Andreas Fröhlich, Norbert Heinen, Theo Klauß, Wolfgang Lamers (Hgg.)

Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär



Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung Band 1



Empfohlen von der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

ATHENA

Andreas Fröhlich, Norbert Heinen, Theo Klauß und Wolfgang Lamers (Hgg.)

Schwere und mehrfache Behinderung – interdisziplinär

ATHENA

Impulse: Schwere und mehrfache Behinderung Herausgegeben von Andreas Fröhlich, Norbert Heinen, Theo Klauß und Wolfgang Lamers

Band 1

Umschlagabbildung:

Andreas Gladis, geboren 1977, wohnt in Mannheim bei seinen Eltern.

Er besuchte von 1984 bis 1996 die Eugen-Neter-Schule. Nach einem Jahr in der Beruflichen Bildung wechselte er in den Förder- und Betreuungsbereich der Diakoniewerkstätten Rhein-Neckar, Werkstatt Neckarau. Vom September 2003 bis August 2008 besuchte er das Tagesförderzentrum Vogelstang, und seit September 2008 ist er im TFZ Käfertal.

Seit mehreren Jahren nimmt Andreas Gladis am kunstpädagogischen Angebot teil. Zuerst bei Gisela Witt, Künstlerin in Mannheim, zurzeit bei Jutta Ittel, Kunsttherapeutin in Mannheim. Mit ungeduldiger Begeisterung erwartet er diese Stunden, in denen er hämmert, sägt, feilt und malt. Dieses wöchentliche Angebot ist für ihn ein Highlight, auf das er sich jede Woche freut. So hilft er schon bei den Vorbereitungen und kann es kaum erwarten, sich mit den verschiedenen Materialien wie Holz oder Papier zu beschäftigen und mit ihnen zu gestalten bzw. sie zu bearbeiten. Mit viel Hingabe verteilt Andreas Gladis die Farben auf die zu bemalenden Flächen. Dafür sucht er sich immer warme und positive Farben im Bereich orange/rot/gelb aus. Seine »Strichmalerei« erinnert fast an japanische Kalligraphie. Seine Kreis-Bilder sind voller Schwung und drücken aus, wie er sich auch im Alltag immer wieder bewegt.

Bisherige Ausstellungen: »Malerei und Fotos« – ABB-Mannheim 2006; »Frische Bilder« – Kulturtage Vogelstang 2007.

Dieses Buch entstand in Kooperation mit der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V., die die fachliche Beratung und das fachliche Lektorat übernahm.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

2. Auflage 2017

Copyright © 2017 by ATHENA-Verlag, Mellinghofer Straße 126, 46047 Oberhausen www.athena-verlag.de Alle Rechte vorbehalten Druck und Bindung: Difo-Druck GmbH, Bamberg Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier (säurefrei) Printed in Germany ISBN 978-3-89896-338-1

Zur Geschichte des Umgangs mit schwer und mehrfach behinderten Menschen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Verbrechen, die in ihrem Ausmaß noch heute nur wenigen Fachleuten bekannt sind, haben die Geschichte des Umgangs mit schwer und mehrfach behinderten Menschen in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts geprägt. Das Hungersterben in öffentlichen Anstalten während des Ersten Weltkriegs und die Krankenmorde der 1940er-Jahre vollzogen sich im Verborgenen.

Öffentlich hingegen und unter großer medialer Aufmerksamkeit diskutierten Mediziner, Pädagogen und Juristen über den ökonomischen und sozialen Wert von Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen. Mit Intelligenztests und Eignungsprüfungen evaluierten sie die Bildungsfähigkeit von Schülern und Patienten und entschieden über die Zukunft hunderter Anstaltsinsassen.

In der Diktion der Zeit wurde über den Verbleib im Krüppelheim oder die Verlegung in eine Schwachsinnigenanstalt entschieden. Die Brutalität der Sprache wurde durchaus kritisiert. Ab 1933 wurde der Begriff Körperbehindert eingeführt (Thomann 1992, 221–271). Er ersetzte zum einen den pejorativen Ausdruck Krüppel. Zugleich diente er dazu, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von dieser Gruppe auszunehmen. Die im Jahr 1940 offiziell festgelegte Unterscheidung zwischen »Krüppeln« und »Körperbehinderten« trug zur Segregation der Betroffenen in erheblichem Maße bei (Fuchs 1999, 19–20). In der Einleitung wird auf den folgenden Seiten die Chronologie dieser Ereignisse kurz umrissen.

Thema dieses Beitrags ist ein Rückblick auf eine Zeit, in der Menschen mit Behinderungen aufgrund überregionaler gesetzlicher Regelungen zum Gegenstand staatlich organisierter Pflege, Pädagogik und medizinischer Betreuung wurden. Diese Periode setzt um 1900 ein und findet ihren Höhepunkt unmittelbar nach dem Ersten Weltkrieg mit der Verabschiedung eines umfassenden, von allen demokratischen Parteien getragenen Gesetzes zur Krüppelfürsorge. Doch innerhalb kürzester Zeit ändert sich die Zielsetzung der Debatte. Fortan geht es darum, den Zugang zu medizinischer und pädagogischer Betreuung zu beschränken. Nun werden Behinderungen nicht mehr nur nach körperlichen Symptomen gruppiert, sondern nach der Leistungsfähigkeit des Einzelnen für die Gesellschaft. Heute bedienen sich Politiker und Kostenträger mit großem Nachdruck ökonomischer Argumente. Gleichzeitig beginnt, angestoßen durch die Debatte um Patientenverfügungen und Tötung auf Verlangen, eine Debatte um medizinische Maßnahmen am Lebensende. Der Blick zurück in die Geschichte zeigt, wie fragil Wertmaßstäbe sind, und wie schnell nüchterne Hetze und politische Konstellationen das Klima großer Empathie, das 1919 in Zeiten größter Not herrsch-

te, in Verachtung und wirtschaftliches Kalkül umschlagen lassen. Geschichte kann als Korrektiv und als Motivation dienen, sich eigener Positionen zu vergewissern. Die alltägliche Verantwortung im Umgang mit schwer und mehrfach behinderten Menschen ist groß. Sie ist zugleich eine historische Verantwortung.

Gedruckte Quellen (Lexika, zeitgenössische Handbücher, wissenschaftliche Fachartikel und Propagandaschriften) geben die Diskurse der Zeit wieder. Aus ihnen lässt sich rekonstruieren, wie Gesetze und Verordnungen entstanden und welche Entwicklungen Medizin und Pädagogik beherrschen. Zeugnisse, die es uns erlauben, die Sicht der Betroffenen zu rekonstruieren, existieren dagegen nur in wenigen Archiven. Die Berliner Modellanstalt für Krüppelfürsorge Oskar-Helene-Heim hat alle Krankenakten ab 1919 aufbewahrt. Sie liefern Einblicke in die soziale Situation der Familien, dokumentieren aber auch das strikte Reglement eines allein auf den nutzbaren Therapieerfolg getrimmten Programms.

Die folgenden Seiten beschreiben einen Zeitraum, in dem noch nicht von Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung gesprochen wurde. Wer im Rückblick genau diese Gruppe identifizieren möchte, erkennt, dass genau sie von allen Programmen der medizinischen und pädagogischen Förderung ausgenommen wurde. Dieser Negativbefund führt zwangsläufig zu einer Definition, der nicht körperliche Merkmale oder geistige Fähigkeiten zugrunde liegen, sondern gesellschaftliche Bedingungen und Anforderungen von Kostenträgern. Begriffe sind formbar und ihre Bedeutung kann sich innerhalb weniger Jahre umkehren. Besonders deutlich wird dies anhand der in der Zeit des Nationalsozialismus gebräuchlichen Definitionen von Charakter und Persönlichkeit, auf die ich am Ende dieses Beitrags eingehe.

1 Einleitung

Kurz nach der Jahrhundertwende versprachen medizinische und pädagogische Erkenntnisse, die Lebensqualität vieler behinderter Kinder und Jugendlicher erheblich zu verbessern. 1908 wurde die *Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge* gegründet. Bis zu diesem Zeitpunkt genoss fast ausschließlich die Betreuung von Insassen konfessioneller Einrichtungen einen guten Ruf. Ärzte monierten jedoch das Fehlen einer medizinischen Versorgung. Die Fortschritte der orthopädischen Chirurgie nutzten körperbehinderten Patienten wenig, da sich für ihre Behandlung kein Kostenträger fand. Behinderungen galten als sogenannte *statische Leiden*. Juristisch gesehen fielen sie deshalb nicht unter den Schutz der Krankenversicherungen. Auch kommunale Armenkassen kamen lediglich für Unterbringung und Verpflegung auf.

Bereits der erste Ansatz, durch politische Initiativen diese Praxis zu durchbrechen, nahm Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung von den geforderten Verbesserungen aus: »Almosenempfänger zu Steuerzahlern« lautete der populäre Slogan, mit dem Armenkassen davon überzeugt werden sollten, in medizinische Behandlung,

pädagogische Betreuung und in eine adäquate Berufsausbildung zu investieren. Damit war das Ziel dieser Fürsorge definiert; sie sollte Erwerbsbefähigung herstellen. Vor dem Ersten Weltkrieg wurden Kinder mit schweren neurologischen Erkrankungen (und leider muss konstatiert werden: zu medizinischen Versuchszwecken) in orthopädischen Anstalten behandelt. In den Zwanzigerjahren nahm ihre Zahl rapide ab.

Bemerkenswert waren die Gesetze und Verordnungen zum Aufbau einer großzügigen Jugendfürsorge, die ausgerechnet in den wirtschaftlich prekären Anfangsjahren der Weimarer Republik mit überwältigender Mehrheit vom preußischen Parlament mit besten Absichten beschlossen wurden. Nicht mehr an Kirchen, Wohltätigkeitsvereine oder soziales Mäzenatentum wurde die Versorgung Behinderter delegiert, Städte und Gemeinden übernahmen die Verantwortung. Mit der Verabschiedung des preußischen Gesetzes für Krüppelfürsorge bestand ab 1919 eine Garantie für die Übernahme medizinisch-chirurgischer Behandlungskosten.

Dieser Beitrag erläutert, warum es dennoch zur Katastrophe kam. Statt eigene Organisationen aufzubauen, vertrauten Ministerialbürokratie, Armenverbände und öffentliche Fürsorgestellen auf erfahrene Institutionen der Kaiserzeit. Die aber waren ursprünglich zu dem Zweck gegründet worden, die öffentliche Hand so wenig wie möglich mit den Kosten von Pflege und Fürsorge zu belasten. Die Betreuung »aussichtsloser Fälle« lehnten diese Einrichtungen weiterhin ab.

De jure sollten von der Vorschrift auch schwer und mehrfach behinderte Patienten profitieren. De facto aber schloss gerade jene Anstalt, in der die »moderne Krüppelfürsorge« konzipiert wurde und die als staatliche Ausbildungsstätte fungierte, genau diese Patientengruppe von der Behandlung aus. Auf Eingriffe, die aussichtsreich schienen, Kindern und Jugendlichen Mobilität und eine gewisse Unabhängigkeit zu verleihen, wurde verzichtet, sobald Intelligenzgutachten den Schluss nahelegten, dass keine Erwerbsbefähigung erzielbar sei.

Mitte der 1920er-Jahre war die Kluft zwischen öffentlichen Anstalten und vielen konfessionsgebundenen Einrichtungen unüberbrückbar. Mediziner und wenige Pädagogen bestimmen den erschreckend homogenen Diskurs dieser Jahre. Aber es gab auch Gegenpositionen und Widerstände, sowohl von fachlicher Seite als auch von Angehörigen. Kritiker monierten die ausschließlich an Produktivität orientierte Praxis mit Weitblick und Schärfe. Erreicht haben sie nur eine sehr begrenzte Fachöffentlichkeit.

Eine Notverordnung des Reichspräsidenten bot 1932 Gelegenheit, die gängige Praxis der Anstalten in geltendes Recht umzuwandeln. Der Artikel endet mit einer Darstellung der Praxis im Nationalsozialismus und einem Rückblick auf die Diskussionen der frühen 1950er-Jahren.

2 Begriffe und Definitionen

Begriffe, mit denen Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen benannt werden, unterliegen einem stetigen Wandel. Auch im 19. Jahrhundert spielen dabei die Wechselwirkungen zwischen Alltags- und Fachsprache eine zentrale Rolle.

Das gilt vor allem für Bezeichnungen kognitiver Einschränkungen. Für eine lange Zeit (zwischen 1860 und 1960) war »Idiotie« ein fester, wissenschaftlich anerkannter Begriff. Vor knapp 90 Jahren (um 1920) wurde seine medizinische Definition an den damals neu konstruierten Intelligenzquotienten gekoppelt. Idiotie wurde für Menschen angenommen, die ein Intelligenzalter von maximal drei Jahren erreichten, was nach späteren Einteilungen einem IQ von 20 entsprach.

Es lohnt sich, abseits dieser Definitionen, den Wandel des Wortes Idiot nachzuvollziehen. Im griechischen bezeichnete $i\delta i\delta \tau \eta \zeta$ die *Privatperson*, im lateinischen *idiōta* wurde daraus der *Laie*. Etymologisch werden Bedeutungsfelder des Begriffs Idiot unterschieden: eigentümliche Sprache, eine ungebildete Person und der geistig Behinderte (Oxford English Dictionary 1987, 1369).

Auf die Rolle der Gesellschaft verwies bereits zu Beginn des 18. Jahrhunderts Zedlers Universallexikon, denn dort wurde »Idiote« indirekt mit »Bildung« in Beziehung gesetzt: »Idiote heisst heute zutage ein einfältiger und ungeschickter Kerl, der nichts gelernt hat« (Zedler 1735, B14, 339).

In Brüggemanns Conversationslexikon für die gebildeten Stände, dessen Autoren den späteren 1848er-Revolutionären nahe standen, findet sich statt der Erläuterung des Wortes *Idiot* folgende Definition:

»Idiotismus: Eigenheit, Eigenthümlichkeit einer Sprache, wodurch sich dieselbe von einer anderen unterscheidet. Solche Idiotismen bestehen daher in eigenthümlichen Wendungen, Bildern, Bezeichnungen, die sich gewöhnlich im Treiben des regen Lebens, in der Conversation ausgebildet haben« (Brüggemann'sche Verlags-Expedition 1833, 4).

Sprache wird hier als Resultat sozialer Interaktionen beschrieben. Diese Bedeutung von *Idiotismus* ist heute kaum mehr gebräuchlich. Aber sie verweist darauf, dass dem Wort *Idiot* die enge Verbindung von Sprache und Ausbildung immanent ist.

Iris Ritzmann, die in ihrem viel beachteten Buch Sorgenkinder die Situation kranker und behinderter Kinder und Jugendlicher in der Frühen Neuzeit schildert, fand in den Krankenakten Hessischer Hospitäler des späten 18. Jahrhunderts das Wort »Idiot« nicht. Dort wurde zwischen simpel/einfältig, mente captus (zu übersetzen mit: stumpf, blödsinnig; Brockhaus 1911, 167) und furios/rasend unterschieden (Ritzmann 2008, 155). Solche Einteilungen orientierten sich an der Pflegebedürftigkeit (die über den Zugang zu einem Hospital entschied) und an der angenommenen Gefahr für die öffentliche Ordnung.

Medizin und Caritas werden im Kontext vieler Hospitäler noch Mitte des 19. Jahrhunderts als gleichwertig angesehen. Ein zeitgenössischer Autor referierte in einem Buch über die *Lage der Kretinen, Blödsinnigen und Idioten* die dürftige medizinische Literatur und schlussfolgerte:

»so ward mir klar, daß die gelehrte Forschung nur ein Element, das zweite und hauptsächliche aber die persönliche Aufopferung und Liebe sei« (zit. n. Sengelmann 1891, 22).

Pragmatisch fasste auch ein katholischer Geistlicher seine Skepsis vor der Allmacht der Medizin in Worte, als er bei seiner Rede zur Eröffnung des ersten Krankenhauses seiner Berliner Gemeinde 1851 bekannt gab:

»Wir wollen sie aufnehmen, wir wollen für ihren kranken Körper und, wenn sie in Todesgefahr sind, für ihre Seele sorgen« (Ketteler 1850, 282).

Bis zur Jahrhundertwende sollten Medizin, Pädagogik und karitative Pflege drei unterschiedliche Modelle entwickeln, die kaum miteinander in Beziehung standen.

3 Medizin und Leistung: Positionen von Lehrern, Ärzten und Pastoren

3.1 Hilfsschulpädagogik

Im Deutschen Kaiserreich konnte im Prinzip jeder Absolvent eines Lehrerseminars unmittelbar in den Hilfsschuldienst übernommen werden. Ab der Jahrhundertwende wurden Hilfsschulklassen mit Präferenz erfahrenen Lehrern zugewiesen. Erste fakultative *Abendkurse für Hilfsschulpädagogik* kennzeichneten die beginnende Professionalisierung des Berufszweigs. Eine einheitliche Regelung, nach der die Bezeichnung »Hilfsschullehrer« getragen werden durfte, wurde in Preußen 1912 getroffen (Synwoldt 1979, 90–96).

Im Bereich der Anstalten zeigte sich früh die unterschiedliche Zielsetzung von konfessionell und medizinisch ausgerichteten Institutionen. Der Erziehungsinspektor der Berliner Irrenanstalt Dalldorf hatte kein anderes Konzept, als »den Zöglingen genügend Schlaf zu verschaffen« und ihnen ansonsten nur das beizubringen, was einen praktischen Wert habe (Piper 1910, 123). Jungen lernten vor allem Flechten und Gärtnern, Mädchen Nähen und Hausarbeit. Die Unterweisungen in praktische Tätigkeiten hatten einen ökonomischen Hintergrund. Sobald die Heiminsassen 16 Jahre alt wurden, gaben die Anstalten sie an ihre Eltern »zurück«. War das nicht möglich, wurden die Jugendlichen an Handwerksmeister oder »Landleute verliehen«, die ein Pflegegeld von 20 Mark erhielten. Der Obolus wurde alljährlich neu angepasst, und als Bemessensgrundlage diente die Arbeitskraft des Pfleglings (ebd., 127).

Etwa zeitgleich erklärte dagegen der Hamburger Pastor Theodor Schäfer biblische Geschichte, Kuchenbacken, »Posaunenschall und Spiel« zu zentralen Bestandteilen der Schulausbildung (Schäfer 1909, 20). Allein als religiöse Indoktrinierung Schutzbefohlener lässt sich diese Empfehlung nicht abtun; der Protestant Schäfer bezog jüdische und katholische Anstaltsinsassen ausdrücklich mit ein. Mag ein pädagogisches Konzept bei beiden Kontrahenten im Hintergrund gestanden haben, so lassen sich

hier zwei verschiedene Konzepte von Bildung erkennen. Dem Erziehungsdirektor ging es um den Nutzen für die Armenkasse (alternativ wird, zu jeweiligen Zeiten, von dem Nutzen für die Gesellschaft, für die Volksgemeinschaft oder für das Sozialwesen gesprochen). Schäfers Posaunenspiel war für die Zuhörer gedacht. Um einen unmittelbaren Nutzen Dritter ging es ihm nicht. Ihren Effekt erzielten seine Handlungen unmittelbar in dem Moment, in dem sie sich vollzogen.

Die neurophysiologischen Stimulationsmethoden des aus Frankreich in die USA emigrierten Arztes Edward Seguin fanden in Deutschland nur sehr verhalten Resonanz. Arno Fuchs, zwischen 1900 und Mitte der 20er-Jahre einflussreicher Protagonist der preußischen Hilfsschulpädagogik, stellte dessen Thesen in seinen Hand- und Lehrbüchern mit Vorliebe verkürzt und sinnentstellt dar. Folgt man Fuchs, so lautete Seguins Hauptthese: »Der Idiot entwickelt sich psychisch nicht, weil er nicht will!« (Fuchs 1921, 204) Erst über die Rezeption Maria Montessoris hielten die von Seguin zur sensorischen Stimulation erdachten Gaben Eingang in die deutsche Pädagogik.

Seguins Kritiker, Volksschulrektor Fuchs, unterschied drei Gruppen von Kindern, die einer »gesonderten pädagogischen Betreuung« bedürften: Solche, die eine Gefahr für die sittliche Entwicklung ihrer Mitschüler darstellten – sie wurden in Erziehungshäuser verwiesen; Taubstumme und Blinde, für die eigene Förderschulen existierten, und schließlich »geistig schwache« Kinder, denen sich die Hilfsschule widmete. Fuchs forderte die strikte Abgrenzung der »Krüppel, Blöden und Epileptischen« von ihren Mitschülern. Eltern seien von der »Zwecklosigkeit des Verbleibens der Kinder in der Volksschule zu überzeugen« (Fuchs 1910, 210). Auf Grundlage eines Erlasses des preußischen Ministeriums der Geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 6. April 1902 konnten Kinder zwangsweise umgeschult werden, sobald ein ärztliches Attest vorlag (Fuchs 1912, 23).

Dass die pädagogische Entscheidung ärztlich legitimiert werden musste, war paradigmatisch für die zunehmende Medikalisierung des Feldes. Sie hatte schließlich auch zu einer Spaltung der 1874 gemeinsam von Pädagogen und Anstaltsleitern ins Leben gerufenen »Konferenz für das Idiotenwesen« geführt. Hilfsschullehrer opponierten gegen die immer öfter praktizierte Heimunterbringung. Ihr 1897 gegründeter Verband der Hilfsschulen Deutschlands setzte sich zum Ziel, schulische Einrichtungen für *Schwachbegabte* zu fördern. Die Initiative hatte Erfolg – im Jahr 1908 erhielten in Deutschland bereits 23.000 Kinder Hilfsschulunterricht.

Die Professionalisierung des Hilfsschulwesens führte zu einer sich stetig verschlechternden Lage für schwer und mehrfach Behinderte. 1912 forderte Arno Fuchs in seinem Standardwerk *Schwachsinnige Kinder*, auf Eltern Zwang auszuüben, damit »diese Schwerabnormen auf behördliche Anordnung der Anstalt zugeführt werden«, die für sie geeignet sei (ebd., 36). Hilfsschulen sahen sich als Bildungsstätten für Schwachsinnige leichten und mittleren Grades. In den Anfangsjahren der Weimarer Republik war die immer »genauere Differenzierung des Schülermaterials« weiter vorangeschritten (Fuchs 1922, 25). Die sogenannten *Idiotenanstalten* gaben ihre »nur pflegebedürfti-

gen« Kinder an die »Pflegeabteilungen der Irrenanstalten« ab (ebd., 27). Die Gruppe der Hilfsschullehrer, die explizit gegen die Medikalisierung ihres Feldes vorgegangen war und erfolgreich die Rückführung vieler Kinder aus den Anstalten in ihre Familien bewirkt hatte, betrieb umso entschiedener die Ausgrenzung all derer, die sie nicht für bildungsfähig hielt. Die voranschreitende Aus- und Abgrenzung galt vielen Hilfsschulpädagogen als Fortschritt, als Indikator einer immer differenzierteren Auffächerung ihres Fachs.

3.2 Konfessionelle Krüppelfürsorge

Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Krüppelfürsorge im Jahr 1908 war eine geradezu modellhafte Initiative, die drei Gruppen zusammenführte: Mediziner, Anstaltsleiter und Pädagogen.

Krüppelfürsorge war um 1900 ein etablierter Begriff. Damals bezeichnete er die Pflege körperbehinderter Menschen in Heimen der Inneren Mission. Diese Einrichtungen wurden von protestantischen Pfarrern geleitet. Medizinische Behandlung war nicht vorgesehen und auch nicht finanzierbar, denn die Armenkassen kamen lediglich für Unterbringung und Verpflegung der Insassen auf. Dennoch erzielten diese Einrichtungen einige Publizität. Sie warben um private Spenden und gaben zu diesem Zweck Rechenschaftsberichte und Werbeschriften heraus, in denen unter anderem die Lebens- und Leidensgeschichte einiger Insassen in der Form von Nachrufen veröffentlicht wurden. Bildung, noch nicht unbedingt Ausbildung, war ein Ziel dieser Institutionen. Wenige Kinder, die hier aufgenommen wurden, verließen die Anstalten wieder. Das gehörte nicht zum Konzept. Und dennoch, in den Illustrierten der Kaiserzeit fanden die in den Anstalten produzierten Gegenstände wohlwollende Beachtung. Anstaltsleiter präsentierten sie mit Stolz. Aber nur wenige sahen die Produktivität ihrer Zöglinge als Ziel des Aufenthalts. Das lässt sich an den hergestellten Gegenständen ablesen. Jungen wurden immerhin mit Korbflechten beschäftigt, in fortschrittlicheren Anstalten fertigten sie orthopädisches Schuhwerk. Mädchen aber wurden fast ausschließlich zu Handarbeiten angehalten. Auf der Dresdner Hygieneausstellung von 1911 präsentierten die Anstalten »Weibliche Handwerke: Stricken, Sticken, Weben, Weißnähen, Schneiderei, Blumenmachen« (ohne Autor 1911, Bildtafel III), während die eben erst gegründeten Anstalten unter medizinischer Leitung ihre Insassen als angehende Tischler und Schuhmacher und die Mädchen als Fotolaborantinnen oder Röntgenhelferinnen vorstellten.

3.3 Moderne Krüppelfürsorge unter der Regie der orthopädischen Chirurgie

Diese Anstalten unter medizinischer Leitung waren eine Neuerung, der eine intensive Vorarbeit vorangegangen war. Der Berliner Extraordinarius für orthopädische Chirurgie an der Berliner Universität, Albert Hoffa (1859–1907), unterhielt an der Charité eine Poliklinik, in der Kinder mit Rachitis, Knochen- und Gelenktuberkulose, Kin-

derlähmung und mit Morbus Little vorgestellt wurden. Er konnte ihnen nur ambulante Behandlung bieten, denn die Universität bewilligte keine stationären Betten für diese Kinder. Die Reichsversicherungsordnung sah ihre Behandlung nicht vor. Darum waren die erheblichen Fortschritte, die chirurgische Eingriffe an Knochen und Gelenken durch Antiseptik, neue Methoden der Blutstillung und die Röntgendiagnostik erlebten, nicht zum Nutzen der Patienten umzusetzen.

Das preußische Ministerium der Geistlichen Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten sicherte Hoffa Unterstützung bei der Durchführung einer reichsweiten Befragung zu, mit der ein Behandlungsbedarf für körperbehinderte Kinder und Jugendliche ermittelt werden sollte. Finanziert wurde die Zählung durch private Spenden. Die Durchführung delegierte Hoffa an den Chirurgen Konrad Biesalski (1868–1930), der als Oberarzt die Röntgenabteilung eines städtischen Berliner Krankenhauses leitete. Als der Extraordinarius im Alter von 48 Jahren überraschend verstarb, übernahm der bis dahin unbekannte Chirurg mit großem Erfolg die Federführung des Projekts. Biesalski hatte ausgezeichnete Kontakte, er war Corpsbruder des für die Krüppelfürsorge zuständigen Ministerialdirektors im preußischen Unterrichtsministerium, besaß Erfahrung in der Einwerbung von Spendengeldern bei privaten Philanthropen und er verstand sich auf Öffentlichkeitsarbeit. Seine Presseerklärungen prognostizierten eine Zahl von 70.000 behandlungsbedürftigen Körperbehinderten im Deutschen Reich.

Zum Stichtag der Zählung am 10. Oktober 1906 gingen bei Ärzten, Lehrern und Geistlichen insgesamt 300.000 Zählkarten ein.

Auf ihnen wurden Kinder gemeldet, »welche infolge angeborener Fehler oder durch Verlust, Verkrümmung oder Lähmung oder Muskelkrampf einzelner Körperteile in der Bewegungs- und Gebrauchsfähigkeit ihrer Gliedmaßen dauernd beeinträchtigt sind« (GStA PK 1906, Blatt 12).

Zeitgenössischen Validitätskriterien hielt Biesalskis Statistik nach Ansicht vieler Kritiker nicht stand. Ihr Ergebnis lag mit 75.183 gezählten körperbehinderten Kindern und Jugendlichen knapp 7,5% über dem prognostizierten Wert. Verlässlicher als die Gesamtzahl scheint die ermittelte Verteilung einzelner Krankheitsbilder gewesen zu sein. Sie überraschte Mediziner und Gesundheitspolitiker, denn neurologische Erkrankungen machten mit 15% einen größeren Anteil der ermittelten Diagnosen aus als klassische orthopädische Krankheitsbilder wie Rachitis (9,5%) und Skoliose (12,2%) (Biesalski 1909, 81).

4 Umgang mit Patienten

4.1 Das Beispiel infantile Zerebralparese

Bei Klinikeinweisungen fielen die neurologischen Erkrankungen aufgrund ihrer medizinisch relevanten Komplikationen noch weit stärker ins Gewicht. Als Modellprojekt mit ministeriellem Segen und der Unterstützung kommunaler Armenkassen eröffnete Biesalski 1907 in Berlin die erste größere medizinisch getragene Krüppelfürsorgeanstalt, die ab 1914 nach ihren Stiftern, dem Industriellen Oskar Pintsch und seiner Frau Helene, Oskar-Helene-Heim genannt wurde. Nach Biesalskis Angaben erhielt dort die Hälfte der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen eine neurologische Diagnose: »Unter den Insassen der Berliner Krüppelheilanstalt ist stets mehr als die Hälfte nervenkrank« (Biesalski 1914, 1).

Unter den neurologischen Diagnosen machten infantile Zerebralparesen, die damals unter dem Eponym Morbus Little zusammengefasst wurden, etwa ein Drittel aus. Anhand des Umgangs mit diesen Patienten lässt sich das neue Zusammenwirken von Pädagogen und Medizinern nachverfolgen.

Die medizinische Behandlung der infantilen Zerebrallähmung konzentrierte sich auf die Beseitigung spastischer Kontrakturen. Entweder wurde die verkürzte Sehne durchtrennt, die eine Extremität in Beugestellung hielt oder es wurde in komplexen neurochirurgischen Eingriffen versucht, den Reflexbogen mit einer Durchtrennung der hinteren Rückenmarkswurzeln zu unterbrechen. An der Berliner Modellanstalt für Krüppelfürsorge wurde diese Operation an der Wirbelsäule an mehreren Kindern erprobt, bei Kindern, die das Experiment überlebten, kehrte die Spastik nach mehreren Wochen zurück. Alle Probanden stammten aus Berliner Waisenhäusern, Protest von Eltern war daher nicht zu erwarten (zu Einverständniserklärungen in dieser Zeit vgl. Noack 2003, 17–90).

Anders verhielt es sich mit den Sehnendurchtrennungen und konservativen Maßnahmen zur Geraderichtung kontrahierter Gliedmaßen, der sogenannten Quengelmethode, bei der in langwieriger und technisch aufwendiger Behandlung kontrahierte Gelenke erfolgreich und schmerzlos gestreckt wurden. Auch nach medizinischen Eingriffen dieser Art blieben die Beine gelähmt. Aber die Kinder konnten sich danach mit Hilfe von Schienen-Hülsen-Apparaten aufrichten. Viele von ihnen lernten das Gehen. Aber nur Wenigen wurde diese Behandlung zuteil.

4.2 Das preußische Gesetz betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge

Für diese Patienten schien es zunächst ein Segen, als die Preußische Landesversammlung am 6. Mai 1920 einstimmig ein *Gesetz betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge* verabschiedete, das mittellosen Kindern und Jugendlichen mit Körperbehinderungen medizinische Behandlung und eine adäquate Ausbildung sicherte.

Doch das Gesetz wurde nicht nur begrüßt. Umstritten war die vorgesehene Meldepflicht. Ärzte, Hebammen und Lehrer mussten alle ihnen bekannten Körperbehinder-

ten melden, ob sie nun von dem Gesetz profitierten oder nicht. Selbsthilfeverbände protestierten gegen einen weiteren Passus, nach dem behinderte Kinder auch gegen den Willen der Eltern zwangsweise in einem Heim untergebracht werden konnten. Juristen erkannten rasch, dass diese Paragraphen in einer Bestimmung des Armenrechts wenig zu suchen hatten. Das Gesetz betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge verpflichtete Städte und Gemeinden, für Körperbehinderte über die klassische Unterbringung und Verpflegung hinaus aufzukommen. Die Norm hatte das Parlament mit großer Eile durchlaufen. Die Inflation vernichtete die privaten Stiftungen, die den Betrieb zahlreicher Anstalten der Krüppelfürsorge ermöglichten. Das Gesetz sollte die Existenz der Einrichtungen sichern. Die Spielregeln der jungen Demokratie hatten sich noch nicht gefestigt. So konnte der Kinderarzt und Abgeordnete der Deutschen Demokratischen Partei Arthur Schlossmann (1867-1932) den Gesetzentwurf über den Ausschuss für Bevölkerungspolitik einbringen, obwohl er, da er kommunale Kassen belastete, im Gemeindeausschuss hätte debattiert werden müssen. Die bevölkerungspolitische Debatte befasste sich mit den unmittelbaren Kriegsfolgen. Schlossmanns Kollege Biesalski stellte die Aufgaben der Krüppelfürsorge in einen patriotischen Kontext und offenbarte seinen Blick auf die Patienten:

»Da nun aber bei der bevorstehenden Auswanderung uns alle kräftigen und hoffnungsvollen Menschen noch verlassen werden, sind wir gezwungen, aus dem Schutt herauszulesen, was noch irgendwie lebensfähig ist, wenn Deutschland auch nur dem Begriff nach erhalten bleiben soll«,

schrieb er in einer Denkschrift zum fünfzehnjährigen Bestehen seiner Anstalt (Geschäftsführender Ausschuß 1921, 51).

Schlossmann brachte kurz vor der Abstimmung tiefgreifende Änderungsvorschläge vor, die alle angenommen wurden. Anstelle der kommunalen Armenverwaltungen wurden ärztlich geleitete *Krüppelfürsorgestellen* zu ausführenden Organen erhoben und mit der Kompetenz versehen, die Durchführung der von ihnen angeordneten Maßnahmen zu überwachen. Spontan schlug eine sozialdemokratische Abgeordnete vor, Jugendliche nicht nur bis zum Alter von 16 Jahren, sondern bis Ende des 18. Lebensjahres unter den Schutz des Gesetzes zu stellen. Über die Parteiengrenzen hinweg war die Bereitschaft, behinderten Kindern und Jugendlichen zu helfen, so groß, dass der Vorschlag einstimmig angenommen wurde.

Im historischen Rückblick offenbart sich das Gesetz als Ergebnis einer sorgsam geplanten Lobbyarbeit. Biesalski hatte Parlamentarier in seine Anstalt eingeladen, das im Aufbau befindliche Dresdner Hygienemuseum schickte eine von ihm kuratierte Wanderausstellung durch das Land, deren Premiere ausgerechnet im preußischen Abgeordnetenhaus gezeigt wurde, und die noch weitgehend unter staatlicher Kontrolle befindliche UFA drehte ihren ersten abendfüllenden Kulturfilm mit dem Titel Krüppelnot und Krüppelhilfe auf dem Gelände des Oskar-Helene-Heims. Der Erfolg dieser Einflussnahme war unmittelbar am Wortlaut des verabschiedeten Gesetzes abzulesen. Die juristische Definition des Begriffs Krüppel entsprach über weite Passagen wörtlich

einer Formulierung Biesalskis aus dem Jahr 1909: Die Unfähigkeit, sich mit Hilfe eines eigenen Berufs zu ernähren, wurde zum zentralen Kriterium der Hilfsbedürftigkeit erhoben. Aufgrund des Gesetzes konnten die ärztlich getragenen Krüppelheime maßgeblichen Einfluss auf die zu gründenden Krüppelfürsorgestellen nehmen. Das neue Gesetz hatte ganz nebenbei auch die Gründung kommunaler Jugend-Gesundheitsämter vorgeschrieben. Orthopäden wurden zu festen Mitgliedern dieser kommunalen Fürsorgestrukturen. Die erste Kontaktaufnahme zwischen Fürsorgestelle und körperbehindertem Kind sollte bereits kurz nach der Geburt erfolgen. Hebammen und Ärzten, die sich der Anzeigepflicht widersetzten, drohte eine Geldstrafe von 150 Mark oder vier Wochen Haft.

Darüber hinaus wurden behinderte Kinder in sogenannten Landeskrüppelschauen erfasst. Eltern und Kinder hatten sich in Wirtshaussälen oder Turnhallen einzufinden. Die ärztliche Begutachtung war als öffentliche Aufklärungsveranstaltung konzipiert.

»Wenn ich als Landeskrüppelarzt der Provinz Brandenburg die Kreise aufsuche, so halte ich die Untersuchung stets in der Form ab, daß sämtliche Eltern mit ihren Kindern in einem großen Saal, möglichst in einem Turnsaal, versammelt sind. Das Kind wird je nach dem Falle, nach Geschlecht und Alter, hinter einer Gardine untersucht, und dann benutze ich den Fall dazu, um in Gegenwart der Eltern, Beamten und Ärzte eine Erklärung daran zu knüpfen, wie diesem Kinde geholfen werden kann, was schon versäumt ist und was aus ihm werden muß, wenn nicht sofortige Hilfe einsetzt«,

schilderte Biesalski sein Vorgehen in einer an Behörden ausgegebenen Broschüre mit dem Titel Zeitgemäße Krüppelfürsorge (Biesalski 1925, 30).

Die gesetzliche Meldekartei für körperbehinderte Kinder und Jugendliche wurde von den Jugend-Gesundheitsämtern geführt, den gleichen Behörden, an denen 1934 Erbgesundheitsämter eingerichtet wurden, die Verfahren zur Zwangssterilisierung nach dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses einleiteten (Osten 2004, 384f.).

Ein mittelloser Patient mit der Diagnose *Morbus Little* hatte nun Anrecht auf die Kostenübernahme medizinischer Behandlung, pädagogischer Betreuung und Berufsausbildung. Doch wie sah der Umgang mit den oft schwer und mehrfach behinderten Kindern in der täglichen Praxis von Biesalskis Modellanstalt für Krüppelfürsorge aus? Hier erhielt die pädagogische Expertise sehr bald ein weit höheres Gewicht als die rein medizinische Begutachtung der Patienten.

4.3 Die Krüppelpädagogik des Erziehungsdirektors Hans Würtz

In der Etablierungsphase der ärztlichen Krüppelfürsorge bestand der Anspruch, nahezu alle behinderten Kinder aufzunehmen. Auch, um neue operative Methoden zu erproben. Bereits 1907 richtete Biesalski im westlichen Flügel seiner Anstalt ein Zimmer für »unruhige Kranke« ein, wo er die »in der Nacht meist entsetzlich schreienden Kinder mit Littlescher Lähmung« unterbrachte (Krüppel-Heil- und Fürsorgeverein 1907, 28). Es gebe, so schrieb er 1908 in einem Rechenschaftsbericht für die Unter-

stützer seiner Klinik, »heute in der Medizin zuverlässige objektive Methoden, welche gestatten, den Schwachsinn der Kinder in seinen verschiedensten Abstufungen genau zu erkennen und zu studieren« (ebd.).

Von der 1907 beschworenen ärztlichen Expertise bei der Beurteilung des Schwachsinns war ab 1911 nicht mehr die Rede. Die Organisation der ärztlich getragenen Anstalten in der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge hatte nicht nur die angestrebte Professionalisierung der orthopädischen Chirurgie erreicht, sondern auch ein neues pädagogisches Feld hervorgebracht. Hatte das Organ der Vereinigung, die Zeitschrift für Krüppelfürsorge, in den Anfangsjahren zahlreiche Beiträge von Geistlichen enthalten, so übernahmen nun Pädagogen die Aufgabe, über die Erziehung und Ausbildung der Zöglinge in wissenschaftlichen Artikeln zu berichten. An der Berliner Modellanstalt stellte sich der ärztliche Leiter Biesalski einen Erziehungsdirektor, den Pädagogen Hans Würtz (1875–1958), zur Seite. Würtz wird heute als einer der Begründer der Sonderpädagogik angesehen. Während Biesalski mit den Mitteln der orthopädischen Chirurgie »Steuerzahler aus Almosenempfängern« schaffen wollte, begriff Würtz die Leistungsfähigkeit als Ziel und Inhalt seiner Pädagogik: »Der Bresthafte« leide an seinem »Beziehungserleben der Umwelt«; um dieser Umwelt seine Ebenbürtigkeit zu beweisen, müsse er »ebenbürtige, vollwertige Leistungen« vollbringen (Heina 1964, 6).

Behinderung sollte durch Schulung des Willens und des Körpers überwunden werden. Einem körperbehinderten Kind müsse zuerst ein Sinn für die Gesellschaft *beigebracht* werden. Die Patienten sollten eine eigene Gemeinschaft bilden, die unter pädagogischer Supervision eines Erziehers mit den kulturellen Werten der äußeren Gesellschaft bestückt wurde. Durch den Anblick von »Mißgeformtem und Hässlichem« entstünden »seelische Hemmungen«, denen Würtz mit »künstlerischem Gepräge« entgegenwirkte. Großformatige Bilder zeigten die »heroische Welt des Krieges«, und im Korridor des Schultraktes hingen fortan Porträts »sämtlicher Hohenzollern« in Öl (Krüppel-Heil- und Fürsorge-Verein 1915, 27).

Die Kinder in der idealen Gemeinschaft des Krüppelheims zu sozialisieren setze voraus, dass man sie von ihren Familien absonderte. Würtz forderte eine Pflicht zur Heimunterbringung. Nur in Anstalten ließe sich eine »Freude am Gemeinschaftsleben« entwickeln. Rückblickend gelten Würtz Theorien als »spekulativ-deduktive« Konstruktionen (Fuchs 1999, 2). Zeitgenossen kritisierten die Auswirkungen seiner Krüppelpädagogik auf die Lebensumstände der Kinder. Sogar ein Assistenzarzt des Oskar-Helene-Heims schrieb 1921:

»Als vollkommener Laie in pädagogischen und psychologischen Fragen vermag ich mich bei seinen Darlegungen des Gefühls nicht ganz erwehren, als würde das Wissenschaftliche dabei auf Kosten des rein Menschlichen zu stark betont« (Schwarz 1921, 19).

Hans Würtz ging nicht, wie von ihm selbst angestrebt, als Begründer eines neuen wissenschaftlichen Feldes, das er als »Soziopsychik« oder in Anlehnung an das Wort Psychiatrie als »Soziatrie« bezeichnete (Würtz 1921, 16), in die Geschichte der Pädagogik ein.

Seine Überlegungen zur Segregation und Klassifikation behinderter Menschen machen ihn allerdings zu einem Vordenker der Sonderpädagogik.

4.4 Eignungsprüfungen

Ab Mitte der Zwanzigerjahre spielten bei Patienten mit der Diagnose *Morbus Little* Intelligenzprüfungen eine weit größere Rolle für den weiteren Behandlungsverlauf als der medizinische Aufnahmestatus. Auf ihrer Grundlage entschieden Pädagogen darüber, ob ein Kind in der Anstalt verblieb oder nicht. In einer Krankenakte aus dem Jahr 1925 bescheinigte der Pädagoge Hans Würtz einem 16-jährigen Patienten mit der Diagnose *spastische Hemiplegie*:

»Er hört langsam, er sieht langsam, und er denkt langsam. Dabei sind Wahrnehmung und Erkenntnis schwach«.

Da jedoch nicht die Armenkasse, sondern die Eltern selbst für die Behandlung aufkamen, empfahl er, den Jungen »mit Geduld und Güte« zu fördern; eine Handwerksausbildung könne seine Lust an der Körperbetätigung fördern.

Diese Lebensqualität wurde Privatpatienten zugebilligt. Sie fielen nicht unter die »Kosten-Nutzen-Rechnung«, nach der allein die Erwerbsbefähigung Ziel des Aufenthalts zu sein hatte. Ein Berliner Bezirksamt hatte 1920 festgelegt, dass es eine Behandlung nur bis zu einer voraussichtlichen Erwerbsfähigkeit von 70% tragen werde. Demzufolge endete die Krankenakte der Patientin mit der Zeile: »Von der Mutter abgeholt. Voraussichtliche Erwerbsfähigkeit geringer als 70%«. In den folgenden Jahren entschied Erziehungsdirektor Würtz darüber, welche Patienten eine medizinische Behandlung erhielten. Es begann mit Urteilen über die potenziellen Erfolge einer Berufsausbildung, so heißt es 1921 bei einer Patientin: »kommt wegen mangelnder Intelligenz nicht in Frage – soll landwirtschaftliche Hilfsarbeiten ausführen«.

Ein dreijähriger Junge mit infantiler Zerebralparese sollte 1922 zunächst in eine Siechenanstalt verlegt werden. Eine klinische Behandlung könne eventuell erneut erwogen werden, wenn sich die Intelligenz gehoben habe, lautete das Gutachten. Mit einer Verlegung waren die Eltern nicht einverstanden. Sie nahmen ihr Kind zu sich nach Hause.

Das offensichtliche Problem dieser Praxis bestand darin, dass die Kinder durchaus von einer medizinischen Behandlung – und selbstverständlich auch von einer adäquaten pädagogischen Betreuung – profitiert hätten. Zur »Verminderung der Kosten« wurden stattdessen Verlegungen in Siechen- und Idiotenanstalten vorgeschlagen. Auf Gutachten mit dieser Empfehlung folgte meist nur noch die kurze Notiz des behandelnden Stationsarztes: »Ungeheilt entlassen«.

Im Zuge der Wirtschaftskrise der 1930er-Jahre wies das Reichsinnenministerium die Deutsche Gesellschaft für Krüppelfürsorge an, nach Einsparungsmöglichkeiten in ihrem Fürsorgezweig zu suchen. Bereitwillig einigten sich Mediziner und Pädagogen auf ein *Notprogramm für die Krüppelfürsorge*. Sie schlugen vor, die durch das preu-

ßische Krüppelfürsorgegesetz gewährten Leistungen erheblich zu beschneiden. Fortan sollten nur Personen Unterstützung erfahren, »welche die seelisch-geistige sowie körperlich-technische Fähigkeit besitzen, sich selbst den notdürftigsten Lebensbedarf durch Arbeit zu verschaffen«.

»Bildungsunfähigen« und »schwachbegabten Krüppeln mit einer körperlichen Behinderung stärkeren Grades« sollte nach Ansicht der Lehrer und Ärzte kein Anstaltsaufenthalt mehr finanziert werden. Und sie sollten zukünftig auch nicht mehr durch »Krüppelfürsorgestellen« erfasst werden (Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge 1932, 15).

Orthopädisch Kranke sollten also nur behandelt werden, wenn sie als »geistig normal« oder potenziell erwerbsfähig galten.

Die Vierte Notverordnung des Reichspräsidenten, die im Jahr 1932 einschneidende Maßnahmen in das Sozialsystem verkündete, blieb hinter den Forderungen der Orthopäden und Lehrer zurück. Zwar wurde in Zukunft die Ausbildung an die Leistungsfähigkeit der Patienten angepasst, doch medizinisch sinnvolle Behandlungen wurden ihnen nicht verwehrt (Vierte Notverordnung 1932, 202 und 229). Hindenburgs Notverordnung hatte nicht gewagt, eine Praxis zu legitimieren, die bereits seit Jahren den Alltag im Umgang mit schwer und mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen bestimmte.

5 Unüberbrückbare Differenzen

5.1 Die Debatte über die Hetzschrift Wider die Minderwertigkeit

1926 publizierte der in München lebende Generalarzt a. D. Felix Buttersack (1865–1951) das auch für die 1920er-Jahre beispiellose Buch mit dem Titel »Wider die Minderwertigkeit«, das in einer wissenschaftlichen Reihe zur Konstitutionsforschung herausgegeben wurde. Buttersack bezeichnete darin die »Versorgung von Idioten, Krüppeln und anderen minderwertigen Elementen« als *Luxus* (Buttersack 1926, 15). Die Regierung mache sich aus Angst vor »Unpopularität« eines »biologischen Verbrechens« schuldig, wenn sie »Schwindsüchtige, Geisteskranke, Schwachsinnige, Fürsorgezöglinge und Hilfsschüler« am Leben erhalte (ebd., 9), anstatt »bedauernswerte[n] Existenzen menschenfreundlicherweise zum Tode [zu] verhelfen« (ebd., 25).

Den Vertretern der Deutschen Vereinigung für Krüppelfürsorge war ihr Entsetzen anzumerken. Biesalski rief dazu auf, gegen »derartige Erörterungen entschieden Front zu machen«. Und doch war seine Reaktion auf die zentralen Thesen in Buttersacks Buch verhalten, wenn nicht gar zustimmend. In einer Rede führte er aus:

»Heute wird viel über die Austilgung lebensunwerten Lebens geschrieben, gesprochen und gestritten, und zwar mit gutem Grunde, weil die Zahl der Unsozialen in solcher Weise anschwillt, daß sie als eine kaum noch zu ertragende Belastung des immer geringer werdenden gesunden und erwerbsfähigen Teiles unserer Volksgemeinschaft empfunden

wird. Zu diesem Haufen der Unsozialen: Idioten, Epileptische, Geisteskranke, unheilbare Trinker, Schwindsüchtige und manche andere, wirft [Buttersack] nun vielfach in einer manchmal rührenden Unkenntnis unseres besonderen Arbeitsgebietes auch die Krüppel« (Biesalski 1926, 9).

Die Beurteilung von *lebenswert* und *lebensunwert* orientierte sich an den identischen Kriterien, wie sie auch der Beurteilung einer Erwerbsbefähigung zugrunde gelegt wurden. Erziehungsdirektor Hans Würtz hatte sein Amt 1911 mit Ansprüchen angetreten, die aus der Jugendbewegung stammten. Er wollte den Willen körperbehinderter Kinder und Jugendlicher stärken. »Tat oder Tod« lautete ein Slogan, den Würtz in seiner programmatischen Schrift *Das Seelenleben des Krüppels* 1921 formuliert hatte (Würtz 1921, 55). Damals war die Losung als Motivation gemeint, als Aufruf, das eigene Leben zu gestalten (Musenberg 2002, 305). Zehn Jahre darauf hatte dieser Slogan eine andere, für die Betroffenen lebensbedrohliche Bedeutung erhalten (Sierk 1992, 18), und mit Beginn der nationalsozialistischen Krankenmorde weitere knapp zehn Jahre später erreichte eine Entwicklung ihren Höhepunkt, die mit wissenschaftlichen Methoden der Auswahl und Klassifizierung und brutalem Vokabular begonnen hatte.

Hans Würtz hat die Losung »Tat oder Tod« zu dieser Zeit nicht mehr benutzt. Im Mai 1933 wurde der Sozialdemokrat mit vorgehaltener Waffe aus seinem Arbeitszimmer geführt. Seine Verhaftung und die *Gleichschaltung* des Oskar-Helene-Heims im Mai 1933 galt als Gesellenstück des späteren Reichsärzteführers Leonardo Conti (1900–1945). Nach kurzem Gefängnisaufenthalt gelang Würtz die Emigration.

5.2 Karitative und staatliche Fürsorge im offenen Disput

Die Diskussion über den Wert des menschlichen Lebens bestimmte die Präsentation der Fürsorge für behinderte Menschen auf der meist besuchten Ausstellung der Weimarer Republik, der *Großen Ausstellung Gesundheitspflege Soziale Fürsorge und Leibesübungen* (Ge-So-Lei), die von Mai bis Oktober 1926 auf den Düsseldorfer Rheinwiesen gezeigt wurde. Die Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge plante, »lebende Krüppel« zur Schau zu stellen. Über ein Hohlspiegelsystem sollten die Besucher sie bei »ihrer produktiven Tätigkeit in einer Werkstatt« betrachten. Schautafeln erklärten die rassenhygienischen und eugenischen Aspekte der *Krüppelfürsorge*. Der pekuniäre Nutzen einer produktiven Rehabilitation Körperbehinderter stand im Mittelpunkt der Darstellung.

Eine gemeinsame Präsentation mit den konfessionellen Anstalten war nicht zustande gekommen. Die freien Wohlfahrtsverbände, bestehend aus dem Roten Kreuz, der Zentralwohlfahrtsstelle der deutschen Juden, dem Zentralverband der Inneren Mission und dem Deutschen Caritasverband, distanzierten sich. Die Gegensätze waren für Ausstellungsbesucher unübersehbar. In einer Nische versuchte die Liga der freien Wohlfahrtspflege

»das Interesse der Besucher an der Arbeit für Epileptiker und Schwachsinnige zu wecken, indem sie die Frage nach der Erhaltung lebensunwerten Lebens im Sinne der Ethik der freien Wohlfahrtspflege beantwortete. [...] Sie zeigte [...], wie dieses Arbeitsgebiet fast ausschließlich der freien Wohlfahrtspflege überlassen bleibt« (Vöhringer 1927, 896).

Im selben Jahr entschloss sich der Verband katholischer Krüppelheilanstalten, in Abgrenzung zur Zeitschrift für Krüppelfürsorge eine eigene Publikationsreihe herauszugeben, die sie Der Krüppelführer nannte. Jeder Band der 1941 eingestellten Zeitschrift enthielt Artikel und Rezensionen, die sich kritisch mit der herrschenden Rassenhygiene und Eugenik befassten. Hier positionierte sich der Theologe und Lehrer Peter Josef Briefs (1890–1960) als Gegner von Hans Würtz, den er als Vertreter einer »unangenehmen, amerikanistischen, materialistischen« Weltanschauung bezeichnete, die allein wirtschaftliche Gründe für die Behandlung und Ausbildung von Körperbehinderten gelten lasse. Briefs sah bei Würtz ein »Sympathisieren mit den Bestrebungen der modernen Euthanasie«, die ein Recht des Staates postuliere, das »sogenannte minderwertige Leben« zu vernichten (Briefs 1930, 2).

Zehn Jahre nach Ende des Zweiten Weltkrieges veröffentlichte Briefs eine ausführliche Analyse der *Krüppelpädagogik* der 1920er- und 1930er-Jahre. Sie habe ein geistiges Klima bestimmt, das spätestens während des Nationalsozialismus eine lebensgefährliche Bedrohung für körperbehinderte Menschen darstellte (Briefs 1955, 11).

6 Ende

1937 initiierte der Leiter der Abteilung Volksgesundheit am Reichs-Innenministerium, Arthur Gütt (1891–1949), ein *Handbuch der Erbkrankheiten*. Der Kommentator des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses empfahl es als Richtschnur für Ärzte, Richter und Sachverständige in Erbgesundheitsprozessen. Der erste Band trug den Titel *Der Schwachsinn*. Verfasser war der spätere Kölner Medizinaldirektor Fred Dubitscher. Er stützte sich auf die Forschungsliteratur der vorangegangenen anderthalb Jahrzehnte. Knapp 100 Seiten befassen sich ausschließlich mit Methoden der Intelligenzmessung. Ausführlich erläuterte er mit zahlreichen Beispielen unterschiedliche Ansätze der noch jungen Testmethode (Dubitscher 1937, 250ff.). Wissenschaftlich fundiert sollten die Erbgesundheitsgerichte über zwangsweise Sterilisierungen entscheiden. Bei über 400.000 Menschen wurde der Eingriff angeordnet (Bock 2010).

Unter der Überschrift Kriterien der Grenzbestimmung finden sich die offiziellen Kriterien des NS-Staates, mit Hilfe derer die Diagnose Schwachsinn gestellt wurde, die bei erblichen Ursachen eine zwangsweise Sterilisierung nach sich zog, und die überdurchschnittlich viele ab Juni 1940 ermordeten Anstaltsinsassen trugen (Rotzoll/Hohendorf/Fuchs/Mundt/Eckart 2010):

»Die Grenzbestimmung kann sich vielmehr nach kapitalistisch-individualistischen Gesichtspunkten richten und die berufliche Brauchbarkeit als maßgeblich ansehen, oder nach sozialen Gesichtspunkten, dann steht die Lebensbewährung im Vordergrund, oder aber

nach biologischen Gesichtspunkten, dann ist die volle Persönlichkeitsentwicklung maßgebend, deren Maßstab im nationalsozialistischen Sinne die Gemeinschaftsfähigkeit auf biologischer Grundlage ist« (Dubitscher 1937, 179, Hervorhebungen im Original).

Die Formulierung *Lebensbewährung* spielte auf die von Alfred Hoche (1841–1920) vertretene Normtheorie des Strafrechts an, nach der die Strafe eines Delinquenten nach seinem Wert für die Gesellschaft bewertet wurde. Der hier so zentral als Kern nationalsozialistischen Biologismus hervorgehobene Begriff *Persönlichkeit* setzte sich, so Dubitscher, aus vererbten psychischen und körperlichen Eigenschaften sowie aus Charakter und Intelligenz zusammen.

Persönlichkeit, psychische und körperliche Eigenschaften, Charakter und Intelligenz sind Begriffe ohne Bedeutung. Sie erhalten ihren Inhalt durch Zuschreibungen. In den ersten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts schufen Pädagogen, Mediziner, Psychologen und Juristen ein Ordnungs- und Messsystem, das jeden einzelnen dieser Parameter definierte.

Literatur

Biesalski, K. (1909): Umfang und Art des jugendlichen Krüppeltums und der Krüppelfürsorge in Deutschland. Hamburg.

Biesalski, K. (1914): Orthopädische Behandlung der Nervenkrankheiten (= Sonderdruck aus: Lange, F. [Hrsg.]: Lehrbuch der Orthopädie). Jena.

Biesalski, K. (1925): Die Verminderung des Krüppeltums durch Vorbeugung. In: Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge (Hrsg.): Zeitgemäße Krüppelfürsorge. Leipzig, 25–32.

Biesalski, K. (1926): Krüppelfürsorge und Sozialbiologie. Festrede, gehalten bei der aus Anlaß des zwanzigjährigen Bestehens des Oskar-Helene-Heims, Berlin-Dahlem, erfolgten Eröffnung des Museums der Krüppelfürsorge. Berlin.

Bock, G. (2010): Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Münster.

Briefs, P. J. (1930): Die psychologische Lage des Krüppels vor der Berufswahl. Der Krüppelführer. In: Zeitschrift für Katholische Krüppelfürsorge 3, 1–15.

Briefs, P. J. (1955): Körperbehindertenfürsorge im Geiste der Caritas. Paderborn.

Brockhaus-Verlag (1911): Kleines Konversations-Lexikon, 5. Auflage, Bd. 2. Leipzig.

Brüggemann'sche Verlags-Expedition (1833): Neuestes Conversations-Lexikon für alle Stände. Von einer Gesellschaft deutscher Gelehrten bearbeitet, Bd. 4. Halberstadt.

Buttersack, F. (1926): Wider die Minderwertigkeit! Die Vorbedingung für Deutschlands Gesundung. Skizzen zur Völker-Pathologie (= Monographien zur Frauenkunde und Konstitutionsforschung, Nr. 10). Leipzig.

Deutsche Vereinigung für Krüppelfürsorge (1932): Notprogramm für die Krüppelfürsorge. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 25, 3–22.

Dubitscher, F. (1937): Der Schwachsinn (= Handbuch der Erbkrankheiten, hrsg. von Arthur Gütt, Bd. 1). Leipzig.

Fuchs, A. (1910): Begriff, Umfang und Ausbreitung des Hilfsschulwesens in Deutschland. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 2, 213–222.

Fuchs, A. (1912): Schwachsinnige Kinder, ihre sittlich-religiöse, intellektuelle und wirtschaftliche Rettung. Versuch einer Hilfsschulpädagogik. Gütersloh.

- Fuchs, A. (1922): Schwachsinnige Kinder, ihre sittlich-religiöse, intellektuelle und wirtschaftliche Rettung. Versuch einer Hilfsschulpädagogik (3. Aufl.). Gütersloh.
- Fuchs, P. (1999): »Krüppel« zwischen Selbstaufgabe und Emanzipation am Beispiel der Entstehung und Entwicklung des Selbsthilfebundes der Körperbehinderten (1919–1945) und der Biographie Hilde Wulffs (1898–1972). Berlin.
- Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz (GStA PK) (1906): Erläuterungen zur Krüppelzählung. Beiblatt für den Gemeindevorstand. Rep. 76 VIII B Nr. 1674.
- Geschäftsführender Ausschuß des Krüppel-Heil- und Fürsorge-Vereins für Berlin-Brandenburg e. V. (1921): Fünfzehn Jahre Krüppelfürsorge im Oskar-Helene-Heim. Eine Denkschrift. Berlin.
- Heina, L. (1964): Das körperbehinderte Kind und seine Sondererziehung. Villingen.
- von Ketteler, W. E. (1850): Das Kirchenkollegium zu St. Hedwig. In: Schlesisches Kirchenblatt 16, 282–283.
- Krüppel-Heil- und Fürsorge-Verein für Berlin-Brandenburg e. V. (1915): Fünfter Rechenschaftsbericht über das Oskar-Helene-Heim für Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder für die Zeit vom Oktober 1912 bis September 1915.
- Krüppel-Heil- und Fürsorgeverein für Berlin-Brandenburg e. V. (1907): Erster Rechenschaftsbericht über die Berlin-Brandenburgische Krüppel-Heil- und Erziehungsanstalt für 1906 bis 1907. Berlin.
- Musenberg, O. (2002): Der Körperbehindertenpädagoge Hans Würtz (1875–1958). Eine kritische Würdigung des psychologischen und pädagogischen Konzeptes vor dem Hintergrund seiner Biographie. Hamburg.
- Noack, T. (2003): Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Juristische Entscheidungen, Politik und ärztliche Positionen 1890–1960.
- Ohne Autor (1911): Die Ausstellung für Krüppelfürsorge in Dresden. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 4, 82–129.
- Osten, P. (2004): Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer modernen Krüppelfürsorge, 1906–1933. Frankfurt a. M.
- Oxford English Dictionary (1987): The Compact Edition of the Oxford English Dictionary, Vol 1. Oxford.
- Rotzoll, M./Hohendorf, G./Fuchs, P./Mundt, C./Eckart, W. U. (Hrsg.) (2010): Die nationalsozialistische »Euthanasie«-Aktion »T4« und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Paderborn.
- Piper, H. (1910): Stand und Erfolge des Unterrichts an Idioten und Imbezillen. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 2, 120–127.
- Ritzmann, I. (2008): Sorgenkinder. Kranke und behinderte Mädchen und Jungen im 18. Jahrhundert. Weimar.
- Schäfer, T. (1909): Das religiöse Moment im Krüppelheim. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 1, 20.
- Schwarz, K. (1921): Literatur zum neuen Preußischen Krüppelfürsorgegesetz. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 14, 14–19.
- Sengelmann, H. M. (1891): Die Arbeit an den Schwach- und Blödsinnigen. Gotha. Sierk, U. (1992): Arbeit ist die beste Medizin. Hamburg.

- Synwoldt, J. (1979): Von der Hilfsschule zur Schule für Lernbehinderte. Die Förderung der schwachbefähigten Kinder am Beispiel Berlins. Berlin.
- Thomann, K.-D. (1992): Der »Krüppel«: Entstehen und Verschwinden eines Kampfbegriffs. In: Medizinhistorisches Journal 27, 221–271.
- Vierte Notverordnung des Reichspräsidenten zur Sicherung von Wirtschaft und Finanzen und zum Schutze des inneren Friedens 1932. Vom 8. Dezember 1931. 5. Teil, Kapitel I, § 6, sowie Kapitel V, § 1–3. Berlin.
- Vöhringer, G. (1927): Die Ausstellung der Liga der freien Wohlfahrtspflege auf der Ge-So-Lei. In: Schlossmann, A. (Hrsg.): Ge-So-Lei. Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen. Düsseldorf, 879–909.
- Würtz, H. (1919): Sozialisierende Krüppelerziehung. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 12, 16–19.
- Würtz, H. (1921): Das Seelenleben des Krüppels. Krüppelseelenkundliche Erziehung und das Gesetz betreffend die öffentliche Krüppelfürsorge. Leipzig.
- Zedler, J. H. (1735): Universal-Lexicon, Bd. 14.

