



Heinz Becker

Die große Welt und die kleine Paula

Eine Geschichte der Behinderung

BELTZ JUVENTA

Heinz Becker

Die große Welt und die kleine Paula

Heinz Becker

Die große Welt und die kleine Paula

Eine Geschichte der Behinderung

BELTZ JUVENTA

Der Autor

Heinz Becker, Jg. 1953, Diplom-Sozialpädagoge, 1989 bis 2019 Bereichsleiter ASB-Tagesförderstätte in Bremen, zuvor Mitarbeit bei der Auflösung Klinik Kloster Blankenburg, seit 1992 Lehrbeauftragter Hochschule Bremen, diverse Buch- und Zeitschriftenveröffentlichungen.

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-6274-8 Print

ISBN 978-3-7799-5575-7 E-Book (PDF)

1. Auflage 2020

© 2020 Beltz Juventa

in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

Alle Rechte vorbehalten

Herstellung: Hannelore Molitor

Satz: Christine Groh, Frankfurt/Main

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsverzeichnis

Kapitel 1: Persönliches Vorwort	9
Kapitel 2: Romantische Wissenschaft	13
Kapitel 3: Vorher	18
Das Leben um 1928	20
Kapitel 4: Die frühe Kindheit von Paula Kleine: 1928–1931	22
Kapitel 5: Die Entstehung der geistigen Behinderung in der frühen Kindheit	23
Kapitel 6: Handlungsleitende Ideen und die Folgen bis 1933	29
6.1. Die Vorgeschichte	29
6.2 Die Pädagogik	31
6.3 Die Psychiatrie	37
6.4 Die „Rassenhygiene“	42
6.5 Der eugenische Konsens	62
Kapitel 7: Handlungsleitende Ideen und die Folgen 1933–1945 (I.): „Der langersehnte Umschwung“	64
7.1 Nationalsozialistische Bevölkerungspolitik	66
7.2 Sterilisationen: Die Verhinderung „lebensunwerten Lebens“	69
7.3 Erziehung und Pädagogik im Faschismus	73
7.4 Psychiatrie im Faschismus	76
7.5 Rassenhygiene im Faschismus	78
Kapitel 8: Paula Kleine im Kinderheim: 1931–1939	80
8.1 Das Leben in Haus Reddersen	81
8.2 Selbstkonzept und Habitus	83
Kapitel 9: Handlungsleitende Ideen und die Folgen 1933–1945 (II.): „Die Vernichtung lebensunwerten Lebens“	86
Kapitel 10: Paula Kleine in der Heilanstalt und im Gertrudenheim Blankenburg: 1939 bis 1941	97

Kapitel 11: Handlungsleitende Ideen und die Folgen 1933 bis 1945 (III.): Der Hungerkosterlass	101
Kapitel 12: Paula Kleine in der Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg (I.): 1941 bis 1945	105
Kapitel 13: Salutogenese und Resilienz	110
Resilienz bei Paula Kleine	113
Kapitel 14: Nach 1945	115
14.1 Die 1950er Jahre	115
14.2 Die Prozesse	118
14.3 Alte Bekannte (I.): Die Euthanasieärzte	119
14.4 Entschädigung	121
14.5 Die alten Denkmuster	123
14.6 Alte Bekannte (II.): Die Rassenhygieniker	125
Kapitel 15: Die langen 1960er Jahre	128
15.1 Gesellschaft und Politik	128
15.2 Handlungsleitende Ideen und die Folgen der 1960er Jahre	133
Kapitel 16: Paula Kleine in Kutzenberg (II.): 1945–1979	138
Kapitel 17: Die 1970er und die 1980er Jahre	141
17.1 Politik und Gesellschaft	141
17.2 Handlungsleitende Ideen und die Folgen in den 1970er und 1980er Jahren	146
17.3 Integration	148
17.4 „Jedem Krüppel seinen Knüppel“	150
17.5 Das Normalisierungsprinzip	152
17.6 „Elend und menschenunwürdig“: Die Psychiatriereform	157
Kapitel 18: Kloster Blankenburg	162
18.1 Die Klinik Kloster Blankenburg	162
18.2 Die totale Institution	167
Kapitel 19: Paula Kleine im Kloster Blankenburg: 1979–1988	173
Kapitel 20: Die Auflösung der Klinik Kloster Blankenburg	178

Kapitel 21: Die 1990er Jahre	186
21.1 Politik und Gesellschaft	186
21.2 Handlungsleitende Ideen und die Folgen in den 1990er Jahren	189
Kapitel 22: Wohnen, Arbeiten und die Kunst	191
22.1 Wohnen	191
22.2 Arbeiten	193
22.3 Was macht die Kunst?	197
22.4 Blaumeier: In dubio pro libido	205
Kapitel 23: Paula Kleine in Bremen 1988–2002: Wohnen, arbeiten und Theater spielen	209
23.1 Die ersten Jahre in Bremen	209
23.2 Der Unfall	213
23.3 Fast Faust	213
23.4 1992 bis 2002	215
23.5 Verrückt nach Paris	217
Kapitel 24: Das 21. Jahrhundert	221
24.1 Politik und Gesellschaft	222
24.2 Handlungsleitende Ideen und die Folgen: Selbstbestimmung und Assistenz	225
Kapitel 25: Das personenzentrierte Konzept	236
Kapitel 26: 2010 ff.	242
26.1 Politik und Gesellschaft	242
26.2 Handlungsleitende Ideen und die Folgen: Die Behindertenrechtskonvention	245
Kapitel 27: Inklusion oder Teilhabe	249
Kapitel 28: Alte Rassenhygiene in neuen Schläuchen	255
<i>Peter Singer</i>	258
Peter Singer in Deutschland: Der Geist ist aus der Flasche	263
Meinungsfreiheit oder Menschenwürde	264
Nach Singer: Der Traum von der leidfreien Gesellschaft	267
Kapitel 29: Paula Kleine in Bremen (II.): 2002 bis 2014	273
Der „Ruhestand“ 2010 bis 2014	275

Kapitel 30: Heute	278
Kapitel 31: Neue Fachlichkeit: Personzentrierte Sozialraumorientierung	282
Die Haltung verändern	285
Kapitel 32: Was bleibt...	287
Literatur	298
Abbildungsverzeichnis	326
Vielen Dank!	327

Kapitel 1

Persönliches Vorwort

Am 5. April 1988 trat ich meine neue Arbeitsstelle beim Arbeiter-Samariter-Bund Bremen (ASB) an. Einsatzort war zunächst die Klinik Kloster Blankenburg. Die Menschen dort galten als austherapiert, unheilbar, therapieresistent. Unsere Aufgabe war die vollständige Auflösung dieser Langzeitpsychiatrie. Die ersten Wochen in Blankenburg verbrachte ich auf der Station 4, dem so genannten „Gartenhaus“.

Ich hatte vorher einiges über die Zustände in bundesdeutschen psychiatrischen Anstalten und in Blankenburg gesehen, gehört und gelesen, aber was ich dort dann erlebte, übertraf meine schlimmsten Erwartungen. Und da hatte ich erst das „Gartenhaus“ kennen gelernt und kannte noch nicht die Stationen 10 und 11, die „Schlangengruben“.

Im „Gartenhaus“ traf ich auf Herrn R., seit über 20 Jahren in Blankenburg. Ein Psychiater diagnostizierte 1967: „prä- oder perinataler Hirnschaden, völlige geistige Stumpfheit, wird nur durch animalische Lutsch- und Schluckreflexe am Leben erhalten.“ Die vielen Jahre im Bett haben Herrn R. körperbehindert gemacht. Er liegt nur noch, „stört, schreit, schlägt sich mit der Faust an den Kopf, wird an den Händen fixiert. Ist unsauber, macht viel Arbeit, urinert und kotet ein“ steht in der Akte. Den ganzen Tag schaukelte er in seinem mit einem Gitter versehenen Bett hin und her und scheuerte mit dem Kopf an der Wand. Mit der Zeit hat er so mit seinem Kopf ein Loch in den Putz gescheuert.

Zweimal in der Woche war für Herrn R. wie für andere auch „Abführtag“. Herr R. wurde mit den Händen und Füßen am Bett festgebunden und bekam eine ordentliche Portion „Liquidepur“ eingebläst. Liquidepur ist ein flüssiges Abführmittel, anzuwenden bei Verstopfung (Obstipation). In den nächsten Stunden krümmte sich Herr R. unter dumpfen Schreien vor Bauchschmerzen in seinem Bett und führte ab. Dann wurde er befreit, gewaschen, das Bett abgezogen und das Thema war für ein paar Tage erledigt.

Oder Frau K., seit ihrem fünften Lebensjahr in Anstalten, zuletzt seit 27 Jahren in Blankenburg. Wie Herr R., nur mit einem kleinen Flügelhemd bekleidet, verließ sie kaum ihr Zimmer, wenn die Bezeichnung „Zimmer“ für diesen ehemaligen Abstellraum überhaupt angemessen ist, der mit dem Bett als einzigem Einrichtungsgegenstand schon voll war. Meist hielt sich Frau K. in ihrem Bett unter einer festen Decke auf. Selbst ihre Mahlzeiten nahm sie dort ein, aß mit einem Plastiklöffel breiige Kost von einem Plastikteller. Ihr Kopf war an mehreren Stellen haarlos und die Stirn vom Schlagen gegen die Wand eingedrückt. Oft führte sie ihre Hand tief in den After ein und holte Stuhlgang hervor, den

sie im Zimmer verschmierte. Mehrmals täglich lief sie, fast unbekleidet mit kotverschmierten Fingern schreiend über den Flur der Station.

Mitten in diesem Konglomerat aus Verzweiflung und Gewalt traf ich Paula Kleine.

Sie lebte auch auf der Station und hatte dort nach vielen Jahren im Schlafsaal als eine der wenigen seit kurzer Zeit ein Einzelzimmer. Paula Kleine hatte auf der Station eine Sonderrolle. Sie half den Mitarbeiter_innen bei der Stationsarbeit, verteilte das Essen, machte sauber und half bei der Wäsche.

Im Verlaufe des Jahres 1988 lösten neue Mitarbeiter_innen das alte Personal ab. Wir änderten vorsichtig die Strukturen und den Alltag auf den Stationen. Abfuhrtage gab es nicht mehr, Liquidepur wurde zunächst durch Pflaumensaft ersetzt, bald war auch der nicht mehr nötig. Frau K. lernte, mit den anderen am Tisch zu essen und Kleidung am Leib zu ertragen.

Paula Kleine machte erste Ausflüge mit. Wir gingen mit einer kleinen Gruppe ins Oldenburger Freibad. Ich ging mit einem gehbehinderten Patienten voran ins Wasser und bat Frau Kleine, mir zu folgen. Wir gingen einige Meter ins tiefer werdende Wasser hinein, und als ich mich umdrehte, sah ich, dass Frau Kleine, die gut dreißig Zentimeter kleiner war als ich, das Wasser schon bis zur Unterlippe reichte.

Frau Kleine macht, was ihr gesagt wird. Wenn ein „Pfleger“ sagt, dass sie mitkommen soll, dann kommt sie mit. Das ist ihre Art der Anpassung an die Gewalt.

Ich möchte ihr Leben erzählen. Ich habe sie über 20 Jahre lang begleitet. Oft habe ich mit ihr über ihre Erlebnisse gesprochen, aber sie hat nie lange über ihre Vergangenheit erzählt. An manches möchte sie vielleicht nicht erinnert werden, manches aus anderen Gründen nicht erzählen, dann soll es auch nicht veröffentlicht werden. Aber vieles wird sie auch nicht mehr wissen oder nicht in Worte fassen können. Sie hat, wie so viele Langzeitpatienten¹ der Psychiatrie, ihre Geschichte verloren: „Sie haben alle eine Akte, aber keine Geschichte!“ (Fritsche/Störmer in Lindmeier 2013, 40).

Aber wenn Frau Kleine nicht gern über ihr Leben spricht, wie weit darf ich persönliche Erfahrungen einer Öffentlichkeit preisgeben? Paula Kleine hat meiner Arbeit zugestimmt. Aber hat sie dies nicht nur getan, weil sie, ebenso wie ich, Teil eines Machtverhältnisses zwischen Experte und Klientin ist, das sie zur

1 In diesem Buch wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit häufig das generische Maskulinum verwendet, sofern es sich um allgemeine und anonyme Gruppen handelt (Patienten, Künstler, Ärzte) oder wenn überwiegend männliche Personen zu der Gruppe gehören (Rassenhygieniker). Weibliche und andere Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint, soweit es für die Aussage erforderlich ist.

Zustimmung zwingt (vgl. Jantzen 2005, 33, auch ders. 1994, 149). Kann sie übersehen, was „Veröffentlichen“ heißt? ²

Ich habe Akten über Paula Kleine gelesen. In solchen Dokumentationen findet man kaum etwas darüber, was ein Mensch gut kann, gerne mag, woran jemand Freude hat. In den Akten der Anstalten findet man nur das, was stört, negativ auffällt, bestenfalls ein Vermerk, wenn jemand gar nicht auffällt (vgl. Lindmeier 2013, 121). Außerdem habe ich viele Menschen gesprochen, die Paula Kleine kennengelernt haben. So und durch die gemeinsame Zeit habe ich viele Informationen bekommen. „Wenn wir dabei an alte, gute Geschichten anknüpfen können, ist das sehr hilfreich und wenn wir schlechte Geschichten aufnehmen müssen, weil sie uns präsentiert werden, dann nehmen wir sie an, aber wir ‚graben‘ nicht nach Traumata“ (Petzold 1999, 17). So findet sich nicht alles, was ich erfahren habe, in diesem Buch wieder.

Es gibt ein Recht auf informationelle Selbstbestimmung, darauf, über Geschichten aus der eigenen Vergangenheit zu schweigen. Manchmal müssen wir etwas vergessen, „um die Vergangenheit aus uns auszutreiben“ (Levi 1990, 105). Durch von außen angetragene „Biografiearbeit“ besteht die Gefahr der Retraumatisierung (Petzold 1999). Bei dem Verstehen ihrer Lebensgeschichte soll die Wahrung der Würde von Frau Kleine im Vordergrund stehen. Es geht nicht darum, alles über sie in Erfahrung zu bringen und in einer „totalen Indiskretion“ zu veröffentlichen, damit sie „nicht noch ein zweites Mal nach der ‚erbbiologischen‘ jetzt durch die zeithistorische Anamnese gedemütigt“ wird (Güse/Schmacke 1984, 11).

Der Zugang zur persönlichen Geschichte steht in Bezug zur Entwicklung des gesellschaftlichen Umgangs mit behinderten Menschen im 20. Jahrhundert. Der wiederum hat mit allgemeinen wirtschaftlichen, politischen, sozialen und kulturellen Entwicklungen zu tun. Wie ein Mensch sich entwickelt, wie er lebt und was er erlebt, ist von vielen Faktoren abhängig. Jeder von uns bringt eine biologische Grundausstattung mit, die die Grundlage unserer Entwicklung bildet. Aber schon diese Grundlage ist durch äußere Einflüsse mitbestimmt und wie es von dieser Grundlage aus weitergeht, wird noch mehr durch soziale, politische, wirtschaftliche, ideologische und gesellschaftliche Umstände beeinflusst. Jeder Mensch macht unterschiedliche individuelle Erfahrungen, die ihn verändern. Aber der Mensch ist nicht nur auf diese individuelle Erfahrung beschränkt. „Er eignet sich die gesellschaftliche Erfahrung jener sozialen Gruppe an, in der

2 Diese Frage nach der advokatorischen Verantwortung stellt sich auch bei der Biografiearbeit und Methoden der „persönlichen Zukunftsplanung“. Dies erst recht, wenn die Darstellung, wie in unserem Fall, gar nicht dem ursprünglichen Zweck dient, sondern Wissen über eine Person an Dritte weitergibt, evtl. zu Aus- und Fortbildungszwecken oder um sich als Autor_in zu profilieren (vgl. Jantzen 1994, 149 f.).

er erzogen wird und in der er lebt, und nutzt sie“ (Galperin 1980, 172). Ein Mensch muss unter Menschen aufwachsen, und er wird Mensch „nur auf die Art und Weise der Menschen in den Gesellschaften, denen man angehört“ (Maturana 1987, 299).

Die Geschichte von Paula Kleine ist nicht nur die Geschichte einer Person. Um zu verstehen, muss die Person auch in ihren sozialen und politischen Systemen betrachtet werden. Auch das ist personenzentrierte Betrachtung (vgl. Pörtner 2018). Individuelle Geschichten ordnen sich in das sozialökonomische und geistige Bedingungsgefüge ein (vgl. Blasius 1981, 368).

Um die Geschichte der Person ranken sich die Geschichte unseres Fachgebiets und die Geschichte unserer Gesellschaft. Beide haben historische Kontinuitäten. Der Geschichtsverlauf ist „nicht mit einer Straßenbahnlinie vergleichbar, bei der jedesmal an den Endhaltestellen alle Fahrgäste mitsamt dem Fahrer die Bahn verlassen und völlig neue Leute einsteigen“ (Hobsbawm 2004, 15).

Aber auch das wäre „nur“ eine schöne, vielleicht noch interessante Geschichte, wenn wir daraus nicht Konsequenzen ziehen für das 21. Jahrhundert, an dessen Beginn neue Umgangsformen sichtbar (und machbar) werden, aber auch noch alte Gefahren bestehen. Diese gilt es zu benennen und Irrwege zu erkennen. Wer die Vergangenheit nicht erkennt, läuft Gefahr, sie zu wiederholen: „Was einmal wirklich war, bleibt ewig möglich“ (Wunder 2008a).

Man kann die Welt durch ein Fernrohr oder ein Mikroskop betrachten. „Solange wir uns einig sind, daß wir denselben Kosmos untersuchen, ist die Entscheidung zwischen Mikro- und Makrokosmos eine Frage der Wahl der geeigneten Technik“ (Hobsbawm 1998, 243). Wir versuchen in diesem Buch, beide Blickwinkel zu verbinden. Dies verleitet den Autor zu ein paar Gedankensprüngen, und er darf die Leserin und den Leser auffordern, mitzuspringen, um mit dem Fortlaufen des Textes wieder auf den geraden Weg zurückzukommen.

Kapitel 2

Romantische Wissenschaft

*„Grau, teurer Freund, ist alle Theorie,
und grün des Lebens goldner Baum.“*
Johann Wolfgang von Goethe (1930, 278)

Der britische Neurologe Oliver Sacks (1933–2015) vergleicht in einer seiner bekanntesten Geschichten den Musiklehrer Dr. P. mit der herkömmlichen Wissenschaft. Dr. P. konnte aufgrund einer Hirnschädigung keine Gesichter mehr erkennen, keine Landschaften, nichts Zusammengesetztes. Er konnte nur einzelne Eigenschaften wahrnehmen, die er analytisch und logisch zusammensetzte. So nahm er einen Handschuh als eine Art Behälter mit durchgehender Oberfläche und fünf Ausstülpungen wahr, kam aber nicht darauf, wofür er Verwendung finden könnte. Den Kopf seiner Frau verwechselte er aufgrund der runden Form mit seinem Hut. Dr. P. konnte keine Bilder als Gesamtheit beschreiben, sondern nur einzelne Elemente. Er „irrte in einer Welt lebloser Abstraktionen umher“ (Sacks 1990, 31). Oliver Sacks zieht eine Parallele von Dr. P. zu den modernen Wissenschaften vom Menschen: „Infolge einer komischen und beklagenswerten Analogie hat unsere gegenwärtige kognitive Neurologie und Psychologie sehr viel Ähnlichkeit mit dem armen Dr. P.! Wir brauchen das Konkrete und Reale ebenso wie er, und gleich ihm sind wir nicht in der Lage, es zu erkennen“ (ebd., 38). Die Wissenschaften mieden das Urteilende, das Besondere und widmeten sich ganz dem Abstrakten und Berechenbaren. „Aber die mentalen Prozesse, die unser Sein und unser Leben ausmachen, sind nicht nur abstrakt und mechanisch, sondern auch persönlich und schließen daher nicht nur Klassifizierung und Kategorisierung, sondern auch ständiges Beurteilen und Fühlen ein“ (ebd., 38).

Wie wir noch sehen werden, begannen Wissenschaftler im 17. Jahrhundert, die Welt zu vermessen und zu zählen. Diese Erkenntnismethode bekam den Vorrang vor anderen Arten der Erkenntnis. Menschliche Erfahrung und individuelle Wahrnehmung wurden aus dem wissenschaftlichen Erkenntnisprozess zunehmend ausgeblendet. „Was jemand selbst sah, hörte, fühlte und roch, konnte keinen Anspruch auf Wirklichkeit mehr erheben; erst wenn Experten im kontrollierten, wiederholbaren Experiment etwas messen konnten, war es real“ (Scheidler 2017, 110). Der Versuch, komplexe Erscheinungen auf elementare Bestandteile zurückzuführen, wurde zum Leitprinzip der Wissenschaften. Dieses Prinzip begann damit, alle nur denkbaren Körperteile und -merkmale zu vermessen und zu vergleichen. Heute finden sich diese Gedanken in der Ansicht,

der Mensch sei ein hoch entwickelter Computer, dessen Verhalten durch Computersimulation vorhersagbar sei bis zur Berechnung seines Todeszeitpunkts durch Algorithmen. Sie finden sich in der Lerntheorie, wenn komplexe Verhaltensweisen durch Reiz und Reaktionsmuster erklärt werden und in der Medizin, wo das Individuum hinter der Diagnose verschwindet. Dieser klassischen Wissenschaft geht es um Wiederholbarkeit, Präzision und Vergleichbarkeit.

Oliver Sacks fordert dagegen auf, „das Konkrete zu erforschen“: „Die klassische Wissenschaft hat für das Konkrete keine Verwendung – in der Neurologie und Psychiatrie wird es gleichgesetzt mit dem Trivialen. Eine ‚romantische Wissenschaft‘ ist erforderlich, um ihm gerecht zu werden und seine außerordentlichen Kräfte – und Gefahren – zu würdigen“ (Sacks 1990, 232 f.). Den Begriff „Romantische Wissenschaft“ übernimmt Oliver Sacks von seinem Mentor, dem sowjetischen Neuropsychologen Alexander Luria (1902–1977).

Luria beschreibt zwei verschiedene wissenschaftliche Einstellungen, die er „klassische“ und „romantische“ Wissenschaft nennt. Beide, so Luria, sind notwendig. Klassische Wissenschaft zerteilt die Wirklichkeit in Einzelteile und setzt sie nachträglich wieder zusammen. Sie misst, rechnet, kategorisiert Verhalten, erhebt Merkmale, abstrahiert diese und fasst die so gewonnenen Daten zu Diagnosen zusammen. „Der romantische Wissenschaftler lässt sich von genau entgegengesetzten Interessen, Einstellungen und Vorgehensweisen leiten. (...) Romantiker in der Wissenschaft haben weder das Bedürfnis, die lebendige Wirklichkeit in elementare Komponenten aufzuspalten, noch wollen sie den Reichtum der konkreten Lebensprozesse in abstrakten Modellen darstellen, die die Phänomene ihrer Eigenheiten entkleiden. Ihre wichtigste Aufgabe sehen sie darin, den Reichtum der Lebenswelt zu bewahren, und sie erstreben eine Wissenschaft, die sich dieses Reichtums annimmt“ (Luria 1993, 8 f.). Johann Wolfgang von Goethe mag ähnliche Gedanken gehabt haben, als er schrieb: „Es gibt eine zarte Empirie, die sich dem Gegenstand innigst identisch macht und dadurch zur eigenen Theorie wird“ (Goethe 1821/1982, 282).

Luria weist darauf hin, dass auch Beobachtung und Beschreibung Mängel haben und Gefahren bergen: „Die Beschreibung unmittelbar wahrgenommener Erscheinungen kann den Beobachter zu Pseudoerklärungen verführen, die auf seinem subjektiven Verständnis der Phänomene gründen“ (Luria 1993, 181). „Lurias Ziel besteht darin, die analytische, reduktionistische Wissenschaft mit dem zu kombinieren, was er ‚romantische‘ Wissenschaft nennt – eine Wissenschaft, die herausfinden will, was es heißt ein Mensch, eine Kreatur auf dieser Welt zu sein“ (Sacks 2008).

Klassische Wissenschaft beschreibt Luria in Anlehnung an Marx und Hegel als „Aufstieg im Abstrakten“ und die romantische Wissenschaft als „Aufstieg vom Abstrakten zum Konkreten“. Eine Abstraktion wie zum Beispiel eine Diagnose ist der Beginn, nicht das Ende. Die gewonnene Abstraktion wird in der jeweiligen historischen Situation betrachtet, in der sie wirkt. Die Abstraktion

wird in den Lebenskontext des Menschen versetzt, in dem sie auf ihn traf und gewinnt damit eine konkrete und einmalige Form. Das weitere „Aufsteigen im Konkreten“ beschreibt die Rekonstruktion der Geschichte der Persönlichkeit unter den Bedingungen der Störung, der Krankheit oder der Behinderung (vgl. Jantzen 1974, 128).

Bei diesem „Aufsteigen im Konkreten“ werden nicht nur Einzelfakten erfasst, sondern ein Gegenstand in seinen Beziehungen, in denen er verwoben ist, betrachtet. Dabei sollen so viele Perspektiven wie möglich erfasst werden. „Je mehr wichtige Zusammenhänge wir in der Untersuchung aufdecken, um so näher kommen wir dem Wesen eines Objekts und um so mehr verstehen wir seine Eigenschaften und Gesetzmäßigkeiten. Nur, wenn wir die Vielfalt seiner Existenz anerkennen, können wir die Gesetze seiner Existenz verstehen. Eben dies meinte Marx mit seiner ungewöhnlichen Formel vom ‚Aufsteigen zum Konkreten‘“ (Luria 1993, 181).

Romantische Wissenschaft hat das Ziel, aus Krankengeschichten Lebensgeschichten zu machen. Diese Lebensgeschichten spielen sich in bestimmten Milieus der Gesellschaft ab, die wiederum eingebettet sind in ökonomische, gesellschaftliche und historische Zusammenhänge. Menschen sind nicht „Serienprodukte ihrer Existenzbedingungen“ (Sève 1987, 201). Ihre Fähigkeiten können nur „im Zusammenhang mit den gestaltenden Einflüssen des Lebens ... untersucht und verstanden werden“ (Sacks 1991, 8).

Romantische Wissenschaft meint nicht Gefühlsduselei und erzählt keine rührenden Geschichten über die Ausgeschlossenen. Es ist eine Wissenschaft vom Konkreten, die nicht vergisst, dass Behinderung immer auch ein Prozess der Aussonderung und Stigmatisierung bedeutet. Die konkrete Lebenswirklichkeit der Menschen, um die hier geht, hat diese zwei Seiten.

Es gibt das, was psychische Krankheit, Verhaltensstörung, Schwachsinn oder geistige Behinderung genannt wurde und wird und es gibt den sozialen Ausschluss. Mit beiden Realitäten müssen wir uns befassen. Die uns sichtbare Behinderung eines Menschen ist nicht der Ausgangspunkt, sondern ein Ergebnis seiner Entwicklung als Mensch mit einer Beeinträchtigung, aber auch als ausgesonderter Mensch. Deswegen hat romantische Wissenschaft nicht nur die Diagnose zum Gegenstand, sondern auch die Lebensumstände des Menschen. Was bedeutet es für eine Person, unter den Bedingungen einer Beeinträchtigung zu leben und wie wirkt sich diese Beeinträchtigung auf die Lebensumstände dieser Person aus?

„Es geht darum die Entwicklung des Psychischen und der Persönlichkeit einer Person im Spiegel ihres Lebens und Erlebens erklärbar und verstehbar zu machen“ (Lanwer 2006, 74).

Menschen wie Paula Kleine haben ihre persönliche Geschichte verloren in einer Psychiatrie, in der Zeit nicht mehr Geschichte bedeutet. Durch diesen sozialen

Ausschluss wird die Geschichte von Menschen vernichtet. Es gibt einen Lebenslauf, aber keine Lebensgeschichte. „Ein ‚Sich-einlassen‘ auf die eigene Lebensgeschichte ist in dieser Situation schwer möglich, weil kaum mehr ein Gefühl dafür vorhanden ist, eine Lebensgeschichte zu haben: Zeitbezug, soziale Beziehungen und Handlungsspielraum sind fast völlig außer Kraft gesetzt – ohne sie gibt es aber keine Geschichte, sondern nur eine Aneinanderreihung von unverbundenen Ereignissen“ (Lindmeier 2013, 120). Aus der Geschichte eines Menschen wird die Geschichte einer Krankheit oder Behinderung. Wenn Menschen lange genug in Anstalten, Heimen oder anderen totalen Institutionen leben, ist nur noch die Krankheit sichtbar. Alles, was dieser Mensch tut, wird als Symptom der Krankheit oder Behinderung gesehen, die sich scheinbar schicksalhaft entfaltet. Und mit der Zeit verschwinden alle Spuren: Die Betreuer wechseln und in den Akten wiederholen sich Jahr für Jahr die Formulierungen. Die Sichtweise, die Wolfgang Jantzen als Rehistorisierung beschrieben hat, versucht, diesen Menschen ihre Geschichte zurückzugeben (vgl. Jantzen 1998).

Zu diesem Prozess gehören auch wir, die Betrachter von außen. Unsere Aufgabe ist es, die Symptome eines Menschen als Ausdruck einer ihm widerfahrenen Geschichte zu verstehen und unsere Einstellungen zu reflektieren. „Wir bestimmen den Bezugsrahmen unserer Wahrnehmungen aus einem Vorverständnis und aus Vorinterpretationen heraus. Deshalb müssen wir uns dessen bewusst sein, dass eine Person nicht eine Störung ‚hat‘, sie ‚ist‘ nicht gestört, sondern wir schreiben ihr eine Störung zu. ... Obwohl es unmöglich ist, ohne Konzepte zu denken, müssen wir uns stets vor Augen halten, dass es wahrscheinlich ist, dass sie eher falsch als richtig sind (z. B. übersimplifizieren alle Konzepte)“ (Schmid 2001, 13).

Wir haben und brauchen Denkkategorien wie die Diagnosen der klassischen Wissenschaft, dürfen aber nie vergessen, dass „solche Raster nur Gemeinsamkeiten gewisser Störungsbilder erfassen, nicht die Person. Was die Person ausmacht, liegt zwischen den Rastern, und hier steckt auch das Potential zur Veränderung“ (Pörtner 1994, 110). Im Zentrum der Betrachtung steht nicht die Schädigung, der Defekt oder die Diagnose, sondern die Auswirkung der Diagnose und des Defekts auf die Entwicklung der Persönlichkeit. Wie wird die Stellung des Menschen in der Umwelt verändert, was bewirkt die veränderte soziale Entwicklungssituation. Mit der Erkenntnis, „...daß ich es hätte sein können, der diesen Bedingungen ausgesetzt war, wird aus dem ‚Fall von‘ des oder der Anderen nunmehr ein Fall von Meinesgleichen“ (Jantzen 1996, 26).

Zum Neubegreifen einer Geschichte müssen wir nach den Ausgangsbedingungen fragen. Manchmal ist das tatsächlich die gestellte Diagnose, oft aber auch die Lebenswelt von Kindern, die in einer sozial benachteiligten Situation aufwachsen müssen. „Ihre reduzierte Fähigkeit sich auszudrücken trifft auf eine Welt, die ... die besondere Verwundbarkeit von Kindern mit besonderen Verwundungen beantwortet ... Diese veränderte Situation – und keineswegs der

Defekt – bilden den ‚Nucleus der retardation‘, also deren Kern und Keimzelle“ (Jantzen 2005, 163).

Bestandteil dieser Geschichte sind auch wir selbst. Hilarion Petzold fordert uns auf, „uns selbst im Spiegel anzusehen oder uns den Spiegel unserer Profession oder unserer Institution vorzuhalten. Es ist leider so, dass das, was dort geschehen ist, Alltag war, über lange Jahre – nicht nur im Dritten Reich – menschenfeindlich war“ (Petzold 1999, 18).

Bei der Betrachtung der Lebenswelt von Menschen in ihrer Entwicklung stellen wir den Anspruch, „die Vergangenheit als ein zusammenhängendes Ganzes zu sehen und nicht ... als ein Ensemble von Einzelaspekten“ (Hobsbawm 2004, 7). Das bedingt ein umfangreiches Wissen über soziale, politische und kulturelle Hintergründe.

Deswegen wollen wir zunächst einen Blick auf die deutsche Gesellschaft werfen, wie sie sich zur Zeit der Geburt von Paula Kleine zeigte.

Kapitel 3

Vorher

*„Es geht nicht darum, Vergangenheit zu bewältigen.
Das kann man gar nicht.
Sie lässt sich ja nicht nachträglich ändern oder ungeschehen machen.
Wer aber vor der Vergangenheit die Augen verschließt,
wird blind für die Gegenwart.
Wer sich der Unmenschlichkeit nicht erinnern will,
der wird wieder anfällig für neue Ansteckungsgefahren.“*
Richard von Weizsäcker (1985, o. S.)

Die verspätete Nation sollte man Deutschland später nennen, und verspätet ist Deutschland in vielerlei Hinsicht zu Beginn des 20. Jahrhunderts, als Friedrich und Johanna, die späteren Eltern von Paula Kleine, hier aufwachsen. Dieses Deutschland „trug alle Kennzeichen eines durch erfolgreiche Kriege hochgebrachten Militärstaates an sich“ (Elias 1992, 22). Anders als in den Nachbarstaaten sind in den deutschen Habitus im Laufe der Geschichte viele militärische Modelle eingeflossen. Es entstand ein aggressiver halbfeudal-militaristischer Staatsapparat (Leuschner 1990, 215), in dessen Folge eine „eigentümliche Spielart des Bürgertums“ erschien: „bürgerliche Menschen, die die Lebenshaltung und die Normen des Militäradels zu den ihren machten“ (Elias 1992, 23). „Erziehung zu Kadavergehorsam, vollständiger Unterwerfung und Untertanengeist wurde überall im Reich gepredigt, gelehrt und eingebläut“ (Engelmann 1976, 300).

Die Welt war nach einem harten Konkurrenzkampf unter den imperialistischen Großmächten verteilt, aufgeteilt in Starke und Schwache, „Fortgeschrittene“ und „Rückständige“. Deutschland, zu lange in feudalistischen Traditionen, kleinstaatlichen und kleingeistigen Konflikten verhaftet, hatte kaum etwas abbekommen: das heutige Togo, Kamerun, Namibia und Tansania in Afrika und ein paar Inselchen in der Südsee, während sich Frankreich, England, Spanien, sogar die USA, die Niederlande und Belgien in aller Welt Kolonien gesichert haben (vgl. Hobsbawm 2004, vgl. auch Frie 2017, 331 ff.). Das konnte nur noch durch einen Krieg korrigiert werden, und die Zeit dafür schien gekommen.

Die Geld- und Machtelite Deutschlands wollte diesen Krieg und suchte einen Grund. Es kam sehr gelegen, dass am 28. Juni 1914 das österreichische Thronfolgerpaar in Sarajewo von einem 19-jährigen serbischen Studenten ermordet wurde. Diese „an sich irrelevante Ermordung eines österreichischen Erzherzogs durch einen studentischen Terroristen in einer Provinzstadt im innersten Balkan“ (Hobsbawm 2004, 390) lieferte den Grund.

In einem Rausch imperialistischen Größenwahns stürzte sich nahezu das ganze deutsche Volk 1914 in diesen „ersten industriell geführten Vernichtungskrieg“ (Scheidler 2017, 149). Im „Manifest der 93“ unterstützten namhafte Intellektuelle und Wissenschaftler wie Emil von Behring, Paul Ehrlich, Engelbert Humperdinck, Max Liebermann, Max Planck, Wilhelm Röntgen, Wilhelm Wundt, Friedrich Naumann, Max Reinhardt oder Ludwig Thoma den Krieg (Bruch/Hofmeister 2000, 366 ff.). Auch die sozialdemokratische Reichstagsfraktion unter Friedrich Ebert stimmte den Kriegskrediten zu, besoffen gemacht von einer propagandistischen Kriegsvorbereitung, wie sie die Welt bis dahin noch nicht gesehen hatte. „Augusterlebnis“ nannte man diese Stimmung später, die keineswegs spontan entstanden ist, sondern das „Ergebnis planmäßiger, jahrzehntelanger Propaganda der herrschenden Medien und des Erziehungswesens“ war (Leuschner 1990, 248).

Wahrscheinlich gehörte auch Friedrich Kleine zu den jungen Männern, die, fast noch Kinder, begeistert in den Krieg zogen. Wahrscheinlich hat die junge Johanna in der jubelnden Menschenmenge Spalier am Straßenrand gestanden und Blumen geworfen auf die Soldaten, die der Welt zeigen wollten, was eine deutsche Harke ist. „Mit dem Bewußtsein, daß der Krieg etwas Wunderbares, Großes, Herrliches sei, zogen viele junge Deutsche 1914 ins Feld. Sie waren erfüllt von einer Stimmung der Siegesgewißheit“ (Elias 1992, 239).

Aber diese Stimmung war schnell vorbei. Immer öfter kamen Meldungen über Niederlagen, immer schlechter wurde die Situation in Deutschland. Rosa Luxemburg beschrieb diese Situation 1916: „Das Geschäft gedeiht auf Trümmern. Städte werden zu Schutthaufen, Dörfer zu Friedhöfen, Länder zu Wüstenen, Bevölkerungen zu Bettlerhaufen, Kirchen zu Pferdeställen ... Geschändet, entehrt, im Blute wattend, von Schmutz triefend – so steht die bürgerliche Gesellschaft da, so ist sie“ (Luxemburg 1916/1971, 40). Im „Steckrübenwinter“ 1916/17 starben die Menschen der Arbeiterschaft und des unteren Mittelstands zu hunderttausenden. Sie sind erfroren, verhungert oder „durch völlige Entkräftung der ersten Grippe erlegen“ (Engelmann 1976, 331).

Dann ist der Krieg vorbei, verloren. Doch die Sieger waren auch Räuber, wie Deutschland. Im Versailler Vertrag legten sie Deutschland unerfüllbare Forderungen auf. Der Erste Weltkrieg, die „Maschine zur Brutalisierung der Welt“ (Hobsbawm 2003, 163), forderte 17 Millionen Tote. Der amerikanische Historiker und Diplomat George F. Kennan nannte ihn die „Urkatastrophe des 20. Jahrhunderts“, weil er mit dem Friedensschluss nicht beendet war, sondern sich in den Köpfen bis zum Zweiten Weltkrieg fortsetzte (Wette 2014, 41).

Arbeiter und Soldaten wollten die alten Machthaber stürzen. Aber die Novemberrevolution 1918 scheiterte, viele Anhänger und ihre Vorkämpfer Karl Liebknecht und Rosa Luxemburg wurden ermordet. Sie führte aber immerhin dazu, dass das alte Regime abtreten musste. Die traditionellen Eliten und Herr-

scher verloren jedoch ihren Einfluss nicht, nur Kaiser Wilhelm II. hat sich mit 51 Eisenbahnwaggons voll mit Geschirr, Porzellan, Möbeln und Kunstwerken nach Holland davongeschlichen.

Inzwischen sind Friedrich und Johanna Kleine verheiratet. Sicher war er Soldat, ist vielleicht innerlich gebrochen, traumatisiert und desillusioniert aus dem Krieg zurückgekommen, wie so viele andere. Es kann nur besser werden, aber auch in der Weimarer Republik lebten weite Teile der Bevölkerung in Hunger und Elend. Sie kommt nicht so recht, die bessere Zeit.

Seltsamerweise werden die folgenden Jahre später und bis heute die „goldenen Zwanziger“ genannt. Vor allem die Unterhaltungsindustrie blühte. Deren Produkte führten wohl dazu, dass man dieser Zeit den nostalgisch verklärenden Namen gab, nicht nur in Deutschland (*les années folles, the roaring twenties*). Für die überwiegende Mehrheit der Deutschen war diese Zeit keineswegs golden. Die Regierungen wechselten schneller, als man sich die Namen der Regierenden merken konnte. In der Inflation 1923/24 wurden gigantische Werte umverteilt. Nur kurze Perioden scheinbarer Besserung unterbrachen eine äußerst schlechte wirtschaftliche Situation. Am Ende der 1920er Jahre wurde die Lage für die meisten Deutschen katastrophal. Schließlich brachte der „Schwarze Freitag“, der 25.10.1929, einen Kurssturz an der New Yorker Börse. Die Weltwirtschaftskrise führte zur Massenverelendung. Außerdem hatte die Niederlage im „Nachholkampf um einen ‚Platz an der Sonne‘“ im Ersten Weltkrieg „besonders in den bürgerlichen Schichten ... ein erhebliches Maß an Bitterkeit und Ressentiments hinterlassen“ (Elias 1992, 373).

Friedrich und Johanna Kleine haben 1927 schon drei Kinder, als Johanna wieder schwanger ist.

Das Leben um 1928

Im Jahr 1928, als Paula Kleine geboren wird, führten Brecht und Weill die Dreigroschenoper das erste Mal in Berlin auf und der HSV wurde zum zweiten Mal Deutscher Fußballmeister. Charlie Chaplins letzter Stummfilm und Walt Disneys erster Tonfilm waren zu sehen, das Thema des Jahres aber waren die Reichstagswahlen. Die bürgerliche Reichstagsmehrheit hatte vor den Wahlen beschlossen, Zuschüsse für die Schulkinderspeisung zu streichen und dem Bau des teuren Panzerkreuzers A, einem Prestigeobjekt der Marine, zuzustimmen. Bei den Wahlen im Mai 1928 gewann die SPD mit dem Motto „Kinderspeisung statt Panzerkreuzer“ viele Stimmen dazu, erreichte mit fast 30 % den bedeutendsten Wahlerfolg seit 1912 und wurde stärkste Partei. Kaum an der Regierung, beschlossen der SPD-Reichskanzler Hermann Müller und seine sozialdemokratischen Kabi-

nettskollegen den Panzerkreuzerbau einstimmig. Dies löste einen Proteststurm aus, den niemand vorausgesehen hatte.

„Das Wichtigste an dieser ganzen kläglichen Affäre ist nicht einmal die alberne Blechkiste von einem Panzerkreuzer, von deren Nutzlosigkeit eigentlich jedermann überzeugt ist, sondern die legere Art, die Dinge zu behandeln“ schrieb Carl von Ossietzky (1928/1978, 267 f.) im August 1928 in der Weltbühne. Die Quittung für diese Haltung bekam die SPD bei den nächsten Wahlen 1930, sie verlor 580.000 Stimmen. Die NSDAP profitierte von der Enttäuschung der Wähler: Sie schnellte von 2,63 % auf 18,33 % hoch (vgl. Plat 1994). Nie wieder danach erlangte die SPD mehr Stimmen in Reichstagswahlen als 1928.

In den folgenden Jahren stieg die Arbeitslosigkeit stetig an. Von 9,7 % im Jahre 1928 auf 44,4 % im Jahr 1932 (Kuczynski 1982, 93). „Wer keine Kontrolle über Produktionsmittel hatte ... erlebte die Krise hauptsächlich als eine in Ausmaß und Dauer bislang unvorstellbare und niemals erwartete Arbeitslosigkeit“ (Hobsbawm 2003, 124). Löhne und Fürsorgeleistungen wurden stetig gekürzt. 1932 lag der durchschnittliche Wochenlohn eines Arbeiters um 47 % niedriger als 1929. Ende 1932 erhielten nur noch 19 % der Arbeitslosen reguläre Erwerbslosenunterstützung. Die anderen mussten von der Fürsorge leben, die kaum zum Überleben reichte (Kuczynski 1982, 141). Aber auch wer arbeitete, hatte oft nicht genug zum Leben. Monatslöhne von 100 bis 250 Reichsmark und Arbeitszeiten von 48 Stunden und mehr waren die Regel.

In Deutschland herrschten für Millionen Menschen Elend, chronische Unterernährung, Perspektivlosigkeit. „Die Tuberkulose grassierte. Die Säuglings-, Kinder- und Altensterblichkeit nahm enorm zu; bakterielle und virusbedingte Krankheiten rafften zehntausende hinweg. ... Hinzu kamen alle Aspekte der sozialen Desintegration, Alkoholismus, psychische Zusammenbrüche, Selbstmorde“ (Roth 1980, 157). Otto Rühle hat die Situation beschrieben: „Kümmerlich wie der Leib, der sein Beherberger ist, bleibt der Geist im Schatten proletarischer Lebensverhältnisse eine Frucht stiefmütterlicher Entwicklung. [...] Bei oft ausgezeichneter Begabung verfallen sie unter der Ungunst der Verhältnisse frühzeitig einer geistigen Erschlaffung und Verkümmern, die sie bald hinter der Entwicklungskurve der günstiger Gestellten zurückbleiben läßt. Die Armut schlägt sie mit dem Fluche der geistigen Minderwertigkeit“ (Rühle 1922, 239).

In diese Welt wird Paula Kleine hineingeboren. In dieser Welt verbringt sie ihre frühe Kindheit.

Kapitel 4

Die frühe Kindheit von Paula Kleine: 1928–1931

*„Geistige Behinderung‘ ist so selten nicht unterlassene Hilfeleistung
während der (früh-)kindlichen Entwicklung.“
(Speck/Thalhammer 1974, 11)*

Am 19. Mai 1928 wird Paula Kleine in Bremen geboren. Ihr Vater, dessen Beruf mit „Arbeiter“ angegeben wird, ist 30 Jahre alt, die Mutter 27. Paula hat drei ältere Geschwister, eine Schwester wird noch 1929 geboren.

Wir wissen viel über die Zeit und die sozialen Lebensumstände der Menschen, die so wie Paulas Eltern gelebt haben. Über ihre ganz persönliche frühe Kindheit wissen wir wenig. Die Schwangerschaft und Entbindung seien normal verlaufen, der „Schwachsinn“ des Kindes soll sich aber schon im Säuglingsalter bemerkbar gemacht haben, weiß das Jugendamt Bremen 1940 zu berichten. Paula habe mit 2¼ Jahren laufen gelernt und damals noch nicht gesprochen. Sie habe „Schrei- und Lachkrämpfe“ gehabt. Die familiäre Situation wird als schwierig beschrieben, der Vater sei Alkoholiker und arbeitslos gewesen.

Einiges spricht dafür, dass die Beschreibung eines Dr. Buttenweiser, Facharzt für Kinderkrankheiten aus Berlin, von 1930 auch auf Paulas Lebensumstände zutrifft: „Die erwerbslosen Eltern verlangen besonders in kinderreichen Familien sehr häufig auch bei einer leichten Erkrankung vom Arzt die Unterbringung ihres Kindes in ein Krankenhaus. Neben den gewöhnlichen Pflegeschwierigkeiten ... spielt dabei auch die Tatsache eine Rolle, dass die Eltern, die durch die lange Erwerbslosigkeit deprimiert und zermürbt sind, sich der seelischen und körperlichen Belastung der Pflege eines kranken, unruhigen und schreienden Kindes nicht gewachsen fühlen“ (in Kuczynski 1982, 122).

Am 19. Februar 1931 wird Paula Kleine in die „Erziehungs- und Pflegeanstalt Haus Reddersen“ aufgenommen. Seitdem ist sie schwachsinnig oder geistig behindert. Sie ist noch keine drei Jahre alt, als ihr Leben in Sondereinrichtungen beginnt, was bis zu ihrem Tod so bleiben sollte.

Kapitel 5

Die Entstehung der geistigen Behinderung in der frühen Kindheit

„Geistig Behinderte gibt es nicht.“

Georg Feuser (1996)

Alle Menschen haben von Beginn ihres Lebens an ein Bedürfnis nach sozialen Beziehungen, nach Sicherheit, Zuwendung, Dialog, nach einer verlässlich erscheinenden Welt. Von Anfang an sind Menschen auf andere Menschen angewiesen. Nur auf der Grundlage eines sicheren Gefühls, von schützenden Menschen umgeben zu sein, kann sich die Persönlichkeit gut entwickeln. Wenn diese Möglichkeit der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nicht von Anfang an gegeben ist, kann ein Mensch Verhaltensweisen entwickeln, die später als „geistige Behinderung“ bezeichnet werden. Verstärkt oder auch hervorgerufen werden diese Prozesse durch gesellschaftlichen Ausschluss, der dann die gesamte Lebenswelt des Menschen bestimmt. Das hat zur Folge, dass „dieser Ausschluss nicht nur erlebt oder erlitten wird, sondern in die Persönlichkeit eingebaut wird: die Behinderung wird als eigene Eigenschaft angeeignet“ (Rödler o.D., 2). Alle Erfahrungen, die der junge Mensch macht, entstammen einer Sonderwelt und spiegeln die Aussonderung wider. Menschen entwickeln unter solchen Umständen ein Selbstkonzept von sich als „geistig behindert“ und defizitär (vgl. Pörtner 2018a, 49 ff.).

Zur Beschreibung und Erklärung dieser Prozesse bieten sich vier einander ergänzende Erklärungsmodelle an: Isolation (nach Wolfgang Jantzen), maternal Deprivation bzw. Bindung (nach John Bowlby), Hospitalismus (nach René Spitz) und die Entstehung des Intrinsischen Motivsystems nach Trevarthen.

Ende der 1970er Jahre hat Wolfgang Jantzen den Begriff „Isolation“ in die Behindertenpädagogik eingeführt (vgl. Jantzen 1987, Lanwer 2006, Prosetzky 2009). Er stellt ein „Denkwerkzeug“ dar, das es ermöglicht, die Entstehung und Entwicklung von geistiger Behinderung zu erfassen und beschreibt behindernde Bedingungen des Austauschs zwischen dem Individuum und seiner Umwelt. Damit hat Jantzen als einer der ersten und von vielen Anfeindungen aus dem Fachgebiet begleitet aufgezeigt, was heute, zumindest in Schrift und Wort, allgemeine Anerkennung findet: das Wesen von Behinderung ist nicht ein im Menschen innewohnender pathologischer Prozess, der schicksalhaft abläuft. Behinderung entsteht im Austausch zwischen dem Menschen und seiner sozialen und dinglichen Umwelt durch die Isolation von der Aneignung dieser Umwelt und Verhinderung von Teilhabe.

Jantzen bezieht sich zunächst auf Isolationsexperimente und Forschungsergebnisse der Deprivationsforschung, die seit Anfang der 1960er Jahre in verschiedenen Bereichen durchgeführt wurden: die Erforschung psychischer Veränderungen in Gefangenschaft, unter Folter, im Konzentrationslager und das Verhalten von Menschen in Extremsituationen, z. B. in der Raumfahrt. Ernest A. Haggard von der Universität Illinois entwickelte 1964 ein Modell der Auswirkungen von Isolation und zeigte, dass es bei unterschiedlichen Ursachen von Isolation zu vergleichbaren Folgen kommt, dass gleiche Ursachen unterschiedliche Wirkungen zeigen können und dass für die Folgen nicht die Ursache, sondern Zeit und Intensität der Isolation entscheidend sind.

Isolation kann verschiedene Quellen haben. Sie können in Wahrnehmungsstörungen, zentralen Störungen im Gehirn, motorischen Beeinträchtigungen liegen, aber ebenso in Barrieren, in fehlendem und inadäquatem Zugang zur gegenständlichen, sozialen und kulturellen Umwelt. Jantzen (1987) unterscheidet drei wesentliche isolierende Bedingungen: Überstimulation (*sensory overload*), sensorische Deprivation und widersprüchliche Informationen (*double-bind-situation*). Isolierende Bedingungen werden erst zu Behinderungen, wenn sie den Menschen im Austausch mit seiner Umwelt einschränken. Unter solchen Bedingungen können sich andere funktionelle Organe des Gehirns ausbilden, so dass dies zur Veränderung der Aneignung und zu veränderten Formen der höheren Nerventätigkeit führen kann.

Auf verschiedenen Stufen der Persönlichkeitsentwicklung haben isolierende Bedingungen unterschiedliche Auswirkungen. So entwickeln Menschen mit einer dominierenden Wahrnehmungstätigkeit (in der „Normalentwicklung“ bis zum 4. Lebensmonat) motorische Stereotypen als kompensatorische Tätigkeiten, später können je nach Entwicklungsstand selbstverletzende Verhaltensweisen, aggressives Verhalten, das Borderline-Syndrom oder psychische Störungen auftreten. Beginnend mit der Dominanz des Spiels und des schulischen Lernens entwickeln sich unter isolierenden Bedingungen auch Neurosen, Schizophrenie oder Depressionen (vgl. Zimpel 2009). Prozesse der Isolation wirken auf die Gehirnentwicklung, was die Umwelt dann als pathologische Verhaltensmuster erklärt. Die Person wird in eine veränderte soziale Situation gebracht, z. B. in ein Heim eingewiesen, wodurch weitere und neue Prozesse der Isolation entstehen und wiederum Folgen haben, die als Bestätigung der Diagnose interpretiert werden. Geistige Behinderung wird so verstanden als Aufbau psychosozialer Prozesse unter Bedingungen sozialer Isolation (Jantzen 2009, 6).

Einen weiteren wichtigen Beitrag zum Verständnis der Entstehung einer geistigen Behinderung hat der amerikanische Psychoanalytiker René Spitz (1887–1974) geliefert. Spitz untersuchte Kinder in amerikanischen Waisenhäusern und Heimen. Seine zentrale Kategorie ist der „Dialog“ zwischen Mutter und Kind, der sich auf vielfältige Weise gestaltet.

„Der Mensch, dem man als Säugling den Dialog vorenthält, wird zu einer

leeren Hülle, geistig tot, ein Anwärter auf Anstaltsbetreuung. Leben im menschlichen Sinne kann nicht asozial, es muß sozial sein. Leben in unserem Sinne wird durch den Dialog geschaffen“ (Spitz 1976, 26). Wenn der Dialog zwischen Mutter und Kind nicht zustande kommt oder „entgleist“, zeigen Säuglinge bereits in ersten Lebensmonaten Symptome psychischen und körperlichen Verfalls, die Spitz als „anaklitische Depression“ und „Marasmus“ bezeichnete (vgl. Spitz 1969).

Im Lächeln des Säuglings erkennt Spitz ein strukturierendes Merkmal für Entwicklung. Babys lächeln, wenn sie Ursache und Wirkung erkennen. Unter Bedingungen der Deprivation oder Gewaltausübung wird das Lächeln zum Versuch, „etwas Unkontrollierbares im elterlichen Gegenüber unter Kontrolle zu bringen ... Das Lächeln, das kein Lächeln ist, ist deshalb ein hochsignifikantes diagnostisches Merkmal bei geistiger Behinderung. Es kann anzeigen, dass in der Mutter-Kind-Beziehung vom frühesten Zeitpunkt an etwas fehlgegangen ist“ (Sinason 2000, 99). Dieses spezielle Lächeln hatte Paula Kleine ihr Leben lang.

Der englische Arzt, Psychoanalytiker und Psychologe John Bowlby (1907–1990) wurde 1948 von der Weltgesundheitsorganisation WHO beauftragt, das Schicksal der Waisen-, Pflege- und Heimkinder in aller Welt zu untersuchen. Drei Jahre später legte er, unter anderem anknüpfend an René Spitz, seinen Bericht „Maternal care and mental health“ vor, den Ursprung seiner Bindungstheorie (vgl. Frank 2009).

Bowlby stellte fest, dass die Art der elterlichen Zuwendung, die das Kind in den ersten Lebensjahren erfährt, von entscheidender Bedeutung für die spätere geistige Entwicklung ist. Unerlässliche Voraussetzung für „geistige Gesundheit“ ist eine herzliche, innige und dauerhafte Beziehung zu einer primären Bezugsperson (Bowlby 1973, 15). Im Gegensatz dazu habe „Heimunterbringung in den ersten Jahren meist sehr schädliche Auswirkungen auf das Persönlichkeitswachstum“ (ebd., 60). Die Situation, die Bowlby in den 1950er Jahren in den Heimen vorfand, umschrieb er mit dem Begriff „Deprivation“.

Deprivation als Folge von Isolation beeinträchtigt „die Fähigkeit zu Begriffsbildung und zu abstraktem Denken“ (ebd., 66). Eine längere Deprivation in früher Kindheit hat „ernste und weitreichende Folgen für die Charakterentwicklung und damit für das ganze Leben“ (ebd., 68). Ganz zwangsläufig macht das Kind im Heim die Erfahrung, dass es sich vorübergehend an verschiedene Personen binden muss, die es regelmäßig wieder verlassen. Dann wird es sich nach einiger Zeit so verhalten, als ob weder die Bemutterung noch der Kontakt mit Menschen von irgendwelcher Bedeutung sei. In der Folge „wird sich das Kind allmählich immer weniger an nachfolgende Figuren anschließen und am Ende überhaupt aufhören, sich an jemanden zu binden. Es wird sich mehr und mehr auf sich selbst zurückziehen und, anstatt seine Bedürfnisse und Gefühle auf Menschen zu konzentrieren, sich mit materiellen Dingen wie Süßigkeiten, Spielsachen und Essen beschäftigen“ (Bowlby 2006, 41). Aber auch in der eigenen Fa-

milie ist Deprivation möglich, „wenn die Mutter (oder der ständige Mutterersatz) nicht in der Lage ist, dem Kind das nötige Maß an liebevoller Zuwendung zu geben“ (Bowlby 1973, 16).

Emil Schmalohr (1968, 65) untersuchte auf der Grundlage von Bowlbys Überlegungen, dass Erwachsene mit Heimvergangenheit häufig Rückstände im körperlichen Bereich und Motorik, Verzögerungen der seelischen und Gesamtintelligenzentwicklung und Schäden in verschiedenen Intelligenzbereichen wie Sprache, abstraktes Denken oder Zeitbegriff aufweisen. In Anlehnung an Theodor Hellbrügge nennt Schmalohr „die taktilen Reize beim Füttern, Wickeln, Herumtragen und Drücken des Kindes“ die „sozialen Zeitgeber in der ersten Lebenszeit“ (Schmalohr 1968, 115).

Der schottische Neuropsychologe Colwyn Trevarthen sieht als Kern der intersubjektiven Entwicklung ein „intrinsisches Motivsystem“ im Gehirn, das sich ab der fünften Schwangerschaftswoche entwickelt. Es zielt auf einen „freundlichen Begleiter“ im Sinne der Bindungstheorien (vgl. Jantzen 2011, 36 f.) und ermöglicht dem Neugeborenen bereits „die aktive (Mit-)Gestaltung eines intersubjektiven Austausches“ mit der Mutter. So verfügt der neugeborene Mensch über ein System, „das frühe Austauschbeziehungen im Dialog ermöglicht und somit sichere Bindung entstehen kann“ (Meyer, D. 2008, 21).

Damit ist die Antizipation eines antwortenden Anderen pränatal angelegt (Frank et al. 2011, 72). Schon vorgeburtlich entstehen „als Herz der sich entwickelnden psychischen Prozesse“ (Jantzen 2009, 11) Hirnstrukturen, die dies absichern und benötigen. Säuglinge haben eine „Sehnsucht nach Gemeinschaft weit über das Bindungsverhalten hinaus“ (Trevarthen 2012, 96). Sie sind unmittelbar nach der Geburt kommunikative Wesen und streben aktiv Kommunikation mit Anderen an (ebd., 90 f.). Kommt dieser Dialog zustande, erschafft das gemeinsame Verhalten „eine Welt der Bedeutungen“ (ebd., 115).

Wenn der Säugling von solchen Bedingungen abgeschnitten ist, entwickelt der Mensch kompensatorische Prozesse, die seiner Entwicklung eine andere Richtung geben können und die wir „geistige Behinderung“ nennen.

Sehr anschaulich hat Valerie Sinason (2000, 137 ff.) diese Situation von Säuglingen geschildert: „Wenn eine Mutter einen Moment lang das Zimmer verlässt und ein winziges Baby schreit, dann versteht das Baby nicht, dass die Mutter nur für ein paar Sekunden weg sein wird. Für das Baby ist die Mutter für immer weggegangen. Das Baby hat das Gefühl zu sterben (und es würde ja auch sterben). Ein winziges Baby wird von mächtigen Kräften und Ängsten heimgesucht, mit denen fertig zu werden es noch nicht ausgestattet ist. [...] Wo die Projektionen des Babys in die Mutter nicht aufgenommen, oder wenn sie vergolten werden, kann sich Denken nicht entwickeln.“

Der chilenische Neurowissenschaftler und Philosoph Francisco Varela sagt: „The mind is not in the head“ (in Rudrauf et al. 2003, 42). Der Geist ist nicht im Kopf und nicht draußen, er existiert nicht substantiell, sondern funktionell.

„Ebenso wenig wie ein Gehirn ohne den jeweiligen Körper, der dazugehört, denkbar ist und funktionieren kann, ist das menschliche Gehirn im Singular, also ohne die Beziehung zu anderen Menschen, denkbar. ... Unser Gehirn ist also ein soziales Konstrukt, individuell einzigartig, aber geformt durch unsere jeweiligen in der Beziehung zu anderen Menschen gemachten Erfahrungen“ (Hüther 2015, 26). Das individuelle Wesen des Menschen ist „notwendigerweise sozial und das soziale Wesen des Menschen notwendigerweise individuell“ (Maturana 1987, 288). Der menschliche Geist entwickelt sich in der Beziehung zu anderen Menschen und nicht allein im Kopf. Auch eine geistige Behinderung entsteht nicht nur im Kopf, sondern in den sozialen Beziehungen.

Menschen sind, wie alle anderen Lebewesen, auf innerartliche Bindung angewiesen. „Sind diese Bindungsräume nicht ... gegeben oder wird die Bindung verweigert oder kann aufgrund von zentral-nervöser Störung die Entäußerung von Bindungsbedürfnissen, so wie bei Autismus, von der Umgebung nicht adäquat erwidert werden, dialogisch aufgenommen werden, so kommt es zur Rückkehr in den eigenen Sinnbildungsprozess“ (Jantzen 1993a, 183). Das kann sich dann durch Stereotypen, Schaukeln, selbstverletzende Verhaltensweisen und später durch Desintegration, Wahnvorstellungen oder in einer geistigen Behinderung zeigen. Das Kind hat bei unsicherer oder nicht vorhandener Bindung nur die Möglichkeit, seine Bedürfnisse nach sozialen Beziehungen mit neuen Mitteln (wir nennen das dann z. B. aggressiv, verhaltensgestört, stereotyp, herausfordernd) durchzusetzen oder aus Angst auf die Realisation von Bedürfnissen zu verzichten. „Damit entstehen aber anstelle von Subjektbeziehungen Instrumentalbeziehungen zu anderen Menschen“ (Jantzen 1987, 322).

Was wir eine geistige Behinderung nennen, ist „das Resultat der Entwicklung eines Menschen im Verhältnis zu seiner Umwelt. Sie ist das Resultat eines spezifischen Interaktionsprozesses zwischen der biologischen, sozialen und psychischen Ebene eines Menschen“ (Lanwer 2006, 29). Diagnosen wie „Schwachsinn“ oder „geistig behindert“ erklären nicht, sondern verdecken die Entwicklung. Hinter der Diagnose taucht „die Geschichte des traumatischen Ereignisses ... nicht als Erzählung auf, sondern als Symptom. Die Symptome psychischen Leidens bei traumatisierten Menschen weisen auf die Existenz eines unaussprechlichen Geheimnisses hin und lenken gleichzeitig davon ab“ (Herman 2003, 8 f.).

So wird die Grenze des eigenen Verstehens als Begrenztheit des Gegenübers interpretiert, charakterisiert den Anderen und bestätigt die eigene Normalität und die Pathologie des Anderen (vgl. Feuser 1996). Einmal als „schwachsinnig“ (bzw. „geistig behindert“) diagnostiziert, gibt es für Paula Kleine kein Entrinnen mehr aus der „Karriere“, die sie für ihr ganzes Leben auf Anstalten, Psychiatrien und Heime verweist. So ist das, was wir geistige Behinderung nennen, vor allem „Resultat kultureller Deprivation unter einer durch die Bedingungen

des Defekts eingeleiteten und nicht behobenen sozialen Isolation“ (Jantzen 2013, 35). Der Kern geistiger Behinderung ist die besondere Situation sozialer Verwundbarkeit. Bis in die Gegenwart birgt die Diagnose ein „erhöhtes Risiko differenter Formen und Ausprägungen von Deprivation ... indem diese Kinder häufig weniger Gelegenheiten zum Lernen und zum selbstständigen, selbstbestimmten Handeln erhalten und nicht selten vom gemeinsamen Lernen mit nichtbehinderten Kindern ausgeschlossen sind“ (Schuppener 2008, 103).

Ob bei Paula Kleine eine frühkindliche Hirnschädigung vorlag, wissen wir nicht. Aber schon das wenige, was wir über ihre frühe Kindheit wissen, reicht aus, um zu erklären, warum ihr eine geistige Behinderung („Schwachsinn“) attestiert wurde. Schon in früher Kindheit hat Paula Kleine das Gefühl des Ausgeliefertseins erlebt, frühe Beziehungen zu ihren primären Bezugspersonen waren nicht stabil und sind mit der Heimeinweisung abgerissen. Paulas erste Lebensjahre waren von frühkindlicher Deprivation, Isolation und entgleisenden Dialogen geprägt.

Die ihr zugeschriebenen Diagnosen „Schwachsinn“ oder später „geistige Behinderung“ beschreiben das „Resultat sozialer und kultureller Isolation und Benachteiligung, und man muss auf allen Niveaus sogenannter geistiger Behinderung Verarbeitungsformen von schwerer Gewalt vermuten“ (Meyer, D. 2000, 21).

Die britische Psychologin Valerie Sinason sieht das, was wir „geistige Behinderung“ nennen, als Schutzmechanismus. Das Kind kappt die eigene Intelligenz, „damit er oder sie nicht hört, sieht oder versteht, was in einer feindseligen Umwelt vor sich geht. Nur wenn wir das in uns aufnehmen, können wir das blöde Lächeln oder das dumme Betragen besser verstehen“ (Sinason 2000, 44). Hervorgerufen wird dieses Verhalten in Institutionen, in denen Gewalt und Ausschluss ihre Legitimation als Folge einer erzieherischen Zielsetzung oder als Folge von Schuld oder Krankheit finden. „Diese Institutionen sind als Institutionen der Gewalt zu bezeichnen“ (Basaglia 1978, 116). Was Medizin und Sonderpädagogik als Symptome wahrnehmen, sind Bewältigungsstrategien des psychischen Systems (vgl. Ciompi 1988, 180). Viele Verhaltensweisen werden als Folge von Gewalterfahrung verstehbar. „Doch sehr viel häufiger wird das Schweigen aufrechterhalten, und die Geschichte des traumatischen Ereignisses taucht nicht als Erzählung auf, sondern als Symptom“ (Herman 2003, 9).

Kapitel 6

Handlungsleitende Ideen und die Folgen bis 1933

„Dabei gilt für mich als wichtige Voraussetzung, daß Töten in einem so großen Ausmaß nicht in einem historischen Vakuum entstehen kann. Wenn eine Gesellschaft einige ihrer Mitglieder tötet, dann müssen bestimmte Voraussetzungen diese Gesellschaft erst einmal für ein solches Handeln vorbereitet haben.“
Wolf Wolfensberger (1991,10)

Was wir Menschen erleben und wie wir miteinander umgehen, ist von ökonomischen, politischen und sozialen Faktoren abhängig. Diese wirken sich auf die Ideen und das Menschenbild in unseren und den Köpfen der Personen, die mit uns zu tun haben, aus. Bei Paula Kleine sind dies fast ihr ganzes Leben lang neben ihren Mitpatienten_innen nur Ärzte, Psychiater und Pflegerinnen gewesen. Sie hatten die Entscheidungsmacht über die strukturellen und alltäglichen Lebensbedingungen von Paula Kleine. Ihre Vorstellungen, ihr Welt- und Menschenbild entscheiden darüber, wie sie den Umgang mit Paula Kleine gestalten und was Paula Kleine erlebt hat. Um die Entwicklung der Ideen und Menschenbilder dieser Menschen zu verstehen, wollen wir drei Bereiche betrachten: die Pädagogik, die Psychiatrie und die Rassenhygiene. Wir wollen die Entwicklung dieser drei Fachgebiete jeweils beginnend um 1850 bis in die Weimarer Republik hinein skizzieren.

6.1 Die Vorgeschichte

Eine geschichtliche Betrachtung steht vor der Frage, wo sie beginnen soll. Jede Zeit hat ihre Vorgeschichte, aber jede Vorgeschichte hat wiederum eine Vorgeschichte, die für ihr Verständnis wichtig ist. Um diesem Dilemma zu entgehen, müssten wir beim Urknall beginnen, der (noch) keine von Menschen zu schreibende Vorgeschichte hat. Aber dafür reicht weder der Platz in diesem Buch noch die zeitliche und wohl auch intellektuelle Kapazität des Autors aus. So wollen wir unseren Blick in die Geschichte des Umgangs mit behinderten Menschen in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts lenken.

Bis dahin war dies wesentlich eine Geschichte, die mit extremen Formen der