

**Die Behandlung geistig behinderter Menschen
in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten von 1812-1982**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin**

**der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen**

**vorgelegt von
Francisca Patricia Theresia Kurz
aus
Santiago de Chile
2013**

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. G. Längle

2. Berichterstatter: Professor Dr. A. Hirschmüller

meinen Eltern gewidmet

Das Anderssein der anderen,
als Bereicherung des eigenen Seins zu begreifen,
sich verstehen,
sich verständigen,
miteinander vertraut werden,
darin liegt die Zukunft der Menschheit.

(Rolf Niermann 2007)

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	11
1.1. Geistige Behinderung	11
1.1.1. Begriffsdefinition	11
1.1.2. Klassifikation	14
1.1.2.1. Exkurs: Entwicklung der Klassifikationssysteme	14
1.1.2.2. Klassifikation früher	17
1.1.2.3. Klassifikation heute	19
1.1.3. Epidemiologie	21
1.1.4. Ätiologie der geistigen Behinderung	22
1.1.5. Diagnostik	27
1.1.5.1. Anamnese	28
1.1.5.2. Körperliche Untersuchung	29
1.1.5.3. Labordiagnostik	30
1.1.5.4. Intelligenztest	31
1.1.6. Therapie: Entwicklung über die Zeit	39
1.2. Behandlung geistig Behinderter in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten	49
1.2.1. Exkurs: Die Situation zur Zeit des Nationalsozialismus	49
1.2.2. Aktuelles Behandlungsangebot des ZfP Südwürttemberg für geistig Behinderte, Standort Zwiefalten	55
1.3. Fragestellung	57
2. Material und Methodik	60
2.1. Datenbestand	60
2.2. Erhebungszeitraum	62

2.3. Operationalisierung der Fragestellungen.....	64
2.3.1. Patientenkollektiv.....	64
2.3.1.1. Soziodemographische Daten	64
2.3.1.2. Ätiologie der Intelligenzminderung	64
2.3.1.3. Schweregrad der Störung	64
2.3.1.4. Psychiatrische Komorbidität.....	65
2.3.1.5. Voraufenthalt.....	65
2.3.1.6. Verweildauer	65
2.3.1.7. Entlassumfeld	66
2.3.1.8. Todesursachen	66
2.3.1.9. Gegenüberstellung der Daten der historischen Stichprobe und der BADO-Daten der Stationen 3053 und 3012	66
2.3.2. Vergleiche der psychiatrischen Diagnosen gemäß der heutigen Klassifikation	68
2.3.3. Behandlungsmethoden.....	68
2.3.3.1. Behandlung in Abhängigkeit des Schweregrades der Störung.....	68
2.3.3.2. Formen der Unterbringung.....	69
2.3.3.3. Aktuelles Behandlungsangebot des ZfP Südwestfalen, Station 3053	69
2.3.4. Wandel im Verständnis des Störungsbildes geistiger Behinderung.....	69
2.3.4.1. Attributzuschreibung	69
2.3.4.2. Falldarstellungen.....	70

2.4. Methoden zur Datenerhebung	71
2.4.1. Aktensichtung	71
2.4.2. Erhebungsbogen	71
2.4.3. Auswahlverfahren	71
2.5. Methoden zur Datenauswertung.....	72
3. Ergebnisdarstellung	73
3.1. Patientenkollektiv	73
3.1.1. Soziodemographische Daten	73
3.1.2. Ätiologie der Intelligenzminderung	76
3.1.3. Schweregrad der Störung.....	76
3.1.4. Psychiatrische Komorbidität.....	78
3.1.5. Voraufenthalt.....	78
3.1.6. Verweildauer	78
3.1.7. Entlassumfeld	79
3.1.8. Todesursachen	79
3.1.9. Gegenüberstellung der Daten der historischen Stichprobe und der BADO-Daten der Stationen 3053 und 3012.....	81
3.2. Vergleich der psychiatrischen Diagnosen gemäß der heutigen Klassifikation	85
3.3. Behandlungsmethoden	86
3.3.1. Behandlung in Abhängigkeit des Schweregrades der Störung.....	86
3.3.2. Formen der Unterbringung.....	92
3.3.3. Aktuelles Behandlungsangebot des ZfP Südwürttemberg, Station 3053.....	92

3.4. Wandel im Verständnis des Störungsbildes geistiger Behinderung.	93
3.4.1. Attributzuschreibungen	93
3.4.2. Falldarstellungen	97
4. Diskussion.....	102
4.1. Patientenkollektiv.....	102
4.1.1. Soziodemographische Daten	102
4.1.2. Ätiologie der Intelligenzminderung.....	108
4.1.3. Schweregrad der Störung.....	110
4.1.4. Psychiatrische Komorbidität	113
4.1.5. Voraufenthalt	114
4.1.6. Verweildauer.....	115
4.1.7. Entlassumfeld	116
4.1.8. Todesursachen.....	120
4.1.9. Gegenüberstellung der Daten der historischen Stichprobe und der BADO Daten der Stationen 3053 und 3012	122
4.2. Vergleiche der psychiatrischen Diagnosen gemäß der heutigen Klassifikation.....	126
4.3. Behandlungsmethoden	127
4.3.1. Behandlung in Abhängigkeit des Schweregrades der Störung.....	127
4.3.2. Formen der Unterbringung	133
4.4. Wandel im Verständnis des Störungsbildes geistiger Behinderung.....	136
4.4.1. Attributzuschreibung.....	136
4.4.2. Falldarstellungen	137
5. Zusammenfassung	140

6. Literaturverzeichnis.....	142
7. Anhang	160
7.1. Erhebungsbogen	160
7.2. Kategorienbildung.....	168
7.2.1. Soziodemographische Daten	168
7.2.2. Ätiologie der Intelligenzminderung	168
7.2.3. Schweregrad der Störung	169
7.2.4. Psychiatrische Komorbidität.....	169
7.2.5. Voraufenthalt.....	169
7.2.6. Verweildauer	170
7.2.7. Entlassumfeld	170
7.2.8. Todesursachen	170
7.2. Vergleiche der Diagnose gemäß der heutigen Klassifikation	171
7.3. Behandlungsmethoden.....	171
7.3.1. Behandlung.....	171
7.3.2. Formen der Unterbringung.....	172
7.4. Auszüge aus der Intelligenzprüfung 1950, Falldarstellung 2	172
7.5. Beispiel einer aktuellen Intelligenzdiagnostik der Station 3053	175
Danksagung.....	177
Lebenslauf	178

1. Einleitung

1.1. Geistige Behinderung

1.1.1. Begriffsdefinition

Im deutschsprachigen Raum wird geistige Behinderung heute als Intelligenzminderung bezeichnet.

Die früher gebrauchten Begriffe wie „Schwachsinn“, „Oligophrenie“ und „Idiotie“ sind nicht mehr gebräuchlich. Der Wechsel der Begriffsbezeichnung steht für den Wechsel im Umgang der Menschen mit geistiger Behinderung von Stigmatisierung und Ausgrenzung zu Integration und Förderung.

Nachfolgend sollen drei aktuelle, verschiedene Definitionen von Intelligenzminderung vorgestellt werden:

1. Die drei maßgeblichen Kriterien der Intelligenzminderung der **World Health Organisation** (Weltgesundheitsorganisation, WHO) in der **ICD 10** (International Classification of Disease) (Dilling 2006) und **DSM-IV** (Diagnostisches und Statistisches Manual Version IV) (Saß 2001) sind:

- 1 Verminderter Intelligenzquotient (IQ < 70)
2. Ein daraus resultierendes, verändertes Anpassungsverhalten im Alltag
3. Beginn vor dem 18. Lebensjahr

2. Die **American Association on Mental Retardation (AAMR)**, die weltweit größte Interessenvertretung von intelligenzgeminderten Menschen definiert geistige Behinderung wie nachfolgend (AAMR 1992, Oakland 2008, S. 5):

„Geistige Behinderung bezieht sich auf substanzielle Einschränkungen der situativen Handlungsfähigkeit. Die intellektuellen Fähigkeiten sind signifikant unterdurchschnittlich; gleichzeitig liegen damit zusammenhän-

gende Erschwernisse in zwei oder mehreren der nachfolgend genannten Bereiche des täglichen Lebens vor:

- Kommunikation
- Selbstversorgung
- Wohnen
- Sozialverhalten
- Benutzung der Infrastruktur
- Selbstbestimmung
- Gesundheit und Sicherheit
- Lebensbedeutsame Schulbildung
- Arbeit und Freizeit".

Neben der intellektuellen Beeinträchtigung sind Defizite im adaptiven Verhalten in der Definition dessen, was eine „geistige Behinderung“ ist, verankert. Unter „adaptives Verhalten“ fallen, unterteilt in die Bereiche der konzeptuellen, sozialen und praktischen Fähigkeiten, Dimensionen wie rezepive und expressive Sprache, Lesen, Schreiben, Verantwortung tragen, Aktivitäten des täglichen Lebens wie Essen, Anziehen, usw.. Mindestens zwei der adaptiven Parameter müssen zutreffen, um eine „geistige Behinderung“ diagnostizieren zu können (Oakland 2008, S. 17).

3. Die „**Bundesvereinigung Lebenshilfe**“, eine Selbsthilfevereinigung von Eltern, Fach-, und Trägerverbänden für Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Familien, die 1958 gegründet wurde, definiert Intelligenzminderung wie nachfolgend (Bundesvereinigung Lebenshilfe mit geistiger Behinderung e.V., 1990, Abrufdatum 01/2013):

„Geistige Behinderung ist keine Krankheit, sie bedeutet eine Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten eines Menschen. Nicht davon be-

troffen sind andere Wesenszüge, wie die Fähigkeit etwas leisten zu können, kreativ zu sein, Freude zu empfinden und Freunde zu gewinnen.“

Nachfolgend sind die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der drei genannten Definitionen dargestellt:

Das Merkmal, welches die drei genannten Definitionen von World Health Organisation (WHO), American Association on Mental Retardation (AAMR) und der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. gemeinsam haben, ist, dass geistig behinderte Menschen in der Entwicklung ihrer intellektuellen Fähigkeiten beeinträchtigt sind.

Laut WHO hat diese Beeinträchtigung vor allem Einfluss auf die Kognition, Sprache, Motorik und das Sozialverhalten. Die Beeinträchtigung der Entwicklung findet bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres statt. Die AAMR hingegen geht davon aus, dass der geistig behinderte Mensch durch seine Intelligenzminderung in weit mehr Bereichen beeinträchtigt ist. Bei dieser Definition wird auf die Folgen, die sich aufgrund der eingeschränkten Intelligenz in Bereichen des alltäglichen Lebens ergeben, eingegangen. Laut Definition der AAMR ist das alltägliche Leben mit erheblichen Einschränkungen bezüglich der Kommunikation, Selbstversorgung, Selbstbestimmung, Schulbildung und mit Einschränkungen im Arbeitsbereich verbunden. Die AAMR sieht die geistige Behinderung nicht als eindimensionales Phänomen, sondern als Zusammenspiel von Beeinträchtigungen, die Einfluss auf verschiedene Lebensbereiche nehmen. Der geistig behinderte Mensch ist, aufgrund seiner eingeschränkten intellektuellen Fähigkeiten, den Einwirkungen, Reaktionen und Gegebenheiten der Umwelt sehr viel stärker ausgesetzt als ein nicht geistig behinderter Mensch.

Die Lebenshilfe hebt im Gegensatz zu den beiden vorhergehenden Definitionen hervor, dass die geistige Behinderung eines Menschen keinen Einfluss auf seine Wesenszüge habe und dass dieser mehr als Individuum zu sehen ist. Sie mahnt vor einer Einteilung der Menschen aufgrund ihrer Behinderung und legt den Schwerpunkt darauf, den Menschen in seiner Einzigartigkeit zu erkennen

und nicht nur seine Einschränkungen, die mit der Behinderung verbunden sind, zu sehen. Die Lebenshilfe betont zusätzlich, im Unterschied zu den Definitionen von WHO und AAMR, dass der geistig behinderte Mensch ausschließlich in seinen intellektuellen Fähigkeiten eingeschränkt sei. Diese Einschränkung habe keinen Einfluss auf andere Wesenszüge des geistig behinderten Menschen. So seien zum Beispiel das Empfinden von Gefühlen, das Ausleben von Kreativität und das Sozialverhalten davon vollkommen unbeeinträchtigt. Neben zahlreichen anderen Meinungen in Deutschland ist aus dem Blickwinkel der Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. die geistige Behinderung als eindimensionales Phänomen zu verstehen. Sie stellt damit natürlich nur eine mögliche Sichtweise dar.

1.1.2. Klassifikation

1.1.2.1. Exkurs: Entwicklung der Klassifikationssysteme

Die „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“ (ICD) ist in Deutschland das wichtigste, weltweit anerkannte Klassifikationssystem für Diagnosen in der Medizin. Es wird von der World Health Organisation (Weltgesundheitsorganisation, WHO) herausgegeben und von dieser regelmäßig überarbeitet und aktualisiert. Die dem Titel ICD nachfolgende Ziffer bezeichnet die Nummer der Revision. Die aktuelle, international gültige Ausgabe ist die ICD-10, Version 2006. Die ICD-10 wird seit dem Jahr 2000 zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung eingesetzt.

Das aus den Vereinigten Staaten stammende Klassifikationssystem Diagnostische und Statistische Manual (DSM), wurde von der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung ausgearbeitet. Die aktuell gültige Ausgabe ist das DSM-IV, Version 1994. Es stellt ein Klassifikationssystem dar, das ausschließlich im Bereich der Psychiatrie Verwendung findet (Busse 2004). „Das DSM-System folgt einer multiaxialen Klassifikation“ (Wunn 2006, S. 7).

Die Ursprünge der Klassifikationssysteme gehen weit zurück. Nachfolgend ist die Entwicklung bis heute dargestellt.

Bereits im 18. Jahrhundert gibt es erste systematische Einteilungen der Krankheiten in Klassen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Abrufdatum 09/2012). Als ein Pionier der Gesundheitsstatistik ist Jacques Bertillon (1851-1922) zu nennen. Bertillon, Leiter des Statistischen Amtes der Stadt Paris, erarbeitete 1891 im Auftrag des Internationalen Statistischen Institutes eine Todesursachenklassifikation. Diese Klassifikation bildete die Grundlage für die später erschienene ICD. Die Bertillon-Klassifikation basierte auf der seinerzeit in Paris verwendeten Todesursachenklassifikation, die seit ihrer Revision im Jahre 1885 eine Synthese englischer, deutscher und schweizerischer Vorläufer darstellte. Die erste Version der Bertillon-Klassifikation enthielt 44 verschiedene Krankheitsbezeichnungen. Nachdem Bertillon 1900 durch die französische Regierung den Auftrag erhalten hatte, überarbeitete er seine Klassifikation. Die daraufhin erschienene Version enthielt bereits 179 Krankheitsbilder (Hecht 2003).

Dreißig Jahre später wurde in Deutschland durch eine Kommission unter dem Vorsitz von Williams eine Diagnosetabelle erarbeitet. Diese sollte der statistischen Erfassung von Geisteskrankheiten dienen und wurde in verschiedenen Anstalten und Kliniken erprobt (Williams 1932). Bei der 1933 stattfindenden Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Würzburg wurde diese Tabelle zur allgemeinen Verwendung empfohlen, und das **Würzburger Schema** war seitdem gültig. In diesem Schema sind die psychischen Störungen in insgesamt 21 Gruppen eingeteilt. Durch diese Einteilung sollte die Erhebung der Reichsstatistik erheblich vereinfacht werden (Möller 2003).

Auf internationaler Ebene entstand nach und nach aus älteren internationalen Klassifikationen, die ursprünglich ausschließlich der Klassifikation und Verschlüsselung von Todesursachen dienten, das **ICD System**. 1938 lag es bereits in der 5. Ausgabe vor, 1948 folgte die 6. Version und damit die erste offizielle Klassifikation der WHO. Aufgrund der Fortschritte in der Medizin wurden Änderungen über die Jahre hinweg erforderlich.

In der Bundesrepublik Deutschland wurde die ICD-6 von 1952 bis 1957 und in der damaligen DDR von 1952 bis 1967 als Grundlage der Mortalitätsstatistik eingesetzt. In der damaligen DDR war sie während dieses Zeitraumes auch Grundlage der Morbiditätsverschlüsselung. Die Systematik war dreistellig. Die ICD-7 stellte keine grundlegende Änderung gegenüber der vorherigen Version 6 dar. Während des Zeitraumes von 1968 bis 1978 war die ICD-8 in der Bundesrepublik Deutschland und in der damaligen DDR als Mortalitätsverschlüsselung, in der damaligen DDR zudem auch zur Morbiditätsverschlüsselung eingesetzt. Erstmals wurde 1986 in der Bundesrepublik Deutschland mit der ICD-9 die Morbiditätsverschlüsselung eingeführt; zunächst dreistellig, seit 1994 enthält sie eine vierstellige Systematik. Abgelöst wurde die ICD-9 von der ICD-10 Anfang des Jahres 2000 (Graubner 2011). Diese stellt die derzeit gültige Ausgabe in der Version 2006 dar. Sie besitzt ebenfalls eine vierstellige Systematik mit Unterteilung in insgesamt 24 Kapitel, je nach Fachbereich/Organsystem (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, <http://www.dimdi.de>). Jedem Kapitel wird ein Buchstabe zugeordnet und zur weiteren Differenzierung eine zweistellige Ziffer. Im ICD-10 ist Intelligenzminde- rung unter Kapitel V „Psychische- und Verhaltensstörungen“, Buchstabe F, Zif- fer 70-79 verzeichnet (Remschmidt 2004).

Die Entwicklung des Diagnostischen und Statistischen Manuals in den USA geht zurück auf eine Volkszählung von 1840, in deren Rahmen eine „Kategorie für Schwachsinn/Wahnsinn (idiocy/ insanity)“ (American Psychiatric Association 2000, S.13) erhoben wurde. Die „American Medico-Psychological Association“, die ab 1921 als „American Psychiatric Association“ bezeichnet wurde, veröffentlichte 1917 erstmals ein offizielles Klassifikationssystem, das 22 Kategorien enthielt. Nach dem Zweiten Weltkrieg wurden umfassendere Klassifikationen entwickelt, um auch weniger schwere psychische Störungen, an denen viele Kriegsteilnehmer litten, Klassifikationen zuordnen zu können. Die Amerikanische Psychiatrische Vereinigung erarbeitete 1952 aus den verschiedenen Vorläufern das Diagnostische und Statistische Manual, bezeichnet als DSM. Das DSM, aktuell in der 4. Version von 1994 ist zu einem Standardwerk in der psy- chiatrischen Praxis und Forschung geworden und stellt die amerikanische Ver-

sion zur Verschlüsselung dar. Das aus den USA stammende DSM gilt als Klassifikationssystem, das ausschließlich zur Verschlüsselung der Diagnosen im Bereich psychiatrischer Krankheitsbilder eingesetzt wird. Mit der in Deutschland verbreiteten ICD hingegen können alle Erkrankungen unterschiedlicher Fachdisziplinen verschlüsselt werden, die psychiatrischen Erkrankungen stellen hierbei nur ein Kapitel (Kapitel V) dar. Die Herausgeber der DSM, sowie die Herausgeber des ICD sind um eine enge Abstimmung zwischen den aktuellen Versionen DSM-IV, sowie ICD-10 bemüht (Saß 2001).

„Man kann sagen, dass die beiden Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV unterschiedliche Dialekte der gleichen Sprache bilden. Sicher ist jetzt schon, dass der Entwicklungsgang beider Systeme und die Konzentration in Forschung, Klinik und Praxis auf die Operationalisierung von Diagnosen die Psychiater in der ganzen Welt näher zusammengeführt hat, als sie es je vorher waren“ (Thangavelu 1995, S. 22).

1.1.2.2. Klassifikation früher

In Kapitel 1.1.2.1. wurde bereits die Entwicklung der in der Psychiatrie gängigen Klassifikationssysteme beschrieben. Nachfolgend wird auf die früheren Klassifikationssysteme für die Diagnose Intelligenzminderung eingegangen.

In der psychiatrischen Klinik Zwiefalten wurde im 19. Jahrhundert und bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts kaum bezüglich der Ausprägung des Schweregrades der Intelligenzminderung unterschieden. Lediglich das Würzburger Schema stellte Anfang des 20. Jahrhunderts eine Klassifikation dar, die bezüglich der Ätiologie von Intelligenzminderungen unterschied. Hierbei wurden den Patienten, bei denen die Ursache der Intelligenzminderung nach damaliger Auffassung angeboren war, die Ziffer „1“ für Intelligenzminderung und der Buchstabe „a“ für angeboren zugeordnet. Bei Patienten, bei denen die Ursache der Intelligenzminderung als erworben eingestuft wurde, wurde „b“ in der Krankenakte vermerkt.

Laut Helmchen (1972) wurden nach dem ersten Weltkrieg eine Vielzahl klinikeigener Diagnoseklassifikationen entwickelt. Hierbei legte die jeweilige psychiatri-

sche Klinik ihren eigenen Diagnosestandard fest, der von Klinik zu Klinik variierte. Die Klassifikationen unterschiedlicher Kliniken waren somit nicht miteinander zu vergleichen.

Des Weiteren wurde das vom Deutschen Verein für Psychiatrie im Jahre 1930 entwickelte Diagnoseschema „Würzburger Schema“ von vielen Kliniken wieder aufgegriffen (Helmchen 1972). Hierbei wurde die Intelligenzminderung gemäß der Ätiologie in angeborene (1a) und erworbene Schwachsinnszustände (1b) unterschieden.

In der ICD-8, die in den Jahren von 1968 bis 1978 allgemein gültig war, war das Krankheitsbild der Intelligenzminderung unter Kapitel V „Geistige Störungen“, Ziffern 310-315 zu finden (laut DIMDI):

- 310 - Grenzfall zur Oligophrenie oder Grenzfall zur Debilität
- 311 - Leichte Oligophrenie oder Debilität
- 312 - Mäßige mittelgradige Oligophrenie oder mäßige Imbezilität
- 313 - Schwere mittelgradige Oligophrenie oder schwere Imbezilität
- 314 - Hochgradige Oligophrenie oder Idiotie
- 315 - Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung

Dieser Klassifikation folgend war die ICD-9 in den Jahren 1979 bis 1997 gültig. Unter Kapitel V „Oligophrenie“ wurde die Intelligenzminderung (317-319) unterteilt in (laut DIMDI):

- 317 - Leichter Schwachsinn
- 318 - Andere Ausprägungsgrade von Schwachsinn
- 319 - Nicht näher bezeichneter Schwachsinn

Die heute gültigen Klassifikationen für das Krankheitsbild der Intelligenzminderung sind unter 1.1.2.3. beschrieben.

1.1.2.3. Klassifikation heute

Laut AAMR (American Association on Mental Retardation) ist die Einteilung des Schweregrades der Intelligenzminderung abhängig von den beeinträchtigten Anpassungsfertigkeiten in Bereichen der konzeptionellen Fähigkeiten (Sprachverständnis, Lesen, Schreiben), sozialer Fertigkeiten (Verantwortung, Leichtgläubigkeit, Aufbau sozialer Beziehungen) sowie praktischer Fertigkeiten und Aktivitäten des täglichen Lebens und dem Intelligenzquotienten.

Je schwerer die Intelligenzminderung ausgeprägt ist, desto schwieriger ist es für den geistig behinderten Menschen, ein selbstständiges Leben zu führen, und der Bedarf an Hilfe und die Notwendigkeit der Unterstützung durch Angehörige und Pflegepersonal steigt. Abhängig von der benötigten Unterstützung variiert die Wohnmöglichkeit von selbstständigem Wohnen bis zum Wohnen in betreuten Einrichtungen unter sorgfältiger Aufsicht.

Bei stärkerer Ausprägung der Intelligenzminderung treten organische Ursachen (Fehlbildungen/Schädigungen des Zentralnervensystems, vgl. Kap. 1.1.4) weit aus häufiger auf als bei leichter Ausprägung der Intelligenzminderung (Gaese 2007). Neben der geistigen Behinderung treten dann oftmals zugleich körperliche Behinderungen wie beispielsweise spastische Lähmungen, Seh- und Hörstörungen auf (Tölle 2011).

Nach ICD 10 F7 unterscheidet man folgende Schweregrade der Intelligenzminderung: (Tölle 2011, ICD-10-SGBV; 2010 gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder-, und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie AWMF 2010) (Steinhausen 2006, Saß 2001):

F70 Leichte Intelligenzminderung (IQ 50-69), bei Erwachsenen Intelligenzalter von 12–9 Jahren. Berufstätigkeit in sehr einfachen Tätigkeiten, häufig in beschützter Werkstatt.

F71 Mittelgradige Intelligenzminderung (IQ 35-49), bei Erwachsenen Intelligenzalter von 9-6 Jahren. Abhängigkeit von familiärer/ institutioneller Fürsorge.

Tätigkeit nur in beschützter Werkstatt. Fertigkeit zur Selbsthilfe und Selbstversorgung bei Anleitung.

F72 Schwere Intelligenzminderung (IQ 20-34), bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6-3 Jahren. Mehrheitlich in Institutionen, wenig eigenständiges Verhalten, ausgeprägter Kommunikationsmangel.

F73 Schwerste Intelligenzminderung (IQ <20), bei Erwachsenen Intelligenzalter < 3 Jahren. Pflegefälle, begrenzte statomotorische Entwicklung.

Je höher der Schweregrad der Intelligenzminderung, desto mehr Anpassungsfertigkeiten sind beeinträchtigt. Ist keine Kodierung nach Schweregrad möglich, so erfolgt die Einteilung gemäß:

F78 Andere Intelligenzminderung (Einteilung mit üblichen Verfahren aufgrund zusätzlicher Behinderung nicht möglich).

F79 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (Informationen sind nicht ausreichend, um die Intelligenzminderung einer Kategorie zuzuordnen).

Abzugrenzen von der Intelligenzminderung ist die „nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung schulischer Fähigkeiten“ (IQ 70-84), die früher als Lernbehinderung bezeichnet wurde. Diese wird im Kapitel F8 des ICD10 kodiert (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, Version 2012, <http://www.dimdi.de>, Abrufdatum 04/2013).

1.1.3. Epidemiologie

Die Prävalenz der Menschen mit Intelligenzminderung liegt laut internationalen Feldstudien bei insgesamt ca. 2-3%. In der Bundesrepublik Deutschland leben ca. 82 Millionen Einwohner, 2-3% Betroffene entspricht einer absoluten Zahl von ca. 1.640 000 – 2.460 000 Menschen mit Intelligenzminderung in Deutschland (Schanze 2007).

Wie Tabelle 1 zeigt, stellen die geistig Behinderten, die von der leichten Ausprägung des Schweregrades betroffen sind, mit 80 % den größten Anteil dar. Je ausgeprägter der Schweregrad der Intelligenzminderung, desto geringer der Anteil der Betroffenen (Steinhausen 2005).

Der Anteil der leicht geistig behinderten Menschen ist stark verknüpft mit einer niedrigeren sozialen Schicht. Schwerste geistige Behinderungen, die einen Anteil von < 1% ausmachen, sind weniger von der Sozialschicht abhängig. Das männliche Geschlecht ist von einer Intelligenzminderung häufiger betroffen als das weibliche Geschlecht, ein Grund hierfür ist die biologische Vulnerabilität. Diese Vulnerabilität ist bei der leichter ausgeprägten Form der Intelligenzminderung nochmals deutlicher als bei der schweren Form der Ausprägung (Schöpf 2003).

Eine organische Ursache für die Intelligenzminderung kann häufiger bei schweren bzw. schwersten Ausprägungen der Intelligenzminderung als bei leichten Intelligenzminderungen festgestellt werden.

Insgesamt kommt es laut Gaese (2007) zu einem „relativen Rückgang der Inzidenz als Folge der pränatalen Diagnostik und einer verbesserten Geburtshilfe, einer insgesamt höheren Lebenserwartung, besonders von schwer und mehrfach behinderten Menschen bei Verbesserung der medizinischen Versorgung und damit einem Wachsen des relativen Anteils von älteren Menschen mit Intelligenzminderung“ (S. 132).

Tabelle 1

Einteilung der geistigen Behinderung nach dem Kriterium der Intelligenz (Steinhausen 2006)

Geistige Behinderung	ICD-10	IQ-Wert	Anteile [%]
leichte	F70	70 - 50	80
mittelgradige	F71	49 - 35	12
schwere	F72	34 - 20	7
schwerste	F73	19 - 0	1

1.1.4. Ätiologie der geistigen Behinderung

Die Ursachen der Intelligenzminderung sind vielfältig. Bereits im 17. Jahrhundert setzten sich die Wissenschaftler mit der Ätiologie der geistigen Behinderung auseinander. Nachfolgend ein kurzer historischer Abriss und die Darstellung verschiedener Erklärungsmodelle, sowie einige Vorstellungen des Zustandekommens der geistigen Behinderung.

Die „Psychiker“ wie Heinroth gingen davon aus, dass die Geisteskrankheiten ihren Ursprung in der Seele haben. Demnach werden psychische Störungen durch seelisch-geistige Störungen hervorgerufen. Für ihn stellten Seele und Leib eine Einheit dar. Diese Verbindung bewirke die Steuerung aller Lebensvorgänge. Die „Somatiker“ wie Jacobi sahen im Gegensatz hierzu die Ursache aller geistigen Krankheiten in körperlichen Störungen. Ihrer Auffassung nach war die Seele göttlicher Natur und könne deshalb nicht erkranken (Kutzer 2003).

Auch die Klimatheorie fand bei vielen Forschern Interesse. Diese Theorie besagt, dass die verschiedenen Klimagegebenheiten wie Hitze und Feuchtigkeit ausschlaggebend für die geistige Entwicklung seien. Welches Klima den stärksten Einfluss habe, darüber gingen die Meinungen auseinander.

Im 18. Jahrhundert ging eine Gruppe von Forschern davon aus, dass ein Zusammenhang zwischen der Geologie, der Flüssigkeitsaufnahme und dem Kre-

tinismus bestehe. Ihrer Auffassung nach trat der Kretinismus häufiger auf, je geringer der Jodgehalt im Trinkwasser war (Chatin 1852). Ein anderer Teil der Forschergruppe sah die Luft- und Bodenbeschaffenheit als krankheitsauslösend an.

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gingen die meisten Wissenschaftler davon aus, dass die Vererbung eine bedeutende Rolle spiele. 1841 hatte zum Beispiel unter anderen Rösch die Auffassung vertreten, dass die Anlage zum Kretinismus wie auch die Schwere der Ausprägung der Symptome angeboren seien. Eine weitere Vorstellung war, dass die geistige Behinderung mit dem Auftreten eines Kropfes zusammenhängt. Auch über diese Vorstellung gingen die Meinungen weit auseinander. Aufgrund der schlechten hygienischen und sozial schwierigen Verhältnisse in einigen Gebieten und der oftmals einseitigen, ärmlichen Ernährung, sowie dem Alkoholismus kam es zunehmend zur Diskussion über den Einfluss dieser äußeren Begebenheiten auf die geistige Entwicklung der dort lebenden Menschen. Zusätzlich wurden Ereignisse, die während der Schwangerschaft auftraten, als mögliche Ursache angesehen. Im Bewusstsein des Volkes galt die Begegnung der Schwangeren mit Personen, die bestimmte Stigmata aufwiesen, als beeinträchtigende Ursache für die geistige Entwicklung des ungeborenen Kindes (Störmer 1991). Diese Begegnung wurde als „Versehen“ bezeichnet. Guggenbühl (1904) unterstützte diese Volksmeinung und sah das „Versehen“ als Hauptursache für die Fortpflanzung geistig Behinderter an und forderte deswegen deren Absonderung in entsprechende Anstalten. Jedoch blieben auch der Einfluss und die Belastung, die das ungeborene Kind durch Erschütterungen von außen oder Erkrankungen der Schwangeren erfuhr, und die daraufhin möglicherweise gestörte Entwicklung als Ursache der geistigen Behinderung nicht unberücksichtigt.

Nach aktuellem Stand der Wissenschaft unterscheidet man abhängig von Art und Zeitpunkt der Schädigung verschiedene Ursachen für Störungen in der geistigen Entwicklung.

Aufteilung der Ursachen

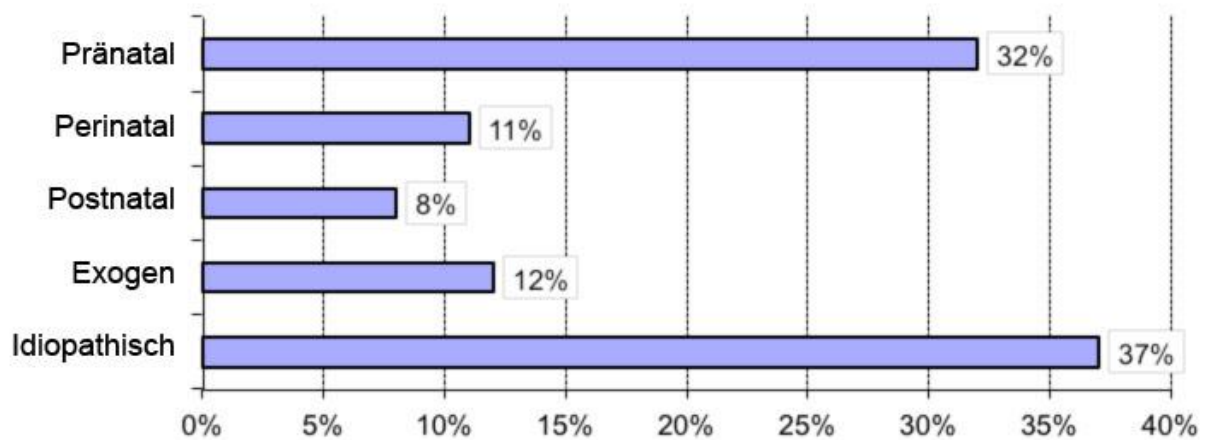


Abbildung 1: Aufteilung der Ursachen (nach Szymanski 1999).

1. Pränatale Ursachen 32%

(Störung vor der 28. Schwangerschaftswoche SSW)

1.1. Genmutationen

1.1.1 Stoffwechselstörungen

Phenylketonurie, Galaktosämie, Mukopolysaccharidosen, hormonelle Störungen (Hypothyreose), Störungen des Kupferstoffwechsels (Morbus Wilson)

1.1.2. Dominant vererbte Genmutationen

Tuberöse Sklerose, Neurofibromatose, Sturge-Weber-Syndrom, Hippel-Landau-Syndrom

1.1.3. X-chromosomal gebundene Störungen

Incontinentia pigmenti, Rett-Syndrom

1.2. Monogen/multifaktoriell bedingte Störungen

Prader-Willi-Syndrom, Williams-Beuren-Syndrom, Sjörgen-Larsson-Syndrom

1.3. Fehlbildungen des Zentralnervensystems

Dysraphische Fehlbildungen, Fehlbildung der Rindentwicklung, cerebelläre Fehlbildungen, Porencephalie

1.4. Chromosomenanomalien

1.4.1. Trisomien

Trisomie 21 (Down-Syndrom, Häufigkeit ca. 1:650)

Trisomie 18 (Edwards-Syndrom, Häufigkeit ca. 1:2.500)

Trisomie 13 (Patau-Syndrom, Häufigkeit ca. 1:3.500)

1.4.2. Deletionen

Cri-du-chat Syndrom

1.4.3. Translokationen

1.4.4. Gonosomale Abberationen

xo Konstitution (Ullrich-Turner-Syndrom)

xyy Konstitution (Klinefelter-Syndrom)

xxx Konstitution

xyy Konstitution

2. Perinatale Ursachen 11%

(Störungen zwischen der 28. SSW und dem 7. Lebenstag)

2.1. Trauma unter der Geburt

(verengter Geburtskanal, Vakuumentraktion)

2.2. Sauerstoffmangelsituation

2.3. Frühgeburt (< 37. SSW)

2.4. Erkrankung des Neugeborenen (z.B. Blutgruppenunverträglichkeit)

3. Postpartale Ursachen 8%

(Störungen nach dem 7. Lebenstag)

3.1. Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems

3.2. Schädel-Hirn-Trauma

3.3. Hirntumore

3.4. Hirnschädigungen durch Intoxikationen, Hypoxie, Stoffwechselkrisen

3.5. psychosoziale Ätiologie (Deprivation, Hospitalismus)

4. Exogene Ursachen 12 %

4.1. Infektionen

Cytomegalievirus, HIV, andere Virusinfektionen, konnatale Toxoplasmose, Lues

4.2. Chemische Einflüsse

Alkohol (Fetales Alkoholsyndrom), teratogene Wirkung von Medikamenten, Umweltbelastung, Strahlen

5. Idiopathische geistige Behinderung 37%

Mit ca. 37 % liegt der Anteil der Fälle mit idiopathischer geistiger Behinderung, bei denen die Ursache für die Intelligenzminderung unbekannt ist, am höchsten.

Der Anteil der pränatalen Ereignisse steht mit ca. 1/3 an zweiter Stelle der auslösenden Ursachen und macht somit den größten Anteil der bekannten Ursachen für geistige Entwicklungsstörungen aus. Dies zeigt den bedeutenden Stellenwert der genetischen Faktoren als auslösende Ursache der geistigen Behinderung.

Unter diesen pränatalen Ursachen treten am häufigsten Chromosomenanomalien auf. Man unterscheidet hierbei Chromosomenstörungen der Zahl oder Struktur (autosomale Störungen) von Störungen der Geschlechtschromosomen (gonosomale Störungen) (Steinhausen 2006).

Anomalien der Autosomen verursachen praktisch immer geistige Entwicklungsstörungen, hingegen wirken sich Anomalien der Gonosomen nur in einem geringen Teil der Fälle auf die geistige Entwicklung aus.

Zu den Störungen der Chromosomenzahl gehören die Trisomien. Hierbei kommt es zur Störung der geistigen Entwicklung aufgrund des Vorhandenseins eines zusätzlichen Chromosoms. Abhängig davon, an welcher Stelle das Chromosom zusätzlich vorliegt, kommt es zur Ausbildung von Trisomien, z.B. der Trisomie 13 (Edwards-Syndrom), Trisomie 18 (Patau-Syndrom) oder der häufigsten Form, der Trisomie 21, dem Down-Syndrom. Das Auftreten der Trisomie 21 liegt bei einer Häufigkeit von 1: 650 Neugeborenen (Passarge 1976). Das mütterliche Alter ist ein Faktor, der als wichtig für das Auftreten von Chromosomenstörungen erkannt worden ist. Nach Steinhausen (2006) steigt der Risikofaktor für das Auftreten einer Chromosomenanomalie bei Kindern von Frauen im Alter von 35-40 Jahren um das 10-20 fache.

Die Anteile der Fälle exogener und perinataler Ursachen treten gleich häufig auf, gefolgt von den postnatalen Ursachen. Wenn man die Sterblichkeit von Menschen mit Intelligenzminderung zur Normalbevölkerung vergleicht, fällt laut Eggers (2004) auf, dass der Mortalitätsgrad bei Menschen mit Intelligenzminderung höher ist als der der Durchschnittsbevölkerung. Der Grad der Mortalität nimmt mit dem Schweregrad der Intelligenzminderung zu.

1.1.5. Diagnostik

Die Intelligenzdiagnostik setzt sich im Wesentlichen aus vier Bereichen zusammen. Diese Bereiche gliedern sich in Anamnese, körperliche Untersuchung mit ggf. weiterführender radiologischer Diagnostik, laborchemischen Untersuchungen, sowie - laut Holling, Preckel und Vock (2004) dem Mittel der Wahl zur Erfassung der intellektuellen Fähigkeiten - dem Intelligenztest. Die Zusammenchau und Interpretation der Ergebnisse dieser unterschiedlichen Bereiche erlaubt eine Einschätzung des Intelligenzniveaus der untersuchten Person.

1.1.5.1. Anamnese

Man unterscheidet bei der Anamneseerhebung das Gespräch mit dem geistig Behinderten selbst von der Fremdanamnese der Eltern. Gegebenenfalls stehen auch die betreuenden Heilerziehungspfleger des geistig Behinderten zur Fremdanamnese zur Verfügung (Schanze 2007).

Bei dem Kontakt mit dem Behinderten selbst benutzt der Gesprächsführer neben dem verbalen Austausch auch die non-verbale Kommunikation und die Verhaltensbeobachtung. Dadurch kann sich der Gesprächsführer ein genaues Bild über das Entwicklungsniveau und das Kommunikationsvermögen des Patienten machen (Došen 1997).

Bei der ausführlichen Anamnese der Eltern steht die Familienanamnese im Bezug auf das Vorkommen von Intelligenzminderung, Fehlbildungen und Erkrankungen in der Familie im Vordergrund. Ebenso werden der Verlauf der Schwangerschaft und die Geburt mit Neonatalphase berücksichtigt. Auf die zeitlichen Entwicklungsschritte des Patienten, sowie ggf. Besonderheiten in der frühen Entwicklung, Schulzeit, Pubertät und Adoleszenz soll neben der Krankheitsanamnese im Gespräch eingegangen werden. Nach Bundschuh (2005) dient die Fremdanamnese der Eltern der möglichst objektiven Erhebung der biographischen Daten, die Hinweise auf die mögliche Ursache der Intelligenzminderung geben.

Schanze (2007) beschreibt, dass durch die Befragungen der Betreuer Informationen über das adaptive Verhalten des geistig Behinderten in seiner aktuellen Wohn- und Lebenssituation gewonnen werden können. Eine genaue Befragung nimmt für ihn einen wichtigen Stellenwert ein, da diese Angaben auf Aspekte der aktuellen psychischen Belastung und eventueller Über- oder Unterforderung hinweisen können. Des Weiteren liefern diese Angaben auch Hinweise auf den individuellen Status der Wertschätzung des behinderten Menschen innerhalb einer betreuenden Institution.

1.1.5.2. Körperliche Untersuchung

Bei der Beurteilung über das Vorliegen einer bestehenden Intelligenzminderung kann die körperliche Untersuchung weitere Hinweise liefern. Eine wichtige Rolle bei der körperlichen Untersuchung spielen laut Harbauer (1971) die Erfassung möglicher neuropathologischer Befunde und der motorische Entwicklungsstand. Bedeutsam ist auch die Feststellung leichter Missbildungsformen oder sogenannter degenerativer Stigmata (z.B. Überstreckbarkeit der Gelenke). Schwere geistigen Behinderungen liegen in einigen Fällen organische Ursachen zugrunde, die mit morphologischen Auffälligkeiten und körperlichen Einschränkungen einhergehen können (Schanze 2007). Daher sollte der Untersucher auf mögliche Missbildungsformen und degenerative Zeichen achten, die mit einem Syndrom und möglicher geistiger Behinderung in Verbindung gebracht werden können (Harbauer 1971).

Die Frühdiagnostik bei der Erfassung geistiger Behinderungen und cerebraler Schädigungen ist sehr wichtig, um den Betroffenen möglichst frühzeitig in ein Therapiekonzept einbinden zu können und ihm individuelle, professionelle Förderung zukommen zu lassen. Jedes Neugeborene sollte gemäß den Leitlinien der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin bereits in den ersten Lebenstagen von einem Arzt gründlich körperlich untersucht werden (Auszug aus Leitlinien der Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin und Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, 2010).

Hierbei wird auf die neurologische Untersuchung mit Beobachtung des Verhaltensmusters, der Spontanmotorik und Prüfung des Reflexstatus besonders eingegangen. Krämpfe in der Neugeborenenzeit können Hinweis auf eine abgelaufene Hirnschädigung geben.

Geistige Behinderung ist Ausdruck einer Schädigung des Gehirns, daher steht laut Mühl (2006) die medizinische Diagnostik mit dem Ziel der Erfassung weiterer Hinweise, die auf eine Schädigung der Funktion oder Struktur des Gehirns schließen lassen, im Vordergrund. Zur Ergänzung der klinischen, neurologischen Untersuchung und bei Hinweisen auf eine Entwicklungsstörung liefert die

bildgebende Diagnostik weitere wichtige Informationen. Neben Röntgenaufnahmen des Schädels stellt die craniale Magnetresonanztomographie (cMRT) durch ihren hohen Weichteilkontrast ein sensitives bildgebendes Verfahren zur Darstellung der Hirn-, Gewebsstrukturen dar (Reiser 2006). Nach Meisenzahl (2008) bietet die MRT gegenüber der Computertomographie (CT) dadurch klare Vorteile. Zusätzlich können aufgrund der fehlenden Strahlenbelastungen Kontrolluntersuchungen ohne weitere Strahlenbelastung für den Patienten durchgeführt werden. Wobei es auch bei dieser diagnostischen Untersuchung schwierig ist, von der Feststellung pathologischer Befunde auf die Ätiologie der Erkrankung schließen zu können. Mittels Elektroenzephalographie (EEG) können ebenfalls Veränderungen der Hirnfunktion aufgezeichnet werden, doch gibt es keine typischen EEG-Veränderungen, die bei geistiger Behinderung auftreten. Im Umkehrschluss belegt ein unauffälliger Befund im EEG allerdings nicht, dass einer geistigen Behinderung nicht dennoch Schädigungen der Hirnfunktion oder bestimmter Hirnstrukturen zugrunde liegen können (Mühl 2006). Als sinnvolle Ergänzung zum Untersuchungsprogramm sieht Došen (1997) die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Fachärzten sowie die Durchführung einer Hör-, und Sehprüfung mittels Audiometrie bzw. Visusprüfung. Auch Störungen des Hörvermögens oder Einschränkungen der Sehkraft können Einfluss auf die geistige Entwicklung nehmen. Das Aufgabengebiet der Diagnostik erfüllen hauptsächlich die Fachbereiche der Pädiatrie, Neuropädiatrie und Psychiatrie (Mühl 2006).

1.1.5.3. Labordiagnostik

Im Rahmen einer stationären Aufnahme geistig Behinderter oder bei im Rahmen der regulären Arztbesuche durchgeführten Laborkontrollen ist, nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2010, die Abnahme eines Routinelabors mit Blutbild, CK, Transaminasen, Laktat, Harnsäure, Kreatinin, T4, TSH, Blut-pH, sowie von Kreatin und Guanidinoacetat im Urin ausreichend, da keine spezifischen Veränderungen der Laborparameter bei geistig behinderten Personen zu erwarten sind.

Um angeborene, metabolische sowie endokrinologische Störungen, die zu schweren geistigen und körperlichen Behinderungen führen können, frühzeitig erkennen und therapieren zu können, wird in Deutschland für Neugeborene ein Stoffwechselscreening empfohlen. Das Neugeborenencreening stellt eine Präventionsmaßnahme mit dem Ziel der frühzeitigen Erkennung und Therapie aller betroffenen Neugeborenen dar (Nennstiel-Ratzel 2009). Diese Screeninguntersuchung wird entsprechend der Leitlinie "Organisation und Durchführung des Neugeborenencreenings auf angeborene Stoffwechselstörungen und Endokrinopathien in Deutschland" im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung U2 ab dem 3. Lebenstag durchgeführt. Bei diesem labordiagnostischen Screening in Trockenblutproben, das in Speziallaboratorien durchgeführt wird, werden Untersuchungen auf Hypothyreose, adrenogenitales Syndrom, Phenylketonurie, Galaktosämie und Biotinidasemangel empfohlen (Kohlschütter 2007).

Auch beim Auftreten unklarer Formen der Intelligenzminderung zu späteren Entwicklungszeitpunkten oder Hinweisen, dass eine geistige Behinderung vorliegt, ist es wichtig, die metabolisch oder genetisch verursachten Formen durch biochemische Untersuchungen von Blut und Urin auszuschließen.

Die Durchführung einer Chromosomenanalyse ist nur bei geistiger Entwicklungsstörung mit klinischen Auffälligkeiten informativ, da erkennbare Chromosomenstörungen nur bei 5-10 % die Ursache bilden. Sie spielt vor allem bei der Differenzierung eine Rolle, wenn bereits durch klinische Auffälligkeiten der Verdacht auf eine chromosomale Störung als Ursache der geistigen Entwicklungsverzögerung vorliegt (Passarge 1976).

1.1.5.4. Intelligenztest

Für die Diagnostik der Intelligenzminderung ist die Objektivierung der intellektuellen Fähigkeiten durch die Durchführung eines Intelligenztests unerlässlich.

Für Holling stellen Intelligenztests das Mittel der Wahl für die Erfassung intellektueller Fähigkeiten dar. Auch für Borland (1989), sowie Snyderman (1988) und Rothman (1988) zählen Intelligenztestverfahren nach wie vor zu den effektiv-

ten und brauchbarsten Messverfahren um intellektuelle Fähigkeiten abzubilden (Holling 2004).

Testgütekriterien

Um die Ergebnisse eines Intelligenztests richtig beurteilen zu können, müssen die Gütekriterien eines Tests Objektivität, Reliabilität und Validität eingehalten werden. Das Gütekriterium Objektivität umfasst, dass das Testergebnis unabhängig vom Untersucher, dem Auszuwertenden und den vorherrschenden Randbedingungen sein muss. Die Objektivität ist die Voraussetzung für Reliabilität und Validität. Das zweite, wichtige Gütekriterium eines Tests stellt die Reliabilität dar. Unter Reliabilität versteht man die Genauigkeit und Zuverlässigkeit, mit der ein Intelligenztest, bestimmte Dimensionen der Intelligenz misst und wie diese miteinander übereinstimmen (Schüler 2004). Das dritte Gütekriterium ist die Validität, die Gültigkeit eines Tests. Sie macht eine Aussage darüber, ob ein Test das misst, was er messen soll (Faller 2006). Mit der Validität wird untersucht, ob die gewonnenen Ergebnisse der Tests vergleichbar sind und inwieweit sich ein Test zu Vorhersagen eignet (Holling 2004).

Entwicklung der Intelligenzdiagnostik - Historischer Überblick

Die Entwicklung der Intelligenzdiagnostik geht bis ins 19. Jahrhundert zurück. Nachfolgend ein kurzer historischer Abriss über Entwicklung und Entstehung psychologischer Diagnostik.

Den Grundstein für die Entstehung und Entwicklung psychologischer Diagnostik legte bereits 1884/1885 Sir Francis Galton. Er sah eine wichtige Aufgabe in der Messung individueller psychologischer Unterschiede, hierbei legte er den Schwerpunkt auf die Abweichung vom Durchschnitt. Sein besonderes Interesse galt den menschlichen Fähigkeiten und deren Entwicklung (Bundschuh 2005).

Galton versuchte 1869 Hochbegabung messbar zu machen. Hierzu stellte er das Verhältnis fest, in welchem der Geniale zur Bevölkerung steht. Er griff das Gesetz der Gauss-Verteilung auf, benutzte statistische Methoden und schuf

damit die Grundlage der Normalverteilungskurve. Als Urheber des Begriffs „Test“ wird nach Erscheinen seines Artikels über „Mental tests and their measurements“ James Mc Keen Cattell bezeichnet (Bundschuh 2005, S. 162).

Die Psychiater Emill Kraepelin und Konrad Rieger versuchten mit Hilfe psychologischer Versuche individuelle Unterschiede zwischen den Versuchsteilnehmern und eventuell vorhandene psychische Defekte sichtbar zu machen. Durch Versuche, die an Patienten durchgeführt wurden, wie beispielsweise das Messen von Lernvorgängen und das Auswendiglernen von Zahlenreihen, führten die beiden Psychiater zwischen 1890 und 1900 als erste diese experimentellen, psychologischen Methoden in die Nervenheilkunde ein (Bundschuh 2005, Engstrom 2003).

Der Jurist und Mediziner Alfred Binet erhielt 1904 vom französischen Erziehungsministerium den Auftrag, ein Aufnahmeverfahren für die zu gründenden Sonderschulen auszuarbeiten (Guthke 1996). Ziel dieses Aufnahmeverfahrens war es, Kinder mit Intelligenzminderung von Kindern, die aufgrund von Schulversäumnissen oder mangelnder Förderung in der Schule versagten, zu unterscheiden. Das Gremium beschloss, dass bevor ein zurückbleibendes Kind aus einer normalen Schule in eine Spezialschule überwiesen werden dürfe, müsse man dieses einer pädagogisch-medizinischen Begutachtung unterziehen (Dorsch 1963).

Binet brachte 1908 zusammen mit seinem Mitarbeiter Theodore Simon den ersten praktisch einsetzbaren Intelligenztest unter dem Namen Binet-Simon heraus und war damit der Begründer der Intelligenzprüfung. Er suchte Zusammenhänge zwischen der körperlichen und geistigen Entwicklung, prüfte in seinen Tests komplexe Denkleistungen und setzte bei der Auswertung Intellekt und Alter in Bezug zueinander. Mit diesem Test hatte er die Möglichkeit zur Klassifizierung des Schwachsinnigen (Stahl 2005). Er teilte die geistig Retardierten je nach Intelligenzstufe in debil, imbezill oder zur Gruppe der Idioten gehörig ein (Dorsch 1963). Es begann ein rascher Aufschwung der Intelligenzmessung. Das Testverfahren nach Binet wurde weit verbreitet, weiterentwickelt und in vielen Ländern angewandt.

Einen weiteren, wichtigen Meilenstein für den Fortschritt in der Intelligenzmessung setzte der deutsche Psychologe Stern, indem er 1912 den Intelligenzquotienten (IQ) bestimmte, indem man das Intelligenzalalter (IA) durch das Lebensalter (LA) dividierte und diesen Wert mit 100 multiplizierte. Er schlug vor, diesen Wert auf die gesamte Population mit dem Mittelwert 100 zu skalieren und die Berechnung auch auf Erwachsene auszudehnen, indem man von einer Normalverteilung ausgeht und die Standardabweichung bestimmt (Guthke 1996).

Im Test nach Binet stehen die verbalen Fähigkeiten der Testperson sehr im Vordergrund, daher entwickelte der amerikanische Psychologe David Wechsler Testverfahren, die neben den verbalen Fähigkeiten auch die praktischen Begabungen der Probanden berücksichtigen. Er konstruierte in den 30-er Jahren des 20. Jahrhunderts den ersten einsetzbaren Intelligenztest für Erwachsene. Dieser Test wurde vorwiegend für den klinischen Gebrauch entwickelt. Er ist benannt nach dem Entwickler David Wechsler, sowie nach dem Hamburger Institut in denen die Tests in den 50er Jahren angepasst und seitdem mehrfach überarbeitet und weiterentwickelt wurden (Guthke 1996).

Aktuelle Intelligenztests am Beispiel HAWIE

Der von David Wechsler entwickelte Intelligenztest HAWIE-R, der erstmals 1956 erschien, ist ein Intelligenztest für Individualdiagnostik und wird, neben speziellen Tests, vorrangig zur Intelligenzdiagnostik bei geistig Behinderten eingesetzt. Dem Test zugrunde liegt die Intelligenzdefinition von Wechsler: „Intelligenz ist ein hypothetisches Konstrukt, ist die zusammengesetzte oder globale Fähigkeit des Individuums, zielgerichtet zu handeln, rational zu denken und sich wirkungsvoll mit seiner Umwelt auseinanderzusetzen. Sie ist zusammengesetzt oder global, weil sie aus Elementen oder Fähigkeiten besteht, die, obwohl nicht völlig unabhängig, qualitativ unterscheidbar sind" (Wechsler 1956 in Klaghofer 2003, S. 290). Der Intelligenztest nach Wechsler kann in zwei Bereiche mit jeweiligen



Abb. 2: David Wechsler.
(Quelle: www.sitemaker.umich.edu)

Untertests gegliedert werden, den Verbal- und den Handlungsteil. Der Verbalteil dient zur Erfassung der verbalen Intelligenz, der Handlungsteil prüft die praktischen Fähigkeiten des Probanden (Holling 2004). Die Altersspanne, in der der HAWIE-R durchgeführt werden kann, liegt zwischen 16 und 74 Jahren, die Testdurchführung findet in einer 1:1 Situation statt. Die Bearbeitungszeit liegt bei 60 bis 90 Minuten je Proband. Für die meisten Aufgaben ist eine Zeitbeschränkung festgelegt. Der Test wurde so konzipiert, dass keine Geschlechtsunterschiede vorkommen (Haupt 2002). Die Leistung eines Probanden lässt sich anhand von Normtabellen mit den Leistungen der Altersgruppe vergleichen. Das Testergebnis wird aus dem Verbal Intelligenzquotient (IQ) und dem Handlungs IQ berechnet. Deren Mittelwert liegt beim HAWIE bei 100, seine Standardabweichung bei 15 Punkten (Rothgangel 2004).

Wie alle Testverfahren ist auch der Hamburger-Wechsler-Intelligenztest nicht unumstritten und weist Vorteile, wie auch Nachteile auf.

Zu den Vorteilen dieses Testverfahrens zählt nach Haupt (2002) die hohe Reliabilität bezüglich des berechneten Gesamt IQ, ebenso wird durch die realitätsnahe Aufgabenformulierung eine hohe inhaltliche Validität erreicht. Weiter stellt für ihn die schriftungebundene Testdurchführung einen Vorteil dar, so ist der Test auch für Personen mit motorischen Beeinträchtigungen zu bearbeiten. Nach Möller hat die 1:1 Testsituation, also der direkte Kontakt zwischen Proband und Testleiter den Vorteil, dass der Testleiter den Probanden zusätzlich motivieren kann (Engel 2008).

Als Nachteil dieses Testverfahrens ist nach Holling (2004) zu werten, dass die Intelligenz erfassung mit psychometrischen Testverfahren lediglich Aussagen über den aktuellen Leistungs-, und Entwicklungsstand des Probanden machen kann. Vor allem in den unter- oder überdurchschnittlichen Begabungsbereichen sind Messfehler nicht auszuschließen. Je nach Intelligenzdefinition erfassen Intelligenztests auch nur einen bestimmten Ausschnitt aus den intellektuellen Fähigkeiten. Bundschuh (2003b) verweist darauf, dass auch die Betrachtung der Bereiche Entwicklung, Empathie und Emotionalität bei diesen Testverfahren sinnvoll sei. Es ist allerdings schwierig, diese Fähigkeiten auch messbar zu ma-

chen. Einen Nachteil stellt für Gerrig (2008) die Tatsache dar, dass die Herkunft des Probanden unberücksichtigt bleibt. Des Weiteren ist die Auswertungsobjektivität des Tests als gering einzustufen, da das Testergebnis vom Testleiter abhängig ist (Haupt 2002).

Die aktuelle, letztmals 1991 überarbeitete deutschsprachige Version HAWIE-R orientiert sich an den amerikanischen Wechsler-Tests. Laut einer Umfrage zum Einsatz von Testverfahren unter den Mitgliedern des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) erwiesen sich HAWIE-III und HAWIE-R wiederholt als die am häufigsten eingesetzten Intelligenztests (Schorr 1995).

Im deutschen Sprachraum gibt es neben dem Wechsler-Intelligenztest noch weitere Intelligenztestbatterien. Als Beispiele sind der Intelligenz-Struktur-Test (IST 2000 R), das Leistungsprüfsystem (LPS) und der Berliner Intelligenzstruktur-Test (BIT) zu nennen (Funke 2009). Außer dem Wechsler-Intelligenztest konnte sich jedoch im klinischen Bereich keiner nennenswert etablieren (Engel 2008).

Schwierigkeiten der Testung geistig Behinderter

Die Durchführung vieler Intelligenztests birgt bei geistig Behinderten einige Fehlerquellen, da die meisten für die Erfassung von Schwach- bis Hochbegabten konzipiert worden sind und die Messungen in den Extrembereichen schwierig zu interpretieren sind (Spreen 1978). Auch Schuppener (2003) merkt an, dass die Differenzierung im unteren Leistungsbereich zu gering ist, um eine hinreichende Aussage zum Leistungsprofil zu ermöglichen.

Eine weitere Schwierigkeit der Diagnostik geistig Behinderter durch Intelligenztests ist dadurch bedingt, dass der Testleiter entscheidet, welcher Test von dem Probanden durchzuführen ist. Das Testergebnis ist somit von der Auswahl des Tests abhängig und lässt einen Vergleich der Testergebnisse untereinander schwerfallen. Die Testdurchführung kann desweiteren durch mangelndes Sprachverständnis, eingeschränkte Fähigkeit zur Kommunikation des geistig Behinderten und daraus folgendem, mangelndem Aufgabenverständnis er-

schwert werden. Auch die Bereitschaft zur Kooperation ist eine wichtige Voraussetzung zur fachgerechten Testdurchführung (Schmidt 2007). Verändert der Testleiter die Anweisungen, um sie dem Sprachverständnis des Behinderen anzupassen, so ist das Gütekriterium der Durchführungsobjektivität nicht mehr erfüllt. Eine wichtige Voraussetzung für ein bestmögliches Testergebnis ist auch die Bereitschaft zur Mitarbeit, sowie die Fähigkeit, die Konzentration über die gesamte Testdauer aufrecht zu halten (Spree 1978). Suhrweier (2009) gibt zu bedenken, dass es außerdem wichtig ist, die Testverfahren nach einem gewissen zeitlichen Abstand zu wiederholen, damit Entwicklungsschritte oder -rückfälle nicht unerkannt bleiben.

Die Intelligenzdiagnostik bei geistig behinderten Menschen stellt sich aufgrund der oben genannten Punkte schwierig dar.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Testung von intelligenzgeminderten Menschen einen speziellen Bereich der Testpsychologie darstellt und dass eine differenzierte Vorerfahrung notwendig ist um eine optimale Testdurchführung gewährleisten zu können. Die alleinige Messung des IQ ist für die Diagnosestellung der geistigen Behinderung und Einteilung des Schweregrades nicht ausreichend. Falls die Testung aufgrund z.B. fehlender Sprachkompetenz, mangelnder Kooperationsbereitschaft, sehr geringer Intelligenz oder zusätzlicher, akuter psychischer Störung nicht durchführbar ist, sollte laut Schanze (2007) eine ausführliche Entwicklungsdiagnostik erfolgen. Die Entwicklungsdiagnostik besteht aus verschiedenen Bereichen: der klinischen Beobachtung durch medizinisch geschulte Mitarbeiter, aus Informationen aus den Lebens- und Arbeitsbereichen des geistig Behinderten sowie aus neuropsychologischen Tests. Zusätzlich können speziell für Menschen mit Intelligenzminderung entwickelte Testverfahren zum Einsatz kommen. Ist es trotz Unsicherheiten der Diagnostik notwendig, die Intelligenzleistung einzustufen, kann auf die Einteilung gemäß ICD-10 F79 (nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung) zurückgegriffen werden (Schanze 2007).

Spezielle Tests für geistig Behinderte:

- Testbatterie für geistig behinderte Kinder (TBGB),
Altersbereich 7-12 Jahre
Bondy, C., Cohen, R., Eggert, D., Lüer, G.. Verlag Beltz, Weinheim, 1975
Zielgruppe: geistige Behinderung, Lernbehinderung
- Columbia Mental Maturity Scale (CMM 1-3),
Altersbereich 6-9 Jahre
Schuck, K.-D., Eggert, D., Raatz, U.. Hogrefe, Göttingen, 1994
Zielgruppe: geistige Behinderung
- Snijders-Oomen Nicht-Verbale Testreihe (SON-R 2-7),
Altersbereich 6-7 Jahre
Tellegen, P.. Verlag Swets, Frankfurt, 1998
Zielgruppe: geistige Behinderung, Hör-, Sprachbehinderung
- Snijders-Oomen Nicht-Verbale Testreihe (SON-R 5-17),
Altersbereich 6-17 Jahre
Snijders, J.. Verlag Swets, Frankfurt, 1998
Zielgruppe: geistige Behinderung, Hör-, Sprachbehinderung

Intelligenzdiagnostik im ZfP Südwürttemberg, Standort Zwiefalten Station 3053

Die Station 3053 war zum Zeitpunkt der Datenerhebung 2009 eine Station für geistig- und lernbehinderte Menschen, die über die Minderbegabung hinaus an einer psychischen Erkrankung leiden.

Zur Intelligenztestung der Patienten dieser Station werden Intelligenztests durchgeführt, bei denen verschiedene Bereiche der Intelligenz erfasst und untersucht werden. Die Untertests werden in Verbal- und Handlungsteile unterteilt. Einige dieser Untertests, wie zum Beispiel Gemeinsamkeiten zu finden, Bilder zu ergänzen, und der Mosaiktest sind aus dem Wechsler-Test übernommen. Anhand der ausgewerteten Testergebnisse und der Verhaltensbeobachtung kann der Untersucher das Intelligenzniveau des Patienten beurteilen. Siehe hierzu im

Anhang 7.4. ein aktuelles Beispiel eines Testaufbaus zur Intelligenzdiagnostik der damaligen Station 3053. (Persönliche Mitteilung von Dipl. Psychologe M. Fent, ZfP Südwürttemberg Standort Zwiefalten (06/2010).

1.1.6. Therapie: Entwicklung über die Zeit

Die Aufzeichnungen des Schweizer Arztes Paracelsus (1493-1541) und des Mediziners Felix Platter (1536-1614) über den endemischen Kretinismus gelten in der Literatur als die ersten überlieferten Studien über Formen des Schwachsinn. Von dieser Zeit an dauerte es aber noch einige Jahrhunderte, bis Ende des 18. Jahrhunderts ein zunehmendes, naturwissenschaftliches und medizinisches Interesse an der Erforschung und Behandlung des Schwachsinn aufkommen sollte (Meyer 1983).

Die französischen Ärzte Pinel (1743-1823) und Esquirol (1772-1840) nahmen großen Einfluss auf die Psychiatrieentwicklung in Deutschland. Sie waren der Überzeugung, dass Geisteskrankheit, zu der nach damaligem Krankheitsverständnis auch der Schwachsinn gezählt wurde, heilbar sei, und setzten die Irrenfürsorge in Gang, indem sie die Trennung der stationären Versorgung von „Idioten“ und „Irren“ forderten.

Der Beginn der wissenschaftlichen Psychiatrie in Deutschland wird auf Anfang des 19. Jahrhunderts datiert. Der Mediziner Reil (1759-1813), ein Vertreter der „Psychiker“, führte 1803 das dreiteilige Klassifikationssystem des Blödsinn ein und vertrat, wie auch Flemming, Jacobi und Roller, die damals als fortschrittlich geltende Isolierungstheorie (Blasius 1986; Dörner 1984). Nach dieser Theorie sei eine Genesung und Förderung des Kranken nur dann möglich, wenn man ihn von seinem vermeintlich krankmachenden sozialen Milieu fern halte und den Patienten in wohnortfernen Anstalten isoliere. Durch diese Isolierung sollte der Kranke vor weiteren schädlichen Einflüssen geschützt werden. Dadurch entstand ein ausgrenzendes Anstaltsmodell, das im 19. Jahrhundert ein zentrales Versorgungselement in der Behindertenfürsorge darstellte (Droste 1999, S. 33). Reil plädierte für die Unterbringung von leicht Erkrankten, dazu zählten auch Menschen, die an leichter Form des Schwachsinn litten, in Heilanstalten

und die Unterbringung von Unheilbaren, wie Menschen, die von hochgradiger Form des Schwachsinn betroffen sind, in Verwahranstalten. Im Gegensatz zu Reil, der ausschließlich den theoretisch- naturphilosophischen Ansatz verfolgte, schuf Griesinger (1817-1868) 1845 mit seinem Buch "Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende" eine theoretische Basis zur praktischen Behandlung geistig behinderter Menschen (Hauss 1989, S. 23).

In dieser Zeit entstand eine große Zahl neuer psychiatrischer Anstalten, in denen auch die wissenschaftliche Erforschung der Geisteskranken möglich war. Allerdings stieß der medizinische Heilungsanspruch Schwachsinniger bald an seine Grenzen, dadurch geriet der Personenkreis der Schwachsinnigen bezüglich Förderung und Forschung schnell ins Abseits des Interesses. Dieses geringe Interesse spiegelte sich auch in der Ausbildung der „Zwei-Klassen-Versorgung“ im Bezug auf die Betreuung der Schwachsinnigen in der Anstaltspsychiatrie des 19. Jahrhunderts wider. Während in den speziellen Idiotenanstalten pädagogische Förderung der Patienten stattfand, um diese auf ein weitgehend selbstständiges Leben außerhalb der Anstalt vorzubereiten, blieb den schwachsinnigen Patienten, die in der Psychiatrie untergebracht wurden, heilpädagogische Betreuung weitestgehend versagt (Dörner 1984).

Nachfolgend werden die wichtigsten Entwicklungsphasen der Anstaltspsychiatrie und deren Auswirkungen auf die damalige Versorgung der Schwachsinnigen näher dargestellt.

In der ersten Phase der Anstaltspsychiatrie um die Jahrhundertwende des 18. zum 19. Jahrhundert kam es aufgrund wirtschaftlicher und sozialer Umbrüche zu einer Neustrukturierung der Gesellschaft. Die Versorgung und Unterbringung der Irren und Idioten gelangte mehr und mehr in das Blickfeld der Öffentlichkeit. Hierbei wurde nicht zwischen der Behandlung Geisteskranker und geistig behinderter Patienten unterschieden. Im Rahmen der preußischen Irrenreform wurden die „gefängnisartigen Korrektionshäuser“ (Droste 1999, S. 34) und die aus dem Mittelalter stammenden Tollhäuser aufgelöst und neue separate Idiotenanstalten sowie psychiatrische Anstalten gegründet. Es gab mehrere Gründe

für die Umgestaltung des Anstaltswesens, unter anderem sollten die Kranken nach ihrer sozialen Brauchbarkeit (Dörner 1984) differenziert werden. Aus der Bevölkerung kamen zunehmend Befürchtungen hinsichtlich etwaiger Seuchenausbreitung, da die Zuchtanstalten drastisch überfüllt waren und unhygienisch wirkten. Einen einheitlichen Behandlungsansatz für Geisteskranke und geistig Behinderte entwickelte 1805 der Jurist, Theologe und Mediziner Langemann (1768-1832). Er orientierte sich an Prinzipien wie absolutem Gehorsam, Ordnung, Disziplin und militärischem Drill. Des Weiteren sollte Wert auf körperliche und geistige Ertüchtigung gelegt werden. Dieser Behandlungsansatz wurde ein Jahr später von dem Mediziner Horn (1774-1848) praktiziert und um schulischen Unterricht und Ansätze der Arbeitstheorie erweitert. Zudem kamen umfangreiche Zwangsmittel (Zwangsjacke, Tobsuchtszelle) bei der Behandlung geistig Behinderter zum Einsatz. Dieses für das gesamte 19. Jahrhundert typische psychiatrische Behandlungskonzept galt in der damaligen Zeit als modern. Hierbei wurde nicht zwischen der Behandlung Geisteskranker und geistig behinderter Patienten unterschieden.

In der zweiten Phase der Anstaltspsychiatrie von 1830 bis 1870 wurde eine neue Epoche der Psychiatrieversorgung eingeleitet. Damerow initiierte 1841 die „Vereinigung der deutschen Irrenärzte“, die heute als Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) fortbesteht (Marneros 2005, S. 76).

Es vollzog sich ein Wandel von dem bisher vorherrschenden naturphilosophischen Denken hin zum naturwissenschaftlichen Denken. Damerow verbreitete seine anthropologische Sichtweise, der Mensch sei als Einheit aus Leib, Seele und Geist wahrzunehmen (Marneros 2005). Mit dem veränderten Denken änderte sich auch das Bild des Geistesschwachen in der Gesellschaft. Dieser wurde nun als körperlich krank und damit auch behandelbar eingestuft. In den Psychiatrieanstalten setzten sich weitere, neue therapeutische Behandlungsansätze durch.

Der namhafte Anstaltspsychiater Roller förderte z.B. erste Ansätze der Familienpflege. Die neuen Behandlungsansätze orientierten sich an dem in England

entwickelten Prinzip des „moral-management“. Diese Methode stand für eine pädagogisch orientierte Heilbehandlung. Neben der Isolierung in wohnortfernen Anstalten stand die Förderung der Patienten durch Arbeitstherapie, Musiktherapie und soziale Kontakte im Vordergrund. In den neuen psychiatrischen Anstalten kamen weniger körperliche Zwangsmaßnahmen zur Anwendung, wobei sie bis ins 20. Jahrhundert nie ganz aus dem Umgang mit geistig behinderten Menschen verschwunden sind (Droste 1999). Laut Blasius (1980) traten anstelle der körperlichen Maßnahmen jedoch eher subtilere Vorgehensweisen, in Form von Bevormundung, Entwürdigung, Schlafentzug und Drangsalierung. Noch immer hatte die Gruppe der Schwachsinnigen nur eine randständige Bedeutung in der Psychiatrie. Nur langsam entwickelte sich ein klares Erscheinungsbild der geistigen Behinderung, die schließlich als Krankheit anerkannt wurde (Hauss 1989).

In der nachfolgenden Phase der Anstaltspsychiatrie von 1870 bis 1914 zeichnete sich eine fatale Entwicklung ab. 1893 trat das Unterstützungswohnsitzgesetz unter anderem für die Personengruppen der Geisteskranken und Idioten in Kraft. Waren die betroffenen Personen arbeitsunfähig, erfolgte entweder die Unterstützung im häuslichen Umfeld oder die Unterbringung in einer Anstalt. Aus staatlicher Sicht begründete dieses Gesetz die eigentliche Geisteskrankenfürsorge (Kersting 1993). Die Folge war nun ein wachsender Unterbringungsbedarf und eine drastische Expansion der Anstalten. Laut Blasius (1986) betrug die Gesamtzahl der Patienten in den öffentlichen Anstalten in Deutschland im Jahr 1877 ca. 33.000, 1904 waren bereits über 111.000 Patienten in Anstalten untergebracht, im Jahre 1910 stieg die Gesamtzahl weiter auf ca. 143.000 an.

Die anfänglich medizinisch-pädagogisch orientierte Anstaltsfürsorge entwickelte sich zur pflegerisch-verwahrenden Massenanstalt. Für diese Fehlentwicklung gibt es einige Gründe. Zum einen spielt der schnell ansteigende Unterbringungsbedarf eine Rolle. Des Weiteren wurden aufgrund des wirtschaftlichen Umbruchs Deutschlands soziale Netzwerke zerstört, die bisher die Versorgung der geistig Behinderten übernommen hatten. Durch das Unterbringungsgesetz wurde nun ausschließlich den Ärzten bzw. Psychiatern die Verantwortung für die Psychiatrie und die Behandlung der Patienten übertragen, die Pädagogen

blieben außen vor (Droste 1999). Die pädagogische Funktion der Pfleger trat laut Klevinghaus (1972) weiter in den Hintergrund, der Patient wurde oftmals nur als Behandlungsobjekt wahrgenommen. Das Bild des Geistigbehinderten in der Gesellschaft wandelte sich zum Negativen, begründet auf ihrer fehlenden wirtschaftlichen Brauchbarkeit. Die Tätigkeit des Psychiaters beschränkte sich zunehmend auf die Diagnosestellung. Die Förderung und Behandlung der Patienten geriet dabei völlig in den Hintergrund.

Die geistig behinderten Anstaltsinsassen wurden meist lebenslang ohne Förderung in den Anstalten verwahrt. Theunissen (1991) weist darauf hin, dass ein großer Teil der Patienten aufgrund der unhygienischen Bedingungen, die in den Massenanstalten herrschten, und aufgrund der menschenunwürdigen Behandlung sehr früh verstarben. Die Heilpädagogik konnte sich nicht als gleichgestellte Wissenschaftsdisziplin etablieren. Viele Pädagogen gelangten zu der Erkenntnis, dass vor allem schwergradig geistig Behinderte nur bedingt zu fördern seien; als entwicklungsunfähig beurteilt, verblieben diese lebenslang in den Anstalten. Schwachsinnige, die als bildungsfähig eingestuft wurden, wurden den Hilfsschulen zugeteilt. Auch die ursprünglichen Idiotenanstalten wandelten sich zu reinen Verwahranstalten (Speck 1979).

Die unterschiedlichen Auffassungen darüber, zu welchem Fachbereich die geistig Behinderten gehören, löste ein Spannungsfeld zwischen Psychiatern und Heilpädagogen aus.

Kraepelin galt mit seiner Krankheitslehre als der einflussreichste Psychiater in der Zeit nach der Jahrhundertwende, der unter anderem das Anstaltswesen der damaligen Zeit maßgeblich mitbestimmt hat. Die randständige Position des Krankheitsbildes Schwachsinn hatte jahrzehntelange Kontroversen bezüglich Begriffsbestimmung, Klassifikation und Therapie zur Folge. Kraepelin machte diesen Diskussionen ein Ende und führte 1915 den Begriff „Oligophrenie“ als neue Bezeichnung für Geistesschwäche ein. Er entwickelte ein spezielles Klassifikationsschema hierfür und differenzierte zwischen Debilität, Imbezilität und Idiotie. Nach seinem Verständnis ließ sich Oligophrenie ausschließlich auf rein körperliche Defekte der Betroffenen begründen, individuellen Aspekten der

Entwicklung oder auch Ansätzen pädagogischer Förderung ließ er keinen Raum. Die reine Verwahrung der Behinderten und der „therapeutische Nihilismus“ beim Umgang mit diesen Menschen erhielt dadurch seine naturwissenschaftliche-medizinische Rechtfertigung (Theunissen 1991, S. 22). Kraepelins negative Bewertungen schwachsinniger Menschen durch Begriffe wie „Unheilbarkeit“, „Irreversibilität“, „Therapieresistenz“ (Feuser 1989) prägten das Bild der Gesellschaft.

In den ersten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entwickelte sich in Deutschland eine eigenständige Teildisziplin der Psychiatrie, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, die im Gegensatz zur Erwachsenenpsychiatrie die heilpädagogische Förderung anstrebte.

Eine weitere Entwicklung war Anfang des 20. Jahrhunderts die Einteilung der Anstaltsinsassen nach dem Schweregrad der Erkrankung, nach deren Entwicklungsfähigkeit und nach Geschlecht. Den leicht Schwachsinnigen und heilbaren Irren wurden Arbeiten zugeteilt, bei den schwer Erkrankten stand die Verwahrung im Vordergrund. Die medikamentöse Therapie wie auch die klassischen Disziplinierungsmaßnahmen in Form von Zwangsmaßnahmen und Isolierhaft kamen weiter zum Einsatz (Droste 1999).

Die unzureichende Versorgungssituation und Lebenssituation der Anstaltsinsassen verschlechterte sich während des 1. Weltkrieges noch weiter. Viele Insassen mussten anderweitig untergebracht werden, da die Anstalten meist als Lazarette umfunktioniert wurden (Stöckle 2002). Laut Geiger (1977) wurden zahlreiche schwachsinnige Anstaltsinsassen zum Kriegsdienst eingezogen. Von sozialdarwinistischen Vorstellungen ausgehend gewannen in den folgenden Jahren rassistische Theorien immer mehr an Bedeutung. Im Jahr der Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 wurde das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) in Kraft gesetzt. Bis zum Jahr 1945 wurden auf der Basis dieses Gesetzes ca. 400.000 Schwachsinnige, Körperbehinderte und psychiatrische Patienten legitimiert zwangssterilisiert (Ley 2003). In Folge dieser Zwangssterilisationen sind ca. 5000 Frauen und 600 Männer gestorben (Schott 2006). Im Rahmen des folgenschwersten Euthanasieprogramms, der

sogenannten „Aktion T 4“, wurden im Zeitraum von 1940 bis 1941 über 70.000 psychisch Kranke und Geistigbehinderte, auf Befehl des Reichskanzlers Hitler, systematisch in speziellen Tötungsanstalten ermordet. Ende 1941 wurde die „Aktion T 4“ offiziell eingestellt, in den Anstalten ging die „Einzel-Euthanasie“ jedoch weiter (Stöckle 2002). (Vgl. Kapitel 1.2.2.1).

In der direkten Nachkriegszeit ab 1945 wurde die Aufarbeitung der Naziverbrechen in der Medizin und speziell der Psychiatrie unterlassen, und die psychiatrische Versorgung blieb lange Zeit tabuisiert (Kunze 1990). Die psychiatrischen Anstalten nahmen ihre Arbeit unter katastrophalen Bedingungen wieder auf, und es wurde jahrelang auf traditionelle Versorgungsstrukturen der Vorkriegszeit zurückgegriffen. Anfang der 50er Jahre wurden zunehmend mehr Psychopharmaka zur Behandlung eingesetzt. Die medikamentöse Behandlung wurde zwar in einigen Fällen zur Sedierung schwieriger und störender Patienten benutzt, doch nach Meinung zahlreicher psychiatriehistorischer Forscher trug die Entwicklung der Psychopharmaka wesentlich zu den Reformen in der Psychiatrie bei und ermöglichte ein „Öffnen“ der Anstalten (Paulitsch 2008).

Ende der 50er Jahre verbesserten sich im Rahmen des deutschen Wirtschaftsaufschwungs die Bildungsmöglichkeiten und der Ausbau der Erziehungsmöglichkeiten für geistig Behinderte. Zudem konnte die „Lebenshilfe“, eine Elternvereinigung geistig behinderter Kinder, erheblich zu einer Veränderung in schulischen und außerschulischen Einrichtungen beitragen. Durch das Engagement betroffener Eltern vergrößerte sich die Lobby für Geistigbehinderte in Deutschland. Eine Veränderung der Schulgesetzgebung bewirkte, dass 1960 ein Ausbau des Sonderschulwesens eingeleitet werden konnte. In Folge dessen wurden die ersten Schulen für geistige Behinderte errichtet (Welti 2005).

Erst ab Ende der 60er Jahre gerieten die trotz der Neuerungen weiterhin vorherrschenden Missstände der Versorgung in den Anstalten in die öffentliche Kritik. Daraufhin kam es durch die von der Bundesregierung beauftragte Psychiatrie-Enquêtekommision zur kritischen Bestandsaufnahme der Psychiatrieanstalten in Deutschland. 1975 legte diese Kommission ihre Berichte und Emp-

fehlungen zur Neustrukturierung vor und setzte damit in den 70er und 80er Jahren einen sehr bedeutsamen Reformprozess in Gang (Glasenapp 2010).

Hauptzielsetzung der Psychiatrie-Enquêtekommision war die Gleichstellung psychisch Kranker mit körperlich Kranken und die Umgestaltung einer hauptsächlich verwahrenden Behandlung hin zur fördernden-rehabilitativen Psychiatrie. Die Reformprinzipien beinhalteten das Ziel, ein therapeutisches Milieu zu schaffen, in dem Geistigbehinderte adäquat behandelt werden können. Neben dem Ausbau psychiatrischer Abteilungen stand die Eingliederung der psychiatrischen Versorgung in die allgemeine Medizin im Vordergrund. Die Großanstalten sollten abgebaut werden und die Behandlungsmöglichkeiten im Bereich Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie verbessert werden. Die Geistigbehinderten sollten aus den psychiatrischen Anstalten herausgenommen werden und in eigenständigen, pädagogischen Versorgungssystemen für Geistigbehinderte untergebracht werden. Für dieses Prinzip der „Versorgungstrennung“ hatten bereits renommierte Anstaltspsychiater vor 150 Jahren plädiert, wenn auch bislang vergeblich (Psychiatrie-Enquête 1975, S. 17).

In den 70er Jahren wurden daher verschiedene Veränderungen eingeleitet. Einerseits kam es zur Verbesserung der Lebensbedingungen innerhalb der psychiatrischen Einrichtungen. Diese Verbesserung wurde durch die Konzeption heilpädagogischer Gruppen, durch eine geringere Gruppenstärke und geeignete Förderangebote erreicht. Pädagogisch vorgebildetes Personal wurde auf Psychiatriestationen speziell für geistig Behinderte eingesetzt. Andererseits wurden auch außerhalb der psychiatrischen Einrichtung Wohn- und Lebensräume für geistig Behinderte geschaffen. Hierzu zählen neben Wohnheimen und Heimeinrichtungen auch Wohngruppen. Gleichzeitig haben sich in Allgemeinkrankenhäusern psychiatrische Abteilungen etabliert. Institutsambulanzen und ambulante sozialpsychiatrische Dienste vervollständigen das Netzwerk der Förderungseinrichtungen für geistig Behinderte (Glasenapp 2010).

Um dem intelligenzgeminderten Menschen in der heutigen Zeit eine angemessene, adäquate Behandlung erfahren zu lassen, bedarf es eines multidimensionalen Therapiekonzepts sowie eines multiprofessionellen Teams. Dieses Team,

bestehend aus Ärzten und Pflegepersonal, sollte versuchen, in enger Zusammenarbeit mit den Patienten, deren Angehörigen und ggf. den Mitarbeitern der Behindertenhilfe einen diagnostisch-therapeutischen Gesamtprozess zu finden.

Für Schanze (2007) sind Normalisierung, Selbstbestimmung in der Lebensgestaltung und soziale Integration in der heutigen Therapie intelligenzgeminderter Menschen zielführend. Weiter misst er der Frühintervention und Förderung, einer angemessenen Milieugestaltung sowie heilpädagogischer Unterstützung eine große Bedeutung zu. Ein spezieller Zweig der Heilpädagogik, die Sondererziehung, befasst sich unter anderem speziell mit der Geistigbehindertenpädagogik. Einrichtungen wie Sonderkindergärten ergänzen die vorschulische Erziehung, die durch das Elternhaus geleistet wird. Weitere sonderpädagogische Förderung erfährt der Intelligenzgeminderte in speziellen Sonderschulen. Nach Beendigung der Sonderschulstufe wird der Jugendliche idealerweise in eine Anlernwerkstatt überführt, wo die soziale Eingliederung und der Übergang ins Arbeitsleben erleichtert werden sollen (Harbauer 1971).

Der Einsatz von Psychopharmaka in der Behandlung intelligenzgeminderter Menschen ist sorgfältig zu erwägen und kritisch zu hinterfragen. Die pharmakotherapeutische Intervention kann unterstützend hilfreich sein, erfordert aber besondere Beachtung, weil Indikationsstellung, Dosierung und Einnahmedauer gegenüber Normalbegabten verändert sind (Došen 1997). Vor Beginn der Therapie mit Psychopharmaka muss die individuelle Diagnosestellung stehen (Schanze 2007).

Eine wichtige Rolle bei den nichtmedikamentösen Therapiemethoden spielt die Förderung von Bewegungsfunktionen sowie die Verbesserung der körpereigenen Wahrnehmung und Psychomotorik. Dies soll unter anderem durch Physiotherapie, Reittherapie, Ergotherapie, Logopädie, Musiktherapie und Kunsttherapie erreicht werden (Schanze 2007). Durch diese Therapieformen kann sich laut Lotz (1996) das persönliche Werteempfinden und Selbstbewusstsein verändern, da der geistig behinderte Mensch auf einer nicht-sprachlichen Ebene, die für ihn gut zugänglich ist, gefördert und gefordert wird. Die verschiedenen Entspannungsverfahren wie Muskelentspannung nach Jacobsen, Autogenes

Training, Snoezelen oder auch Feldenkrais stärken den Betroffenen in einer intensiveren Wahrnehmung seiner Person und ermöglichen durch Entspannung das Gefühl innerer Ausgeglichenheit (Stuber 2007).

Im Bereich der verhaltenstherapeutischen Therapie bei der Behandlung geistig Behinderter werden zunehmend neue Erkenntnisse gesammelt. Laut Steinhau- sen (2006) können die Durchführung einer Verhaltenstherapie und der Einsatz verhaltensmodifikatorischer „Techniken“ zur Rehabilitation beitragen. Auch die dialektisch-behaviorale Therapie mit der Zielsetzung, emotionale Instabilität zu verändern, kann bei Menschen mit Intelligenzminderung zum Einsatz kommen (Rahn 2007). Der Psychologe Sturmey vertritt ebenfalls die Auffassung, dass einzelne Elemente der kognitiven Therapie zur Behandlung leicht bis mittel- schwer geistig Behinderter eingesetzt werden können, dabei handle es sich um Elemente, die die Verhaltenstherapie miteinschließen. Daraus schließt er, dass für geistig Behinderte Verhaltenstherapie besser geeignet sei als eine kognitive Therapie (Deutsches Ärzteblatt 2005, Sturmey 2004).

Ziel für die Zukunft muss die soziale Inklusion der Intelligenzgeminderten in un- sere Gesellschaft, sowie die qualitative Verbesserung ihrer psychiatrischen Be- handlung sein. Ein wichtiger Schritt zur Verbesserung dieser Behandlung wurde 2003 mit der Integration des Fachwissens über die „psychiatrische Versorgung von Menschen mit Intelligenzminderung“ in die Weiterbildungsordnung für den Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie gemacht (Schanze 2007, S. 263- 264).

1.2. Behandlung geistig Behinderter in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten

Bisher hat keine Aufarbeitung der Behandlung geistig Behinderter in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten stattgefunden. Zudem sind in den vorliegenden Originalquellen wie Jahresberichten, Patientenakten etc. kaum Informationen über spezielle Behandlungsmethoden für dieses Patientenkontingent zu finden.



Abb. 3: Zwiefalten mit Münster und Peterstor um 1950. (Quelle: www.wuerttembergisches-psihiatriemuseum.de)

Die Entwicklung der Behandlung psychisch Kranker im allgemeinen wird zur Zeit in einer Reihe von Forschungsprojekten am ZfP Südwürttemberg, auf die hier verwiesen wird, erforscht (<http://www.forschung-bw.de>). Weitere Informationsquellen können die Publikationen zur Zwiefalter Klinikgeschichte geben, die im Jubiläumsjahr 2012 publiziert worden sind.

1.2.1. Exkurs: Die Situation zur Zeit des Nationalsozialismus

Im Jahr 1940 begann in Deutschland die „Euthanasie-Aktion“, in deren Verlauf über 70.000 psychisch kranke Menschen systematisch in Tötungsanstalten ermordet wurden. Hierfür entstand die „Aktion T 4“, die in der Tiergartenstraße 4 in Berlin angesiedelt war und aus der Kanzlei Hitlers hervorgegangen war.

1939 setzte die konkrete Planung für die Ermordung von psychisch kranken Anstaltsinsassen ein. Unter dem NS Regime eskalierte die Propaganda zur Forderung „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ und „Reinigung des Volkskörpers“ (Stöckle 2002, S. 23) von psychisch kranken Menschen. Der Reichskanzler Hitler ordnete mit einem Ermächtigungsschreiben einem kleinen, ausgewähl-

ten Personenkreis die Erfassung der Opfer, Selektion und die Ermordung durch Vergasung an (Stöckle 2002).

Im Oktober 1939 begann das Reichsinnenministerium an die Heilanstalten Meldebögen zur Erfassung der Anstaltsinsassen zu verschicken, so auch an die Heilanstalt Zwiefalten. Zwiefalten wurde damit durch die planwirtschaftliche Erfassung der Patienten in die streng geheim gehaltende „Aktion T 4“ mit einbezogen (Rüdenburg 1996).

Die Direktoren, die anfangs im Unklaren über den Zweck dieser Meldebögen gelassen wurden, waren verpflichtet, sämtliche Patienten zu melden, die an Schizophrenie, Epilepsie, senilen Erkrankungen, Therapie-refraktärer Paralyse und andere Lues-Erkrankungen, Schwachsinn jeder Ursache, Encephalitis, Chorea Huntington litten und sich seit mindestens 5 Jahren dauernd in der Anstalt befanden, als kriminelle Geisteskranke verwahrt waren oder nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besaßen. Die ausgefüllten Meldebögen mussten an das Reichsinnenministerium zurückgeschickt werden, von dort gelangten die Bögen über die T4 Zentrale weiter an Gutachter, die anhand dieser Meldebögen entschieden, welche Patienten ermordet werden sollten (Stöckle 2002).

Die Tötung der Anstaltspatienten zeigt eine lange Vorgeschichte. Ende des 19. Jahrhunderts wurden, von sozialdarwinistischen Vorstellungen ausgehend, Eugenik und Ideen der Rassenhygiene propagiert. Während des 1. Weltkrieges spitzte sich die Situation zu und der Vorwurf kam auf, dass die Insassen der Heil- und Pflegeanstalten notwendige Nahrungsmittel aufbrauchten und Betten, die als Lazarettbetten genutzt werden könnten, blockierten (Stöckle 1998).

Bereits 1933, im Jahr der Machtübernahme der Nationalsozialisten, begann der Krieg gegen psychisch kranke Menschen mit der Erlassung des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (Stöckle 1996). Dieses Gesetz sah für erbkranken Personen die Zwangssterilisation vor. Als erbkrank galten Personen mit den Diagnosen: angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, zirkuläres Irrsein, erbliche Fallsucht, erblicher Veitstanz, erbliche Blindheit, erbliche Taubheit, schwere erbliche körperliche Missbildungen sowie schwerer Alkoholismus (Siemen 1999). Auf Grundlage dieses Gesetzes wurden insgesamt ca. 400.000

psychisch Kranke zwangssterilisiert. Allein in der Heilanstalt Zwiefalten waren davon bis 1939 über 200 Patienten betroffen (May 1991). Laut Siemen (1999) stellten die Menschen mit angeborenem Schwachsinn die Gruppe der Hauptbetroffenen unter den Zwangssterilisierten dar. Der Leitspruch aus einer Zeitschrift von 1940 unterstreicht die erb- und rassenpolitische Einstellung der NS-Zeit: „Dieser Krieg muss zwar mit den Waffen gewonnen, aber darf nicht biologisch verloren werden“ (Rexer 1996).

Im Rahmen der „Aktion T 4“ erlangte Grafeneck traurige Bedeutung durch die Verbrechen der „Euthanasie-Morde“, die unter anderem dort durchgeführt wurden. Neben Grafeneck existierten in Deutschland noch fünf weitere Vernichtungsanstalten. Hierzu zählten Brandenburg, Bernburg, Hartheim und ab 1941 Sonnenstein und Hadamar (Klee 2007). Grafeneck war jedoch historisch-chronologisch gesehen die erste Vernichtungsanstalt, und bis unmittelbar vor der Beschlagnahmung befand sich Grafeneck zudem als einzige Tötungsanstalt in kirchlicher Trägerschaft (Stöckle 2002).

Im Oktober 1939 wurde Grafeneck, ein Behindertenheim der evangelischen Samariterstiftung Stuttgart, durch die NS-Machthaber beschlagnahmt und zur Vernichtungsanstalt umfunktioniert, hier sollten psychisch Kranke und Behinderte vergast werden (Rüdenburg 1996) (siehe Abbildung 3). Das Schloss Grafeneck liegt abgeschieden in der Nähe von Münsingen auf der Schwäbischen Alb im heutigen Kreis Reutlingen, nahe Zwiefalten. Diese Abgeschiedenheit war bei der Auswahl des Standortes von Bedeutung, um die „Reichssache“ geheim zu halten, ebenfalls für den Standort sprach, dass Grafeneck einfach abzusperren und gut zu überwachen war.

Anfang April 1940 erreichte der erste Transport mit psychisch kranken Patienten aus Zwiefalten die Vernichtungsanstalt Grafeneck. In Grafeneck angekommen wurden die Patienten einer letzten Überprüfung durch zwei Ärzte unterzogen, die eine im Voraus ausgewählte Todesursache in den Akten vermerkten oder in seltenen Fällen den Rücktransport der Patienten veranlassten. Danach wurden die Patienten in die Gaskammer gebracht und der Tod durch Kohlenmonoxidvergiftung herbeigeführt (Klee 2007). Anschließend wurden die

Leichen verbrannt. Dies wurde in den Trostbriefen an die Angehörigen mit der Gefahr der Seuchenausbreitung begründet (Lang 1996).

Von April bis Dezember 1940 gingen 22 Transporte mit über 1.000 Patienten, darunter auch Kinder, von Zwiefalten in die Tötungsanstalt nach Grafeneck. Die Heilanstalt Zwiefalten diente als eine der Hauptdurchgangsanstalten, in die Patienten zur Verschleierung und Geheimhaltung vor dem Abtransport nach Grafeneck verlegt worden sind (Rüdenburg 1996). So wurde auch die gesamte Raststatter Anstalt mit 577 Patienten evakuiert und nach Zwiefalten verlegt. Im Laufe der „Aktion T 4“ wurden 500 dieser Patienten in Grafeneck getötet (Rüdenburg 1996). Insgesamt fielen während der NS-Zeit über 70.000 psychisch kranke Menschen der „Euthanasie-Aktion“ zum Opfer (Birlinger-Tögel 1993). Stöckle bezeichnet die Ermordung von mindestens 10.654 psychisch kranken Menschen, die allein in Grafeneck vergast wurden, als eine der „grausamsten Barbareien der NS-Zeit“ (Stöckle 2002, S. 15). Aus württembergischen Anstalten stammten 3.840 Opfer, aus der Heilanstalt Zwiefalten direkt 352 (Stöckle 1996).

Die Vernichtungsanstalt Grafeneck wurde im Dezember 1940 geschlossen, das Personal nach Hadamar bei Limburg versetzt. Dort gingen die Krankenmorde bis August 1941 weiter. Dieses offizielle Ende der „Euthanasie-Aktion“ sprach Hitler 1941 mit einem mündlichen Befehl aus. Stöckle (1998) beschreibt als Gründe für den Abbruch der Krankenmorde in Grafeneck, dass das vorgegebene „Plansoll“ (S. 31) an Ermordungen für den deutschen Südwesten erfüllt schien. Desweiteren drohte aufgrund zunehmender Proteste von Angehörigen, Anstalten und Kirchen das Scheitern der Geheimhaltung der Aktion.

Dem offiziellen „Euthanasiestop“ folgte die „Einzel-Euthanasie“ in den Anstalten, so auch in Zwiefalten unter der ärztlichen Leitung von Frau Dr. Martha Fauser, die von 1940 bis 1945 dort als Direktorin tätig war. Frau Dr. Fauser, eine überzeugte NS-Anhängerin, erhielt wie auch andere Direktoren vom Reichsinnenministerium die Ermächtigung zur Durchführung von „Einzel-Euthanasien“ und folgte dieser Aufforderung und tötete Patienten durch Überdosierung mit Medikamenten, wie unter anderem mit Luminal und Scopolamin

(Rüdenburg 1996). Das Ziel dieser Einzeltötungen war es, gemäß der NS-ideologischen Grundsätze, die als „Ballastexistenzen“ (Stöckle 2002, S. 137) bezeichneten Kranken aus der Gesellschaft zu entfernen sowie Krankenbetten für Kriegsoffer freizubekommen. Zwiefalten fiel insofern eine besondere Aufgabe zu, als die Anstalt laut Rüdenburg (1996) durch die Umwandlung von Heilanstalt zur Pflegeanstalt im Jahr 1941 zu einer Auffangstelle für schwere Pflegefälle aus anderen Anstalten in Württemberg und Baden geworden war. Es kam in Zwiefalten zusätzlich zu den Einzeltötungen zu vielen Todesfällen durch eine immense Überbelegung, Unterernährung und mangelnder Pflege. In der Kriegszeit von 1941-1945 sind in Zwiefalten nach derzeitigem Kenntnisstand über 1.500 Patienten umgekommen (May 1991).

Neun Jahre nach dem offiziellen Ende der Krankenmorde wurde der Grafeneck-Prozess 1949 vor dem Tübinger Schwurgericht gegen acht Angeklagte, die in die „Aktion T 4“ in Württemberg verstrickt waren, geführt (Tümmers 2011). Vier dieser acht Angeklagten wurden zu Gefängnisstrafen von 18 Monaten bis zu maximal 5 Jahren verurteilt. Unter den Angeklagten waren zwei Ärzte aus Zwiefalten, eine davon war die ehemalige Direktorin von Zwiefalten, Frau Dr. Martha Fauser. Sie wurde wegen „Verbrechen des Totschlags“ (<http://www.wuerttembergisches-psychiatrimuseum.>) zu einer Gefängnisstrafe von 18 Monaten verurteilt, durch die vorangegangene Untersuchungshaft galten diese 18 Monate bereits als verbüßt. Ein anderer Arzt aus Zwiefalten kam nach ein paar Monaten Gefängnis auf Bewährung frei. Der Leiter der Tötungsanstalt Grafeneck, Dr. Schumann, konnte seinen Beruf bis 1951 weiter ausüben, kurz vor seiner geplanten Verhaftung konnte er sich ins Ausland absetzen. Das 1970 begonnene Strafverfahren gegen ihn wurde wegen angeblicher Verhandlungsunfähigkeit eingestellt (Lang 1996).



Abb. 4 : Gaskammer Grafeneck Insassen 1940. (Quelle: www.wuerttembergisches-psychiatriemuseum.de)



Abb. 5: Deportation von Liebenauer Insassen 1940. (Quelle: www.wuerttembergisches-psychiatriemuseum.de)



Abb. 6: Gedenkstätte Grafeneck heute. (Foto: Kurz)

Fuchs (2007) sieht die Rolle der Medizin in einem der schrecklichsten Kapitel der deutschen Geschichte äußerst kritisch:

„belastend ist es für die deutsche Medizin jener Zeit insgesamt, weil es zeigt, wie weit ihre totale und freiwillige Unterwerfung unter die politisch-ideologischen und ökonomischen Vorgaben eines diktatorischen und menschenverachtenden Regimes wirklich gegangen ist, weil es offenbart, wie leicht der ärztliche Auftrag, sich sorgend und schützend um das kranke Individuum zu bemühen, in Verdrängung und Vergessenheit geraten konnte, weil es dramatisch vor Augen führt, in welchen Ausmaßen und in welcher Geschwindigkeit sich die gewalttätige Entgrenzung ärztlicher Handlungsmacht über das Schicksal psychiatrischer Patientinnen und Patienten vollzog“ (2007, S. 9).

(Samariterstiftung. Flyer Gedenkstätte Grafeneck. Dokumentationszentrum; Samariterstiftung. (2005); <http://www.gedenkstaette-grafeneck.de/>; Persönliche Mitteilung von T. Stöckle, Grafeneck (07/2008).

1.2.2. Aktuelles Behandlungsangebot des ZfP Südwürttemberg für geistig Behinderte, Standort Zwiefalten

In der Abteilung Neuropsychiatrie des ZfP Südwürttemberg Standort Zwiefalten werden heute Geistigbehinderte und lernbehinderte Menschen, die über die Minderbegabung hinaus an einer psychischen Erkrankung leiden, behandelt. Bei den psychischen Erkrankungen handelt es sich um Erkrankungsbilder wie Unruhe- oder Erregungszustände, Psychosen, affektive Störungen und als vorwiegend auftretendes Krankheitsbild Anpassungsstörungen, aber auch Verhaltensstörungen. Es ist hierbei schwierig, Verhaltensstörungen von Verhaltensweisen, Verhaltensoriginalität oder Verhaltensauffälligkeit als Teil einer psychischen Erkrankung abzugrenzen. Ein häufiger Aufnahmegrund ist die akute Dekompensation des Patienten im aktuellen Wohnumfeld.

Die Abteilung Neuropsychiatrie hat 36 Plätze für Patienten zur Verfügung. Sie gliedert sich in eine geschlossen geführte Station und eine offen geführte Station, in die Station 3023 und die Station 3024. Der geschlossene Bereich der Station 3023 dient vor allem der Krisenintervention und der Unterstützung von Menschen, die einen hohen Hilfebedarf haben und aufgrund ihrer akuten Symptomatik intensive Betreuung benötigen. Auf dieser Akutstation beträgt die durchschnittliche Verweildauer 30,5 Tage. Auf der offen geführten Station 3024 werden die Patienten weiter in Ihrer Selbstständigkeit sowie Selbstverantwortung gefördert und auf das Leben nach der Entlassung vorbereitet. Patienten, die sich auf der „beschützten“ Station 3023 befinden, dürfen die Station nur in Begleitung des Pflegepersonals verlassen. Auf der „offenen“ Station 3024 ist den Patienten aufgrund ihrer Absprachefähigkeit und vorhandenen Orientierung, die Möglichkeit gegeben, die Station vorübergehend für Ausflüge, Spaziergänge etc. allein zu verlassen. Auf der Station 3024 beträgt die durchschnittliche Verweildauer 39,9 Tage.

Die Abteilung verfügt über verschiedene Therapieräume wie den Anti-Aggressionsraum, der mit weichen Matten an Boden und Wänden ausgelegt ist und Patienten während Erregungszuständen vor Verletzungsgefahr schützt, Therapieräume für Ergotherapie und Basteltherapie, verschiedene Aufenthalts-

räume und ein Gesprächstherapieraum mit integrierter Küche bieten die Möglichkeit zum gemeinsamen Miteinander und zur Annäherung an den Alltag außerhalb der Klinik.

Die Patienten werden während Ihres stationären Aufenthaltes von einem multi-professionellen Team, bestehend aus Ärzten, Pflegepersonal, Heilerziehungspflegerpersonal sowie pädagogischen Mitarbeitern betreut. Dieses Team stellt in intensiver Kooperation mit den Patienten, deren Angehörigen, professionellen Betreuern und Helfern der zuweisenden Einrichtung eine qualifizierte Therapie sicher und erarbeitet einen angepassten Therapieplan. Ziel ist es, die Patienten in ihr jeweiliges Wohnumfeld, also Heim oder Einrichtung des betreuten Wohnens, oder wieder zuhause zu integrieren.

Dem Patientenkollektiv, das aus dem gesamten Einzugsgebiet des ZfP Südwürttemberg stammt, wird ein vielfältiges Therapiekonzept geboten. Nach der Aufnahme erfolgt zuerst eine psychiatrisch-neurologisch und allgemeinmedizinische Diagnostik zur differentialdiagnostischen Abklärung. Das therapeutische Angebot umfasst Einzel- und Gruppengespräche, unterstützende medikamentöse Therapie sowie Förderung der alltagspraktischen Fähigkeiten in verschiedenen Bereichen wie Einkaufen, Kochen, Umgang mit Geld und einer eigenständigen Strukturierung des Alltags. Des Weiteren wird Wert auf die Förderung der kognitiven Fähigkeiten gelegt und es werden verschiedene Aktivitäten der Freizeitgestaltung wie Ausflüge und Patientenfreizeiten, auch im Sinne einer Belastungserprobung, durchgeführt. Das therapeutische Konzept der Station 3023 beinhaltet verschiedene Therapieformen. Als Beispiele sind neben Beschäftigungstherapie und Reittherapie auch Musiktherapie sowie Arbeitstherapie zu nennen. Auch Entspannungstechniken wie Muskelrelaxation nach Jacobson sowie der Aufenthalt im Snoezelen Raum sind ein Teil des therapeutischen Angebots.

Am Ende des stationären Aufenthaltes werden die Patienten der offen geführten Station 3024 durch praktische Übungen auf ihr Leben außerhalb des klinisch strukturierten Alltags vorbereitet. Dadurch soll der Erhalt der Selbstversorgung verbessert und die lebenspraktische Eigenständigkeit der Patienten

gefördert werden. Wenn notwendig, erhalten sie Unterstützung bei der Suche nach einer geeigneten Wohn- und Betreuungsform, um ihnen die Reintegration zu erleichtern (Persönliche Mitteilung von Dr. med. Schwärzler; <http://www.zfp-web.de>; Flyer der Station 3023/3024 (09/2012)).

1.3. Fragestellung

In der vorliegenden Arbeit wird das Thema „Behandlung geistig Behinderter in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten von 1812-1982“ bearbeitet. Wie in Kapitel 1.1.6 deutlich wurde, hat sich die Behandlung von Personen mit geistiger Behinderung stark verändert. Da bisher keine Aufarbeitung der Behandlung geistig Behinderter im Rahmen einer psychiatrischen Klinik vorliegt, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit dieser Thematik. Speziell am Beispiel der psychiatrischen Klinik Zwiefalten sollen folgende Fragestellungen untersucht werden:

A. Wie lässt sich das Patientenkollektiv und dessen Therapie in Zwiefalten beschreiben und hat es sich über fast zwei Jahrhunderte (1812-2009) verändert?

- A.1. Welche soziodemographischen Variablen können erhoben werden?
- A.2. Welche Ursachen der geistigen Behinderung lassen sich unterscheiden?
- A.3. Welche Schweregrade der geistigen Behinderung lassen sich differenzieren?
- A.4. Lag bei den Patienten eine psychiatrische Komorbidität vor?
- A.5. Woher wurden die Patienten in die Anstalt Zwiefalten aufgenommen?
- A.6. Wie lange betrug die Verweildauer in der Anstalt?

- A.7. Wohin wurden die Patienten nach ihrem stationären Aufenthalt entlassen?
- A.8. An welchen Todesursachen verstarben die Pat. in der Anstalt?
- A.9. Inwiefern unterscheiden sich die im Rahmen dieses Projektes erhobenen historischen Daten von den Daten der Station 3053 und der Station 3012 hinsichtlich der soziodemographischen Daten, der Ausprägung des Schweregrades sowie der Behandlung der Patienten?

(Die Station 3053 war bis zum Jahr 2011 die Vorgängerstation der in der Einleitung beschriebenen Stationen 3023 und 3024. Die Station 3012 ist nach wie vor eine allgemeinspsychiatrische Station)

B. Inwiefern stimmen die in der Vergangenheit vergebenen Diagnosen für geistige Behinderung mit dem heutigen Klassifikationssystem psychiatrischer Diagnosen des ICD-10 überein?

C. Welche Behandlungsmethoden wurden und werden bei Patienten mit geistiger Behinderung angewendet und wie entwickelten sich diese Behandlungsmethoden im Untersuchungszeitraum?

- C.1. War die Förderung und die Behandlung der Patienten von der Ausprägung des Schweregrades der geistigen Behinderung abhängig?
- C.2. Welche Formen der Unterbringung der Patienten gab es?
- C.3. Wie sieht das aktuelle Behandlungsangebot des ZfP Südwürttemberg für geistig Behinderte, Standort Zwiefalten am Beispiel der Station 3023 und 3024 aus?

D. Hat sich das Verständnis des Störungsbildes der geistigen Behinderung gewandelt?

Die Fragen sollen durch retrospektive Datenanalyse beantwortet werden. Als Datenmaterial werden die historischen Archivbestände Zwiefaltens, sowie die Archivbestände des Staatsarchivs Sigmaringen aufgearbeitet.

2. Material und Methodik

2.1. Datenbestand

Exkurs: Aktenbestände der psychiatrischen Klinik Zwiefalten.

Die psychiatrische Klinik Zwiefalten verfügt über einen sehr umfangreichen Bestand an Krankenakten, die bis in das Gründungsjahr der Klinik im Jahr 1812 zurückreichen. Die Akten wurden in den vergangenen Jahren in verschiedene Bestände aufgeteilt. Hierbei werden folgende Bestände unterschieden:

1. Inventarbestand-A (Inv.-A)

Der Inventarbestand A umfasst 5.568 Akten von ehemaligen Patienten, die vor 1900 geboren wurden. Die Akten dieses Bestandes lagern im Staatsarchiv Sigmaringen.

2. Inventarbestand-BC (Inv.-BC)

Der Inventarbestand BC umfasst die Akten der Patienten, die ab 1900 geboren wurden und deren letzte Aufnahme im Hause spätestens im Jahr 1984 lag. Die Akten dieses Bestandes lagern im Archiv in Zwiefalten.

3. Aktueller Archivbestand

Der aktuelle Archivbestand bezieht sich auf Aufnahmen ab dem Jahr 1985 bis heute.

Der gesamte Bestand wurde über die Einträge der Aufnahmen in den entsprechenden Hauptbüchern per EDV erfasst. Der Aktenbestand Inv.-A war nicht nach Aufnahmediagnosen, die der heutigen Diagnose Intelligenzminderung entsprechen vorsortiert. Anhand der Bestandsliste wurden die Akten von mir

nach der Aufnahmediagnose geistige Behinderung sortiert und ausgewählt. Hierbei wurden alle Akten mit der Einzeldiagnose geistige Behinderung ausgewählt, sowie alle Akten der Patienten, deren Diagnosen unter den Oberbegriff Intelligenzminderung fallen. Hierzu wurden die Diagnosen Blödsinn, Schwachsinn, Debilität, Imbezilität, Dementia, Idiotie und Oligophrenie in verschiedenem Schweregrad gezählt.

Von Frau Croissant, der Betreuerin meiner Arbeit, stand mir eine Bestandsliste mit Diagnosen des Inv.-BC, sowie des aktuellen Archivbestandes als Ausgangsmaterial zur Verfügung. Aus dieser Liste wurden diejenigen Patienten ausgewählt, die wegen einer Intelligenzminderung in Zwiefalten untergebracht waren. Darunter wurden dieselben Diagnosen gefasst, wie für Inv.-A beschrieben. Bei den Diagnosen handelt es sich möglicherweise um Diagnosen des einweisenden oder des aufnehmenden Arztes. Diese Diagnosen können im Verlauf jedoch noch modifiziert worden sein. Die endgültige Diagnose bei Entlassung kann daher von der Aufnahmediagnose abweichen.

Als Datenbasis für das Forschungsprojekt werden die Akten von den Patienten herangezogen, deren Familienname mit den Buchstaben D, O, R oder T beginnt. Die Auswahl der Patienten erfolgte u.a. in Anlehnung an Empfehlungen, die von der Arbeitsgruppe „Aussonderung und Bewertung von Unterlagen der Psychiatrischen Landeskrankenhäuser“ unter der Leitung der Landesarchivdirektion Baden-Württemberg zu Patientenakten in der Psychiatrie getroffen wurden (Kretzschmar 1997). Hier wurde im Hinblick auf eine repräsentative Archivierung die Verwendung einer Klumpenstichprobe von Patienten empfohlen, deren Familiennamen mit dem Buchstaben D, O und T beginnt. Diese Stichprobe sollte, da sie in der Regel nur ca. 6% der Grundgesamtheit enthält, um eine weitere Stichprobe ergänzt werden, um eine Stichprobengröße von 10% der Grundgesamtheit zu erreichen. Als eine mögliche Form der Ergänzung wurde die zusätzliche Verwendung des Anfangsbuchstabens R (= ca. 4%) empfohlen. Die Repräsentativität der verwendeten Stichprobe wird in Tabelle 2 illustriert.

Tabelle 2

Inventarbestand

	D	O	R	T	Summe D, O, R, T	Summe A - Z	Anteil D,O,R,T an Gesamtinv.
Inventar A	238	83	479	107	907	5.568	16,3%
Inventar BC	477	154	865	301	1.797	14.355	12,5%
Gesamtinventar	715	237	1.344	408	2.704	19.923	13,6%

2.2. Erhebungszeitraum

Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine Vollerhebung der Akten von Patienten, deren Familienname mit D, O, R oder T beginnt und die aufgrund des Krankheitsbildes der Intelligenzminderung in die Anstalt aufgenommen wurden, durchgeführt.

Bei der Erhebung wurden alle Aufnahmen berücksichtigt, die im Zeitraum zwischen Gründungsjahr der Königlichen Irrenanstalt Zwiefalten im Jahr 1812 und dem Jahr 1982 stattgefunden haben. Der gesamte Erhebungszeitraum umfasst somit 170 Jahre.

Um die Veränderungen und Entwicklungen im Bezug auf die Behandlung intelligenzgeminderter Patienten über die Zeit differenzierter betrachten zu können und Vergleiche zwischen den einzelnen Zeitabschnitten darzustellen, wird der Erhebungszeitraum in vier zeitliche Abschnitte unterteilt. Die ausgewerteten Daten dieser Arbeit beziehen sich auf die nachfolgenden Zeitabschnitte:

- 1812-1900
- 1901-1940
- 1941-1960
- 1961-1982

Die Unterteilung in diese vier Zeitabschnitte wurde in erster Linie vorgenommen, um in etwa vergleichbare Gruppengrößen zu erhalten (siehe Tabelle 3). Damit die Patientenanzahl des Zeitraumes von 1812 bis 1900 nicht zu stark von den nachfolgenden Zeitabschnitten abweicht, wurde hier keine weitere Untertei-

lung durchgeführt. Die Vergleichbarkeit der verschiedenen Zeitabschnitte bleibt dadurch besser erhalten.

Der erste Zeitabschnitt wurde gewählt, um die Entwicklung vom Gründungsjahr der Anstalt in Zwiefalten 1812 bis zur Jahrhundertwende zu untersuchen. Zwischen 1812 und 1900 wurden im Vergleich zu den nachfolgenden Zeitabschnitten insgesamt gesehen am wenigsten Patienten aufgenommen (vgl. Kap. 3.1.1.).

Der folgende Zeitabschnitt von 1901 bis 1940 stellt die Zeit von der Jahrhundertwende bis zu Beginn der „T 4 Aktion“ dar. Aufgrund des wirtschaftlichen Umbruchs Deutschlands war die Behandlung Intelligenzgeminderter eher von therapeutischem Nihilismus geprägt. Während des 1. Weltkriegs und in der Zwischenkriegszeit wurden die Intelligenzgeminderten in den Anstalten zumeist nur verwahrt.

Von 1941 bis 1960 liegt der Fokus auf den durch Krieg und Nationalsozialismus geprägten Auswirkungen auf die Behandlung Intelligenzgeminderter und auf die Nachwirkungen in der frühen Bundesrepublik.

Der abschließende Zeitraum von 1961 bis 1982 steht für die sich entwickelnde moderne psychiatrische Versorgung und den Wandel im Verständnis des Störungsbildes Intelligenzminderung. Einen vorläufigen Endpunkt stellt die Gegenüberstellung der Daten der Basisdokumentation (BADO) der Stationen 3053 und 3012 aus dem Jahr 2008 mit den Daten der historischen Stichprobe dar.

2.3. Operationalisierung der Fragestellungen

2.3.1. Patientenkollektiv

2.3.1.1. Soziodemographische Daten

Zur soziodemographischen Beschreibung der aufgenommenen Patienten wird das Geschlecht, der Familienstand, deren Voraufenthalt sowie die Arbeitstätigkeit vor der Aufnahme nach Zwiefalten dargestellt.

2.3.1.2. Ätiologie der Intelligenzminderung

Bei der Ätiologie der Intelligenzminderung lässt sich die angeborene von der erworbenen Form unterscheiden.

Der Dokumentation durch die Ärzte kann entnommen werden, aufgrund welcher Ätiologie die Patienten intelligenzgemindert sind bzw. ob die Ursache hierfür als angeboren oder erworben eingeschätzt wurde.

Gelegentlich sind den Patientenakten auch nervenärztliche Gutachten beigelegt, die anhand der erhobenen Anamnese Hinweise auf die zugrundeliegende Ursache der Minderung der Intelligenz geben. In Einzelfällen liegen den Patientenakten Sektionsprotokolle bei, die zusätzliche Informationen über eventuelle pathophysiologische Veränderungen liefern können, die auf die Ätiologie der Intelligenzminderung schließen lassen.

2.3.1.3. Schweregrad der Störung

Bei dem Krankheitsbild der Intelligenzminderung wird zwischen drei unterschiedlichen Schweregraden der Störung unterschieden.

Die leichte Form der Intelligenzminderung wird als Debilität, die mittelschwere Ausprägung als Imbezilität und die schwerste Form als Idiotie bezeichnet. Eine weitere, für den Erhebungszeitraum gängige Bezeichnung für Formen der geistigen Behinderung ist Schwachsinn, Blödsinn, Dementia und Oligophrenie. Bei diesen Bezeichnungen wird, abhängig von der Stärke der Ausprägung zwischen der leichten, mittelschweren und schweren Form unterschieden. Vor Ein-

führung der Intelligenztestung wurde der Schweregrad der Intelligenzminderung vom einweisenden oder dem aufnehmenden Arzt anhand der Anamnese und des Aufnahmestatus subjektiv festgelegt.

In einzelnen Fällen wurden zur genaueren Intelligenzprüfung auch Intelligenztests, die das Allgemeinwissen sowie Schulkentnisse abfragen, durchgeführt (vgl. Intelligenztestung 7.3. im Anhang).

2.3.1.4. Psychiatrische Komorbidität

Die Patientenakten der Stichprobe werden hinsichtlich eventuell vorhandener psychiatrischer Komorbidität, die zusätzlich zur geistigen Behinderung des Patienten vorliegt, aufgearbeitet. Hinweise auf das Vorliegen psychiatrischer Zusatzdiagnosen liefern die erhobene Anamnese und Beschreibungen von ggf. typischen Verhaltensauffälligkeiten, die einer zusätzlichen psychiatrischen Diagnose zuzuordnen sind. Teilweise liegen den Patientenakten auch nervenärztliche Gutachten bei, die den Verdacht auf eine psychiatrische Zusatzerkrankung begründen.

2.3.1.5. Voraufenthalt

Anhand des Erstgesprächs mit dem Patienten bzw. anhand des Verlegungsboogens kann erfasst werden, in welchem Umfeld der Patient sich vor dem Anstaltsaufenthalt befunden hat. Unterscheiden lässt sich als Aufenthaltsort vor der stationären Aufnahme hauptsächlich das häusliche Umfeld von dem Aufenthalt in einer anderen psychiatrischen Anstalt und später auch in Heimen.

2.3.1.6. Verweildauer

Berechnet wird dafür der Zeitraum ab dem Tag der Aufnahme des Patienten in der Zwiefalter Anstalt bis zum Tag der Entlassung oder seines Versterbens. Die Anzahl der Tage, die der Patient in der Anstalt verbracht hat, werden auf Wochen, Monate und Jahre umgerechnet.

2.3.1.7. Entlassumfeld

Anhand der Patientenakten kann herausgearbeitet werden, in welches Umfeld die Patienten nach ihrem stationären Aufenthalt entlassen worden sind. Als Aufenthaltsorte nach der Entlassung ist das häusliche Umfeld oder die Verlegung in eine andere Anstalt zu unterscheiden, oder ob der Patient in der Anstalt verstorben ist.

Anhand der unterschiedlichen Möglichkeiten, aus welchem Umfeld die Patienten in die Anstalt aufgenommen worden sind und auf welche Art und Weise sie diese wieder verlassen haben, ergeben sich verschiedene Kombinationen bezüglich des „woher“ und „wohin“ der einzelnen Patienten. Dargestellt werden die verschiedenen Kombinationen bezüglich der örtlichen Veränderung anhand der Patientengruppen, die aus dem häuslichen Umfeld in die Anstalt aufgenommen werden oder aus einer anderen Anstalt nach Zwiefalten verlegt worden sind.

2.3.1.8. Todesursachen

Ein Teil der Patienten ist vor der Entlassung nach Hause oder vor der Verlegung in eine andere Anstalt in der Zwiefalter Anstalt verstorben. Die zum Tod führenden Ursachen sind in den Patientenakten notiert. Einige Patienten wurden nach ihrem Versterben obduziert, dadurch konnten eventuell Rückschlüsse auf die genaue Todesursache gezogen werden.

2.3.1.9. Gegenüberstellung der Daten der historischen Stichprobe und der BADO-Daten der Stationen 3053 und 3012

Die im Rahmen dieser Arbeit erhobenen historischen Daten werden den Daten der Basisdokumentation (BADO) der Stationen 3053 und 3012 des ZiP Südwürttemberg, Standort Zwiefalten, gegenübergestellt. Hierbei ist nicht beabsichtigt, eine Längsschnittstudie von 170 Jahren mit einer Querschnittstudie von 2008 zu vergleichen. Die Daten sollen einander bezüglich der soziodemographischen Daten, des Schweregrads der Störung, des Behandlungsangebots

und hinsichtlich des Umfelds vor und nach dem Anstaltsaufenthalt gegenübergestellt werden.

Die BADO soll hierbei den vorläufigen Endpunkt einer Entwicklung beschreiben und die aktuelle Situation darstellen.

Die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) empfohlene Form der BADO erfasst im Rahmen der Dokumentation in der psychiatrischen Klinik über 70 soziodemographische und erkrankungsbezogene Variablen (Spießl 2009). Diese Variablen werden für jeden stationären Patienten routinemäßig erhoben. Die Erfassung der Daten erfolgt in der elektronischen Patientenakte durch die behandelnden Ärzte, im Bereich des medizinischen Controllings werden die Daten dann mit Hilfe eines Computerprogramms ausgewertet. Die BADO-Daten werden zur internen und externen Qualitätssicherung der Klinik erhoben, dienen der Versorgungsforschung, dem Klinikmanagement und dem medizinischen Controlling (Steinert 2011). Ziel soll eine optimale Versorgung der Patienten sein (Bischof 2007, Gaebel 1998).

So wird auch in der Klinik Zwiefalten die psychiatrische Basisdokumentation (BADO) zur Erhebung patientenbezogener Daten eingesetzt. Dadurch wird es möglich, die Struktur der im Krankenhaus behandelten Patientengruppen genauer zu erfassen (Cording 1995). Auch wenn die BADO als sinnvolles Instrument zur Qualitätssicherung gilt, ist es laut Steinert (2011) nach wie vor unerlässlich, die Datenqualität kritisch zu hinterfragen.

Die Station 3053 war zum Zeitpunkt der Datenerhebung 2008 eine Station für geistig- und lernbehinderte Menschen, die über die Minderbegabung hinaus an einer psychischen Erkrankung leiden (vgl. hierzu Kapitel 1.2.3.). Bei der Station 3012 handelt es sich im Vergleich dazu um eine allgemeinpsychiatrische Station des ZfP Südwürttemberg, Standort Zwiefalten.

2.3.2. Vergleiche der psychiatrischen Diagnosen gemäß der heutigen Klassifikation

Das Krankheitsbild der Intelligenzminderung wurde im genannten Erhebungszeitraum, nach der Ausprägung des Schweregrades in Debilität, Imbezilität und in die schwerste Form der geistigen Behinderung, in Idiotie unterteilt. Diese Zuordnung zu den entsprechenden Schweregraden erfolgt gemäß bestimmten Kriterien. Diese Kriterien, die von den verschiedenen betreuenden Medizinern oftmals subjektiv und uneinheitlich festgelegt wurden, beziehen sich unter anderem auf die Selbstständigkeit des Patienten bezüglich der Versorgung im Anstaltsalltag, Hilfsbedarf bei der Körperhygiene, sowie auf dessen Arbeitsfähigkeit. Das Verhalten des Patienten wurde als ruhig und angepasst bewertet, oder auch als ablehnend empfunden. Dementsprechend wurde der Schweregrad festgelegt und das Krankheitsbild so weiter klassifiziert. Teilweise erfolgte die Einteilung des Schweregrades auch nach Intelligenztestung, indem der Arzt dem Patienten einige, das Allgemeinwissen betreffende Fragen stellte. In wenigen Fällen wurden zur differenzierteren Diagnostik auch ausführliche Intelligenztests durchgeführt.

Unter Kapitel 3.2. wird die Einteilung der Diagnose der geistigen Behinderung nach Schweregraden, wie sie für den Erhebungszeitraum typisch war, mit der Klassifikation der Intelligenzminderung nach heute gültigem Klassifikationssystem der ICD-10 verglichen.

2.3.3. Behandlungsmethoden

2.3.3.1. Behandlung in Abhängigkeit des Schweregrades der Störung

Es wird untersucht, ob die Förderung und Behandlung des Patienten von der Ausprägung des Schweregrades der geistigen Behinderung abhängig war. Um diese Zusammenhänge darzustellen, werden die intelligenzgeminderten Patienten bezüglich des Schweregrades und des erhaltenen Therapieangebotes miteinander verglichen. Es lässt sich unterscheiden, ob die Patienten überhaupt Behandlung erhalten haben und wenn ja in welcher Form. Bei der Behand-

lungsform wird zwischen Arbeitstherapie, medikamentöser Therapie und Zwangsmaßnahmen unterschieden. Anschließend werden die Ergebnisse und die Entwicklung in zeitlichen Zusammenhang gesetzt.

2.3.3.2. Formen der Unterbringung

Es gab während des Erhebungszeitraums verschiedene Betreuungsformen, in denen die Patienten während des Anstaltsaufenthaltes untergebracht werden konnten. Bei der Auswertung wurden die stationäre Unterbringung in der Klinik, in landwirtschaftlichen Kolonien und die Familienpflege bei der Betreuung der Intelligenzgeminderten voneinander unterschieden.

2.3.3.3. Aktuelles Behandlungsangebot des ZfP Südwürttemberg, Station 3053

Anhand der erfassten Daten der Basisdokumentation der Station 3053 für das Jahr 2007 werden die aktuellen Behandlungsangebote für die Patienten, die über ihre Minderbegabung hinaus zusätzlich noch an einer psychischen Erkrankung leiden, dargestellt. Bei den erfassten Daten sind bezüglich der durchgeführten Therapie Mehrfachnennungen möglich. Die Anzahl der Patienten, die im Jahr 2007 auf der Station 3053 behandelt wurden, wird ausgehend von den Patienten bestimmt, die im Jahr 2007 aus dem stationären Aufenthalt entlassen wurden. Es wurde das Jahr 2007 gewählt, da die Datenerhebung 2008 stattgefunden hat.

2.3.4. Wandel im Verständnis des Störungsbildes geistiger Behinderung

2.3.4.1. Attributzuschreibung

Das Verständnis des Störungsbildes der Intelligenzminderung spiegelt sich nicht zuletzt im Ausmaß und der Ausdrucksform der Dokumentation in der Patientenakte wieder. Durch die Einträge werden nicht nur medizinisch-fachliche Befunde, sondern auch die Einschätzung der Ärzte und des Pflegepersonals über den Allgemeinzustand und eventuelle Veränderungen im Krankheitsbild des Patienten dokumentiert und bewertet. Aufgrund der attributreichen Ausdrucksweise in der Dokumentation lassen sich Rückschlüsse auf die Wert-

schätzung und Akzeptanz gegenüber dem intelligenzgeminderten Patienten ziehen.

Beispielhaft werden einige Auszüge aus einzelnen Patientenakten zwischen 1851 und 1962 dargestellt. Es wurden dafür Akten ausgewählt, in denen das Verhalten der Patienten besonders ausführlich beschrieben und dokumentiert wurde. Diese Auszüge stellen Beispiele für jeweils einen Zeitraum von 20-30 Jahren dar.

2.3.4.2. Falldarstellungen

Anhand von Auszügen aus Anamnese, Epikrise und der Beurteilung eines nervenärztlichen Gutachtens werden zwei ausgewählte Fälle gegenübergestellt. Diese zwei Falldarstellungen zeigen einen für die damalige Zeit typischen Verlauf bezüglich der Behandlung geistig behinderter Menschen in Abhängigkeit vom Schweregrad. Beide Patienten befanden sich im Jahre 1950 in der Zwiefalter Klinik, sind jedoch hinsichtlich der Ausprägung des Schweregrades der Intelligenzminderung, der Dauer des Anstaltsaufenthaltes sowie dem Therapieverlauf und der Art des Austritts unterschiedlich.

2.4. Methoden zur Datenerhebung

2.4.1. Aktensichtung

Vor Beginn der Datenerhebung stand die Durchsicht der Patientenakten. Bei dieser Durchsicht lag der Fokus auf den Behandlungsmethoden, die bei den Intelligenzgeminderten angewendet wurden, auf der Veränderung des Klinikalltags und dem Umgang zwischen Ärzten, Pflegepersonal und Patienten. Die Ausdrucksform und Häufigkeit der Dokumentation in den Akten durch die Ärzte oder das Pflegepersonal kann Hinweise auf das Verständnis des Störungsbildes der Intelligenzminderung geben.

2.4.2. Erhebungsbogen

Nach Sichtung der Patientenakten folgte die Literaturrecherche zur geschichtlichen Entwicklung und Behandlung psychisch Kranker und intelligenzgeminderter Patienten über den Erhebungszeitraum, zur Hausgeschichte Zwiefaltens sowie dem aktuellen Behandlungsgebot und den Förderungsmöglichkeiten dieser intelligenzgeminderten Menschen. Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse erfolgte die Erstellung des Erhebungsbogens, der die oben genannten Fragestellungen berücksichtigte. Dieser Erhebungsbogen stellte die Grundlage der Datenerhebung dar (vgl. Anhang 7.1. Erhebungsbogen). Die Patientenakten wurden anschließend auf die o.g. Fragestellungen hin aufgearbeitet. Für die weitere Datenverarbeitung wurden die Patientenakten anonymisiert, indem jeweils nur die ersten beiden Buchstaben des Vor-, und Nachnamens notiert wurden. Danach wurde je nach Geschlecht der Buchstabe M (für männlich) oder F (für weiblich) notiert, und an letzter Stelle wurde auf dem Erhebungsbogen die Findbuchnummer eingetragen.

Für jedes Item wurden verschiedene Kategorien festgelegt, die für die Auswertung in Zahlen kodiert wurden (vgl. Anhang 7.4 Kategorienbildung).

2.4.3. Auswahlverfahren

Die Akten wurden, wie in Kapitel 2.1. dargestellt, anhand der Diagnose aus dem Gesamtbestand ausgewählt.

2.5. Methoden zur Datenauswertung

Eine quantitative Auswertung erfolgt mit den Programmen MS Excel ® (Katz 2010) und SPSS ® (Eckstein 2008). Diese Werte können weiter hinsichtlich der zeitlich festgelegten Abschnitte miteinander verglichen werden. Diese zeitliche Unterteilung wird vorgenommen, um die Veränderungen und Entwicklungen im Bezug auf die Behandlung Intelligenzgeminderter über die Zeit differenzierter betrachten zu können. Durch diese Aufteilung des Erhebungszeitraums können Vergleiche zwischen den einzelnen Zeitabschnitten besser dargestellt werden. Die Auswertung der ausgewählten Akten wird durch Statistik ergänzt.

Für die unter 3.4.2. dargestellten Falldarstellungen wurden zwei Krankenakten, die bezüglich des Schweregrades der Intelligenzminderung, der Verweildauer und des Therapieverlaufes sehr unterschiedlich sind, ausgewählt. Hierbei wird ein für die damalige Zeit (im Beispiel 1950) typischer Verlauf bezüglich der Behandlung in Abhängigkeit des Schweregrades der Intelligenzminderung dargestellt.

3. Ergebnisdarstellung

3.1. Patientenkollektiv

3.1.1. Soziodemographische Daten

Aufnahmen

Über den gesamten Zeitabschnitt wurden 131 Patienten aus der zu untersuchenden Stichprobe in die Anstalt Zwiefalten aufgenommen. Die Hälfte aller Aufnahmen fand in dem Zeitraum von 1941 bis 1960 statt. Im gesamten Erhebungszeitraum von 1812 bis 1982 wurden insgesamt 40.348 psychisch kranke Patienten in die Anstalt Zwiefalten aufgenommen. Davon sind wiederum 131 Patienten geistig behindert und entsprechen somit der zu untersuchenden Stichprobe. Die Stichprobe macht von den Gesamtaufnahmen einen Anteil von 0,32% aus (vgl. Tabelle 3).

Tabelle 3

Aufnahmen. (Alle Angaben in absoluten Zahlen).

Zeiträume	1812-1900	1901-1940	1941-1960	1961-1982	1812-1982
Aufnahmen gesamt	2.185	5.784	9.027	23.352	40.348
Aufnahmen D, O, R, T mit Diagnose geist. Behinderung	21	26	66	18	131

Geschlecht

Der Anteil der Männer war in den meisten Zeitabschnitten größer als der der Frauen, mit Ausnahme des Zeitraumes von 1901 bis 1940. In diesem Zeitraum wurden anteilig mehr Frauen in die Anstalt Zwiefalten aufgenommen (vgl. Tabelle 4).

Religionszugehörigkeit

Der überwiegende Anteil der Patienten war evangelischer Religionszugehörigkeit, bis auf den Zeitabschnitt von 1901 bis 1940, in diesem Zeitabschnitt wurden anteilig mehr Patienten mit katholischer Glaubensrichtung in die Zwiefalter Anstalt aufgenommen (vgl. Tabelle 4).

Herkunft

In allen Zeitabschnitten hatten die Patienten, die aufgrund ihrer Intelligenzmin- derung in die Klinik aufgenommen wurden, fast ausschließlich die deutsche Staatsbürgerschaft, lediglich einige wenige Patienten hatten eine ausländische Nationalität, von einzelnen Patienten war die Nationalität nicht bekannt (vgl. Tabelle 4).

Familienstand

Der Anteil der intelligenzgeminderten Patienten, die ledig waren, überwiegt in allen Zeitabschnitten deutlich gegenüber den Patienten anderen Familienstan- des. In den Zeitabschnitten von 1812 bis 1940 und 1961 bis 1982 waren einige wenige Patienten verheiratet (vgl. Tabelle 4).

Arbeitstätigkeit

Über den gesamten Zeitraum betrachtet, ist der leicht größere Anteil der Patien- ten vor der Aufnahme in die Klinik einer Beschäftigung nachgegangen. Eine Ausnahme stellt hierbei der Zeitabschnitt von 1941 bis 1982 dar. Zu diesem Zeitraum war der Anteil der Patienten, die keiner Beschäftigung nachgegangen sind, höher als der Patientenanteil, die gearbeitet haben (vgl. Tabelle 4).

Unter den Patienten, die eine Tätigkeit vor Aufnahme ausgeübt hatten, stellt die Beschäftigung als Hilfsarbeiter und die Arbeit in der Landwirtschaft in dem ge- samten Zeitabschnitt den größten Anteil dar. Von 1961 bis 1982 macht der An- teil der Patienten, die zur Gruppe der Hilfsarbeiter gehören, 62% aus. Lediglich in dem Zeitabschnitt von 1812 bis 1900 gilt der Handwerksberuf mit 43% als

hauptsächlich ausgeübte Tätigkeit unter den Patienten, bevor diese in der Anstalt untergebracht worden sind (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4

Soziodemographische Daten. (Alle Angaben in Prozent [%]).

Zeiträume	1812-1900	1901-1940	1941-1960	1961-1982	1812-1982
Geschlechterverteilung					
männlich	67	46	66	65	62
weiblich	33	54	34	35	38
Religionszugehörigkeit					
katholisch	19	56	42	11	37
evangelisch	76	40	58	89	62
unbekannt	5	4	-	-	1
Herkunft					
deutsch	100	96	94	100	96
ausländisch	-	-	3	-	1
unbekannt	-	4	3	-	3
Familienstand					
ledig	76	88	95	94	91
verheiratet	14	12	-	6	8
geschieden	-	-	3	-	1
verwitwet	-	-	2	-	1
unbekannt	10	-	-	-	2
Arbeitstätigkeit (Mehrfachnennung möglich)					
Handwerker	43	13	9	12	19
Landwirt	21	33	28	-	24
Hilfsarbeiter	21	20	24	62	27
Hausgehilfe	-	20	24	-	14
andere Tätigkeit	14	13	14	25	15
keine Tätigkeit	9	19	52	55	39
unbekannt	4	4	8	-	17

3.1.2. Ätiologie der Intelligenzminderung

Der Anteil der Patienten, deren Intelligenzminderung als angeboren eingeschätzt wurde, macht in den meisten Zeitabschnitten den größeren Anteil aus. Eine Ausnahme bildet der Zeitabschnitt von 1961 bis 1982, hier überwiegt der Anteil der Patienten, die aufgrund einer erworbenen Ursache von einer Intelligenzminderung betroffen sind, leicht (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5

Ätiologie. (Alle Angaben in Prozent [%]).

Zeiträume	1812-1900	1901-1940	1941-1960	1961-1982	1812-1982
angeboren	67	85	85	47	77
erworben	29	11	13	53	21
unbekannt	4	4	2	-	2

3.1.3. Schweregrad der Störung

Über den gesamten Zeitraum gesehen macht der Schweregrad der Imbezilität, also der mittlere Schweregrad der Intelligenzminderung, den größten Anteil der Stichprobe aus. Eine Ausnahme stellen die Zeitabschnitte von 1941 bis 1982 dar, hier wurden anteilig mehr debile, also Patienten mit leichteren Störungen, in die Klinik in Zwiefalten aufgenommen (vgl. Tabelle 6 und Abbildung 7 und 8).

Tabelle 6

Schweregrad. (Alle Angaben in Prozent [%]).

Zeiträume	1812-1900	1901-1940	1941-1960	1961-1982	1812-1982
Debilität	23	28	30	50	31
Imbezilität	63	44	26	39	37
Idiotie	14	20	39	11	27
unbekannt	-	8	5	-	5

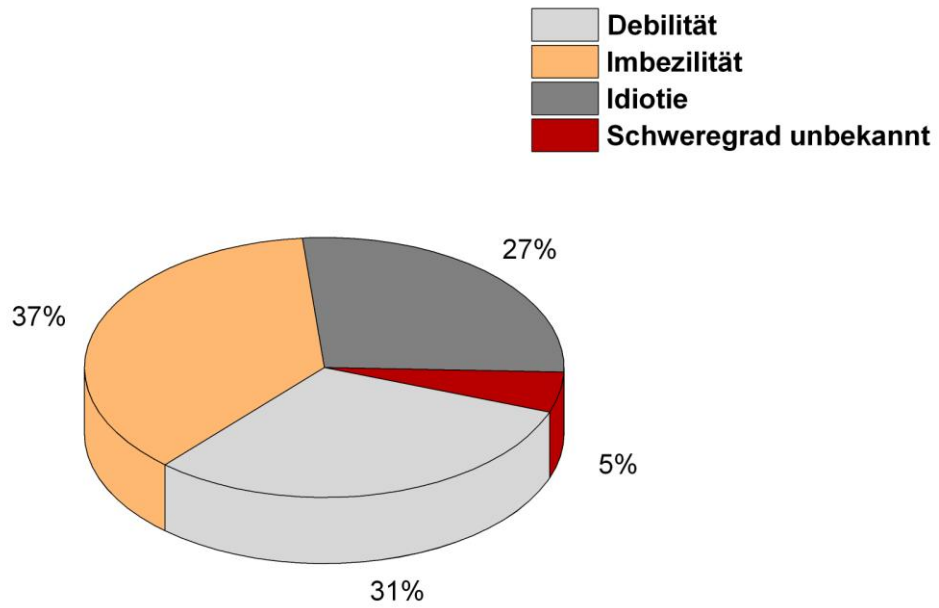


Abbildung 7: Schweregrad der Störung über den Erhebungszeitraum 1812-1982

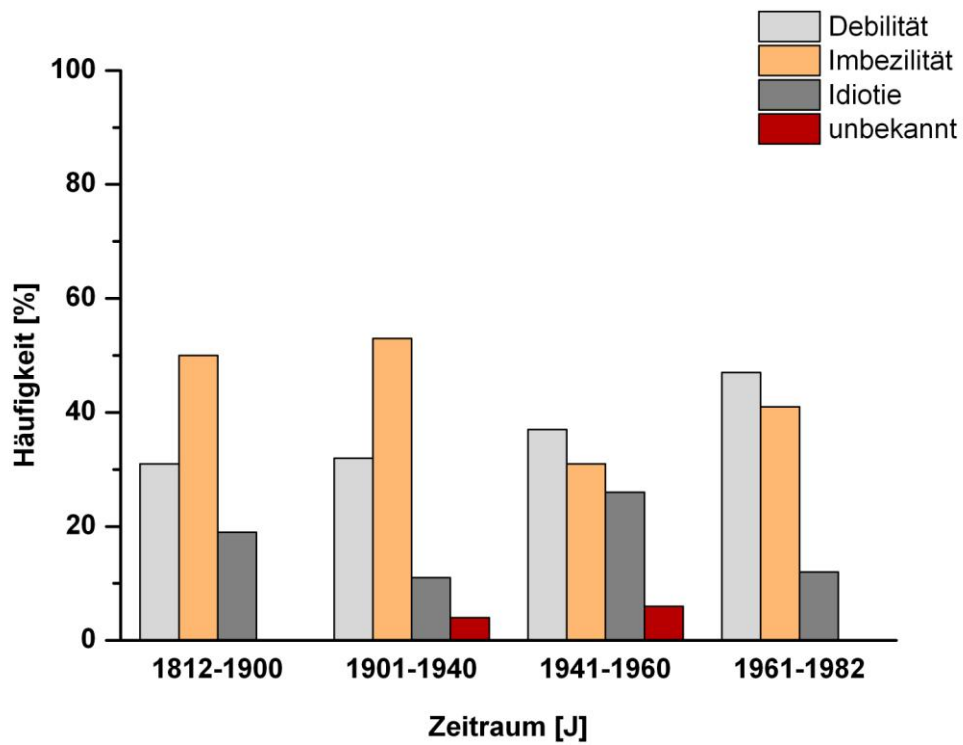


Abbildung 8: Schweregrad der Störung über die einzelnen Zeitabschnitte

3.1.4. Psychiatrische Komorbidität

Bei der Aktenauswahl wurden nur Akten von Patienten ausgewählt, die als Aufnahme­diagnose die Einzeldiagnose geistige Behinderung hatten. Nach heutiger Einschätzung litten jedoch, über den gesamten Zeitrahmen betrachtet, knapp ein Drittel der Patienten über die Intelligenzminderung hinaus an einer psychiatrischen Zusatzerkrankung. In den Zeiträumen von 1901 bis 1940 ist der Anteil der davon betroffenen Patienten mit 19 (entspricht 14%) am größten. Verhaltensweisen und Auffälligkeiten, die dem schizophrenen Formenkreis zuzuordnen sind, gehören neben unipolar depressiven Störungen in diesem Zeitraum zu den am häufigsten beschriebenen psychiatrischen Komorbiditäten. Als häufige Verhaltensauffälligkeit zeigten 43 (entspricht 33%) aller aufgenommenen Patienten der Stichprobe ein aggressives Verhalten, davon 19 (entspricht 44%) in dem Zeitraum von 1941 bis 1960 (vgl. Tabelle 7).

3.1.5. Voraufenthalt

Bei der Aufnahme der Patienten unterscheidet man hauptsächlich zwischen der Aufnahme aus dem häuslichen Umfeld und der Verlegung von einer anderen Anstalt. In den meisten Zeitabschnitten wurde knapp die Hälfte aller aufgenommenen Patienten von einer anderen Anstalt nach Zwiefalten verlegt. Eine Ausnahme stellt hierbei der Zeitabschnitt von 1961 bis 1982 dar, in dem mehr Patienten aus dem häuslichen Umfeld als aus einer anderen Anstalt aufgenommen wurden (vgl. Tabelle 7).

3.1.6. Verweildauer

Die Dauer des Anstaltsaufenthaltes beträgt hauptsächlich bis zu 3 Monaten oder 12 Monate bis zu 5 Jahren. In den Zeitabschnitten von 1961 bis 1982 wurden 102 Patienten (entspricht 78%) bis zu 3 Monate in der Anstalt behandelt. Zwischen 1812 bis 1900 sind 75 Patienten (entspricht 57%) über 5 Jahre in der Anstalt in Zwiefalten verblieben (vgl. Tabelle 7).

3.1.7. Entlassumfeld

Die meisten der aufgenommenen Patienten sind, auf den gesamten Zeitraum betrachtet, in der Anstalt verstorben. In den Zeitabschnitten von 1812 bis 1900 sind 81 Patienten (entspricht 62%) in der Zwiefalter Anstalt verstorben. Lediglich zwischen 1961 und 1982 sind mehr Patienten aus der Anstalt in eine andere Anstalt verlegt worden, als in der Anstalt verstorben sind (vgl. Tabelle 7).

Woher-Wohin

Bei den unterschiedlichen Möglichkeiten, aus welchem Umfeld die Patienten aufgenommen und in welches Umfeld diese wieder entlassen wurden, stellt den größten Anteil die Aufnahme aus einer anderen Anstalt und das Versterben der Patienten in der Anstalt Zwiefalten dar. Vor allem in dem Zeitabschnitt von 1812 bis 1900 tritt diese Form der Aufnahme und nachfolgender „Entlassung“ am Häufigsten auf. An zweiter Stelle folgt die Form der Aufnahme aus einer anderen Anstalt mit nachfolgender Verlegung in eine andere Anstalt. Diese Kombination trat am häufigsten von 1941 bis 1960 auf. Die anderen Möglichkeiten, aus welchem Umfeld die Patienten aufgenommen wurden und wohin diese entlassen wurden verteilen sich gleichmäßig auf die anderen zeitlichen Abschnitte (vgl. Tabelle 7).

3.1.8. Todesursachen

Bis auf den Zeitabschnitt von 1812 bis 1900, in dem unterschiedliche Ursachen zum Tode der Patienten führten, kann in den anderen Zeiträumen als hauptsächliche Todesursache die Lungentuberkulose genannt werden. In den Jahren von 1941 bis 1960 sind laut Akteneinträgen 59 Patienten (entspricht 45%) an Lungentuberkulose verstorben (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7

Angaben zu psychiatrischer Komorbidität, Voraufenthalt, Verweildauer, Entlassumfeld, Woher-wohin, Todesursachen. (Alle Angaben in absoluten Zahlen).

Zeiträume	1812-1900	1901-1940	1941-1960	1961-1982	1812-1982
Psychische Komorbidität					
keine psych. Komorbidität	126	112	122	127	487
vorhandene Komorbidität	5	19	9	4	37
Art der psychischen Komorbidität					
Manie	-	22	14	43	79
Depression	26	37	58	43	164
Bipolare Störung	-	14	-	45	59
Schizophrenie	105	58	59	-	222
Voraufenthalt					
zu Hause	56	9	56	58	179
in Anstalt	63	58	71	48	240
sonstige	7	48	4	16	75
unbekannt	5	16	-	9	30
Verweildauer					
bis 3 Monate	7	46	34	102	189
3-6 Monate	-	-	18	8	26
6-12 Monate	7	5	24	7	43
12 Monate bis 5 Jahre	42	50	41	14	147
mehr als 5 Jahre	75	30	14	-	119
Entlassumfeld					
nach Hause	25	-	29	29	83
in Anstalt	18	47	41	43	149
sonstige	7	37	10	30	84
verstorben	81	47	51	29	208
Woher-wohin					
von zu Hause nach Hause	26	-	16	22	64
von zu Hause nach Anstalt	13	5	9	22	49
von zu Hause – verstorben	13	-	28	7	48
von Anstalt nach Hause	-	-	13	7	20
von Anstalt in Anstalt	7	30	31	14	82
von Anstalt – verstorben	52	20	21	22	115
andere Kombinationen	20	76	13	37	146
Todesursache					
Lungentuberkulose	10	45	59	-	114
Sepsis	20	29	5	-	54
Pneumonie	30	-	16	33	79
Herzinsuffizienz	10	29	30	98	167
Meningitis	10	14	5	-	29
Epilepsie	10	-	5	-	15
unbekannt	41	14	11	-	66

3.1.9. Gegenüberstellung der Daten der historischen Stichprobe und der BADO-Daten der Stationen 3053 und 3012

Bei der Gegenüberstellung der erhobenen Daten mit den BADO-Daten der Station 3053 und 3012 fallen einige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede auf.

Soziodemographische Daten

Die historischen Daten, die im Rahmen dieser Arbeit erhoben wurden, belegen, wie auch die BADO-Daten der Stationen 3053 und 3012, dass die aufgenommenen Patienten zum größten Teil die deutsche Staatsangehörigkeit hatten. Der prozentuale Anteil an ausländischen Patienten war auf der Station 3053 mit 10% am Höchsten.

Bezüglich des Familienstandes war auf der Station 3053, übereinstimmend mit den historischen Daten, der hauptsächliche Teil der Patienten ledig. Im Gegensatz dazu war nur die Hälfte der Patienten der Station 3012 ledig, 30% verheiratet oder anderen Familienstandes.

Vergleicht man die historischen Daten mit den BADO-Daten der Station 3053 bezüglich der Ausübung einer Beschäftigung vor Aufnahme in die Anstalt, so ist der Anteil der erwerbslosen Patienten in der historischen Stichprobe leicht gegenüber den Erwerbslosen der Station 3053 erhöht. Auf der Station 3012 befand sich prozentual der geringste Anteil an Patienten, die keiner Beschäftigung nachgingen.

Schweregrade der Störung

In den erhobenen Daten aus der historischen Stichprobe macht der Anteil der Patienten, die von dem mittleren Schweregrad der Störung betroffen war, den größten Anteil aus. Hingegen stellt bei den Patienten der Station 3053 und der Station 3012 der Anteil deutlich kranker Patienten den größten Anteil bezüglich des Schweregrades der Erkrankung dar.

Behandlung

Bei dem Vergleich bezüglich der Behandlung der Patienten fallen deutliche Unterschiede zwischen der historischen Stichprobe und den BADO-Daten der Stationen 3053 und 3012 auf. Im Gegensatz zu den historischen Daten der Stichprobe, die ergeben, dass über ein Drittel der Patienten keine Behandlung erhalten hat, haben alle Patienten der Stationen 3053 und 3012 Behandlung erhalten. Knapp ein Viertel der Patienten der historischen Stichprobe, die behandelt worden sind, wurden medikamentös behandelt, im Gegensatz dazu stellte die unterstützende medikamentöse Behandlung auf den Stationen 3053 und 3012 die vorwiegende Form der Behandlung neben zahlreichen anderen Therapieoptionen dar. Auf der Station 3053 wurden nahezu alle Patienten medikamentös behandelt, gefolgt von der Station 3012. Der Anteil der medikamentös behandelten Patienten lag hier bei fast 90%. Wie aus den Akten zu entnehmen ist, stellte bei den historischen Daten die Arbeitstherapie die hauptsächliche Behandlungsform dar. Im Vergleich dazu wurde auf den Stationen 3053 und 3012 bei über der Hälfte der Patienten Bewegungstherapie und ergänzend Ergotherapie, sowie Musiktherapie angewendet.

Umfeld vor Aufnahme

Bei der historischen Stichprobe wurde der größte Teil der Patienten aus einer anderen Anstalt nach Zwiefalten aufgenommen. Im Vergleich dazu wurden die Patienten der Station 3053 hauptsächlich aus Einrichtungen des professionell betreuten Wohnens in die Anstalt aufgenommen. Hingegen stellen die Patienten der Station 3012 eine Ausnahme dar, bei ihnen war das selbstständige Wohnen im häuslichen Umfeld die vorwiegende Wohnform vor der stationären Aufnahme.

Umfeld nach Entlassung

Im Gegensatz zu den historischen Daten, bei denen der größte Teil der Stichprobe vor Entlassung in der Anstalt verstorben ist, stellt für die Patienten der Station 3053 vorwiegend das betreute Wohnen das Umfeld nach Entlassung dar. Bei den Patienten der Station 3012 ist die selbstständige Wohnform im

häuslichen Umfeld die hauptsächliche Unterbringungsform nach Entlassung. Damit wurden die Patienten der Stationen 3053 und 3012 laut BADO-Daten hauptsächlich in das Umfeld entlassen, aus dem sie aufgenommen wurden.

Tabelle 8

Vergleiche der historischen Daten versus den BADO Daten der Station 3053 und 3012. (Alle Angaben in Prozent [%]).

Zeiträume	Historische Stichprobe	Station 3053	Station 3012
Staatsangehörigkeit			
deutsch	96	90	92
ausländisch	1	10	8
unbekannt	3	-	-
Familienstand			
ledig	91	93	50
verheiratet	5	3	30
geschieden	1	4	16
verwitwet	1	-	4
unbekannt	2	-	-
Beschäftigung			
Beschäftigung	44	67	78
ohne Beschäftigung	39	31	21
unbekannt	17	2	1
Schweregrad der Störung			
leicht	31	1	1
mittel	37	13	47
schwer	27	56	51
unbekannt	5	30	1
Behandlung			
Behandlung erhalten	66	100	99
Behandlung nicht erhalten	34	-	1
Arbeitstherapie			
erhalten	48	58	66
nicht erhalten	53	42	34
Medikamentöse Therapie			
erhalten	24	96	89
nicht erhalten	76	4	11

Zeiträume	Historische Stichprobe	Station 3053	Station 3012	
Wohnform vor Aufnahme				
zu Hause	36	16	selbst. Wohnform	79
von Verwandten	-	84	betreutes Wohnen	21
in anderer Anstalt	49	-		-
in Heim	2	-		-
in Gefängnis	5	-		-
in Hospital	4	-		-
in Familienpflege	0	-		-
im Umsiedlungslager	1	-		-
unbekannt	3	-		-
Entlassort				
nach Hause	18	11	selbst. Wohnform	74
zu Verwandten	6	51	betreutes Wohnen	9
in andere Anstalt	30	1	Verpflegung in Psychiatrie	3
in Heim	1	10	Pflegeheim	1
in Gefängnis	2	3	Verlegung in anderes KKH	3
in Hospital	1	4	ohne festen Wohnsitz	1
verstorben	40	-		-
im Umsiedlungslager	1	18	Wohnheim	7
unbekannt	1	2		2

3.2. Vergleich der psychiatrischen Diagnosen gemäß der heutigen Klassifikation

In dem nachfolgenden Kapitel wird mit aller Vorsicht versucht, die Stichprobe bezüglich der Einteilung der Diagnose der geistigen Behinderung mit der heutigen Klassifikation der Intelligenzminderung gemäß ICD-10 zu vergleichen. Die Einteilung der Patienten nach dem Schweregrad der Intelligenzminderung vor Einführung der Intelligenztestung ist jedoch äußerst kritisch zu bewerten. Aufgrund dessen ist eine eindeutige Zuordnung der historischen Stichprobe gemäß dem heutigen Klassifikationsstandard gemäß ICD-10 nur schwer möglich.

Der Schweregrad der Debilität, die leichte Form der Intelligenzminderung entspricht nach heutiger ICD-Klassifikation F70. Der mittlere Schweregrad der Intelligenzminderung, nach früherer Einteilung als Imbezilität definiert, entspricht gemäß ICD-10 F71. Die schwerste Ausprägung der Intelligenzminderung, in der Stichprobe unter anderem als Idiotie bezeichnet, ist nach heutiger Klassifikation in der ICD-10 unter F73 kodiert (vgl. 1.1.2.3).

Nach früherer Einteilung macht die Gruppe der Imbezilen unter der untersuchten Stichprobe, insgesamt gesehen den größten Anteil der geistig behinderten Patienten mit 37% aus, gefolgt von der Gruppe der debilen Patienten mit 31% und den Idioten mit 27% (vgl. 3.1.3). Versucht man nun die Klassifikation bezüglich des Schweregrads der Störung, die in der Stichprobe vorgenommen wurde auf die heutige gültige ICD-Klassifikation zu übertragen, so macht der Anteil der imbezilen Patienten (F71 entsprechend) nur 8% aller geistig Behinderten der Stichprobe aus. Die Gruppe der Idioten (F72 und F73 entsprechend) würde gemäß ICD-10 Klassifikation einen Anteil von 11% darstellen. Die debilen Patienten (F70 entsprechend) würden demnach einen Anteil von 10% ausmachen. Einen großen Unterschied gegenüber der dreistufigen Einteilung in Debilität, Imbezilität und Idiotie stellt heutzutage, neben der Klassifikation in F70-73 die zusätzliche Einteilung nach F78 und F79 dar. Nach heutiger Einteilung würde der Großteil der untersuchten Patienten der Stichprobe gemäß F78 bzw. F79 eingeteilt werden. Bei 37% der Patienten ist eine Einteilung aufgrund einer zusätzlichen Behinderung nicht möglich (entspricht F78), bzw. sind 34%

der aufgenommenen Patienten aufgrund nicht ausreichender Informationen keiner Kategorie zuzuordnen (entspricht F79).

Tabelle 9

Vergleiche der psychiatrischen Diagnosen gemäß der heutigen Klassifikation. (Alle Angaben in Prozent [%] und absoluten Zahlen).

	n	F70	F71	F72 F73	F78	F79
1812-1900	21	5 (1)	10 (2)	5 (1)	38 (8)	43 (9)
1901-1940	28	18 (5)	11 (3)	14 (4)	32 (9)	25 (7)
1941-1960	65	5 (3)	8 (5)	14 (9)	42 (27)	32 (21)
1961-1982	17	24 (4)	6 (1)	6 (1)	24 (4)	41 (7)
1812-1982	131	10 (13)	8 (11)	11 (15)	37 (48)	34 (44)

	n	Debilität	Imbezilität	Idiotie	-	-	unbekannt
1812-1900	22	23 (5)	64 (14)	14 (3)			-
1901-1940	25	28 (7)	44 (11)	20 (5)			8 (2)
1941-1960	66	30 (20)	26 (17)	39 (26)			5 (3)
1961-1982	18	50 (9)	39 (7)	11 (2)			-
1812-1982	131	31 (41)	37 (49)	27 (36)			4 (5)

3.3. Behandlungsmethoden

3.3.1. Behandlung in Abhängigkeit des Schweregrades der Störung

In den meisten Zeitabschnitten stellen die Patienten, die behandelt worden sind, den größten Anteil dar. Im Zeitabschnitt von 1941 bis 1960 wurde 47% der Patienten keine Behandlung zuteil. Hauptsächlich davon betroffen waren die Patienten, die an der schwersten Form der Intelligenzminderung litten. Diese Patientengruppe machte in diesem Zeitraum einen Anteil von 55% aus.

Bei den Patienten, die behandelt worden sind, macht die Gruppe der debilen und imbezilen Patienten den insgesamt größten Anteil aus. In den Zeitabschnitten von 1812 bis 1940 wurden vorwiegend Patienten mit mittlerem Schweregrad der Intelligenzminderung behandelt, in den Zeitabschnitten ab 1941 überwiegend die leicht intelligenzgeminderten Menschen. Patienten, die an der schwersten Form der Intelligenzminderung litten wurden im Zeitraum von 1941 bis 1960 am ehesten behandelt (vgl. Tabelle 10).

Arbeitstherapie

Die Arbeitstherapie macht unter allen Formen der Behandlung den größten Anteil aus. Von allen Patienten, die behandelt worden sind, entfällt über die gesamten Zeitabschnitte gesehen, ein Anteil von 72% auf die Arbeitstherapie. Die arbeitstherapeutische Behandlung kam in den Zeitabschnitten von 1812 bis 1900 in etwa gleichermaßen bei debilen und imbezilen Patienten zum Einsatz. Die Anzahl der imbezilen Patienten, die Arbeitstherapie erhalten haben, nimmt in den Zeitabschnitten von 1901 bis 1940 gegenüber den debilen Patienten zu. Ab 1941 wird die Arbeitstherapie dann überwiegend bei den debilen Patienten angewendet. Über alle Zeitabschnitte wurden die schwerst geistig Behinderten kaum arbeitstherapeutisch gefördert. Lediglich in dem Zeitraum von 1941 bis 1960 wurden auch etwas vermehrt Patienten mit dem schwersten Grad der Intelligenzminderung zur Arbeit eingesetzt.

Hauptsächlich wurden landwirtschaftliche Arbeiten durchgeführt, gefolgt von Beschäftigungen im Haushalt und Tätigkeiten in der Küche. Ein geringer Teil entfiel auf Schneiderarbeiten und Bastelarbeiten.

Die leicht bis mittelschwer intelligenzgeminderten, weiblichen Patienten, hatten Hausarbeiten zu erledigen und wurden für körperlich leichte Tätigkeiten in der Küche eingesetzt. Hierbei wurde nochmals abhängig vom Schweregrad der Intelligenzminderung und dem Grad der Selbstständigkeit unterschieden, ob die Patientin Hilfsarbeiten wie z.B. Kartoffelschälen zu verrichten hatte, oder ob sie verantwortungsvollere Aufgaben auszuführen hatten. Die Beschäftigungen gaben den Patientinnen und den Patienten eine klar vorgegebene Struktur und damit auch Sicherheit in ihrem Anstaltsalltag. Die Patienten waren sozusagen „versorgt“, das Pflegepersonal und die Ärzte überwachten die Arbeit aus dem Hintergrund, beschäftigten sich dabei aber nicht weiter mit den Intelligenzgeminderten.

Medikamentöse Therapie

Insgesamt wurde in allen Zeitabschnitten über ein Drittel aller Patienten medikamentös behandelt. In dem Zeitabschnitt von 1812 bis 1900 überwiegt dabei die Patientengruppe der schwerst Intelligenzgeminderten. Die imbezilen und

debilen Patienten wurden ab dem Zeitraum von 1961 deutlich vermehrt medikamentös behandelt (vgl. Tabelle 10).

Zwangsmaßnahmen

Maßnahmen wie Isolierung und Fixation wurden über den gesamten Zeitraum gesehen bei 30% aller Patienten, die behandelt worden sind, angewendet. Diese Maßnahmen kamen in den Zeitabschnitten von 1812 bis 1900 vermehrt bei Patienten mit mittlerem Schweregrad der geistigen Behinderung zum Einsatz. In den folgenden Zeitabschnitten von 1901 bis 1940 waren vermehrt debile Patienten von diesen Maßnahmen betroffen. Der Zeitraum von 1941 bis 1960 stellt hierbei eine Ausnahme dar. In dieser Zeit waren die Patienten mit schwerster Intelligenzminderung hauptsächlich von diesen Sanktionen betroffen. Ab 1961 wurde wiederum ausschließlich das Verhalten bei debilen und imbezilen Patienten durch Zwangsmaßnahmen sanktioniert (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10

Behandlungsmethoden. (Alle Angaben in Prozent [%], zugrundeliegende Gesamtheit).

Zeiträume	1812-1900	1901-1940	1941-1960	1961-1982	1812-1982
Keine Behandlung	24	27	47	6	34
Behandlung	76	73	53	94	66
Keine Behandlung (n=44)					
debil	-	14	23	100	20
imbezil	100	29	19	-	30
idiotisch	-	43	55	-	45
unbekannt	-	14	3	-	5
Behandlung erhalten (n= 87)					
debil	31	32	37	47	37
imbezil	50	53	31	41	42
idiotisch	19	11	26	12	18
unbekannt	-	4	6	-	3
Art der Behandlung (Mehrfachnennung möglich)					
Arbeitstherapie	88	84	74	41	72
Medikamentöse Therapie	19	32	26	82	37
Zwangsmaßnahmen	38	26	34	18	30
Arbeitstherapie (n=72)					
debil	50	25	46	57	43
imbezil	43	63	35	43	44
idiotisch	7	6	19	-	11
unbekannt	-	6	-	-	2
Medikamentöse Therapie (n=37)					
debil	-	17	11	36	22
imbezil	33	49	33	43	41
idiotisch	67	17	33	21	28
unbekannt	-	17	23	-	9
Zwangsmaßnahmen (n=30)					
debil	33	40	17	67	31
imbezil	50	20	33	33	35
idiotisch	17	20	42	-	26
unbekannt	-	20	8	-	8

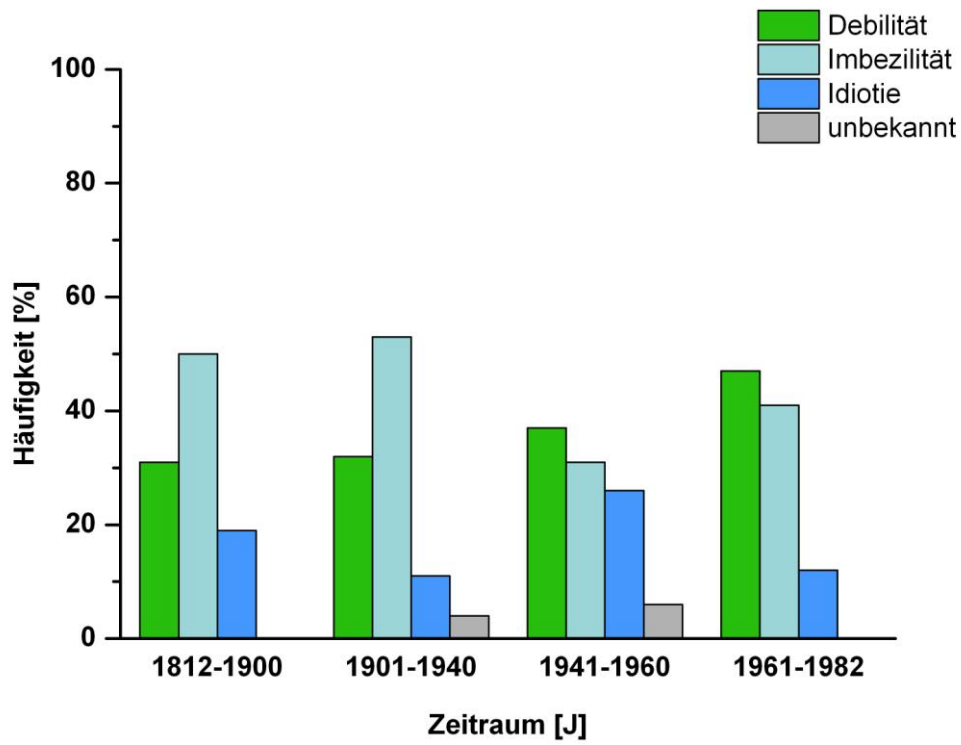


Abbildung 9: Anzahl aller behandelten Patienten abhängig vom Schweregrad

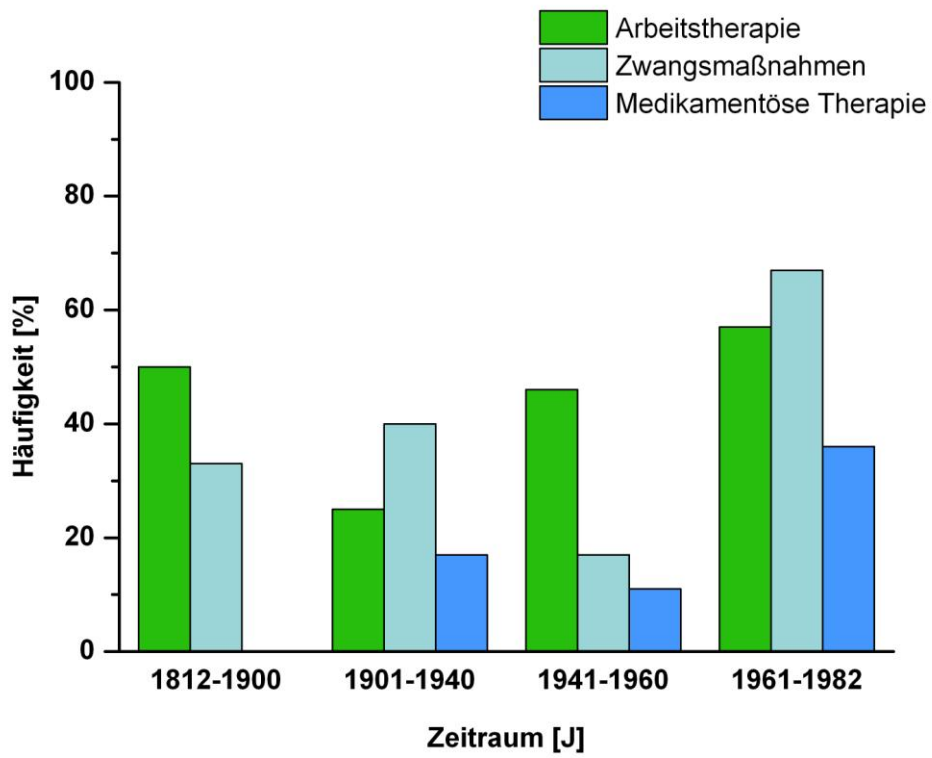


Abbildung 10: Behandlungsmethoden bei Debilität

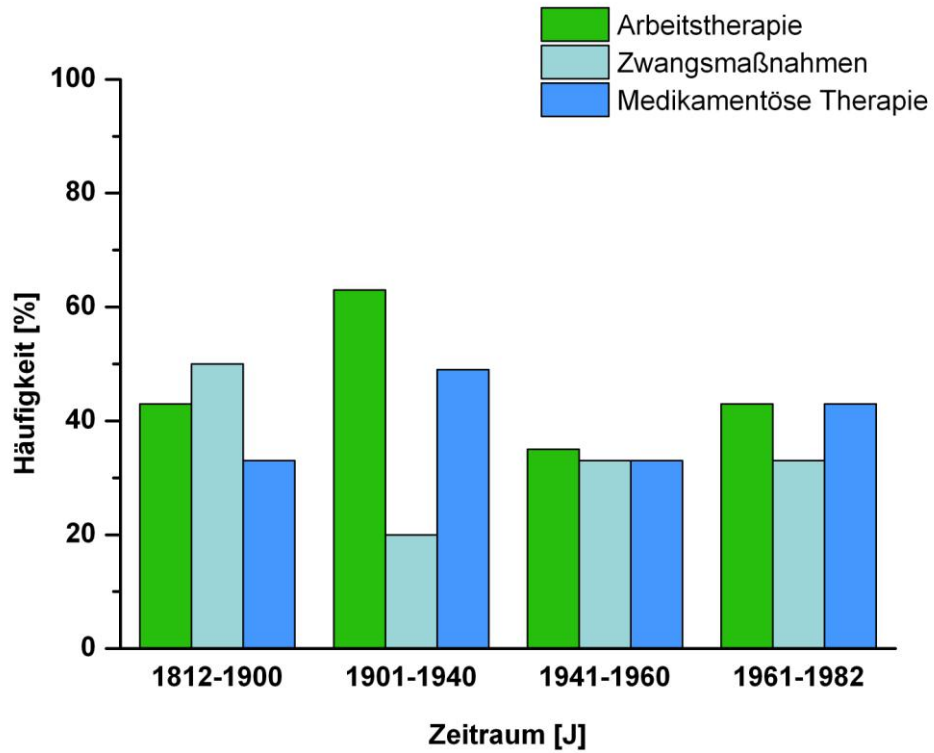


Abbildung 11: Behandlungsmethoden bei Imbezilität

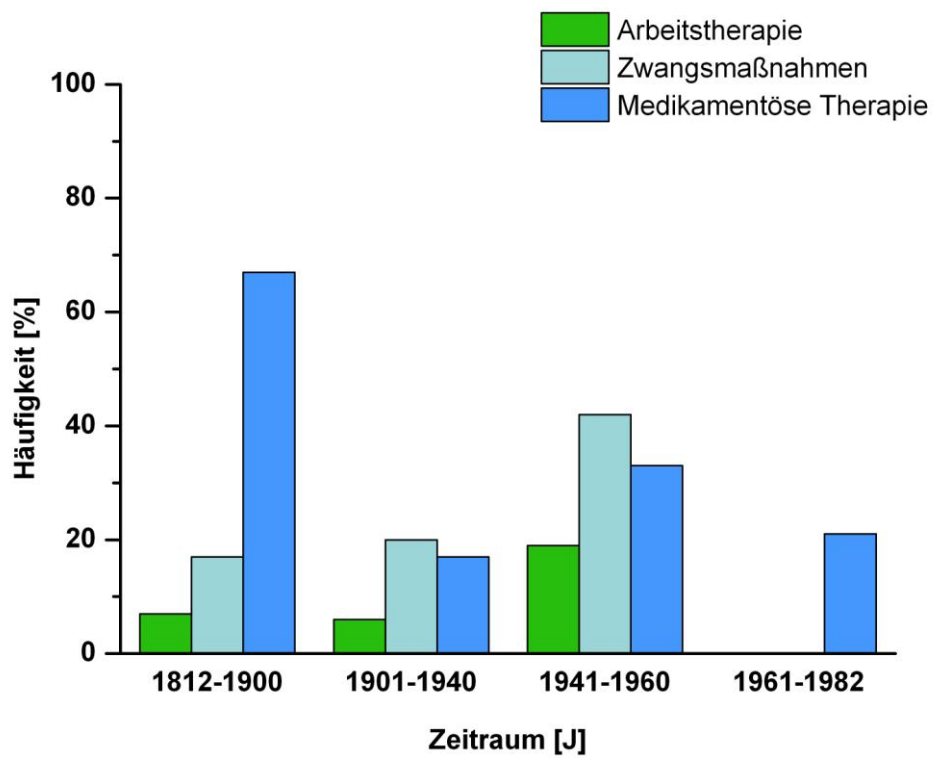


Abbildung 12: Behandlungsmethoden bei Idiotie

3.3.2. Formen der Unterbringung

Die typische Form der Unterbringung für die Patienten war über den gesamten Zeitraum nahezu ausschließlich das Wohnen in der Klinik. Die Familienpflege stellte lediglich für einige, wenige Patienten in den Zeiträumen von 1900 bis 1960 eine alternative Unterbringungsform dar (vgl. Tabelle 9).

Tabelle 11

Formen der Unterbringung. (Angaben in Prozent [%]).

Zeiträume	1812-1900	1901-1940	1941-1960	1961-1982	1812-1982
Klinik	100	96	95	100	97
Familienpflege	-	4	5	-	3

3.3.3. Aktuelles Behandlungsangebot des ZfP Südwürttemberg, Station 3053

Den Patienten wird heutzutage ein vielfältiges und abwechslungsreiches Behandlungsangebot zuteil.

Nahezu alle 185 Patienten, die im Jahr 2007 auf der Station 3053 aufgenommen wurden, sind medikamentös mit Psychopharmaka behandelt worden. Als weiterer Teil der Behandlung und Förderung ist die Ergotherapie zu nennen. Zudem hat mit über der Hälfte der stationär behandelten Patienten eine psychotherapeutische Gesprächstherapie stattgefunden. Neben Bewegungstherapie und Musiktherapie stellt das Erlernen von Entspannungsübungen einen wichtigen Teil im Behandlungsangebot dar (vgl. Tabelle 12).

Tabelle 12

Behandlungsangebote Station 3053 und ihre Nutzung.

Angebot	[%]
Psychopharmakotherapie	96
Ergotherapie	71
Psychotherapeutische Gespräche	65
Bewegungstherapie	59
Musiktherapie	52
Entspannungstraining	44
Familienkonferenz	42
Behandlung somatischer Begleiterkrankungen	34
Soziales Kompetenztraining	32
Training lebenspraktischer Fertigkeiten	24
Kognitives Training	18
spezifische Suchttherapie	1
sonstige Therapieformen	27
Keine Therapie	0

3.4. Wandel im Verständnis des Störungsbildes geistiger Behinderung

3.4.1. Attributzuschreibungen

Nachfolgend finden sich einige Auszüge aus einzelnen Patientenakten. Diese Auszüge sind beispielhaft für jeweils einen Zeitraum von ca. 20-30 Jahren und zeigen die attributreiche und oftmals sehr negative Ausdrucksweise der Ärzte gegenüber den Patienten. Die nachfolgend ausgewählten Auszüge sind ab dem Aufnahmejahr 1851 dargestellt, davor waren kaum Informationen über die Umgangsformen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und den Patienten dokumentiert.

Herr R., Aufnahme 1851

Herr R. stammte aus S., war protestantischer Konfession und von Beruf Bauer. Er war verheiratet, hatte keine Kinder. Nach Aktenlage war er seit 1849 erkrankt. Nach Einschätzung der Behandelnden litt er an Blödsinn in einem hohen Grade. Sie vermuteten als Ursache der Intelligenzminderung das Vorhandensein hereditärer Anlagen, sowie übermäßige, wenn auch natürliche Befriedigung des Geschlechtstrieb. Auch eine heftige Gehirnerschütterung in Folge eines Sturzes auf den Kopf wurde in die Überlegungen mit einbezogen. Herr R. wurde im Jahr 1851 in die Zwiefalter Anstalt aufgenommen und war zu diesem Zeitpunkt 32 Jahre alt. Nach Akteneintrag verstarb er dort Ende des Jahres 1852 an chronischer Gehirnhöhlen- und Gehirnwassersucht.

„[...] sein geistiger Zustand ist vollendeter Blödsinn in Form der Verwirrtheit und mit dem Charakter der Aufregung [...] R. hat sich soweit wieder erholt, dass er zum Holztragen verwendet werden kann: seine fast thierische Eßlust, seine spielende, ohne alle Aufregung angewandte Zerstörungssucht, sein blinder Fluchttrieb, der nicht mehr im Mindesten die Möglichkeit eines Gelingens berücksichtigt, sein beständiges Zähneknirschen und sein kurzer und unruhiger Schlaf immer noch gleich: bei dem gutmüthigsten Gesichtsausdruck alle Züge eines Raubthieres...Sein blödsinniger Zustand so tief, das er Holz und Bettstroh kaut [...]“.

Frau R., Aufnahme 1880

Frau R. stammte aus R.. Den Akteneinträgen kann entnommen werden, dass sie nicht verheiratet war und keiner Arbeitstätigkeit nachging. Frau R. wurde 1880, im Alter von 21 Jahren in die psychiatrische Anstalt aufgenommen und verstarb dort im Jahr 1912. In der Patientenakte wurde keine Todesursache vermerkt. Nach Einschätzung der behandelnden Ärzte litt die Patientin an einer erworbenen Form der Idiotie.

„[...] die R. läuft den ganzen Tag umher, zeigt Neigung zum Entweichen, gibt thierische Laute von sich, ist ausserordentlich gefräßig und nimmt mit Allem vorlieb, was man ihr in die Hand gibt [...]. Sie ist unreinlich und

unfähig [...] die R. ist eine Idiotin auf niedrigster Stufe. Hat sich als gänzlich bildungsunfähig erwiesen [...]. Nach Einschränkung der Feldarbeit ist es schwierig die R. zu beschäftigen. Sie wird deshalb wieder mehr im Bett gehalten [...].“

Herr R., Aufnahme 1885

Herr R. stammte aus G.. Er war ledig, nicht arbeitstätig und protestantischer Konfession. In die Zwiefalten Anstalt wurde er im Jahr 1885, im Alter von 23 Jahren aufgenommen. Er verstarb laut Aktenlage dort im Jahr 1900. Sein Krankheitsbild wurde als angeborene Form der Idiotie eingeschätzt.

„[...] blöd, in hohem Grad unreinlich, sitzt stumpfsinnig auf seinem Platz [...] scheint sehr tief verblödet [...] von Jugend an schwachsinnig und nicht bildungsfähig [...] durch sein tierisches Schreien sehr störend für seine Umgebung. Mit 5,0 Paraldehyd ruhig [...].“

Herr R., Aufnahme 1905

Herr R. stammte aus S., war nicht verheiratet und katholischer Konfession. Aus den Akteneinträgen kann entnommen werden, dass Herr R. der Arbeit als Dienstknecht nachging. Nach Verbüßung einer Haftstrafe wurde er 1905 in der Anstalt untergebracht. Bei Eintritt in die Anstalt war er 27 Jahre alt. Im Jahr 1906 wurde er aus der Anstalt entlassen. Die behandelnden Mediziner schätzten seine Krankheitsform als angeborene Idiotie ein.

„[...] über seine Straftaten zeigte er nicht die geringste Reue, es ging ihm völlig das Gefühl ab dass er etwas Unrechtes getan habe; die Brände habe er aus Freude am Feuer und Rache an seinem Dienstherrn gelegt [...] steht mürrisch und abweisend am Fenster, nimmt vom Arzt keine Notiz, ist zu keiner Antwort zu bewegen [...] heute Morgen in gereizter Stimmung, würde im Stall arbeiten, im Haus aber nicht. Darf nicht aufstehen [...].“

Frau R., Aufnahme 1940

Frau R. stammte aus P.. Ihr Familienstand war ledig, sie ging keiner Arbeitstätigkeit nach. Laut Aktenlage wurde sie 1940, im Alter von 21 Jahren in die psychiatrische Anstalt aufgenommen, in der sie dann 1942 verstarb. Sie wurde aufgrund einer angeborenen Form der Idiotie in der Anstalt untergebracht.

„[...] ausgesprochen blödsinnig, körperlich und geistig weit zurück, kann kaum ein Wort richtig aussprechen, zeitweilig typisch schwachsinnig erregt. Ueberschiessende Motorik. Sehr pflegebedürftig. Zu keiner Arbeit zu gebrauchen [...]. Die Familienangehörige sind alle mehr oder weniger idiotisch, Eltern sollen Trinker gewesen sein [...]“.

Frau R., Aufnahme 1941

Frau R. stammte aus W., war nicht verheiratet und katholisch. Sie ging keiner Arbeitstätigkeit nach. Sie wurde im Alter von 49 Jahren im Jahr 1941 in die Zwiefalter Klinik aufgenommen, dort verstarb sie 1968. Nach Einschätzung der Ärzte litt Frau R. an der angeborenen Form der Idiotie.

„[...] Befund: blasses Aussehen. Blöder Gesichtsausdruck [...] Geisteszustand: weiß über ihre Umgebung einigermaßen Bescheid [...] keinerlei Schulkenntnisse: kann nicht lesen, schreiben rechnen. Kenntnisse über Geographie (Frage nach Stuttgart, Berlin usw. werden nicht beantwortet) nicht vorhanden. Kenntnisse aus Geschichte und Politik = 0. Ab und zu blödes Lachen [...] keinerlei Genesungsaussichten [...] völlig blöd. Leistet nichts Wertvolles [...] schafft im Feld und im Gemüsesaal, muss aber zu allem angetrieben werden, steht immer wieder untätig herum. Leistet wenig. Schwachsinnig [...] denkt nichts, schafft eben mechanisch [...] sehr schwachsinnig, grob, polternd, schlampig [...] Im Gesamtverhalten schlampig und ungepflegt, zeitweilig laut [...]“.

Frau D., Aufnahme 1962

Frau D. stammte aus O., war ledig und evangelisch. Sie ging keiner Arbeitstätigkeit nach und wurde im Jahr 1962 in Zwiefalten aufgenommen. Zum Zeit-

punkt des Eintritts in die Anstalt war sie 54 Jahre alt. In der psychiatrischen Klinik verstarb sie dann im Jahr 1965. Sie wurde aufgrund des Krankheitsbildes der angeborenen Idiotie in der Anstalt untergebracht.

„[...] es lässt sich nur schwer mit der Patientin Kontakt aufnehmen, sie schwafelt meist unsinniges Zeug durcheinander [...] Patientin schnattert den ganzen Tag unverständlich vor sich hin [...] muss sediert werden, sonst stört sie auf der Abteilung durch ihr unablässiges idiotisches Gestammel [...]“.

3.4.2. Falldarstellungen

Im folgenden Abschnitt werden zwei der insgesamt 131 Patientenfälle, die im Rahmen dieser Arbeit aufgearbeitet wurden, näher vorgestellt. Hierbei werden Auszüge aus Anamnese und Epikrise der Patientenakte, bzw. Auszüge der Beurteilung eines nervenärztlichen Gutachtens dargestellt.

Diese zwei Falldarstellungen zeigen einen für die damalige Zeit typischen Verlauf bezüglich der Behandlung geistig behinderter Menschen in Abhängigkeit der Ausprägung des Schweregrades der Intelligenzminderung. Beide Patienten befanden sich im Jahre 1950 in dem Psychiatrischen Landeskrankenhaus, sind jedoch hinsichtlich der Ausprägung des Schweregrades der Intelligenzminderung, in der Dauer des Anstaltsaufenthaltes, sowie im Hinblick auf den Therapieverlauf und die Art des Austritts sehr unterschiedlich.

Fall 1: Frau R.

Die Aufnahme der Patientin, die seit ihrer Kindheit an einer ausgeprägten Form des Schwachsinnens litt, erfolgte im Jahre 1941. Bis zum Zeitpunkt der Aufnahme lebte die damals 49 Jahre alte Frau im Haushalt ihres Bruders, dieser Bruder versorgte sie auch.

Die Eltern der Patientin waren bereits verstorben, über eine Blutsverwandtschaft unter den Eltern war nichts bekannt. Laut einem ärztlichen Zeugnis war der Vater Alkoholiker, die Mutter geistesschwach im Sinne einer Imbezilität. Die

ledige Patientin hatte acht Brüder und zwei Schwestern. Drei der Brüder waren im Kleinkindesalter verstorben, eine der Schwestern habe unter Depressionen gelitten.

Laut dem ärztlichen Bericht schien die Patientin von Jugend an „zurückgeblieben“, der Schulbesuch war ohne großen Erfolg und es erfolgte keine nennenswerte Weiterentwicklung. Es gab keine Anhaltspunkte, die auf Störungen in der körperlichen Entwicklung hinwiesen.

Die zunehmende Pflegebedürftigkeit der Patientin führte zur Aufnahme in die Heil-, Pflegeanstalt Zwiefalten, in der sie 27 Jahre lang verblieb.

Epikrise:

„Die Patientin war [...] 1941 in völlig verwahrlostem Zustand zur Aufnahme gebracht worden.

Nach dem mitgebrachten ärztlichen Zeugnis konnte die Patientin trotz Schulbesuch nicht Lesen, Schreiben und Rechnen, war bis zur Aufnahme bei Angehörigen untergebracht, wo sie etwas mitgeholfen hat.

Die Untersuchungen bestätigten die eindeutige Diagnose in Richtung auf einen hochgradigen Schwachsinn, der dem Ausmaß nach als Idiotie eingestuft werden musste.

Die ganzen Jahrzehnte hindurch war die Patientin ziemlich fleißig im Gemüsesaal tätig, im Allgemeinen heiter und gutmütig, doch leicht aufbrausend dann schimpfend und laut. Hinsichtlich ihrer Sauberkeit und Körperpflege musste sie ständig überwacht werden.

Etwa seit 1960 keine nennenswerte arbeitstherapeutische Leistung mehr, Patientin saß mehr oder weniger stumpf auf der Abteilung herum.

Besondere körperliche Erkrankungen sind während des Aufenthaltes nicht zu verzeichnen gewesen, abgesehen von einer Hypertonie.

Seit Anfang d. J. 1968 machten sich zunehmend Erscheinungen einer Herzinsuffizienz bemerkbar mit Neigung zu Unterschenkelödemen und intensiver livider Verfärbung der Lippen. Bei dem psychischen Zustand

war aber eine geordnete Therapie nicht möglich. In den allerletzten Tagen war die Patientin dann durch fortschreitende Herzinsuffizienz im Bett, ein akutes Herzversagen führte dann am [...] 1968 um [...] Uhr zum Tode“.

Diagnose: Angeborener Schwachsinn (Idiotie), Hypertonie, Herzschwäche

Todesursache: Akutes Herzversagen

Psychiatrisch nicht vorbehandelt.

Fall 2: Herr R.

Die Aufnahme des Patienten, der seit seiner Geburt an einer leichten Form des Schwachsinn, sowie an erheblicher Innenohrschwerhörigkeit litt, erfolgte Anfang des Jahres 1950. Bis zum Zeitpunkt der Aufnahme lebte der damals 36 Jahre alte Mann im elterlichen Haushalt und arbeitete bei seinem Vater, der zur Beschäftigung seines Sohnes zusätzlich ein kleines landwirtschaftliches Anwesen gekauft hatte, als landwirtschaftlicher Hilfsknecht.

Die Mutter des Patienten war bereits verstorben. Von den Verwandten der Mutter war bekannt, dass die Großmutter sowie Brüder der Mutter ebenfalls schwerhörig waren.

Der Patient hatte fünf Geschwister, eine Schwester und vier Brüder. Die Schwester war gesund, zwei der vier Brüder waren im Krieg gefallen, ein Bruder war ebenfalls gesund und lebte noch zusammen mit dem Patienten im elterlichen Haushalt. Ein weiterer Bruder litt, laut Erhebung der Fremdanamnese der Schwester, an Schizophrenie.

Laut den fremdanamnestisch erhobenen Angaben der Schwester war der Patient von Kindheit an den an ihn gestellten Aufgaben nicht gewachsen. In der Schule blieb er mehrmals sitzen und musste in die Hilfsschule versetzt werden. Eine begonnene Ausbildung zum Maler hat er abgebrochen, die darauffolgenden Jahre war er bei unterschiedlichen Bauern als landwirtschaftlicher Hilfsknecht tätig, diese Arbeitsverhältnisse waren aber immer nur von kurzer Dauer. Zuletzt wurde er auf dem elterlichen Hof beschäftigt. Die körperliche Entwick-

lung verlief altersentsprechend, über Schädigungen vor oder während der Geburt gab es keine Anhaltspunkte.

Der vorübergehend schlechte gesundheitliche Zustand des Vaters des Patienten und die daraus folgende unzureichende Versorgung und Beaufsichtigung des Patienten führte zur Einweisung in die Heil-, Pflegeanstalt Zwiefalten. Der Aufenthalt dort dauerte vier Monate, nach Besserung des Gesundheitszustandes des Vaters war die Beaufsichtigung und Anleitung des Patienten zu Hause wieder gewährleistet und er konnte wieder nach Hause entlassen werden.

Auszüge aus dem Nervenärztlichen Gutachten:

„In den Auszügen der Beurteilung des nachfolgenden, ärztlichen Gutachtens wird zur Frage Stellung genommen, in welcher Ausprägung der Patient an einer Intelligenzminderung leidet, die ihn daran hindert, seine Angelegenheiten zu erledigen und in wieweit es ihm möglich ist ein selbstständiges Leben zu führen.“

„A. stammt aus einer Sippe in der Schizophrenie und Schwerhörigkeit vorgekommen sind. Indessen ist das soziale Milieu, in dem der Patient aufgewachsen ist, als geordnet zu bezeichnen. An den nötigen Erziehungsbemühungen hat es sicher nicht gefehlt [...]. A. macht auf den ersten Blick einen beschränkten Eindruck. Der Gesichtsausdruck ist stumpf. In seinem Körperbau fallen mehrere Dysplasien auf. Patient ist kräftig und körperlich gesund. Auch die Prüfung des Nervensystems ergab keinen von der Norm abweichenden Befund. Der Gang, wie überhaupt alle seine Bewegungen sind langsam und schwerfällig. Die Sprache ist sehr unbeholfen und wenig artikuliert und daher schwer verständlich. Es besteht eine ausgesprochene Innenohrschwerhörigkeit. Patient hat ein zutrauliches Wesen, ist gutmütig und lenksam und machte hier keine größeren Schwierigkeiten. Körperlich und in der Kleidung hielt er sich sauber. Irgendwelche besonderen Interessen konnten bei ihm nicht beobachtet werden. Patient erwies sich über Ort, Zeit und seinen Lebens-

lauf gut orientiert. Doch steht er seiner Situation ohne tieferes Verständnis und ohne Kritik gegenüber.

Lässt schon der Lebenslauf allein einen Schwachsinn vermuten, so wird dieser durch die von uns wiederholt durchgeführte Intelligenzprüfung bestätigt. Er verfügt zwar über eine gute Merkfähigkeit und hat sich ein einigermaßen ausreichendes Schulwissen erworben; doch versagt er bei Aufgaben, die selbstständiges Denken voraussetzen, insbesondere bei denen, die Kritik-, und Urteilsfähigkeit verlangen.

Schließlich erwies sich der Patient auch bei praktischen Arbeiten in unserem Ökonomiehof als ungeschickt und unselbstständig [...]. Obwohl er in der Landwirtschaft aufgewachsen ist, konnten ihm schwierige Aufgaben nicht überlassen werden [...].

Zusammenfassend kommen wir zu dem Ergebnis, dass bei A. ein angeborener Schwachsinn vom Grade der Debität besteht, der durch Innenohrschwerhörigkeit und mangelnde Sprachfertigkeit in seiner praktischen Auswirkung noch verstärkt wird. Der Intelligenzmangel zeigt sich bei ihm weniger in seinem Wissensstand als vielmehr in den höheren Verstandesfunktionen wie Kritikfähigkeit, Urteilsbildung, Kombination und Phantasie. Gerade letztere sind aber für eine selbstständige Lebensführung notwendig und ohne sie kann das erworbene Wissen in neuen Situationen nicht angewandt werden. A. wird wohl nie über die soziale Stellung eines landwirtschaftlichen Hilfsarbeiters hinauskommen, kann in diesem Beruf aber bei verständiger Anleitung Zufriedenstellendes leisten. Er bedarf daher zu seinem Schutze einer Person, die ihn führt und vor un-zweckmäßigem Handeln bewahrt [...].“

Der Entmündigung des Patienten wurde durch den Oberen Medizinalrat zugestimmt.

Auszüge der Intelligenzprüfung zu diesem Fall siehe Anhang (S. 172f.).

4. Diskussion

4.1. Patientenkollektiv

4.1.1. Soziodemographische Daten

Aufnahmen

Die Anzahl der Patienten, die über die einzelnen Zeitabschnitte in die psychiatrische Klinik Zwiefalten aufgenommen wurden, unterlag starken Schwankungen.

Analog zur Entwicklung der Gesamtbevölkerung (Statistisches Bundesamt 2011) hat sich auch die Anzahl der Patienten in der psychiatrischen Klinik durch die natürliche Bevölkerungsbewegung, die durch Geburten und Sterblichkeitsentwicklung bestimmt war, sowie durch die Wanderbewegung immer wieder verändert (Fenske 2007). Die interregionale Bevölkerungsverschiebung (Rürup 1992) und die Bevölkerungsentwicklung waren stark von den wirtschaftlichen Ereignissen der jeweiligen Zeit abhängig. Die Kriegsjahre des 1. und 2. Weltkrieges, Krisenjahre und die weltweite Wirtschaftskrise nahmen hierauf großen Einfluss.

In der psychiatrischen Klinik Zwiefalten war in der Zeit des 2. Weltkrieges ab 1941 und in der Nachkriegszeit bis 1960 eine deutliche Zunahme der gesamten Patientenzahl wie auch der intelligenzgeminderten Patienten zu verzeichnen. Die Hälfte aller Patienten der gesamten untersuchten Stichprobe wurde in diesem Zeitraum in die Klinik aufgenommen. Das Jahr 1940 spielte im Bezug auf den starken Anstieg der Patientenzahl in der psychiatrischen Klinik eine wichtige Rolle, denn Zwiefalten galt im Rahmen der „Aktion T 4“ als Hauptdurchgangsstation für Patienten, die in andere staatliche Einrichtungen verlegt oder nach Grafeneck deportiert wurden (Rüdenburg 1996). Daher war die Anstalt Anfang 1940 und in den Folgejahren völlig überfüllt mit Patienten (vgl. auch Kap. 1.2.2.1). Für die starke Zunahme der Patientenzahlen war laut Fenske (2007) zudem auch der anhaltende hohe Wanderungsgewinn in den 50-er Jah-

ren mitverantwortlich, der seiner Meinung nach hauptsächlich auf den Zustrom der Zuwanderer zurückzuführen war, die als Flüchtlinge und Vertriebene ab 1945 in den Südwesten kamen.

Die Zahl der Aufnahmen ging in den folgenden Jahren und Jahrzehnten dann wieder langsam zurück. Gründe dafür gibt es einige, wobei, neben dem wirtschaftlichen Aufschwung in Deutschland, die Psychatrieenquête 1975 als der zentrale Punkt genannt werden muss. In der Folge wurden neue, spezielle Förderungseinrichtungen für intelligenzgeminderte Personen entwickelt und bessere Versorgungsmöglichkeiten geschaffen (vgl. Kap. 1.1.6, Schanze 2007). Die Aufnahmezahl intelligenzgeminderter Patienten in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten sank dadurch rapide. Die Intelligenzgeminderten wurden hauptsächlich in dafür vorgesehenen, speziellen Heimen betreut. Eine grundsätzliche Veränderung stellte die Unterscheidung zwischen intelligenzgeminderten Patienten dar, die als „Pflegefälle“ eingestuft wurden und in Fachheimen versorgt wurden, und denjenigen, die als „Behandlungsfälle“ galten und in Krankenhäusern oder der Psychiatrie behandelt wurden. Dauerunterbringungen in der Psychiatrie aufgrund des Krankheitsbildes der Intelligenzminderung stellten ab diesem Zeitpunkt die Ausnahme dar und finden heutzutage nicht mehr statt (vgl. Kap. 1.1.6).

Geschlecht

Das Geschlechterverhältnis der Patienten mit Intelligenzminderung war bis auf den Zeitraum von 1901-1940 zugunsten der Männer verschoben. Als eine Ursache dafür, dass die männlichen Patienten in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten überrepräsentiert waren, kann u.a. die vermehrte Gewalt- und Aggressionsbereitschaft der Männer genannt werden. Diese stellte oftmals den Grund für die Einweisung in die psychiatrische Klinik dar. Einige von diesen männlichen Patienten sind sogar straffällig geworden.

Anfang des 20. Jahrhunderts hat die Anzahl der weiblichen Insassen in Zwiefalten, absolut betrachtet, zugenommen. Als möglichen Erklärungsansatz hierfür sieht Hähner-Rombach (1995) eine veränderte Wahrnehmung und Einschätzung von weiblicher Gewalttätigkeit und Gefährlichkeit. Ihrer Auffassung

nach ist auch anzunehmen, dass die Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten, das auch die Frauen zeigten, zurückging.

Ein weiterer Grund für den Männerüberschuss ist in der Berufsausübung zu sehen. In dem Zeitraum ab 1812 und auch zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren es hauptsächlich Männer, die einen Beruf ausübten oder einer Beschäftigung nachgegangen sind. Schwierigkeiten, die durch fehlende intellektuelle Fähigkeiten bei der Ausübung des Berufes auftraten, sind dadurch bei ihnen früher aufgefallen. Frauen verrichteten meist körperlich leichte Arbeiten im Haushalt, Hilfsarbeiten, bei denen eine Intelligenzminderung eher unentdeckt bleiben konnte. Wie auch Hähner-Rombach (1995) anmerkt, war die Frau aufgrund ihrer Stellung in Familie und Gesellschaft fast immer männlicher Autorität oder Gewalt unterstanden. Durch diesen Einfluss waren die intelligenzgeminderten Frauen zumindest vorübergehend in der Lage, ihre Krankheit zu verbergen. Verhaltensauffälligkeiten wurden sofort sanktioniert und unterbunden, daher erschien eine Klinikeinweisung nicht so dringend notwendig.

Weiter ist auch anzunehmen, dass die Anzahl der Männer in der Anstalt Zwiefalten in den Kriegsjahren ab 1941 und der Nachkriegszeit bis 1960 anstieg, da die geistige Behinderung bei einigen Männern als Folge von Schädelverletzungen anzusehen ist, die sie sich im Krieg zugezogen haben.

Religionszugehörigkeit

Den Patientenakten ist zu entnehmen, dass der überwiegende Anteil der Patienten der protestantischen Glaubensrichtung angehörte, gefolgt von Patienten mit katholisch orientierter Glaubensrichtung. Abhängig von der geographischen Lage des Wohnortes war die Religionszugehörigkeit der Bewohner Baden-Württembergs zu unterscheiden. Zwiefalten liegt in der katholischen Region Oberschwaben. Hauptsächlich gehörten die Patienten, die in der konfessionsneutral geführten psychiatrischen Klinik untergebracht waren, jedoch der protestantischen Glaubensrichtung an. Hierbei wird die Diskrepanz bezüglich des Einzugsgebietes und der Religionszugehörigkeit der Patienten der untersuchten Stichprobe deutlich. Diese Vermischung der Glaubensrichtungen kann durch

Flüchtlingsbewegungen im Rahmen des 2. Weltkrieges, sowie Spätaussiedler Ende der 40-er, 50-er Jahre erklärt werden. Im weiteren Verlauf engagierten sich die evangelische als auch die katholische Kirche im Bereich der Behandlungsmöglichkeiten und Wohnformen Intelligenzgeminderter. Als Beispiele im Raum Oberschwaben sind, neben Zwiefalten, die katholische Stiftung Liebenau, sowie Mariaberg und die Bruderhausdiakonie unter evangelischer Trägerschaft zu nennen.

Herkunft

In der psychiatrischen Klinik Zwiefalten wurden fast ausschließlich Patienten mit deutscher Staatsangehörigkeit behandelt. Die Patienten stammten oft aus den nahegelegenen Heimatorten im Umkreis von Zwiefalten, viele jedoch auch aus den entfernteren Landkreisen des nördlichen Baden-Württembergs.

Hähner-Rombach (1995) unterscheidet bezüglich der lokalen Herkunft weiter hinsichtlich der städtischen und ländlichen Herkunft.

Laut ihr bot das Dorf als Lebensort für Intelligenzgeminderte Personen den Vorteil, dass es auf dem Land mehr Nischen gab, in denen sich die Intelligenzgeminderten aufhalten konnten, ohne durch ihre Intelligenzminderung frühzeitig aufzufallen und in der Gesellschaft anzuecken. Oftmals waren auf dem Land der soziale Rückhalt und die Unterstützung im Alltag durch die Familie gegeben. In der Stadt wurden Zwischenfälle, die durch Intelligenzgeminderte Patienten verursacht wurden, häufiger der Allgemeinheit sichtbar, nicht selten war damit die Einweisung in die psychiatrische Klinik verbunden. Die Heimatorte der Patienten wurden zwar erhoben, jedoch war ein Vergleich bezüglich der städtischen versus ländlichen Herkunft der Patienten, aufgrund der geringen Patientenzahlen, sowie des überwiegend ländlichen Einzugsgebiets von Zwiefalten, nur schwer möglich.

Familienstand

Der deutlich überwiegende Teil der Patienten, die in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten aufgrund einer Intelligenzminderung aufgenommen worden sind, war

ledig. Aus der Durchsicht der Akten wird deutlich, dass viele Patienten schon in jungen Jahren in die Klinik kamen, dort dann jahrelang untergebracht waren und die Möglichkeiten zur Verehelichung dadurch sehr eingeschränkt blieben (Hähner-Rombach 1995). Auch soziale Kontakte, die Kontaktaufnahme, sowie der Austausch mit dem anderen Geschlecht innerhalb der Anstalt waren, aufgrund der strikten Geschlechtertrennung, nur schwer möglich. So beschreibt auch Spreen (1978), dass sich Beziehungen zum anderen Geschlecht in vielen Anstalten auf den unter Aufsicht durchgeführten jährlichen Tanzabend beschränkten, ansonsten kam es nur zu gelegentlichen Begegnungen zwischen Männern und Frauen auf dem Anstaltsgelände. Dies wurde erst nach Einführung der Psychiatrieenquête gelockert.

Der Kontakt zu Familienangehörigen und engen Bekannten wurde meist brieflich gehalten. Darüber hinaus verfügten die Patienten weiterhin kaum über soziale Netzwerke außerhalb des Anstaltsalltags.

Ein weiterer Grund für die hohe Zahl an ledigen Patienten mit Intelligenzmindering ist nach Meinung einiger Autoren die Tatsache, dass diese Personen aufgrund einer bestehenden emotionalen und sozialen Unreife den Anforderungen einer Ehe oder der Kindererziehung nicht nachkommen können (Herpertz-Dahlmann 2008; Marneros 2008; Huber 2005). Auch Pracher (2011) belegt die Schwierigkeiten der intelligenzgeminderten Personen im Bezug auf Partnerschaft und Ehe. Jedoch merkt er kritisch an, dass durch die von der Gesellschaft geprägten sozialen Konventionen die bestehenden Vorurteile die Frage nach Elternschaft von Menschen mit Intelligenzmindering und eine gelebte Sexualität von außen her tabuisiert und problematisiert wird. Auch Walter (1996) setzt sich mit dem Thema Sexualität und geistige Behinderung kritisch auseinander. Seiner Auffassung nach sollten intelligenzgeminderte Menschen ein uneingeschränktes Grundrecht auf Sexualität und sexuelle Beziehungen haben. Er versteht Sexualität und den Wunsch nach Partnerschaft als individuelle und wichtige Persönlichkeitsentwicklung Intelligenzgeminderter. Walter vertritt den Standpunkt, dass sich eine Partnerschaft zwischen intelligenzgeminderten Menschen stabilisierend auf deren Identität auswirkt. Seiner Meinung nach ist die Sexualität Intelligenzgeminderter und ihr jeweiliges Sexualverhalten stark

von der Toleranz und der moralischen Einstellung ihrer Eltern und Betreuer abhängig.

Arbeitstätigkeit

In den untersuchten Zeiträumen hatte, mit Ausnahme der Kriegs- und Nachkriegszeit, der Großteil der Patienten, die sich in der psychiatrischen Klinik befanden, eine Beschäftigung oder übten im Anstaltsalltag eine Tätigkeit aus.

In dem Zeitraum ab 1941 war der leicht größere Anteil der Patienten berufslos. Gründe hierfür waren unter anderem die Kriegsumstände und die Tatsache, dass die Anstalt in dieser Zeit eine reine Verwahrungsfunktion wahrnahm (Theunissen 1991, vgl. Kap. 1.1.6).

Ursprünglich diente das Arbeiten in der Klinik auch dazu, dieser einen wirtschaftlichen Nutzen zu erbringen und den Eigenbedarf an Lebensmitteln, die aus dem landwirtschaftlichen Anbau zu gewinnen waren, zu decken. Die Arbeit des Patienten sollte dem Wohl und dem Nutzen der Gesellschaft dienen. Aus den Krankenakten und den darin enthaltenen Beschreibungen bezüglich des Arbeitseinsatzes der Patienten ist zu entnehmen, dass diese Beschäftigungen im Weiteren eine Form der Arbeitstherapie für die Patienten darstellte. Das Arbeiten gab den Patienten einen klaren Rhythmus ihrer Tagesstruktur im Anstaltsalltag vor. Auch Ankele (2009) bekräftigte, dass die Arbeit wichtig für die Ordnung sei und dadurch auch die Ruhe auf den Abteilungen gewährleistet werden sollte.

Die Ausprägung des Schweregrades war entscheidend dafür, welche Arbeit den Patienten zugeteilt wurde. Patienten mit schwerer Intelligenzminderung konnten nur wenig anspruchsvolle Hilfsarbeiten erledigen, im Gegensatz hierzu konnten nur gering intelligenzgeminderte Patienten bei anspruchsvolleren Tätigkeiten, beispielsweise in der Landwirtschaft eingesetzt werden (vgl. hierzu Kap. 1.2.2).

Das Arbeiten war nicht nur nützlicher und notwendiger Bestandteil des Alltags in der psychiatrischen Klinik, sondern trug auch zur Persönlichkeitsstärkung der Patienten bei. Aus den Schilderungen ihrer Texte und Briefe wird ersichtlich, dass sich die Patienten in vielen Fällen über ihre Arbeit definierten. Das Ausüben einer Tätigkeit stärkte das Selbstbewusstsein der Patienten und förderte die Zugehörigkeit zu einer Gruppe innerhalb der Anstalt. Neben anderen Autoren vertraten auch Ankele (2009) und Germann (2006) die Meinung, dass sich die Arbeit positiv auf den Gesundheitszustand des Patienten auswirke und dadurch im Idealfall sogar eine frühzeitigere Entlassung aus der psychiatrischen Klinik in eine offene Fürsorge möglich war.

Oftmals waren Veränderungen in der Arbeitsweise vor Einweisung, wie Nachlässigkeit oder Übereifer ein erstes Anzeichen dafür, dass eine psychische Erkrankung vorliegen könnte (Ankele 2009). Veränderungen im Arbeitsverhalten während des Aufenthaltes konnten Hinweise für eine Verschlechterung des Allgemeinzustandes des Patienten sein.

4.1.2. Ätiologie der Intelligenzminderung

Bei der Unterscheidung bezüglich der Ätiologie der Intelligenzminderung wurde bei dem deutlich größeren Anteil der untersuchten Stichprobe die Intelligenzminderung als angeboren eingeschätzt. Dies deckt sich insofern mit Nissen (2005), der annimmt, dass in dem vergangenen Jahrhundert die Anzahl der Intelligenzgeminderten noch erheblich höher war. Dabei geht er vor allem von Schwachsinnformen aus, die durch hirnorganische Schäden (Schwangerschaft, Geburt....) bedingt waren. Eine Ausnahme stellt der Zeitabschnitt von 1961 bis 1982 dar, der Anteil der erworbenen Ursachen steht hier im Vordergrund.

Es gestaltet sich schwierig eine eindeutige Zuordnung der Ursache der Intelligenzminderung bei den Personen der untersuchten Stichprobe zu machen, weil die hierfür notwendige Diagnostik bis in die 50-er bzw. 60-er Jahre kaum oder nicht vollständig durchgeführt worden ist (vgl. Kap. 1.1.5, Holling 2004). Die Unterscheidung bezüglich der angeborenen und der erworbenen Form der Intelli-

genzminderung erscheint jedoch aus heutiger Sicht schon allein deshalb als sehr wichtig, weil man das Auftreten der erworbenen Form in einigen Fällen durch Einhaltung gewisser Maßnahmen (bspw. bei Phenylkentonurie phenylalaninfreie Diät) verhindern bzw. den Verlauf günstig beeinflussen kann (Niessen 2007).

Den Patientenakten ist zu entnehmen, dass in den meisten Fällen nur eine kurze, vollkommen unzureichende Anamnese erhoben worden ist. Elementare Grundlagen der Diagnostik stellen hingegen eine ausführliche Anamnese und die klinische Untersuchung dar, deren Ergebnisse zur weiteren Differenzierung zwischen angeborener oder erworbener Intelligenzminderung führen können. Zusätzlich kann das Gespräch mit dem Patienten oder auch die Fremdanamnese wichtige Informationen in Bezug gerade auf die frühkindliche Entwicklung des Patienten geben. Nach Nedopil (2007) fallen Intelligenzminderungen meist schon in der frühen Kindheit; spätestens mit dem Schulbeginn auf. Ein weiterer Punkt, um zwischen angeborener und erworbener Intelligenzminderung unterscheiden zu können, ist die kritische klinische Beobachtung der Patienten.

Kröber (2010) beschreibt, dass für die angeborene Intelligenzminderung die Phänomenologie bereits im frühen Kindesalter als auffällige Entwicklungsstörung beobachtet werden kann. Dabei sollte auf Bereiche wie Psychomotorik, Sprache in Wort und Schrift, Emotionalität, Antriebsverhalten und Wahrnehmungsfähigkeit geachtet werden.

Eine nicht altersentsprechende Entwicklung der kognitiven Leistungsfähigkeit kann Hinweise auf eine meist angeborene Intelligenzminderung geben. Haupt (2002) nennt die Erhebung des klinischen Status bei Aufnahme der Patienten als einen weiteren wichtigen Punkt. Seiner Meinung nach kann man schon aus äußeren Einzelheiten des Körperbaus und gewisser Organe Rückschlüsse auf den Zeitpunkt der Entstehung der Intelligenzminderung ziehen. Er merkt an, wenn intelligenzgeminderte Menschen gewisse Körpermerkmale aufweisen, zumeist davon ausgegangen werden kann, dass die Minderung der Intelligenz bereits pränatal entstanden ist. Erworbene Intelligenzminderungen treten meist erst im späteren Alter auf.

Viele weitere diagnostische Untersuchungen und Möglichkeiten zur Differenzierung zwischen angeborener und erworbener Intelligenzminderung blieben teilweise völlig ungenutzt und wurden nicht ausgeschöpft (vgl. Kap. 1.1.5). Schöpf (2003) merkt an, dass in der Psychiatrie des 19. Jahrhunderts zahlreiche Formen von Störungen unterschieden worden sind, deren diagnostischer Wert jedoch sehr gering blieb.

Ein weiterer wichtiger Punkt stellt die Unterscheidung zwischen der Intelligenzminderung und einer psychischen Erkrankung dar. Aufgrund mangelnder Diagnostik erfolgte diese Unterscheidung kaum (Remschmidt 2008).

Vor diesem Hintergrund kann man sich vorstellen, dass etliche Patienten von den Ärzten der psychiatrischen Klinik als intelligenzgemindert eingeschätzt und behandelt worden sind, deren Verhaltensauffälligkeit jedoch eine psychische Erkrankung zugrunde lag.

Eine Veränderung dieser Verhältnisse zeichnete sich erst in den Jahren nach 1961 ab. Durch die seit dieser Zeit durchgeführte Diagnostik konnte bezüglich der Ursachen zwischen den Formen der Intelligenzminderung, sowie zwischen psychiatrischen Erkrankungen differenziert werden. Weiter gilt es zu bedenken, dass ab dem Jahr 1961 nicht zwingend mehr Patienten mit erworbener Intelligenzminderung in die psychiatrische Klinik Zwiefalten aufgenommen wurden. Bei einigen Patienten jedoch, bei denen man bisher von einer angeborenen Minderung der Intelligenz ausging, wurde die Ursache nach Durchführung der entsprechenden Diagnostik in eine erworbene Form der Intelligenzminderung abgeändert.

4.1.3. Schweregrad der Störung

Der Anteil der Patienten, die von der mittleren Schwere (früher Imbezilität) der Intelligenzminderung betroffen waren, hat den höchsten Patientenanteil der Stichprobe zu verzeichnen. Lediglich in dem Zeitraum von 1941-1982 überwiegt der Anteil der Patienten, die nur leicht intelligenzgemindert (debil) sind.

Der Anteil der Patienten, die in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten untergebracht waren und an der schwersten ausgeprägten Form der Intelligenzminde-

rung (Idiotie) litten, stellten den geringsten Anteil unter den Intelligenzgeminder-ten dar. Allgemein gesehen treten schwere intellektuelle Beeinträchtigungen weniger häufig auf als leichte Intelligenzminderungen. Als Ursache der stärksten ausgeprägten Form der Intelligenzminderung sind Erkrankungen oder Verletzungen des Gehirns, Missbildungssyndrome oder auch chromosomale Aberrationen zu nennen (Möller 2003).

Die Einteilung der Patienten nach dem Schweregrad der Intelligenzminderung und damit die weitere Differenzierung des Krankheitsbildes stellten sich vor Einführung der Intelligenztestung sehr schwierig dar und sind äußerst kritisch zu betrachten. Eine Schwierigkeit hierbei war die unzureichende Diagnostik bei Aufnahme der Patienten, sowie die fehlende Testung der Patienten im Verlauf ihres Anstaltsaufenthaltes. Dadurch war die Einschätzung der Schweregrade der Intelligenzminderung, die entweder durch den einweisenden Arzt oder durch den Arzt einmalig bei Aufnahme der Patienten stattfand, sehr subjektiv geprägt. Im weiteren Verlauf wurde diese Einschätzung nicht weiter an den Zustand des Patienten angepasst, bzw. korrigiert.

Mögliche positive oder auch negative Entwicklungen der Patienten bezüglich ihrer geistigen Leistungsfähigkeit oder ihrer eigenständigen Versorgung wurden nicht bewertet. Ebenso blieben Veränderungen in Bereichen der emotionalen, motorischen und lebenspraktischen Fähigkeiten weiter unberücksichtigt (Paulitsch 2008).

Aus den Patientenakten ist zu entnehmen, dass vor Einführung der Intelligenztestung, die Ausprägung der intellektuellen Beeinträchtigung der Patienten bzw. die Diagnosestellung unter anderem davon abhängig war, in wie weit die Patienten einen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Nutzen erbrachten (vgl. Kap. 4.3.1). Die Einschätzung der Ärzte wurde auch dadurch geprägt, in wie weit der Patient in der Lage war, sich in den geregelten Stationsalltag einzufügen. Weitere Kriterien zur Festlegung des Schweregrades der Intelligenzminderung waren der Grad der Selbstständigkeit des Patienten im Anstaltsalltag und wie viel Bedarf an Unterstützung durch das Pflegepersonal, unter anderem auch im Bezug auf die Körperhygiene, notwendig war.

Es ist anzunehmen, dass der Schweregrad der Intelligenzminderung, an dem der Patient litt, oftmals aufgrund der vermuteten Ätiologie festgelegt wurde. Dies war jedoch problematisch, da nur in einigen Fällen die Ätiologie der Intelligenzminderung geklärt werden konnte. Des Weiteren blieben bei der Feststellung der Ausprägung der Intelligenzminderung zusätzliche Komorbiditäten der Patienten, die Einfluss auf deren Intelligenzgrad nahmen, weitgehend unberücksichtigt (vgl. Kap. 4.1.4). Gerade Intelligenzminderungen sind häufig mit Mehrfachbehinderungen assoziiert (Freyberger 2002).

Eine weitere Schwierigkeit bei der Differenzierung der Schweregrade stellt die Abgrenzung einer Teilleistungsstörung, die u.a. das Lesen, Rechnen betreffen, von einer Intelligenzminderung dar. Im frühen Alter ist die Unterscheidung zwischen Demenz und intellektueller Beeinträchtigung ebenfalls immens wichtig (Möller 2003).

Insgesamt ist zu sagen, dass die leicht intelligenzgeminderten Patienten auch aufgrund der besseren Pflege und der Betreuung in speziellen Einrichtungen im Verlauf immer älter wurden. Dadurch kam es zu einer veränderten Zusammensetzung des Patientenkontingents und insgesamt zu einer Zunahme des Anteils der leicht intelligenzgeminderten Patienten.

Mit zunehmender Diagnostik und Einführung der Intelligenztestung der Patienten konnte objektiv fundiert besser zwischen den unterschiedlichen Ausprägungen der Schweregrade unterschieden werden. Der hier dargestellte Anstieg des Anteils der leicht intelligenzgeminderten Patienten in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten ab dem Zeitraum 1941 bis 1982 gegenüber den Vorjahren, sowie dem weiteren Rückgang des Anteils der schwerst intelligenzgeminderten Patienten in Zwiefalten, kann hierdurch sicherlich zumindest teilweise erklärt werden.

4.1.4. Psychiatrische Komorbidität

Die oben dargestellten Ergebnisse zur Komorbidität bei Intelligenzgeminderten stimmen u.a. mit der Darstellung von Kröber (2010) überein.

Er postuliert, dass intelligenzgeminderte Personen einem höheren Risiko ausgesetzt sind, zusätzlich zu ihrer vorhandenen Intelligenzminderung auch an somatischen oder psychischen Störungen zu erkranken. Auch Häßler (2011) betont, dass diese Patienten eine erhöhte Anfälligkeit hierfür besitzen. Die Prävalenz liegt laut Voß (2005) zwischen 30 und 80%. Die Zahlenwerte werden abhängig vom Grad der Behinderung angegeben. Das heißt, je ausgeprägter der Grad der Intelligenzminderung ist, je höher ist die Vulnerabilität, zusätzlich an einer organischen oder psychischen Störung zu erkranken.

Rentrop (2009) führt als Beispiele für somatische Komorbiditäten neben Fehlbildungen hauptsächlich Epilepsieformen, Seh-, Hörstörungen, Cerebralpareesen und Fehlbildungssyndrome an. Die Zwiefalter Ergebnisse zu den akzessorischen psychischen Störungen, bei denen die affektiven Störungen neben den schizophrenen Erkrankungen den größten Anteil darstellen, stimmen mit der aktuellen Literatur überein (Häßler 2011). Wie aus den Patientenakten zu entnehmen ist, stellt aggressives Verhalten der Patienten zwar keine Komorbidität, aber eine häufig auftretende Verhaltensproblematik dar, die nicht selten ein Aufnahmegrund war. Häßler (2011) unterstützt dies mit seiner Meinung, dass auto- oder fremdaggressives Verhalten bei Intelligenzgeminderten häufiger vorkommt als bei nicht Intelligenzgeminderten.

Abschließend ist anzumerken, dass die Abgrenzung zwischen Verhaltensmerkmalen, Verhaltensauffälligkeiten, Symptomen und Diagnosen bei der psychiatrischen Behandlung intelligenzgeminderter Patienten als äußerst schwierig anzusehen ist.

4.1.5. Voraufenthalt

Vor der Aufnahme in die psychiatrische Klinik Zwiefalten hielten sich die Patienten entweder in einer anderen Anstalt oder im häuslichen Umfeld auf, wobei Einweisungen aus anderen Anstalten den insgesamt betrachtet größten Anteil darstellten. Eine Ausnahme stellen die Zeitabschnitte von 1812 bis 1900 und 1941 bis 1960 dar, in diesen Zeiträumen wurden fast genauso viel Patienten aus dem häuslichen Umfeld in die Klinik aufgenommen, wie aus einer anderen Anstalt nach Zwiefalten verlegt wurden.

Die Gründe, die zur Aufnahme der intelligenzgeminderten Menschen aus dem häuslichen Umfeld in eine Anstalt führten, dürften sich über die Zeit hinweg verändert haben. Im 18. Jahrhundert erfolgten Einweisungen oftmals als Schutz der Gesellschaft vor den „Kranken“. Laut Ritzmann (2008) wurden auch geistig behinderte Kinder in die Anstalt eingewiesen, wenn sie laut Attesten eine Gefährdung für ihre Umgebung darstellten.

Zeigte ein intelligenzgeminderter Mensch in der Öffentlichkeit ein von der Norm abweichendes Verhalten oder kam es in der häuslichen Umgebung zu Schwierigkeiten, stellte die (Zwangs-)einweisung in die Anstalt einen Ausweg dar. Nach Theunissen (2005) zog diese Art der „Krisenintervention“ oftmals jahrelange Anstaltsaufenthalte nach sich, ohne dass der Intelligenzgeminderte Unterstützung zur Bewältigung seiner kritischen Lebenslage erfuhr.

Rothfritz (2010) merkt dazu an, dass es jedoch durchaus einzelne Situationen geben könne, in denen, z.B. zum Schutz der Menschen vor sich selbst oder anderen, eine Zwangseinweisung notwendig sei. Diese Zwangseinweisungen sollten jedoch sehr zurückhaltend durchgeführt werden, da diese einen starken Eingriff in die persönliche Freiheit darstellten (Landgraf 2006).

Ein weiterer Grund, der, wie aus zahlreichen Patientenakten zu entnehmen ist, in vielen Fällen die Aufnahme in die psychiatrische Klinik aus dem häuslichen Umfeld zur Folge hatte, war ein aufkommendes Versorgungs- bzw. Unterbringungsproblem intelligenzgeminderter Menschen. Vor allem bei alleinerziehenden Müttern, die in der Großstadt ihren Lebensunterhalt verdienen mussten,

stellte die Unterbringung der intelligenzgeminderten Kinder in Heime oder auch in die Anstalt oft die einzige Lösung dar. Auch beengte Wohnraumverhältnisse bei Familien, die in die Stadt übersiedelt waren, sowie ein kaum ausreichendes Einkommen stellten Gründe für eine Aufnahme in die psychiatrische Klinik dar (Häßler 2005). War die Versorgung erwachsener geistig Behinderter aufgrund des Alters von deren Eltern im häuslichen Umfeld nicht mehr möglich, war die Unterbringung in Heime oder in die Anstalt oft nicht zu vermeiden (Frach 2003).

In den ländlichen Gegenden hingegen verblieben die Intelligenzgeminderten eher im häuslichen gewohnten Umfeld. Die leicht und mittelschwer geistig Behinderten wurden in die Familie integriert und konnten als Arbeitskraft im Haus oder auf dem Feld eingesetzt werden. Schwerst intelligenzgeminderte Patienten stellten eine starke wirtschaftliche Belastung für die häufig kinderreichen Familien dar. Ihre Versorgung im häuslichen Umfeld konnte oftmals nicht langfristig gewährleistet werden, deshalb sahen sich viele Familien gezwungen, das intelligenzgeminderte, pflegebedürftige Familienmitglied schon in jungen Jahren in der Anstalt unterzubringen.

4.1.6. Verweildauer

Wie lange der Aufenthalt der intelligenzgeminderten Patienten in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten dauerte, war unter anderem davon abhängig, in welchem Zeitraum die Patienten aufgenommen worden sind und wie stark die Ausprägung des Schweregrades war.

Im Zeitraum von 1812 bis 1900 machten den höchsten Anteil die Patienten aus, die fünf Jahre und länger in der psychiatrischen Klinik untergebracht waren. Das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit bestimmte laut Kirchmeier (2005) die Verweildauer in der Anstalt stark. Diese Aussage steht im Einklang mit dem in dieser Zeit meist vorliegenden mittleren bis hohen Schweregrad der Störung. Patienten mit schwerster Intelligenzminderung hatten einen hohen Pflegebedarf, dieser konnte von den Familien jedoch nicht dauerhaft geleistet werden. Daraufhin wurden diese Patienten aufgrund des aufkommenden Versorgungsproblems in der psychiatrischen Klinik untergebracht. In dieser Zeit wurden die geis-

tig Behinderten in der Anstalt hauptsächlich verwahrt und wurden von der Gesellschaft isoliert (Wendt 2002). Dort verblieben sie oftmals bis zu ihrem Lebensende. In den ländlichen Regionen sahen sich viele durch intelligenzgeminderte Personen gestört und teilweise auch belästigt. Dem Druck der Öffentlichkeit nach mehr Sicherheit vor den „Kranken“, die oftmals von den Dorfbewohnern als gefährlich eingeschätzt wurden, wurde mit der Unterbringung in eine Anstalt ebenfalls nachgegeben (Häßler 2005).

Der in Zwiefalten in der Zeit von 1961 bis 1982 festgestellte Rückgang der Verweildauer kann mit dem zeitgleich stattfindenden Wandel der Funktion der psychiatrischen Kliniken von einer überwiegend pflegenden bzw. verwahrenden zu einer überwiegend therapeutischen Einrichtung erklärt werden. Die Reduktion der Krankenhausbetten ging mit einer erheblichen Verkürzung der Verweildauer einher (Möller et al. 2003). Zusätzlich verkürzte sich in der Folge des Aufkommens und dem gezielten Einsatz von Psychopharmaka in den 50-er Jahren des 20. Jahrhunderts, die Verweildauer der Patienten in psychiatrischen Kliniken von mehreren Jahren auf wenige Monate (Köslin 2007).

Heutzutage werden die Menschen mit Intelligenzminderung nur noch beim Auftreten psychiatrischer Komplikationen in der Akutphase stationär in der Klinik versorgt, daraus folgen deutlich kürzere Verweildauern als noch vor einigen Jahrzehnten. In der postakuten Phase wird dieses Patientenkontingent durch die niedergelassenen Ambulanzdienste mit betreut.

Durch den Ausbau und die Entwicklung alternativer Versorgungsstrukturen leben intelligenzgeminderte Personen abhängig vom Grad der Behinderung und dem Maß der Selbstständigkeit in einer selbstständigen Wohnform oder auch in betreuten Wohnformen (vgl. Kap. 1.2.3).

4.1.7. Entlassumfeld

Die meisten Patienten der untersuchten Stichprobe sind in der Anstalt verstorben. Erst ab 1961 wurde der größte Anteil der Patienten in eine andere Anstalt oder in ein spezielles Heim zur weiteren Versorgung verlegt. Die Patienten, die von der psychiatrischen Klinik Zwiefalten in das häusliche Umfeld entlassen

worden sind, machen über den gesamten Zeitraum betrachtet lediglich einen geringen Anteil der gesamten Stichprobe aus.

Gründe dafür, dass die meisten Patienten in der Anstalt verstarben, waren unter anderem die in den Kriegs- und Nachkriegszeit herrschenden katastrophalen Zustände bezüglich der Ernährungsbedingungen, die schlechten Unterbringungsverhältnisse und die daraus folgenden Infektionskrankheiten (Schott 2006). Generell ist jedoch zu berücksichtigen, dass die allgemeine Lebenserwartung der Menschen dieser Zeit geringer als heute einzuschätzen war (Statistisches Bundesamt Deutschland 2011). Aus den Akten ist weiter zu entnehmen, dass die ärztliche Betreuung sowie die personelle Besetzung und die daraus folgende, pflegerische Versorgung vollkommen unzulänglich waren.

In den Kriegsjahren des 1. Weltkrieges und der unmittelbaren Nachkriegszeit standen Menschen in geschlossenen Anstalten in der Ernährungshierarchie an letzter Stelle. Ehmer (2007) schätzt, dass etwa 70.000 Menschen allein an den Folgen der kriegsbedingten Lebens-, Ernährungssituation starben (S. 135). Dieses massive Hungersterben wurde auch durch eine permanente Überbelegung der Anstalten weiter begünstigt. Karl Bonhoeffer, der Vorsitzende des „Deutschen Vereins für Psychiatrie“, beschreibt die damalige Situation in der ersten Nachkriegssitzung (27.05.1920) als katastrophal und äußert Entsetzten darüber, dass man sich in den Hungerjahren damit abfinden müsse, dass in den Anstalten Massen an Menschen an Unterernährung sterben. Hoffnung schöpfte er aus der Tatsache, dass durch diese Opfer vielleicht „Gesunde“ überleben können (Schott 2006, S. 175). Diese Äußerung ist als äußerst kritisch zu bewerten, da bereits zu diesem Zeitpunkt sozialdarwinistische Sichtweisen zu erkennen sind. Die Akten belegen, dass die psychiatrische Klinik Zwiefalten während der Kriegs-, Nachkriegszeit auch als Lazarett für Kriegsgefangene-, Opfer diente und dadurch sowie infolge des Mangels an wirksamen Behandlungsmethoden drastisch überfüllt war (Möller et al. 2003). Durch diese menschenunwürdigen Zustände in der Anstalt wurden jegliche therapeutischen Bemühungen zunichte gemacht. Während der Zeit des Nationalsozialismus erfüllte die psychiatrische Klinik Zwiefalten die Aufgabe der zentralen Zwischenanstalt auf dem Weg zur Tötung in Grafeneck (Kompisch 2008). Frau Dr. Martha Fau-

ser fungierte von 1940-1945 als Direktorin des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Zwiefalten. Mit ihrem Wissen und ihrer Unterstützung wurden 352 Zwiefalter Patienten nach Grafeneck deportiert (Kompisch 2008, Fuchs 2007). Durch diese grausamen Krankenmorde im Rahmen der „Aktion T4“ verstarben unzählige Anstaltspatienten aus Zwiefalten bereits in der Klinik, auf dem Weg zur Tötungsanstalt oder in Grafeneck selbst (Vgl. Kap. 1.2.2.1).

Die Akten der Patienten, die nach Grafeneck „verlegt“ worden sind und dort ermordet wurden, befinden sich im Staatsarchiv in Berlin und sind aus inhaltlichen und organisatorischen Gründen nicht konsultiert worden.

Die Fülle der in Zwiefalten und Sigmaringen vorliegenden Akten konnte nur verwendet werden, weil entsprechende Vorarbeiten die Zugriffsfähigkeit nach Schlagworten erleichterten. Ein andersartig aufbereiteter Aktenbestand hätte hier zusätzliche Unschärfen und Probleme in der Auswertung ergeben. Es kann als Mangel betrachtet werden, dass die Zeit um 1940 damit nicht in Gänze erfasst und dargestellt werden kann. Es gibt allerdings keine Hinweise darauf, dass der Einbezug dieser Akten für die Fragestellung und die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit wesentliche Veränderungen ergeben hätte. Es ist zu hoffen, dass die spezielle Aufarbeitung der Berliner Akten im Rahmen einer anderen Arbeit vorgenommen werden kann.

Bei der Durchschau der Jahressbücher, in denen die jeweilige Art der Entlassung vermerkt wurde, wird jedoch deutlich, dass bei diesen „Euthanasieopfern“ als Grund der Entlassung die Verlegung in andere Kliniken, oder auch das Versterben in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten angegeben wurde. Diese offensichtlich gewollt falschen Angaben wurden auch den Angehörigen der Patienten als Gründe genannt, weshalb sich die jeweiligen Patienten nicht mehr in Zwiefalten befanden. In einigen Fällen wurde auch kein Grund für die Entlassung des Patienten vermerkt. Diese gefälschten Einträge dienten der Tarnung und Vertuschung des ungeheuren Verbrechens an der Menschheit im Rahmen der „Aktion T 4“ zur Zeit des Nationalsozialismus. Frau Dr. Fauser sagte 1949 im Grafeneck Prozess vor dem Tübinger Schwurgericht aus, auch nach Ende der „Aktion T 4“ weiter eigenverantwortlich Tötungen in Zweifalten angeordnet zu haben (Kompisch 2008). Auch hier bleibt offen, welche und wie viele ver-

storbene Patienten nach der offiziellen Einstellung der „Aktion T4“ in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten noch eines natürlichen Todes gestorben sind und wie viele im Rahmen der „Einzeleuthanasie“ ermordet worden sind.

In dem Zeitraum von 1961 bis 1982 stellten die Patienten den leicht größten Anteil dar, die von der psychiatrischen Klinik Zwiefalten aus in andere psychiatrische Anstalten, wie auch in speziell für intelligenzgeminderte Menschen vorgesehene Heime verlegt wurden. Das Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung sollte, wenn möglich, gemeindeintegriert gestaltet werden. Für dieses Ziel gibt es seit den 70-er bzw. 80-er Jahren kontinuierliche Bestrebungen (Günther 2007). Die Entwicklung des Patienten während des Klinikaufenthaltes, sowie das Maß seiner Selbstständigkeit bestimmten darüber, ob er ggf. in eine andere Einrichtung oder auch in einer „dezentralen Wohnform“ untergebracht werden konnte.

Die Patienten, die aus der psychiatrischen Klinik ins häusliche Umfeld entlassen worden sind, stellten einen geringen Anteil der untersuchten Stichprobe dar. Den Akten kann entnommen werden, dass bei der Entscheidung darüber, ob ein Patient nach Hause entlassen werden konnte oder nicht, die Ausprägung des Schweregrades von entscheidender Bedeutung war. Leicht- und mittelschwer intelligenzgeminderte Patienten waren teilweise nur vorübergehend in der Anstalt in Zwiefalten untergebracht. Oftmals war ein aufgetretenes Versorgungsproblem im häuslichen Umfeld Aufnahmegrund, nach kurzer Verweildauer in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten konnten diese Patienten wieder nach Hause zu ihren Angehörigen entlassen werden (vgl. 2.3.4.2. Falldarstellungen). In einigen Fällen wurden diese Patienten auf dem elterlichen Familienhof als Hilfsarbeiter gebraucht. Wenn die Unterbringung und Versorgung zu Hause wieder gewährleistet war, waren die Angehörigen deshalb auch an einer zeitnahen Entlassung der Patienten interessiert. Schwerst intelligenzgeminderte Patienten hingegen verblieben, bedingt durch den erhöhten Pflegebedarf, oftmals lebenslang in der psychiatrischen Klinik. Das Alter der Patienten, sowie das Alter ihrer betreuenden Eltern nimmt ebenfalls Einfluss darauf, wo die Patienten untergebracht werden können. Steffens (2007) merkt dazu an, dass die

Eltern den speziellen Anforderungen ihrer beeinträchtigten Kinder im Kindes- und Jugendalter in den meisten Fällen noch gerecht werden können, die Versorgung mit zunehmendem Alter des Intelligenzgeminderten, sowie mit dem Alterungsprozess der Betreuenden immer schwieriger wird. Die Entlassung nach einem langen Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik wieder nach Hause, stellte für die Patienten eine große Veränderung dar. Sie mussten auf diese Enthospitalisierung vorbereitet werden (Dieckmann 2007). Hierzu muss man bedenken, dass einige von ihnen die Station und das zugehörige Anstaltsgelände über Jahre und Jahrzehnte nicht mehr verlassen haben. Laut Drolshagen (2006) erleichtert eine nachgehende Fürsorge die gesellschaftliche Wiedereingliederung des Intelligenzgeminderten außerhalb der psychiatrischen Klinik deutlich.

4.1.8. Todesursachen

Eine Vielzahl der Patienten, die in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten untergebracht waren, sind während ihres Aufenthaltes auch dort verstorben (vgl. Kap. 4.1.7.)

Ganz allgemein lässt sich bezüglich der Lebenserwartung intelligenzgeminderter Menschen sagen, dass diese gegenüber der Normalbevölkerung deutlich vermindert ist. Als Grund hierfür ist zu nennen, dass bei Intelligenzgeminderten ein gehäuftes Risiko für das Entstehen von psychiatrischen und organischen Krankheiten besteht (Freyberger 2002). Laut Steffens (2007) hat die Ausprägung der Schweregrade der Intelligenzminderung Einfluss auf die Lebenserwartung der intelligenzgeminderten Personen. Er merkt an, dass bei Menschen mit leichter bis mittlerer Intelligenzminderung kaum ein Unterschied zu der Lebenserwartung der Normalbevölkerung festzustellen ist. Stark intelligenzgeminderte Menschen weisen hingegen eine stark verminderte Lebenserwartung auf.

Es lassen sich, unter anderem auch abhängig von den Zeitgeschehnissen, verschiedene Ursachen unterscheiden, die zum Tod der Patienten geführt haben. Wie bereits unter Kapitel 4.1.7. erwähnt, war die Bevölkerung während des 1. Weltkriegs von 1914 bis 1918 einer extremen Mangelversorgung mit Lebensmitteln ausgesetzt. Die Psychiatriepatienten waren hiervon noch stärker als die

Zivilbevölkerung betroffen. Eckart (2011) beschreibt, dass zahlreiche Anstaltsinsassen dieser besonderen Hungerssituation erlagen. Auch Johannes Bresler, zur damaligen Zeit (1921) Anstaltspsychiater hat diese schlimmen Zustände beklagt. Seiner Einschätzung nach wurde das Auftreten von Tuberkulose stark durch die bestehende Unterernährung der Insassen während des Krieges begünstigt. Merkel (2007) merkt an, dass das entstandene Elend auch noch Jahre nach Kriegsende Auswirkungen auf die Patienten nach sich zog.

In der psychiatrischen Klinik Zwiefalten zählt die Tuberkulose, neben der Bronchopneumonie und der Herzinsuffizienz, zu den häufigsten todesursächlichen Krankheiten. In den Jahren von 1941 bis 1960 überwiegt der Anteil der Patienten, die an Tuberkulose verstorben sind, deutlich. Auch schon Mitte des 18. Jahrhunderts erkrankten Geisteskranke hauptsächlich an Tuberkulose und verstarben in Folge dieser Erkrankung (Griesinger 1868-69).

Ein Grund für den Anstieg der Todesfälle ab 1941 stellt die „Aktion T4“ dar, auf die bereits verwiesen wurde. Zwiefalten fungierte als Zwischen- und Durchgangsstation, von dort aus wurden Patientinnen und Patienten in Tötungsanstalten transportiert (Fuchs 2007, vgl. Kap. 1.2.2.1). Zu dieser Zeit herrschten katastrophale Verhältnisse und menschenunwürdige hygienische Bedingungen in Zwiefalten. Viele intelligenzgeminderte Menschen starben schon während der Wochen des Wartens auf den Weitertransport (May 1991). Viele „nicht natürliche“ Todesfälle wurden durch das Angeben natürlicher Todesursachen verschleiert, nur in wenigen Fällen wurden Obduktionen zur Klärung der Todesursache durchgeführt. Auch nach Ende der „Aktion T4“ fielen viele weitere Patienten der Einzeleuthanasie in Zwiefalten zum Opfer.

Durch die Entwicklungen und Veränderungen der Unterbringungs- und Versorgungsmöglichkeiten der Patienten sanken die Todesfälle in der Klinik ab 1961 deutlich. Auch die Einführung der Psychopharmakotherapie wirkte sich positiv auf die Lebenserwartung der Patienten aus.

4.1.9. Gegenüberstellung der Daten der historischen Stichprobe und der BADO Daten der Stationen 3053 und 3012

Soziodemographische Daten

Stellt man die historische Stichprobe bezüglich der Staatsangehörigkeit der Patienten dem Patientenkollektiv der heutigen Stationen 3053 und 3012 gegenüber, so fällt auf, dass fast alle Patienten der historischen Stichprobe deutsche Staatsbürger sind. Wagner (2011) sieht eine Erklärung für die Immigration ausländisch intelligenzgeminderter Patienten im Laufe der Zeit darin, dass diese Menschen in Deutschland einen besseren Zugang zu Therapie und Rehabilitation erhielten.

Im Bezug auf den Familienstand fällt auf, dass sowohl die Patienten der vorliegenden Arbeit, als auch die Patienten der Station 3053 zum Erhebungszeitpunkt zum größten Teil ledig waren. Hierzu gegensätzlich waren 1/3 aller Patienten der allgemeinspsychiatrischen Station 3012 verheiratet, ein weiterer großer Teil, geschieden. Dies könnte darauf beruhen, dass diese Patienten zuvor in der Lage waren in partnerschaftlichen Beziehungen zu leben. Weiter ist zu vermuten, dass die Störung der Patienten einem zyklischen Krankheitsverlaufs folgt und in längeren symptomfreien Phasen partnerschaftliche Beziehungen möglich waren.

Etwas mehr als die Hälfte der intelligenzgeminderten Patienten der historischen Stichprobe hat vor der Aufnahme in die psychiatrische Klinik eine Beschäftigung ausgeübt, hingegen sind knapp 2/3 der Patienten der heutigen Station 3053 einer Tätigkeit nachgegangen. Vergleichend hierzu waren die Patienten der allgemeinspsychiatrischen Station vor ihrer Aufnahme überwiegend berufstätig. Auffallend ist, dass ein großer Anteil älterer Patienten, die bereits vor Aufnahme auf die Station 3012 im Ruhestand waren, zum Klientel dieser Station gehörte. Dies bekräftigt die Vermutung, dass der Krankheitsbeginn erst im Erwachsenenalter lag, bzw. die Ausprägung lange Zeit so gering war, dass die Patienten einer geregelten Tätigkeit nachgehen konnten.

Schweregrad der Störung

In Kap. 4.1.3. wurde bereits ausführlich darauf eingegangen, dass der größte Anteil der Patienten der untersuchten historischen Stichprobe vom mittleren Schweregrad der Intelligenzminderung betroffen war. Übereinstimmend hierzu war auch der überwiegende Teil der Patienten der Station 3053 deutlich krank, was nach früherer Einschätzung dem mittleren Schweregrad der Intelligenzminderung, der Imbezilität entspricht. Diese Einschätzung der Ausprägung hat eine sichere Aussagekraft, da Diagnostik und Testung des Intelligenzniveaus nach heutigem Stand durchgeführt worden sind. Bei den Patienten der allgemeinpsychiatrischen Station lagen auch überwiegend stärker ausgeprägte Störungen vor. Dies lässt vermuten, dass der Erkrankungsbeginn zwar später war, so dass Eheschließung und Ausübung einer Tätigkeit möglich waren, die Erkrankung dann aber sehr stark ausgeprägt war.

Behandlung

Über 1/3 der Patienten der historischen Stichprobe sind nicht behandelt worden, im Gegensatz zu den Patienten der Stationen 3053 und 3012, diese wurden alle behandelt.

Die medikamentöse Therapie bei den Patienten der historischen Stichprobe wurde vorwiegend zu deren Sedierung angewendet. Die Tatsache, dass ein sehr hoher Anteil der Patienten der Stationen 3053 und 3012 unterstützend medikamentös behandelt worden sind, zeigt, dass der in den 50-er bzw. 60-er Jahren stattgefundenen Wandel im Einsatz von Psychopharmaka auch heute noch Bestand hat. Während die intelligenzgeminderten Patienten der Station 3053 hinsichtlich ihrer psychischen Zusatzerkrankung individuell behandelt worden sind, wurde bei den Patienten der historischen Stichprobe eine eventuell vorhandene Komorbidität nicht weiter berücksichtigt. Auch mögliche Nebenwirkungen als Folge der medikamentösen Therapie wurden oftmals fälschlicherweise als weitere Verhaltensauffälligkeit interpretiert.

Die Beschäftigung der Patienten, im Sinne einer Arbeitstherapie stellte bei der untersuchten historischen Stichprobe den größten Anteil dar. Die Arbeitstherapie wurde auf den Stationen 3053 und der allgemeinspsychiatrischen Station 3012 durch Beschäftigungs- und Bewegungstherapie sinnvoll ergänzt und gehört zum festen Therapiekonzept dieser Abteilungen. Für Suhrweier (1999) steht die Förderung der Persönlichkeitsentwicklung der Intelligenzgeminderten bei der Arbeitstherapie im Vordergrund, dies kann dadurch verstärkt werden, dass die Arbeitsaufträge an die Fähigkeiten der Intelligenzgeminderten angepasst werden.

Umfeld vor Aufnahme

Die Patienten der historischen Stichprobe waren vor ihrem Aufenthalt in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten hauptsächlich schon in anderen Anstalten untergebracht bzw. wurden aus dem häuslichen Umfeld dorthin eingewiesen. Die Anstalt stellte eine geschlossene Wohnform dar.

Im Gegensatz hierzu waren alle Patienten der Station 3053 vor ihrer Aufnahme in einer offeneren Form des Wohnens untergebracht, in der sie engmaschig professionell betreut wurden. Die Patienten der Station 3012 wohnten vor ihrem Klinikaufenthalt überwiegend in einer selbstständigen Wohnform, in der sie sich eigenständig versorgen konnten.

Dies zeigt, dass Intelligenzgeminderten Personen heute – im Gegensatz zu früher – in der Regel eine für sie adäquate Behandlung zu Teil wird. Während sie früher entweder in Einrichtungen ohne Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, oder aber zu Hause häufig ohne für sie adäquate Behandlung lebten, ist heute häufig ein Leben in offenen Wohnformen möglich, das sowohl Teilhabe als auch Berücksichtigung der Einschränkungen ermöglicht. Der Vergleich mit der allgemeinspsychiatrischen Station zeigt, dass heute versucht wird, die Intelligenzgeminderten Personen in Akutphasen, ebenso wie psychiatrische Personen in einer für ihre aktuelle Lebenssituation passende Umgebung unterzubringen.

Umfeld nach Entlassung

Die meisten Patienten der historischen Stichprobe sind in der psychiatrischen Klinik verstorben oder in eine andere Anstalt verlegt worden. Daraus ist zu folgern, dass sich der Zustand der Patienten während des Anstaltsaufenthaltes nicht weiter verbessert hat, bzw. die alternativen Formen der Unterbringung noch nicht so weit entwickelt waren, dass sie von den Patienten genutzt werden konnten. Schwerst intelligenzgeminderten Patienten war eine eigenständige Form des Wohnens außerhalb der psychiatrischen Klinik aufgrund des hohen Pflegebedarfs nicht möglich. Bei den Patienten der Stationen 3053 und 3012 ist zu erkennen, dass es ihnen nach ihrem Aufenthalt und der Behandlung in der Klinik wieder möglich war in ihr gewohntes Umfeld vor dem Aufenthalt zurückzukehren. Ein möglicher Grund hierfür könnte sein, dass oftmals nur vorübergehende Unterbringungsschwierigkeiten im gewohnten Umfeld aufgetreten sind. Die Klinik stellte für die Patienten auch einen Ort der Deeskalation nach akuten Belastungssituationen dar, von dem sie nach Stabilisierung des Allgemeinzustandes wieder entlassen werden konnten.

4.2. Vergleiche der psychiatrischen Diagnosen gemäß der heutigen Klassifikation

Die früher gebräuchliche Einteilung, die in den Akten für die Ausprägung der Schweregrade der Intelligenzminderung zu finden ist, unterscheidet zwischen Debilität (leichte Intelligenzminderung), Imbezilität (mittlere Intelligenzminderung) und der schwersten Form der Intelligenzminderung, der Idiotie. Den Krankenakten kann entnommen werden, dass die meisten Patienten an der mittleren Schwereform der Intelligenzminderung litten, bzw. die Ärzte den Großteil der Patienten als imbezil eingestuft haben. Diese Einteilung durch den Aufnahmearzt erfolgte aufgrund kaum durchgeführter Diagnostik, fehlender Intelligenztestung äußerst subjektiv, wenig differenziert und oftmals vollkommen willkürlich. Als Kriterien, welcher Schweregrad dem Patienten zugeordnet werden kann, wurden, unter anderem die Einsatzfähigkeit bei der Arbeit im Anstaltsalltag, das Maß der Selbstständigkeit und ein angepasstes Verhalten des Patienten im Stationsalltag herangezogen. Hierauf wurde bereits in Kap. 4.1.3. ausführlich eingegangen.

Nach heutiger Einteilung gemäß ICD-10 Klassifikation, würde nach Ansicht der Verfasserin, der größte Anteil der Patienten in Kategorie F 78 eingestuft werden. Dies entspricht einer anderen Intelligenzminderung, da eine Einteilung mit üblichen Verfahren aufgrund einer zusätzlichen Behinderung nicht möglich ist (vgl. Remschmidt 2004, vgl. Kap. 1.1.2.3). Diese Einteilung in die Kategorie F78 würde heutzutage den überwiegenden Anteil der Patienten ausmachen, da bei den früher vorgenommenen Einteilungen die zusätzliche Behinderung, die nach heutigen Gesichtspunkten der Komorbidität entspricht, zumeist vollkommen unberücksichtigt geblieben ist.

Der nächst größere Anteil der Patienten würde, nach Einschätzung der Verfasserin, heutzutage in Kategorie F 79 eingeteilt werden. Dies entspricht nach ICD-10 einer Intelligenzminderung, die nicht näher bezeichnet werden kann, da die Informationen nicht ausreichend sind (vgl. Remschmidt 2004, vgl. Kap. 1.1.2.3). Dies trifft auf einen Großteil der Patienten zu. Die Informationen, die anhand der Anamnese und der Akteneinträge auf die Ätiologie oder den Schweregrad der Intelligenzminderung schließen lassen könnten, waren oftmals nicht ausrei-

chend. Da in vielen Fällen keine oder zu wenig Diagnostik durchgeführt wurde, waren kaum objektive Kriterien zur Einteilung der Ausprägung des Schweregrads verfügbar. Desweiteren waren bei zahlreichen Patienten die Akteneinträge äußerst spärlich.

4.3. Behandlungsmethoden

4.3.1. Behandlung in Abhängigkeit des Schweregrades der Störung

Ob die intelligenzgeminderten Patienten der psychiatrischen Klinik Zwiefalten behandelt wurden, oder ob sie ohne weitere Behandlung ausschließlich verwahrt wurden, war stark von der Ausprägung des Schweregrades der Intelligenzminderung abhängig.

Insgesamt erhielt knapp ein Drittel der intelligenzgeminderten Patienten keine Behandlung. Vor allem während des Zeitraums von 1941 bis 1960 bestand die Behandlung vorwiegend in der Sicherung und Verwahrung der Patienten, die kaum Förderung oder Therapie erhielten. Mit Zunahme des Schweregrades der Intelligenzminderung nahm auch der Anteil der Patienten zu, die nicht behandelt wurden. Jedoch waren die schwerst Intelligenzgeminderten gerade diejenigen, die besonders auf Förderung und Behandlung angewiesen waren. Der Pflegeaufwand für diese Patientengruppe war sehr hoch. Meistens konnten sie selbst die alltäglichen Dinge nicht ohne Anleitung erledigen und bedurften stets unterstützender Hilfe. Diese Patienten verblieben die meiste Zeit des Tages im Bett, da sie für Arbeiten nicht eingesetzt werden konnten. Der Aufwand, sie mehrmals täglich zu mobilisieren war sehr groß, daher nahmen sie auch meist die Mahlzeiten im Bett zu sich. Die völlig überfüllten Stationen und die viel zu knappe personelle Besetzung machten eine individuelle Betreuung und Förderung unmöglich.

Der überwiegende Anteil der Patienten jedoch wurde während des Anstaltsaufenthaltes in Zwiefalten behandelt. Unter den Patienten, die behandelt wurden, machten die Patientengruppen der imbezilen und debilen Intelligenzgeminderten den größten Anteil aus. Den Akten ist zu entnehmen, dass die Patienten, die nur vom leichten bzw. mittleren Schweregrad der Ausprägung der Intelli-

genzminderung betroffen waren, bei den ausgeübten Tätigkeiten weit weniger Anleitung und Betreuung durch die Pflegekräfte bedurften. Diese Patienten arbeiteten weitgehend selbstständig und erbrachten somit auch wirtschaftlichen Nutzen für die Anstalt. Durch den Einsatz der Patienten als Arbeitskräfte konnten im Weiteren die Betriebskosten gesenkt werden. Das Ausüben der verschiedenen Arbeitstätigkeiten brachte für die Patienten, neben der Stärkung des Selbstwertgefühls, einige weitere Vorteile mit sich. Die Patientengruppen, die zur Arbeit geeignet waren und eingesetzt wurden, stiegen im Ansehen des Personals deutlich. Diese größere Wertschätzung wurde zum Beispiel durch zusätzliches Essen oder einen freundlicheren Umgang im zwischenmenschlichen Bereich ausgedrückt. Die arbeitsfähigen und- willigen Patienten genossen zudem mehr Freiheiten im Anstaltsalltag, z.B. wurden Besuche von Familienangehörigen von der Anstaltsleitung häufiger genehmigt. Durch diese Begünstigungen wurde die Kluft zwischen den leichter und schwerer intelligenzgeminderten Patienten in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten noch größer und ganz deutlich erkennbar.

Aus den Patientenakten wird ersichtlich, dass sich die Behandlung intelligenzgeminderter Menschen in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten auf drei wesentliche Behandlungsmöglichkeiten beschränkte. Hierbei stellte die Arbeits- und Beschäftigungstherapie die hauptsächliche Behandlungsform dar, gefolgt von der medikamentösen Therapie und den Zwangsmaßnahmen.

Die Arbeitsbereiche der intelligenzgeminderten Patienten verteilten sich auf das Arbeiten in der Landwirtschaft und die Hilfe in den hauswirtschaftlichen Bereichen der Anstalt. Die arbeitsfähigen, leicht bis mittelschwer intelligenzgeminderten männlichen Patienten verrichteten häufig die Arbeit auf dem freien Feld. Sie steuerten durch die Ernteerträge einen großen Teil der zum Leben notwendigen Nahrungsmittel bei. Bei der Feldarbeit wurden die Patienten zusammen in Gruppen beschäftigt. Diese Erfahrungen, die diese Patienten beim Eingliedern in die Gruppe sammelten, wirkten sich positiv auf das Zusammenleben der Patienten in der Anstalt aus und die Anstaltsatmosphäre besserte sich dadurch wesentlich (Bleuler 1983). Des Weiteren konnte ihnen die Förderung des Sozialverhaltens, durch gemeinschaftliches Arbeiten mit Mitpatienten, eine Hilfe bei

der Wiedereingliederung im Leben außerhalb der Anstalt bieten (Genser 2006). Außerdem bot die Arbeit in der Natur den Patienten eine erfreuliche Abwechslung zum sonst doch recht trostlosen Anstaltsalltag. Eine weitere Folge, die das körperlich schwere Arbeiten mit sich brachte war, dass die Patienten tagsüber eventuelle Aggressionen abbauen konnten und am Abend die Ruhe auf den Stationen gewährleistet war. Laut Felgner (2008) mussten bei den Patienten, die einer Beschäftigung nachgingen, deutlich weniger Medikamente zur Sedierung eingesetzt werden.

Durch das Arbeiten in der Gemeinschaft stand die bisher vorherrschende Passivität, die in der Isolation der Schlafsäle herrschte, nun der Aktivität und den sozialen Kontakten während der Arbeit gegenüber. Diese aktive Krankenbehandlung wurde in Zwiefalten bis Mitte des 20. Jahrhunderts den schwerst intelligenzgeminderten Patienten, bis auf einige wenige Ausnahmen, vorenthalten. Die Arbeitstherapie beschränkte sich auf Patienten, die leicht bis mittelschwer intelligenzgemindert waren und dafür geeignet schienen, so dass ihre Arbeit der Klinik zu Gute kam. Anstatt die Arbeitstherapie individuell abgestuft auf die Möglichkeiten der schwerst Intelligenzgeminderten anzuwenden, wurden diese weiterhin hauptsächlich verwahrt.

Schott sieht verschiedene Gründe, die ab ca. 1950 zum Rückgang der reinen Arbeitstherapie geführt haben. Er nennt zum einen die zu dieser und der nachfolgenden Zeit nachlassende wirtschaftliche Konjunktur, und andererseits lenkten die Psychiater ab dem Jahr 1950 ihre Aufmerksamkeit bevorzugt auf die neuen Psychopharmaka (Schott 2006). Als Beispiel ist hier Haloperidol (Riederer 1992) mit seiner klinisch antipsychotischen Wirkung zu nennen, sowie verschiedene neu eingeführte Antidepressiva. Durch die Einführung dieser neuen Psychopharmaka nahm der Einsatz von Neuroleptika deutlich zu. Sie wurden vor allem bei imbezilen Patienten verstärkt eingesetzt. In den Akten wird beschrieben, dass die eingesetzten Medikamente jedoch hauptsächlich der Sedierung und Ruhigstellung verhaltensauffälliger intelligenzgeminderter Patienten dienten. Dies erschien nötig, da es durch aggressives Verhalten immer wieder zu Unruhen und Streit zwischen den Patienten und dem Pflegepersonal, sowie auch unter einzelnen Patienten kam. Die schwerer intelligenzgeminderten Pati-

enten waren für das Pflegepersonal deutlich schwieriger zu führen und gefährdeten die Ruhe und angestrebte Ordnung im Stationsalltag. Durch die Personalknappheit waren die wenigen Pflegekräfte mit der Versorgung der intelligenzgeminderten Patienten überfordert und in Akutsituationen oftmals hilflos. Die Ruhigstellung der Patienten diente somit auch der Entlastung und Arbeits erleichterung des Personals. Generell kann festgehalten werden, dass Zeitgeschehnisse wie der 2. Weltkrieg und die Nachkriegszeit negativen Einfluss auf die Bedingungen in der Anstalt hatten. Je schlechter die Versorgungsmöglichkeiten der Patienten und je höher die Arbeitsbelastung des Personals waren, desto schneller wurden sedierende Medikamente verabreicht.

Das Vorhandensein möglicher Komorbiditäten blieb bei der Indikationsstellung weiterhin weitgehend unberücksichtigt. Oftmals wurden verschiedene Psychopharmaka verabreicht, obwohl eine Mehrfachgabe der Psychopharmaka die Beurteilung der Wirkung und unerwünschten Wirkungen des einzelnen Medikaments deutlich erschwert (Dahlmann-Herpertz 2008). Es wurde auch nicht zwischen psychiatrischer Zusatzerkrankung und Verhaltensauffälligkeit differenziert, die die intelligenzgeminderten Patienten eventuell auch zeigten, um auf ihre eventuelle Belastungen ihrerseits aufmerksam zu machen oder ihren Unmut zu äußern. Došen (1997) merkt an, dass den Patienten oft ein Lebensstil aufgezwungen wurde, der ihren Bedürfnissen und Fähigkeiten nicht entsprochen hat. Verhaltensauffälligkeiten sind seiner Meinung nach dann als Reaktion auf diese Lebensbedingungen zu werten. Eine weitere Schwierigkeit im Einsatz von Psychopharmaka bei intelligenzgeminderten Patienten war, dass bei einer Vielzahl der Patienten die Ätiologie der Intelligenzminderung unbekannt war. Eine unbekannte Ursache macht somit eine kausal gerichtete Medikation nicht möglich (Dahlmann-Herpertz 2008). Bei der Indikationsstellung kam erschwerend hinzu, dass je stärker die Patienten von der Ausprägung der Intelligenzminderung betroffen waren, umso schwieriger war es für die Patienten auch ihre subjektiven Beschwerden verbal oder durch Gesten mitzuteilen. Die Verhaltensbeobachtung diente dann als vage Hilfe zur Indikationsstellung. Bis zu den 60-er Jahren des 20. Jahrhunderts war die Indikationsstellung der Medika-

tion sehr breit und die diagnostischen Schwierigkeiten blieben wenig beachtet. Medikamente wurden verabreicht, auch wenn zu diesem Zeitpunkt aufgrund nicht durchgeführter Diagnostik die genaue Diagnose noch gar nicht zu stellen war. In vielen Fällen war die genaue Wirkung auf das entsprechende Krankheitsbild nicht ganz klar und das neue Medikament wurde an den Patienten mehr oder weniger „ausprobiert“. Aus den Aufschrieben der Akten wird weiter deutlich, dass die Indikationsstellung zur Medikation oftmals subjektiv geprägt war, teilweise wurde die Medikamentengabe auch willkürlich durchgeführt. Ab 1960 erfolgte ein verantwortungsbewussterer Umgang mit Psychopharmaka. Das Ziel der Medikation veränderte sich zunehmend von der Disziplinierung hin zur individuellen, unterstützenden Therapieoption bei intelligenzgeminderten Patienten mit psychischer Zusatzerkrankung (Došen 1997). Heute gilt, dass die unterstützende psychopharmakologische Behandlung immer mit großer Behutsamkeit durchgeführt werden muss (Amberger 2010).

Über den gesamten Untersuchungszeitraum wurden in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten bei der Behandlung intelligenzgeminderter Patienten auch Zwangsmaßnahmen angewendet. Durch Maßnahmen wie Isolierung, Fixierung und allgemeine Sanktionen wie z.B. Essensentzug wurde versucht, von den Patienten ein Verhalten zu erzwingen, das an den Stationsalltag angepasst war. Es wurde versucht, Verhaltensauffälligkeiten durch diese Zwangsmaßnahmen zu verringern bzw. einzuschränken.

Aus den historischen Akten wird ersichtlich, dass bei der Gruppe der imbezilen Patienten Zwangsmaßnahmen insgesamt am häufigsten zum Einsatz kamen. Eine Erklärung hierfür ist, dass viele der schwer intelligenzgeminderten Patienten aufgrund der starken Ausprägung der Intelligenzminderung generell oftmals die überwiegende Zeit im Bett verbrachten, da sie für andere Tätigkeiten nicht gebraucht werden konnten. Die Patienten, die nur von einer mittleren oder leichten Intelligenzminderung betroffen waren, standen den Anweisungen des Pflegepersonals hingegen deutlich kritischer gegenüber. Diese Patientengruppen nahmen gegenüber dem Pflegepersonal oft eine ablehnende und abwehrende Haltung ein, was zu Konflikten und auch aggressiven Reaktionen führte.

Durch die angewendeten Zwangsmaßnahmen versuchte man diesem Verhalten entgegenzuwirken.

Es fällt auf, dass ab 1941 vermehrt Zwangsmaßnahmen zur Züchtigung der Patienten eingesetzt wurden, von denen nun hauptsächlich schwerst intelligenzgeminderte Patienten betroffen waren. Durch diese, gegen den Willen der Patienten durchgeführten Behandlungsmethoden, wurde laut Landgraf (2006) die Hoffnung und das Vertrauen, das in die psychiatrische Behandlung gesetzt wurde, von Angst und Misstrauen abgelöst. Während der 2. Weltkriegs und der Nachkriegszeit führten die katastrophalen Zustände in der Anstalt und die totale Überfüllung zu einer ausschließlich verwahrenden Unterbringungsform. Die Personalknappheit ließ keinen Raum und Zeit für individuelle Betreuung oder gar Förderung der Patienten. Fehlerhaftes, auflehnendes Verhalten, Verstöße gegen die Vorschriften zogen direkte Sanktionen nach sich. Primär stellte die Durchführung von Zwangsmaßnahmen einen Widerspruch zur Selbstbestimmung des Patienten dar. Jedoch konnten Verhaltensauffälligkeiten oder auch (Auto-) Aggressionen (vgl. Kap. 4.1.4) die intelligenzgeminderten Patienten auch in Situationen bringen, in denen eine akute Selbstgefährdung bestand und hierbei die Fixierung eine Schutzmaßnahme darstellte (Theunissen 2005). In den Jahren ab 1961 nahm der Einsatz von Zwangsmaßnahmen zugunsten der Psychopharmakotherapie ab.

Insgesamt ist zu sagen, dass die gefundenen Daten keine grundsätzliche Überraschung enthielten. Die Ergebnisse entsprechen den Erwartungen vor Beginn der Datenerhebung und bestätigen diese.

Zielsetzung dieser Arbeit war es, die Annahmen, die aufgrund der Literaturrecherche bezüglich der Behandlung Intelligenzgeminderter gewonnen wurden, an einer Stichprobe aus fast 200 Jahren kritisch zu prüfen. Durch die Untersuchung und Aufarbeitung der Akten ließen sich diese Annahmen an der Realität an einer Heil- und Pflegeanstalt belegen.

4.3.2. Formen der Unterbringung

Die Unterbringung in der psychiatrischen Klinik selbst stellte bei der historischen Stichprobe die fast ausschließliche Form dar. Positiv zu werten ist, dass ergänzend hierzu in Zwiefalten der Versuch unternommen wurde, die intelligenzgeminderten Patienten auch in die Familienpflege zu vermitteln. Vereinzelt lebten und arbeiteten die Intelligenzgeminderten dann bei einer Fremd- oder Gastfamilie.

Die Institution Anstalt allgemein veränderte sich als Ort der Unterbringung und des Wohnens für die intelligenzgeminderten Menschen über den untersuchten Zeitraum mehrfach. Es wurden zunächst zahlreiche kleine und überschaubare Einrichtungen gegründet, ab den Jahren 1860 kann dann ein Trend hin zu größeren Anstalten beobachtet werden (Röper 1998). Dadurch konnten unter anderem mehr Arbeitsplätze für die Patienten geschaffen werden, in Folge dessen war eine Senkung der Betriebskosten möglich. In den Akten ist beschrieben, dass die intelligenzgeminderten Patienten in Zwiefalten vor allem Anfang des 20. Jahrhunderts zusammen mit vielen anderen Patienten, die die unterschiedlichsten Krankheitsbilder aufwiesen, in großen Gruppen in Schlafsälen untergebracht wurden. Zahlreiche Patienten hielten sich den gesamten Tag über im Schlafsaal auf. Abhängig von der Schwere der Ausprägung der Intelligenzmin- derung verließen einige schwer intelligenzgeminderte Patienten nicht einmal zu den Mahlzeiten ihr Bett. Den aufgearbeiteten Akten kann entnommen werden, dass diese Patienten einzig durch die durchgeführte Körperpflege und die Nahrungsaufnahme eine Unterbrechung der vorherrschenden Monotonie ihres Anstaltsalltags erfuhren. Sie lebten weitgehend isoliert und hatten kaum Kontakt zu der Welt außerhalb der Anstaltsmauern. Ihr Leben war meist auf den Wohnbereich beschränkt, eine Trennung zwischen verschiedenen Lebensbereichen erfolgte nicht. Auf Wünsche, individuelle Wohnbedürfnisse und Privatsphäre konnte keine Rücksicht genommen werden. Der Tagesablauf in einer großen Anstalt, wie es die psychiatrische Klinik Zwiefalten war, wurde für die Patienten komplett vorstrukturiert. Diese vorgegebene Struktur ließ den Patienten kaum Möglichkeiten zur Selbstbestimmung oder Selbstständigkeit. Hierbei muss aber auch erneut zwischen der Ausprägung des Schweregrades unterschieden und

differenziert werden. Die klar vorgegebene Alltagsstruktur stellte für die leicht bis mittelgradig intelligenzgeminderten Patienten sicherlich eine Einschränkung ihrer persönlichen Freiheiten dar, hingegen waren schwerst intelligenzgeminderte Patienten auf diese Unterstützung und vorgegebene Struktur im Alltag stark angewiesen. Einige Autoren sahen die Gefahr der Entwicklung von Hospitalismus durch dieses armselige Anstaltsleben (Drgala 2008). Folgen dieser Art der verwahrenden Unterbringung äußern sich bei intelligenzgeminderten Patienten laut Ormerod (2004) unter anderem in erlernter Hilflosigkeit, auffälligen Verhaltensweisen oder auch stereotypen Ticks. Jung (2005) beschreibt im Rahmen von Deprivationssyndromen Formen von regressivem oder (auto-) aggressivem Verhalten der Patienten. Weitere Folgen der Institutionalisierung sind, ausgelöst durch die verstärkte Passivität, ein Verlust sozialer Rollen, gefolgt von emotionalem Rückzug bis hin zur Lebensuntüchtigkeit (Drgala 2008). Man muss vor diesen Gesichtspunkten beachten, dass die Patienten durch ihre eingeschränkte Alltags-, und Lebensroutine, und ihre zum Teil dadurch begünstigten und verstärkten Verhaltensauffälligkeiten von den Ärzten als schwerer intelligenzgemindert eingeschätzt wurden, als sie es vielleicht waren.

Erst durch die Psychiatrieenquête 1975 sollte es zur „Enthospitalisierung“ und Trennung der Versorgung psychisch Kranker und erwachsener geistig Behinderter kommen (Finzen 1976). Ziel war es unter anderem, dass die intelligenzgeminderten Menschen nicht mehr in psychiatrischen Kliniken versorgt werden sollten. So nimmt die psychiatrische Klinik heute meist die Aufgabe der Krisenintervention wahr. Die heute vorherrschende Unterbringungsform ist das Wohnheim. Kleine Wohngruppen und ambulant betreute Wohnformen, in denen intelligenzgeminderte Menschen noch selbstständiger wohnen, spielen zahlenmäßig noch eine untergeordnete Rolle (Stöppler 2002).

Die untersuchte Stichprobe der intelligenzgeminderten Patienten stellt keine Ausnahme bezüglich der in Zwiefalten gerne und häufig praktizierten Unterbringungsform Familienpflege als Alternative zur Unterbringung in der Anstalt dar. Zwiefalten praktizierte erfolgreich als erste Anstalt in Württemberg die psychiatrische Familienpflege, bereits beginnend ab 1896 (Eisenhut 1996). Generell nahm Zwiefalten mit dieser Form der Unterbringung eine Ausnahmestellung in

Deutschland ein. Im Gegensatz zu anderen Anstalten, konnte in der Zwiefalter Anstalt die Familienpflege auch während der Kriegszeiten erfolgreich fortgeführt werden. Patienten wurden in die meist ortsansässigen Familien vermittelt, wo sie die Stellung eines Familienmitglieds genossen und meist familiären Rückhalt verspürten (Lulgjuraj 2009). Was ihren Status anbelangt, so galten sie weiterhin als Patienten der Klinik und es erfolgte eine regelmäßige Betreuung durch die Ärzte. Die Familien wurden für ihre Bereitschaft, einen Patienten ohne zeitliche Begrenzung in ihre häusliche Gemeinschaft aufzunehmen, bezahlt. Im Gegenzug dazu musste sich der „Pflegling“ (Eisenhut 1996) durch Mitarbeit das Essen und die Unterkunft verdienen. So sollte einer Ausbeutung des intelligenzgeminderten Bewohners als Arbeitskraft vorgebeugt werden. Zu Beginn des zweiten Weltkrieges konnten die Gastfamilien zwar keine finanzielle Unterstützung mehr erwarten, die Familienpflege blieb trotzdem weiterhin bestehen, da gerade in dieser Zeit auf die Patienten als Arbeitskräfte nicht verzichtet werden konnte.

Geistig behinderte Patienten wurden jedoch nur vereinzelt in die Familien vermittelt. Dieses Privileg wurde wenn dann nur den leicht und mittelschwer intelligenzgeminderten Patienten zu Teil. Die schwerst intelligenzgeminderten Patienten hingegen verblieben ausschließlich in der psychiatrischen Klinik. Sie hätten in den Familien keine Hilfe als unterstützende Arbeitskraft darstellen können, sondern wären wohl eher eine zusätzliche Belastung gewesen. Es ist auch anzunehmen, dass sich die schwerst intelligenzgeminderten Menschen schwer getan hätten sich in das soziale Gefüge des Familienlebens einzufinden.

4.4. Wandel im Verständnis des Störungsbildes geistiger Behinderung

4.4.1. Attributzuschreibung

In den ausgewählten Beispielen aus dem Zeitraum 1851-1962 wurden von den behandelnden Ärzten die unterschiedlichsten, auslösenden Ursachen einer Intelligenzminderung vermutet. Neben einem ausgeprägten Geschlechtstrieb oder einer positiven Familienanamnese gingen die Mediziner auch schon Ende des 19. Jahrhunderts von einer möglichen organischen Ursache der geistigen Behinderung aus. Erstaunlicherweise ist über den o.g. Zeitraum kaum eine sprachliche Entwicklung und Differenzierung bezüglich der Ausdrucksweise, Dokumentation und Beschreibung von Seiten der Ärzte festzustellen. Die Beurteilung des Patienten wurde stark von dessen Einsatzmöglichkeiten bei der Arbeit und dem daraus folgenden wirtschaftlichen Nutzen für die Gesellschaft beeinflusst. War der Patient zur Arbeit einsetzbar, so fiel die Dokumentation und Beschreibung des Patienten sehr viel positiver aus, als wenn er nicht für Arbeiten geeignet war. Mögliche Ursachen für fehlenden Arbeitseinsatz, wie zum Beispiel Komorbiditäten, wurden auch bis Mitte des 20. Jahrhunderts bei der Beurteilung des Intelligenzgeminderten nicht berücksichtigt. Es wurden auffallend oft wertende, negative und demütigende Äußerungen über den Patienten gemacht, der „tief verblödet“ und „unfähig“ war. Das Verhalten der Patienten wurde dabei über den gesamten Zeitraum sehr abwertend beschrieben und eine Differenzierung in der Ausdrucksweise fehlte teilweise völlig. So wurde z.B. nicht genauer betrachtet, warum es einem Patienten nicht möglich war, sich deutlich auszudrücken, sondern es wurde als „idiotisches Gestammel“ eingeschätzt und als störend empfunden.

Des Öfteren wurden Vergleiche aus der Tierwelt zur Darstellung des Zustandes und Beschreibung des Verhaltens der geistig Behinderten herangezogen. Dabei fällt eine bildreiche Beschreibungsform auf. Eine ausreichende Nahrungsaufnahme wurde als „außerordentlich gefräßig“ dokumentiert, undeutliche Ausdrucksweise als „schnattern“, wie man es ebenso aus dem Tierreich kennt. Ein wichtiges Ziel im Stationsalltag war es, die Ruhe auf den Abteilungen zu gewährleisten. Um diese nötige Ruhe zu erreichen, wurde von den Patienten ein

angepasstes Verhalten erwartet. Persönliche Abweichungen von dem erwarteten Verhalten waren nicht akzeptiert. Dieses unangepasste Verhalten in Form z.B. von „blödem Lachen“ oder „poltern“, welches von Ärzten und Pflegepersonal als störend empfunden wurde, hatte Maßnahmen wie Sedierung und Fixation zur Folge (vgl. 3.3.1).

4.4.2. Falldarstellungen

Die Patientin, deren Aufenthalt in Fall 1 beschrieben wird, wurde aufgrund einer schweren Intelligenzminderung im Sinne einer Idiotie in die Zwiefalter Klinik aufgenommen. Sie verblieb 27 Jahre lang in der Anstalt, in der sie im Alter von 75 Jahren verstarb.

Die Patientin wurde aufgrund ihrer zunehmend erhöhten Pflegebedürftigkeit und der daraus folgenden zeitintensiven Betreuung, die im häuslichen Umfeld nicht mehr geleistet werden konnte, in die Anstalt aufgenommen. Aus den Unterlagen geht hervor, dass eine positive Familienanamnese bezüglich des Auftretens der Intelligenzminderung vorlag. Bevor die Patientin im Alter von 49 Jahren in die Klinik aufgenommen wurde, fand keine Intelligenztestung bei ihr statt und sie erhielt keinerlei Förderung. Auch während des jahrzehntelangen Klinikaufenthaltes wurde keine Intelligenzprüfung bei ihr durchgeführt, die den Grad der Intelligenzminderung hätte objektivieren können. Außer dem gelegentlichen Einsatz, im Sinne von arbeitstherapeutischer Förderung, in Stall und Garten, erfolgte keine weitere Förderung. Die über Jahre hinzugewonnenen heiltherapeutischen Erkenntnisse und medizinischen Fortschritte blieben ihr versagt. Die Einsatzmöglichkeiten in verschiedenen Arbeitsbereichen waren, aufgrund der bei der Patientin deutlich ausgeprägt bestehenden Intelligenzminderung, lediglich sehr eingeschränkt möglich. Ihr konnten nur einfache Arbeiten zugeteilt werden und auch diese konnte sie allenfalls in geringer Geschwindigkeit verrichten. Der wirtschaftliche Nutzen, der durch die Patientin erbracht werden konnte, war somit sehr begrenzt. Dadurch fiel die Beurteilung der Patientin durch die Pflegekräfte und Ärzte abwertend und wenig wertschätzend aus, dies spiegelte sich in der Formulierung der Einträge in die Patientenakte wider. Auch

die Fähigkeit, die körpereigene Hygiene selbstständig durchführen zu können, wurde zur Einstufung des Schweregrades der Intelligenzminderung herangezogen. Die Tatsache, dass die Patientin recht unselbstständig war und auf Unterstützung und Hilfe angewiesen war, beeinflusste die Beurteilung der Ausprägung der Intelligenzminderung. Die altersbedingte Einschränkung der Selbstständigkeit wurde hierbei nicht berücksichtigt.

Als die Patientin an Herzinsuffizienz litt, wurde kein festes, geordnetes Therapieschema angesetzt, mit der Begründung, dass die Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme nicht gewährleistet sei.

Die Tatsache, dass keine Verbesserung des körperlichen und geistigen Zustandes der Patientin zu erwarten war, führte dazu, dass diese ununterbrochen in der Anstalt verbleiben musste. Die Möglichkeit sie in Familienpflege unterzubringen und ihr dadurch ein eigenständigeres Leben zu ermöglichen war, aufgrund ihrer Unselbstständigkeit und der eingeschränkten Arbeitsfähigkeit nicht gegeben.

Die Patientin verbrachte 27 Jahre in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten, in diesem ganzen Zeitraum wurde von Seiten des Pflegepersonals und der Ärzte der Alltag der Patientin, sowie die durchgeführten Maßnahmen nur in sehr geringem Umfang dokumentiert. Ihre komplette Patientenakte umfasst 10 Seiten. Es vergingen Monate, in denen nichts oder nur einzelne Zeilen dokumentiert wurden. Im Jahre 1950 zum Beispiel wurden insgesamt nur vier Einträge niedergeschrieben. Eine Erklärung hierfür dürfte die Personalknappheit gewesen sein, für einige hundert Patienten waren nur wenige Pfleger zuständig, teilweise nur zwei Ärzte. Der aus dieser personellen Unterbesetzung resultierende Zeitmangel führte unter anderem zu einer vernachlässigten Dokumentation. Ganz allgemein wurden in den Krankengeschichten vor allem Änderungen des Krankheitsbildes und des Zustandes der Patienten dokumentiert. Da in diesem Fallbeispiel das Krankheitsbild und der alltägliche Ablauf der Patientin über Jahre hinweg gleichbleibend waren, wurde wohl auch wenig Bedarf für zusätzliche oder ausführlichere Einträge gesehen. Das Verhalten der Patientin und ihre Art zu arbeiten wurden wenig differenziert beschrieben. Der Patient, dessen Anstaltsaufenthalt in Fall 2 näher dargestellt wird, wurde aufgrund einer leichten

Minderung der Intelligenz (Debilität) nur vorübergehend in die Zwiefalter Klinik aufgenommen. Er konnte nach einer relativ kurzen Aufenthaltsdauer von ca. 4 Monaten wieder in sein häusliches Umfeld entlassen werden.

Der Grund, der zur Aufnahme des Patienten führte, war ein vorübergehend entstandenes Versorgungsproblem, da der Vater des Patienten erkrankte. Auch bei diesem Patienten bestand eine positive Familienanamnese bezüglich Intelligenzminderung. Die bestehende Innenohrschwerhörigkeit des Patienten wurde als hauptsächliche Ursache für seine verzögerte Sprachentwicklung angesehen. Im Laufe des stationären Aufenthaltes wurde ein nervenärztliches Gutachten erstellt, das nach eingehender Intelligenzprüfung die Intelligenzminderung in schwacher Ausprägung im Sinne einer Debilität bestätigte. Aufgrund der schwachen Intelligenzminderung war, im Gegensatz zu schwerer ausgeprägter Intelligenzminderung, die Intelligenzprüfung mit weniger Aufwand, aufgrund selbstständigerer Mitarbeit des Patienten durchzuführen.

Dem Patient konnten auch anspruchsvollere Aufgaben in verschiedenen Arbeitsbereichen zugeteilt werden. Demnach war der wirtschaftliche Nutzen, der durch die Arbeit des Patienten erzielt werden konnte, größer als bei Patienten mit schwerer ausgeprägter Intelligenzminderung. Das Ansehen bei dem Pflegepersonal und den Ärzten war durch die höhere Arbeitsfähigkeit gut, der Patient war gut lenkbar und fügte sich problemlos in den Stationsalltag ein. Die positive Einschätzung des Pflegepersonals und der Ärzte spiegelte sich unter anderem in der weniger negativ ausfallenden Attributzuschreibung in der Dokumentation wider. Die Ausdrucksweise war wesentlich differenzierter als bei der Patientin aus Fall 1. In dem Klinikaufenthalt, der vier Monate dauerte, wurde der Alltag des Patienten ausführlich und regelmäßig dokumentiert. Der Patient konnte, nachdem seine Versorgung zu Hause wieder gesichert war, in sein häusliches Umfeld entlassen werden.

5. Zusammenfassung

Intelligenzgeminderte Patienten stellen seit der Entstehung psychiatrischer Kliniken eine Teilmenge der dort behandelten Personen dar. Da bisher keine Aufarbeitung der Behandlung Intelligenzgeminderter im Rahmen einer psychiatrischen Klinik vorliegt, beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit dieser Thematik am Beispiel der psychiatrischen Klinik Zwiefalten. Dazu wurde eine repräsentative Stichprobe von Patientenakten intelligenzgeminderter Patienten untersucht. Bei der Erhebung wurden alle Aufnahmen berücksichtigt, die zwischen dem Gründungsjahr der Königlichen Irrenanstalt Zwiefalten 1812 und dem Jahr 1982 stattgefunden haben. Der gesamte Erhebungszeitraum umfasst somit 170 Jahre.

In den ersten fünfzig Jahren des Erhebungszeitraums sind nur wenig Einträge in den Patientenakten niedergeschrieben, in den darauffolgenden Jahren sind die Einträge von einer negativen Grundhaltung gegenüber den Intelligenzgeminderten geprägt.

Bezüglich der Ätiologie der Intelligenzminderung kann zwischen der angeborenen und der erworbenen Form unterschieden werden. Die meisten Patienten hielten sich, bevor sie nach Zwiefalten überwiesen wurden, schon in einer anderen Anstalt auf.

Die Behandlung der intelligenzgeminderten Patienten in der Klinik Zwiefalten beschränkte sich auf drei wesentliche Behandlungsmöglichkeiten. Hierbei stellte die Arbeits- und Beschäftigungstherapie die hauptsächliche Behandlungsform dar, gefolgt von der medikamentösen Therapie und den Zwangsmaßnahmen. Der überwiegende Teil der Intelligenzgeminderten in Zwiefalten wurde behandelt, dennoch wurden viele Patienten ausschließlich in der Anstalt verwahrt. Die Art der Behandlung war stark vom Schweregrad der Intelligenzminderung abhängig. Je schwerer die Ausprägung der Intelligenzminderung war - hierbei unterscheidet man zwischen Debilität, Imbezilität und Idiotie - desto weniger wurde der Patient betreut und gefördert. Der Wert des Menschen wurde

stark nach seiner Arbeitsfähigkeit beurteilt. Die Dauer des Anstaltsaufenthaltes in Zwiefalten variierte stark und betrug zwischen wenigen Monaten und einer Verweildauer über viele Jahre. Die meisten Patienten verstarben in der Anstalt. Als die häufigste genannte Todesursache ist die Lungentuberkulose aufgeführt.

Grundsätzlich lässt sich feststellen, dass die Behandlung der Patienten, die Form der Unterbringung wie auch die Rolle der Intelligenzgeminderten stark von den wirtschaftlichen und zeitgeschichtlichen Ereignissen abhängig war.

Nach jahrzehntelangen unmenschlichen Lebensbedingungen und der fachlichen und menschlichen Ignoranz, mit der die Psychiatrie vielerorts das Thema „Geistige Behinderung“ behandelt hat, werden heutzutage intelligenzgeminderte Patienten mit psychiatrischer Komorbidität in Zwiefalten auf speziellen Stationen gemäß individueller Behandlungskonzepte behandelt. Außerdem stehen verschiedene Versorgungsstrukturen zur Unterbringung der intelligenzgeminderten Patienten zur Verfügung.

Auch wenn in den letzten Jahrzehnten eine wesentliche Veränderung in der Behandlung und im Umgang mit intelligenzgeminderten Patienten stattgefunden hat, darf dabei nicht vergessen werden, dass Behandlungsmaßnahmen durch Zwang, die in der psychiatrischen Klinik Zwiefalten bis in die 50-er Jahre des 20. Jahrhunderts durchgeführt wurden, nur wenige Jahrzehnte zurückliegen. Das dunkle Kapitel der deutschen Geschichte, die Verbrechen an der Menschheit durch die Krankenmorde an psychisch Kranken und geistig behinderten Menschen, im Rahmen der Aktion T4 (1940-1941) liegen lediglich 70 Jahre zurück.

Die Personengruppe der intelligenzgeminderten Menschen stellt auch heutzutage nach wie vor eine Randgruppe in unserer Gesellschaft dar. Dieses Anderssein der Anderen als Bereicherung des eigenen Seins zu begreifen, ist eine große Herausforderung. Ein Ziel der Menschheit sollte es sein, diese Herausforderung anzunehmen.

6. Literaturverzeichnis

Amberger, S.; Roll, S.: Psychiatriepflege und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme Verlag 2010.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. 2000.

Ankele, M.: Alltag und Aneignungen in Psychiatrien um 1900. Selbstzeugnisse von Frauen aus der Sammlung Prinzhorn. Wien: Böhlau Verlag 2009.

Auszug aus den Leitlinien der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrischer Intensivmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (04/2010). AWMF-Leitlinien Registernummer 024/005.

Birlinger-Tögel, M.: Planwirtschaftliche Maßnahmen. In: Richter, G.: Sie holten sie mit den grauen Bussen. Die Heil- und Pflegeanstalt Emmendingen 1933-1945. Emmendingen: Psychiatrisches Landeskrankenhaus. Medizinische Dissertation Freiburg. 1993, S. 77-79.

Bischof, C.: Klinische Konsequenzen und Kosteneffektivität der cerebralen Bildgebung als Aufnahmeuntersuchung in der Psychiatrie. Medizinische Dissertation Ulm. 2007.

Blasius, D.: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt am Main: Fischer Verlag 1980.

Blasius, D.: Umgang mit Unheilbarem. Studien zur Sozialgeschichte der Psychiatrie. Bonn: Psychiatrie Verlag 1986.

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Auflage. Berlin: Springer Verlag 1983.

Bondy, C.; Cohen, R.; Eggert, D.; Lüer, G.: Testbatterie für geistig behinderte Kinder. Weinheim: Beltz Verlag 1975.

- Borland, J.H.; Snyderman, M.; Rothman, S.: Intelligenztests und ihre Anwendung. 4.1.1 Möglichkeiten und Grenzen von Intelligenztests. In: Holling, H; Preckel, F.; Vock, M.: Intelligenzdiagnostik. 6. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag 2004, S. 57-59.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe mit geistiger Behinderung e.V.
<http://www.lebenshilfe.de/de/ueber-uns/aufgaben-und-zaele/grundsatzprogramm/04-Grundsatzprogramm2012.php>
(abgerufen 12.01.2013).
- Bundschuh, K.: Emotionalität, Lernen und Verhalten. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. Rieden: Klinkhardt Verlag 2003.
- Bundschuh, K. 2005: Grundlagen behindertenpädagogischer Diagnostik. In: Stahl, B.; Irblich, D.: Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen: Hogrefe Verlag 2005; S. 160-183.
- Busse, B.: Spektrum Medizinische Dokumentation. Strukturierte Einführung in die Diagnose-und Prozedurenverschlüsselung. 2. Auflage. Norderstedt: Verlag Books On Demand GmbH 2004.
- Chatin, G.A.: Vorbeugungsmaßnahmen gegen Kropf und Kretinismus. In: Froriep, R.: Tagesberichte über die Fortschritte der Natur-, und Heilkunde. Band 1. Weimar: 1852, S. 371-372.
- Cording, C. 1995: 3.1.2. Basisdokumentation. In: Gaebel, W.; Falkai, P.: Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Wien: Springer Verlag 1998, S. 285-286.
- Deutsches Ärzteblatt: Therapie geistig Behinderter: Großer Nachholbedarf in der Forschung. 02/2005, S. 83-83.

- Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information
<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2013/block-f70-f79.htm>
(abgerufen am 01.04.2013).
- Dieckmann, F.; Haas, G.: Beratende und therapeutische Dienste für Menschen mit geistiger Behinderung und herausforderndem Verhalten. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2007.
- Dilling, H.: Taschenführer zur Klassifikation psychischer Störungen: ICD. Bern: Huber Verlag 2006.
- Dörner, K.: Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Frankfurt am Main: Europäische Verlagsanstalt 1984.
- Dorsch, F.: Geschichte und Probleme der angewandten Psychologie. Bern: Huber Verlag 1963.
- Došen, A.: Psychische Störungen bei geistig behinderten Menschen. Stuttgart: Gustav Fischer Verlag 1997.
- Drgala, J.: Die Wirkungslosigkeit des Hilfesystems für Personen mit besonderen sozialen Schwierigkeiten. Wien: LIT Verlag 2008.
- Drolshagen, M.: „Was mir fehlt, ist ein Zuhause“. Fehlplatzierungen jüngerer Behinderter in hessischen Altenhilfe Einrichtungen. Berlin: Frank und Timme Verlag 2006.
- Droste, T.: Die Historie der Geistigbehindertenversorgung unter dem Einfluß der Psychiatrie seit dem 19. Jahrhundert: eine kritische Analyse neuerer Entpsychiatisierungsprogramme und geistigbehindertenpädagogischer Reformkonzepte. Münster: LIT Verlag Forum Behindertenpädagogik 1999.
- Eckart, W.: Illustrierte Geschichte der Medizin: von der französischen Revolution bis zur Gegenwart. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag 2011.

- Eckstein, P.: Angewandte Statistik mit SPSS. 6. Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag 2008.
- Eggers, C.; Fegert, J.; Resch, F.: Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes-, Jugendalter. München: Springer Verlag 2004.
- Ehmer, J.; Ferdinand, U.; Reulecke, J.: Herausforderung Bevölkerung. Zu Entwicklungen des modernen Denkens über die Bevölkerung vor, im und nach dem „Dritten Reich“. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2007.
- Eisenhut, R.: Familienpflege in Zwiefalten während des Nationalsozialismus. In: Pretsch, H.: Euthanasie. Krankenmorde in Südwestdeutschland. Zwiefalten: Verlag Psychiatrie und Geschichte 1996, S. 47-50.
- Engel, R.; Fast, K.: Klinisch-psychologische und neuropsychologische Testdiagnostik. 3. Auflage. In: Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P.: Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer Verlag 2008, S. 484-492.
- Engstrom, E.: Clinical psychiatry in imperial Germany: a history of Psychiatric Practice. Cornell: University Press 2003.
- Faller, H.; Lang, H.: Medizinische Psychologie und Soziologie. 2. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag 2006.
- Felgner, L.: Psychiatrische Pflege. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2008.
- Fenske, H.: Handbuch der Baden-Württembergischen Geschichte. Wirtschafts- und Sozialgeschichte seit 1918 - Übersichten und Materialien-Gesamtregister. Band 5. Stuttgart: Klett Verlag 2007.
- Feuser, G.: Allgemeine integrative Pädagogik und entwicklungslogische Didaktik. In: Eberwein, H.; Knauer, S.: Behindertenpädagogik 28. Weinheim: Beltz Verlag 1989, S. 4-48.

Finzen, A.; Schädle-Deininger, H.: Die Psychiatrie-Enquête: Daten, Ergebnisse, Inhalte des Berichts über die Lage der Psychiatrie in der BRD. Bethel [u.a.]: Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie 1976 (Werkstatt-schriften zur Sozialpsychiatrie 15).

Forschungsbereich Geschichte und Ethik in der Medizin

<http://www.forschung-bw.de/VersFHist/Forschungsprojekte/Forschungsprojekte.html>
(abgerufen am 15.02.2013).

Frach, F.: Umgang mit geistig Behinderten in der Gesellschaft. Norderstedt: GRIN Verlag 2003.

Freyberger, H.: Kompendium Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin. 11. Auflage. Basel: Karger Verlag 2002.

Fuchs, P.; Rotzoll, M.; Müller, U.; Richter, P.; Hohendorf, G.: „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“. Göttingen: Wallstein Verlag 2007.

Funke, J.: Was ist Intelligenz? 3. Auflage. München: C.H. Beck Verlag 2009.

Gaebel, W.; Falkai, P.: Zwischen Spezialisierung und Integration – Perspektiven der Psychiatrie und Psychotherapie. Wien, New York: Springer Verlag 1998.

Gaese, F.: Intelligenzminderung. In: Schanze, C.: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer Verlag 2007, S. 131-136.

Gedenkstätte Grafeneck

<http://www.gedenkstaette-grafeneck.de/>
(abgerufen am 27.07.2008).

Geiger, G.: Schwachsinnigenfürsorge und Hilfe für das geistig behinderte Kind. Eine Analyse der „Zeitschrift für das Idiotenwesen“ (1880-1934). Freiburg i.Br.: H.F. Schultz 1977 (Freiburger Forschungen zur Medizingeschichte, N.F. 6).

Genser, B.: Menschen in der Psychiatrie. Norderstedt: Books on Demand GmbH 2006.

Germann, U.: Arbeit, Ruhe und Ordnung: die Inszenierung der psychiatrischen Moderne. In: Fangerau, H.; Nolte, K.: „Moderne“ Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert - Legitimation und Kritik. Stuttgart: Franz Steiner Verlag 2006, S. 282-310.

Gerrig, R.J.; Zimbardo, P.G.: Psychologie. 18. Auflage. München: Pearson Verlag 2008.

Glaserapp, J.: Im Spannungsfeld von Sicherheit und Freiheit. Über Deinstitutionalisieren in der Behindertenhilfe. Berlin: LIT Verlag 2010.

Graubner, B.: ICD-10-GM 2012 Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision. Köln: Deutscher Ärzte Verlag 2011.

Griesinger, W.: Vorwort. In: Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 1 (1868-69), S. III-VIII.

Günther, M.: Gemeindenahes Wohnen für Menschen mit geistiger Behinderung. Norderstedt: GRIN Verlag 2007.

Guggenbühl, J.: Die Heilung und Verhütung des Cretinismus und ihre neuesten Fortschritte. In: Gerhardt, J.: Zur Geschichte und Literatur des Idiotenwesens in Deutschland. Altersdorf-Hamburg 1904, S. 180-191.

- Guggenbühl, J.: Hülfesruf aus den Alpen, zur Bekämpfung des schrecklichen Cretinismus. In: Gerhardt, J.: Zur Geschichte und Literatur des Idiotenwesens in Deutschland. Altersdorf-Hamburg 1904, S. 165-179.
- Guthke, J.: Intelligenz im Test. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht Verlag 1996.
- Hähner-Rombach, S.: Arm, weiblich - wahnsinnig? Patientinnen der Königlichen Heilanstalt Zwiefalten. Zwiefalten: Verlag Psychiatrie und Geschichte 1995.
- Harbauer, H.: Geistig Behinderte. Ein Ratgeber für Eltern, Erzieher und Ärzte. Stuttgart: Thieme Verlag 1971.
- Häßler, F.: Intelligenzminderung - eine ärztliche Herausforderung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag 2011.
- Häßler, G.; Häßler, F.: Geistige Behinderte im Spiegel der Zeit. Vom Narrenhäusl zur Gemeindepsychiatrie. Stuttgart: Thieme Verlag 2005.
- Haupt, W.; Jochheim, K.-A.; Remschmidt, H.: Neurologie und Psychiatrie für Pflegeberufe. 9. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag 2002.
- Hauss, F.: Von der Zwangsjacke zur Fördergruppe. Geistig Behinderte in der Geschichte der Psychiatrie. Medizinhistorische Untersuchung über das sich wandelnde Krankheitsverständnis anhand von Psychiatrielehrbüchern ab 1850. Frankfurt am Main: Lang Verlag 1989.
- Hecht, J.: The end of the soul: scientific modernity, atheism, and anthropology. New York: Columbia University Press 2003.
- Helmchen, H.: Ergebnisse, Kasuistik und Diskussionen. Zur psychiatrischen WHO-Diagnosenstatistik an vier Berliner Nervenkliniken. Der Nervenarzt 43 (1972), S. 427-432.

- Herpertz- Dahlmann, B.; Resch, F.; Schulte-Markwort, M.: Entwicklungspsychiatrie: Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag 2008.
- Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M.: Intelligenzdiagnostik. 6. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag 2004.
- Huber, G.: Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. 7. Auflage. Stuttgart: Schattauer Verlag 2005.
- Jung, F.: Wohnen erwachsener Menschen mit geistiger Behinderung unter dem Aspekt des Normalisierungsprinzips und der Selbstbestimmung. Norderstedt: GRIN Verlag 2005.
- Katz, A.: Beginning Microsoft Excel 2010 Chapter 1: Introduction to Excel. New York: Springer 2010.
- Kersting, F.-W.; Treppe, K.; Walter, B.: Nach Hadamar: Zum Verhältnis von Psychiatrie und Gesellschaft im 20. Jahrhundert. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh 1993.
- Kirchmeier, M.: Die Entlassungssituation forensischer Patienten aus der Psychiatrie. Norderstedt: GRIN Verlag 2005.
- Klaghofer, R.; Brähler, E. 2003: Psychologische Testverfahren. 3. Auflage. In: Buddeberg, C.; Abel, T.: Psychosoziale Medizin. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag 2004, S. 279-293.
- Klee, E.: Dokumente zur Euthanasie. 6. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Verlag 2007.
- Klevinghaus, J.: Hilfen zum Leben. Zur Geschichte der Sorge für Behinderte. Bielefeld: Bechauf 1972.

- Kohlschütter, A.: Stoffwechselscreening. 3. Auflage. In: Lentze, M.J.; Schaub, J.; Schulte, F.-J.; Spranger, J.: Pädiatrie. Berlin: Springer Verlag 2007, S. 73-78.
- Kompisch, K.: Täterinnen: Frauen im Nationalsozialismus. 2. Auflage. Köln: Böhlau Verlag 2008.
- Köslin, J.: Psychiatrie und Psychotherapie für Heilpraktiker. 2. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag 2007.
- Kretzschmar, R.: Patientenakten der Psychiatrie in Staatsarchiven. In: Kretzschmar, R.: Historische Überlieferungen aus Verwaltungsunterlagen. Zur Praxis der archivischen Bewertung in Baden-Württemberg. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 1997, S. 341-352.
- Kröber, H.-L.; Dölling, D.; Leygraf, N.; Sass, H.: Handbuch der Forensischen Psychiatrie. 2. Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht. Berlin: Springer Verlag 2010.
- Kunze, H.: Funktionswandel des psychiatrischen Krankenhauses. In: Becker, T.; Hoffmann, H.; Puschner, B.: Psychiatrie im Wandel. Erfahrungen und Perspektiven in Ost und West. Bonn: Psychiatrie Verlag 1990, S. 195-214.
- Kutzer, M.: "Psychiker" als "Somatiker" - "Somatiker" als "Psychiker": zur Frage der Gültigkeit psychiatriehistorischer Kategorien. *Medizinhistorisches Journal* Band 38 (2003), S. 17-33.
- Landgraf, N.: Sein ist gesehen werden - Anforderungen an die soziale Arbeit für eine menschenwürdige Psychiatrie in Deutschland. Norderstedt: GRIN Verlag 2006.
- Lang, H.-J.: Der Grafeneck-Prozess vor dem Tübinger Landgericht. In: Pretsch, H.: Euthanasie. Krankenmorde in Südwestdeutschland. Zwiefalten: Verlag Psychiatrie und Geschichte 1996, S. 143-145.

- Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (04/2010).
- Leitlinien der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin und Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2010). Leitlinien Register 024/005.
- Ley, A.: Zwangssterilisation und Ärzteschaft: Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934-1945. Frankfurt am Main: Campus Verlag 2003.
- Lotz, W.; Stahl, B.; Irblich, D.: Wege zur seelischen Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung. Bern: Huber Verlag 1996.
- Lulgjuraj, N.; Oehrli, R.: Homosexualität und kognitive Beeinträchtigung. Nordestedt: GRIN Verlag 2009.
- Marneros, A.: Das Wort Psychiatrie...wurde in Halle geboren. Von den Anfängen der deutschen Psychiatrie. Stuttgart: Schattauer Verlag 2005.
- Marneros, A.: Intimizid - Die Tötung des Intimpartners. Stuttgart: Schattauer Verlag 2008.
- May, J.; Pretsch, H.J.; Rexer, M.; Rüdenburg, B.: "Euthanasie" in den staatlichen Heilanstalten Zwiefalten und Schussenried. Zwiefalten: Selbstverlag 1991.
- Meisenzahl, E.; Volz, H.-P.: Bildgebende Verfahren. 3. Auflage. In: Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P.: Psychiatrie und Psychotherapie. Heidelberg: Springer Verlag 2008, S. 555-557.
- Merkel, C.: „Tod der Idioten“. Eugenik und Euthanasie in juristischer Rezeption vom Kaiserreich zur Hitlerzeit. 2. Auflage. Berlin: Logos Verlag 2007.
- Meyer, H.: Geistigbehindertenpädagogik. In: Svetluse, S.: Geschichte der Sonderpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 1983, S. 84-119.

- Möller, H.-J.; Laux, G.; Kapfhammer, H.-P.: Psychiatrie und Psychotherapie. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag 2003.
- Mühl, H.; Wüllenweber, E.; Theunissen, G.: Pädagogik bei geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 2006.
- Nedopil, N.: Forensische Psychiatrie, Klinik, Begutachtung und Behandlung zwischen Psychiatrie und Recht. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag 2007.
- Nennstiel-Ratzel, U.; [u.a.]: Neugeborenencreening. In: Kinder- und Jugendmedizin 9 (2009), S. 88-92.
- Niessen, K.-H.: Pädiatrie. Stuttgart: Thieme Verlag 2007.
- Niermann, R.: Vorwort. In: Herweg, H.; Rennau, H.: Ich bin Hubert. Streifzug eines bewegten Lebens mit Behinderung. Willebadessen: Zwiebelzweig Verlag 2007. S. 1-7.
- Nissen, G.: Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag 2005.
- Oakland, T.; Harrison, P.: ABAS-II Clinical use and Interpretation. San Diego: Elsevier Verlag 2008.
- Ormerod, M.: Empowerment und Selbstbestimmung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Norderstedt: GRIN Verlag 2004.
- Passarge, E.: Störungen der geistigen Entwicklung aufgrund von Chromosomenanomalien. In: Collatz, J.; Flatz, G.: Geistige Entwicklungsstörungen. Bern: Verlag Hans Huber 1976, S. 36-49.
- Paulitsch, K.; Karwautz, A.: Grundlagen der Psychiatrie. Wien: Facultas.wuv Universitätsverlag 2008.

Pracher, G.-M.: Einfach nur leben: Behindert - ein Leben am Rand der Gesellschaft? Norderstedt: GRIN Verlag 2011.

Psychiatrie- Enquête: Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Bd. 1.2. Bonn: Verhandlungen des Deutschen Bundestages 1975 (Anlagen zu den stenographischen Berichten 7,4200 und 7,4201).

Rahn, E.: Dialektisch-behaviorale Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. In: Schanze, C.: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer Verlag 2007, S. 223-227.

Reiser, M.; Kuh, F.-P.; Debus, J.: Duale Reihe Radiologie. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme 2006.

Remschmidt, H.; Schmidt, M.; Poustka, F.: Multiaxiales Klassifikationsschema ICD-10. 4. Auflage. Bern: Hans Huber Verlag 2004.

Remschmidt, H.; Mattejat, F.; Warnke, A.: Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Stuttgart: Thieme Verlag 2008.

Rentrop, M.: Klinikleitfaden Psychiatrie. 4. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag 2009.

Rexer, M.: Die „Aktion T4“ in den Zwischenanstalten Zwiefalten und Schussenried. Vorgeschichte und Auftakt der „Aktion T4“ in Zwiefalten. In: Pretsch, H.: Euthanasie. Krankenmorde in Südwestdeutschland. Zwiefalten: Verlag Psychiatrie und Geschichte 1996, S. 27-37.

Riederer, R.; Laux, G.; Pöldinger, W.: Neuropsychopharmaka. Wien, New York: Springer Verlag 1992.

Ritzmann, I.: Sorgenkinder. Kranke und behinderte Mädchen und Jungen im 18. Jahrhundert. Köln: Böhlau Verlag 2008.

- Röper, U.: Die Macht der Nächstenliebe. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag 1998.
- Rösch, K.: Die achtzehnte Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Reiseerinnerungen. Stuttgart 1841.
- Rothfritz, L.: Die Konventionen der Vereinten Nationen zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen. Frankfurt: Peter Lang Verlag 2010.
- Rothgangel, S.: Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag 2004.
- Rüdenburg, B.: Die „Aktion T 4“ in Zwiefalten. In: Pretsch, H.: Euthanasie. Krankenmorde in Südwestdeutschland. Zwiefalten: Verlag Psychiatrie und Geschichte 1996, S. 37-47.
- Rürup, R.: Deutschland im 19. Jahrhundert. 2. Auflage. Göttingen: Verlag Kleine Vandenhoeck Reihe 1992. Samariterstiftung (Hrsg.) Flyer. Gedenkstätte Grafeneck Dokumentationszentrum. Ohne Ort. Ohne Jahr.
- Samariterstiftung. Jubiläumsschrift: Ort des Lebens 75 Jahre Samariterstift Grafeneck. Nürtingen 2005.
- Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag 2001.
- Schanze, C.: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer Verlag 2007.
- Schmidt, H.: Strukturelle und methodologische Besonderheiten in der Diagnostik bei geistig Behinderten. In: Schanze, C.: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer Verlag 2007, S. 25-27.

- Schöpf, J.; Nedopil, N.: Psychiatrie für die Praxis. 2. Auflage. Berlin: Springer Verlag 2003.
- Schorr, A.: Stand und Perspektiven diagnostischer Verfahren in der Praxis. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung westdeutscher Psychologen. Diagnostica 41 (1995), S. 3-20.
- Schott, H.; Tölle, R.: Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehre, Irrwege, Behandlungsformen. München: C.H. Beck Verlag 2006.
- Schuck, K.-D.; Eggert, D.; Raatz, U.: Columbia Mental Maturity Scale. Göttingen: Hogrefe Verlag 1994.
- Schüler, J.; Dietz, F.: Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie. Stuttgart: Thieme Verlag 2004.
- Schuppener, S.: Selbstkonzept und Kreativität von Menschen mit geistiger Behinderung. Dissertation im Fachbereich Kultur-, Sozialwissenschaften. Gießen 2003.
- Siemen, H.-L.; Cranach von, M.: Psychiatrie im Nationalsozialismus. München: Oldenbourg Verlag GmbH 1999.
- Snijders, J.: Snijders-Oomen Nicht-Verbale Testreihe. Frankfurt: Swets Verlag 1998.
- Speck, O.: Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. 7. Auflage. München: Reinhardt Verlag 1993.
- Speck, O.: Geschichte. In: Bach, H.: Handbuch der Sonderpädagogik. Pädagogik der Geistigbehinderten. Band 5. Berlin 1979, S. 57-72.
- Spießl, H.: Routinedaten aus klinischer Sicht. 1.1.1 Inhalte der DGPPN Bado. In: Gaebel, W.; Spießl, H.; Becker, T.: Routinedaten in der Psychiatrie. Sektorenübergreifende Versorgungsforschung und Qualitätssicherung. Darmstadt: Steinkopff Verlag 2009, S. 1-2.

Spreen, O.: Geistige Behinderung. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag 1978.

Statistisches Bundesamt

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Sterbefaelle/Tabellen/ModellrechnungLebenserwartung.html>
(abgerufen 25.06.2011).

Stahl, B.: Diagnostik bei Menschen mit geistiger Behinderung. Göttingen: Hogrefe Verlag 2005.

Steffens, R.: Welche Anforderungen stellt die wachsende Zahl älterer geistiger behinderter Menschen an deren Wohn-, und Betreuungsort? Nordstedt: GRIN Verlag 2007.

Steinert, T.; Flammer, E.; Jäger, S.: Basisdokumentation in der klinischen Praxis: wie zuverlässig sind BADO Daten? Psychiatrische Praxis 38 (2011), S. 244-249.

Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern-, Jugendlichen. 6. Auflage. München: Urban & Fischer Verlag 2006.

Steinhausen, H.-C.: Epidemiologie, Klinik und Diagnostik der geistigen Behinderung. In: Häßler, F.; Fegert, J.-M.: Geistige Behinderung und seelische Gesundheit. Stuttgart: Schattauer Verlag 2005, S. 9-11.

Stöckle, T.: Die „Aktion T 4“. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ in den Jahren 1940/41 und die Heilanstalt Christophsbad in Göppingen. Göppingen: Jüdisches Museum Göppingen 1998.

Stöckle, T.: Die nationalsozialistische „Aktion T 4“ in Württemberg. In: Pretsch, H.: Euthanasie. Krankenmorde in Südwestdeutschland. Zwiefalten: Verlag Psychiatrie und Geschichte 1996, S. 15-26.

Stöckle, T.: Grafeneck 1940. Die Euthanasie-Verbrechen in Südwestdeutschland. Tübingen: Silberburg Verlag 2002.

- Stöppler, R.: Mobilitäts- und, Verkehrserziehung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn / Obb.. Klinkhardt Verlag 2002.
- Störmer, N.: Innere Mission und geistige Behinderung. Münster: Literatur Verlag 1991.
- Stuber, U.: Ausgewählte Entspannungs- und Körperverfahren für Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Auffälligkeiten. In: Schanze, C.: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer Verlag 2007, S. 231-235.
- Sturmey, P.: Cognitive Therapy with People with Intellectual Disabilities. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 11 (2004), S. 222–232.
- Suhrweier, H.: Geistige Behinderung. Psychologie-Pädagogik-Therapie. Weinheim, Basel: Beltz Verlag 2009.
- Suhrweier, H.: Geistige Behinderung. Neuwied: Luchterhand Verlag 1999.
- Szymanski, L. (1999): Beispielhafte Auswahl identifizierbarer Ursachen von Intelligenzminderung nach Art und Zeitpunkt der Schädigung (Tabelle). In: Schanze, C.: Psychiatrische Diagnostik und Therapie bei Menschen mit Intelligenzminderung. Stuttgart: Schattauer Verlag 2007, S. 136-137.
- Tellegen, P.: Snijders-Oomen Nicht-Verbale Testreihe. Frankfurt: Swets Verlag 1998.
- Thangavelu, R. 1995: Zukunftsperspektiven. In: Saß, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M.: Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe Verlag 1996, S. 21-22.
- Theunissen, G.: Wege aus der Hospitalisierung. Förderung und Integration schwerstbehinderter Menschen. Bonn: Psychiatrie Verlag 1991.
- Theunissen, G.: Pädagogik bei geistig Behinderten und Verhaltensauffälligkeiten. 4. Auflage. Regensburg: Klinkhardt Verlag 2005.

- Tölle, R.: Psychiatrie. 16. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag 2011.
- Tümmers, H.: Justitia und die Krankenmorde: Der „Grafeneck-Prozess“ in Tübingen. In: Westermann, S.; Kühl, R.; Ohnhäuser, T.: NS- „Euthanasie“ und Erinnerung: Vergangenheitsaufarbeitung- Gedenkformen- Betroffenenperspektiven. Berlin: LIT Verlag 2011, S. 95-118.
- Voß, T. 2005: Das Schuldunfähigkeitsgutachten. In: Kröber, H.-L.; Dölling, D.; Leygraf, N.; Sass, H.: Handbuch der Forensischen Psychiatrie. 2. Psychopathologische Grundlagen und Praxis der Forensischen Psychiatrie im Strafrecht. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag 2010, S. 371-506.
- Wagner, P.: „Ich bin doch auch zu etwas nütze“. Köln: Böhlau Verlag 2011.
- Walter, J.: Sexualität und geistige Behinderung. 4. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter 1996.
- Welti, F.: Behinderung und Rehabilitation im sozialen Rechtsstaat. Tübingen: Mohr Siebeck Verlag 2005.
- Wendt, M.: Die SIVUS-Methode als Instrument von Empowerment. Norderstedt: GRIN Verlag 2002.
- Williams, K.: Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosetabelle. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete 93 (1932), S. 223-234.
- Wunn, E.: Psychiatrie Basics. München: Urban & Fischer Verlag 2006.

Württembergisches Psychatriemuseum

<http://www.wuerttembergisches-psychatriemuseum.de>

<http://www.forschung-bw.de/history/psychiatricmuseum.php?section=zwiefalten&page=1940>

(abgerufen am 17.07.2008).

Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Standort Zwiefalten

<http://www.zfp-web.de/1434.html?&MP=58-1075>

(abgerufen am 04.07.2011).

7. Anhang

7.1. Erhebungsbogen

Code: _____

1. Form der geistigen Behinderung (Form)

1= angeboren 2= erworben 99= unbekannte Ursache

2. Schweregrad der geistigen Behinderung (Schwere)

1= Debität, leicht 2= Imbezibilität, mittel
3= Idiotie, schwerst 99= unbekannt

3. Ausprägung der geistigen Behinderung (Auspr)

Sprachstörung (Sprach)

0= nein 1=ja 99= unbekannt

Selbstversorgung (Selbst)

0= nein 1= ja ohne Unterstützung
99= unbekannt 2= ja mit Unterstützung

Lese/Rechtschreibschwäche (Lese)

0= nein 1= ja 99= unbekannt

Rechenschwäche (Reche)

0= nein 1= ja 99= unbekannt

Verhaltensauffälligkeit (Verhalt)

0= nein 1= ja 99= unbekannt

Körperliche Behinderung (Körperl_Beh)

0= nein 1= ja 99= unbekannt

Minderwuchs (Minder)

0= nein 1= ja, Größe _____ 99= unbekannt

Taubheit (Taub)

0=nein 1= ja 99= unbekannt

Blindheit (Blind)

0=nein 1= ja 99= unbekannt

Bewegungseinschränkung (Beweg)

0=nein 1= ja 99= unbekannt

Unterernährung

0= nein 99= unbekannt

1= ja, Gewicht 1. Eintrag _____; Letzter Eintrag _____
BMI _____; BMI _____**4. Behandlung geistig Behinderter (Behandl)**

Keine Behandlung (Behandl_kein)

0= nein 1= ja

Med. Behandlung (Behandl_med.)

0= nein 1= ja

Diätetik (Behandl_Diä)

0= nein 1= ja

Jodprophylaxe (Behandl_Jod)

0= nein 1= ja

Abreibungen, Bäder (Behandl_Ab_Bä)

0= nein 1= ja

Gymnastik (Behandl_Gym)

0= nein 1= ja

Arbeitstherapie (Behandl_Arb)

0= nein 1= ja

Ergotherapie (Behandl_Ergo)

0= nein 1= ja

Heilpädagogik (Behandl_Heil)

0= nein 1=ja

Elektrokrampftherapie

0=nein 1=ja

5. Sonstige Maßnahmen (SonstMaß)

Sterilisation (Steri)

0= nein 1= ja

Körperliche Züchtigung (Zücht)

0= nein 1= ja

Isolierung (Isol)

0= nein 1= ja

Essensentzug (Essen)

0= nein 1= ja

Bettruhe (Bett)

0= nein 1=ja

Ausgang

0= nein 1= ja

6. Verweildauer der Patienten (Dauer)

Anzahl Tage

7.1. Aufenthalt vor Zwiefalten (Vor_Z)

1= Zu Hause	2= bei Verwandten
3= aus anderer Anstalt	4= Verlegung aus einem Heim
5= aus Gefängnis	6= aus Hospital
7= von der Straße	8= aus Familienpflege
9= aus Umsiedlungslager	99= unbekannt

7.2. Frühere Anstaltsaufenthalte (Frühere_A)

0= nein 1= ja 99= unbekannt

7.3. Austritt aus Zwiefalten (Nach_Z)

1= Entlassung nach Hause	2= Entlassung zu Verwandten
3= Verlegung in andere Anstalt	4= Verlegung in ein Heim
5= ins Gefängnis	6= in Hospital
7= Tod	8= in Familienpflege
9= in Umsiedlungslager	99= unbekannt

8. Form der Unterbringung der Patienten (Unterbr)

Anstalt (Unterbr_Anst)

0= nein 1= ja

Familienpflege (Unterbr_Fam)

0= nein 1= ja

Landwirtschaftliche Kolonien (Unterbr_Land)

0= nein 1= ja

9. Komorbidität (Komorb)**9.1. Psychiatrisch (Psych)**

Manie (Man)

0= nein 1= ja

Depression (Depr)

0= nein 1= ja

Suchterkrankung (Sucht)

0= nein 1= ja

Neurotische Störung (Neurot)

0= nein 1= ja

Zwangsstörungen (Zwang)

0= nein 1= ja

Agressives Verhalten (Aggress)

0= nein 1= ja

Epilepsie (Epil)

0= nein 1= ja

Schizophrenie (Schizo)

0= nein 1= ja

9.2. Internistisch (Intern)

Herz-Kreislauf-System (Herz)

0= nein 1= ja

Magen-Darm-Trakt (GIT)

0= nein 1= ja

Lunge (Lung)

0= nein 1= ja

Infektionskrankheiten (Infekt)

0= nein 1= ja

Endokrines System (Endo)

0= nein 1= ja

Rheumatologie (Rheuma)

0= nein 1= ja

10. Intelligenzminderung F70-F79

F70 Leichte Intelligenzminderung (Leicht)

- Sprachentwicklung verzögert, Konservation aber in ausreichendem Umfang
- Selbstversorgung (essen, waschen, anziehen, Darm-, Blasenkontrolle)
- Probleme beim Lesen und Schreiben, Entwicklung durch Förderung möglich!
- Eigenständiges Arbeiten möglich
- **Schwachsinn**, leichte Oligophrenie, Debilität
- IQ 50-69

F71 Mittelgradige Intelligenzminderung (Mittel)

- Sprachentwicklung verzögert, Sprachgebrauch begrenzt
- Selbstversorgung mit lebenslanger Beaufsichtigung
- Probleme beim Lesen und Schreiben, Entwicklung begrenzt möglich!
- Arbeiten nur unter Aufsicht möglich
- **Imbezibilität**, mittelgradige Oligophrenie
- IQ 35-49

F72 Schwere Intelligenzminderung (Schwer)

- Siehe F 71 zusätzlich motorische Schwäche oder andere Ausfälle mit Hinweis auf Schädigung oder Fehlentwicklung des ZNS
- Schwere Oligophrenie
- IQ 20-34

F73 Schwerste Intelligenzminderung (Schwerst)

- Nonverbale Kommunikation, Sprache rudimentär
- Aufforderungen und Anweisungen werden nicht verstanden
- Inkontinenz
- Immobilität, Bewegungseinschränkung
- Keine Selbstversorgung möglich, ständige Betreuung
- **Idiotie**, schwerste Oligophrenie
- IQ kleiner 20

F78 Andere Intelligenzminderung (Andere)

- Einteilung mit üblichen Verfahren aufgrund zusätzlich bestehender Behinderung nicht möglich
- Bspl.: Taubheit, Blindheit, Stummheit, körperl. Behinderung, schwer verhaltensgestört

F79 Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (Nicht_bez)

- Informationen sind nicht ausreichend, um die Intelligenzminderung einer Kategorie zuzuordnen

7.2. Kategorienbildung

Zeitliche Entwicklung:

Tabelle 13

Erhebungszeitraum

	1	2	3	4
Zeitl. Entwicklung	1812-1900	1901-1940	1941-1960	1961-1982

7.2.1. Soziodemographische Daten

Tabelle 14

Beschäftigung

	0	1	2	3	4	5	99
Geschlecht	männlich	weiblich					unbekannt
Religionszugehörigkeit	katholisch	evangelisch					unbekannt
Herkunft	deutsch	ausländisch					unbekannt
Familienstand	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet			unbekannt
Arbeitstätigkeit	kein Beruf	Handwerk	Landwirtschaft	Hilfsarbeit	Haushalt	anderer	unbekannt

7.2.2. Ätiologie der Intelligenzminderung

Tabelle 15

Ätiologie

	0	1	99
Ätiologie	angeboren	erworben	unbekannt

7.2.3. Schweregrad der Störung

Tabelle 16

Schweregrad der Störung

	1	2	3	99
Ausprägung	Debität	Imbezilität	Idiotie	Unbekannt

7.2.4. Psychiatrische Komorbidität

Tabelle 17

Psychiatrische Komorbidität

	0	1	2	3	4	99
Psych. Komorbidität	keine	Manie	Depression	Bipolare Störung	Schizophrenie	unbekannt

Tabelle 18

Agressivität

	0	1
Aggression	vorhanden	nicht vorhanden

7.2.5. Voraufenthalt

Tabelle 19

Voraufenthalt

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
Umfeld vor Aufnahme	zu Hause	bei Verwandten	Anstalt	Heim	Gefängnis	Hospital	Straße	Familienpflege	Umsiedlungslager	unbekannt

7.2.6. Verweildauer

Tabelle 20

Verweildauer

	1	2	3	4	5	99
Verweildauer	bis 3 Monate	bis 6 Monate	bis 12 Monate	bis 5 Jahre	bis und > 10 Jahre	unbekannt

7.2.7. Entlassumfeld

Tabelle 21

Entlassumfeld

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	99
Entlassung	zu Hause	zu Verwandten	Anstalt	Heim	Gefängnis	Hospital	verstorben	Familienpflege	Umsiedlungslager	unbekannt

Tabelle 22

Woher - Wohin

	1	2	3	4	5	6	99
woher wohin	von zu Hause - nach Hause	von zu Hause - in Anstalt	von zu Hause - verstorben	von Anstalt - nach Hause	von Anstalt - in andere Anstalt	von Anstalt - verstorben	andere Kombination

7.2.8. Todesursachen

Tabelle 23

Todesursachen

	1	2	3	4	5	6	7	99
Todesursachen	Lungen Tb	Sepsis	Pneumonie	Herzinsuff.	Epilepsie	Meningitis	andere	unbekannt

7.2. Vergleiche der Diagnose gemäß der heutigen Klassifikation

Tabelle 24

Vergleich der psychiatrischen Diagnosen gemäß der heutigen Klassifikation

	1	2	3	4	5	99
Klassifikation früher	Debilität	Imbezilität	Idiotie			unbekannt
Klassifikation heute	F 70	F 71	F 72 F 73	F 78	F 79	unbekannt

7.3. Behandlungsmethoden

7.3.1. Behandlung

Tabelle 25

Behandlung

	0	1	99
Behandlung	Keine Therapie	Therapie	unbekannt

Tabelle 26

Arbeitstherapie

	0	1	2	3	4	5	6	99
Arbeits- therapie	keine	Landwirt- schaft	Garten	Haushalt/ Küche	Schneiderei/ Näherei	Handwerk	Bastel- arbeit	unbekannt

Tabelle 27

Medikamentöse Therapie / Zwangsmaßnahmen

	0	1	99
Medikamente	nein	ja	unbekannt
Fixierung, Isolierung, Ausgangssperre	ja	nein	unbekannt

7.3.2. Formen der Unterbringung

Tabelle 28

Formen der Unterbringung

	0	1	2	99
Formen der Unterbringung	Anstalt	Familienpflege		unbekannt

7.4. Auszüge aus der Intelligenzprüfung 1950, Falldarstellung 2

A) Schulfertigkeit und Schulwissen

Schrift

- Patient schreibt ein einfaches Diktat orthographisch fast fehlerfrei.

Lesen

- Mit monotoner Stimme, aber sinngemäß und unter Beachtung der Satzgrenzen.

Rechnen

- $8 \text{ plus } 7 =$ richtige Lösung
- $22 \text{ plus } 18 =$ richtige Lösung (nach längerem Überlegen)
- $19 \text{ minus } 11 =$ richtige Lösung
- $100 \text{ minus } 16 =$ richtige Lösung (jedoch erst nach Vorrechnen und längerem Überlegen)
- $7 \times 8 =$ richtige Lösung
- $8 \times 8 =$ richtige Lösung
- $15 \div 3 = 12$ (!) versteht nicht, weiß sich nicht zu helfen.
- Ich habe 10 Mark auf der Sparkasse, mein Freund hat 4 Mark mehr, wieviel haben wir zusammen? „14 Mark hat der Freund.“

- Ein Händler bekommt 200 Liter Milch. Er verkauft davon 164 Liter. Wie viel hat er noch übrig? „10 Liter, zum Kaffee machen braucht man auch Milch.“

Erdkunde

- Zu welchem Kreis gehört Ihr Heimatort? Antwort richtig.
- Hauptstadt von Württemberg? Antwort richtig.
- An welchem Fluss liegt Stuttgart? Antwort richtig.
- Wo liegt Hamburg? „Hamburger Hafen, bei Berlin.“
- Wie viele Erdteile gibt es? „5“. Pat. kann aber nur Europa nennen.
- In welchem Erdteil wohnen Neger? „Amerika und Afrika, gibt auch Kon-go-Neger.“

Naturkunde

- Nennen Sie die Himmelsrichtungen! Antwort richtig.
- Wo geht die Sonne auf, wo unter? Antwort richtig.
- Wodurch wird es Tag und Nacht? Antwort falsch.

Allgemeines Lebenswissen

- Wie viele Monate hat ein Jahr? Antwort richtig.
- Woher kommt das Eisen? „Das macht die Schmiede.“
- Woher kommt das Salz? „Aus der Fabrik.“
- Woher kommt der Kaffee? „Malzkaffee gibt es auch, von Heilbronn.“
- Wozu braucht der Bauer sein Vieh? „Zum Milchgeld.“
- Wie viel Milch gibt eine Kuh? „ 8-12 Liter am Tag.“
- Was gibt es für Futtermittel? „Heu, Klee, Futterrüben, Kohlraben.“
- Wann ist Kartoffelernte? Versteht die Frage nicht richtig und erzählt umständlich vom Kartoffelsetzen.

B) Denkvermögen

- Was hat man zu tun, wenn man seinen Lohn verloren hat? „Zum Fundbüro gehen und sagen, dass man Geld verloren hat.“

- Was sind Hühner, Enten, Gänse? „Tiere.“
- Was sind Ehrlichkeit, Bescheidenheit, Fleiß? Keine Antwort.
- Nennen Sie alle roten Dinge, die Ihnen einfallen! „Hackfrüchte werden rot, wenn es trocken ist. Auch Mist ist rot.“
- Nennen Sie alle Getreidearten, die sie kennen! „Roggen, Hafer, Gerste, Weizen.“
- Unterscheidung zwischen Treppe und Leiter? „Wenn man in die Küche oder in die Schlafstube gehen will. Mit einer Leiter geht man an den Blumen rauf.“
- Was ist der Gegensatz zu hoch, breit, schön, tot? Keine Antwort.
- Bilden sie einen Satz aus Katze, Maus, Keller! „Die Katze ist ein Haustier. Die Maus ist ein Schädling. Es gibt Kartoffelkeller.“
- Ordnen von Stichworten nach ihrer sinngemäßen Reihenfolge! (Mähen, säen, mahlen, backen, dreschen, pflügen, schneiden) „Pflügen, säen, mähen, dreschen, backen, mahlen.“
- Die Nacht war so dunkel, dass der Blinde den Weg nicht mehr heim finden konnte. Ist das richtig? Pat. hat nichts dagegen einzuwenden.
- Ein Kirchturm ist 65 Meter hoch und 12 Meter breit. Wie alt ist der Kirchturmwärter? „So alt wie die Kirche.“

Sprichwörter

- Der Apfel fällt nicht weit vom Baum! Was bedeutet diese Aussage? „Wenn Obst reif ist, dann fällt es.“
- Lügen haben kurze Beine! Was bedeutet diese Aussage? „Einige Leute haben kurze Beine, die anderen lange.“
- Hunger ist der beste Koch! Was bedeutet diese Aussage? „Wenn man den ganzen Tag nichts essen tut, dann hat man Hunger.“
- Die Nacht war so dunkel, dass der Blinde den Weg nicht mehr heimfinden konnte. Ist das richtig? Pat. hat nichts dagegen einzuwenden.

7.5. Beispiel einer aktuellen Intelligenzdiagnostik der Station 3053

Intelligenzprüfung Herr W.:

1. Kurztest für allgemeine Basisgrößen der Informationsverarbeitung (KAI):

Daraus abgeleiteter IQ-Schätzwert für die *fluide Intelligenz*: **83** (Norm 85-115).

Die *Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit* ist sehr niedrig ($z = -2$).

Die *Gegenwartsdauer* ist sehr hoch ($z = +2$). Diese beiden kognitiven Grundfunktionen spiegeln i.d.R. das aktuelle bzw. das potentielle kognitive Leistungsniveau wieder.

2. Mehrfachwahl-Wortschatztest (MWT-B):

Mit der Messung des passiven Wortschatzes wird das verbale Bildungsniveau abgeschätzt. Daraus abgeleiteter IQ-Schätzwert für die *kristallisierte Intelligenz*: **94**. (Norm 85-115).

3. Gemeinsamkeiten finden (Verbaltest aus Wechsler Intelligenztest WIE):

Bei diesem Untertest werden die Fähigkeiten zum verbalen Schlussfolgern, zur Sprachlichen Konzeptbildung sowie das Denken in abstrakten logischen Kategorien untersucht.

Hr. W. hat hier ein IQ-Äquivalent von **70**.

4. Bilder ergänzen (Handlungstest aus Wechsler Intelligenztest WIE)

Bei diesem Untertest wird die Fähigkeit abgebildet, zwischen wesentlichen und unwesentlichen Details zu unterscheiden.

Hr. W. hat hier ein IQ-Äquivalent von **55**.

5. Mosaiktest (Handlungstest aus Wechsler Intelligenztest WIE):

Bei diesem Untertest werden die räumliche Wahrnehmung und visuomotorische Koordination untersucht. Dieser Test reagiert sensibel auf hirnrnorganische Störungen.

Hr. W. erreicht hier ein IQ-Äquivalent von **55**.

6. Supermarktaufgabe

Die Semantische Wortflüssigkeit ist mit 10 Wörter / Min. schwach ausgeprägt.

Verhaltensbeobachtung

Hr. W. ist im Kontakt freundlich-kooperativ und zeigt eine gute Leistungsbereitschaft. Er arbeitet sehr ruhig und konzentriert, die Auffassungsfähigkeit ist gut, die Arbeitsgeschwindigkeit ist besonnen langsam. Hr. W. wirkt insgesamt angepasst. Auffällig ist, dass Hr. W. bei nicht ganz korrektem Aufgabenverständnis perseverierend am falschen Lösungsansatz hängen bleibt. Er lässt sich schlecht korrigieren.

Befund

Es besteht ein extrem weites kognitives Leistungsspektrum zwischen IQ 55 bis 94. Sehr gut ausgeprägt sind das Ultra Kurzzeitgedächtnis sowie der passive Wortschatz. Extrem schwach ausgeprägt sind die räumliche sowie die selektive Wahrnehmung.

Beurteilung

Mit einem Hauptschulabschluss und Ausbildung zum Bürofachgehilfen müsste ein IQ von wenigsten 85 bestehen. Hr. W. zeigt jedoch in vielen hirnrnorganisch sensiblen Fähigkeitsbereichen starke Leistungseinbrüche, so dass eher der Verdacht auf eine hirnrnorganische Störung wie auf eine Intelligenzminderung nahe liegt. Der Fähigkeitsschwerpunkt liegt eindeutig im sprachlichen Bereich.

Danksagung

Zunächst gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. Längle, der mir die Möglichkeit gegeben hat, an der Eberhard-Karls-Universität im Fachbereich Psychiatrie promovieren zu können und der mir mit der Betreuung meiner Arbeit unterstützend zur Seite stand.

Ich danke Herrn Prof. Dr. Hirschmüller für die Durchsicht und Korrektur dieser Arbeit, sowie für das Erstellen des Zweitgutachtens.

Weiter möchte ich mich bei Frau Dipl. Psych. Croissant für die Betreuung meiner Dissertation bedanken. Sie setzte sich kritisch mit der vorliegenden Arbeit auseinander, ihre ständige Bereitschaft aufkommende Fragen zu besprechen, habe ich sehr zu schätzen gewusst.

In mühevoller Arbeit haben mich Gunther Kurz und Ulrike Kurz bei der zeitintensiven Gestaltung der Tabellen und Diagramme unterstützt und sind mir bei der Formatierung eine große Hilfe gewesen.

Für die Durchsicht der Arbeit möchte ich mich bei Frank Langerbeins und Ulrich Kurz bedanken, die sich viel Mühe gemacht haben, die Arbeit Korrektur zu lesen.

Abschließend gilt mein herzlichster Dank meinen Eltern Antonie und Ulrich Kurz. Sie haben mir ermöglicht Medizin studieren zu können und haben mir immer ihre größtmögliche Unterstützung zukommen lassen.

Lebenslauf

Francisca Kurz

geboren 07. April 1981 in Santiago de Chile, deutsche Staatsangehörigkeit

Studium

2000 - 2003 Studium der Humanmedizin an der Albert Einstein Universität, Ulm
seit 2003 Studium der Humanmedizin an der Eberhard Karls Universität,
Tübingen
2009 Staatsexamen 13. Mai 2009

Berufliche Qualifikationen

06/2009 - 06/2011 Assistenzärztin Pädiatrie, Klinikum Friedrichshafen GmbH
seit 09/2011 Assistenzärztin Pädiatrie, Schwarzwald-Baar-Klinikum Villingen GmbH