

# VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 17

Schwerpunkt: Medikalisierte Kindheiten. Die neue Sorge um das Kind  
vom ausgehenden 19. bis ins späte 20 Jahrhundert

Herausgegeben von

Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Ralser und Elisabeth Lobenwein

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2018



---

Hemma Mayrhofer / Katja Geiger

**„... und irgendwo verstauen“:  
Kinder mit Behinderungen „Am Steinhof“  
nach 1945**

---

**English title**

“... and Stow Them away Somewhere”: Children with Disabilities at the “Steinhof” after 1945

**Summary**

The situation of children with disabilities who were placed in psychiatric institutions in Vienna during the second half of the 20<sup>th</sup> century has hardly been taken into account by historical research until now. A recent socio-historical study examines two Viennese institutions: Pavilion 15 of the Psychiatric Hospital “Am Steinhof” and the Ward for Children with developmental disabilities of the Neurological Hospital of the City of Vienna. The results provide new insights into the structures and practices of such psychiatric institutions. In this paper the focus lies on Pavilion 15. Four case studies of the lives of patients who were detained in Pavilion 15 from the post-WW II-era until the 1980s delineate the paths which led to the “Kinderpavillon” and expose its reigning system of negligence and violence. The reconstructions show how psychiatric patterns of interpretation and action, institutional relegation politics, organisational structures as well as care cultures inscribe themselves into real biographies and withheld chances for personal development.

**Keywords**

Second half of the 20<sup>th</sup> Century, Vienna (Austria), children with disability, psychiatry, total institution, empirical study, case reconstructions

## Einleitung

Für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen existierten in der österreichischen Nachkriegsgeschichte nicht nur jahrzehntelang völlig unzureichende institutionelle Versorgungs- und Betreuungsstrukturen, ihre Lebensbedingungen interessierten bislang auch die zeitgeschichtliche Forschung kaum.<sup>1</sup> Nun liegen erstmals umfassende zeithistorisch-sozialwissenschaftliche Aufarbeitungen zur Unterbringung minderjähriger Personen mit Behinderungen in zwei stationären Einrichtungen der Wiener Psychiatrie vor: Im Auftrag des Wiener Krankenanstaltenverbundes untersuchte das Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie ab Jahresbeginn 2015 den ehemaligen Pavillon 15 der Heil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ (ab 1963 „Psychiatrisches Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe (PKH)“ bzw. ab 2000 Otto-Wagner-Spital) und zum anderen die vom Neuropädiater Andreas Rett (1924–1997) gegründete „Abteilung für entwicklungsgestörte Kinder“ am Neurologischen Krankenhaus der Stadt Wien-Rosenhügel.<sup>2</sup>

In diesem Beitrag liegt der Fokus auf der Studie zu Pavillon 15 „Am Steinhof“, deren empirische Ergebnisse aus einer veränderten Perspektive betrachtet werden sollen: Anhand von vier Fallrekonstruktionen zu einst dort untergebrachten Kindern werden die Wege in den sogenannten Kinderpavillon und das dort herrschende System aus Vernachlässigung und Gewalt exemplarisch verdeutlicht. Die Darstellungen strukturieren somit die Studienergebnisse aus der Perspektive des Individuums, wobei damit keinesfalls eine individualistische Betrachtungsweise eingenommen werden soll. Anhand der personenzentrierten Fallrekonstruktionen wird vielmehr die zentrale Fragestellung des Beitrages beantwortet, wie sich medizinisch-psychiatrische Deutungs- und Handlungsschemata, institutionelle Abschiebepolitiken, Organisationsstrukturen sowie Pflege- und Betreuungskulturen in reale biografische Verläufe und persönliche Entwicklungschancen einschreiben bzw. wie dadurch solche Chancen vorenthalten werden. Es geht im Folgenden somit um die Rekonstruktion sozialer Praktiken und deren Folgen für die Lebensverläufe von Menschen mit Behinderungen. Die Fallstudien umfassen die gesamte Untersuchungs-Zeitspanne von der zweiten Hälfte der 1940er-Jahre bis zur Auflösung 1983. Nach einem kurzen Abriss zur Geschichte und den strukturellen Rahmenbedingungen auf Pavillon 15 werden die vier Fallgeschichten in chronologischer Reihenfolge dargestellt.

---

1 Vgl. Petra FLIEGER / Volker SCHÖNWIESE, Behindertenheime. Die Stiefkinder der Aufarbeitung von Missbrauch und Gewalt, in: Monika Jarosch u. a., Hg., Gegenstimmen (= Jahrbuch der Michael-Gaismair-Gesellschaft, Innsbruck 2015), 144–151.

2 Zu den Gesamtergebnissen der beiden institutionellen Fallstudien vgl. Hemma MAYRHOFFER u. a., Hg., Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989. Stationäre Unterbringung am Steinhof und Rosenhügel (= Schriften zur Rechts- und Kriminalsoziologie 8, Wien 2017).

## Geschichte und Struktur des „Kinderpavillons“

Pavillon 15 ist Teil des Anfang des 20. Jahrhunderts errichteten Anstaltenkomplexes „Am Steinhof“, der als ein Prototyp der modernen Anstaltspsychiatrie der damaligen Zeit zu betrachten ist.<sup>3</sup> Über die Nutzung des Pavillons in den ersten Jahrzehnten seines Bestehens ist wenig bekannt, sehr wohl aber über die Zeit des Nationalsozialismus: Pavillon 15 war Teil der Tötungsanstalt „Am Spiegelgrund“, ab 1942 wurde er mit Pavillon 17 zur „Wiener städtischen Nervenklinik für Kinder“ zusammengefasst. In Pavillon 15 wurden die meisten der in dieser Anstalt rekonstruierbaren Euthanasiemorde begangen.<sup>4</sup>

Die aktuellen Forschungen zu Pavillon 15 in der Nachkriegszeit machen sichtbar, dass nach der formellen Auflösung des Spiegelgrundes Ende Juni 1945 nahtlos weiter Kinder und Jugendliche auf diesem Pavillon untergebracht waren. Von Belang ist auch, dass mit wenigen Ausnahmen das gesamte Personal aus der NS-Zeit weiterbeschäftigt wurde – die Ausnahmen betreffen einzelne besonders belastete Personen. Es lassen sich keine Hinweise darauf finden, dass dem weiterbeschäftigten Personal eine ideologische und professionelle „Reorientierung“ zuteilgeworden wäre.<sup>5</sup>

Im Untersuchungszeitraum verfügte der Pavillon über 140 systemisierte Betten, die zumeist voll ausgelastet gewesen sein dürften. Anhand der ausgewerteten Krankenakten (ca. 100) lässt sich eine maximale Altersspanne der untergebrachten Personen zwischen zwei und 44 Jahren feststellen, wobei der absolut überwiegende Anteil minderjährig war. Bei den älteren Personen handelte es sich in der Regel um mitarbeitende Patientinnen und Patienten. Auf Basis der verfügbaren Informationen kann geschätzt werden, dass im Untersuchungszeitraum zwischen 600 und 700 Kinder und Jugendliche auf Pavillon 15 untergebracht waren.

Die materielle und personelle Ausstattung des Pavillons muss insgesamt als schlecht und ungenügend bewertet werden. Es gab kaum medizinisches Personal, sondern überwiegend gering qualifizierte Pflege(hilfs)kräfte und die längste Zeit, nämlich bis in die zweite Hälfte der 1970er-Jahre hinein, keine (anderen) Betreuerinnen und Betreuer bzw. Therapeutinnen und Therapeuten vor Ort. Daran wird bereits exemplarisch sichtbar, dass der „Kinderpavillon“ nicht den fachlichen Standards der damaligen Zeit entsprach. Die seit den 1960er-Jahren einsetzende Veränderung in der Behindertenhilfe hin zu Förderung und Rehabilitation wurde bis kurz vor seiner Schließung völlig ignoriert und auch in den letzten Jahren des Bestehens nur rudimentär umgesetzt.<sup>6</sup>

---

3 Vgl. Sophie LEDEBUR, *Das Wissen der Anstaltspsychiatrie in der Moderne. Zur Geschichte der Heil- und Pflegeanstalten Am Steinhof in Wien (= Wissenschaft, Macht und Kultur in der modernen Geschichte 5, Wien 2015).*

4 Vgl. Herwig CZECH, *Der Spiegelgrund-Komplex. Kinderheilkunde, Heilpädagogik, Psychiatrie und Jugendfürsorge im Nationalsozialismus*, in: *Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften* 25/1–2 (2014), 194–219; Peter MALINA, *Zur Geschichte des „Spiegelgrundes“*, in: Ernst Berger / Else Rieger, Hg., *Verfolgte Kindheit. Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Sozialverwaltung* (Wien u. a. 2007), 159–192.

5 Vgl. Hemma MAYRHOFFER, *Geschichte und Struktur des „Kinderpavillons“*, in: Mayrhofer u. a., Hg., *Kinder, wie Anm. 2*, 60–72; sowie Rudolf LEO, *Die NS-Vergangenheit des Personals am Pavillon 15 „Am Steinhof“ und an der „Rett-Klinik“*, in: Mayrhofer u. a., Hg., *Kinder, wie Anm. 2*, 581–602.

6 Vgl. Volker SCHÖNWIESE, *Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe. Von der Rehabilitation zu Selbstbestimmung und Chancengleichheit. Auf dem Weg zu einem Tiroler Chancengleichheitsgesetz für Menschen mit Behinderung*, online unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/plangger-behindertenhilfe.html> (letzter Zugriff: 12.01.2017); Gudrun WOLFGRUBER, *Therapeutische Maßnahmen*, in: Mayrhofer u. a., Hg., *Kinder, wie Anm. 2*, 240–254.

Vor allem leitenden Pflegepersonen kam im Alltag besondere Deutungs- und Entscheidungshoheit zu, generell wurde die Verantwortung für das tägliche Geschehen in der Regel vom ärztlichen Personal auf das Pflegepersonal abgewälzt. Diese Situationsbeschreibung gilt im Wesentlichen trotz leichter Verbesserungen ab der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre bis zur Auflösung bzw. Übersiedlung des „Kinderpavillons“ in den Nachbarpavillon 17 im Jahr 1983, wie auch anhand der nun folgenden vier Fallrekonstruktionen verdeutlicht werden soll.

### **Renate S.: Mangelnde Förderung und Praktiken der Ruhigstellung in den 1950er-Jahren**

Renate S. gehört zu den frühesten im Rahmen der Studie untersuchten Fällen, die Rekonstruktion ihrer stationären Unterbringung „Am Steinhof“ auf Basis ihrer Krankenakte ermöglicht Einblicke in den Umgang mit jungen Patientinnen und Patienten auf Pavillon 15 im ersten Nachkriegsjahrzehnt. Anhand der Krankengeschichte des Mädchens lassen sich die mangelhaften Betreuungsstrukturen und deren negative Auswirkungen auf die Entwicklungsmöglichkeiten der betreuten Kinder erkennen. Darüber hinaus beinhaltet die Falldarstellung Verweise auf die amtliche Perspektive des Wiener Jugendamtes auf Missstände in der Anstalt zu Beginn der 1950er-Jahre – und darauf, wie eine amtliche Initiative zur Verbesserung der Lebensbedingungen auf Pavillon 15 ohne nennenswerte Folgen für die Betroffenen blieb.

Im Mai 1947 wurde die fast fünf Jahre alte Renate von ihrer Mutter und ihrer Pflegemutter auf den „Kinderpavillon“ gebracht. Die familiären Beweggründe für die Abgabe des Kindes sind nicht dokumentiert, es wird lediglich ein bereits vorangegangener Aufenthalt in der Niederösterreichischen Landesheil- und Pflegeanstalt Gugging, wo das Mädchen sich bis Jänner 1947 befunden hatte, erwähnt. Am Anfang der ärztlichen Dokumentation steht wie in allen analysierten Krankenakten eine Zusammenfassung der Aufnahmeuntersuchung, in der das Mädchen als „ruhig und willig“ sowie motorisch unauffällig beschrieben wird. Weiter ist vermerkt, dass es nur einzelne Wörter wie „Mama“, „Auto“, „Uhr“, jedoch keine Sätze gesprochen habe. Die Diagnose lautete „Ia, Debilität“, was nach dem damals gebräuchlichen Diagnose-schema, dem sogenannten Würzburger Schlüssel,<sup>7</sup> einen angeborenen Intelligenzdefekt bezeichnete. Einen Monat nach der Aufnahme wurde eine Gerichtskommission zur rechtlichen Legitimation der zwangsweisen Anhaltung der Patientin hinzugezogen.<sup>8</sup> Sie bestätigte das Ergebnis der Aufnahmeuntersuchung und hielt fest, dass es sich bei Renate „um ein Kind mit angeborenem Schwachsinn mittleren bis hohen Grades mit völlig ungenügender Reaktion auf die Umgebung“ handle.<sup>9</sup>

7 Vgl. Andrea DÖRRIES / Jochen VOLLMANN, Medizinische und ethische Probleme der Klassifikation psychischer Störungen. Dargestellt am Beispiel des „Würzburger Schlüssels“ von 1933, in: Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie 65 (1997), 550–554.

8 Zu den formalen Aufgaben und der tatsächlichen Praxis der Gerichtskommissionen vgl. Walter HAMMERSCHICK, Rechtlicher Rahmen und rechtliche Praxis, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 535–580.

9 Archiv für PatientInnen-Akten des Otto Wagner-Spitals (= APA/OWS), Krankengeschichte (= KG) 123a\_Y. Die Zitierweise der Krankenakten des OWS entspricht der innerhalb der Arbeitsgruppe des IRKS erarbeiteten anonymisierten und in der Veröffentlichung der Studienergebnisse verwendeten Form.

In den ersten beiden Jahren ihres Aufenthaltes auf Pavillon 15 verhielt sich Renate laut den Aufzeichnungen in ihrer Krankenakte „eigensinnig“, sie habe häufig geschrien und um sich geschlagen, aber auch gerne mit den anderen Kindern gespielt. Obwohl sie verstehe, „wenn auf sie gesprochen wird“, habe sie selbst zunächst nicht gesprochen. Erst nach zwei Jahren ist festgehalten, dass sie einzelne Wörter nachzusprechen begann. Die Vermerke zu ihrem Verhalten weisen sie als teilweise „anschmiegsam“ und „liebesbedürftig“ aus, spiegeln aber eine überwiegend negative Sicht auf die Patientin wider, so beispielsweise auch in folgendem Eintrag von 1953: „Im Tagraum; spricht schlecht. Kann nicht zählen, zeigt nur 1 Finger dabei. Gegen Umgebung grob, hat Zornausbrüche, wobei sie viel schlägt, die Kleider vom Leibe reißt, auf den Boden wirft, brüllt. Hält sich bei Tag rein, nachts öfter Bettnässen.“<sup>10</sup>

Aggressionen gegen sich selbst und andere wurden als zunehmend zutage tretendes Problem während der ersten Jahre von Renates Aufenthalt beschrieben und als Begründung für die ab 1953 häufigen Freiheitsbeschränkungen des damals zehneinhalb Jahre alten und nur 24 kg wiegenden Mädchens angeführt.<sup>11</sup> Störendem Verhalten der Patientin wurde demnach mit einer mechanischen, in der Krankengeschichte aber nicht genauer bezeichneten Einschränkung der Bewegungsfreiheit begegnet. Beschränkende Maßnahmen wie Zwangsjacken, fixierende Gurte, Netz- und Gitterbetten gehörten bis in die 1980er-Jahre zum alltäglichen „Lösungsrepertoire“ des Personals auf Pavillon 15 und wurden in großem Umfang eingesetzt. Sie dienten in erster Linie der einfacheren Handhabung bzw. Ruhigstellung unruhiger Kinder innerhalb einer organisatorischen Struktur, die durch Personalmangel und schlecht ausgebildete Pflegekräfte gekennzeichnet war, während Alternativen wie eine Erweiterung des Beschäftigungs- und Förderangebotes nicht zur Debatte standen.<sup>12</sup>

Dass allerdings der Umgang mit den Patientinnen und Patienten auf Pavillon 15 bereits zu Beginn der 1950er-Jahre nicht unhinterfragt und allseits akzeptiert blieb, sondern die Betreuung der Kinder und die Alltagsgestaltung auf der Station als völlig inadäquat und nicht den zeitgenössischen Standards entsprechend wahrgenommen wurde, belegt ein Schriftwechsel aus dem Aktenbestand des Wiener Jugendamtes von 1953. Im Aktenvermerk zum Lokalaugenschein des Jugendamtes auf dem „Kinderpavillon“ heißt es:

„Zweifelloos zeigen mehrere dort untergebrachte Kinder eine gewisse Bildungsfähigkeit. In diesem Milieu, das rein auf äußere Pflege abgestimmt ist, können sie nicht die leiseste Förderung erfahren. Es gibt kein einziges Spielzeug. [...] Es gibt keine Sandkiste, keinerlei Geräte. Soweit ich sehen konnte, sind die Pflegerinnen bestrebt, die Kinder nur um die Tische und Bänke zusammenzuhalten.“<sup>13</sup>

---

10 Ebd.

11 APA/OWS, KG123a\_Y.

12 Vgl. Hemma MAYRHOFER, Freiheitsbeschränkende Praktiken auf Pavillon 15, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 199–220.

13 Wiener Stadt- und Landesarchiv (= WStLA), Magistratsabteilung (= M.Abt.) 207, A1, Allgem. Registratur, Mappe 4/1953, Aktenvermerk vom 21.7.1953.

Eine Woche später schrieb der damalige Jugendamtsleiter Dr. Tesarek an den ressortmäßig zuständigen Stadtrat und Vizebürgermeister Karl Honay unter anderem: „Niemand von uns kann diesen Zustand verantworten.“<sup>14</sup>

Als erste Maßnahme, den Missständen entgegenzuwirken und einzelne Patientinnen und Patienten zu fördern, wurde die Begutachtung und Testung der für einen Kindergartenbesuch als „geeignet“ erscheinenden Kinder durch eine Psychologin des Jugendamtes beschlossen. Ziel war es laut Aktenvermerk, jene Kinder zu ermitteln, die „bei entsprechender Förderung und Betreuung durch erfahrene Kindergärtnerinnen eine derartige geistige Nachentwicklung erreichen können, dass sie vielleicht späterhin in die Lage versetzt sind, sogar eine Hilfsschule zu besuchen“.<sup>15</sup> Renate S. dürfte eines dieser Kinder gewesen sein, denn es wurde ein psychologischer Befund an der Heilpädagogischen Beobachtungsstation Schloss Wilhelminenberg<sup>16</sup> angefertigt, der zu dem Schluss kam, „dass [sie] für die geplante Kindergartengruppe absolut geeignet erscheint. Am wichtigsten wäre bei ihr wohl eine intensive Sprachschulung, die im Verlauf wahrscheinlich auch von selbst das Bedürfnis zum Anschluss an die Gemeinschaft entstehen lassen wird.“<sup>17</sup> Explizite Hinweise darauf, dass Renate eine diesbezügliche Förderung erhalten hätte, fehlen allerdings in der Krankengeschichte. Lediglich in einem Eintrag von 1955 wird erwähnt, dass sie nach Ausschluss aus der sogenannten Erziehungsgruppe wegen Grobheiten gegen die anderen Kinder einen Zornesausbruch gehabt habe, dem man wieder mit beschränkenden Maßnahmen begegnete.

Ab 1955 bekam Renate auch das sedativ wirkende Antiepileptikum Prominal gegen Unruhe und das triebdämpfende, ursprünglich aus der Tiermedizin stammende Mittel Epiphysan<sup>18</sup> gegen Onanie. 1956 ist im Dekurs festgehalten, dass sich das mittlerweile 13-jährige Mädchen zunehmend absondere, nur noch zeitweise aggressiv sei, nicht mehr am Spiel teilnehme und kaum mehr spreche. Gegen Unruhe- und Aggressivitätszustände wurden im Jahr 1958 die Medikamente Luminal, Largactil, Miltaun und Serpasil verabreicht. In den weiteren Jahren bis zur Überstellung in die psychiatrische Anstalt der Stadt Wien in Ybbs an der Donau – dorthin waren regelmäßig Patientinnen und Patienten vom Steinhof transferiert worden<sup>19</sup> – wurden keine Verhaltensverbesserungen festgestellt. Die junge Frau saß den Eintragungen in der Krankengeschichte zufolge meist teilnahmslos auf ihrem Sessel.<sup>20</sup>

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die analysierten Aktenaufzeichnungen zu Renate S. exemplarisch zeigen, dass Kinder auf Pavillon 15 nicht nur wenig – wenn überhaupt

14 WStLA, M.Abt. 207, A1, Allgem. Registratur, Mappe 4/1953, Schreiben des Jugendamtsleiters Dr. Tesarek an den amtsführenden Stadtrat Verwaltungsgruppe IV, Vizebürgermeister Karl Honay vom 28.07.1953.

15 WStLA, M.Abt. 207, A1, Allgem. Registratur, Mappe 4/1953, Schreiben der MA 17 vom 8.7.1953.

16 Diese Station war 1950 vom ehemaligen Spiegelgrund – nunmehr wieder Steinhof – in das wieder eröffnete Kinderheim im Schloss Wilhelminenberg übersiedelt. Vgl. Barbara HELIGE u. a., Endbericht der Kommission Wilhelminenberg (Wien 2013), 30.

17 APA/OWS, KG123a\_Y, Psychologischer Befund und Gutachten der heilpädagogischen Beobachtungsstation Schloß Wilhelminenberg vom 2.11.1953.

18 Zu Epiphysan vgl. Gudrun WOLFGRUBER / Katja GEIGER, Medizinische Standards und Versorgung, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 415–435, hier 427–433. Zu Epiphysan vgl. ferner den Beitrag von Ina FRIEDMANN in diesem Band.

19 Vgl. Hemma MAYRHOFFER, Leben nach Pavillon 15, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 316–334, hier 324.

20 APA/OWS, KG123a\_Y.

– Förderung erfuhren, sondern die Lebensumstände auf Pavillon 15 auch Entwicklungsrückschritte bewirkten; so hatte Renate laut Dekurs ihre bei der Aufnahme noch dokumentierten Sprachfähigkeiten für zwei Jahre wieder eingebüßt. Zugleich liegen eindeutige Belege vor, die zeigen, dass den verantwortlichen Stellen die Missstände auf Pavillon 15 zu dieser Zeit bereits bekannt und bewusst waren. Die Überlegung des Jugendamts, zur heilpädagogischen Förderung der Patientinnen und Patienten einen Kindergarten auf der Station einzurichten, verlief danach allerdings offenbar wieder im Sande. Erst 1979, also gut 25 Jahre später, kam es zur Installation eines eigenen Kindergartens auf Pavillon 15.<sup>21</sup>

Aus medizinhistorischer Perspektive ist am rekonstruierten Fall auch der Einsatz der oben genannten sedierenden Medikamente beachtenswert. Neuroleptika, bei Renate etwa Largactil und Serpasil, waren erst seit Mitte der 1950er-Jahre im Handel erhältlich und kamen in der Erwachsenenpsychiatrie vor allem bei der Behandlung von Psychosen zum Einsatz.<sup>22</sup> Mit dem großzügigen Einsatz von Sedativa bei Renate S. wie auch bei vielen anderen Kindern auf Pavillon 15 wurden nicht medizinisch-therapeutische Zwecke, sondern die Ruhigstellung der Patientinnen und Patienten verfolgt. Gleiches gilt in der Regel für die häufig angewandten mechanischen Freiheitsbeschränkungen. Diese Praxis bildet eine Konstante im Umgang mit Kindern mit Behinderungen in Wiener psychiatrischen Anstalten bis in die 1980er-Jahre und entspricht dem Bestreben, den Alltag auf den Stationen für das Pflegepersonal möglichst leicht handhabbar zu gestalten. Die bereits viel länger als die sedierende Wirkung der Neuroleptika bekannten Effekte einer umfassenden heilpädagogischen Betreuung und Förderung<sup>23</sup> kamen hingegen nicht zur Anwendung.

## **Rudolf M.: Abwärtsspirale institutioneller Weiterverweisungspraktiken**

Die Fallrekonstruktion zu Rudolf M.s kurzem Leben bezieht sich vor allem auf die 1960er-Jahre und soll exemplarisch für jene Kinder und Jugendlichen stehen, die über andere Krankenanstalten auf den Steinhof kamen. An Rudolfs Schicksal lässt sich zudem besonders anschaulich die Spirale von Vernachlässigung und Freiheitsbeschränkung rekonstruieren, die vielen auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern in der Anstalt widerfuhr. Diese Fallstudie erlaubt vielschichtige Einblicke, da für ihre Rekonstruktion verschiedene Quellen und Daten erschlossen und wechselseitig kontrastiert werden konnten. Neben der Krankenakte des nunmehrigen Otto-Wagner-Spitals standen Interviews mit zwei älteren Geschwistern Rudolfs und auch private Dokumente, die von den Angehörigen zu den Gesprächen mitgebracht worden waren, zur Verfügung. Vor allem die Erinnerungen der (getrennt interviewten) Angehörigen bilden ein wichtiges Korrektiv zu den knappen und oft abwertenden Akteneinträgen, wie in der nachfolgenden Falldarstellung aufgezeigt wird.

---

21 Vgl. Gudrun WOLFGRUBER, Pädagogische Angebote. Schule und Kindergarten, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 225–273, hier 268–270.

22 Vgl. z. B. Fred A. MIELKE, Über das Rauwolfia-Alkaloid Reserpin (Serpasil) in der Psychiatrie, in: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 194 (1956), 263–288.

23 Vgl. z. B. Hans ASPERGER, Heilpädagogik (Wien 1952).



Rudolf M. wurde Mitte der 1950er-Jahre in Wien geboren, er war das vierte von fünf Kindern einer Familie, die der unteren Mittelschicht zugeordnet werden kann: Der Vater war einfacher Angestellter, die Mutter kümmerte sich um den Haushalt und die Kinder. Seit früher Kindheit war bei Rudolf eine verzögerte Entwicklung beobachtbar; die Geschwister erinnern sich, dass er zwar kaum gesprochen und vermutlich sehr schlecht gehört habe, es sei aber gut möglich gewesen, mit ihm zu kommunizieren. Bis zum Alter von sechs Jahren wuchs Rudolf bei seiner Familie auf. Er wird von seinen Geschwistern als selbstständiges und fröhlich-lebhaftes Kind beschrieben, das einen sehr großen Bewegungs- und Freiheitsdrang gehabt habe und zugleich für die anderen Kinder der Familie eine wichtige Rolle innehatte:

„[E]r war die Sonne in unserer Familie. Wir waren sehr streng erzogen, sehr christlich, sehr angepasst, und er hat sich natürlich nicht so genau an Regeln gehalten und das war für uns so, wir haben ihn alle wahnsinnig gerne gehabt, weil er hat uns zum Lachen gebracht. [...] und er hat auch unheimlich viel Wärme gegeben.“<sup>24</sup>

Rudolfs Fallgeschichte verdeutlicht exemplarisch, dass zur damaligen Zeit nicht nur kaum institutionelle Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien zur Verfügung standen, Angehörige berichteten zudem von der Erfahrung, dass ihre Kinder von vorhandenen pädagogischen Einrichtungen, aber auch von Ärztinnen und Ärzten oder in Krankenhäusern abgewiesen wurden.<sup>25</sup> So erinnerten sich Rudolfs Geschwister, dass ihr Bruder nach kurzer Zeit den Platz in einem Sonderkindergarten wieder verlor, die Schwester erzählte auch von der Beobachtung, dass die Eltern mit dem behinderten Kind bei Ärztinnen und Ärzten oftmals „abgewimmelt“ worden waren.

Ganz anders an der gerade gegründeten „Rett-Klinik“: Sie begann ab 1956 für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen sowie ihre Angehörigen ein Beratungs- und Versorgungsvakuum auszufüllen. Rudolfs Eltern suchten 1957 erstmals mit ihrem Sohn die Abteilung auf und waren danach für einige Jahre bei Andreas Rett in Beratung und Rudolf in Behandlung. Das von Rett unterzeichnete Anstaltsparere, mit dem später die Überstellung auf den „Stein- hof“ formal legitimiert wurde, führt einen ersten stationären Aufenthalt Rudolfs ab Herbst 1957 an, der zweieinhalb Monate dauerte.<sup>26</sup> Über die Gründe hierfür konnte nichts in Erfahrung gebracht werden, auf Basis der Forschungsergebnisse zur „Rett-Klinik“ erscheint es aber wahrscheinlich, dass neben der umfassenden Durchuntersuchung des Kindes die Entlastung der Eltern ein bedeutsames Motiv gewesen sein dürfte.<sup>27</sup>

Anfang 1960 kam es erneut zu einer stationären Aufnahme in der „Rett-Klinik“. Die ältere Schwester Rudolfs erinnerte sich im Interview, dass Rett ihrer Mutter – sie war zu diesem

24 IP18\_A:9 – Die Zitierweise des Interviews entspricht der innerhalb der Arbeitsgruppe des IRKS erarbeiteten anonymisierten und in der Veröffentlichung der Studienergebnisse verwendeten Form. Demgemäß wurde jedem/ jeder Gesprächspartner/-in (Interviewperson = IP) eine laufende Nummer zugeteilt, zudem wird aus dem Buchstaben „A“ erkennbar, dass es sich um Angehörige handelte. Die Zahl 9 steht für den Absatz im Transkript, dem das Zitat entnommen ist (in diesem Fall also dem neunten Absatz des Transkripts).

25 Vgl. Hemma MAYRHOFFER / Gudrun WOLFGRUBER / Katja GEIGER, Kinder und Jugendliche auf Pavillon 15. Zusammensetzung und Wege in die Anstalt, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 93–132, hier 102–103.

26 APA/OWS, KG96a\_S, Parere des Altersheims der Stadt Wien – Lainz vom 27.3.1962.

27 Vgl. Hemma MAYRHOFFER, Beschreibung der stationär aufgenommenen ‚PatientInnen‘, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 391–414, hier 402–405.

Zeitpunkt erneut schwanger – den Rat gab, das Kind mit Behinderung wegzugeben, da es eine Gefahr für das Baby sein könne und sie mit einem behinderten Kind auch zu wenig Zeit für das Neugeborene hätte. Für die Eltern habe die ärztliche Autorität unhinterfragte Geltung gehabt, so die Geschwister. Das Parere führt als Aufnahmegrund an, dass „das Kind im familiären Milieu wegen seines Erethismus untragbar geworden war“. Der Bub wird weiter folgendermaßen beschrieben:

„Autistisch, für nichts zu interessieren, mit nichts zu beschäftigen, keinerlei geistige Fortschritte, die ganze Zeit über ständige Unruhe und Aggressivität, ständig in Bewegung, überall dran, hat Kinder niedergestoßen, gezwickt, gekratzt, Fenster eingeschlagen. Hohe Dosen Sedativa (Nozinan, Largactil, Phenergan, Truxal) waren nötig.“<sup>28</sup>

Erethie bzw. Erethismus findet sich sowohl an der „Rett-Klinik“ als auch „Am Steinhof“ sehr häufig als Sammelbegriff für unangepasstes Verhalten der Kinder in den ärztlichen Befunden, es wurde in erster Linie als Ausdruck der Behinderung betrachtet und nicht als Folge inadäquater Lebens- und Betreuungsbedingungen. In der Regel wurde versucht, solch einem Verhalten durch sedierende Medikation zu begegnen – offensichtlich auch an der „Rett-Klinik“.

Nach zwei Jahren stationärer Unterbringung bei Rett wurde Rudolf 1962 auf den „Steinhof“ transferiert; gemäß der Erinnerung der Geschwister geschah dies nicht nur ohne Einverständnis der Eltern, diese wurden vorab darüber auch nicht in Kenntnis gesetzt. Berichte weiterer Zeitzeuginnen und Zeitzeugen legen nahe, dass solche nicht abgestimmte Transfers gängige Praxis gewesen sein dürften, selbst wenn sich die Eltern – in diesem Fall v. a. die Mutter – regelmäßig um das Kind in der Klinik kümmerten.<sup>29</sup> Laut Anstaltsparere erfolgte Rudolfs Überstellung auf den Steinhof, weil „während des stationären Aufenthaltes des Kindes an unserer Abteilung keinerlei geistige Fortschritte festzuhalten waren“.<sup>30</sup> Im psychologischen Gutachten der „Rett-Klinik“, das dem Parere beigefügt war, wird Rudolf fehlende Förderbarkeit zugeschrieben, weshalb die Unterbringung in einer Pflegeanstalt gutzuheißen sei. Die oben zitierte Beschreibung legt allerdings die Hypothese nahe, dass zudem die Lebhaftigkeit des Kindes im Stationsalltag störte. Solche Beweggründe lassen sich wiederholt in den Abschiebepraktiken Retts auf den „Steinhof“ erkennen, in seinen wissenschaftlichen Publikationen benennt Rett Erethismus auch explizit als ein Kriterium für die Abgabe eines Kindes in „reine Pflegeanstalten“ wie den „Steinhof“.<sup>31</sup>

Die Aufnahmediagnose am „Steinhof“ lautete „geistige Entwicklungshemmung“, „Erethismus“ und „Idiotie“, eine damals noch häufig in der Psychiatrie gebräuchliche Bezeichnung des höchsten Grades kognitiver Behinderung. Zudem wird bei der Aufnahme der Verdacht auf Taubheit geäußert, ein Aspekt, der in den wenigen zur Verfügung stehenden Dokumenten aus der „Rett-Klinik“ nicht erwähnt wird (die Krankenakte aus dieser Anstalt war nicht mehr auffindbar). Allerdings finden sich auch in der Steinhof-Krankenakte diesbezüglich keine wei-

---

28 Ebd.

29 Vgl. MAYRHOFER u. a., Kinder, wie Anm. 2, hier 125.

30 APA/OWS, KG96a\_S, Parere des Altersheims der Stadt Wien – Lainz vom 27.3.1962.

31 Vgl. Andreas RETT, Das hirngeschädigte Kind. Ärztliche, erzieherische und soziale Probleme (Wien–München 1971), 116; Andreas RETT / HORST SEIDLER, Das hirngeschädigte Kind. Ärztliche, erzieherische und soziale Probleme (Wien 1981), 299.

teren Untersuchungen bzw. Therapien vermerkt, sondern nur ein „geringes Sprachverständnis“, ohne dass dabei auf eventuelle Gehörbeeinträchtigungen hingewiesen wird. Erst später auf einem „Erwachsenenpavillon“ wurde in der Akte kurz „ist taub“<sup>32</sup> festgehalten – wieder ohne weitere Berücksichtigung der Gehörbeeinträchtigung.

Die nachfolgenden Einträge in der Krankenakte lassen eine Spirale aus medikamentöser Ruhigstellung und physischer Freiheitsbeschränkung erkennen, die den primären Zweck verfolgt haben dürften, im Stationsalltag „störendes“ Verhalten zu regulieren ohne sich weiter mit dem Kind beschäftigen zu müssen. Die alltägliche umfassende Achtlosigkeit gegenüber den Kindern und Jugendlichen am sogenannten Kinderpavillon, die nicht einfach auf individuelles Fehlverhalten einzelner Pflegekräfte reduziert werden kann, sondern als Ausdruck einer verdinglichenden und zugleich risikovermeidenden Pflegekultur<sup>33</sup> zu betrachten ist, soll an folgendem Beispiel konkretisiert werden:

Im Jahr 1962 findet sich in Rudolfs Krankenakte der lapidare Vermerk: „trinkt immer wieder aus Kloschüssel, wird deshalb zeitweise beschränkt.“<sup>34</sup> Erinnerungen der Geschwister zufolge konnte er zu Hause normal und überwiegend eigenständig essen und trinken (und zwar nicht aus dem Klosett), zum Interview hatte der Bruder auch ein Foto mit, auf dem zu sehen ist, wie sich Rudolf selbst ein Brot bestreicht.

„Er war eigentlich ein tüchtiges Kind, muss ich sagen. Also wie ich dann gehört habe, er ist nicht förderbar, später wie ich dann älter war, hab ich mir gedacht: Wahnsinn. Er hat selbstständig gegessen, er war sauber, er ist mit uns spazieren gegangen, er ist wahnsinnig gerne Roller gefahren, das hat er geliebt.“<sup>35</sup>

Bei ihren Besuchen „Am Steinhof“ mussten die Geschwister mit Entsetzen wahrnehmen, dass ihr Bruder nun nicht mehr richtig trinken konnte, sondern das Glas hastig an sich riss, das Wasser hinunterstürzte und an der Flüssigkeit zu ersticken drohte. Zunächst lassen sich diese Veränderungen als Prozesse der Diskulturation innerhalb totaler Institutionen beobachten, die nach Goffman „darin besteht, daß jemand gewisse, im weiteren Bereich der Gesellschaft erforderliche Gewohnheiten verliert oder sie nicht erwerben kann“.<sup>36</sup>

Die ungeschickte Hast des Buben erhält durch Zeitzeugen- und Zeitzeuginnenberichte ehemaliger Pflegekräfte des „Kinderpavillons“ noch eine andere Bedeutung: Ihnen zufolge waren bis in die 1980er-Jahre in den Schlaf- und Wachräumen aus Sicherheitsgründen die Wasserhähne in der Regel verschlossen, sodass den Kindern oft keine andere Möglichkeit blieb, als ihren Durst durch Trinken aus der Toilette zu stillen. In der Krankenakte Rudolfs wird nirgendwo erkennbar, dass auch nur ein Gedanke daran verschwendet worden war, ob das Kind Durst

32 APA/OWS, KG96a\_S, 1968.

33 Vermeidung von Risiko und Abwälzen von Verantwortung zeigen sich als die zentralen Orientierungen im täglichen Handeln des Pflegepersonals. Dabei ging es aber keineswegs darum, die Patientinnen und Patienten keinem Risiko auszusetzen, vielmehr wollte man sich selbst nicht das Risiko eines „Disziplinars“ einhandeln. – Vgl. Hemma MAYRHOFFER, Arbeitshaltung und Handlungsrituale des Pflegepersonals – systemstabilisierende Mechanismen, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 221–239, hier 234–235.

34 Vgl. APA/OWS, KG96a\_S, 1962.

35 IP18\_A:9.

36 Erving GOFFMAN, Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (Frankfurt am Main 1973), 76.

haben könnte – und dass er wie auch andere Kinder auf die einzige ihm zur Verfügung stehende Weise seinen Durst gestillt haben dürfte. Das Verhalten wurde als individuelle Abartigkeit bzw. als Ausdruck der Behinderung interpretiert und nicht als Resultat der institutionellen Umgebung und fehlender Versorgung und Betreuung. Entsprechend stellte man einfach das störende Symptom mittels Freiheitsbeschränkung ab, sodass nun das Kind physisch daran gehindert war, aus der Toilette zu trinken.

Das Beispiel verweist auf den Befund der Studie, dass nicht wenige der als störend oder selbstgefährdend eingestuften Verhaltensweisen der Kinder überhaupt erst durch die Unterbringung in der Institution und durch die ihnen dort widerfahrene Behandlung und „Betreuung“ (mit-)verursacht worden sein dürften, sodass sich in der Folge ein sich wechselseitig verstärkender Zirkel aus Hospitalismussymptomen und Freiheitsbeschränkungen entfaltete.<sup>37</sup>

In Rudolfs Krankenakte ist zudem die Dokumentation vieler Bisswunden auffällig, die ihm durch verschiedene Mitpatienten zugefügt wurden. Die Einträge weisen nicht nur darauf hin, dass Gewalt unter den Kindern häufig auftrat und die entstandenen Verletzungen mitunter medizinische Nachbetreuung erforderten (Behandlung mit Salben, lange Abheilzeiten der Wunden), sie hinterlassen auch den Eindruck, dass gewalttätige Vorfälle nicht ausreichend durch das Personal eingedämmt wurden. Auch lassen zahlreiche Eintragungen von Furunkeln, Pilzinfektionen etc. auf sehr schlechte hygienische Verhältnisse und unzureichende Körperpflege schließen.

Mit Vollendung des 14. Lebensjahres wurde Rudolf in den „Erwachsenenstand“ versetzt und in der Folge zunächst auf Pavillon 6 und dann auf Pavillon 18 des PKH „Baumgartner Höhe“ verlegt. Dies entsprach einer typischen Anstaltskarriere der Patientinnen und Patienten des „Kinderpavillons“, überwiegend erfolgte die weitere Unterbringung innerhalb des „Steinhofs“, wobei der Zeitpunkt der Überstellung durch die institutionellen Regeln vorgegeben war und sich nicht an den Bedürfnissen und der persönlichen Entwicklung der Jugendlichen orientierte. Pavillon 18 zeigt sich als anstaltsinterne „Endstation“ für männliche Patienten mit Behinderung, auch dort herrschten schlechteste Versorgungs- und Betreuungsbedingungen.<sup>38</sup> Rudolfs Bruder fasste die Situation auf Pavillon 18 im Gespräch wie folgt zusammen:

„Im 18er war es dann ganz aus, also 18er war für mich eine – ja, eine Todeszelle. 18er kann ich mich nur an die schlimmen Sachen erinnern, also da, ich weiß gar nicht, ob wir beim 18er überhaupt raus haben dürfen oder rausgegangen sind. [...]“

I: „Was hat denn Ihr Bruder da den ganzen Tag gemacht?“

B: „Zwischen nichts und gar nichts, weil er hat [sic] in seinem Bett gewesen, gegessen und aus.“<sup>39</sup>

Gemäß Krankenakte verstarb Rudolf M. im Alter von 21 Jahren an Tuberkulose. Auf Basis der verfügbaren Quellen lässt sich nicht eindeutig klären, inwieweit bzw. in welchem Ausmaß sein sehr früher Tod durch die dokumentierte, aus heutiger und wohl auch damaliger Sicht als

---

37 Vgl. MAYRHOFER u. a., Kinder, wie Anm. 2, hier 125.

38 Vgl. hierzu auch Angelika LABURDA, Materialien zur Reform der psychiatrischen Versorgung. Geistig Behinderte im psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe. Dissertation (Universität Wien 1981), 165–171.

39 IP41\_A:235ff.

mangelhaft zu bezeichnende Pflege verursacht worden ist. Nahegelegt wird diese Hypothese aber einerseits durch die Erzählungen der Geschwister. Ein Zusammenhang zwischen Rudolfs frühem Versterben und den schlechten Unterbringungs- und Betreuungsbedingungen erscheint zudem plausibel im Licht sozialhistorischer und aktueller Befunde über soziale Faktoren der Erkrankungs- und Mortalitätsraten der Tuberkulose.<sup>40</sup>

### **Ernst T.: Unzulänglichkeit und fehlende Nachhaltigkeit erster Verbesserungsbemühungen am „Kinderpavillon“**

Anfang der 1970er-Jahre wurde Ernst T. im Alter von sechseinhalb Jahren in das PKH „Baumgartner Höhe“ eingewiesen, um danach bis zu seinem Tod im Jahr 1982 auf dem Kinderpavillon zu verbleiben. Die ungefähr zehnjährige stationäre Unterbringung erstreckt sich somit über den ab der zweiten Hälfte der 1970er-Jahre merkbaren Wandel in den Versorgungs- und Betreuungsbedingungen auf Pavillon 15. Für die Fallrekonstruktion standen neben der Patientenakte im Umfang von ca. 80 Blatt, der u. a. das Obduktionsprotokoll beigelegt war, auch Erinnerungen des ehemaligen Personals an das Kind bzw. den Jugendlichen zur Verfügung, nicht aber Interviews mit Angehörigen.

Auch Ernst T.s Eltern – sein Vater war Handwerker, seine Mutter kaufmännische Angestellte – hatten sich mit ihrem Sohn zunächst an die „Rett-Klinik“ gewandt. Ernst war dort in früher Kindheit unbekannte Zeit stationär untergebracht gewesen, dann aber an der Klinik „nicht länger haltbar“.<sup>41</sup> Im Polizeiparere, das die Einweisung ins PKH formal legitimierte, wird auf ein Schreiben Retts verwiesen, demzufolge „das Kind trotz verschiedenartigster Therapie nicht besserungsfähig [...] war und Selbstaggressionen einen Verbleib im häuslichen Verband unmöglich machen“.<sup>42</sup> Die Aufnahmediagnose im PKH lautete „Oligophrenie bei praenatalem Cerebralschaden, Erethismus, Schwerhörigkeit“.<sup>43</sup> Dem Deckblatt der Krankengeschichte ist zu entnehmen, dass sich die Eltern nur wenige Monate nach Ernsts Einweisung auf Pavillon 15 scheiden ließen, allerdings liegen keine weiteren Informationen zur familiären Situation vor.

Die Krankengeschichte von Ernst T. zeigt einen wechselhaften Verlauf: Die überwiegende Zeit der Unterbringung lässt der Dekurs die übliche Gleichgültigkeit und Vernachlässigung in der medizinisch-pflegerischen Versorgung erahnen. Ab 1977 erwecken manche, bei Weitem aber nicht alle Eintragungen einen etwas empathischeren Eindruck. Und ab Ende der 1970er-Jahre bis zum Tod im Frühjahr 1982 werden wechselnde, teilweise auch intensivere Bemühungen des Personals erkennbar, den Allgemein- und Ernährungszustand des nunmehr Jugendlichen zu verbessern, wie nachfolgende Ausführungen detailliert rekonstruieren:

---

40 Vgl. Elisabeth DIETRICH-DAUM, Die „Wiener Krankheit“. Eine Sozialgeschichte der Tuberkulose in Österreich (= Sozial- und wirtschaftshistorische Studien 32, Wien 2007); Janina KEHR, Geographien der Gefahr und soziale Risiken. Wie Tuberkulose in Deutschland zu einer MigrantInnenkrankheit wird, in: Hansjörg Dilger / Bernhard Hadolt, Hg., Medizin im Kontext. Krankheit und Gesundheit in einer vernetzten Welt (Frankfurt am Main 2010), 161–179.

41 Vgl. APA/OWS, KG4a\_S, 1972.

42 Ebd.

43 Ebd.

Bereits bei der Aufnahme wurde festgehalten, dass der Bub „im offenen Bett nicht haltbar“<sup>44</sup> sei. Wiederholte Einträge in der Krankenakte weisen darauf hin, dass Ernst T. über viele Jahre regelmäßig „wegen hochgradiger Unruhe u. auch Aggressivität fast den ganzen Tag im Netzbett“<sup>45</sup> gehalten wurde. Darüber hinaus finden sich viele Verletzungen eingetragen, die teils als selbst verursacht, teils als von anderen Patientinnen und Patienten zugefügt festgehalten sind. Der wichtigste Zweck der Einträge scheint darin gelegen zu haben, die Handlungen des Personals als korrekt auszuweisen und ein Fremdverschulden auszuschließen. Eisenbach-Stangl (1977), die sich in einer empirischen Untersuchung zur sozialen Konstruktion von Krankengeschichten auf ebendiese Zeit und Institution bezieht, nennt als eine zentrale Funktion der Aktenführung:

„Ereignisse und Entscheidungen, die den in einer Institution Tätigen zur Last gelegt werden können, so darzustellen, daß sie die Verantwortlichen notfalls entlasten. Allgemeines Individualisieren von Problemen und negative Verhaltensbeschreibungen, vor allem der langfristig Hospitalisierten, können diese Funktion erfüllen.“<sup>46</sup>

Gut ein Jahr nach der Einweisung findet sich erstmals der Verdacht auf „psychisch bedingte Rumination“<sup>47</sup> in der Akte von Ernst vermerkt. Der Patient erbreche fast jede Mahlzeit, esse das Erbrochene wieder und habe 6 kg Körpergewicht verloren. Zudem trinke er Badewasser und Wasser aus dem Klo und erbreche anschließend heftig. Aufgrund andauernden Erbrechens nehme der Bub weiter an Gewicht ab, so ist nun über viele Jahre in der Krankenakte festgehalten, ohne dass – abgesehen von sedierenden Medikamenten – irgendwelche Bemühungen erkennbar werden, dagegen etwas zu unternehmen. Es findet sich nachfolgend auch kein direkter Vermerk auf psychische Ursachen der Symptome mehr, obwohl die festgehaltenen Beschreibungen dies sehr wahrscheinlich machen.

Erst ab 1979 lässt die Krankenakte Anstrengungen erkennen, bei Ernst über feste bzw. „eingedickte“ Nahrung das Erbrechen zu verringern – offenbar teilweise, aber nicht immer mit Erfolg. In der ersten Jahreshälfte 1979 findet sich in den der Krankenakte beigefügten Gewichtstabellen eine bemerkenswerte Gewichtsschwankung auf 40 kg bis Mai vermerkt. Danach sank das Gewicht wieder rapide auf schlussendlich 28,5 kg zum Jahresende. Da in der ersten Jahreshälfte aber sonst keinerlei Eintragungen in der Krankengeschichte vorgenommen wurden, bleiben die Gründe für die Schwankung unklar.

Anfang 1980 findet sich erstmals die Überlegung in der Krankenakte vermerkt, den Patienten mittels Sonde zu ernähren. Kurze Zeit später wurde Ernst, der weiter an Gewicht verloren hatte, „wegen zunehmender Austrocknung und Rumination“<sup>48</sup> für knapp drei Monate auf die „Interne Kinderabteilung mit Psychosomatik“ des Wilhelminenspitals verlegt. Dort konnte durch künstliche Ernährung eine Gewichtssteigerung um 3 kg auf nunmehr 27,5 kg Körpergewicht erreicht werden. Im Befund der Abteilung – er lag der Patientenakte bei –

---

44 Ebd.

45 Ebd., 19.07.1979.

46 Irmgard EISENBACH-STANGL, Die soziale Konstruktion von Krankengeschichten, in: Österreichische Zeitschrift für Soziologie 3/4 (1977), 54–63, hier 61.

47 Vgl. APA/OWS, KG4a\_S, 25.05.1973.

48 APA/OWS, KG4a\_S, 19.03.1980.

findet sich trotz des psychosomatischen Schwerpunkts dieser Station kein Hinweis auf eine psychologische Betreuung des Jugendlichen. Neben der Ernährung mit Magentropfsonde sind lediglich Medikamentengaben festgehalten: „[...] und sedierten ihn mit Melleril retard (150–150–100 mg) und Valium (2 x 10 mg). [...] Vorübergehend erhielt der Patient auch Truxal 30 mg im.“<sup>49</sup>

Nach Ernsts Rücküberstellung auf Pavillon 15 wurde laut Akteneintrag die Verlegung in die „Fördergruppe“ und die Betreuung durch einen Erzieher beschlossen,<sup>50</sup> was unmittelbar positive Effekte zeigte. Ernst erbrach den Eintragungen zufolge sogleich deutlich weniger und legte schnell an Gewicht zu. Drei Wochen später wurde ein „wesentlich besseres Zustandsbild“ in der Akte vermerkt, der Jugendliche suche Kontakt und gehe häufig mit dem Erzieher spazieren, tagsüber sei er „die meiste Zeit aus dem Bett, bricht weniger. Spielt mit dem Hüpfball“.<sup>51</sup> Allerdings zeichnet sich nach ca. drei Monaten (ab September 1980) wieder eine Veränderung zum Schlechteren ab, bemerkenswerterweise findet sich ab diesem Zeitpunkt auch keine Erwähnung des Erziehers mehr in der Akte. Die Abwärtsspirale von Erbrechen und Gewichtsverlust beginnt sich nun wieder zu drehen. An Ernsts Schicksal lassen sich die massiven negativen Konsequenzen unbeständiger – und teilweise ganz fehlender – Bezugspersonen in institutionellen Unterbringungen in besonders eindringlicher Weise erkennen.<sup>52</sup>

Ein auf Pavillon 15 erstellter psychologischer Befund vom Oktober 1980 schreibt dem Jugendlichen in knapp-distanzierten Worten das niedrigste „Sozialalter“ innerhalb seiner „Fördergruppe“ zu, es sind zudem keinerlei Therapieansätze vorhanden. Vermutlich wurde der Patient daraufhin wieder von der Fördergruppe zu den „reinen Pflegefällen“ zurückverlegt, auch wenn sich in der Akte kein entsprechender Vermerk findet. Die Begutachtung durch die seit Ende der 1970er-Jahre auf Pavillon 15 tätige Psychologin verweist auf die in dieser Zeit zunehmenden Förderversuche bei den als förderbar klassifizierten Patientinnen und Patienten – das seit Anfang der 1960er-Jahre sich durchsetzende Rehabilitations-Paradigma kam mit beträchtlicher Verspätung allmählich auch am „Kinderpavillon“ an.<sup>53</sup> Allerdings hatte Ernst – von einem kurzen Zeitraum abgesehen – nicht das Glück, längerfristig als förderbar kategorisiert zu werden.

Nach einer kurzen Stabilisierung in der ersten Jahreshälfte 1981 – Ernst war zwischenzeitlich auch wieder für drei Wochen im Wilhelminenspital – verschlechterte sich der Gesundheitszustand weiter und der Jugendliche verlor massiv an Gewicht, er wog Ende 1981 nur noch 17 kg. Zu diesem Zeitraum existieren Erinnerungen einer ehemaligen Pflegekraft des „Kinderpavillons“ an den Jugendlichen. Sie lassen das Nebeneinander der herkömmlichen Pflegepraxis auf Pavillon 15 und eines neuen Engagements für die Kinder und Jugendlichen sichtbar werden, ohne dass sich aber Letzteres breiter und systematischer etablieren konnte. Die Interviewpartnerin erinnert sich zunächst daran, dass bei Ernst – wie auch bei anderen Kindern – gewalttätige Ausspeisepraktiken zum Einsatz gekommen waren.

49 Ebd., Befund Wilhelminenspital.

50 Ebd., 09.06.1980.

51 Ebd., 14.07.1980.

52 Die gravierenden Folgen des Aufwachsens unter Bedingungen mangelnder oder ganz fehlender persönlicher Zuwendung beschreibt u. a. René Spitz in seinen empirischen Hospitalismusstudien zum frühen Kindesalter. – Vgl. René A. SPITZ, Hospitalismus I und II. in: Günther Bittner / Edda Harms, Hg., Erziehung in früher Kindheit. Pädagogische, psychologische und psychoanalytische Texte (München 1985), 89–122.

53 Vgl. SCHÖNWIESE, Paradigmenwechsel, wie Anm. 6; WOLFRUBER, Therapeutische Maßnahmen, wie Anm. 6.

„Und er hat das also wie viele andere halt auch gekriegt, indem er das Flascherl ohne Schnuller mit dem Babybrei, liegt am Rücken und dann leert man das mit drei Mal so schwups hinein in das Kind und dann schluckt man das halt irgendwie. Er hat das immer runtergeschluckt, hat sich aufgesetzt und gespieben.“<sup>54</sup>

Anschließend berichtet sie im Interview von ihren Bemühungen, den Jugendlichen über löffelweise verabreichten eingedickten Brei zu ernähren, was der Erinnerung gemäß nach Anfangsschwierigkeiten auch erfolgreich war, aber auf ihr persönliches Engagement begrenzt blieb:

„Und das [Essen, Anm. d. Verf.] ist drinnen geblieben, war überhaupt kein Thema, nachdem er mal gecheckt hat, dass er sonst gar nichts kriegt. [...] Und das hab ich dann halt auch bei der Visite gesagt, dass das drinnen bleibt, jaja, jaja, es war nicht einmal der Auftrag da, dass das andere auch so machen müssen.“<sup>55</sup>

In der Krankenakte ist für September 1981 vorübergehend eine leichte Verbesserung vermerkt, es wurde versucht, die Sonde abzusetzen, was kurze Zeit auch erfolgreich gewesen sein dürfte. Zugleich ist festgehalten: „Wird von willigem Pflegepersonal innerhalb der Anstalt spazierengeführt.“<sup>56</sup>

Ab Anfang 1982 verschlechterte sich der gesundheitliche Zustand von Ernst rapide. Versuche, den physischen Zustand des Patienten mittels Sondenernährung zu stabilisieren, blieben erfolglos.<sup>57</sup> Ab März 1982 kam ein bakterieller Infekt hinzu und am 14. April 1982 verstarb der knapp 17-jährige Jugendliche laut Diagnose an „Pneumonie“ (Lungenentzündung).<sup>58</sup> Im Obduktionsprotokoll ist ergänzend „Leberfunktionsschaden und Marasmus“ (= Protein- bzw. Energiemangel, der zum Abbau aller Energie und Eiweißreserven führt) als Todesursache angeführt.

Unterschiedliche Formen von Pneumonie finden sich in 80 % der insgesamt analysierten Obduktionsprotokolle von auf Pavillon 15 verstorbenen Kindern als Todesursache vermerkt. Ramsthaler, Verhoff u. a. verweisen darauf, dass eine Unterbringung in einem Pflegeheim als spezifischer Risikofaktor gilt, an Pneumonie zu versterben.<sup>59</sup> Zu beachten sind zudem die in Ernst T.s Obduktionsprotokoll vermerkten Ausführungen zur Art der Lungenentzündung: „Riesenzellpneumonie vom Fremdkörpertyp“ bzw. „in der Lunge Gruppen von Riesenzellen vorwiegend vom Fremdkörpertyp, manchmal mit Einlagerung von koerperfremdem Material“.<sup>60</sup> Die Beschreibungen im Obduktionsprotokoll Ernst T.s lassen auf eine Aspirationspneumonie, d. h. auf die „Entstehung einer Pneumonie im Zusammenhang mit Aspiration v. a. von Mageninhalt und Speisebrei“<sup>61</sup> schließen, auch wenn der Begriff nicht verwendet wird.

---

54 IP7\_P:59 – Das Kürzel „P“ steht für Personal.

55 Ebd.

56 APA/OWS, KG4a\_S, 15.09.1981.

57 In diesem Zeitraum, konkret im Februar 1982, ist erstmals „regelmäßiger Besuch der Mutter“ in der Krankengeschichte festgehalten, bisher war bestenfalls sporadischer Besuch vermerkt.

58 APA/OWS, KG4a\_S.

59 Vgl. Frank RAMSTHALER u. a., Pneumonie. in: Rechtsmedizin 23/4 (2013), 243–254.

60 APA/OWS, KG4a\_S, Obduktionsprotokoll SPN 0304/82 vom 15.04.1982.

61 RAMSTHALER u. a., Pneumonie, wie Anm. 59, 250.



Die gewalttätigen „Techniken“ der Essensverabreichung, die auf Pavillon 15 gängig waren, sind im hier rekonstruierten Fall wie auch bei anderen verstorbenen Patientinnen und Patienten des „Kinderpavillons“ als ein Bedingungsfaktor für tödlich endende Krankheitsverläufe anzunehmen.

Der Todesfall wurde auch im bereits zitierten Gespräch mit einer Pflegekraft des ehemaligen „Kinderpavillons“ erwähnt. Die Interviewpartnerin erinnerte sich daran, dass ihr eine seinerzeitige Kollegin amüsiert über die vergeblichen Versuche der ärztlichen Leitung, bei dem im Sterben liegenden Patienten eine Spritze zu setzen, berichtete: Zur Belustigung der Kollegin rutschte bzw. brach die Nadel aufgrund des völlig unterernährten Zustandes des Jugendlichen ab. Die Erzählung verweist beispielhaft auf den Befund der Gesamtstudie, demgemäß auf Pavillon 15 – und möglicherweise auch auf anderen Pavillons des Anstaltenkomplexes „Am Steinhof“ – das moralische Bezugssystem und Urteilsvermögen des Personals weitgehend außer Kraft gesetzt war.<sup>62</sup>

Zusammenfassend lässt sich zur Fallkonstruktion von Ernst T. festhalten, dass im Unterschied zu den bisher rekonstruierten Lebensgeschichten die ab Ende der 1970er-Jahre sprachlich mitunter empathischer formulierten Einträge in der Krankenakte von gewissen Bemühungen um den Jugendlichen zeugen. Dies lässt sich auf erste Verbesserungsansätze in medizinischer als auch pflegerischer Hinsicht in dieser letzten Periode des Bestehens des „Kinderpavillons“ zurückführen. Erstmals sind auch vereinzelt Überlegungen über die Bedeutung positiver Beziehungen und konstanter Kontakte zu Bezugspersonen erkennbar. Allerdings gelang es auf der Betreuungsebene nicht, diese Überlegungen in der Praxis hinlänglich wirksam werden zu lassen und beispielsweise dem Jugendlichen die persönliche Zuwendung bzw. Beziehung zu einer beständigen Bezugsperson zu bieten, die er vermutlich gebraucht hätte. Am beschriebenen Fallverlauf lässt sich exemplarisch die Unzulänglichkeit und fehlende Nachhaltigkeit dieser ersten Verbesserungsbemühungen ablesen: Sie reichten nicht aus, um dem Jugendlichen ein Überleben zu ermöglichen.

## **Petra D.: Frühkindliche Heimkarriere, Verwahrlosung auf Pavillon 15 und erste therapeutische Bemühungen**

Der Fall von Petra D. steht stellvertretend für jene große Anzahl an Kindern, die aus schwierigen sozialen Verhältnissen stammten und bereits mehrere Stationen der Heimunterbringung durchlaufen hatten, bevor sie auf den Kinderpavillon „Am Steinhof“ kamen. Neben der Krankenakte von Petra D. stand für die Fallrekonstruktion die vom Wiener Jugendamt angelegte Akte des Mädchens zur Verfügung. Bereits unmittelbar nach der Geburt wurde Petra D. von der Wiener Jugendfürsorge in „Gemeindepflege“ übernommen. Laut Bericht des zuständigen Bezirksjugendamts war

„die KM [Kindesmutter, Anm. d. Verf.] derzeit nicht in der Lage den Sgl. [Säugling; Anm. d. Verf.] selbst zu betreuen. Sie verfügt mit ihrem Lebensgefährten über ein kleines Kabinett in Untermiete

---

62 Vgl. MAYRHOFER, Arbeitshaltung, wie Anm. 33, 232.

und lebt in ungünstigen Verhältnissen (Trinkermilieu?). Ein 5-jähriges Mädchen der KM befindet sich bereits in Gemeindepflege.<sup>63</sup>

Petras Kinderakte lässt das in der Jugendfürsorge bis in die 1970er-Jahre weitgehend verwendete Vokabular sozialer Degradierung und sittlich-moralischer Verurteilung erkennen, das Überstellungsprotokoll in die „Gemeindepflege“ verweist etwa auf die „Primitivität der Mutter“, die einen „unordentlichen Lebenswandel“<sup>64</sup> führe. Im Säuglingsheim des Zentralkrippenvereines scheint die Entwicklung des Kindes wenig ideal verlaufen zu sein, unter anderem kam es nach einer Polio-Auffrischungsimpfung zu Krampfanfällen. 1970 wurde das Mädchen im Alter von zwei Jahren zur neurologischen Untersuchung in der Ambulanz von Andreas Rett vorgestellt. Dem Befund des Kinderneurologen zufolge „handelt es sich um einen generellen Entwicklungsrückstand im motorisch-statischen und seelisch-geistigen Bereich“. Eine Prognose zu erstellen war laut Rett schwierig, Fortschritte wären nur im Zuge einer intensiven Beschäftigung mit dem Kind zu erreichen.<sup>65</sup>

Solch eine intensive Beschäftigung mit dem Mädchen dürfte im Kinderheim Molitorgasse im 10. Bezirk, das 1971 die Betreuung der nunmehr zweieinhalbjährigen Petra übernahm, jedoch nicht geboten worden sein. Laut eines Berichtes der Oberschwester des Heimes gedieh sie dort schlecht und wies erhebliche Entwicklungsrückstände auf: Sie könne weder stehen, gehen noch sprechen, habe Schwierigkeiten beim Essen und beschäftige sich kaum selbst. Besucht wurde das Mädchen gelegentlich von ihrer Großmutter und ihrem Vater, von der Mutter hingegen nur selten.<sup>66</sup>

1973 wurde Petra schließlich im Alter von viereinhalb Jahren mit der Diagnose „höhergradige geistige Entwicklungshemmung, Erethismus“ per Polizeiparere vom Heim Molitorgasse auf Pavillon 15 eingewiesen. Begründet wurde dieser Schritt nach einer psychologischen Begutachtung durch das Jugendamt damit, dass Petra keine Entwicklungsfortschritte mache und solche auch nicht mehr von ihr zu erwarten wären. Laut Bericht stelle sie zudem aufgrund aggressiven Verhaltens anderen Kindern gegenüber „für die Gruppe tatsächlich eine nicht tragbare Belastung“<sup>67</sup> dar.

In den ersten Jahren auf Pavillon 15 ist in Petras Krankengeschichte oft vermerkt, dass sie nachts nicht schlafe, mit den anderen Kindern schlecht auskomme und sich durch Beißen und Schlagen des Kopfes gegen die Gitterbettstäbe selbst verletze. Solch autoaggressives Verhalten wird erstmals nach einem Jahr auf dem „Kinderpavillon“ berichtet. Zudem ist ein zunehmender Gewichtsverlust festgehalten. Nächtliche Schlaflosigkeit und Unruhe finden sich in zahlreichen Krankenakten des Pavillons 15 vermerkt, Interviewaussagen ehemaligen Personals deuten darauf hin, dass hierfür auch die Praxis mitverantwortlich war, die Kinder zur Vereinfachung des Betreuungsalltages bereits am Nachmittag in die Betten zu stecken, sodass sie nachts ausgeschlafen aufwachten. Zur Reduktion der „Unruhe“ wurden Petra die sedieren-

---

63 Archiv der Magistratsabteilung 11 der Stadt Wien (= AMA 11), Überstellungsakt Petra D., Aktenvermerk vom 12.8.1968.

64 Ebd.

65 AMA 11, Überstellungsakt Petra D., Spitalsärztlicher Befund vom 7.10.1970.

66 AMA 11, Überstellungsakt Petra D., Bericht der Oberschwester des Kinderheims Molitorgasse vom 17.4.1971.

67 AMA 11, Überstellungsakt Petra D., Befundbericht des psychiatrischen Konsiliararztes der Wiener Kinderübernahmestelle vom 23.1.1973.

den Neuroleptika Melleril und Nozinan verabreicht, dabei findet sich neben der ärztlichen Angabe zur Dosierung oft der Vermerk: „bei Bedarf verdoppeln“. Dieser Zusatz ist häufig in den Krankenakten unruhiger Kinder zu finden und verweist auf die Praxis, dem Pflegepersonal die Erhöhung der Medikation nach eigenem Ermessen zuzugestehen.<sup>68</sup>

Bis Mitte 1977 bildet die Krankengeschichte vorrangig medikamentöse Ruhigstellung und körperliche Fixierung ab, danach tritt eine deutliche Veränderung ein, die sich erstmals in folgendem Eintrag ankündigt: „Pat. wurde mobilisiert, war 2 x im Garten, sonst im Sessel, beschädigt sich kaum.“<sup>69</sup> Ab Ende Juli 1977 findet ca. drei Monate lang eine therapeutische Betreuung durch eine Heilgymnastin statt, deren Dokumentation der Krankengeschichte beiliegt. Ein Auszug aus dem Therapiebericht lässt eindringlich die durch jahrelange Beschränkung und psychosoziale Vernachlässigung verursachten Hospitalismussymptome, zugleich aber auch die großen Entwicklungsmöglichkeiten durch positive emotionale Zuwendung und Förderung sichtbar werden:

„20.7.: erste Versuche e Kontaktaufnahme zum am Sessel fixierten Kind“

„22.7.: [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] reagiert schnell auf Augenkontakt, sucht Gesichtsnähe. Nasenspitze an Nasenspitze. [...]“

„29.7.: Gehversuch sehr breitbeinig, schwankend, mit starkem Festklammern. Wird im Laufe d. Therapie die Beschränkung aufgelöst (d.h. Arme und Beine entbunden), dann probiert sie sofort, sich auf die Nasenwurzel zu schlagen, was die Therapeutin sofort verhindert, wird sie durch Spielzeug od Spaziergang abgelenkt, vergißt sie die selbsterstör. Handlungen [...]“

„5.8.: [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] macht genau dieselben Liebkosungen retour, die ich ihr letzte Woche gegeben habe.“

„8.8.: [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] holt sich täglich ihr nötiges Quantum an Gesichts- und Augenkontakt, das ich ihr nun nicht mehr von mir aus anbiete [...]“

„12.8.: Beginn mit Ganzkörperkontakt (Umarmungen, Schaukeln) [...]“

„30.09. [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] nur im Bett behandelt, da fiebrig, sie spielte laut Angabe e Schwester die ganze Nacht schlaflos mit freien (= unbeschränkten) Händen!!!! Will wd d Beh [während der Behandlung, Anm. d. Verf.] viel Gesichtsnähe, bei meinem Weggehen viele Selbsterstörungsversuche (Erpressung od/und alte Gewohnheit?) aus Verzweiflung [...]“

„07.10. [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] zum zweiten Mal im Turnsaal (Pav. 3) herunter. Musikinstrumente werden ausprobiert. Das Trinken aus Becher geschieht zum ersten Mal ohne hastiges Verschütten [...]. Wegen breitspurigem Gang wird sie beim Zurückgehen ins Bett nun mit weniger abgespreizten Beinen beschränkt [...]“

„14.10. Das Selbsterstören mit Schlagen d Hände hat völlig aufgehört, aber sie schlägt sich noch viel mit den Knien, Beine müssen beschränkt sein ich demonstriere Strafpredigt deswegen. [...]“

„18.10. [Vorname d. Pat., Anm. d. Verf.] ist im Bett beschränkt, jauchzt, als ich komme, wir gehen in Einzelzimmer – sie muß gemahnt werden, nicht alles zu berühren, und schlägt Fr Dr und mich viel, da wir miteinander sprechen und sie zuwenig beachten. [...] Zunehmende Variation der Laute (...).“<sup>70</sup>

68 Vgl. Gudrun WOLFGRUBER / Katja GEIGER, Medizinische Standards und Versorgung, in: Mayrhofer u. a., Hg., Kinder, wie Anm. 2, 133–146, hier 140.

69 APA/OWS, KG2a\_S.

70 APA/OWS, 2K\_1968w\_S, Therapiebericht Physiotherapie; orthographische Fehler und Abkürzungen im Original.

Im Laufe der Therapie nahmen die Selbstbeschädigungen deutlich ab. Die Heilgymnastin, zu der Petra dem Therapiebericht zufolge und laut den Eintragungen in ihrer Krankenakte eine enge Beziehung aufbaute, schied zwar im selben Jahr als Therapeutin aus der Anstalt aus, besuchte ihre ehemalige Patientin aber in den nächsten Jahren regelmäßig und nahm sie auch manchmal am Wochenende mit nach Hause. Besuche von Angehörigen sind hingegen nicht verzeichnet. Ab 1980 führte ein Besuch der im Jahr zuvor eingerichteten Kindergartengruppe ebenfalls zur Abnahme der Selbstbeschädigungen. In der Krankengeschichte ist dazu vermerkt, dass sie nunmehr in der Nacht seltener angebunden werde. Erst 1983 wurde schließlich notiert: „Sie muss in der Nacht nicht mehr angebunden werden.“ Die Dokumentation in Petras Krankenakte endet mit der formalen Umwandlung des „Kinderpavillons“ in ein Förderpflegeheim und dessen Ausgliederung aus dem PKH „Baumgartner Höhe“ mit Jahresende 1984.<sup>71</sup>

Zwei Aspekte dieses Falles sollen abschließend hervorgehoben werden: Erstens zeigt er exemplarisch auf, dass der Weg von Kindern mit Behinderungen aus sozial benachteiligten Familien oft bereits ab der Geburt vorgezeichnet war. Dieser Weg führte wie jener von Petra D. häufig durch mehrere Stationen der Heimunterbringung und mündete schließlich in eine Einweisung auf Pavillon 15 „Am Steinhof“.<sup>72</sup> Zweitens wird aus der Dokumentation der Krankengeschichte erkennbar, dass Petra die ersten vier Jahre ihres Aufenthaltes am „Steinhof“ oft sowohl tagsüber als auch nachts freiheitsbeschränkt, d. h. an den Gliedmaßen angebunden bzw. im Netz- oder Gitterbett untergebracht, war. Der Therapiebericht der Heilgymnastin führt eindrücklich die gravierenden negativen Auswirkungen dieser Praxis auf Petras physische und psychosoziale Entwicklungsmöglichkeiten vor Augen. Die nach vier Jahren einsetzende therapeutische und emotionale Förderung konnte bereits kurzfristig Erfolge erzielen, auch wenn die betroffenen Personen ein Leben lang mit den negativen Folgewirkungen eines Aufwachsens unter solchen Umständen zu kämpfen haben. Die Therapiedokumentation unterstreicht zudem, dass den Kindern und Jugendlichen auf Pavillon 15 vor allem positive persönliche Beziehungen und Bezugspersonen fehlten. Besonders hervorzuheben ist in diesem Fall das individuelle Engagement einer einzelnen Therapeutin weit über das Ende ihres Dienstverhältnisses an der Anstalt hinaus. Ein vergleichbares Engagement von Pflegepersonen oder Therapeutinnen/Therapeuten wurde nur in wenigen Ausnahmefällen erkennbar.<sup>73</sup> In der Regel fehlten auf Pavillon 15 hierfür nicht nur die personellen Ressourcen für eine angemessene Beschäftigung mit den Kindern, sondern auch das Bewusstsein für deren Notwendigkeit.

## Resümee

Die rekonstruierten Fallgeschichten von vier einst auf Pavillon 15 untergebrachten Kindern machen deutlich, dass es in dieser stationären Unterbringung ab 1945 bis Anfang der 1980er-Jahre mehrheitlich um eine möglichst ressourcenschonende Verwahrung von Menschen mit Behinderungen ging, die in der Regel von medizinischen Institutionen als nicht oder unzurei-

---

71 APA/OWS, 2K\_1968w\_S.

72 Vgl. MAYRHOFER / WOLFGRUBER / GEIGER, Zusammensetzung, wie Anm. 25, hier 105–111.

73 Vgl. ebd.

chend förderbar eingestuft worden waren. Im Unterschied zum Dispositiv der Fürsorgeerziehung in Kinderheimen<sup>74</sup> ließen die medizinisch-psychiatrischen Deutungsschemata die Patientinnen und Patienten von Pavillon 15 nicht vorrangig als moralisch „verwerfliche“ oder „gefährdete“ Kinder erscheinen, diese wurden vielmehr vor allem als unnütze und störende Körper, die zur Last fallen und Arbeit machen, wahrgenommen. Auch finden sich in den Krankengeschichten „störendes“ oder „aggressives“ Verhalten kaum als Verhaltensweisen thematisiert, denen durch entsprechende Erziehung entgegengewirkt werden könnte, sondern als unmittelbarer Ausdruck der Behinderung, der vorrangig mit physischer und medikamentöser Freiheitsbeschränkung „abgestellt“ wurde.

Diese Deutungsrahmen waren verknüpft mit einer sozialen Praxis, die von Distanzierungs- und Entpersönlichungsstrategien des Personals gegenüber den Kindern geprägt war. Letztere wurden tendenziell lediglich als empfindungslose Objekte wahrgenommen, ihnen widerfuhr eine umfassende Vernachlässigung bzw. multiple Deprivation. Als zentrale Entlastungsstrategie des Personals zeigt sich der großzügige Einsatz freiheitsbeschränkender Mittel: Neben medikamentösen Sedierungen kamen physische Beschränkungen in Form von Netzbetten, Zwangsjacken und anderen körperlichen Fixierungen in großem Ausmaß zur Anwendung, um sich eine soziale Betreuung weitgehend zu ersparen und einen möglichst „störungsfreien“ Stationsalltag zu gewährleisten. Massiv gefördert wurden diese gewalttätigen Praktiken durch eine völlig unzureichende Ausstattung mit Personal- und anderen Ressourcen und einer daraus resultierenden permanenten Überforderung der Pflegekräfte.

Obwohl körperliche Gewalt auf Pavillon 15 zum selbstverständlichen Alltag gehörte, ist besonders die durch persönliche Nichtbeachtung und umfassende soziale Vernachlässigung ausgeübte Gewalt hervorzuheben. Die Kinder erhielten maximal rudimentär und fragmentiert positive Zuwendung durch häufig wechselndes Pflegepersonal – oder auch vorrangig negative Aufmerksamkeit bzw. gar keine Beachtung; vielen Kindern wurde Sozialisation weitgehend verwehrt. Zahlreiche Patientinnen und Patienten litten zudem unter einer unzureichenden pflegerischen Versorgung, was zu ihrem schlechten Gesundheitszustand beitrug.

Die in manchen Krankengeschichten eindrucksvoll erkennbaren enormen Entwicklungsschritte in förderlicheren Rahmenbedingungen führen vor Augen, welche Entwicklungschancen den Kindern und Jugendlichen durch die ihnen widerfahrene Vernachlässigung und Beschränkung vorenthalten worden waren. Dass die Lebens- und Betreuungsbedingungen auch zur damaligen Zeit absolut nicht den zeitgenössischen Standards entsprachen, lässt sich unter anderem am im Rahmen der ersten Fallstudie zitierten Aktenvermerk des Jugendamtes von 1953 ablesen. Auch die späten und selbst in der letzten Phase nur für wenige Kinder realisierten Förder- und Therapieversuche machen die enorme Differenz zum Entwicklungsstand der Zeit bis zur Auflösung des „Kinderpavillons“ sichtbar. Studien zu Einrichtungen mit ähnlichem Aufgabenspektrum im In- und Ausland, anhand derer sich die medizinisch-therapeutischen Standards vergleichen ließen, fehlen zwar. An der Konzeption der „Abteilung für entwicklungs-gestörte Kinder“ des Neuropädiaters Andreas Rett lässt sich aber erkennen, dass ein deutlich breiteres Angebot an Therapien im zeitgenössischen Diskurs als wesentlich in der Betreuung

---

74 Vgl. u. a. Reinhard SIEDER, Das Dispositiv der Fürsorgeerziehung in Wien, in: Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften 25/1–2 (2014), 156–193.

von Kindern mit Behinderungen erachtet wurde – wenngleich auch dort vielen Patientinnen und Patienten keine adäquaten Unterstützungs- und Lebensbedingungen zuteilwurden.<sup>75</sup>

Dass solch menschenunwürdige Zustände auf Pavillon 15 so viele Jahrzehnte unverändert Bestand haben konnten, ist nicht nur als unmittelbarer Ausdruck des lange Zeit herrschenden medizinisch-psychiatrischen Dispositivs zu betrachten, sondern auch einer gesamtgesellschaftlichen Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen geschuldet, die bis in die jüngste Zeit von weitgehender Abwertung, Ausgrenzung und Verwahrlosung geprägt war. Die rekonstruierten Fallgeschichten bringen die daraus resultierenden gravierenden persönlichen Konsequenzen für Menschen mit Behinderungen exemplarisch zum Ausdruck.

### **Informationen zu den Autorinnen**

Mag. Dr. Hemma Mayrhofer, Soziologin, wissenschaftliche Geschäftsführung am IRKS – Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie, Museumstraße 5/12, 1070 Wien, Österreich, E-Mail: [hemma.mayrhofer@irks.at](mailto:hemma.mayrhofer@irks.at)

Forschungsschwerpunkte: Soziale Inklusion und Exklusion, Soziale Arbeit, Totale Institutionen, Disability Studies u. a.

Mag. Dr. Katja Geiger, Historikerin, Provenienzforscherin im Naturhistorischen Museum Wien und freie Forscherin, E-Mail: [katja.geiger@univie.ac.at](mailto:katja.geiger@univie.ac.at)

Forschungsschwerpunkte: Psychatriegeschichte, Kulturwissenschaften, Zeitgeschichte, Migrationsgeschichte

---

75 Vgl. MAYRHOFER u. a., Kinder, wie Anm. 2, hier 335–531.