

Einleitung: Ein besonderes Kinderhaus

Ein Haus für die Beobachtung «schwieriger» Kinder: Das war etwas Neues in Bern. 1937 wurde die Kinderbeobachtungsstation Neuhaus am Rand der Psychiatrischen Klinik Waldau eröffnet, und zwar in dem alten Haus, in dem man bis anhin die «ruhigen» Männer untergebracht hatte.¹ Abgeschirmt von der Aussenwelt beobachteten Psychiater und Heilpädagoginnen, später auch Psychologinnen und Sozialarbeiter, Logopädinnen und Spieltherapeutinnen die Kinder, um herauszufinden, was mit ihnen nicht stimmte, wieso sie sich auffällig verhielten, nicht gehorchten, andere Kinder schlugen, das Bett nässten, verstummten oder zu viel oder zu wenig assen.

In das östlich von Bern gelegene Neuhaus kam, wer vorher mit seinem Verhalten negativ aufgefallen war, ohne dass die Eltern oder eine Fachinstanz etwas hätten ändern können, sei es die Schulpsychologin, ein Arzt, Erziehungsberater oder Heimleiter. Eltern gelangten von sich aus selten an die Institution, um Hilfe zu suchen. Je nach Diagnose erhielten die Kinder Therapien und Medikamente, blieben kürzer oder länger, wurden zu den Eltern zurückgeschickt oder bei Pflegeeltern oder in einem Kinderheim untergebracht. Das Neuhaus war ein Ort der Beobachtung und auch der Triage.

Die kinderpsychiatrische Einrichtung war eine der ersten ihrer Art. Bereits 1921 hatte die Stefansburg in Zürich ihre Türen geöffnet. Auch sie verstand sich von Anfang an als Avantgarde, die gegen Widerstände und Vorurteile anzukämpfen hatte – in der Öffentlichkeit, bei der Politik, in der Medizin und sogar in der Psychiatrie selbst. Die Kinderpsychiater begannen, sich ihr Terrain zu schaffen, lange bevor der Spezialtitel Kinderpsychiater 1953 von der Schweizerischen Ärztegesellschaft zugelassen wurde. Heute gilt die Schweiz als eines der Länder mit der höchsten kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung Europas.²

Unter Eltern wie Lehrern war die Ansicht verbreitet – und sie ist es zum Teil noch heute –, schwierige Kinder würden sich einfach bloss renitent aufführen oder zu wenig Mühe geben in der Schule. Darum müsse man sie disziplinieren und bestrafen. Demgegenüber pochten die Psychiater und Psychologinnen auf ihr Expertenwissen. Was der Laie in der Regel als Charakterfehler bezeichnete, identifizierten sie als seelische oder organische Störung, wobei sich die Nomenklaturen im Lauf der

Jahre ausdifferenzierten. Die Kinder bekamen immer mehr und spezifischere Störungen.

Umgekehrt waren die Psychiater scheinbar besser als die Laien imstande, eine äussere oder innere «Verwahrlosung» zu erkennen, der man am besten mit einer Fremdplatzierung beikam. Mit der Kinderpsychiatrie wurde das auffällige Kind, das Eltern und Erzieherinnen zu Verzweiflung und Weissglut trieb, zu einem komplexen Objekt, dessen Studium zu unliebsamen Überraschungen, aber auch zur Erleichterung der Betreuer führte. Plötzlich wusste der Psychiater mehr über das Kind als die leibliche Mutter, und er wusste zudem besser als die Eltern, wie man die Kinder erziehen müsste, ja wie die Eltern miteinander umzugehen hätten. Beobachtung und Behandlung des Kindes waren nun den Spezialisten vorbehalten, die ihrerseits betonten, sie seien nicht genug an der Zahl, um all die schwierigen Kinder in der Gesellschaft zu identifizieren, von denen es immer mehr gebe.

Auffälligkeiten erklären

In der Geschichtsschreibung führt die Kinderpsychiatrie ein Nischendasein. Zwar hat die mittlerweile umfangreiche Forschung zur Fremdplatzierung im 20. Jahrhundert die Verstrickungen von Sozialpolitik, Verwaltung und medizinischem Expertenwissen sowie die Medikalisierung der Kinder- und Jugendfürsorge herausgearbeitet.³ Es liegen jedoch kaum Studien über kinderpsychiatrische Institutionen und deren wissenschaftliche und therapeutische Theorien und Praktiken vor.⁴ Dieses Buch will das ändern. Auf den folgenden Seiten versuche ich festzuhalten, was im Neuhaus die ersten knapp fünfzig Jahre seines Bestehens geschah, was sich im Lauf der Zeit änderte und gleichblieb, welche Kinder eingewiesen und aufgenommen wurden, wie die Abklärungen verliefen, welche Tests und Therapien Anwendung fanden, wie die Diagnosen lauteten.

Das war ja das Ziel der Beobachtungsstation: Herauszufinden, was mit den Kindern und Jugendlichen los war, eine Erklärung für ihre Auffälligkeiten zu liefern, diese falls möglich zu beseitigen – im Interesse der Kinder, aber auch der Gesellschaft und des Staates. Von Anfang an wollte die Kinderpsychiatrie ihre Nützlichkeit belegen und ihren Einfluss auf die Kinder- und Jugendfürsorge ausdehnen. Im Fokus des Buchs steht der Blick der Ärzte und Psychologinnen, nicht die – ohnehin kaum zu rekonstruierende – Wahrnehmung der Kinder. Zeitlich beschränke ich mich

auf die Jahre zwischen 1937 und 1985: dem Amtsantritt Arnold Webers, des ersten Klinikleiters, und der altershalber erfolgten Demission seines Nachfolgers Walter Züblin.

Das Buch beruht vor allem auf der Analyse der Krankenakten des Neuhauses, die lose chronologisch in Bananenschachteln verstaut in einem Luftschutzkeller der Waldau überliefert sind. Sechzig zufällig ausgewählte, über den Untersuchungszeitraum gleichmässig verteilte Krankengeschichten, je hälftig von Knaben und Mädchen, bilden meine Quellengrundlage. Zudem habe ich die Jahresberichte und Verzeichnissbücher konsultiert, die jedoch weder das Alter noch die soziale Herkunft der Kinder und Jugendlichen angeben. Sie vermerken einzig das Geschlecht, dazu – wenn auch nicht durchgängig – die Einweisungsinstanz sowie den nachfolgenden Aufenthaltsort, zudem sporadisch die Diagnosen. Ferner liegen dem Buch die Schriften und Publikationen der leitenden Psychiater sowie Aussagen von Zeitzeugen zugrunde.

Knapp die Hälfte der sechzig Kinder und Jugendlichen sind der Unterschicht zuzuordnen. Diese Angaben habe ich den Krankenakten entnommen. Bei einigen von ihnen war der Vater oder sogar beide Eltern teile abwesend oder unbekannt. Sie lebten schon vor ihrem Aufenthalt im Neuhaus länger in Kinderheimen. Der Rest der «Fälle» gehört zur Mittelschicht, wobei von diesen wiederum knapp die Hälfte der unteren Mittelschicht zuzurechnen ist. Bauernkinder sind kaum vertreten. Vermutlich waren sowohl bäuerliche Eltern als auch die ländliche Lehrerschaft gegenüber Erziehungsberatung und psychiatrischen Einrichtungen so zurückhaltend eingestellt, dass sie mit diesen nicht in Kontakt kamen.

Blaue und rosa Dossiers

Die Krankengeschichten stecken in Dossiers. Die der Knaben sind blau, die der Mädchen rosa. Die Dossiers enthalten alle Dokumente, welche das Neuhaus während eines Aufenthalts produzierte. Die Beobachtungen erfolgten minutiös. Die Fachpersonen füllten zahllose Formulare aus, hielten die Berufe und Krankheiten der Eltern und Grosseltern der Kinder fest, protokollierten die Gespräche mit ihnen, notierten das Verhalten beim Spielen und die Antworten auf Testfragen, stellten Pläne für die Einnahme von Medikamenten auf, registrierten die Reaktionen. An gemeinsamen Sitzungen, den «Gemeinsamen», wie sie hiessen, tauschten die Fachleute ihre Beobachtungen aus, besprachen den Zustand der Kin-

Kantonale Kinderbeobachtungsstation Neuhaus

Name:
 Heimatort: Schangnau Wohnort: Basel Letzter Aufenthalt: Basel
 Geburtstag: 1. Oktober 1939 Religion: protest.

Nr.	Aufnahme	Entlassen	Klasse	Vorläufige Diagnose	Definitive Diagnose
21484	I. 26.8.47	don 10.1.48	als		Aufmerksam.
	II.				
	III.				
	IV.				
	V.				
	VI.				
	VII.				
	VIII.				

Hereditäre Belastung

Angaben von:

Datum:

Väterliche Linie: unbekannt.

Grossvater:

Grossmutter:

Geschwister des Vaters:

Vater:

Mütterliche Linie: unbekannt.

Grossvater:

Grossmutter:

Geschwister der Mutter:

Mutter (Mädchenname und Heimat): Dienbote, 21-jährig bei der Geburt des Kindes.
 kleine Lina Huber - Dienbote.

Geschwister: ältere

jüngere

Nebenlinien:

Ergänzungen

Organische und funktionelle Neurosen, Psychosen, auffällige Charaktere, Trunksucht, Selbstmord, Verbrechen, Bluterkrankheit, Unheilbares Gicht, Tuberkulose, Diabetes.

Glück, über welche keine oder ungenügende Angaben vorliegen, ist mit 1, welche über die nicht feststehen zu erfahren ist, mit 2 zu bezeichnen.

K. J. W. - V. ST. - 1960.

Personalien aufnehmen

Zu jedem Kind, das vom Neuhaus aufgenommen wird, legt das ärztliche Personal ein Dossier an. Eröffnet wird dieses durch das vierseitige Eintrittsformular. Es bezeichnet die Eltern vorab als «erbliche Belastung». N. A. wird 1947 überwiesen. Ihr Vater ist unbekannt, die Mutter «Dienstbote, 21-jährig bei der Geburt», wie das Formular festhält. (AUNB, Foto des Autors, 2022)

der sowie die geeigneten Medikationen und anzupeilenden Massnahmen. Auffallend ist, dass sie sich kaum je widersprachen, jedenfalls verzeichnen die Akten kaum Fachdispute.

Das Neuhaus produzierte also über die Kinder jede Menge schriftliche Quellen, deren Umfang von der Aufenthaltsdauer, der Anzahl Tests, der Diagnose und der Schreibfreude der Beobachtenden abhing. Über den gesamten Untersuchungszeitraum blieb das vierseitige Aufnahmeformular fast identisch, in das allerhand einzutragen war: Personalien des Kindes und der Eltern, vermutete und definitive Diagnose (die oft gleichlautend waren), Ergebnisse der körperlichen Untersuchung, Angaben zu Milieu und «Heredität», überweisende Stelle und Grund der Überweisung, Anamnese sowie Entwicklung.

Neben dem Aufnahmebogen enthalten die Dossiers der ersten Jahrzehnte weisse Journalblätter, auf denen vor allem Arnold Weber die Gespräche festhielt, die er mit den Kindern führte. Dazu kamen diverse Testblätter, welche die Kinder oder die Ärzte ausgefüllt hatten: Intelligenztests, Rorschach, Elektroenzephalogramm, Zeichentests und viele andere mehr. In jedem Dossier stecken, wiederum je nach Aufenthaltsdauer der Patienten, die grünen Protokolle beziehungsweise das «Resumé» der Sitzungen. Auf diesem oft nur zweiseitigen Papier waren wiederum Angaben zu den Eltern, zum Kind, die Diagnose, dazu eine Prognose sowie das «Procedere» festgehalten, das weitere Vorgehen.

Ab den Siebzigerjahren produzierten die Fachpersonen zusätzlich Unterlagen, die ebenfalls in den Dossiers abgelegt wurden. So hielt die Sozialarbeiterin die Resultate ihrer Gespräche mit den Eltern auf blauen Blättern fest, während die Heilpädagogen ihre Beobachtungen auf rotem Papier notierten, das sie jeweils mit dem Namen ihrer Gruppe signierten, zum Beispiel «Möwe». In den ersten Jahren des Neuhauses fotografieren die Ärzte die Kinder bei der körperlichen Untersuchung in nacktem Zustand. Persönliche Skizzen, Briefe oder Zeichnungen enthalten die Dossiers keine, auch wenn die Kinder länger blieben. Sie sind strikt medizinische Quellensammlungen.

Immer präziser und humaner?

In diesem Buch gehe ich deskriptiv vor. Die Krankenakten unterziehe ich einer qualitativ-vergleichenden Lektüre, um die medizinisch-psychiatrischen Theorien, Terminologien und Praktiken darzulegen. Diese sind mir,

dem medizinhistorischen Laien, nicht immer verständlich. Auch wenn Kinder – aus heutiger Sicht – wenig sensibel klassifiziert und pathologisiert werden, halte ich mich im Urteil zurück. Meine Absicht ist nicht, die damalige medizinische Praxis zu bewerten, sondern diese zu erfassen. Eines aber scheint klar: Anders als die Fachgeschichte annimmt, ist die Geschichte der Kinderpsychiatrie keine des Fortschritts – wenn dieser bedeuten soll, dass die Medizin dank immer präziserem Wissen die Menschen immer effizienter und erst noch humaner behandelt. Das Buch versucht zu zeigen, warum dem nicht so ist und warum die Psychiatrie – und welche Psychiatrie – im Lauf des 20. Jahrhunderts die Deutungshoheit über die Bewertung kindlichen Verhaltens erlangte.

Das Neuhaus umfasste zunächst um die 30 Plätze. Die Anzahl der zwischen 1937 und 1985 jährlich aufgenommenen Kinder und Jugendlichen schwankte zwischen 20 und 60. Daher ist davon auszugehen, dass das Neuhaus in dieser Zeit um die 3000 Fälle begutachtete und behandelte. Für 1951 bis 1965 weist eine interne Statistik 634 Patienten auf, wovon 368 männlich und 266 weiblich waren.⁵ Manche Kinder zählten fünf Jahre, manche Jugendlichen fünfzehn, wobei die Jüngeren überwogen. Ab Ende der Sechzigerjahre sank die Zahl der Aufnahmen. In der Regel dauerte der Aufenthalt zwischen drei und sechs Monaten.

Die Fluktuation war recht hoch. Es wurden deutlich mehr Knaben als Mädchen beobachtet. Das war der Trend damals: Auch in die Basler Beobachtungsstation Sunnehüsli beispielsweise kamen deutlich mehr Knaben als Mädchen. Das Verhalten Ersterer führte häufiger zu psychiatrischen Abklärungen als das Letzterer.⁶ Um 1950 kam je ein Drittel der «Geheilten und Gebesserten», wie der Jahresbericht formulierte, in ein Heim, der Rest nach Hause und zu Pflegefamilien.⁷ In den Sechzigerjahren wurden mehr Kinder in Heime als zu den Eltern oder einem Elternteil überwiesen, dann nahmen die Heimeinweisungen deutlich ab. Ein Verzeichnisbuch enthält die Rubrik «Entweichung», was darauf schliessen lässt, dass Kinder ausrissen.⁸

Das wichtigste Ziel der Beobachtungsstation war die Abklärung der Kinder. Indem der Psychiater seine Diagnose stellte, gab er die weitere Behandlung des Kindes vor. Zuweilen war die Diagnose mit einer Therapie verbunden, die nach dem Neuhaus-Aufenthalt fortgesetzt wurde. Manche Kinder blieben für längere Zeit im Neuhaus, weil sie hier laut den Ärzten die besten Bedingungen für ihre Heilung vorfanden. Umgekehrt kam es vor, dass ein Kind gegen die Empfehlung des Arztes in ein Erziehungsheim überwiesen wurde, weil sonst nirgends Platz war, oder dass

der Arzt ein Kind – entgegen seinen Prinzipien – in einem Heim platzierte, weil es der konsequenten Führung bedürfe. Was mit dem Kind nach dem Neuhaus-Aufenthalt passierte, hing oft mehr von zufälligen Faktoren und der Pragmatik der Umstände ab als von der psychiatrischen Theorie.

Mehrheitlich wiesen die Behörden, aber auch Lehrer, Ärzte, Jugendämter und Eltern die Kinder in die Beobachtungsstation ein aufgrund von Verwahrlosung, Lügen, Stehlen, Bettnässen, Stottern, Geistesgestörtheit – so lauteten die Diagnosen in den ersten Jahrzehnten. Später kamen Dyskalkulie, Anorexie und Suizidalität dazu.⁹ Die Kinder stammten grösstenteils aus ungünstigen Familienverhältnissen und hätten kein rechtes Zuhause, wie eine Praktikantin des Neuhauses 1951 notierte, die an der Sozialen Frauenschule in Genf studierte.¹⁰ Mit der Zeit kamen vermehrt Kinder der Mittelschicht dazu.

Von der Psychoanalyse zu den Psychopharmaka

Das Buch gliedert sich in drei Teile. Zuerst widme ich mich der kinderpsychiatrischen Frühphase, als das Neuhaus unter Arnold Webers Leitung stand (1937–1960). Psychoanalytische und tiefenpsychologische Ansätze, die später in den Hintergrund rücken sollten, waren für ihn wichtig. So notierte Weber die Träume seiner kleinen Patienten und Patientinnen, erkundete ihr Seelenleben mittels des Rorschach-Tests. Was von der Medizin früher als Charakterschwäche bezeichnet worden war, hiess nun Neurose. Zugleich arbeitete Weber aber auch mit erbbiologischen Annahmen und dem Begriff der Verwahrlosung, die beide noch heute in Gebrauch sind.

Nach Weber kam Walter Züblin. Mit ihm rücken im zweiten Teil des Buchs (1961–1985) die Psychopharmaka in den Fokus, mit denen die Kinder und Jugendlichen behandelt wurden. Die neuen Medikamente, die Züblin mit grosser Experimentierlust einsetzte, versprachen ungeahnte Heilungserfolge. Ihr Einsatz korrespondierte mit neuen Diagnosen, die sich auf das Hirn konzentrierten. Hinter den meisten Verhaltensauffälligkeiten der Kinder vermutete der Psychiater einen Hirnschaden beziehungsweise eine psychoorganische Störung (POS), die er mit der Elektroenzephalografie (EEG) nachweisen wollte. POS und EEG sind heute weitgehend aus der Kinderpsychiatrie verschwunden, die Psychopharmaka sind geblieben – und ADHS, die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, die POS-Nachfolgerin.

Im dritten Teil nehme ich eine Synthese vor: Was hat der ärztliche Blick wahrgenommen, was nicht und wieso? Obschon die psychoanalytische Psychiatrie sich immer auch für die Eltern eines Patienten interessiert hat, weil deren Verhalten Aufschluss über seine Störungen gab, rückt die Familie erst gegen Ende meines Untersuchungszeitraums systematisch in den Fokus der Ärztinnen und Ärzte. Sie wird immer wichtiger für die Therapierung des «schwierigen» Kindes. Wurde dieses zunächst schlicht aus dem «schlechten» Milieu entfernt, erwartete die von Psychologie und Sozialarbeit flankierte Psychiatrie nun, dass die Familie mit den Fachleuten kooperiert, an sich arbeitet, reflexiv wird: Dass sie ihre Unzulänglichkeit erkennt und behebt.

Damit diffundiert das Anormale in die Gesellschaft: Es wird nicht mehr nur in der Beobachtungsstation identifiziert und behandelt, sondern auch draussen, in der Familie, in deren Alltag. Zugleich wird so das Anormale normalisiert. Ursprünglich sollte die Beobachtungsstation «schwierige» Kinder abklären beziehungsweise therapieren, um die Gesellschaft vor Folgekosten zu bewahren: Kriminalität, zerrütteten Familien, Degeneration, Drogen. Die Kinderpsychiatrie war ein psychohygienisches Projekt. Sie identifizierte anormale Kinder, um die Normalität der Gesellschaft zu stärken.

Doch schon die Psychoanalyse weichte mit dem Konzept der Neurose die Grenze zwischen Normalem und Anormalem auf: Der Tendenz nach war plötzlich jeder Mensch ein wenig neurotisch, ein bisschen anormal. Mit dem Einbezug der Familie in die ärztliche Behandlung, mit der Öffnung der Beobachtungsstation sowie dem Rückgang der Fremdplatzierungen verliert das Anormale seinen Sonderstatus. Aber was ist das, ein normalisiertes Anormales?