlichen Aufenthaltsdauern** können die Behandlungsfallschätzungen damit wie folgt vorgenommen werden:

- $5.320 \cdot 0,15 \cdot 168 = 134.064$ (mittlere Verweildauer bis zu 3 Monaten; bei angenommener 168-maliger Belegung von 15% der Betten in 42 Jahren),
- $5.320 \cdot 0,09 \cdot 67 = 32.080$ (mittlere Verweildauer 7,5 Monate; bei angenommener 67-maliger Belegung von 9 % der Betten in 42 Jahren),

- $5.320 \cdot 0,09 \cdot 28 = 13.406$ (mittlere Verweildauer 1,5 Jahre; bei angenommener 28-maliger Belegung von 9% der Betten in 42 Jahren),
- $5.320 \cdot 0,16 \cdot 12 = 10.214$ (mittlere Verweildauer 3,5 Jahre; bei angenommener 12-maliger Belegung von 16% der Betten in 42 Jahren),
- $5.320 \cdot 0,21 \cdot 3,6 = 4.022$ (mittlere Verweildauer 7,5 Jahre; bei angenommener 3,6-maliger Belegung von 21% der Betten in 42 Jahren),
- $5.320 \cdot 0,30 \cdot 2,6 = 4.150$ (mittlere Verweildauer 10+ Jahre; bei angenommener 2,6-maliger Belegung von 30% der Betten in 42 Jahren).

Damit ergibt sich unter Beachtung einer Belegungsrate von 90% die mögliche Gesamtzahl von $(197.936 - 1.979 = 195.957)$ **rd. 196.000 Behandlungsfällen** von Kindern und Jugendlichen im 42-jährigen Untersuchungszeitraum **in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen sowie in Theoretischen Instituten der DDR**. Unter Anwendung des in der Psychiatrie-Enquête ermittelten Anteils der **Erstaufnahmen von ca. 53%** (s. Kap. 4.3.1) errechnet sich die Anzahl von $(196.000 \cdot 0,53 = 103.880)$ **rd. 103.900 Kindern und Jugendlichen, die im Untersuchungszeitraum erstmals in ein Fachkrankenhaus bzw. in eine Fachabteilung für Psychiatrie oder in ein Theoretisches Institut der DDR aufgenommen worden sein könnten.**

Der Anteil der in **Fachabteilungen der Universitäten der DDR** vorgehaltenen Betten wurde entsprechend der für 1989 ermittelten Größenordnung von 5% (s. Tab. 3-1) auf die für den Jahresdurchschnitt ermittelte Platzzahl (5.600) **mit 280 Betten für Kinder und Jugendliche** nach den in Tab. 4-18 dargestellten Vorgaben der Psychiatrie-Enquête (Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4201, 1975) berechnet:

- $280 \cdot 0,87 \cdot 168 = 40.925$ (mittlere Verweildauer bis zu 3 Monaten; bei angenommener 168-maliger Belegung von 15% der Betten in 42 Jahren),
- $280 \cdot 0,12 \cdot 67 = 2.251$ (mittlere Verweildauer 7,5 Monate; bei angenommener 67-maliger Belegung von 9% der Betten in 42 Jahren),
- $280 \cdot 0,01 \cdot 28 = 78$ (mittlere Verweildauer 1,5 Jahre; bei angenommener 28-maliger Belegung von 9% der Betten in 42 Jahren).

Damit ergibt die Schätzung für den 42-jährigen Untersuchungszeitraum in der **DDR** unter Annahme einer Belegungsrate von 90% die Gesamtzahl von $(43.254 - 4.325 = 38.929)$ **rd. 38.900 stationären Behandlungsfällen in Universitätskliniken**. Unter Übernahme des von der Psychiatrie-Enquête ermittelten Anteils der **Erstaufnahmen** in den Universitätskliniken von 29% ergeben sich $(38.900 \cdot 0,29 = 11.281)$ **rd. 12.300** unter 18-Jährigen, die im Untersuchungszeitraum erstmals in die stationäre psychiatrische Behandlung einer Universitätsklinik gelangt sein könnten.

Im Endergebnis der Berechnung $(103.900 + 12.300 = 116.200)$ beläuft sich die Schätzung auf **rd. 116.200 Kinder und Jugendliche, die zwischen 1949 und 1990 in stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR untergebracht gewesen sein könnten.**

4.4 Abschließende Schätzung für die stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD und in der DDR

Die Schätzungen ergeben damit die Gesamtzahl von **rd. 182.700** (66.500 + 116.200) **jungen Menschen, die zwischen 1949 und 1975 in der Bundesrepublik Deutschland und von 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Psychiatrie** untergebracht gewesen sein könnten.

Mit 47% hätte sich nahezu die Hälfte der Betroffenen mehrfach in einer stationären psychiatrischen Einrichtung befunden, was für eine erhöhte Intensität der erfahrenen Behandlungsmodalitäten sprechen dürfte.

5. Zur Versorgungs- und Lebenssituation der untergebrachten jungen Menschen

5.1 Zur Versorgungs- und Lebenssituation der jungen Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie in der BRD

5.1.1 Zur Versorgungs- und Lebenssituation in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe von 1949 bis 1975 in der BRD

Ob und in wie weit sich die Erkenntnisse der von F. Wapler herangezogenen Einzelfallstudien auf andere Einrichtungen übertragen lassen, ließ die Autorin offen. *„Betrachtet man die in diesen Untersuchungen dargestellten Zustände aber im Zusammenhang mit dem Wissen über die Situation in den Erziehungsheimen, so liegt die Vermutung nahe, dass die öffentliche Heimunterbringung“* von behinderten *„Kindern und Jugendlichen im untersuchten Zeitraum strukturell und einrichtungsübergreifend von vergleichbaren Missständen geprägt war. [...] Wie auch für die Erziehungsheime ist jedenfalls für einzelne Behindertenheime, zu denen Studien vorliegen, ein erheblicher Mangel an Ressourcen nachgewiesen, der sich unmittelbar auf die Situation der untergebrachten Kinder auswirkte“*. Als wesentliche Mängelfaktoren, die aus der Analyse einzelner dokumentierter stationärer Einrichtungen abgeleitet werden konnten, hob Wapler *„Unterfinanzierung, Personalmangel, schlechte Qualifikation des Personals, Fehlbelegung sowie gesellschaftliche Isolation“* hervor. Insbesondere in stationären Einrichtungen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche hätten viele der Untergebrachten *„Zeichen von Hospitalismus“* gezeigt, *„der auf mangelnde Anregung und Beschäftigung zurückgeführt werden kann“*. Auch von diesem Problem werde bis in die 1970er Jahre hinein berichtet (Wapler, 2013, S. 41 ff).

McManama (2010) stellte in ihrer Analyse und der von ihr in den 1960er Jahren von ihr „selbst erlebten“ Bedingungen in zwei großen Heimeinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung in der BRD fest, *„dass in Westdeutschland die Unterbringung geistig behinderter Menschen in den Großanstalten und Psychiatrien bis in die 1980er Jahre“* geprägt gewesen sei *„durch gravierende Isolierungen in Massenunterbringung, fehlende Beschäftigung und Gewalt auf verschiedenen Ebenen, überfordertes, nicht adäquat ausgebildetes Personal, abgeschieden von der Normalbevölkerung mit allen Merkmalen, die Goffmann bezüglich totaler Institutionen beschrieben hat“* (McManama, 2010, S. 116).

5.1.2 Zur Versorgungs- und Lebenssituation in stationären Einrichtungen der Psychiatrie von 1949 - 1975 in der BRD

Zur Frage der rechtlichen Grundlagen der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik Deutschland zum Untersuchungszeitpunkt kann auf die Ausführungen der Psychiatrie-Enquête im Kapitel A.5, 1 bis A.5, 5 verwiesen werden:

"Krankenhäuser sind nach § 2 Nr. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhaus-Pflegesätze (KHG) vom 29. Juni 1972 (BGBl. I S. 1009) und nach § 2 Nr. 1 der Verordnung zur Regelung der Krankenhaus-Pflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung BPfIV) vom 25. April 1973 (BGBl. I S. 333) Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistungen Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen und die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können. Die stationäre psychiatrische Versorgung hat sich in Deutschland unabhängig von der allgemeinen Krankenhausversorgung entwickelt. Zudem ist die Zuständigkeit für psychiatrische Krankenhäuser in den drei Stadtstaaten und den acht Flächenstaaten der Bundesrepublik unterschiedlich geregelt" (Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4200, 1975, S. 159).

Die Krankenhauseinweisung dürfte bereits zuvor durch die Vorgabe der Notwendigkeit einer ärztlich verantworteten Indikationsstellung stationärer Krankenhausbehandlung bestimmt gewesen und regulär durch niedergelassene Ärzte erfolgt sein. Unterbringungen gegen oder ohne die Zustimmung des Betroffenen waren durch die Unterbringungsgesetze (PsychKGs) der Länder (öffentlich-rechtliche Unterbringung), als zivilrechtliche Unterbringung bei Minderjährigen (elterliche Sorge) und bei nicht einwilligungsfähigen Volljährigen durch das BGB geregelt.

Im Übrigen war die Versorgung nach den Erkenntnissen der Expertengruppe bis 1970 dadurch gekennzeichnet, dass eine gegenseitige Ergänzung und Unterstützung sowohl der medizinischen Dienste und Kliniken als auch der weiteren beteiligten Sozialsysteme im Sinne eines Verbundsystems so gut wie ausschließlich informell und nur in begrenzten Bereichen stattfand. Die Enquête-Arbeitsgruppe für die KJP kam zu der Bewertung, dass die Kapazität von Spezialisten weitgehend *"unkoordiniert und das heißt unökonomisch"* eingesetzt worden sei. Daraus leitete sie zum damaligen Zeitpunkt die Feststellung ab, dass es für die Kinder- und Jugendpsychiatrie *"nicht um die Umgestaltung eines bereits bestehenden Versorgungssystems, sondern um den erstmaligen Aufbau einer zusammenhängenden Versorgung"* überhaupt gehe (Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4200, 1975, S. 237).

Die Versorgungslücke im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich wurde vor allem auch deshalb als folgenschwer eingeschätzt, weil hierdurch präventive Maßnahmen, unter anderem Früherkennung und Frühbehandlung zur Verhinderung und Minderung späterer Schäden, weitgehend unterblieben. Es gab neben einzelnen Abteilungen und Ambulanzen mit entsprechenden Aufgaben in der Bundesrepublik Deutschland zum damaligen Zeitpunkt nur drei große selbständige Früherkennungszentren.

Die ärztliche Versorgung wurde als besorgniserregend bezeichnet. Nur ein Viertel der psychiatrischen Krankenhäuser verfügte über eine ausreichende Anzahl von Ärzten. Insgesamt waren am Stichtag in den psychiatrischen Krankenhäusern 1.651 Ärzte tätig. Beim Pflegepersonal standen Qualitätsprobleme wie mangelnde Ausbildung und mangelnde fachliche Begleitung bei knapper Personalausstattung im Vordergrund. Es bestand ein *„katastrophaler“* Mangel an Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern sowie auf dem Gebiet der Arbeits- und Beschäftigungstherapie.

5.2 Zur Versorgungs- und Lebenssituation der jungen Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie in der DDR

5.2.1 Zur Versorgungs- und Lebenssituation in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe von 1949 bis 1990 in der DDR

Die Lebensumstände in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe entsprachen nach den Erkenntnissen von McManama, die von 1995 an als pädagogische Leiterin in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus in der ehemaligen DDR und mit der Aufgabe der Entwicklung von Enthospitalisierungsmaßnahmen als Referentin im Sozialministerium Magdeburg tätig war, *„grundsätzlich denen der westdeutschen Einrichtungen bis in die 1980er Jahre. [...] Ein Unterschied lag – neben der Trägerstruktur der Institutionen – in den baulichen Zuständen“*. Die meisten der *„vor allem staatlichen Gebäude der DDR, in denen behinderte Menschen untergebracht waren“*, seien *„aufgrund von Materialknappheit und mangelnder Zuwendung maroder als in Westdeutschland“* gewesen (McManama, 2010, S. 119).

Gries (2002) stellt das Leben behinderter Kinder in der DDR in den Kontext *„institutioneller Kindesmisshandlung“*. Die *„nicht bildungsfähigen Kinder waren von der Schulpflicht befreit und erhielten folglich keine nennenswerte Bildung und Ausbildung. Auch die etwa ab der Mitte der 1960er Jahre entwickelte Fachrichtung der ‚Rehabilitationspädagogik‘ konzentrierte sich auf die Bildung und Betreuung der Kinder und Jugendlichen ohne schwere Behinderung, also auf die ‚bildungsfähigen‘ Minderjährigen. Dies zeigt sich beispielsweise in dem 1973 an der HU Berlin erarbeiteten ‚Entwurf eines Rahmenplanes zur Förderung schulisch nicht mehr bildbarer, aber noch förderungsfähiger hirngeschädigter Kinder und Jugendlicher in Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens‘, das geistig schwerstbehinderte Kinder und Jugendliche weiterhin aus dem Kreis der Förderfähigen ausschloss. Erst im Jahr 1987 erschien ein grundlegendes Werk über die Förderung der ‚schulbildungsunfähigen‘ Kinder und Jugendlichen. Die Beurteilung als ‚bildungsunfähig‘ schloss nicht aus, dass die Kinder und Jugendlichen einer Arbeit nachgingen. Die Verordnung über die Unterbringung in nichtstaatlichen Einrichtungen sieht in § 12 ausdrücklich vor, dass Kinder und Jugendliche tariflich entlohnte Arbeitsverhältnisse innerhalb und außerhalb des Heimes eingehen können. Als Beispiel wird in den Erläuterungen eine Tätigkeit in der Landwirtschaft angeführt. Der Lohn aus diesen Arbeitsgelegenheiten wurde mit den Kosten der Heimunterbringung verrechnet; lediglich ein Betrag von 30 M konnten die Bewohner behalten. Daneben konnten die Heimkinder auch zu Arbeiten in der Hauswirtschaft der Einrichtung herangezogen werden. Auch hier ist unklar, wie häufig diese Möglichkeiten genutzt wurden und wie der Arbeitsalltag der Betroffenen aussah. Wie diese Praxis in den Heimen der Behindertenhilfe gestaltet war, ist unbekannt. [...] Über die Lebensbedingungen sowie über die pädagogischen und pflegerischen Konzepte in diesen Einrichtungen ist wenig bekannt. Man kann davon ausgehen, dass der staatliche Druck, zu einer ideologisch angepassten ‚sozialistischen Persönlichkeit‘ zu werden, in diesen Heimen geringer war. Angesichts der nachgewiesenen Fehlbelegungen, der unklaren Diagnose des ‚bildungsunfähigen Schwachsinn‘, der aufgezeigten Hinweise auf Missstände auch in den nichtstaatlichen Heimen sowie der bekannten Problematiken im christlichen Erziehungsleitbild der 1950er und 1960er Jahre sollte die Situation in den nichtstaatlichen Heimen der Behindertenhilfe in der DDR dringend näher untersucht werden. Zu beachten ist schließlich auch, dass sich die Missachtung der individuellen Persönlichkeit jedenfalls der Kinder und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen bzw. mit Verhaltensauffälligkeiten, die als ‚bildungsunfähig*

schwachsinnig‘ gedeutet wurden, gerade in der völligen Ausgrenzung dieser Menschen aus der Gesellschaft der DDR zeigt. Es mag sein, dass die konfessionellen Einrichtungen ein Refugium boten, in dem der staatliche Einfluss auf die Erziehung und Entwicklung der Kinder geringer war als in allen anderen Bereichen der DDR-Gesellschaft. Dennoch liegt in der Marginalisierung und Ausgrenzung dieser Kinder und Jugendlichen eine Verletzung ihrer Persönlichkeitsrechte und eine massive Verweigerung von Bildungs- und Entwicklungschancen“ (Wapler, 2013, S. 70 - 74).

Nach den Befunden der Lebensbedingungen von Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung, die S. Barsch auf der Grundlage seiner Analyse von zwei Großeinrichtungen vorlegte, fordert dieser die Beachtung einer durchaus „*vielschichtigen*“ Lebens- und Betreuungswirklichkeit. Ähnlich wie in anderen Ländern habe es auch in der DDR „*zahlreiche Entwicklungen auf dem Gebiet des Behindertenerziehungs- und Betreuungswesens*“ gegeben, die „*grundsätzlich eine Verbesserung der Lebensbedingungen geistig behinderter Menschen*“ intendiert hätten. Diese seien „*allerdings nicht stringent*“ verlaufen. „*Während sich insbesondere die Bedingungen für Erziehung und Bildung lernbehinderter und leicht geistig behinderter Kinder und Jugendlicher verbessert*“ hätten, sei das „*für geistig schwer behinderte Menschen nur in Ansätzen*“ gelungen. „*Bildungs- und Förderungsmöglichkeiten für geistig schwer behinderte Menschen waren trotz einiger Ausnahmen so gut wie nicht vorhanden. Ihre Betreuung und Pflege basierte oft auf minimalen Standards*“ (Barsch, 2013, S. 215 - 219).

Das in Rodewisch aufgestellte Thesenpapier (Schirmer et al., 1963) propagierte die Erarbeitung wissenschaftlich basierter Behandlungs- und Erziehungsmethoden in Kooperation von Medizin, Psychologie und Pädagogik. Diese sei aber nicht durchgreifend vorangekommen. Der Qualitätsgrad der Lebensbedingungen von geistig behinderten Menschen sei „*stark abhängig vom Engagement von Einzelpersonen*“ gewesen. Eine rein negative Bewertung der Rehabilitationspädagogik, die sich „*insbesondere an der Humboldt-Universität zu Berlin und der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg als eigenständige Wissenschaft des Behindertenerziehungswesens*“ entwickelt habe, würde jedoch „*jeglicher Grundlage*“ entbehren. Barsch schließt seine Analyse mit der Bewertung, dass der Grund dafür, „*dass die Lebensbedingungen geistig behinderter Menschen in der DDR nicht durchgängig positiv zu bewerten*“ seien, vor allem in der „*zentralen Misswirtschaft dieses Staates, einer zu geringen Zahl von Professionellen, die sich mit dieser Personengruppe befasste, fehlenden Interessenverbänden und dem Festhalten an traditionellen Denkmustern insbesondere bei politisch Verantwortlichen der Medizin*“ zu suchen sei (Barsch, 2013, S. 219).

5.2.2 Zur Versorgungs- und Lebenssituation in stationären Einrichtungen der Psychiatrie von 1949 bis 1990 in der DDR

Die psychiatrische Grundversorgung der Bevölkerung in der ehemaligen DDR erfolgte in erster Linie durch die Kreispolikliniken, Ambulatorien, staatlichen Arztpraxen sowie vereinzelt Dispensaires (Spezialambulanzen psychiatrischer Krankenhäuser). Von hier aus wurden die Einweisungen in die (teil-)stationäre Behandlung veranlasst. Die Klinikaufnahme psychisch Kranker gegen bzw. ohne die Einwilligung der Betroffenen in Verbindung mit Freiheitsentzug wurde nach § 6 Einweisungsgesetz der DDR von 1968 geregelt. Die Zahl dieser Einweisungen schätzte die Expertengruppe des Berichts zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR (1991) im Vergleich zu den Verhältnissen in Westdeutschland als „*außerordentlich niedrig*“ ein. Voraussetzung für eine Unterbringungsmaßnahme war „*ausschließlich*“ die ärztliche Entscheidung „zum Wohle des Kranken“. Anders als in den westdeutschen Ländern konnte die

gerichtliche Entscheidung erst nach der Klinikaufnahme binnen einer Sechs-Wochen-Frist eingeholt werden. In den alten Bundesländern blieb lediglich in Baden-Württemberg die Regelung einer 3-tägigen Frist für die gerichtliche Anhörung bestehen.

Unabhängig von der vorherigen Unterbringung in der Fürsorgeerziehung konnten Minderjährige, die wegen „*geistiger oder seelischer Regelwidrigkeiten*“ aus der Fürsorgeerziehung entlassen wurden, weiterhin über die Landes-Unterbringungsgesetze in stationären psychiatrische Einrichtungen eingewiesen werden, wenn sie eine gegenwärtige Gefahr für die öffentliche Sicherheit und Ordnung darstellten oder sich selbst gefährdeten. War die Fürsorgeerziehung angeordnet, so konnte der Jugendhilfeträger – hier das Landesjugendamt – ebenfalls eine Begutachtung anordnen, die auch stationär durchgeführt werden durfte. Da das Landesjugendamt kraft Gesetz das Aufenthaltsbestimmungsrecht über die Fürsorgezöglinge hatte (§ 71 Abs. 1 Satz 1 JWG), bestanden keine weiteren Verfahrenshürden (s. Wapler, 2013).

Im Vordergrund der stationären Behandlung stand nach den Erkenntnissen der Expertengruppe des Berichts zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR (1991) die fachgerechte, allerdings unter unzulänglichen materiellen und personellen Bedingungen durchgeführte, körperlich-medizinische Versorgung. Man verfügte in der Regel weder über ein andersartiges klinisches Handlungskonzept noch über entsprechend geschultes Personal, das einen pädagogischen bzw. heilpädagogischen Rahmen hätte herstellen können, der zur Förderung von jungen Menschen mit geistiger Behinderung generell und zur Behandlung zusätzlich auftretender psychischer Störungen erst recht als unverzichtbar erkannt worden ist. *„Hinzu kommt, dass zahlreiche weniger gestörte Kranke ganz offensichtlich für Arbeiten in den Wirtschaftsbetrieben des Krankenhauses zur Entlastung eingesetzt werden“*. Die Expertengruppe betonte das überspitzte Sicherheits- und Kontrollbedürfnis des autoritären Systems der DDR, das *„auch in der Psychiatrie zu einer Akzentuierung ihrer sozialen Ordnungsfunktion und zu einer Förderung ausgrenzender und verwahrender Formen des Umgangs mit dem Problem psychischen Krankseins führte, die sich in der Stabilisierung der Rolle des psychiatrischen Krankenhauses manifestierte und einseitige biologische Denkmuster favorisierte“*. Nach ihrer Beobachtung *„ähnelte der Zustand der psychiatrischen Krankenhäuser in den fünf neuen Bundesländern 1991 den Verhältnissen, wie sie in der Krankenhauspsychiatrie in den alten Bundesländern vor Beginn der großen Investitionswelle Anfang der 70er Jahre bestanden hatten“*. Zum einen wurden die massiven Mängel in der baulichen und materiellen Ausstattung betont. Fast überall wurden Schlafräume mit 10 und mehr Betten, teilweise ohne dazwischen gestellte Nachttische (sogenannte "Ehebetten"), bei Stationsgrößen bis zu 60 und mehr Patienten angetroffen. In den geschlossenen Wachsälen hätten chronisch Kranke weitgehend unbeschäftigt herumgesessen oder -gestanden. *„Bei einem viel zu geringen Personalbestand begegnen einem überall Anzeichen einer überwiegend verwahrenden Psychiatrie. An vielen Stellen kann die Situation bei herunter gekommener Bausubstanz durchaus als katastrophal und menschenunwürdig bezeichnet werden“*. So etwa die Zustandsbeschreibung des neurologisch-psychiatrischen Klinikbereichs des Bezirkskrankenhauses Stralsund, in dem sich eine kinderneuropsychiatrische Klinik mit 150 Betten befand. Die Klinikgebäude zeigten einen *„miserablen baulichen Zustand“*. Die Stationen waren *„mit bis zu 55 Patienten völlig überfüllt“*. Es gab Bettensäle mit 17 Betten und Patienten, *„die 20 bis 30 Jahre ihres Lebens in der Klinik verbracht“* hatten. *„Aufenthalts- und Essensräume sind meist nicht voneinander getrennt. Geistig Behinderte leben zusammen mit psychisch Behinderten auf einer Station. Eine Tagesstrukturierung ist nur im Ansatz vorhanden“*. An den Bedürfnissen und Fähigkeiten der Patienten orientierte Beschäftigungs- und Arbeitstherapie hätten gefehlt. *„Mit 5 Ärzten und einem Chefarzt ist die Klinik erheblich unterbesetzt. [...] Die Klinik verfügt nur über eine einzige Fürsorgerin. [...] Pädagogisch ausgebildetes Personal steht der Klinik nicht zur Verfügung, so daß insbesondere die geistig Behinderten keine Förderung erfahren können, zumal auch Pflegepersonal nicht in ausreichender Zahl vorhanden ist“*

und allenfalls dafür sorgen kann, daß die Grundpflege und Verwahrung der Patienten abgesichert ist. Die personelle Unterbesetzung, die räumlichen Unzulänglichkeiten, insbesondere die beengten Verhältnisse, die überalterten und quantitativ unzulänglichen sanitären Einrichtungen, sowie die mangelhafte Innenausstattung (es fehlen z.B. Nachttische, Schränke, Stühle) vermitteln den Eindruck außerordentlich bedrückender, ja menschenwürdiger Zustände" (Bundesminister für Gesundheit, 1991, S. 12 ff).

Barsch bewertete nach seiner Untersuchung eines großen Fachkrankenhauses *„die Unterbringung von vielen Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen“* als besonders problematisch. Obwohl es *„in diesem Bereich große Reformbewegungen“* gegeben habe, hätten diese *„der grundsätzlichen Hospitalisierung und der damit einhergehenden Lebensbedingungen dieser Menschen nur insulär etwas entgegensetzen“* können. Andererseits stellte er fest: *„Trotz der im Gesamtbild betrachtet unbefriedigenden Bedingungen konnte nicht festgestellt werden, dass geistig behinderte Menschen in der DDR einem systematischen Missbrauch unterworfen gewesen waren“* (Barsch, 2013, S. 217).

6. Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in der BRD und der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben

6.1 Erfahrung von Leid und Unrecht durch Übergriffe auf die körperliche und seelische Unversehrtheit

Es ist davon auszugehen, dass die im Abschlussbericht des „Runden Tisches Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ (RTH-Abschlussbericht) festgestellten Erziehungsvorstellungen dieser Zeit auch für die pädagogischen Anteile der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikbehandlung galten.

Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen äußern sich häufig in gravierenden Verhaltensauffälligkeiten, welche die erzieherische Erreichbarkeit des Kindes beeinträchtigen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit begründete sogar die Absicht einer eher „erzieherischen“ als therapeutischen Verhaltensbeeinflussung des Öfteren den längerfristigen Klinikaufenthalt.

Ähnliches dürfte für Jungen und Mädchen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung gelten, für die häufig erst bei einem entsprechenden Ausmaß an problematischen Fehlverhaltensweisen die stationäre Unterbringung und Betreuung in einer Behinderteneinrichtung in Anspruch genommen wurde.

6.1.1 Erfahrung von Leid und Unrecht durch ungerechtfertigte Zwangsmaßnahmen, Strafen und Demütigungen

Im März 2013 war die Situation der ehemaligen Patientinnen und Patienten im St. Johannes-Stift der heutigen LWL-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marsberg Gegenstand von zwei Fernsehberichten des WDR. Betroffene schilderten *„massive Missbrauchserfahrungen“* in den 1950er bis 1970er Jahren. *„Neben häufigem und zu langem Fixieren, Schlägen, Eisbädern und kalten Duschen wurde auch von sexuellen Übergriffen durch ältere Jugendliche und Klinikpersonal berichtet“* (LWL-Einrichtungen Marsberg, 2014).

In einem „Sachstandsbericht“ des Landeswohlfahrtsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) vom 26.06.2013 wurde mitgeteilt, dass sich *„seit dem 13.03.2013 bislang insgesamt 26 Personen – sechs Frauen und 20 Männer aus den Geburtsjahren 1940 bis 1962 gemeldet“* hätten. *„Die Anruferinnen und Anrufer/Betroffenen“* würden *„- im Wesentlichen inhaltsgleich - hauptsächlich folgende Vorwürfe“* erheben:

„Unangemessene Ruhigstellung mit Medikamenten (z.B. hohe Dosis Valium oder Paraldehyd-Spritzen), häufige bzw. lange Fixierungen mit ganz fest gezurrten Gurten, Zwangsjacken und ‚stundenlanges in der Ecke Stehen‘, brutale Schläge/Körperverletzungen,

unter Zwang lange ‚Eisbäder‘/kalte Duschen, Essen von Erbrochenem, sexuelle Übergriffe durch das Klinikpersonal, sexuelle Übergriffe durch ältere Jugendliche (z. B. in der Toilette)“.

Der Bericht kommt zu der Bewertung: *„Aufgrund der nahezu inhaltsgleichen und übereinstimmenden Schilderungen ist davon auszugehen, dass die Vorwürfe auch zutreffen. Viele Vorwürfe und Anschuldigungen beziehen sich unspezifisch auf ‚Pflegerinnen und Pfleger bzw. Nonnen‘, teilweise werden aber auch Personen namentlich benannt“* (<https://lwl.org/bi-lwl/vo020.asp?VOLFDNR=5748&options=4>).

Schmuhl und Winkler (2013) fassen ihre 3 Jahre nach der Erstveröffentlichung in der zweiten Auflage vorgelegten Forschungsergebnisse über die Lebenssituation von körperlich und geistig behinderten Kindern, die in der Zeit von 1947 bis 1967 im Johanna-Helene-Heim in Volmarstein betreut worden waren, folgendermaßen zusammen: *„Der Lebensraum der Kinder im Johanna-Helene-Heim war extrem eingeschränkt, sie hatten kaum Platz für sich, keine oder so gut wie keine persönlichen Habseligkeiten, sie kamen nur mit wenigen Menschen überhaupt in Berührung, ihre Kontakte zur Außenwelt waren marginal, innerhalb des Hauses herrschte eine abgründige emotionale Kälte. Psychologisch kann man den Aufenthalt [...] als eine Situation extremer sozialer, emotionaler und sensorischer Deprivation beschreiben. Die Bezugspersonen - Schwestern, Helferinnen, Lehrerinnen und Ärzte - hatten eine nahezu unbeschränkte Verfügungsgewalt über die Kinder, sie waren unberechenbar, jederzeit drohten Schläge, Demütigungen, Beschimpfungen. [...] Die rechtliche Einordnung hat gezeigt, dass vieles von dem, was im Johanna-Helene-Heim geschah, auch nach den Maßstäben der damaligen Zeit als Straftatbestand – als Körperverletzung oder Kindesmisshandlung – hätte gewertet werden müssen, wenn es denn zur Kenntnis der Staatsanwaltschaft gelangt wäre. [...] Aus dem gegenwärtigen Forschungsstand lässt sich noch keine Feststellung darüber treffen, ob das Johanna-Helene-Heim ein Einzelfall war. [...] Zufällige Quellenfunde zu anderen Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen deuten darauf hin, dass bestimmte Gewaltformen – Schlagen, Zwangsfüttern, Einsperren – auch anderswo vorkamen“* (Schmuhl und Winkler, 2013, S. 49-50).

In seiner Untersuchung über die Verhältnisse im Sankt Vincenzstift Aulhausen und im Jugendheim Marienhausen in den Jahren 1945-1970 stellte Frings (2013) nach Befragung von 17 ehemaligen Bewohnerinnen/Bewohnern und Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern beider Einrichtungen fest, dass der *„gesamte Hausalltag oftmals durch große Strenge, körperliche Züchtigungen und demütigende Strafen“* etwa für Bettnässer geprägt gewesen sei. Auch habe er Hinweise dafür gefunden, dass Betreute über einen längeren Zeitraum zur Ruhigstellung hätten Medikamente nehmen müssen. Es sei bei Strafe verboten gewesen, anderen von den Verhältnissen in der eigenen Gruppe zu erzählen.

Wapler fasst ihre Literatursicht folgendermaßen zusammen: *„Ob es in den Heimen für behinderte Kinder und Jugendliche eine systematische Praxis des Strafarrests gab, geht aus den untersuchten Quellen nicht eindeutig hervor. [...] Auch demütigende und entwürdigende Behandlung ist aus Heimen der Behindertenhilfe bekannt“* (Wapler, 2013).

„Körperliche Züchtigung und Gewaltanwendung als Strafmaßnahme (‚Prügelstrafe‘) war in der DDR seit Staatsgründung verboten. Das Verbot der Prügelstrafe galt in Preußen seit 1923 und Berlin hatte bereits 1921 jegliche körperliche Züchtigung in seinen Anstalten untersagt“ (Dreier & Laudien, 2012, S. 136).

Wie die Heimunterbringung brachte und bringt auch die Aufnahme eines Minderjährigen in eine psychiatrische Klinik im Einvernehmen mit den Personensorgeberechtigten die Übertragung zumindest von Teilen des Erziehungsrechts, z.B. der Aufsichtspflicht, mit sich. Eine gesetzliche Grundlage, die normalerweise für jeden Eingriff in die Grundrechte erforderlich ist, wurde nicht nur in der Heimerziehung sondern auch im Rahmen einer Klinikbehandlung nicht verlangt. Das änderte sich erst 1972, als das Bundesverfassungsgericht klarstellte, dass es unter dem Grundgesetz keine grundrechtsfreien Räume geben kann. Wie im Abschlussbericht des RTH ausgeführt, standen bereits vor 1972 nicht alle Grundrechte der Kinder und Jugendlichen zur Disposition. Auch im „besonderen Gewaltverhältnis“ der Heimerziehung mussten die Unantastbarkeit der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und das Freiheitsgrundrecht (aus Art. 2 Abs. 1 GG) respektiert werden. Zudem galt das Übermaßverbot, das unverhältnismäßige Eingriffe in die Grundrechte untersagt. Der Abschlussbericht des RTH (2010) führt im Hinblick auf die Verhältnisse in der BRD hierzu aus: *„Maßnahmen, die nicht vom Erziehungs- bzw. Therapiezweck gedeckt waren oder im Verhältnis zu ihrem Zweck unangemessen erscheinen, waren daher schon in den 50er Jahren mit der Verfassung nicht zu vereinbaren. Maßnahmen aus den 50er und 60er Jahren können also jedenfalls immer dann als Unrecht bewertet werden, wenn sie die Menschenwürde antasteten oder unverhältnismäßig waren. In den 60er Jahren wurden darüber hinaus auch die Menschenwürde des Kindes und sein Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit zunehmend betont. In seiner Entscheidung vom 29. Juli 1968 hat das BVerfG dies für diejenigen Stellen, die Kinder in ihre Obhut nehmen, wie folgt formuliert: ‚Diese Verpflichtung des Staates folgt nicht allein aus dem legitimen Interesse der staatlichen Gemeinschaft an der Erziehung des Nachwuchses (vgl. § 1 JWG), aus sozialstaatlichen Erwägungen oder etwa aus allgemeinen Gesichtspunkten der öffentlichen Ordnung; sie ergibt sich in erster Linie daraus, dass das Kind als Grundrechtsträger selbst Anspruch auf den Schutz des Staates hat. Das Kind ist ein Wesen mit eigener Menschenwürde und dem eigenen Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit. [...] Auch das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Kindes aus Art. 2 Abs. 1 GG (Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit) i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG (Unantastbarkeit der Menschenwürde) ist daher ein tauglicher Maßstab, um Unrecht in der Heimerziehung zu identifizieren“* (Abschlussbericht RTH, 2010, S. 14).

Aber auch wenn Zwangsmaßnahmen durchgeführt worden sind, bei denen die rechtlichen Voraussetzungen erfüllt gewesen wären, kann nicht ausgeschlossen werden, dass körperliche Gewaltanwendungen, die auf der Basis einer familiengerichtlichen oder damals andersartigen rechtlichen Genehmigung zur Anwendung kamen, aufgrund eines nicht verhältnismäßig durchgeführten Ablaufs das Recht des jungen Menschen auf Freiheit, körperliche Unversehrtheit und Schutz seiner Person erheblich verletzt haben könnten.

6.1.2 Erfahrung von Leid und Unrecht durch Einsatz von Psychopharmaka bei unzureichender Indikationsstellung, ohne adäquate Aufklärung und Zustimmung („informed consent“) sowie unter Inkaufnahme unerwünschter Nebenwirkungen

Die Deklaration von Helsinki (1964) übernahm den „informed consent“ als *„unumgehbare Voraussetzung aller Anwendung der Medizin“* des Nürnberger Codex. Hintergrund der Forderung der „informierten Zustimmung“ des Patienten zu Maßnahmen in der Medizin waren die Erkenntnisse des Nürnberger Ärzteprozesses zu medizinischen Experimenten an Menschen. „Informed consent“ meint die *„freiwillige, informierte, persönliche Einwilligung des Patienten nach bestmöglicher Aufklärung“*. Francois führt im Hinblick auf Kinder und Jugendliche und Menschen mit geistiger Behinderung aus: *„Grundvoraussetzung für den informed consent ist die Einwilligungsfähigkeit des Patienten. Einwilligungsfähig ist, wer die Art,*

die Bedeutung und das Risiko der ärztlichen Maßnahme erfassen kann. [...] Es kommt also neben der Schwere einer intellektuellen Beeinträchtigung auch auf Art, Bedeutung und Risiko des Eingriffs an. Es gibt also keine Einwilligungsunfähigkeit ‚an und für sich‘, denn sie muss immer von Fall zu Fall im Hinblick auf den konkreten Patienten bestimmt werden. [...] Bei der Behandlung von nicht einwilligungsfähigen Patienten muss deren Einwilligung zur Verhinderung der Strafbarkeit des Behandlers ersetzt werden. Bei Kindern bzw. Minderjährigen erfolgt die Einwilligung in Wahrnehmung der elterlichen Sorge [...] durch die Eltern, ausnahmsweise durch den Vormund“ (Francois, 2011, S. 53).

Nach Aussagen von Zeitzeugen und Berichten von Klinikangehörigen erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass entsprechende Aufklärungsgespräche nicht regelmäßig Teil einer psychopharmakologischen Behandlung für den betroffenen Personenkreis waren. Im Abschlussbericht des Runden Tisches „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ wurde hierzu die Bewertung niedergelegt: *„Berichte ehemaliger Heimkinder weisen darauf hin, dass der Medikamentengabe oft keine medizinische Indikation zugrunde lag. Generell ist zu der Thematik zu sagen, dass Psychopharmaka in den 50er und 60er Jahren verstärkt entwickelt wurden und im klinischen Alltag noch erprobt werden mussten. Dabei traten massive und zum Teil dramatische Nebenwirkungen auf, die zumindest aus heutiger Sicht den Einsatz im klinischen Alltag und insbesondere an Kindern und Jugendlichen als höchst bedenklich erscheinen lassen“* (Abschlussbericht RTH, 2010, S. 19 – 20).

Es ist davon auszugehen, dass diese Praxis in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe mit hoher Wahrscheinlichkeit in einem ähnlich großen Ausmaß bestand. Dass Menschen mit einer geistigen Behinderung mindestens 3 bis 4 Mal häufiger psychisch erkranken als nicht geistig behinderte Personen, ist durch die Erhebung epidemiologischer Prävalenzraten wiederholt belegt worden. Dabei steigen Häufigkeit und Intensität der psychischen Beeinträchtigungen mit dem Schweregrad der Intelligenzminderung an. Bei Personen mit einer deutlichen Intelligenzminderung finden sich herausfordernde Verhaltensweisen, z.B. auto- und fremdaggressives Verhalten, sowohl bei männlichen als bei weiblichen jungen Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung deutlich häufiger als bei nicht behinderten Kindern und Jugendlichen. Für fremdaggressives Verhalten variieren die Prävalenzangaben zwischen 20 und 60%, für autoaggressive Verhaltensauffälligkeiten liegen sie zwischen 20 bis 25% (Hennicke et al., 2009).

6.1.3 Erfahrung von Leid und Unrecht durch sexuellen Missbrauch

In einer von Witt zitierten *„repräsentativen Studie* (von Pillhofer et al., 2011), *die 2.504 Personen aus der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahren retrospektiv zu Misshandlungserlebnissen in der Kindheit befragte, berichteten 16,6% über emotionale, 14,8% über körperliche und 14,5% über sexuelle Misshandlung“*. Schwere emotionale Misshandlung in der Kindheit und Jugend sei *„von 1,6%, schwere körperliche Misshandlung von 2,8% und schwere sexuelle Misshandlung von 1,9% der Befragten angegeben“* worden (Witt et al., 2013).

Im Forschungsprojekt *„Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung“*, das unter wissenschaftlicher Betreuung von M. Fegert in der Zeit von 1995 – 1997 in 31 Berliner kleineren Wohnheimen der Behindertenhilfe durchgeführt worden war, hatte die Befragung der Einrichtungsleiterinnen und Einrichtungsleiter ergeben, dass nach deren Einschätzung oder sicherem Wissen *„jede dritte bis vierte Bewohnerin (32 von 116)“* der 12- bis 25-jährigen Mädchen und jungen Frauen *„von sexualisierter Gewalterfahrung betroffen“* gewesen sei, *„die innerhalb der von ihnen*

geleiteten Einrichtung stattgefunden“ hätte. Den damals bekannten Stand der Publikationen zum Ausmaß der Problematik fasste die Forschergruppe mit der Bewertung zusammen, dass „Menschen mit geistiger Behinderung infolge ihrer Behinderung einem vergrößerten Risiko ausgesetzt sind, sexuelle Gewalt zu erleben und die Mißbrauchsrate bei Kindern und Erwachsenen mit geistiger Behinderung höher ist als in der nicht behinderten Bevölkerung“ (Klein et al., 1999).

Zinsmeister fasste vier in den neunziger Jahren im deutschsprachigen Raum vorgelegte Studien zusammen, *„die unabhängig voneinander zu ähnlichen Ergebnissen kamen: Danach sind behinderte Heimbewohnerinnen und -bewohner im Vergleich mit Personen des gleichen Geschlechts und Alters außerhalb von Einrichtungen einem deutlich erhöhten Risiko ausgesetzt, Opfer einer Sexualstraftat zu werden“.* Als Täterinnen und Täter seien *„MitbewohnerInnen, Familienangehörige und andere Personen genannt“* worden (Zinsmeister, 2010).

Fegert und Mitautorinnen berichteten auf der Grundlage ihrer Erkenntnisse aus der Begleitforschung der „Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM)“ über 59 Betroffene aus der Gesamtstichprobe (4.570 Personen), die sich als Opfer sexueller Missbrauchserfahrung *„im medizinisch therapeutischen Setting“* gemeldet hatten. Das ergab rechnerisch einen Prozentsatz von 1,3% aller Meldungen. 375 weitere Personen der Gesamtstichprobe benannten sexuelle Missbrauchserfahrungen in Heimen, was damit einem Prozentsatz von 8,2% entsprach. *„In vielen Fällen (39%) trat der Missbrauch nicht nur einmal, sondern mehrfach auf.“* In *„ca. einem Viertel der Fälle (27%)“* war über eine *„Penetration“* berichtet worden. *„Manche Betroffene berichteten vom Missbrauch, der als Bestandteil der Diagnostik oder der Therapie ausgegeben wurde, was es den Betroffenen erschwerte, den Missbrauch als solchen zu erkennen“* (Fegert et al., 2013).

6.2 Erfahrung von Leid und Unrecht durch Verlust bzw. Vorenthalt von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität

Die Mängel in der stationären Versorgung psychisch kranker und behinderter Kinder sowohl in den westlichen Bundesländern bis mindestens 1975 als auch in der ehemaligen DDR bis mindestens 1990 lassen sich in weitgehend ähnlicher Weise vor allem auf die folgenden Problembereiche beziehen:

- Unzureichend auf die Entwicklungs- und Förderbedarfe von psychisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei gleichzeitigem Vorliegen einer geistigen Behinderung, ausgerichtete stationäre Behandlungsformen mit der Folge vermeidbarer längerfristiger Hospitalisierung.
- Eine „Fehlplatzierungsquote“ von (noch) in psychiatrischen Kliniken lebenden aber nicht (mehr) klinisch psychiatrisch behandlungsbedürftigen jungen Menschen in den westlichen Bundesländern bis 1975 und in den östlichen Bundesländern bis 1990 zwischen 35 bis 70%.
- Vielfach für die Betroffenen und ihre Angehörigen nur schwer erreichbare Beratungseinrichtungen und Dienste der Jugend- und Sozialhilfe, sowie die oft unübersichtlichen und divergierenden Zuständigkeits- und Kostenstrukturen der beteiligten Institutionen aus Medizin, Jugendhilfe, Schule und Arbeitsverwaltung.
- Mangelhafte Koordination aller an der Versorgung von psychisch kranken und behinderten jungen Menschen beteiligter Dienste. Mangel an fachlich qualifizierter institutioneller Kooperation.
- Gemeinsame Unterbringung psychisch kranker und behinderter junger Menschen in den psychiatrischen Krankenhäusern und das Fehlen alternativer Einrichtungen, welche die stationäre Versorgung im Krankenhaus ergänzen.

- Unzureichende Kapazität von Psychotherapie für psychisch kranke junge Menschen mit Behinderung.
- Mangel an spezifischer schulischer und beruflicher Förderung.

Das Papier der „Rodewischer Thesen“ hatte angesichts einer bereits äußerst kritischen Einschätzung der als unzureichend bewerteten Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in der damaligen DDR bereits 1963 zu einer „*völligen Neuorientierung auf dem Gebiet des gesamten Schwachsinnns*“ aufgerufen. Die Verfasser formulierten, dass die Gesellschaft „*von den großen Bedürfnissen der großen Zahl der Schwachsinnigen etwas erfahren*“ müsse, „*um helfend einzugreifen und die Sorge um die Schwachsinnigen nicht nur den Pädiatern, Psychiatern, Psychologen und Pädagogen zu überlassen*“ (Schirmer et al., 1963).

Der Autor der vorgelegten Machbarkeitsstudie fand als Teilnehmer der Arbeitsgruppe des o.g. „Enthospitalisierungsprogramms“ der Psychiatrie bei den bereits kurze Zeit nach der Wiedervereinigung in der DDR aufgenommenen Klinikbegehungen nahezu durchgehend äußerst eingeschränkte Lebensbedingungen der Betroffenen vor. Kinder mit schwersten körperlichen Bewegungseinschränkungen und Fehlhaltungen befanden sich in zu kleinen Gitterbetten, die bisweilen in größeren Räumen für bis zu 18 Patientinnen und Patienten aufgestellt waren. Auch weniger schwer beeinträchtigte Personen verfügten über keinen privaten Bereich. Die Stationen, auf denen Menschen mit geistiger Behinderung lebten, wiesen außer den Schlafsälen in der Regel nur noch einen Essraum bzw. einen Wohnflur auf. Mit Aktivierungsprogrammen und den Vorbereitungen zur Einrichtung von Schulunterricht war erst nach der politischen Wende begonnen worden.

Gries formulierte nach ihrer Analyse der Situation behinderter Kinder in der DDR: „*Behinderte Kinder wurden in der DDR in der Regel nicht in ihrem So-Sein angenommen, sondern gemeinsam mit ihren Eltern weitestgehend im Stich gelassen, vor allem dann, wenn es sich um Kinder mit schweren Behinderungen handelte, um Kinder also, die trotz Förderung nicht im Sinne des Sozialismus leistungsfähig gemacht und auf diesem Weg in die Gesellschaft integriert werden konnten. Diese Kinder blieben häufig ohne jede medizinische oder pädagogische Perspektive, waren in Heimen untergebracht, in denen ihnen einzig rudimentäre Körperpflege zuteil wurde, wurden bestenfalls in kirchlichen Einrichtungen betreut oder daheim von ihren überforderten Eltern, denen mehr oder weniger offensichtlich auch noch die Schuld an der jeweiligen Behinderung zugeschrieben wurde*“ (Gries, 2002).

Im Hinblick auf Forschungsergebnisse über Betreuungs- und Erziehungszustände in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe sei beispielhaft auf die Befunde von Winkler (2011) verwiesen, die nach Auswertung der Befragungen von Zeitzeugen, die im Johanna-Helene-Heim gelebt hatten, ausführten: „*Die im Haus untergebrachten Kinder und Jugendlichen aßen alle Speisen – ob Suppe, Salat, Fleisch, Kartoffeln oder Pudding – ausschließlich mit einem Löffel und von einem Teller. Als sie entlassen wurden, war fast keiner von ihnen in der Lage, sich ein Brot zu schmieren oder mit einem Besteck umzugehen. [...] Zum anderen wurden die Kinder und Jugendlichen [...] in den Stand eines Kleinkindes bzw. Kleinstkindes zurückversetzt – sie verharrten auf diesem Stand bis zu ihrer Entlassung. Auf subtile Weise wurde den Jungen und Mädchen ein niedriges, unzulängliches, schwaches und abhängiges Selbstbild, das aufgrund ihrer körperlichen Behinderung ohnehin fragil war, vermittelt*“ (Winkler, 2011, S. 3 – 4).

6.3 *Erfahrung von Leid und Unrecht aufgrund erzwungener oder nicht entlohnter Arbeit und Vorenthalt von Sozialversicherungsbeiträgen*

Nach den Ausführungen der Autorinnen und Autoren des Abschlussberichts des RTH (2010) muss für die Heimbetreuung in den 50er und 60er Jahren davon ausgegangen werden, dass junge Menschen zur Erbringung von Arbeitsleistungen verpflichtet wurden, ohne dass ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis vorlag. Für die Arbeitsleistungen waren entsprechende Sozialversicherungsbeiträge nicht abgeführt worden. Bei den verlangten Arbeiten handelte es sich nach den Erkenntnissen des RTH *„im Wesentlichen um Arbeit (a) als Beteiligung am Haushalt bzw. am Anstaltsleben; (b) als Disziplinierungsmaßnahme bei Pflichtverstößen; (c) als internes Lehr- oder Arbeitsverhältnis; (d) als externes Lehr- oder Arbeitsverhältnis. Die Arbeit konnte in der Regel nicht verweigert werden und wurde von den Heimkindern als Zwang erlebt“* (Abschlussbericht des RTH, 2010, S. 20).

Es ist davon auszugehen, dass zumindest auch von den längerfristig in den Kliniken und stationären Behinderteneinrichtungen lebenden jungen Menschen solche Tätigkeiten erbracht wurden bzw. erbracht werden mussten.

6.4 *Schätzung der möglichen Opferzahlen*

Bei der Schätzung der möglichen Opferzahlen auf der Basis der **geschätzten absoluten Personenzahlen der im Verlauf der beiden Untersuchungszeiträume in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie** betreuten Kinder und Jugendlichen, die Opfer einer Leid- und Unrechtserfahrung geworden sein könnten, muss eine mögliche **„Überlappung“** der für beide Einrichtungsformen errechneten Fallzahlen durch konsekutive Behandlung von jungen Menschen beachtet werden, die sowohl in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe als auch der Psychiatrie untergebracht waren.

Zur Abschätzung des Anteils dieses Personenkreises kann auf eine Untersuchung des Landschaftsverbandes Rheinland (LVR) Bezug genommen werden. „Als Leiter des Planungsamtes im Gesundheitsdezernat des LVR“ legte Brederode 2004 die Ergebnisse einer Erhebung zum psychiatrischen Versorgungsbedarf von Menschen mit geistiger Behinderung in der Planungsregion vor. Hier betrieb der LVR *„neun Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie mit ca. 5.600 Betten“*. Es ergab sich, dass sich **37%** der behandelten Patientinnen und Patienten zuvor in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe befunden hatten. Bei der Analyse der Aufnahmeanlässe und der gestellten Hauptdiagnosen fiel der *„relativ hohe Anteil von mehr als einem Viertel (27,6 %) der Patienten“* auf, bei denen neben der geistigen Behinderung keine weitere psychiatrische Diagnose gestellt worden war. Brederode vermutete, *„dass hier spezifische Probleme wie etwa Verhaltensstörungen als Behandlungsanlässe wirksam wurden“* (Brederode 2005). Die häufigsten Behandlungsdiagnosen waren ansonsten Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises (30,5 %). Mit 11,5% folgten psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen. In beiden Diagnosegruppen war der hohe Anteil leicht Intelligenzgeminderter aufgefallen. Es folgten *„hinsichtlich der Häufigkeit die Belastungs- und somatoformen Störungen (8,9 %), die organischen psychischen Störungen (7,8 %) und die affektiven Störungen (6,9 %)“*.

Geht man davon aus, dass es sich bei der großen Zahl von zwischen 1949 bis 1975 in der BRD und zwischen 1949 bis 1990 in der DDR in stationären Einrichtungen der Psychiatrie untergebrachten jungen Menschen

mit geistiger Behinderung vor allem um Patienten mit gravierenden Verhaltensstörungen gehandelt hat, wäre für die längerfristig dort verbliebenen Betroffenen ein zwischenzeitlicher oder nachfolgender Wechsel in eine stationäre Behinderteneinrichtung eher unwahrscheinlich. Damit kommen für die Schätzung der Anzahl möglicher konsekutiver Doppelunterbringungen nur der eher kurzzeitige Aufenthalt von jungen Menschen aus stationären Behinderteneinrichtungen in einer psychiatrischen Klinik mit anschließender Rückkehr ins Heim oder die Erstaufnahme in einer stationären psychiatrischen Klinikstation mit anschließender Heimunterbringung in Betracht. Anlass bzw. Indikation für eine zwischenzeitliche Klinikbehandlung dürften durch neu auftretende psychische Erkrankungen oder Verschlechterungen vorbestehender Verhaltensstörungen bestimmt gewesen sein. Die Klinikbehandlung Minderjähriger mit Behinderung wegen einer Suchtmittel bedingten psychischen Störung wird mit hoher Wahrscheinlichkeit eine nur kleine Patientengruppe betroffen haben.

Wendet man die von Brederode mitgeteilten Zahlen auf die in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten 73.300 Kinder und Jugendlichen an, würde sich die Anzahl der geschätzten Doppelunterbringungen ausgehend von 37% (= rd. 27.100) möglicher zusätzlicher stationärer psychiatrischer Behandlungen bei etwa der Hälfte dieser Gruppe auf insgesamt 15 – 20% (Mittelwert 17,5%) der Gesamtgruppe berechnen. Daraus resultiert die Schätzung von **rd. 12.800** Betroffenen, die sich sowohl in stationären Einrichtungen der Psychiatrie als auch der Behindertenhilfe befunden haben könnten. Diese Anzahl wurde zur Erleichterung der im Folgenden vorgenommenen anteiligen Schätzungen der Personen mit Unrechts- und Leiderfahrungen von der Summe der **in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Personen abgezogen**, die sich (Berechnung: $73.300 - 12.800$) **somit auf rd. 60.500 Personen beläuft**.

Die folgenden Schätzungen der möglichen Opferzahlen für die untersuchten Zeiträume in der BRD und in der DDR basieren somit auf der Annahme von **182.700 in stationären Einrichtungen der Psychiatrie** und weiteren **60.500 in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe (Gesamt: $182.700 + 60.500 = 243.200$)** untergebrachten **Kindern und Jugendlichen**.

6.4.1 Mögliche Opferzahlen aufgrund der Erfahrung von Leid und Unrecht durch ungerechtfertigte Zwangs- und Strafmaßnahmen sowie demütigende Erfahrungen

Zur Schätzung der prozentualen Größenordnung dieser Problematik in stationären psychiatrischen Klinikeinrichtungen kann auf die Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. Bezug genommen werden (Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2002). Aufgeteilt nach den klinischen Behandlungsbereichen der Psych-PV (Kunze & Kaltenbach, 1992/2003) befanden sich in der Jahrerhebung 2001 noch insgesamt **10,4%** der klinisch versorgten jungen Menschen auf Stationen der „jugendpsychiatrischen Intensivbehandlung - KJ3“, in denen in der Regel Patienten und Patientinnen behandelt werden, die auf die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen angewiesen sind. Bei diesen handelt es sich um psychisch kranke und psychosozial retardierte weibliche und männliche Jugendliche, die eine manifeste Selbstgefährdung aufgrund hochgradiger Erregungszustände bzw. krankheitsbedingter vitaler Gefährdung oder/und ein gravierendes fremdgefährdendes Verhalten zeigen können. Für etwa 1/10 der insgesamt 38% (somit **3,8%**) im Behandlungsbereich „KJ1 - Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung“ versorgten Kinder im Alter von bis zu 12 bzw. 13 Jahren dürfte die beschriebene Patientenkenzeichnung ebenfalls zutreffen.

Angesichts der festgestellten hohen Wiederaufnahmehäufigkeit (47%) der für die untersuchten Zeiträume dokumentierten Klinikaufenthalte kann von besonders ausgeprägten Verhaltens- und Befindensstörungen der betroffenen jungen Menschen (s. Kap. 4.4) ausgegangen werden. Es erscheint daher angemessen, für diese Patientinnen und Patienten den über den Algorithmus der Psych-PV ermittelten Anteil von $(10,4 + 3,8 = 14,2)$ **rd. 14%** erhöhter Fremd- und Selbstgefährdung anzunehmen.

Es kann für mindestens die Hälfte dieser Fälle (**7%**) von einer inadäquaten bzw. ungerechtfertigten Anwendung der dabei erfolgten freiheitseinengenden und freiheitsentziehenden Maßnahme ausgegangen werden (s. Kap. 6.1.1). Weil zudem die weiblichen und männlichen jungen Menschen zu einem hohen Anteil über mehrere Jahre auf denselben psychiatrischen Stationen zusammenlebten, dürfte ein äußerst enger Lebensrahmen bestanden haben. Es kann mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass Fremd- und selbstgefährdende Verhaltensweisen, Unruhezustände und krankheits- oder behinderungsbedingte Konflikte schon im Hinblick auf den geschilderten Mangel an Fachpersonal in nur sehr geringem Umfang durch adäquate therapeutische oder fachpädagogische Interventionen behandelt werden konnten. Vielmehr ist zu vermuten, dass z.B. aus Sorge vor Verletzungen bei zerebralen Krampfanfällen oder nächtlichen Unruhezuständen zumindest zeitweilig Zwangsmaßnahmen wie Einschluss oder körperliche Fixierung ohne ausreichende Beachtung der rechtlichen Voraussetzungen sowie ohne die geforderte Verhältnismäßigkeit, Begleitung und mögliche Aufklärung der Beteiligten angewendet wurden. Für die Schätzung des prozentualen Anteils der auf den psychiatrischen Stationen insgesamt davon Betroffenen erscheint die Annahme eines Anteils **von weiteren mindestens 10%** angemessen.

Damit könnten in den Untersuchungszeiträumen insgesamt **17%** bzw. (nach der Berechnung: $182.700 \cdot 0,17 = 31.059$) **rd. 31.100 Kinder und Jugendliche in stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD und der DDR Opfer von Leid - und Unrechtserfahrungen durch unrechtmäßige, nicht verhältnismäßig angewandte, medizinisch bzw. therapeutisch nicht ausreichend begründete Zwangs- und Strafmaßnahmen sowie demütigende Erfahrungen geworden sein.**

Es kann davon ausgegangen werden, dass Unruhezustände und krankheits- oder behinderungsbedingte Konflikte im Hinblick auf die berichtete äußerst mangelhafte Ausstattung mit Fachpersonal auch und erst recht in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in nur sehr begrenztem Umfang durch therapeutische oder fachpädagogische Interventionen behandelt wurden. Angesichts des hohen Anteils schwer geistig behinderter und verhaltensauffälliger junger Menschen, die eine stationäre Betreuung benötigten, erscheint die Annahme gerechtfertigt, dass bei den in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe betreuten Personen in einem eher noch höherem Ausmaß freiheitseinengende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Anwendung kamen. Im Hinblick auf die vielfach geschilderten prekären Betreuungssituationen kann davon ausgegangen werden, dass diese in nicht unbeträchtlichen Ausmaß in unverhältnismäßiger Weise zur Anwendung kamen. Es erscheint daher berechtigt, den Anteil von ungerechtfertigten, rechtswidrigen und unverhältnismäßig angewandten bzw. unzulässiger Weise als „Schutz oder pädagogisch“ begründeten Zwangsmaßnahmen, sowie demütigenden Erfahrungen, entsprechend den für die Jugendhilfe beschriebenen Häufigkeiten (s. RTH-Abschlussbericht, 2010), auf einen Prozentsatz von **20% bis 30% (Mittelwert: 25%)** zu schätzen. Damit könnten (Berechnung: $60.500 \cdot 0,25 = 15.125$) **rd. 15.100 Kinder und Jugendliche**, die in den Untersuchungszeiträumen **in der BRD und in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe** untergebracht waren, von einer solchen Unrechts- und Leiderfahrung betroffen gewesen sein.

6.4.2 Mögliche Opferzahlen aufgrund der Erfahrung von Leid und Unrecht durch Einsatz von Psychopharmaka bei unzureichender Indikationsstellung, ohne adäquate Aufklärung und Zustimmung (“informed consent“) sowie unter Inkaufnahme unerwünschter Nebenwirkungen

Der Einsatz von psychisch wirksamen Medikamenten außerhalb des Indikationsbereichs der erteilten Zulassung war und ist in der psychiatrischen Behandlung von Minderjährigen genauso wie von Kindern und Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung im Hinblick auf die fehlenden Zulassungsstudien für diesen Altersbereich eine verbreitete Problematik und unterstreicht die dringende Notwendigkeit der vorherigen Verständigung mit den Betroffenen und ihren gesetzlichen Vertreterinnen und Vertretern. Zur Bewertung der Anwendung solcher medikamentösen Behandlungen bei Kindern und Jugendlichen in stationären Einrichtungen der Psychiatrie und der Behindertenhilfe wurde im Abschlussbericht „Runder Tisch Heimerziehung“ ausgeführt: „[...], *dass Psychopharmaka in den 50er und 60er Jahren verstärkt entwickelt wurden und im klinischen Alltag noch erprobt werden mussten. Dabei traten massive und zum Teil dramatische Nebenwirkungen auf, die zumindest aus heutiger Sicht den Einsatz im klinischen Alltag und insbesondere an Kindern und Jugendlichen als höchst bedenklich erscheinen lassen. Einige dieser Medikamente wurden nach kurzer Erprobung wegen der Nebenwirkungen wieder vom Markt genommen. Auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie orientierte sich in dieser Zeit stark am Begriff der ‚Verwahrlosung‘. So wurde bei den Diagnosen oft nicht gefragt, ob die psychische Gesundheit des jungen Menschen beeinträchtigt sei, sondern er wurde nur als Störer gesehen. Ziel der Behandlung, etwa durch Medikamentenvergabe, war daher allzu häufig nicht, den Kindern und Jugendlichen ein Gelingen und gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, sondern sie ruhigzustellen. Berichte ehemaliger Heimkinder erwähnen, dass das Verabreichen von Psychopharmaka in manchen Heimen keine Ausnahme war. Dass dies individuell und auf jugend-psychiatrische oder ärztliche Anordnung hin geschah, kann angenommen werden. Hierfür gibt es für die 60er Jahre auch Hinweise aus der Literatur. Wenn es im Rahmen der Heimerziehung zu generellen und kollektiven Behandlungen bzw. Sedierungen gekommen ist, die weniger den Kindern und Jugendlichen als der Disziplin im Heimalltag oder gar der Erforschung von Medikamenten zuträglich waren, ist dies als Missbrauch zu beurteilen und erfüllt ggf. den Tatbestand der (schweren) Körperverletzung auch nach damaligen Maßstäben. Ob und in welchem Umfang eine solche Praxis vorkam, kann jedoch so viele Jahre später schwer beurteilt werden. Der Medikamenteneinsatz in der Heimerziehung, das Zusammenwirken von Heimerziehung und Psychiatrie und die Beteiligung von Ärzten an solchen Versuchen sind für die 50er und 60er Jahre noch kaum erforscht und bedürfen der weiteren Aufarbeitung“ (Abschlussbericht RTH, 2010, S. 19 – 20).*

Geht man für die Schätzung der Anzahl der möglicherweise von einer die Selbstbestimmung und das Selbstempfinden der Betroffenen beeinträchtigenden Medikamentenapplikation, auch unter Inkaufnahme unerwünschter Nebenwirkungen, ohne adäquate Indikationsstellung, Aufklärung und Zustimmung (“informed consent“) der jungen Menschen bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter, trotz des sehr viel häufiger berichteten tatsächlichen Medikamenteneinsatzes, von einer Größenordnung von lediglich 10% aus, ergibt sich die folgende Berechnung: $182.700 + 60.500 \cdot 0,10 = 24.320$. Damit wären **rd. 24.300 Kinder und Jugendliche in den Untersuchungszeiträumen in der BRD und in der DDR** von einer Leid- und Unrechtserfahrung betroffen gewesen, die durch den **ungerechtfertigten Einsatz von Psychopharmaka bzw. durch eine Medikamentenapplikation ohne ausreichende Beachtung der Selbstbestimmungsrechte der Betroffenen bedingt wurde.**

6.4.3 Mögliche Opferzahlen aufgrund der Erfahrung von Leid und Unrecht durch sexuellen Missbrauch

Übernimmt man für eine Schätzung der möglichen Betroffenenzahlen den von Fegert al. (2013) festgestellten Prozentsatz von 1,3% sexueller Missbrauchserfahrungen „*im medizinisch therapeutischen Setting*“, den die Arbeitsgruppe aufgrund der Selbstmeldungen Betroffener bei der „Anlaufstelle der Unabhängigen Beauftragten zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBSKM)“ ermittelt hatte (s. Kap. 6.1.3), würde daraus die Anzahl von $(182.700 \cdot 0,013 = 2.375)$ **rd. 2.400 Kindern und Jugendlichen** resultieren, **die in den Untersuchungszeiträumen Opfer einer Unrechts- und Leiderfahrung durch sexuellen Missbrauch** geworden sein könnten. Wendet man für die Schätzung solcher Leid- und Unrechtserfahrungen den von „*sexuellem Missbrauch im Kontext von Heimen*“ betroffenen Anteil der Untersuchungsstichprobe von 8,2% auf die Gesamtzahl der in den **stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe** Untergebrachten an, errechnet sich die Anzahl von weiteren $(60.500 \cdot 0,082 = 4.961)$ **rd. 5.000 Personen**.

Damit könnten in den untersuchten Zeiträumen in der BRD und in der DDR insgesamt $(2.400 + 5.000 = 7.400)$ rd. 7.400 weibliche und männliche junge Menschen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Opfer einer Leid- und Unrechtserfahrung durch sexuellen Missbrauch geworden sein.

6.4.4 Mögliche Opferzahlen aufgrund der Erfahrung von Leid und Unrecht durch erzwungene oder nicht entlohnte Arbeit und Vorenthalt von Sozialversicherungsbeiträgen

Zu einer orientierenden Berechnung der etwaigen Größenordnung der betroffenen Population können die Jahresberichte der Fonds „Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland“ und „Heimerziehung in der DDR“ herangezogen werden. Nach der dargestellten finanziellen Umsetzung waren bis zum 31.12.2014 für insgesamt 2.990 Personen Rentenersatzleistungen vereinbart worden. Das entsprach einem Prozentsatz von **21%** der insgesamt 14.288 abgeschlossenen Leistungsvereinbarungen (Fonds „Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland“ und „Heimerziehung in der DDR“, Jahresberichte 2014; Abruf von der Internetseite: www.fonds-heimerziehung.de am 9. Oktober 2015).

Nach den vorliegenden Erkenntnissen kann davon ausgegangen werden, dass Vorstellungen zur Erziehung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen, vor allem dann, wenn sie längerfristig in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe oder in der stationären Psychiatrie untergebracht waren, weitgehend mit den in der Jugendhilfe geltenden Vorgehensweisen übereinstimmten und in gleicher Weise Arbeitsanforderungen im Rahmen sog. „*arbeitspädagogischer bzw. arbeitstherapeutischer Maßnahmen*“ enthielten (s. Kap. 6.3).

Allerdings dürfte der davon betroffene Anteil von psychisch kranken, geistig und psychisch behinderten jungen Menschen, vor allem im Hinblick auf die hohe Zahl der oft schwergradig behinderten und deshalb zur Arbeitserbringung nicht fähigen Personen, geringer als im Bereich der Jugendhilfe gewesen sein. Die in der Psychiatrie-Enquête zusammengestellte Diagnosen-Verteilung (Stichtag 30. Mai 1973) wies für 73,4% der in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie untergebrachten Patientinnen und Patienten am häufigsten „*Schwachsinnformen und unter diesen wiederum die schweren Ausprägungsgrade*“ mit langen Verweildauern auf. Bei **rd. 32%** der in den psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen in beiden Teilen Deutschlands für die untersuchten Zeiträume insgesamt festgestellten Behandlungsfälle fand sich eine Aufenthaltsdauer von mehr als 3 Monaten (s. Berechnungen in Kap. 4.3.1 und 4.3.2).

Wendet man den o.g. Prozentsatz von 21% auf alle in den Behinderteneinrichtungen (rd. 60.500) **und** auf 32% der in stationären Einrichtungen der Psychiatrie (s. Kap. 6.4) untergebrachten (Berechnung: $182.700 \cdot 0,32 = 58.464$) rd. 58.500 jungen Menschen an, ergibt sich die geschätzte Anzahl von (Berechnung: $60.500 + 58.500 \cdot 0,21 = 24.990$) insgesamt **rd. 25.000 weiblichen und männlichen Personen, die von Leid- und Unrechtserfahrungen durch erzwungene oder nicht entlohnte Arbeit sowie durch Vorenthalt von Sozialversicherungsbeiträgen betroffen gewesen sein könnten.**

6.4.5 Mögliche Opferzahl aufgrund der Erfahrung von Leid und Unrecht durch Verlust bzw. Vorenthalt von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität

Zur Schätzung der Anzahl der sowohl in den **stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe** als auch langfristig in der **stationären Psychiatrie** untergebrachten Minderjährigen, die durch den in Kap. 6.2 beschriebenen Verlust bzw. Vorenthalt persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität Leid und Unrecht erlitten haben könnten, erscheint es angemessen, vor allem den Aspekt der Langfristigkeit der Unterbringung zu berücksichtigen. Diese betraf die Gesamtheit der **60.500** in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe betreuten jungen Menschen.

Wie in Kap. 6.4.4 ausgeführt, waren in den **stationären Einrichtungen der Psychiatrie** mit einem Anteil von 32% rd. 58.500 junge Menschen länger als 3 Monate untergebracht worden. Im Hinblick auf den hohen Anteil von „Fehlgeleiteten“ in stationären Einrichtungen der Psychiatrie in beiden Teilen Deutschlands (s. Kap. 7) und die hohe Zahl der als „nicht schulbildungsfähig“ eingestuften jungen Menschen mit Behinderung in den stationären Einrichtungen der DDR (65%) erscheint es angemessen, für die Schätzung des möglichen Verlustes von Lebensqualität und Teilhabefähigkeit der Betroffenen die, nach der Berechnung: $58.500 \cdot 0,65 = 38.025$ ermittelte, Patientenzahl von **rd. 38.000** zu Grunde zu legen. Unter Bezug auf die Untersuchungsergebnisse über die damals herrschenden Ansichten und Praktiken der (mangelhaften) Förderung von Menschen mit schwerer geistiger Behinderung (s. Kap. 5) kann davon ausgegangen werden, dass zwischen 30 - 50% (Mittelwert 40%) aller längerfristig in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie lebenden Patientinnen und Patienten in gravierender Weise von dem Verlust ihrer sozialen Teilhabefähigkeit betroffen waren.

Damit beläuft sich die Schätzung der Anzahl von **weiblichen und männlichen jungen Menschen, die in den beiden Untersuchungszeiträumen in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie in beiden Teilen Deutschlands Leid und Unrecht durch den Verlust bzw. Vorenthalt von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität** erfahren haben könnten, die durch fachliche und an ihren persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten orientierte Förderung aber erreichbar gewesen wäre, auf insgesamt (Berechnung: $60.500 + 38.000 \cdot 0,40 = 39.400$) **rd. 39.400 Personen.**

6.4.6 Abschließende Anmerkung zur Bewertung der ermittelten Opferzahlen

Die vorgenommenen Schätzungen erfolgten bezogen auf umschriebene Problemstellungen, die aus den Analysen und Bewertungen der herangezogenen Literatur sowie aus eigenen Beobachtungen des Autors dieser Machbarkeitsstudie abgeleitet wurden. Die summarischen Ergebnisse der für die berücksichtigten „Opfer-Tatbestände“ vorgenommenen Berechnungen beschreiben die geschätzten Größenordnungen der

davon möglicherweise Betroffenen, grenzen diese jedoch nicht als Personen gegeneinander ab. Vielmehr ist davon auszugehen, dass sich die Leid- und Unrechtserfahrungen der Einzelnen auf mehrere Bereiche der unterschiedenen Opfer-Konstellationen beziehen können.

Das gilt insbesondere für die in Kap. 6.4.1 vorgenommene Schätzung zur „Leid- und Unrechtserfahrung“ aufgrund von „ungerechtfertigten, medizinisch bzw. therapeutisch oder pädagogisch begründeten, Zwangs- und Strafmaßnahmen sowie demütigenden Erfahrungen“ und die in Kap. 6.4.2 aufgeführte Schätzung der möglichen „Leid- und Unrechtserfahrung aufgrund des Einsatzes von Psychopharmaka bei unzureichender Indikationsstellung, ohne adäquate Aufklärung und Zustimmung (informed consent) sowie unter Inkaufnahme unerwünschter Nebenwirkungen“. Es kann mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass „medizinisch bzw. therapeutisch oder pädagogisch begründete Zwangsmaßnahmen“, oftmals in Verbindung mit dem Einsatz von Psychopharmaka, unter den beschriebenen problematischen Rahmenbedingungen erfolgt sind.

Es erscheint daher angezeigt, die mit dem Begründungshintergrund einer inadäquaten medikamentösen Behandlung (s. Kap. 6.4.2) geschätzte Betroffenzahl für die **abschließende Schätzung** mit einer Reduzierung um 50%, d.h. $(24.300 - 12.150 = 12.150)$ mit dann **rd. 12.200 Personen** zu übernehmen.

Ebenso sind mögliche „Überschneidungen“ eines Opfererlebens aufgrund subjektiver „Leid- und Unrechtserfahrung durch Verlust bzw. Vorenthalt von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität“ (Kap. 6.4.5) mit den beiden vorgenannten Opfer-Konstellationen (Kap. 6.4.1 und Kap. 6.4.2) zu berücksichtigen. Ein ausschließlich auf dem Erleben von **Leid und Unrecht durch Verlust bzw. Vorenthalt von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität** begründetes Opfererleben, ohne eine weitere der berücksichtigten Leid- und Unrechtserfahrungen, wird vermutlich deutlich seltener Anlass zur Anmeldung für die Inanspruchnahme des geplanten Hilfesystems sein. Daher erscheint es gerechtfertigt, die in Kap. 6.4.5 berechnete Anzahl mit einer Verminderung von 20% - 40% (Mittelwert 30%), d.h. mit dann $(39.400 - 11.820 = 27.580)$ **rd. 27.600 Personen**, in die Gesamt-Schätzung der möglichen Anmeldungen zu übernehmen.

Aus den durchgeführten Bewertungen und Berechnungen resultiert damit, bezogen auf die unterschiedenen „Opfer-Konstellationen“, die Gesamtzahl von möglicherweise (Berechnung: $31.100 + 15.100 + 12.200 + 7.400 + 25.000 + 27.600$) **118.400 Personen**.

6.5 Geschätzte Gesamtzahl der möglichen Anmeldungen unter Berücksichtigung der Mortalitätsrate

Zur Berechnung der möglichen Anzahl der noch lebenden anmeldungsberechtigten Frauen und Männer ist die geschlechtsspezifische Mortalitätsrate in der Bevölkerung in Bezug auf die besonderen Personengruppen von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen.

Zur Abschätzung der Mortalitätsrate lag die Untersuchung zur Lebenserwartung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung von Dieckmann & Metzler (2013) vor. Die dort von Giovos & Dieckmann vorgenommenen Berechnungen basieren auf den Statistiken des Statistischen Bundesamtes zu den Sterbewahrscheinlichkeiten in der Gesamtbevölkerung sowie auf zwei größeren Stichproben von Menschen mit einer geistigen bzw. mehrfachen Behinderung in zwei Bundesländern aus dem Zeitraum

der Jahre 1997 bis 2010. Zum einen wurden die Daten von Leistungsempfängern im Stationären Wohnen des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe (WL) und zum anderen von Personen in unterschiedlichen Wohnformen aus zwölf stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg (BW) analysiert. Die erste Stichprobe umfasste „pro Jahr im Mittel 13.500 Personen, die zweite etwa 11.000 Personen“. Die über die inzwischen eingetretenen Sterbefälle errechnete Lebenserwartung ergab ein mittleres Sterbealter der behinderten Menschen zwischen 70 (BW) und 73 (WL) Jahren bei den Frauen und zwischen 65 (BW) und 73 (WL) für die Männer. Damit lag die durchschnittliche Lebenserwartung der behinderten Personen um rund 9 Jahre niedriger als in der Gesamtbevölkerung (bezogen auf die Sterbetafel 2010/2012 des Statistischen Bundesamtes), welche für neugeborene Mädchen ein mittleres Sterbealter von 82,80 und bezüglich der männlichen Bevölkerung von 77,72 Jahren errechnete.

Auch für Menschen mit psychischer Erkrankung und psychischer Behinderung wird nach epidemiologischen Erhebungen in Abhängigkeit von Art, Schwere und Verlauf des Krankheitsbildes eine deutliche Verringerung der Lebenszeit angenommen. Es besteht eine, je nach Erkrankungsart, unterschiedliche Verkürzung der durchschnittlichen Lebenszeit. Hierzu tragen zusätzliche organische Störungen und Erkrankungen sowohl infolge der psychischen Erkrankung selbst, wie etwa bei Suchtstörungen, als auch durch die psychische Störung bedingte Verschlechterung somatischer Vorerkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus oder kardiologischer Störungen, sowie Abstieg und Isolation mit erhöhten Suizidraten (z.B. bei Depressionen) bei. Die im Folgenden vorgenommene orientierende Schätzung der Mortalitätsraten für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung kann daher für Betroffene mit primär psychischen Erkrankungen und Behinderungen übernommen werden.

Zur orientierenden Schätzung der Überlebenswahrscheinlichkeiten der Personen, die aufgrund von Leid- und Unrechtserfahrungen anmeldeberechtigt sein könnten, soll die auf Basis der Untersuchungen der Forschergruppe um Dieckmann erstellte Tab. 6-1 dienen (Dieckmann & Metzler, 2013).

Die in der Machbarkeitsstudie geschätzte Anzahl möglicher Anmeldeberechtigter wäre im Wesentlichen den Geburtsjahrgängen zwischen 1943 bis 1984 zuzuordnen, weil davon ausgegangen werden kann, dass Kinder mit Behinderung oder psychischer Erkrankung in der Mehrzahl nicht vor ihrem 6. Lebensjahr in eine stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie aufgenommen worden sind. Wie Liepmann (1979) und Dieckmann & Metzler (2013) hatten auch die Autoren des Jahrbuchs des Gesundheitswesens der DDR (1986) vermerkt, dass „das Maximum aller Kinder mit geistigen Störungen“ erst im Alter von „6 bis unter 14 Jahren erfaßt“ worden war.

Tabelle 6-1 Berechnung der Überlebensrate in Bezug auf vollendetes Alter für Frauen und Männer in Jahren – basiert auf Angaben der allgemeinen Sterbetafel für Deutschland 2010/2012 (Statistisches Bundesamt)

Alter in Jahren	Überlebensrate von Menschen mit geistiger u. mehrfacher Behinderung in % ¹	
	Frauen	Männer
30	98,8	98,0
40	97,8	96,1
50	94,8	90,5
60	88,1	78,6
71	70,4	52,7

¹ Angaben gerundet

Diese „*Tatsache dürfte darauf zurückzuführen sein, daß erst in diesem Alter, wenn Schulrückstellungen oder Schulversagen zu kinderpsychiatrischen Vorstellungen führen, Meldungen über geistige Behinderungen erfolgen*“ und entsprechende Maßnahmen zur Versorgung der betroffenen Kinder eingeleitet werden (Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung, 1986, S. 224).

Nach den Aufstellungen der Tab. 6-1 wären 2016 rund 50% der männlichen und 30% der weiblichen Anmeldeberechtigten der Jahrgänge 1944 und 1945 bereits verstorben. Bei Mittelwertbildung und Annahme einer in etwa hälftigen Geschlechterverteilung ergibt das für die beiden Jahrgänge einen durchschnittlichen Prozentsatz von 40%.

Ab den Jahrgängen 1956 muss von einem jährlichen Anstieg der Sterberate der dann über 60-Jährigen auf 20% bei den Frauen und auf über 40% bei den Männern ausgegangen werden. Für die Jahrgänge ab 1966 wäre ein jährlicher Anstieg der Sterberate der dann 50-Jährigen auf 20% bei den Frauen und auf über 40% bei den Männern anzunehmen. Für die beiden jüngeren Jahrganggruppen ab 1976 und ab 1986 kann ein jährlicher Anstieg der Sterberate um durchschnittlich 4% bei beiden Geschlechtern angesetzt werden. Bei einer rechnerischen Mittelwertbildung über die hier zugrunde gelegten 4 gleichmäßigen Zeitintervalle von jeweils 10 Jahren ergibt sich unter Annahme einer in etwa hälftigen Geschlechterverteilung ein durchschnittlicher Prozentsatz von 17% bereits verstorbener Personen.

Rechnet man die für die beiden ältesten Jahrgänge angenommene durchschnittliche Sterberate für beide Geschlechter von 40% verteilt auf die restlichen 41 Jahrgänge hinzu, erhöht sich die gesamte Prozentrate um etwa 1 Punktwert.

Nach der dargestellten überschlägigen Schätzung würde sich die Zahl der betroffenen Frauen und Männer bei einer Mortalitätsrate von maximal **18% auf** (Berechnung: $118.400 - 21.312 = 97.088$) **rd. 97.100 Personen verringern, die zur Anmeldung einer Inanspruchnahme des geplanten Hilfesystems berechtigt sein könnten.**

Zu der Frage, **wie viele der Betroffenen sich aufgrund eines subjektiven Leidempfindens tatsächlich zu einer Anmeldung entschließen könnten**, kann eine belastbare Aussage nicht gemacht werden. Es würde sich allenfalls die Orientierung an den Erfahrungen aus der Inanspruchnahme von Leistungen der Fonds „Heimerziehung West“ und „Heimerziehung in der DDR“ für die in stationären Einrichtungen der Jugendhilfe betroffenen Personen anbieten (s. www.fonds-heimerziehung.de, 2015).

7. Zur Frage der „sogenannten Fehlgeleiteten“

7.1 „Fehlleitung“ von jungen Menschen in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD

Zur Einschätzung des Problems der „Fehlleitung“ von Kindern und Jugendlichen zwischen 1949 und 1975 in der BRD in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe können die Ausführungen von Wapler zu den damals geltenden rechtlichen Regelungen für die Anwendung der Heimerziehung in der BRD herangezogen werden: *„Für die Heimerziehung Minderjähriger war im untersuchten Zeitraum ähnlich wie heute grundsätzlich das Jugendwohlfahrtsrecht (heute: Kinder- und Jugendhilferecht) zuständig. Gerade für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen bestanden jedoch erhebliche Überschneidungen mit dem Recht der öffentlichen Fürsorge (heute: Sozialhilfe), insbesondere wenn es um die Trägerschaft der Heime und um die Finanzierung der Leistungen ging. Die privat- und jugendhilferechtlichen Rechtsgrundlagen, aufgrund derer Kinder und Jugendliche in Erziehungsheime eingewiesen werden konnten, wurden im Zusammenhang mit der Arbeit des Runden Tisches Heimerziehung bereits dargestellt. [...] Dabei ist [...] hervorzuheben, dass die Träger der öffentlichen Fürsorge keinerlei Zwangsbefugnisse gegenüber den Minderjährigen und ihren Eltern hatten. Die Einweisung in eine geschlossene Einrichtung gegen den Willen der Eltern konnte daher nur nach den Vorschriften über die Fürsorgeerziehung, nach § 1666 Abs. 1 BGB (Maßnahmen bei Kindeswohlgefährdung) und, bei Selbst- oder Fremdgefährdung, nach den landesrechtlichen psychiatrischen Unterbringungsgesetzen durchgesetzt werden. Anders als das Jugendwohlfahrtsrecht war das öffentliche Fürsorgerecht auf die Bewilligung von Leistungen und nicht auf die Durchsetzung eines gesellschaftlichen Erziehungsanspruchs ausgerichtet. [...] Es ist also davon auszugehen, dass in Behindertenheimen deutlich mehr Kinder mit der Zustimmung ihrer Eltern untergebracht waren als in Erziehungsanstalten. Daraus ergeben sich Konsequenzen im Hinblick auf das Erziehungsrecht für diese Kinder: Es wurde den Eltern nicht entzogen und auf einen Pfleger oder die Heimleitung übertragen, sondern blieb bei ihnen. Die Heime der Behindertenhilfe mussten sich demnach anders mit den Eltern abstimmen als die Erziehungsheime und unterlagen vermutlich auch einer stärkeren sozialen Kontrolle. Dieser Befund wird durch historische Untersuchungen bestätigt, nach denen in Heimen für Behinderte die Kinder, deren Eltern sich weiter um sie kümmerten, deutlich besser behandelt wurden als Kinder, die keine Eltern mehr hatten oder deren Eltern das Sorgerecht entzogen worden war. [...] Die historische Forschung weist zudem auf eine dominante Stellung der (Amts-)Vormünder insbesondere gegenüber alleinerziehenden Müttern hin. Daneben bestand eine staatliche Verantwortung für die Durchführung der Heimerziehung in staatlichen Einrichtungen unmittelbar und in den privaten und kirchlichen Heimen mittelbar über die staatlichen Aufsichtspflichten. [...] Des Weiteren ist zu bedenken, dass die Unterbringung behinderter Kinder über den gesamten Untersuchungszeitraum auf unterschiedliche Rechtsgrundlagen gestützt werden konnte und, nach allem, was wir wissen, auch wurde. Insbesondere die Regelungen des Jugendwohlfahrtsgesetzes (JWG) und des öffentlichen Fürsorgerechts regelten z.T. gleiche oder ähnliche Tatbestände; das Verhältnis beider Rechtsgebiete zueinander war gerade für den Bereich der Hilfen an Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen stets umstritten. Eine schematische Darstellung, nach der Kinder mit Erziehungsdefiziten in die Zuständigkeit der Jugendhilfe und Kinder mit Behinderung in die des öffentlichen Fürsorgerechts fielen, verbietet sich aus diesem Grund. Die Konkurrenz der Jugendwohlfahrts- und der Fürsorgebehörden hatte nicht zuletzt kostenrechtliche Gründe, so dass eine gewisse Tendenz erkennbar ist, Kinder mit unklaren Diagnosen in den Zuständigkeitsbereich des jeweils anderen Trägers zu verschieben“ (Wapler, 2013, S. 8 – 10).*

Wapler betont in diesem Zusammenhang den Befund „dass in den 1950er Jahren die begrifflichen Grenzen zwischen geistiger Behinderung und Verwahrlosung i. S. d. § 63 Abs. 1 JWG nicht trennscharf waren. Besonders dann, wenn sie nicht regelmäßig zur Schule gingen oder schlechte Schulleistungen aufwiesen, gab es bei verhaltensauffälligen, delinquenten und sozial unangepassten Kindern offenbar einen Graubereich, in dem sich die Diagnosen einer geistigen Behinderung und der Verwahrlosung i. S. d. § 63 JWG überschneiden. [...] Für die Abgrenzung der Fürsorgeerziehung zu anderen Hilfeformen waren ohnehin nicht in erster Linie klinische Diagnosen maßgeblich, sondern die Frage der ‚Erziehbarkeit‘. Zwar war der Begriff der Fürsorgeerziehung im RJWG nicht definiert; aus der Bezeichnung wurde jedoch geschlossen, dass es sich jedenfalls um eine Form der Erziehung handeln musste, die als Ersatz für die elterliche Sorge diene. Als wesentliche Voraussetzung der Fürsorgeerziehung wurde daher angesehen, dass ‚eine erzieherische Einwirkung auf den Minderjährigen überhaupt noch möglich ist‘. [...] Des Weiteren wurde zwischen medizinischer und pädagogischer Unerziehbarkeit unterschieden. [...] Als medizinisch unerziehbar galten v.a. schwer geisteskrank Minderjährige. [...] Man wird daher davon ausgehen müssen, dass nicht nur die Grenzen zwischen Behinderung und Nichtbehinderung im damaligen Verständnis umstritten und fließend waren, sondern dementsprechend auch die staatlichen Maßnahmen und Leistungen nicht immer passgenau ausfielen. Deutlicher gesprochen: Man wird annehmen müssen, dass es im Einzelfall vom Zufall abhängen konnte, ob ein Kind als behindert oder schwer erziehbar, als erziehungsfähig oder unerziehbar eingeordnet wurde, und auch die Unterbringung selbst war der vorangegangenen Diagnose nicht immer adäquat“. In ihrer zusammenfassenden Bewertung kommt Wapler zu der Folgerung, „dass in der Rückschau keine klare Trennung zwischen der Klientel der Erziehungs- und der Behindertenheime möglich ist. Weder kann aus dem Gesundheitszustand des Kindes auf eine bestimmte Form der Heimerziehung rückgeschlossen werden, noch umgekehrt von der Art der Unterbringung auf den sachlichen Grund“ (Wapler, 2013, S. 7-8). Zu ähnlichen Feststellungen kommen Mangold und Schrapper (2010) bei ihrer weiter unten dargestellten Bewertung der Positionen des AFET in den beiden ersten Jahrzehnten der BRD.

Wapler unterscheidet in ihrer Analyse der rechtlichen Grundlagen der Heimerziehung zwischen dem Zeitraum der Jahre 1949 – 1992 und den Jahren ab 1962, nachdem in diesem Jahr das BSHG in Kraft getreten war (s. auch Kap. 2.7): „Bis 1962 stützte sich das Fürsorgerecht in Westdeutschland auf Rechtsgrundlagen aus der Weimarer Republik: Die Reichsfürsorgepflicht-Verordnung (RFV) von 1924 und die Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge (RGr) [...] aus dem Jahr 1931. Beide Regelwerke galten nach dem Inkrafttreten des Grundgesetzes im Jahr 1949 über Art. 125 GG in den westdeutschen Bundesländern fort. Das besondere Ziel der Fürsorge für Minderjährige wurde in § 3 Satz 2 RGr genannt: § 3 RGr: ‚Um drohende Hilfsbedürftigkeit zu verhüten, kann die Fürsorge auch vorbeugend eingreifen, besonders um Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu erhalten‘. [...] In den 1960er Jahren änderte sich nach und nach das gesellschaftspolitische Klima hin zu einer stärkeren Berücksichtigung benachteiligter Kinder und Jugendlicher. Auch in der Behindertenpolitik wurden die Belange der Kinder und Jugendlichen nun stärker diskutiert, vor allem aber hinsichtlich der Schulbildung. [...] Der Anspruch auch geistig behinderter Kinder auf adäquate Bildung wurde betont und nach und nach in die Schulgesetze integriert; es wurden die ersten Schulen für geistig behinderte Kinder gegründet. Auch der Begriff der Bildungsunfähigkeit wurde in dieser Zeit aus den Schulgesetzen entfernt. [...] Anders als das frühere Fürsorgerecht enthielt das BSHG die spezielle Leistungsart der ‚Eingliederungshilfe für Behinderte‘, die unabhängig vom Lebensalter gewährt wurde. [...] Zwangsbefugnisse gegenüber den Kindern oder ihren Eltern enthielt das BSHG nach wie vor nicht. [...] Mit der JWG-Novelle 1962 wurde die Freiwillige Erziehungshilfe zur Abwehr einer Gefährdung für das Kind auf eine bundesrechtliche Grundlage gestellt (§ 62 JWG). Zuständig für die Gewährung der Freiwilligen Erziehungshilfe war nunmehr einheitlich das Landesjugendamt (§ 63 JWG). Das Verfahren konnte nur von den Personensorgeberechtigten durch schriftlichen Antrag in Gang gebracht werden.

Der Antrag war bei dem zuständigen Jugendamt einzureichen; dieses musste Stellung nehmen. Die Freiwillige Erziehungshilfe war nicht mit dem Entzug des Sorgerechts als Rechtsfolge verbunden. [...] Die Freiwillige Erziehungshilfe wurde in der Regel in den Erziehungsanstalten durchgeführt, in denen auch Fürsorgeerziehungs-Zöglinge untergebracht waren. Wohl deshalb wurde in Bezug auf behinderte Kinder gefordert, die Eltern vor der Zustimmung zur Freiwilligen Erziehungshilfe gründlich zu beraten: Die Geeignetheit der Maßnahme sei bei Kindern mit Behinderungen schwieriger zu ermitteln. [...] Schließlich konnten Minderjährige auch aufgrund von ‚seelischen und geistigen Regelwidrigkeiten‘ in eine Einrichtung der Behindertenhilfe aufgenommen werden, bei denen die Fürsorgeerziehung im Rahmen der Jugendhilfe aufgrund von ‚erheblichen, fachärztlich nachgewiesenen geistigen oder seelischen Regelwidrigkeiten des Minderjährigen‘ als unzureichend erkannt worden war (§ 75 Abs. 2 JWG). [...] Möglich war auch die Unterbringung in einer Nervenheilanstalt oder einer Anstalt für Geistesranke nach dem FEVG oder den landesrechtlichen Unterbringungsgesetzen. Neu war im Vergleich zur früheren Rechtslage, dass für diese anderen Unterbringungen nun nicht mehr die Träger der Jugendhilfe, sondern die Träger der Sozialhilfe zuständig waren. [...] Wie nach früherem Recht konnten die Minderjährigen vor der Anordnung der Fürsorgeerziehung bis zu sechs Wochen in einer Fachklinik zur medizinischen Beobachtung untergebracht werden; geregelt war dies nun in § 66 JWG: ‚(1) Das Vormundschaftsgericht kann im Verfahren nach § 64 zur Beurteilung der Persönlichkeit des Minderjährigen die Untersuchung durch einen Sachverständigen anordnen. (2) Zur Vorbereitung des Sachverständigengutachtens kann das Vormundschaftsgericht die Unterbringung des Minderjährigen bis zu sechs Wochen in einer für die pädagogische, medizinische oder psychologische Beobachtung und Beurteilung geeigneten Einrichtung anordnen.‘“ (Wapler, 2013, S. 2 und S. 10-33).

Nach seiner Untersuchung der Behinderteneinrichtung Sankt Vincenzstift Aulhausen, die „eindeutig“ als Einrichtung für Menschen mit geistiger Behinderung gegolten habe, stellte Frings (2013) fest, „*dass immer wieder Mädchen und Jungen im Stift falsch untergebracht*“ worden seien. „*Wie viele dies waren, lässt sich allerdings nur schwer sagen, da dazu alle Bewohner-Akten ausgewertet werden müssten. Nach Erinnerung eines ehemaligen Bewohners und einer weltlichen Erziehenden lag in ihren Gruppen der Anteil der eher verhaltensauffälligen bzw. lernbehinderten Bewohner bei 50 % bzw. 75 %*“ (Frings, 2013).

Für eine orientierende Schätzung der Gesamtzahl von **verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen**, die im Untersuchungszeitraum in der **BRD** ohne das Vorliegen einer sicheren geistigen oder mehrfachen Behinderung **in eine stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe** aufgenommen und damit dorthin fehlgeleitet worden wären, kann auf das umfassende Heimverzeichnis der „Bundesvereinigung der Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e.V.“ (1966) Bezug genommen werden. Nach den darin niedergelegten qualitativen und quantitativen Angaben zu den untergebrachten jungen Menschen und der vermerkten Art ihrer schulischen und beruflichen Förderung ergeben sich rd. 3.200 Plätze, auf denen Kinder und Jugendliche vor allem aufgrund von Verhaltensauffälligkeiten und/oder einer, orientiert am „IQ-Kriterium ≥ 69 “, bestehenden Lernbehinderung (s. Kap. 4.1.2), untergebracht worden waren. Bei diesen dürfte allenfalls eine Sonderschulbedürftigkeit (bzw. eine „Hilfsschulbedürftigkeit“) bestanden haben.

Bezogen auf die Gesamtzahl der im Heimverzeichnis (s. Tab. 4-11) aufgeführten 24.177 Einrichtungsplätze entspricht die dabei errechnete Platzzahl (3.143) einem Prozentsatz von 13%. Wendet man zur Berechnung der Belegungshäufigkeit dieser Einrichtungsplätze vereinfachend eine mögliche jährliche Neuaufnahmequote von 10% an (vgl. Kap. 4.2.1.5.1), könnten (Berechnung: $3.143 \cdot 0,10 \cdot 27 + 3.143 = 11.629$) **rd. 11.600 Kinder und Jugendliche in dem für die BRD definierten 27-jährigen Untersuchungszeitraum von einer auf diese Weise bedingten „Fehlleitung“ in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe** betroffen gewesen sein. Das entspricht einem Anteil von **rd. 23%** der in Kap. 4.2.3 berechneten Schätzung aller 49.600 Mädchen und Jungen bzw. weiblichen und

männlichen Jugendlichen, die im Untersuchungszeitraum in der BRD in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht gewesen sein könnten.

Im Vergleich mit der o.g. Schätzung von Frings (2013), die sich allerdings nur auf eine einzelne Einrichtung bezieht, fällt das gewonnene Ergebnis niedriger aus. Andererseits ging das von Frings untersuchte Sankt Vincenzstift Aulhausen mit einer relativ großen Zahl von 340 „Hilfs- und Sonderschülern“ in die auf der Basis des Heimverzeichnisses der Lebenshilfe vorgenommene Gesamtberechnung ein.

7.2 Schätzungen zur möglichen „Fehlleitung“ in stationäre Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD

Mangold und Schrappner (2010) diskutieren in ihrer Expertise zur Problemsicht des AFET, dem neben Vertretern der öffentlichen Jugendhilfe, der Heime und Einrichtungen, Vertretern der Wohlfahrts- und Fachverbände, der kommunalen Spitzenverbände sowie zahlreicher Ausbildungsstätten und Hochschulen auch Mediziner, Psychiater und Psychologen angehörten, die repressive Praxis der Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren, die nach Kriegsende fortbestanden habe. Heimerziehung habe trotz einzelner Reforminteressen *„weniger der Hilfe für Kinder und Jugendliche, sondern dem Schutz der Gesellschaft vor verwahrlosten, kriminellen und unangepassten Kindern und Jugendlichen gedient. Gesellschaftliche Randgruppen wurden nach dem alten Muster behandelt. Man wertete sie ab und sperrte sie weg, wenn sie vom gesellschaftlichen Ideal abwichen. [...] Einhergehend mit der Forderung um die Verabschiedung eines Bewahrungs- und Arbeitserziehungsgesetzes wurden auch kontroverse Diskussionen über das ‚Problem der Unerziehbarkeit Minderjähriger‘ nach 1945 wieder aufgenommen. [...] Da es nie zur Verabschiedung eines Bewahrungsgesetzes kam, stellte sich nach wie vor die Frage ‚Wohin mit den Grenzfällen?‘“* In der Nachkriegszeit seien sie *„ein Fall für die Psychiatrie“* geworden, *„die somit als Ersatz für eine geschlossene Unterbringung missbraucht wurde. Neben eindeutig diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen gab es unspezifische Gründe, die zu einem Psychiatrieaufenthalt von Zöglingen führten. [...] In der Mehrheit der Fälle einer festgestellten Unerziehbarkeit waren demnach [...] Psychiater, z.T. auch Psychologen und Ärzte, beteiligt. Es entwickelte sich in der Praxis der Heimerziehung ein gegenseitiges Zuschieben von ‚Problemfällen‘ zwischen der Heimerziehung und Psychiatrien. D. h. dann, wenn die Schwierigkeiten durch keine pädagogische Maßnahme mehr veränderbar erschien, wurden die Zöglinge in die Psychiatrie ‚abgeschoben‘. Konnte die Psychiatrie auch nichts mehr erreichen, wurde der Fall wieder zu einem ‚sozialpädagogischen Problem‘. [...] Die Einweisungsgründe in die Psychiatrie unterschieden sich in der Folge, abgesehen von psychiatrischen Krankheitsbildern, nur unwesentlich von denen in die Jugendhilfe: u.a. Entweichungen, Diebstahl, schlechte Schulleistungen, unregelmäßiger Schulbesuch, (Auto-)Aggressionen, sexuelle Verwahrlosung, Alkohol- und Drogenprobleme.“* (Mangold & Schrappner, 2010, S. 28 - 29).

Aus der von den Autoren vorgelegten Statistik der Begründungen einer vorzeitigen Entlassung aus der Fürsorgeerziehung (FE) in den Berichtsjahren 1956 – 1960 geht hervor, dass die Zahl derjenigen Kinder und Jugendlichen, die „aufgrund mangelnder Erfolgsaussicht“ entlassen worden waren, „7 und 8%“ ausmachte. Für die Berichtsjahre 1956/57 bis 1959/60 waren die Entlassungsgründe weiter präzisiert worden. Die vorzeitige Entlassung dieser Minderjährigen war in 54% der Fälle mit der *„Unausführbarkeit der FE“* und bei 46% mit dem Vorliegen *„geistiger und seelischer Regelwidrigkeiten“* begründet worden. Man wird davon ausgehen können, dass die mit einer *„geistigen oder seelischen Regelwidrigkeit“* begründete *„Unerziehbarkeit“*, die im Jahresdurchschnitt **264** junge Menschen mit erheblichen

Verhaltensauffälligkeiten betraf, überwiegend zur Aufnahme in eine stationäre Einrichtung der Psychiatrie geführt hatte. Die nach den Beobachtungen des Autors der vorliegenden Machbarkeitsstudie auch nach 1975 noch fortbestehende Praxis könnte durchaus bis zu 75% der Personen dieser Gruppe betroffen haben.

Orientiert man sich ebenfalls an der Einschätzung von Mangold & Schrapper (2010), wonach eine Veränderung der Heimsituation in der BRD erst mit der „Anfang der 1970er Jahre“ einsetzenden „tiefgreifenden Reformbewegung“ und den „Aktionen der Heimkampagne“ begann, kann die für den Jahresdurchschnitt mitgeteilte Anzahl auf den gesamten 27-jährigen Untersuchungszeitraum angewendet werden. Damit wären zwischen 1949 und 1975 (Berechnung: $264 \cdot 0,75 \cdot 27 = 5.346$) **rd. 5.400** Kinder und Jugendliche **mit gravierenden Verhaltensauffälligkeiten** ohne eine sichere stationäre Behandlungsindikation **in einer stationären psychiatrischen Einrichtung untergebracht worden**. Die Anzahl entspricht rd. 11,5% der in Kap. 4.3.1 ermittelten Gesamtzahl der rd. 47.000 Kinder und Jugendlichen, die im Untersuchungszeitraum in der BRD erstmals in ein Fachkrankenhaus oder eine Fachabteilung für Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgenommen worden sein könnten.

Für eine Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die lediglich **aufgrund ihrer geistigen bzw. mehrfachen Behinderung** ohne eine gleichzeitig bestehende psychische Erkrankung in stationären Einrichtungen der Psychiatrie der BRD untergebracht gewesen sein könnten, muss vor allem der Personenkreis der länger dort hospitalisierten jungen Menschen in Betracht gezogen werden. Ein längerfristiger Verbleib kann, entsprechend den Aufstellungen in Kap. 4.3.1, ab einer mittleren Aufenthaltsdauer von 1,5 Jahren bis über 10 Jahren angenommen werden. Dieses traf auf rd. 17.200 junge Patientinnen und Patienten zu. Nach den Befunden der Sachverständigen-Kommission der Psychiatrie-Enquête (Deutscher Bundestag – 7. Wahlperiode – Drucksache 7/4200, 1975) war bei über 70% aller klinischen Behandlungsfälle die Diagnose „einer Schwachsinnform“ gestellt worden.

Es erscheint damit die Annahme gerechtfertigt, dass die stationäre Unterbringung bei mindestens 50% der langfristig in den Kliniken lebenden 17.2000 Kinder und Jugendlichen nicht primär auf der dafür erforderlichen stationären Behandlungsindikation einer schwerwiegenden psychischen Erkrankung sondern auf einer „Fehlleitung“ beruhte, welche ihnen die aufgrund ihrer geistigen Behinderung angezeigte Betreuung und Förderung in einer geeigneten Behinderteneinrichtung verwehrt hatte. Bei Anwendung der geschätzten Prozentzahl (Berechnung: $17.200 \cdot 0,50 = 8.600$) ergibt sich die Gesamtzahl von **rd. 8.600** Mädchen und Jungen sowie weiblichen und männlichen Jugendlichen **mit geistiger und mehrfacher Behinderung, die während des Untersuchungszeitraumes in der BRD** von einer solchen „Fehlleitung“ in eine stationäre Einrichtung der Psychiatrie betroffen gewesen sein könnten.

7.3 „Fehlleitung“ in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR

Bezieht man sich zur Schätzung der Größenordnung einer möglichen „Fehlleitung“ von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen **in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe** in der DDR, bei denen orientiert am „IQ-Kriterium ≥ 69 “ (s. Kap. 4.1.2) allenfalls eine Lernbehinderung mit entsprechender Sonderschulbedürftigkeit bestand, auf den für die BRD ermittelten Prozentsatz von 23%, hätte das in dem für die **DDR** definierten 42-jährigen Untersuchungszeitraum **rd. 5.500** der insgesamt rd. 23.700 in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie untergebrachten Minderjährigen betroffen (Berechnung: $23.700 \cdot 0,23 = 5.451$).

7.4 Schätzungen zur möglichen „Fehlleitung“ in stationäre Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR

In der Jugendhilfe der DDR hatte nach den Ausführungen von Dreier & Laudien (2012) die Differenzierung von „Normalheimen, Spezialheimen und Durchgangsheimen“ bis zu ihrem Ende Bestand. Wie in Kap. 3.1.2 dargestellt, bestimmte die Unterscheidung zwischen „normal- und schwererziehbar“ als weitgehend einziges Kriterium die Form der einzuleitenden Heimbetreuung. Die Erziehungsmaßnahme zielte sowohl in den Normalheimen, in denen „wesentlich mehr Kinder und Jugendliche lebten als in allen anderen Einrichtungen“, genauso wie in den „Spezialkinderheimen“ und „Jugendwerkhöfen“, in die „schwererziehbare und straffällige Jugendliche sowie schwererziehbare Kinder eingewiesen wurden“, sowie im „Kombinat der Sonderheime“ auf die politisch angestrebte Einordnung der verhaltensauffälligen jungen Menschen in das sozialistische Kollektiv. Die Betreuung in den Spezialkinderheimen der DDR habe die Umerziehung der dort Untergebrachten als einen „*speziellen Fall der Kollektiverziehung*“ zum Ziel gehabt. *„Die Heime unterschieden sich deshalb nicht in pädagogischer Hinsicht, sondern durch Stufen des Einordnungszwanges, der Entschiedenheit der Umsetzung des Geforderten, der Grade der Beteiligung des Einzelnen“* (Dreier & Laudien, 2012, S. 74).

In der statistischen Zusammenstellung ihrer jeweils auf den Jahresdurchschnitt bezogenen Berechnungen ermittelten Laudien & Sachse für den Gesamtzeitraum von 1949 bis 1990 in der DDR die Einweisung von 135.000 Kindern und Jugendlichen in Spezialkinderheime und Jugendwerkhöfe. Die *„vier Sonderheime hatten schätzungsweise 2.500 Minderjährige durchlaufen“* (Laudien & Sachse, 2012, S. 280 - 282). Man wird davon ausgehen können, dass der Personenkreis der damit insgesamt 137.500 Minderjährigen, die in der DDR wegen „Schwererziehbarkeit“ in den genannten Spezialheimen untergebracht worden waren, in wesentlichen Merkmalen den in der BRD als „unerziehbar“ bezeichneten Kindern und Jugendlichen entsprach. Nimmt man ferner an, dass der für die BRD errechnete Prozentsatz von **11,5%** der Betroffenen, die aufgrund „mangelnder Erfolgsaussicht“ durch pädagogische Maßnahmen wegen „geistiger und seelischer Regelwidrigkeiten“ in eine stationäre Einrichtung der Psychiatrie eingewiesen worden sein könnten, mindestens auch für die entsprechende Population in der DDR zugetroffen hätte, ergibt sich die folgende Berechnung: $116.200 \cdot 0,115 = 13.363$. Danach könnten sich **rd. 13.400 Mädchen und Jungen sowie weibliche und männliche Jugendliche** eher infolge einer unzureichenden erzieherischen Erreichbarkeit als aufgrund einer primären psychiatrischen stationären Behandlungsindikation **in einem Fachkrankenhaus oder in einer stationären Fachabteilung der Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie** befunden haben und damit dorthin „**fehlgeleitet**“ worden sein. Die Anzahl entspricht mit **rd. 13%** nahezu dem für die BRD ermittelten Prozentsatz.

Wohl noch stärker und länger als in den westdeutschen Bundesländern gab es auch nach der deutschen Wiedervereinigung über Jahre hinaus keinen Konsens über das Aufgabengebiet der KJP im Verhältnis zur Erziehungshilfe, worauf bereits die Expertengruppe des Berichts „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ (1991) hingewiesen hatte.

Da **geistige Behinderung** abhängig vom Schweregrad ihrer Ausprägung, jedoch weniger abhängig vom Vorliegen einer zusätzlichen psychischen Erkrankung, auch als psychiatrisches Krankheitsbild verstanden wurde, verblieben die bei ihrer Erstaufnahme nicht selten noch sehr jungen Patienten dann ohne zeitliche Befristung in der Klinik, wenn eine hinreichende soziale Integrationsfähigkeit nicht erreicht wurde. Das Vorgehen war auch deshalb unvermeidbar, weil alternative stationäre Betreuungsmöglichkeiten nur unzureichend verfügbar waren. So lebten, ähnlich wie in der BRD in den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen, geistig behinderte und psychisch kranke Kinder und Jugendliche

zusammen, die häufig nicht als krankenhausbearbeitungsbedürftig einzuschätzen waren und in anderen, geeigneteren Einrichtungen hätten behandelt und betreut werden können.

Auch Barsch kommt nach seiner Analyse der Verhältnisse in der DDR zu der Bewertung: „*Somit haben Menschen unter schlechten Bedingungen in psychiatrischen Einrichtungen*“ gelebt, „*ohne dass dafür medizinische Indikationen vorlagen*“ (Barsch, 2013, S. 217).

Bei der Begehung mehrerer Großeinrichtungen im Rahmen des "Enthospitalisierungsprogramms" der Bundesdirektorenkonferenz psychiatrischer Krankenhäuser (s. Kap. 6.2) fanden sich in bisweilen beträchtlicher Größenordnung weibliche und männliche Patienten bzw. Bewohner, für die eine Indikation zu einer stationären psychiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikbehandlung nicht bzw. nicht mehr festzustellen war. Vielmehr hatte der langjährige Verbleib geistig und auch psychisch behinderter Menschen, die nach ihrer Klinikaufnahme im Kindes- oder Jugendalter häufig bereits längst das Erwachsenenalter erreicht hatten, dazu geführt, dass nach bereits damals geltender fachlicher Überzeugung eine vielfach sicher mögliche Förderung zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit und zur Verbesserung der sozialen Teilhabe der Betroffenen unterblieben war. Die nach der Überleitung in entsprechende Fördermaßnahmen, Wohn- und Betreuungsformen oft sichtbar werdenden massiven Entwicklungsfortschritte der vormals als nicht förderbar eingestuften Betroffenen konnte der Autor selbst bei einer Vielzahl späterer Begutachtungen eindrucksvoll erleben.

Für eine Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die ohne das (Fort-)Bestehen einer stationär behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung lediglich aufgrund ihrer **Behinderung in stationären Einrichtungen der Psychiatrie der DDR** untergebracht gewesen sein könnten, muss wie in der BRD, vor allem die längerfristige Aufenthaltsdauer der Patientinnen und Patienten herangezogen werden. Entsprechend den Aufstellungen in Kap. 4.3.2 waren für den 42-jährigen Untersuchungszeitraum in der DDR rd. 31.800 Behandlungsfälle mit Verweildauern zwischen 1,5 und mehr als 10 Jahren ermittelt worden. Das entsprach einem Prozentsatz von rd. 16% ($31.800 \cdot 100 \div 196.000 = 16,2$) der insgesamt errechneten 196.000 **Behandlungsfälle** (s. Kap. 4.3.2).

Die Expertengruppe des Berichts zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen **DDR** (Bundesminister für Gesundheit) hielt 1991 „ein Drittel bis zwei Drittel“ (im Mittel 50%) der in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der DDR untergebrachten minderjährigen Patientinnen und Patienten mit Behinderung nach den zum Untersuchungszeitpunkt gültigen Kriterien für „fehlplatziert“.

Wendet man die Einschätzung der Expertengruppe auf die in Kap. 4.3.2 ermittelten 103.900 jungen Menschen an, die zwischen 1949 und 1990 in der **DDR** erstmals in eine stationäre Einrichtung der Psychiatrie aufgenommen worden und dort längerfristig verblieben sein könnten, resultiert daraus (Berechnung: $103.900 \cdot 0,16 \cdot 0,50 = 8.312$) die Gesamtzahl von **rd. 8.300 Kindern und Jugendlichen mit Behinderung, die von einer „Fehlleitung“ in stationäre Einrichtungen der Psychiatrie** (Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen und Theoretische Institute) betroffen gewesen wären. Für sie wäre dadurch die aufgrund ihrer Behinderung angezeigte fachliche Betreuung in einer geeigneten Einrichtung der Behindertenhilfe unterblieben.

Zur Frage der Verantwortlichkeit wies die Expertengruppe allerdings auch darauf hin, dass „*bei der Verwendung des Begriffes ‚Fehlplatzierung‘ zu berücksichtigen*“ sei, „*daß bisher andere Aufgabendefinitionen und Kostenzuständigkeiten galten und die ‚Fehlplatzierung‘ durch eine Veränderung der Kriterien entsteht. Bisher war das Psychiatrische Krankenhaus nicht nur für die Behandlung zuständig, sondern auch ein Ort zum Leben auf Dauer für Personen, die sonst (mit den*

vorhandenen Hilfen vor Ort) nicht auskamen; nicht nur chronisch kranke psychisch behinderte Kranke und Behinderte Menschen, mehrfach geschädigte suchtkranke Menschen, psychisch gestörte alte Menschen, sondern auch in großer Zahl geistig behinderte Kinder und Erwachsene (bis hin zu schwerhörigen und gehörlosen Kindern ohne psychische Krankheiten)“ (Bundesminister für Gesundheit, 1991, S. 14 - 15).

7.5 Abschließende Bemerkung

Nach den vorgenommenen Schätzungen könnten somit **im Untersuchungszeitraum in der BRD rd. 25.600 Kinder und Jugendliche** (Berechnung: $11.600 + 5.400 + 8.600 = 25.600$) **von der „Fehlleitung“ in eine Einrichtung der Behindertenhilfe bzw. der Psychiatrie betroffen gewesen sein. In der DDR** könnte dieses für **rd. 27.200 Kinder und Jugendliche** (Berechnung: $5.500 + 13.400 + 8.300 = 27.200$) gelten.

Die Ergebnisse sind allerdings, nicht zuletzt im Hinblick auf die überproportionale Differenz der festgestellten Unterbringungszahlen in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie in der BRD und in der DDR, mit einer erheblichen Fehlerwahrscheinlichkeit behaftet.

Unter der Annahme, dass universitäre und psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtungen die Personengruppen allenfalls kurzfristig zu betreuen gehabt haben könnten, wurden diese Kliniken nicht in die Berechnungen zur Schätzung möglicher „Fehlleitung“ einbezogen.

Gegenüber den in der Machbarkeitsstudie berücksichtigten Zeiträumen haben sich die Bedingungen der stationären Betreuung und Förderung von jungen Menschen mit Behinderung genauso wie die klinischen Behandlungsmöglichkeiten der KJPP in abgestimmter Kooperation mit den weiterentwickelten ambulanten Versorgungsstrukturen deutlich verbessert. Es kann davon ausgegangen werden, dass die in den untersuchten Zeiträumen festgestellte Problematik der „Fehlleitung“ in der heutigen Versorgungspraxis nicht mehr besteht. Spätestens nach dem inzwischen erfolgten Abschluss der Maßnahmen zur „Enthospitalisierung“ behinderter und nicht (bzw. nicht mehr) stationär behandlungsbedürftiger Personen aus den stationären Einrichtungen der Psychiatrie, die in der DDR erst seit der Wiedervereinigung einsetzten, und seit der erheblichen Abnahme der durchschnittlichen klinischen Verweildauer in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie bzw. in der heutigen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie auf weniger als 40 Tage, dürften die erforderlichen Korrekturen der damaligen „Fehlleitung“ und die Überleitung der Betroffenen in angemessene Betreuungsformen erfolgt sein.

Das gilt auch für Personen, die in den untersuchten Zeiträumen trotz einer, nach den obigen Kriterien definierten, nicht sicher bestehenden geistigen oder mehrfachen Behinderung in **stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe** „fehlgeleitet“ worden waren. Die heutige qualifizierte Versorgung basiert wesentlich auf der vorangeschrittenen Intensivierung der fachlichen Kooperation der Institutionen, die für die gesunde und sozial gelingende Entwicklung von Kindern und Jugendlichen Verantwortung tragen, erst recht dann, wenn sie unter den Folgen psychischer Krankheit und erheblichen Beeinträchtigungen ihrer körperlichen und geistigen Entwicklung zu leiden haben.

Andererseits kann nicht ausgeschlossen werden, dass Frauen und Männer noch immer von den Folgen der damaligen „Fehlleitung“ in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe betroffen sind, wenn ihnen aufgrund mangelnder Korrektur des fachlichen Selbstverständnisses der sie betreuenden Einrichtung

weiterhin eine mögliche Entwicklung ihrer Persönlichkeit, Bildung und Teilhabefähigkeit verwehrt würde. Bei diesen müsste dann allerdings auch befürchtet werden, dass sie aufgrund des damit verbundenen langjährigen sozialen Anpassungsprozesses im Sinne einer „gelernten Hilflosigkeit“ nur sehr eingeschränkt dazu in der Lage wären, das Unrecht der mangelnden Achtung des ihnen zustehenden, und heute uneingeschränkt anerkannten, Anspruchs auf Selbstbestimmung und fachliche Unterstützung zu reflektieren und als Erfahrung von dadurch verursachtem Leid realisieren zu können.

8. Entwicklung von Strategien zur präzisen Ermittlung der Anzahl der Betroffenen

8.1 Zur präzisen Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Untersuchungszeiträumen in der BRD und in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie untergebracht waren

Die in der Machbarkeitsstudie vorgelegten Schätzungen zur Anzahl der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie und der in ihnen vorgehaltenen Plätze/Betten für Kinder und Jugendliche in beiden Teilen Deutschlands können als belastbar angesehen werden. Während für den 42-jährigen Untersuchungszeitraum in der DDR neben Querschnitterhebungen auch Zeitreihen zur Verfügung standen oder über regelmäßige Jahrgangserhebungen gebildet werden konnten, war das in dem zu berücksichtigenden 27-jährigen Zeitraum für die BRD nicht der Fall. Obwohl eine relativ präzise Aufstellung über die vorhandenen Klinik- und Heimeinrichtungen aufzufinden war, mussten, für einen allerdings kleineren Bereich, auch Anteilsberechnungen einbezogen werden.

Zur Schätzung der Zahlen der in den stationären Einrichtungen untergebrachten Mädchen und Jungen sowie weiblichen und männlichen Jugendlichen wurden ausgehend von Stichtagserhebungen und Jahresberichten Hochrechnungen vorgenommen. Diese stützten sich unter Bezug auf den jeweiligen Altersbereich der Kinder und Jugendlichen auf amtliche Bevölkerungs- und Geburtsstatistiken. Zudem kamen Berechnungen auf der Basis von wissenschaftlich ermittelten Prävalenzraten und jährlichen Aufnahmeschätzungen in die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zur Anwendung.

Den vorhandenen Statistiken über die psychiatrischen Kliniken und Abteilungen konnten zwar relativ exakte Angaben über jährliche Behandlungsfälle und durchschnittliche jährliche Verweildauern entnommen werden. Angesichts der in nicht geringem Umfang mehrjährigen Aufenthaltsdauer der Betroffenen waren jedoch auch hier Schätzungen bezüglich der in den Behandlungsfällen „enthaltenen“ Personenzahlen erforderlich. Hierfür wurden die Erkenntnisse qualifizierter Fachberichte herangezogen.

Zu einer weiteren Präzisierung der gewonnenen Patientenzahlen könnte eine Aufsummierung von jahrgangbezogenen Stichtagserhebungen beitragen, die vor allem die frühen Nachkriegsjahre betreffen. Nach den Mitteilungen der Länder können diese auf der Basis der ihnen vorliegenden administrativen Angaben solche Daten jedoch vermutlich weiterhin nur sehr eingeschränkt zur Verfügung stellen (s. Kap. 2.1 bis 2.3). Nach der politischen Wiedervereinigung Deutschlands ist es zu erheblichen Veränderungen in den gesetzlichen und institutionellen Zuständigkeitsregelungen gekommen. Um weitere Erkenntnisse gewinnen zu können, erscheint daher am ehesten ein auf stationären Einrichtungen und Träger bezogenes Vorgehen geeignet.

Für eine genauere jahresbezogene Berechnung der Bettenzahlen in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie kommt die Auswertung von noch vorhandenen Jahresberichten und Statistiken in den Krankenhausarchiven sowie Landes- bzw. Staatsarchiven in Betracht. Diese müssten, soweit sie für die Untersuchungszeiträume verfügbar sind, in den einzelnen Bundesländern eingesehen werden.

Die tatsächlichen absoluten Fallzahlen der in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie untergebrachten jungen Menschen würden sich jedoch nur ermitteln lassen, wenn für die Untersuchungszeiträume differenzierte Aufnahmezeitpunkte und Aufenthaltsdauern in den Kliniken bekannt wären. Hierfür wäre die Einsichtnahme in personenbezogene Krankenakten erforderlich. Ein solches Vorhaben hätte sowohl den möglichen Einwilligungsvorbehalt der Betroffenen bzw. datenschutzrechtliche Einschränkungen als auch archivarische Regelungen und bestehende Aufbewahrungsfristen der Bundesländer zu berücksichtigen.

Im „Aktualisierten DKG-Leitfaden - Aufbewahrungspflichten und -fristen von Dokumenten im Krankenhaus - Stand: Mai 2011“ wird „unter Zugrundelegung der berufsrechtlichen Regelung“, nach welcher „ärztliche Aufzeichnungen mindestens 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren sind (§ 10 Abs. 3 MBOÄ 1997 Stand 2006), [...] unter Berücksichtigung der Verjährungsfristen des Bürgerlichen Gesetzbuches aus Beweissicherungsgründen jedoch grundsätzlich eine Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren“ empfohlen. Es sei zu beachten, „dass die im Rahmen des Leitfadens genannten Aufbewahrungsfristen lediglich gesetzliche Mindestangaben darstellen. In Einzelfällen kann auch eine längere Aufbewahrungsfrist in Frage kommen“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2011, S. 3).

So wurden etwa in Baden-Württemberg „Empfehlungen zur Aussonderung und Bewertung von Patientenakten der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser erarbeitet, die durch einen Erlaß des Sozialministeriums vom 23. November 1995 in Kraft gesetzt wurden. Damit war das Ziel erreicht, auch für die nach 1945 entstandenen Unterlagen eine Regelung zu treffen. Die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser wurden angewiesen, nach den Empfehlungen zu verfahren und alle Krankenakten, die bis zum 31. 12. 1965 entstanden sind, dem zuständigen Staatsarchiv anzubieten. In dem Erlaß ist auch klargestellt, daß für die zu Zentren der Psychiatrie umgestalteten Landeskrankenhäuser weiterhin nach den im Landesarchivgesetz festgelegten Bestimmungen die Staatsarchive zuständig sind. Denn nach §8 LArchG müssen sie als rechtsfähige Anstalten des öffentlichen Rechts, die der Aufsicht des Landes unterstehen, auch zukünftig alle Unterlagen, die sie für ihre Aufgabenerfüllung nicht mehr benötigen, dem zuständigen Staatsarchiv anbieten, sofern sie kein eigenes Archiv einrichten, das nach einer Feststellung der Landesarchivdirektion den archivfachlichen Ansprüchen in baulicher, einrichtungsmäßiger und personeller Hinsicht genügt, oder mit Zustimmung der Landesarchivdirektion eine Gemeinschaftseinrichtung oder ein anderes Archiv für die Archivierung nutzen. Da keine der Anstalten von den genannten alternativen Möglichkeiten Gebrauch macht, besteht die Anbietungspflicht an das Staatsarchiv nach wie vor. [...] Die PLKs geben in regelmäßigen Abständen [...] alle Patientenakten, die älter als 30 Jahre sind, als Unterlagen von bleibendem Wert zur dauernden Aufbewahrung an das zuständige Staatsarchiv ab. Alle übrigen Patientenakten verbleiben beim Psychiatrischen Krankenhaus, solange sie für die Zwecke des PLKs noch benötigt werden. Alle Akten von Patienten, deren Familiennamen mit den Buchstaben D, O und T beginnt, werden in den Staatsarchiven als repräsentative Stichprobe archiviert. Erläuterung: Auf dem Karlsruher Archivtag waren vonseiten der Medizinhistoriker und Ärzte entsprechende Auswahlverfahren grundsätzlich als denkbar für die Archivierung angesehen worden. [...] Darüber, daß eine Vollarchivierung für die nach 1945 entstandenen Akten nicht erforderlich ist, bestand innerhalb der Arbeitsgruppe nach eingehender Diskussion Konsens. Die meisten Registraturen der PLKs beruhen, wie die landesweite Umfrage ergeben hatte, auf dem Personalalphabet, sei es in der Ablage selbst, sei es vom Zugriff her. Die Buchstabenauswahl erschien insofern als besonders geeignet für eine Klumpenauswahl. Die gewählten Buchstaben liegen in Baden-Württemberg im allgemeinen einer Buchstabenauswahl (wenn dieses Verfahren Anwendung findet) zugrunde“ (Kretzschmar, 1997, S. 348 - 350).

Es wäre für die einzelnen Bundesländer zu prüfen, ob und inwieweit die dort geltenden Bestimmungen zur Aufbewahrung von Patientenunterlagen den erforderlichen Rückgriff auf Zeiträume von 40 bis 67 Jahren (BRD) bzw. von 25 bis 67 Jahren (DDR), unter Beachtung der geltenden datenschutzrechtlichen Vorgaben und Sperrfristen, erlauben würden. Sollte das möglich sein, käme angesichts einer vermutlich nicht möglichen Vollerhebung über alle stationären Einrichtungen der Psychiatrie, ähnlich wie im zitierten Beispiel der repräsentativen Archivierung der Krankenakten in Baden-Württemberg, die Bildung von repräsentativen „Klumpenstichproben“ in Betracht. Bei einem solchen Vorgehen könnte, jeweils getrennt für die Untersuchungszeiträume in den westdeutschen und ostdeutschen Bundesländern, nach dem Zufallsprinzip eine Anzahl von stationären Einrichtungen (in Form sog. „Klumpen“) ausgewählt werden, für die archivierte Krankenunterlagen behandelter Kinder und Jugendlicher vorliegen. In die konkrete Auswertung wären dann alle archivierten Krankenunterlagen der ausgewählten Kliniken einzubeziehen. Die gewonnenen Untersuchungsergebnisse könnten in dem Maß als repräsentativ angesehen werden, als die ausgewählten Kliniken in ihren Binnenstrukturen denen der jeweiligen Grundgesamtheiten der stationären Einrichtungen der Psychiatrie („Klumpen“) entsprechen, in denen Minderjährige während der Untersuchungszeiträume in der BRD bzw. in der DDR untergebracht worden waren. Diese wurden in den vorgelegten Erhebungen der Machbarkeitsstudie mit der Aufteilung in „Fachkrankenhäuser, Fachabteilungen, Fachabteilungen an Universitäten und Theoretischen Instituten“ dargestellt und als Grundlage für die Berechnung von Behandlungs- und Fallzahlen ermittelt (s. Kap. 4.3).

Bei einer eventuellen Teilerhebung über die stationären Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab dem Jahr ihrer jeweiligen Gründung, könnte bei entsprechender Kooperationsbereitschaft der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. die Bildung der benötigten Stichprobe in Abstimmung mit dieser vorgenommen werden.

Mit hoher Wahrscheinlichkeit wäre ein auf Behandlungsberichten basiertes Verfahren aufgrund der in der Regel dort weniger detaillierten Dokumentation nicht auf den Bereich der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe zu übertragen. In Anlehnung an das Vorgehen von Laudien & Sachse (2012, S. 278 ff), die für die Schätzung der Anzahl der zwischen 1949 und 1989 in Heimeinrichtungen der Jugendhilfe in der DDR untergebrachten jungen Menschen die jährliche Anzahl der „Beschlüsse zur Heimeinweisung“ herangezogen und mit den für definierte Zeitabschnitte festgestellten bzw. geschätzten Kapazitäten der vorgehaltenen Heime in Beziehung gesetzt hatten, könnte geprüft werden, ob zumindest für einzelne Jahrgänge Einweisungsunterlagen bzw. -statistiken in den Archiven der zuständigen Behörden der überregionalen Behinderten- und Sozialhilfe eingesehen werden können, die über die Anzahl der erfolgten Einweisungsentscheidungen in stationäre Einrichtungen der Behindertenhilfe Auskunft geben.

Sollten solche Jahresstatistiken, die ebenfalls bereits an Landes- und Staatsarchive weiter gegeben worden sein können, nur in einem Teil der Bundesländer verfügbar sein, könnten, getrennt für die westlichen und östlichen Bundesländer, Stichproben in der beschriebenen Form gebildet und ausgewertet werden. Um die notwendige Repräsentativität einer solchen Erhebung zu erreichen, kommt ein mehrstufiges Vorgehen in Betracht. In einer ersten „Klumpenstichprobe“ würden aus dem Gesamt aller Behörden, für welche archivierte Entscheidungsdaten eingesehen werden können, Stichproben gebildet. In einem zweiten Schritt wären die Einweisungsentscheidungen dieser Behörden sowohl unter Bezug auf die versorgten Kinder und Jugendlichen, ihre Behinderung und Alterszugehörigkeit als auch im Hinblick auf die gewählte stationäre Einrichtung der Behindertenhilfe zu beschreiben. Zur Beurteilung der Plausibilität der so gewonnenen Daten könnten die in der vorgelegten Machbarkeitsstudie dargestellten Versorgungsstrukturen herangezogen werden (s. Kap. 4.2).

Schließlich kann eine verbesserte Datenlage zu jahrgangsbezogenen Betreuzahlen mit der Auswertung weiterer Jahresberichte vor allem von kirchlichen Trägern der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe erwartet werden. Hierfür stehen z.B. die Bibliothek des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung und das Archiv des Deutschen Caritasverbandes zur Verfügung.

Die in der Machbarkeitsstudie nur orientierend vorgenommene Schätzung von Kindern und Jugendlichen in psychotherapeutischen und psychosomatischen Klinikeinrichtungen in den Untersuchungszeiträumen ab 1949 könnte vermutlich durch Erkenntnisse der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ) präzisiert werden. Hierzu wären Arbeiten im Archiv der DGKJ zur Untersuchung stationärer pädiatrischer Einrichtungen aufzunehmen, in welchen in den Untersuchungszeiträumen psychotherapeutisch-psychosomatische Stationen betrieben wurden. Die Historische Kommission der DGKJ ist derzeit mit der Aufarbeitung der Thematik „Kindergesundheit nach 1945 – Zur Zeitgeschichte der Kinderheilkunde in der Bundesrepublik und der DDR“ befasst (DGKJ, Abfrage 16.10.2015). Bei der psychosomatischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen besteht und bestand mit hoher Wahrscheinlichkeit bereits zur damaligen Zeit eine große Nähe zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und dem Fachgebiet der Pädiatrie.

8.2 Zur präzisen Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Untersuchungszeiträumen in der BRD und in der DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben

Die in dieser Studie vorgenommene Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der BRD sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der ehemaligen DDR in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie Leid und Unrecht erfahren haben könnten, basiert u.a. auf den in Kap. 6 zusammengestellten Bewertungen, die von Expertengruppen und Forscherteams nach geschichtlichen Aufarbeitungen von Lebens- und Betreuungsstrukturen vorgenommen wurden. Abgeschlossene Studien, die vielfach auf lebensgeschichtlichen Interviews mit Zeitzeugen beruhen, liegen z.B. für die folgenden Einrichtungen vor:

- das Sankt Vincenzstift Aulhausen (Frings, 2013),
- das Johanna-Helene-Heim in Volmarstein (Schmuhl & Winkler, 2013),
- das Franz Sales Haus (Frings, 2012),
- die Kreuznacher Diakonie (Winkler, 2012);
- die Diakonische Stiftung Wittekindshof (Schmuhl & Winkler, 2012) und
- die Behindertenhilfe der Diakonie Neuendettelsau (Winkler & Schmuhl, 2014).

Weitere historische Aufarbeitungen der Geschehensabläufe können zu einer Präzisierung der in Kap. 6 vorgenommenen Aufstellung möglicher Leid- und Unrechtserfahrungen beitragen. Eine Fortführung der Faktenanalyse dürfte nicht nur für Präzisierung der qualitativen Aspekte sondern auch für die Einschätzung des quantitativen Umfangs der Problematik von Bedeutung sein.

Als ein gelungenes Beispiel eines solchen Vorhabens kann die „**CBP-Studie Heimkinderzeit in der katholischen Behindertenhilfe und Psychiatrie 1949 – 1975**“ (s. auch Kap. 2. 4) gelten, deren Veröffentlichung in Buchversion für das Frühjahr 2016 vorgesehen ist. In der fundierten sozialwissenschaftlich-historischen Studie soll „*erstmalig ein Überblick im größeren Rahmen zur Situation*

von Jungen und Mädchen mit Behinderungen gegeben werden, die im Zeitraum von 1949 – 1975 in katholischen Einrichtungen der Behindertenhilfe in Westdeutschland gelebt haben“.

Die Ergebnisse der Untersuchung leisten einen wichtigen Beitrag sowohl zur Präzisierung qualitativer als auch der quantitativer Bewertungen von Leid- und Unrechtserfahrungen von Frauen und Männern, die vor ihrem 21. Lebensjahr in Einrichtungen der stationären Behindertenhilfe, in einem sehr kleinen Umfang auch in stationären Einrichtungen der Psychiatrie, in der BRD betreut worden sind. Darüber hinaus ergibt das aufwendige Design der Studie, deren Befunde im Folgenden ausschnittsweise vorgestellt werden, wertvolle Hinweise für ein verlässliches methodisches Vorgehen bei dem Bemühen, Menschen mit Behinderung dazu zu befähigen, aus ihrem subjektiven Erleben heraus über die eigene problematische und vielfach hoch belastete Lebensgeschichte zu berichten.

Der Autor ist dem Geschäftsführer Herrn Th. Hinz genauso wie Frau Prof. Dr. A. Siebert und Frau L. Arnold zu nachdrücklichem Dank für ihre Bereitschaft verpflichtet, in den noch vorläufigen, unveröffentlichten Abschlussbericht der Studie Einblick nehmen zu können. Die Autorinnen betonen, dass die gewonnenen *„Ergebnisse begrenzt sind auf damalige Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen und Behinderungen, die aktuell in Mitgliedereinrichtungen des Fachverbandes Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e.V. (CBP) wohnen“*. Mit dem entwickelten Studiendesign sollte auf der Grundlage qualitativ erhobener und interpretierter Daten eine Darstellung *„der damaligen Gegebenheiten“* der Heimbetreuung bzw. Heimerziehung *„aus Bewohnerperspektive“* ermöglicht werden. In einem zweiten Schritt werden die so gewonnenen Befunde auf der *„Basis einer standardisierten Abfrage“* quantifiziert (Siebert & Arnold, 2016, S. 6 - 7).

In der historischen Vorstudie des Untersuchungsprojekts entwirft U. Kaminsky *„eine notwendig unvollständige Skizze“* zur *„Geschichte der katholischen Behindertenhilfe“*. Danach *„beherrschten die konfessionellen Verbände“* nach der Aufstellung von April 1965 *„das Feld der Heime für Kinder und Jugendliche mit Behinderung zu 95 Prozent.“* Der *„Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV) und das Deutsche Rote Kreuz (DRK) besaßen mit insgesamt 715 Heimplätzen nur eine marginale Bedeutung. Gerade im direkten Vergleich mit der Inneren Mission (IM) schnitt die Caritas nach eigener Einschätzung allerdings sehr schlecht ab. So hatte der evangelische Verband der Heilerziehungs-, Heil- und Pflegeanstalten in 45 Einrichtungen 9.730 Plätze für Kinder und Jugendliche vorzuweisen und der katholische Bereich in 35 Einrichtungen nur 5.435. Die katholischen Einrichtungen lagen vor allem in NRW, Bayern und Baden-Württemberg. In Bundesländern wie Berlin, Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein waren keine katholischen Einrichtungen für Kinder- und Jugendliche mit Behinderungen verzeichnet“* (Siebert & Arnold, 2016, S. 30).

Nach dieser Auflistung, in welcher der Anteil der konfessionellen gegenüber anderen Trägern noch höher ausfiel als z. B. in den in Kap. 4.2.1.6 diskutierten Angaben, errechnen sich 15.880 Plätze, die Mitte der sechziger Jahre in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD vorgehalten worden wären. Unter Hinzurechnung der in der vorliegenden Machbarkeitsstudie für den gleichen Untersuchungszeitraum von 1949 – 1975 in der BRD geschätzten Gesamtzahl von möglichen 30.024 Neuaufnahmen (s. Tab. 4-3) entspricht die sich daraus ergebende Anzahl von insgesamt rd. 45.900 (15.880 + 30.024 = 45.904) auf diesen Plätzen versorgten jungen Menschen in deutlicher Annäherung den in Kap. 4.2 vorgenommenen eigenen Schätzungen.

Im Anschluss diskutiert Kaminsky die vom Deutschen Caritasverband durchgeführten Erhebungen, die ab 1966 mit hohen Wachstumsziffern deutlich höhere Platzzahlen für Kinder und Jugendliche in stationären katholischen Einrichtungen für geistig behinderte Menschen ausgewiesen hatten. Bei der Bewertung des

Befundes betont der Autor, dass „*der Hintergrund dafür offenbar in Doppelzählungen*“ und in einer mangelhaften Unterscheidung von stationären, teilstationären und offenen Betreuungsformen liegen könnte. Er zitiert Huber, nach dessen Analyse Plätze „*im Wohnbereich, in der Werkstatt für Behinderte und in Schulen bzw. Kindergärten gemeinsam gezählt*“ worden sein könnten. „*Die Differenzierung in der Förderung führte dazu, dass eine Person häufig zwei Plätze benötigte, z. B. einen im Wohnheim und einen in der Werkstatt*“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 49; Zitat aus Huber 1995: S. 12 f.¹). „*Dies war ein Umstand, der bereits seit dem Aufkommen der offenen Betreuungsformen wie Tagesstätten und besonders Werkstätten zu Beginn der 1960er Jahre galt. Anfänglich war er allerdings statistisch noch nicht allzu relevant, da die offenen Formen sich erst allmählich entwickelten. Allerdings wächst wohl die Unschärfe mit der Zeit, denn auch eine Subtraktion der Zahlen für die offenen Einrichtungen von den erhobenen Gesamtzahlen der Verbandsstatistiken kann nicht umstandslos erfolgen. Es entstehen immer mehr eigenständige offene Einrichtungen neben den bisherigen ‚Groß- bzw. Komplexeinrichtungen für geistig Behinderte‘. Sie versorgten auch eine eigenständige Klientel, die z.T. im Elternhaus untergebracht war*“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 49 - 50).

Im ersten Studienteil der CBP-Hauptstudie werden subjektive Alltags- und Gewalterfahrungen sowie „*Viktimisierungsprozesse*“ der Betroffenen in den Blick genommen und im Sinne eines „*methodisch kontrolliertes Fremdverstehens*“ analysiert. „*Im Rahmen dieser qualitativen Studie wurden 45 Personen in 36 Interviews interviewt. Im Material finden sich Erzählungen zu 20 verschiedenen Einrichtungen. Über die explorativen Beschreibungen und anschließende Kategorisierung konnten Dimensionen, Teildimensionen und Indikatoren für die Konstruktion des in Studienteil 2 verwendeten standardisierten Instruments ermittelt werden*“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 9).

Die Autorinnen betonen den Schwerpunkt ihres Untersuchungsansatzes, der „*klar das Ziel verfolgt, subjektive Sichtweisen von Betroffenen zu rekonstruieren*“. Es sei keine Akteneinsicht vorgenommen worden, weil „*auch diese Schriftstücke die subjektive Sicht der (ehemaligen) BewohnerInnen eingeschränkt hätte. Die Akten wurden damals wie heute vom Personal verfasst. Sie hätten also nicht zu einer subjektiven Sicht der BewohnerInnen geführt. Eine solche Akteneinsicht in die Studie einzubinden hätte von Beginn an ein völlig anderes Studiendesign erfordert. [...] Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive stellt die Konzentration auf Interviews kein großes Problem dar*“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 68).

Im Zentrum des „*zweiten Studienteils steht zum einen die valide Operationalisierung unterschiedlicher Gewalterfahrungen und Viktimisierungsprozesse. Zum anderen sollen institutionelle Rahmenbedingungen und Strukturen identifiziert werden, die Übergriffe und Gewalthandlungen begünstigt haben*“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 154).

Zur Frage der Stichprobengewinnung wurden die folgenden einschränkenden Erläuterungen formuliert: „*Um möglichst allgemeingültige Aussagen über das Aufwachsen in einer Einrichtung der katholischen Behindertenhilfe im Zeitraum von 1949 bis 1975 treffen zu können, müsste ausgehend von der Grundgesamtheit aller Personen, die im entsprechenden Zeitraum im Kindes- oder Jugendalter in einer solchen Einrichtung gelebt haben, eine repräsentative Zufallsstichprobe gezogen werden. Dies war aus mehreren Gründen im Rahmen der vorliegenden Studie nicht umsetzbar. So konnten [...] die dazu erforderlichen Statistiken über die einzelnen Einrichtungen der verschiedenen Vorgängerverbände des*

¹ Huber, N. (1995). Der Verband katholischer Einrichtungen für lern- und geistig behinderte Menschen. Anmerkungen zu seiner Geschichte. In: Kaspar, F. & Roth, N. (Hg.). *Lebensträume- Lebensräume. Behindertenhilfe zwischen Gestalten und Verwalten*. Freiburg, S. 11-24

CBP nur mit vergleichsweise großen Ungenauigkeiten erstellt werden. Ebenso unklar war außerdem der Aufenthaltsort derjenigen Personen, die damals im Kindes- oder Jugendalter in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderung gelebt haben, heute aber selbstständig leben. Hinzu kommt, dass sich auch die Anzahl der heute noch lebenden Personen, die im entsprechenden Zeitraum in einer Einrichtung der katholischen Behindertenhilfe aufgewachsen sind, nur mit großen Ungenauigkeiten schätzen lässt. Die vorliegenden Ergebnisse sind somit nicht repräsentativ und es ist daher nicht möglich auf Basis der Daten eine Gesamtzahl ‚betroffener Heimkinder‘ in Westdeutschland zu schätzen. Um die Ergebnisse der qualitativen Studie dennoch quantifizieren zu können, beschränkt sich die Fragebogenerhebung auf Personen, die damals wie heute in einer CBP-Mitgliedseinrichtung gelebt haben. Dadurch sind jedoch keine Aussagen über Personen möglich, die heute keinen Kontakt mehr zu einer Einrichtung der katholischen Behindertenhilfe haben“. Die Autorinnen betonen, dass die „Aussagen aus Studienteil 2 nicht hochgerechnet“ werden können, das müsse „ausdrücklich an dieser Stelle nochmals genannt werden - aber es liegt nahe, dass die Erfahrungen derer, die nicht zu Wort kommen konnten und wollten, keine grundlegend anderen gewesen sein können“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 162 u. 228).

Zur Konstruktion des den Studienteilnehmerinnen und Studienteilnehmern vorgelegten Frageninventars führen die Autorinnen aus, dass „neben einer validen Operationalisierung unterschiedlicher Gewalt- und Viktimisierungsprozesse [...] auch institutionelle Rahmenbedingungen und Strukturen erfasst werden sollten, die Übergriffe begünstigt haben. Dabei sollte sichergestellt werden, dass alle explorativ erfassten Gewaltformen und Schilderungen des qualitativen Studienteils in der Fragebogenerhebung quantifiziert werden. Dazu wurden zunächst alle transkribierten Interviews hinsichtlich relevanter Themenbereiche analysiert, um darauf aufbauend bereits publizierte Studien und Forschungsberichte nach Instrumenten und Items zu sichten, die im Rahmen von Forschungsprojekten zum Thema Gewalt und/oder Befragung von Menschen mit Behinderungen bereits mehrfach erprobt und angewendet wurden“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 154 - 156).

Es konnten die Befragungsergebnisse von 293 Betroffenen ausgewertet werden, die sich in „Face-to-Face-Befragungen“ persönlich geäußert hatten. Im Folgenden sind die wesentlichen Ergebnisse benannt:

„Mit insgesamt 265 StudienteilnehmerInnen hat die weit überwiegende Mehrheit damals gearbeitet (91,7%)“. Nur „die Hälfte der StudienteilnehmerInnen gibt an, für ihre Arbeit Lohn erhalten zu haben, wobei sich die Angaben von Frauen (40%) und Männern (67%) signifikant unterscheiden ($p < .01$)“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 173)

„Mit 201 Personen berichten 68% der Frauen und 72% der Männer“ von **physischer Gewalt**. Insgesamt haben damit „70% der TeilnehmerInnen über physische Gewalterfahrung in katholischen Einrichtungen der Behindertenhilfe im Untersuchungszeitraum Auskunft gegeben“ (Siebert & Arnold, 2016, 231). „Mit insgesamt 63 Nennungen wurden körperliche Sanktionen in Form von Schlägen am häufigsten genannt (35,2%), gefolgt von verbalen Schelten (25,1%). Mit 17,9% wurden sonstige Sanktionen, wie beispielsweise Barfuß in den Schnee stehen, an den Haaren Ziehen, in der Badewanne schlafen müssen oder auch lautes Vorlesen der Arbeitsnoten, am dritthäufigsten berichtet. Ein isolierter Zellenarrest wurde 22 Mal genannt, was 12,3% entspricht. 14 Mal wurde angegeben, dass kein Widerspruch möglich war und man sich stets an die Aufgaben und Regeln gehalten hat. [...] 58,4% aller StudienteilnehmerInnen berichten von Schlägen, Tritten oder Kniffen. 36,9% wurden daran gehindert wegzugehen bzw. eingesperrt und 34,8% geben an, mit Gegenständen verletzt worden zu sein. 19,5% berichten von körperlicher Bedrohung. 11,6% berichten von sonstigen Formen physischer Gewalt, wie z.B. dass zum Aufstehen kaltes Wasser über den Körper gegossen wurde, man zur Strafe auf dem Gang knien musste, über den Boden geschleift wurde oder ein nasses Handtuch um den Mund gebunden

bekam, um Schreie zu verhindern. Auf die Frage, wie oft ihnen mit Absicht wehgetan wurde, antworten 38% der StudienteilnehmerInnen, die physische Gewalt erlebt haben, mit beinahe täglich oder wöchentlich“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 173-174 u. S.185).

Für 33,2% aller TeilnehmerInnen war die Frage zu Mitbestimmungsmöglichkeiten bei medizinischen Behandlungen nicht gegeben, bei der Möglichkeit Medikamente abzulehnen traf dies auf 45,6% zu“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 174).

Bezüglich erlebter **sexueller Gewalterfahrungen** ergeben sich die folgenden Häufigkeiten: „Mit 28 Personen berichten 9,6% aller StudienteilnehmerInnen, dass sie sich gegen ihren Willen nackt ausziehen mussten. Von unfreiwilligen Küssen berichten 21 Personen, was 7,2% der StudienteilnehmerInnen entspricht. 12 Frauen und 8 Männer berichten von versuchter bzw. erfolgter Vergewaltigung. Bezogen auf alle StudienteilnehmerInnen entspricht das 6,8%. Insgesamt 10 Frauen und 2 Männer geben unter Sonstiges weitere Formen sexualisierter Gewalt an, so wurde u.a. von unfreiwilligen Aktaufnahmen im Wald und exhibitionistischen Handlungen einzelner Personen berichtet. Auf die Frage, wie oft sie diese Situationen erlebt haben, antworten rund 20% der betroffenen StudienteilnehmerInnen mit beinahe täglich oder wöchentlich. [...] Ausübende sexualisierter Gewalt waren mit 23 Nennungen am häufigsten MitarbeiterInnen der jeweiligen Einrichtung (40,4%), gefolgt von anderen Kindern oder Jugendlichen mit 19 Nennungen (33,3%). 11 StudienteilnehmerInnen berichten von sexualisierter Gewalt durch externe Personen (19,3%)“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 187).

Das Erleben von **psychischer Gewalt** bestätigten 60%. „49,8% aller StudienteilnehmerInnen berichten von Beleidigungen oder Beschimpfungen, 41,2% von Auslachen oder Nachahmung. 16,6% geben an, früher zu Unrecht kritisiert worden zu sein, 25,6% wurden mit Worten bedroht. 23,2 % berichten davon, dass hinter ihrem Rücken über sie gesprochen oder gelästert wurde. [...] Auf die Frage, wie oft ihnen mit Absicht wehgetan wurde, antworten 45,2% der StudienteilnehmerInnen, die psychische Gewalt erlebt haben, mit beinahe täglich oder wöchentlich“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 190 u. 194).

Die beschriebenen Gewaltanwendungen seien „weit über das damals erlaubte und übliche Maß hinaus“ gegangen. „Vieles müsste auch nach den Maßstäben der damaligen Zeit als Straftatbestand gelten“. Aus den Beschreibungen sei ersichtlich, „dass es sich oft um gewohnheitsmäßige, rohe und unbeherrschte Gewaltanwendung handelte“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 231).

Die Autorinnen beschließen ihre Analysen mit der Bewertung, dass „die überwiegende Mehrheit der Befragten nach eigenen Aussagen mit ihrer heutigen Lebenssituation zufrieden“ sei. Die Erlebnisse und Unrechtserfahrungen, welchen die Betroffenen in ihrer Kindheit und Jugend ausgesetzt waren, seien „jedoch inkorporiert, sie sind – nach Bourdieu – ‚Leib gewordene Geschichte‘. Die damaligen Geschehnisse - von der Einweisungspraxis in die Heime angefangen bis zur vermittelten Entwertung, als Kind mit Behinderung froh sein zu müssen, dass sich jemand seiner annimmt - haben den Rahmen mit gesteckt, in dem sich Menschen entwickeln konnten. [...] Durch fehlendes kulturelles Kapital wie Bildungsabschlüsse, die zumindest ein Teil der Befragten hätten erreichen können, waren auch die Wege verbaut, im späteren Lebensverlauf ökonomisches Kapital zu erwerben“. Es sei „oft benannt worden, dass die Schule ausfiel, wenn Arbeit oder Mitarbeit in der Einrichtung anstand. Aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie, die parteilich die Perspektive der Kinder und Jugendlichen in den Mittelpunkt rückt, geht deutlich hervor, dass sich Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in Einrichtungen der katholischen Behindertenhilfe vielfach unterordnen mussten und ausgeliefert waren. In Einrichtungen, in denen sie Schutz und Bildung erhalten sollten, erlebten Sie in hohem Maße Unrecht und Leid“ (Siebert & Arnold, 2016, S. 228 - 232).

Die gewonnenen Befunde können als differenzierende Bestätigung der in Kap. 6 vorgenommenen qualitativen Zusammenstellung möglicher Leid- und Unrechtserfahrungen der Betroffenen gewertet werden. Allerdings gehen die festgestellten quantitativen Größenordnungen von Gewalterfahrungen deutlich über die eigenen für die stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe erhobenen Schätzungen hinaus. Nach der von den Autorinnen vorgenommenen differenzierteren „Operationalisierung unterschiedlicher Gewalterfahrungen“ fiel der Anteil der von den Betroffenen mitgeteilten physischen und psychischen Gewalterfahrungen wesentlich höher aus.

Gegenüber der eigenen prozentualen Schätzung für den Gesamtbereich der stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie hatten die befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer der CBP-Studie rd. doppelt so häufig regelmäßige Arbeitsleistungen ohne eine entsprechende Entlohnung verrichtet. Zudem sei *„aus beiden Studienteilen ersichtlich, dass helfende Hände der Jungen und Mädchen in den Einrichtungen von Nutzen waren. [...] 54% der weiblich Befragten und 40% der männlich Befragten gaben an, anderen Kindern in den Bereichen Betreuung, Pflege, Fortbewegung oder Essen“* regelmäßig geholfen zu haben (Siebert & Arnold, 2016, S. 205).

Damit sprechen die berichteten quantitativen Angaben, auch wenn diese auf den Kreis der katholischen Einrichtungen beschränkt sind, dafür, dass die in der Machbarkeitsstudie vorgenommenen Gesamtschätzungen möglicher Opferzahlen in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe Mindestgrößen darstellen dürften.

Siebert & Arnold stellen als Besonderheit der von ihnen untersuchten katholischen Einrichtungen deren *„Anspruch“* heraus, den sie mit Bezug auf Schmuhl & Winkler (2011, S. 40) mit dem Ziel formulieren, *„die Seelen der Insassen zu ‚retten‘, sie zu Gott [zu] führen“*. Aufgrund der *„zusätzlich überhöhten Organisationsziele“* sei *„die Diskrepanz zwischen dem Anspruch in der Nachfolge Jesu zu dienen und der Wirklichkeit noch höher, als in vergleichenden staatlichen Einrichtungen“* gewesen. *„Ergänzt man an dieser Stelle inhumane Arbeitsbedingungen, unzureichende Personalschlüssel und mangelhaft qualifiziertes Personal im Sinne struktureller Gewalt [...] als Rahmenbedingungen in den Einrichtungen, wird deutlich, wie erwartbar das Scheitern am Anspruch war. Die Ordensschwester, die in den Einrichtungen zum Einsatz kamen, waren in der Regel fachlich nicht ausreichend qualifiziert. Die innere Einstellung und der rechte Glaube wurden, zumindest zu Beginn des Untersuchungszeitraumes, als ausreichend erachtet, um dienend tätig zu sein“* (Siebert & Arnold, 2016, S. 222-223).

Die beschriebenen korrelativen Beziehungen zwischen den Teildimensionen der psychischen, physischen und sexualisierten Gewaltindizes, die *„signifikante Zusammenhänge“* zeigten, waren allerdings genauso in die Schätzungen der Machbarkeitsstudie eingeflossen, wie der für die Lebensentwicklung der Betroffenen wesentliche Aspekt des Verlustes bzw. Vorenthaltens von persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität (s. Kap. 6.4.6).

Siebert & Arnold betonen, dass *„der genannte breite Erfassungszeitraum Probleme hinsichtlich Methodik und Analyse“* berge, was bei der Interpretation ihrer Ergebnisse berücksichtigt werden müsse. So seien *„differenzierte Aussagen zu den verschiedenen Jahrzehnten hinsichtlich der erhobenen Daten nicht möglich“*. Es ließen *„sich lediglich Tendenzen benennen. Die erhobenen Daten können nicht explizit den 50er/60er/70er Jahren und damit den Veränderungen der historischen Begebenheiten zugeordnet werden. Es wird die Aufgabe folgender Analysen sein, differenzierter die verschiedenen Zeitabschnitte und die damit verbundenen Veränderungsprozesse zu beleuchten“* (Siebert & Arnold, 2016, S. 224).

Auch aus Sicht des Autors der vorliegenden Machbarkeitsstudie ist zu erwarten, dass andere Studien weitere Erkenntnisse zum quantitativen Ausmaß der erlittenen Erfahrungen von Leid und Unrecht sowohl in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe als auch der Psychiatrie erbringen werden.

So z. B. das Forschungsprojekt zu den *„Lebensverhältnissen ehemaliger Heimkinder in der Psychiatrie und Behindertenhilfe“*, welches *„die historische Erforschung der strukturellen Bedingungen und Alltagswelten im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und ihrer Institutionalisierung auf der ‚Landkarte‘ der Einrichtungen der Rheinischen Provinzialverwaltung bzw. des Landschaftsverbandes Rheinland für den Zeitraum von 1945 bis in die 1970er Jahre“* zum Inhalt hat (Landschaftsverband Rheinland, 2015).

Die **DGKJPP** hat ein eigenes *„Projekt zur historischen Aufarbeitung der Gründungsgeschichte der Fachgesellschaft und der damit verbundenen Vorgeschichte in der Nachkriegszeit, vor der Erstellung der Psychiatrie-Enquête in Deutschland und der damit verbundenen großen Psychiatriereform, beschlossen und dafür Mittel bereit gestellt. Das Projekt wurde am 12. Februar 2014 öffentlich für unabhängige medizinhistorische Forschergruppen ausgeschrieben“* (Pressemitteilungen der DGKJPP, 2014). Mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJPP) wurde über Frau Prof. Dr. R. Schepker ein fachlicher Austausch sowohl über die Grundlagen als auch die Arbeitsweise der vorgelegten Machbarkeitsstudie geführt. Kritische Anmerkungen und Anregungen, für die der Autor dankbar ist, fanden Eingang in die quantitativen Erhebungen und Analysen der stationären Einrichtungen der Psychiatrie, in denen Kinder und Jugendliche in den Untersuchungszeiträumen versorgt worden sind.

Nach den Mitteilungen der **LWL-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marsberg**, die eine „Kontaktstelle für Betroffene“ eingerichtet hatte, bei der sich „zahlreiche ehemalige Patienten“ meldeten, stellte die „Landschaftsversammlung für die wissenschaftliche Aufarbeitung“ der Lebens- und Behandlungssituation der ehemaligen Patientinnen und Patienten im St. Johannes-Stift der heutigen LWL-Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Marsberg, kurzfristig Geldmittel zur Verfügung (LWL-Einrichtungen Marsberg, 2014).

Der beabsichtigte fachliche Austausch mit der **Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e. V.** wurde aufgenommen. Neben der Thematik möglicher „Fehlleitungen“ junger Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in stationäre Einrichtungen der Psychiatrie wurde das Vorhaben einer einrichtungsbezogenen Präzisierung von Betroffenzahlen erörtert. Der Vorstand des Verbandes teilte inzwischen mit, dass dieser über entsprechende Informationen nicht verfüge. Die Vorsitzende hat jedoch zugesagt, nun mit einzelnen, ihr geeignet erscheinenden Einrichtungen direkt Kontakt aufzunehmen, um deren Mitwirkungsbereitschaft zu gewinnen.

Schließlich könnte im Rahmen des geplanten Hilfesystems die Einrichtung einer Begleitforschung erwogen werden. Hierfür erscheinen Vorgehensweise und Methodik der oben vorgestellten CBP-Studie „Heimkinderzeit in der katholischen Behindertenhilfe und Psychiatrie 1949 – 1975“ geeignet. Die im 1. Teil der Studie über *„leitfadengestützte teilnarrative Interviews [...] rekonstruierten subjektiven Alltags- und Gewalterfahrungen sowie Viktimisierungsprozesse“* der Betroffenen wurden zur Konstruktion des im 2. Studienteil verwendeten Fragebogens herangezogen. Unter Orientierung an der dabei aufgenommenen subjektiven Sicht der Befragten wurden im Sinne eines *„methodisch kontrollierten Fremdverstehens [...] Dimensionen, Teildimensionen und Indikatoren“* benannt, welche die Grundlage des Befragungsinstruments der quantitativen Hauptstudie bildeten. Als *„wesentlicher Bestandteil“* des resultierenden teilstandardisierten Fragebogens galt *„die möglichst valide Operationalisierung unterschiedlicher Gewalterfahrungen“* und deren Quantifizierung (Siebert & Arnold, 2016, S. 216).

Die getroffene Kategorisierung entspricht weitgehend der in der vorliegenden Machbarkeitsstudie in Kapitel 6 vorgenommenen Zusammenstellung möglicher Erfahrungen von Leid und Unrecht infolge „ungerechtfertigter Zwangsmaßnahmen, Strafen und Demütigungen“. Die Ähnlichkeit des Bewertungsansatzes gilt auch für die in der CBP-Studie herausgestellten Auswirkungen mangelhafter Förderung von Bildung und sozialer Teilhabefähigkeit sowie den Unrechtstatbestand „erzwungener oder nicht entlohnter Arbeit“, die in der Machbarkeitsstudie zur Gesamtschätzung der erlittenen Unrechtserfahrungen herangezogen wurden (s. Kap. 6.3 u. 6.4).

Als ebenso wertvoll sind die Hinweise und Vorgehensweisen zur Exploration der Personengruppe von Menschen mit Einschränkungen ihrer Kommunikationsfähigkeit zu bewerten, die angesichts der erfragten Erinnerungen an subjektiv erfahrenes Belastungserleben zu beachten sind. *„Alle Materialien die zu Informationszwecken oder Befragungszwecken genutzt wurden, sind in leichte Sprache übersetzt worden. Im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hat leichte Sprache das Ziel, Menschen mit Leseschwierigkeiten die Teilhabe an Gesellschaft und Politik zu ermöglichen. [...] An dieser Stelle soll der Hinweis erfolgen, dass es, einigen Bedenken zum Trotz, die dem ForscherInnenteam im Verlauf der Erhebungen entgegengebracht wurden, durchaus möglich ist, Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen selbst zu befragen“* (Siebert & Arnold, 2016, S. 10-11).

Der in der CBP-Studie erarbeitete Fragebogen und die dargestellten begleitenden Rahmenbedingungen des persönlichen Gesprächs könnten eine fundierte Hilfe dafür darstellen, ein entsprechendes Instrument zu entwickeln, dessen Anwendung sowohl für Betroffene, die in den Untersuchungszeiträumen der Machbarkeitsstudie in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe lebten, als auch für Personen geeignet ist, die als Minderjährige in stationären Einrichtungen der Psychiatrie untergebracht waren. Wesentliche Voraussetzungen wären die Freiwilligkeit der an der Befragung teilnehmenden Personen genauso wie die Zusicherung von Anonymität und Datenschutz. Auch für die konkrete Ausgestaltung des dafür notwendigen Vorgehens liefert der Abschlussbericht der CBP-Studie mit dem dort mitgeteilten Datenschutzkonzept eine gute Grundlage.

Während die Anwendung der in der CBP-Studie evaluierten Befragungsdimensionen für den gesamten Bereich der stationären Behindertenhilfe in Betracht kommt, müssten für eine entsprechende Befragung der in stationären Einrichtungen der Psychiatrie untergebrachten Betroffenen Anpassungen, Änderungen und Ergänzungen erfolgen. Eine Ähnlichkeit der Lebens- und Betreuungssituation in den klinischen Einrichtungen der Psychiatrie kann allenfalls für den Personenkreis der dort langfristig hospitalisiert gewesenen jungen Patientinnen und Patienten angenommen werden. Demgegenüber dürften Belastungserfahrungen durch unrechtmäßige, nicht verhältnismäßig angewandte, medizinisch bzw. therapeutisch nicht ausreichend begründete Zwangs- und Strafmaßnahmen sowie durch den Einsatz von Psychopharmaka bei unzureichender Indikationsstellung, ohne adäquate Aufklärung und Zustimmung („informed consent“) (s. Kap. 6.4.1 u. 6.4.2) im medizinischen Betreuungssetting, auch bei kürzeren Aufenthaltszeiten, stärker zu berücksichtigen sein. Auf die erforderliche Schulung der benötigten Interview-Partner für das Gespräch mit den Betroffenen - gegebenenfalls unter Mitwirkung ihres gesetzlichen Betreuers - ist hinzuweisen.

Eine solche halbstandardisierte Befragung mit Eingrenzung auf die Zielgruppe der sich von sich aus meldenden Betroffenen könnte zu einer weiteren Präzisierung von Qualität und Ausmaß der subjektiv erinnerten Erfahrungen von Leid und Unrecht beitragen.

Eine Generalisierung der so gewonnen Erkenntnisse und damit eine weitere Präzisierung der vorgenommenen quantitativen Fallzahlschätzungen der insgesamt Betroffenen wäre jedoch nur mit der Bildung einer repräsentativen Zufallsstichprobe aus der Grundgesamtheit aller Personen zu erreichen, die im Kindes- und Jugendalter in den betrachteten Untersuchungszeiträumen in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. Psychiatrie betreut und behandelt worden sind. Das erscheint aus den bereits in Kap. 8.1 genannten Gründen nicht umsetzbar. Außerdem ist davon auszugehen, dass sich der Aufenthaltsort vieler Frauen und Männer, die früher in diesen stationären Einrichtungen untergebracht waren und sich nicht mehr dort aufhalten, nicht mit angemessenem Aufwand ermitteln lassen würde, um diese für die Teilnahme an einer individuellen Befragung gewinnen zu können.

9. Literaturverzeichnis

- Abschlussbericht des Runden Tisches „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ (RTH) (2010).
Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ, Berlin
- Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hrsg.) (1998). Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung.
Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Albrecht, E. (2002). Gesetzliche Grundlagen. In: Grosch, Ch. (Hrsg.). Kinder mit Behinderungen.
Früherkennung und Rehabilitation im Kindes- und Jugendalter – DDR, Berlin
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsämter (2003). Bestandsaufnahme zu den
Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. Verabschiedet von der 76.
Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz am 2./3. Juli 2003.
- Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGKJ (Hrsg.) (2012). Aufarbeitung der Heimerziehung in
der DDR - Bericht
- Barsch, S. (2013). Geistig behinderte Menschen in der DDR. 2. Aufl., Copyright 2007, Athena, Oberhausen
- Böhm, R. (2008). Rahmenbedingungen der Behindertenhilfe im Nachkriegsdeutschland (1945-1958). In:
www.lebenshilfe.de/50 Jahre Lebenshilfe. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit
geistiger Behinderung e.V.
- Brandl, Ch. (2008). Psychiatriereform. In: www.lebenshilfe.de/50 Jahre Lebenshilfe. Bundesvereinigung
Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
- Bräutigam, H. (2011). Heimerziehung im Evangelischen Johannesstift zwischen 1945 und 1970. Studie im
Auftrag des Vorstands des Evangelischen Johannesstifts im Verbund der Diakonie
- Brederode, M. van (2005). Konzeptionelle Vorstellungen des Landschaftsverbandes Rheinland zur
psychiatrischen Versorgung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Seidel, M. (Hrsg.). Die
stationär-psychiatrische Versorgung von psychisch erkrankten Menschen mit geistiger
Behinderung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSB am 3.12.2004 in Kassel
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (1970). Gesamtstatistik der Freien
Wohlfahrtspflege, Bonn
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie e.V. (Hrsg.) (2002). Bundesweite Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft
der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
e.V. zur Versorgungssituation in der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in
Deutschland
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik
und Psychotherapie e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter/innen des Pflege-
und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (2009).
Zielsetzungs-/Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen
in der Bundesrepublik Deutschland

- Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e. V., (2005). Weiterbildung Heilkunde für Menschen mit geistiger Behinderung. Arbeitsgruppe: Martin, P., Jungmann, J, Scheidig, J., Felchner, A., Schorlemmer, H.*
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich - auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung*
- Bundesminister für Gesundheit (1991). Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen*
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind e.V. (1966). Heime und Anstalten für Geistig Behinderte. II. verb. Aufl. (Stand Herbst 1966)*
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (2014). Jahresbericht der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie 2013/2014*
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (2015). <https://www.dgkj.de/metast/kontakt/print.html> - Abfrage am 16.10.2015*
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (2011). Aktualisierter DKG-Leitfaden Aufbewahrungspflichten und -fristen von Dokumenten im Krankenhaus Stand: Mai 2011*
- Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4200 (25.11.1975). Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung - Psychiatrie-Enquête*
- Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode - Drucksache 7/4201 (25.11.1975). Anhang zum Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung.*
- Deutscher Bundestag - 17. Wahlperiode - Drucksache 17/13671 (22.05.2013). Bericht zum Stand der Umsetzung der Empfehlungen des Runden Tisches Heimerziehung sowie Empfehlungen zur Prävention und Zukunftsgestaltung.*
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR (1994). Deutsche Bearbeitung und Einführung von H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben. Hogrefe, Göttingen*
- Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD) e.V. (1994). Die Entwicklung der Diakonie von 1970 bis 1990 in Zahlen, Ausgabe 1994, Metzingen*
- Diakonisches Werk (1976). 75. u. 76. Jahrbuch des Diakonischen Werkes. 1974 - 1976 Ev. Verlagswerk, Stuttgart*
- Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht. KVJS Forschung, Stuttgart*
- Dreier, A. & Laudien, K. (2012). Einführung. Heimerziehung in der DDR. Schwerin*

- Dreyer, M. (2013). Geleitwort. In: Bestandsaufnahme und Handlungsbedarfe im Bereich der Eingliederungshilfe (§ 37a SGB VIII) in Rheinland-Pfalz
- Evangelischer Fachverband für Behindertenhilfe im Diakonischen Werk Württemberg - Projektträger (1992). Projektbericht (Zwischenbericht) "Planung und Einrichtung eines Heimes für Menschen mit geistiger Behinderung in Hochweitzschen/Sachsen"
- Fegert, J. M., Bergmann, C., Spröber, N. & Rassenhofer, M. (2013). Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische therapeutische Behandlung. *Nervenheilkunde* 11, 827 -833
- Fegert, J., Rassenhofer, M., Schneider, T., Seitz, A. & Spröber, N. (2013). Sexueller Kindesmissbrauch – Zeugnisse, Botschaften, Konsequenzen
- Fonds „Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland“ und „Heimerziehung in der DDR“, Jahresberichte 2014; www.fonds-heimerziehung.de; Abruf von der Internetseite am 9. Oktober 2015
- Francois, R. (2011). Rechtliche Aspekte der Behandlung mit Psychopharmaka. In: Seidel, M (Hrsg.) (2011). *Psychopharmaka bei Menschen mit geistiger Behinderung – Erfüllte und unerfüllte Versprechen. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 12.11.2010 in Kassel, Materialien der DGSGB Bd. 24*
- Frings, B. (2012). *Heimerziehung im Essener Franz-Sales Haus 1945 – 1970: Strukturen und Alltag in der „Schwachsinniger-Fürsorge“*. Aschendorf, Münster
- Frings, B. (2013). *Behindertenhilfe und Heimerziehung: Das Sankt Vincenzstift Aulhausen und das Jugendheim Marienhausen (1945-1970)*
- Frings, B. & Kaminsky, U. (2012). *Gehorsam – Ordnung – Religion. Konfessionelle Heimerziehung 1945 – 1975*, Aschendorf, Münster
- Gries, S. (2002). *Kindesmisshandlung in der DDR: Kinder unter dem Einfluss traditionell-autoritärer und totalitärer Erziehungsleitbilder (Studien zur DDR-Gesellschaft)*, Münster.
- Hennicke, K., Buscher, M., Häßler, F. & Roosen-Runge, G. (2009). *Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung*. Med. Wiss. Verlagsgesellschaft, Berlin
- Institut für Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes, Abt. Statistik (Hrsg.) (1965). *Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik*, Berlin
- Institut für Planung und Organisation des Gesundheitsschutzes, Abt. Statistik (Hrsg.) (1967). *Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik*, Berlin
- Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitsschutzes (Hrsg.) (1978). *Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik*, Berlin
- Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitsschutzes (Hrsg.) (1982). *Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik 1982*. Buchhandlung f. Medizin, Berlin

- Institut für Sozialhygiene und Organisation des Gesundheitsschutzes (Hrsg.) (1983). Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik 1983. Buchhandlung f. Medizin, Berlin*
- Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung – Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheitswesen (Hrsg.) (1986). Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik 1986. Buchhandlung f. Medizin, Berlin*
- Institut für Medizinische Statistik und Datenverarbeitung – Im Auftrag des Ministeriums für Gesundheitswesen (Hrsg.) (1989). Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik 1989. Buchhandlung f. Medizin, Berlin*
- Jungmann, J. (1984). Kinder- und Jugendpsychiatrische Therapie im Elternurteil. Acta pädopsychiat. 50, 315-324*
- Klein, S., Wawrok, S., Fegert, J. M. (1999). Sexuelle Gewalt in der Lebenswirklichkeit von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung – Ergebnisse eines Forschungsprojekts. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 48, 497–513*
- Kretzschmar, Robert (1997). Historische Überlieferung aus Verwaltungsunterlagen. Zur Praxis der archivischen Bewertung in Baden-Württemberg (Werkhefte der Staatlichen Archivverwaltung Baden-Württemberg A 7). Stuttgart 1997*
- Kuhlmann, C. (2010). Erziehungsvorstellungen in der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre, Bochum*
- Kultusministerkonferenz (2012): Sonderpädagogische Förderung in Schulen 2001 bis 2010. Statistische Veröffentlichungen der Kultusministerkonferenz, Dokumentation Nr. 196. URL: http://www.kmk.org/statistik/schule/statistische_veroeffentlichungen/sonderpaedagogischefoerderung-in-schulen.html*
- Kunze, H. & Kaltenbach, L. (1992/2003)(Hrsg.). Psychiatrie-Personalverordnung. 4. überarb. u. aktual. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart*
- Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) (2013). LWL für Menschen. <https://lwl.org/bi-lwl/vo020.asp?VOLFDNR=5748&options=4>*
- Laudien, K. & Sachse, Ch. (2012). Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR - Expertise 2 Erziehungsvorstellungen in der Heimerziehung der DDR*
- Lehle, R. W. (2002). Die Geschichte des Krankenhauses Hochweitzschen in Mittelsachsen, Freiburg*
- Liepmann, C. (1979). Geistig behinderte Kinder und Jugendliche. Huber Bern Stuttgart Wien*
- LWL-Einrichtungen Marsberg (2014). Chronik 200 Jahre Psychiatrie Marsberg*
- Mangold, M. & Schrappner, Ch. (2010). Zeitgenössische Positionen des AFET – Allgemeiner Fürsorgeerziehungstag e.V. (bis 1971) und seiner Nachfolger: Arbeitsgemeinschaft für Erziehungshilfe (AFET) sowie AFET – Bundesverband für Erziehungshilfe e.V. zur Heimerziehung im Zeitraum 1945 bis 1970. Projekt Fürsorgeerziehung der 1950er und 60er Jahre, Universität Koblenz*

- McManama, B. (2010). *Chancen der Enthospitalisierung und De-Institutionalisierung für Menschen mit geistigen Behinderungen*. www.GRIN.com/de/e-book/160092/chancen
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F., (Hrsg.). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO, 4. vollst. überarb. und erw. Aufl.*, Huber, Bern 2002
- Robert Koch Institut (Hrsg.) (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin
- Sachse, Ch. (2011). *Spezialheime der DDR-Jugendhilfe im Land Brandenburg*
- Schellhorn, W. (1959). *Die Anstaltsfürsorge. Betreuung hilfebedürftiger Menschen in geschlossenen Fürsorgeeinrichtungen*. Luchterhand, Berlin
- Schirmer, S., Müller, K. & Späte, H. (1963). *Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23. bis 25. Mai 1963 in Rodewisch i.V. (DDR)*
- Schmuhl, H.-W. & Winkler, U. (2009). *Das Evangelische Pethes-Werk – Vom Fachverband für Wanderfürsorge zum Diakonischen Unternehmen*. 2. Aufl., Verlag für Regionalgeschichte, Bielefeld
- Schmuhl, H.-W. & Winkler, U. (2011). *„Als wären wir zur Strafe hier“: Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung – der Wittekindshof in in 1950er und 1960er Jahren*. Verlag für Regionalgeschichte, Bielefeld
- Schmuhl, H.-W. & Winkler, U. (2013). *Gewalt in der Körperbehindertenhilfe. Das Johanna–Helenen-Heim in Volmarstein von 1947 bis 1967*. 2. Aufl., Verlag für Regionalgeschichte, Bielefeld
- Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1993 u. 1997*
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) *Datenreport 2006 - Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Bundeszentrale für politische Bildung
- Statistisches Bundesamt (Destatis, Abfrage Juli 2015). *Staat & Gesellschaft - Bevölkerungsstand - Bevölkerung*
- Statistisches Bundesamt (2011). *Fachserie 13 R 5.1*
- Stücker-Brüning, J. (2015). *Zur Frage nach katholischen Trägern von Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie in der DDR*. Auszug aus: *Zeitschrift neue Caritas CBP-info* (Hrsg.) CBV e.V. Freiburg, 2. Mai 2015
- Wapler, F. (2013). *Die Situation von Kindern und Jugendlichen in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe*. Göttingen
- Warnke, A., Lehmkuhl, G. (1990). *Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland*. Schattauer, Stuttgart

- Winkler, U. (2011). „Was sagt uns die Geschichte?“ Erfahrungen in der Aufarbeitung aus historischer Perspektive. Vortrag anlässlich der BeB-Fachtagung „Gegen Ohnmacht im Umgang mit Gewalt“ vom 30. Januar bis 1. Februar 2011 in Hogeisimar
- Winkler, U. (2012). „Es war eine enge Welt“ - Menschen mit Behinderungen. Heimkinder und Mitarbeitende in der Stiftung Kreuznacher Diakonie. Verlag für Regionalgeschichte, Bielefeld
- Winkler, U. & Schmuhl, H.-W. (2014). Die Behindertenhilfe der Diakonie Neuendettelsau 1945 – 2014: Alltag, Arbeit, Kulturelle Aneignung. Kohlhammer, Stuttgart
- Witt, A., Rassenhofer, M., Pillhofer, M., Plener, P. L. & Fegert, J. M. (2013). Das Ausmaß von Kindesmissbrauch, -misshandlung und -vernachlässigung in Deutschland. *Nervenheilkunde* 11, 813 - 818
- Zinsmeister, J. (2010). Gewaltschutz in sozialen Einrichtungen für Frauen mit Behinderung. Dokumentation der Fachtagung am 8. Oktober 2010 in Wiesbaden: Verhinderung sexueller Gewalt in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung. Hessisches Sozialministerium
- Zollner, H., Fuchs, K. A. & Fegert, J. (2013). Vermeidung von Viktimisierung, Prävention durch bessere Information. *Nervenheilkunde* 11, 2013, 819 - 825

Diese Publikation wird im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kostenlos herausgegeben. Sie darf weder von Parteien noch von Wahlbewerbern oder Wahlhelfern während des Wahlkampfes zum Zwecke der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Europa-, Bundestags-, Landtags- und Kommunalwahlen. Missbräuchlich ist insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken oder Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zwecke der Wahlwerbung. Unabhängig davon, wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist, darf sie auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Bundesregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Außerdem ist diese kostenlose Publikation - gleichgültig wann, auf welchem Weg und in welcher Anzahl diese Publikation dem Empfänger zugegangen ist - nicht zum Weiterverkauf bestimmt.