

Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben

Machbarkeitsstudie

BMAS Forschungsbericht

Zwischenbericht

06.August 2015

Dr. J. Jungmann

1. Klärung und Bewertung der vorhandenen Datenlage zu Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben

Im Folgenden werden die vom BMAS zur Verfügung gestellten sowie selbst herangezogenen weiteren Quellen auf ihre Eignung zur Bearbeitung des Untersuchungsanliegens dargestellt und bewertet.

1.1 Von der ASMK-Geschäftsstelle 2014 (Rheinland-Pfalz) mit Anschreiben vom 25.04.2014 vorgelegte Daten und Ausarbeitungen

Die in einer **Excel-Datei** zusammengestellten **Rückmeldungen der Länder** enthielten nur für die beiden Bundesländer Bayern und Nordrhein-Westfalen statistisch verwertbare Daten über die in den Zeiträumen zwischen 1949 und 1975 bzw. zwischen 1949 und 1990 vorgehaltenen Einrichtungen der stationären Psychiatrie und der Behindertenhilfe sowie die Platz- und Fallzahlen für die dort versorgten Kinder und Jugendlichen. Lediglich für den Bereich der Behindertenhilfe hatten 4 weitere Bundesländer Daten zu Einrichtungen der Behindertenhilfe mitgeteilt. Die Einrichtungsbezeichnungen differierten genauso wie die qualitative Beschreibung der darin betreuten jungen Menschen in Bezug auf ihre psychische Erkrankung und/oder geistige bzw. mehrfache und psychische Behinderung. Durchgehend fehlten Angaben zur Verweildauer und zum Belegungsgrad. Damit können die in der Zusammenstellung für nur sehr wenige Bundesländer mitgeteilten Befunde allenfalls im Rahmen einer landesspezifischen Plausibilitätsprüfung anderer Platz- und Fallzahlermittlungen herangezogen werden.

Die von der 76. Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz am 2./3. Juli 2003 verabschiedete **Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren** stellt eine gute Grundlage zur Schätzung der Fallzahlen von Kindern und Jugendlichen in stationären

psychiatrischen Einrichtungen der BRD, allerdings erst ab 1980, dar. Sie erscheint jedoch uneingeschränkt dazu geeignet, die qualitativen Abläufe und deren Veränderungen in der Zeit nach der 1975 vorgelegten Psychiatrie-Enquête und die dort beschriebenen Missstände rückblickend zu bewerten. Nach Einschätzungen der für die Bearbeitung zugezogenen Fachleute hatte sich die medizinische Disziplin inzwischen „von einer verwahrenden zu einer therapeutisch-rehabilitativ ausgerichteten Psychiatrie“ fortentwickelt. Die Reform der Psychiatrie, die in den neuen Bundesländern erst mit der Deutschen Einheit einsetzte, war wesentlich durch das in 6 Bundesländern unter Federführung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit in der Zeit von 1980 bis 1985 durchgeführte „Modellprogramm Psychiatrie“ befördert worden. Für die Entwicklung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) waren die 1991 in Kraft getretene Psychiatrie-Personalverordnung, das am 01. 01. 1991 in Kraft getretene Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) und der darin 1993 neu geschaffene Leistungstatbestand des § 35a SGB VIII von großer Bedeutung. Die Gesamtzahl der klinischen KJPP-Kapazitäten in Gesamt-Deutschland war seit 1990 (knapp 9.000 Betten/Plätze) auf rund 4.000 vollstationäre Betten und rund 2.000 tagesklinische Plätze zurückgegangen. Insbesondere die **Anlage 1 im Anhang** des Papiers kann zur Schätzung von Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche in stationären psychiatrischen Einrichtungen herangezogen werden.

Das Papier „**Konzeption und methodische Hinweise zur medizinischen Betreuung im Fachgebiet Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters**“, welches sich mit einem „Maßnahmenplan zur ambulanten und stationären kinder- und jugendneuropsychiatrischen Versorgung befasst, enthält im Tabellenteil eine für das Jahr 1986 vorgenommene Aufstellung der Betten/Plätze in stationären neuropsychiatrischen Einrichtungen der DDR für Kinder und Jugendliche in regionaler Aufteilung. Die auf jeweils 1000 Einwohner bezogenen Betten und Plätze können für die beabsichtigte Schätzung herangezogen werden. Gegenüber dem sich zunehmend entwickelnden mehrdimensionalen, ganzheitlichen, den primären Lebensraum von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen, insbesondere Familie und Schule, mit einbeziehenden Krankheits- und Behandlungsverständnis in den westlichen Bundesländern blieb in Ostdeutschland der psychiatrisch-neurologische Schwerpunkt für die Ausgestaltung der Behandlungs- und Versorgungsstrukturen bestimmend. Das bedingte die bis zum Ende der DDR weitgehend aufrechterhaltene Fachgebietsbezeichnung der Kinderneuropsychiatrie, mit der diese sich 1962 unter dem Dach der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie gegründet hatte.

Die Untersuchung von **Ch. Sachse (2011)** über **Spezialheime der DDR-Jugendhilfe im Land Brandenburg** kann lediglich zur Beurteilung der in Einrichtungen der Jugendhilfe versorgten jungen Menschen mit einer psychischen Störung herangezogen werden.

1.2 Von der GMK-Geschäftsstelle der 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014 (Freie und Hansestadt Hamburg) mit Anschreiben vom 25.04.2014 vorgelegte Daten und Ausarbeitungen

Die ebenfalls in einer **Excel-Datei** zusammengestellten **Rückmeldungen der Länder** entsprachen im Wesentlichen der Ausarbeitung der ASMK. Nur für das Land Rheinland-Pfalz wurden ergänzend Angaben zu in der KJPP aufgestellten Betten gemacht, jedoch ebenfalls ohne Angaben zu Verweildauern und Belegungsraten. Es muss daher dieselbe Bewertung vorgenommen werden wie in Kap 1.1.

Der im Auftrag des Bundesministers für Gesundheit gefertigte Bericht **Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen (1991)**, aus dem **Auszüge** den übersandten Unterlagen beigefügt worden waren, ist für eine Schätzung zu Unterbringungs- und Behandlungshäufigkeiten von Kindern und Jugendlichen in den ostdeutschen Bundesländern als geeignet anzusehen. Allerdings waren auch diesem Bericht keine direkten Angaben über Belegungshäufigkeiten und Verweildauern zu entnehmen. In einem auf die einzelnen Regionen und Kliniken bezogenen Tabellenteil werden dezidierte Zahlen über die in den neuen Bundesländern aufgestellten Betten dargestellt. Nachdem die DDR am 03.10.1990 der Bundesrepublik Deutschland beigetreten war, hatte eine „Expertengruppe – bestehend aus Vertretern der westdeutschen und ostdeutschen Psychiatrie“ unter Redaktion der „Aktion Psychisch Kranke“ eine Bestandsaufnahme der Situation der psychiatrischen Versorgung in den neuen Ländern vorgenommen. Die Expertengruppe kam in einem „globalen Überblick“ zu der Bewertung, dass der vorgefundene „Zustand der psychiatrischen Krankenhäuser“ den Verhältnissen geähnelt habe, „wie sie in den alten Bundesländern vor Beginn der großen Investitionswelle Anfang der 70er Jahre bestanden“ hatten. In den psychiatrischen Krankenhäusern seien Stationsgrößen von „bis zu 60 und mehr Patienten“ festgestellt worden. In den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen lebten „geistig behinderte und psychisch kranke Kinder und Jugendliche zusammen“. Die große Zahl von „Langzeitpatienten sowohl in psychiatrischen Krankenhäusern wie auch in den Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie“ führte zu „erhöhten oder hohen Bettenzahlen bezogen auf die Bevölkerung“.

In seiner Stellungnahme vom 5. März 2014 teilte das **Ministerium für Arbeit und Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg** mit, dass man „keine konkreten Zahlen zu den in der ehemaligen DDR bestehenden Einrichtungen der Behindertenhilfe und in der Psychiatrie untergebrachten Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen zuliefern“ könne. Man verwies jedoch auf die Untersuchungen von Ch. Sachse (s. o.), wonach davon ausgegangen werden könne, „dass im Gebiet des heutigen Landes Brandenburg der überwiegende Teil verhaltensauffälliger und psychisch geschädigter Kinder und Jugendlicher im Alter von 6 bis 18 Jahren in das sogenannte ‚Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch-psychologische Therapie‘ eingewiesen worden sei, und dass zwischen 1949 und 1989 schätzungsweise „insgesamt etwa 3500 Kinder und Jugendliche die Sonderheime des Kombinats einschließlich der Aufnahmestation durchlaufen“ haben könnten.

1.3 Von der JFMK-Geschäftsstelle (Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen des Landes Rheinland Pfalz) vorgelegte Daten und Ausarbeitungen

Die von der JFMK zugesandten **Excel-Dateien** stimmten mit denen der unter 1.1 und 1.2 aufgeführten Tabellen überein und ergaben keine neuen Aspekte.

In zusätzlichen Anschreiben teilten das **Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Brandenburg** und das **Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales des Landes Mecklenburg-Vorpommern** mit, dass belastbare Daten zu Platz- und Fallzahlen für die betroffenen Einrichtungen nicht vorgelegt werden könnten.

Das **Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie** verwies erneut auf die Untersuchungen zur Thematik der Sonderheime in der DDR von Sachse aus dem Jahr 2011 (s. unter 1.1) und auf die Ausführungen von Frau Dr. Friederike Wapler (2013) zu den „Wohneinrichtungen für Kinder mit Behinderungen in der DDR“ in ihrem für das BMAS erstellten Gutachten.

Die von der Behörde für **Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Freien und Hansestadt Hamburg** mit Schreiben vom **24. März 2014** mitgeteilte Belegungsziffer entsprach der in den in der Excel-Datei der ASMK zusammengestellten Rückmeldungen der Länder (s. 1.1) und ergab keine neuen Erkenntnisse.

Dem Anschreiben des **Ministeriums für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport des Landes Nordrhein-Westfalen** war eine **Ausarbeitung der Landschaftsverbände Westfalen-Lippe und Rheinland** beigefügt, die für die erfassten Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den „LVR-Kliniken“ auf Schätzungen und Hochrechnungen basierte Angaben zu Belegplätzen und Fallzahlen enthielten. Die Ausführungen, die die Problematik genauerer Berechnungen vor dem Hintergrund der erst seit Ende der 1990er Jahre in der Behindertenhilfe geführten „validen Statistiken“ betonten, können jedoch zu einer orientierenden Schätzung herangezogen werden. Sie sind nicht nur auf konkrete Einrichtungen bezogen dargestellt, sondern stützen sich für den Landschaftsverband Rheinland auf ein Forschungsprojekt zur „Aufarbeitung und Dokumentation der Geschichte der Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen in Institutionen des Landschaftsverbandes Rheinland seit 1945“, welches im Auftrag des Landschaftsverbandes Rheinland von der Universität Düsseldorf durchgeführt würde.

Die **Rückmeldung JFMK Bedarfsschätzung der Bund/Länder Arbeitsgruppe „Behinderte Heimkinder - Umfrage des BMAS zu Daten der Länder“** bildete im Wesentlichen die in der Excel-Datei zusammengestellten Rückmeldungen der Länder an die ASMK-Geschäftsstelle (s. 1.1) ab. Lediglich für das Land Baden-Württemberg war neben einer Erläuterung der Erhebungsproblematik die Ermittlung einer durchschnittlichen Verweildauer in der KJPP angegeben worden.

1.4 Von den Kirchen vorgelegte Daten und Ausarbeitungen

Die in einer Excel-Tabelle zusammengestellten **Meldungen der Einrichtungen der Behindertenhilfe der Evangelischen Kirche** wiesen unter Bezug auf die einzelnen Einrichtungen für die meisten Zahlen über vorgehaltene Plätze sowie die dort betreuten Personen aus. Die Aufstellung kann unter der Einschränkung ihrer mangelnden Vollständigkeit zur angenäherten Schätzung herangezogen werden.

Der Auszug aus dem **Jahresbericht der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie 2013/2014** (2014) nimmt Bezug auf die „**CBP-Studie Heimkinderzeit in der katholischen Behindertenhilfe und Psychiatrie 1949 – 1975**“ und teilt unter Hinweis auf die Schwierigkeiten einer genauen Datenermittlung erste im Rahmen einer „Vorstudie“ vorgenommene Einschätzungen zu „Gesamtzahlen betreuter und unterstützter Menschen in katholischen Einrichtungen“ mit. Diese enthalten allerdings keine Alterszuordnungen. Es kann erwartet werden, dass neben der begonnenen „qualitativen Hauptstudie“, welche die Unterbringungs- und Betreuungsstrukturen zum Gegenstand habe, die geplante „quantitative Hauptstudie“ auch Erkenntnisse zu Belegungszahlen und Verweildauern in den Einrichtungen für die Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen liefern wird.

Der Auszug aus der „**Zeitschrift neue caritas CBP-Info 2, Mai 2015, hrsg. v. CBP e.V. in Freiburg, S. 9 – 10**“, Autor: **Johannes Stücker-Brüning, Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz**, gibt eine Schätzung zur Anzahl von „Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Psychiatrie in der DDR“ und deren Trägerschaft wieder, für die „bislang jedoch ausreichende Kenntnisse fehlen“ würden. Die Ausführungen können vor allem im Hinblick auf die fehlenden Alterszuordnungen allenfalls in eine orientierende Gesamtbewertung einbezogen werden.

1.5 Ausführungen der Lebenshilfe

Die anlässlich des 50jährigen Jubiläums der Lebenshilfe vorgenommene Einschätzung zur Betreuung und Behandlung von geistig behinderten Menschen im Lichte der „Psychiatriereform“ vom **Ch. Bradl** und der **beigefügte Auszug** daraus eignen sich nur für eine sehr ungefähre Gesamtschätzung, die angesichts des auch hier fehlenden Altersbezugs nur mittels Prävalenzraten unter Ausrichtung auf altersbezogene Bevölkerungsstatistiken möglich sein dürfte.

1.6 Befunde von F. Wapler

Der beigefügte Auszug aus dem im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gefertigten Gutachten: „**Die Situation von Kindern und Jugendlichen in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe**“ (Wapler, 2013) zitiert die

vom Statistischen Bundesamt publizierten Zahlen der unter 21jährigen, die 1964 und 1970 in „Anstalten“ der BRD Leistungen der Sozialhilfe erhielten. Diese differenzieren allerdings nicht nach Heimarten. Des Weiteren bezieht sich die Autorin auf Belegungsmitteilungen der privaten Wohlfahrtspflege für die BRD, dabei allerdings auf Daten zur „geschlossenen Fürsorge“ in „Jugendheimen und sonstigen Anstalten“, ohne dass deren Anteil ersichtlich ist. Für die DDR finden sich lediglich Mitteilungen zur Anzahl konfessioneller Heime und den darin vorgehaltenen Plätzen. Die Daten und Bewertungen des gesamten Gutachtens, die zur quantitativen Schätzung von Plätzen in Behinderteneinrichtungen nur sehr eingeschränkt geeignet erscheinen, können jedoch gut zur qualitativen Bewertung der Versorgungs- und Betreuungssituation der betroffenen jungen Menschen herangezogen werden. Die Untersuchung enthält fundiert wirkende Ausführungen über Begrifflichkeiten, rechtliche Bestimmungen sowie Recherchen über Zuständigkeiten und Zugweisungswege in die Einrichtungen, welche in den zu untersuchenden Zeitabschnitten in der BRD und in der DDR für die Betreuung von jungen Menschen mit Behinderung Verantwortung trugen

1.7 Mitteilungen zur Fürsorgestatistik 1960/61

Der Auszug aus den **Statistischen Berichten des Statistischen Bundesamts/Wiesbaden zur Struktur der Anstaltsfürsorge (Ergebnisse der Zusatzstatistik 1960/61 zur Fürsorgestatistik)** gibt für die BRD, ohne Berlin, Fallzahlen zu in Einrichtungen untergebrachten Personen eines Jahrgangs, differenziert nach Alter und Geschlecht sowie nach Art der Behinderung wieder. Diese können, unter dem Vorbehalt, dass der Bereich der „Anstaltsfürsorge“ ausreichend zu differenzieren ist, im Rahmen einer möglichen Hochrechnung für die beabsichtigte Schätzung herangezogen werden.

1.8 Schätzung von Prof. Schruth

Die „**Hochrechnung Heimkinder Behindertenhilfe und Psychiatrie**“ von **Prof. Peter Schruth**, orientiert sich in seiner allgemeinen Schätzung für die BRD an den Fallzahlberechnungen der Heimkinderstudie für die in der Jugendhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen, während er für die DDR als Bezugspunkt die Zahl der in „Spezialheimen“ untergebrachten Kinder und Jugendlichen wählt. Daraus leitet er eine Zahl möglicher „Betroffener“ ab und setzt die daraus ermittelte Anzahl möglicher Antragssteller parallel bei 10 % an. Er verweist selbst darauf, „dass eine solche Berechnung keine Gewähr“ für eine valide Schätzung in den Bereichen der stationären psychiatrischen Einrichtungen oder der Einrichtungen der Behindertenhilfe zu bieten vermag.

1.8 Auszug aus der Untersuchung von S. Gries „Kindesmisshandlung in der DDR“

Die von Gries ermittelte Zahl von Betreuungsplätzen für 3 - 18 Jahre alte, „schulbildungsunfähige“ Kinder und Jugendliche in Wohn- und Dauerheimen sowie in Krankenhäusern, Stand 31.12.1989, kann unter der Voraussetzung in die Berechnungen der Schätzung einfließen, dass es sich bei den Heimeinrichtungen um Einrichtungen der Behindertenhilfe und nicht solche der Jugendhilfe handelte und dass die in den einbezogenen Krankenhäusern befindlichen Personen in Kliniken der stationären psychiatrischen Versorgung und nicht z.B. in der Pädiatrie untergebracht waren.

1.9 Studie zur „Heimerziehung im Evangelischen Johannesstift zwischen 1945 und 1970“

Gegenstand der von H. Bräutigam (2011) vorgelegten Heimstudie, die vom Vorstand des Evangelischen Johannesstifts in Auftrag gegeben worden war, ist die Untersuchung von 4 Einrichtungen des Johannesstifts „für nicht behinderte Kinder und Jugendliche“. Der Autor betont ausdrücklich, dass die ebenfalls vom Stift betriebenen „Einrichtungen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen nicht zum Untersuchungsauftrag“ gehörten. Von daher kann die Studie keinen Beitrag für die beabsichtigte quantitative Schätzung von Fall- und Opferzahlen in Einrichtungen der Behindertenhilfe leisten. Die berichteten Untersuchungsergebnisse zum erzieherischen Alltag, insbesondere die als „Erziehungsmittel“ eingesetzte körperliche Züchtigung, deren Problematik bereits 1946 öffentlich diskutiert worden sei, „Arreststrafen“, die bereits 1946 „in 4 Fällen dokumentiert worden waren, und „bewusst demütigende“ Strafmaßnahmen können jedoch zur qualitativen Bewertung erzieherischer Umgangsweisen mit Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Behindertenhilfe herangezogen werden, denen in der Regel deren langzeitige Betreuung, Erziehung und Förderung übertragen worden war.

1.10 Psychiatrie-Enquête (1975) - Drucksache 7/4200 Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode

Die Psychiatrie-Enquête, die am 25. November 1975 dem Deutschen Bundestag zugeleitet worden war, stellte die „unzureichende Unterbringung psychisch Kranker und Behinderter in den psychiatrischen Krankenhäusern und das Fehlen alternativer Einrichtungen, welche die stationäre Versorgung im Krankenhaus ergänzen“, in den Mittelpunkt ihrer Kritik. Es wurde wie für andere Patientengruppen ein „Mangel an Einrichtungen für Kinder und Jugendliche“ festgestellt. Die von der Arbeitsgruppe KJPP der Psychiatrie-Enquête mitgeteilten klinischen Behandlungsplätze, Fallzahlen und Belegungsraten können als eine gute Informationsgrundlage über die bis zu diesem Zeitpunkt bestehenden Versorgungsverhältnisse in den stationären psychiatrischen Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in der damaligen BRD angesehen werden.

Für die Prävalenzschätzung geistiger Behinderung in der Gesamtbevölkerung setzte die Enquête einen Anteil von 0,6 % an. Dieser Wert stimmt in etwa mit den Schätzungen und Berechnungen von Liepmann (1979) und Dieckmann & Metzler (2013) (s. 1.17 u. 1.18) überein und kann in die vorzunehmende Schätzung für Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Behindertenhilfe einbezogen werden.

1.11 Kunze, H. & Kaltenbach, L. (1992/2003). Psychiatrie-Personalverordnung. 4. überarb. u. akt. Aufl. (Psych-PV)

Die Grundlage des multimodalen Ressourceneinsatzes bei der klinischen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bildet seit 1991 das Regelwerk der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV). Nachdem es über 15 Jahre hinweg nicht gelungen war, die durch die Initiativen der Psychiatrie-Enquête angestoßenen Verhandlungen zwischen Kliniken und Kostenträgern über eine Ausstattungsverbesserung erfolgreich abzuschließen, griff der Gesetzgeber ein. Auf der Basis des fachlichen Konsenses darüber, dass bei der Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder von einer Wechselwirkung somatischer/hirnorganischer, psychischer/biographischer und sozialer Dimensionen auszugehen ist und dass deshalb eine Therapie durch ein multiprofessionelles Team erforderlich wird, gehören dem klinischen Behandlungsteam in der KJPP seitdem neben Ärzten, Psychologen und Krankenpflegekräften Erzieher, Sozialpädagogen, Heilpädagogen, Bewegungstherapeuten, Ergotherapeuten und Sprachheiltherapeuten an. Die Überzeugung, dass unterschiedliche Problemkonstellationen eine unterschiedliche Behandlungsintensität bei der Erfüllung der von den beteiligten Disziplinen zu leistenden therapeutischen Regelaufgaben erfordern, führte zur Aufstellung von 7 Behandlungsbereichen mit jeweils unterschiedlich langen Verweildauern. Das Regelwerk unterscheidet unter Beachtung der genannten Aspekte die folgenden stationären und teilstationären Behandlungsformen:

- Kinderpsychiatrische Behandlung (KJ1): In der Regel Kinder bis zum 12./13. Lebensjahr; durchschnittliche Behandlungsdauer 90 Tage
- Jugendpsychiatrische Regelbehandlung (KJ2); durchschnittliche Behandlungsdauer 120 Tage
- Jugendpsychiatrische Intensivbehandlung (KJ3): In der Regel nur kurzzeitig notwendige intensive Betreuung bei krankheitsbedingtem Verlust der Ich-Steuerung; durchschnittliche Behandlungsdauer 21 Tage
- Rehabilitative Behandlung (KJ4); durchschnittliche Behandlungsdauer 300 Tage
- Langdauernde Behandlung schwer- und mehrfach Kranker (KJ5); durchschnittliche Behandlungsdauer 360 Tage
- Eltern-Kind-Behandlung (KJ6); durchschnittliche Behandlungsdauer 21 Tage
- Tagesklinische Behandlung (KJ7); durchschnittliche Behandlungsdauer 150 Tage

Mit der im Bereich der Krankenhaus-Medizin einmaligen Rechtsverordnung der Psych-PV leistete der Gesetzgeber einen wesentlichen Beitrag zur Konkretisierung der qualifizierten Kooperation medizinischer und nichtmedizinischer Dienste bei der ganzheitlichen Behandlung psychisch kranker Menschen, die der klinischen Behandlung bedürfen. Mit der Einbindung des pädagogischen Personals in die Stationsbetreuung hat die Psych-PV die Bedeutung der pädagogischen neben der von Krankenschwestern und Krankenpflegern erbrachten Leistungen als grundsätzliche Aufgabe der klinischen Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie festgeschrieben. Die Kooperation mit der Klinikschule wurde ebenso wie die Zusammenarbeit mit Eltern und Familie durch die Zeitvorgaben der Personalbemessung exakt geregelt. Ausdrücklich besteht die Verordnung darauf, dass das Krankenhaus eine Versorgungsverpflichtung für Patienten hat, die einer stationären oder teilstationären Behandlung bedürfen. Die Definition der Verpflichtung, freiwillig kommende Patienten sowie Patienten mit gesetzlich begründeter oder ordnungsbehördlicher Einweisungsverfügung aufzunehmen, impliziert die Definition eines konkreten Versorgungsgebietes, das überschaubar ist und das die Nähe der Klinik zum Wohnort der Patientinnen und Patienten berücksichtigt.

Die Festlegungen der Psych-PV sind zur Abschätzung auch der vor 1991 üblichen Verweildauern geeignet, weil sie auf den klinischen Erfahrungen der Mitglieder der für die Berechnung der Verordnung eingesetzten Expertengruppe aus leitenden Ärztinnen und Ärzten sowie Leitungen von Krankenpflegediensten basierten.

1.12 Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hrsg.) (1998). Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussber. zur Psych-PV-Umfrage. Psychiat.-Vlg, Bonn

Von insgesamt 131 Einrichtungen der KJPP, die bei Beginn der Befragungen im Jahr 1996 in Deutschland bestanden, hatten 60 an der Erhebung teilgenommen. Sie verfügten „über 57 % der gesamten Planbetten/Plätze“. In ihren Einzugsgebieten lebten „etwa 55% der Gesamtbevölkerung“. Damit erschien den Mitgliedern der Arbeitsgruppe, zu denen auch der Unterzeichnete gehörte, die Anzahl der einbezogenen Einrichtungen ausreichend, „um die Entwicklung der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie seit Einführung der Psych-PV verallgemeinernd beschreiben zu können. Die sowohl für die ostdeutschen als auch die westdeutschen Kliniken zur Darstellung kommende Reduzierung der „Planbetten“ um 29% sowie der „belegten Betten“ um 16% entsprachen weitgehend der Entwicklung in der Erwachsenenpsychiatrie. Die durchschnittliche Verweildauer war bei einem Anstieg der jährlichen Aufnahmen pro Bett/Platz zwischen 1992 und 1995 von 4 auf 6 „um etwa 35%“ gesunken. Die Anzahl der tagesklinischen Plätze hatte sich „von 1990 bis 1995 verdoppelt“. Die Darstellung der Entwicklung der „Patientenstrukturen“ entsprechend den Behandlungsbereichen der Psych-PV zeigte deutliche Effekte einer „konsequenten Trennung von Behandlungsfällen und Nicht-Behandlungsfällen (z.B.: psychisch kranke geistig behinderte oder schwer in ihrer Sozialentwicklung beeinträchtigte junge Menschen), wodurch ein hohes Maß an Strukturklarheit erreicht“ wurde. Es war zu einer „deutlichen Verschiebung zwischen

den Behandlungsbereichen“ der Psych-PV gekommen. Während die Bereiche KJ1 bis KJ3 (Intensiv- und Regelbehandlung; s. unter 1.11) zugenommen hatten, waren die Belegungswerte in den Bereichen KJ4 und KJ5 (rehabilitative und lang dauernde Behandlung) mit jeweils -72% bzw. -55% „extrem gesunken“.

Die Untersuchungsergebnisse können in Verbindung mit den Befunden der Psychiatrie-Enquête, dem Bericht zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen (1991), den Angaben der ASMK-, GMK- und JFMK-Geschäftsstellen sowie den späteren Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (s. 1.13 u. 1.14) sowohl für die BRD als für die DDR für eine rückblickende qualitative und auch quantitative Schätzung der klinischen Versorgungsstrukturen in den fraglichen Untersuchungszeiträumen genutzt werden.

1.13 Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (Hrsg.) (2002). Bundesweite Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. zur Versorgungssituation der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland

Die vollständige Erhebung vermag einen guten Einblick in die zu diesem Zeitpunkt bestehende klinische Versorgungslandschaft in der KJPP in allen Bundesländern zu geben. Die auf die jeweiligen Einwohnerzahlen bezogenen Betten/Plätze und Fallzahlen erlauben die annähernd exakte Berechnung der länderspezifischen sog. Bettenmessziffer sowie die Berechnung der fiktiven durchschnittlichen fallbezogenen Verweildauern in den einzelnen von der Psych-PV vorgegebenen Stationsbereichen.

Diese Befunde können zumindest zur qualitativen Bewertung der zuvor - vor allen in den ostdeutschen Bundesländern - bestehenden Situation herangezogen werden.

1.14 Bundesarbeitsgemeinschaft der Ltd. Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter/innen des Pfleg- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugend-psychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (Hrsg.)(2009). Zielsetzungs-/Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland

Das Papier wurde „gut 15 Jahre nach der Erstauflage der politisch für viele Klinikleitungen hilfreichen Zielsetzungs- und Orientierungsdaten“ (1993) unter der Autorenschaft des damaligen BAG-Vorsitzenden Dr. J. Jungmann gefertigten Erstfassung 2009 in einer völlig

überarbeiteten Neuauflage vorgelegt. Es finden sich darin sowohl Aufstellungen über jahresbezogene Platz-, Belegungs- und Fallzahlen sowie Verweildauern in den stationären Einrichtungen der KJPP wie auch mit den Ergebnissen internationaler Studien abgestimmte Prävalenzangaben psychischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. Obwohl die aufgeführten Berechnungen nur bis zum Jahr 1991 rückdatiert worden waren, erscheinen sie für eine Schätzung der bis 1990 vorgehaltenen stationären psychiatrischen Einrichtungsstrukturen für Kinder und Jugendliche in der DDR verwendbar.

1.15 Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich - auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung

Die Einschätzungen der Expertenkommission zur Situation der stationären psychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der BRD, Stand 1988, kann über die mitgeteilten Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen sowie deren stationäre Behandlungsbedürftigkeit und die daraus abgeleiteten Bedarfsberechnungen von Betten/Plätzen zumindest zur Schätzung des vormaligen Versorgungsstandes herangezogen werden.

1.16 Statistisches Bundesamt (Fachserie 2001 13 R 5.1; Datenreport 2006; Destatis, Abfrage Juli 2015: Staat & Gesellschaft - Bevölkerungsstand – Bevölkerung)

Die nach Alters- und Jahrganggruppen geführten Bevölkerungsstatistiken des Statistischen Bundesamts stellen eine sichere Grundlage zur Durchführung von Bedarfs- und Fallschätzungen in Verbindung mit Prävalenzraten dar, die zu einer orientierenden Bedarfsschätzung sowohl im Bereich der stationären Psychiatrie als auch im Bereich der Einrichtungen der Behindertenhilfe genutzt werden können. Die auf die einzelnen Bundesländer bezogenen Einwohnerstatistiken erleichtern eine Plausibilitätsabschätzung der für einzelne Länder vorliegenden Zahlen.

1.17 Liepmann, M. C. (1979). Geistig behinderte Kinder und Jugendliche

Es handelt sich um eine repräsentative, deskriptiv-epidemiologische Untersuchung zur Prävalenz von geistiger und mehrfacher Behinderung bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland, die darüber hinaus „speziell auf psychiatrische Fragestellungen ausgerichtet“ ist.

Zur Stichprobe ihrer Untersuchung, die sie in dem definierten „geographischen Untersuchungsraum“ der Stadt Mannheim mit 330.000 Einwohnern durchführte, gehörten „alle geistig und mehrfach behinderten Mädchen und Jungen der Geburtsjahrgänge 1958 bis 1967, die oder deren (Pflege-)Eltern 1974 (Prävalenzjahr: 12.1973 bis 12.1974) mit Hauptsitz

in Mannheim gemeldet waren. Die Altersgrenzen vom 7. bzw. 16. Lebensjahr wurden gewählt, weil nach dem Schulfördergesetz (1966) erst vom Schulalter an eine Förderungs- und Meldepflicht besteht und Kinder im Vorschul- oder Kleinkindalter häufig nicht als behindert erkannt werden“. Die Autorin stellte die 3 Kriterien: „Schulversagen, „Intelligenzminderung“ und Einschränkungen der „Sozialen Anpassung“ in den Mittelpunkt der Falldefinition und wählte für die Klassifikation der einbezogenen Untersuchungspopulation das psychometrische Kriterium des Intelligenztest-Ergebnisses. Sie begründete ihr Vorgehen mit der dadurch erreichten Vergleichbarkeit mit den hierzu vorliegenden internationalen Untersuchungsergebnissen. Für Deutschland gab es nach der von Liepmann vorgenommenen Literatursicht bis dahin nur einige Prävalenz-Schätzungen, die allerdings „auffallend hoch“ übereinstimmten und sich „um den Wert von 0,6% für GB“ gruppierten. Obgleich die in den durchgesehenen Veröffentlichungen jeweils angegebene IQ-Grenze zwischen 55 und 65 Punkten lag, waren die Kinder von den Autoren noch als „schulfähig“ eingestuft worden. Liepmann bewertete diesen Befund als Ausdruck der bekannten Abgrenzungsproblematik zwischen ‚schulfähigen‘ und ‚nicht schulfähigen‘ Kindern, „die gesetzlich nicht vorgesehen, aber vielerorts praktiziert“ werde. Für die zum ersten Mal für den Bereich der geistigen Behinderung in Deutschland durchgeführte Prävalenzstudie wurden alle Kinder der genannten Jahrgänge einbezogen, „die

- entweder die Schule für GB besuchten,
- oder in speziellen Klassen für GB in anderen Sonderschulen untergebracht waren,
- oder bereits aus einer dieser Schulen nach Beendigung der Schulpflicht ausgeschult waren,
- oder die nie bzw. nach kurzen Probeaufenthalten nicht mehr beschult wurden (meist von der Schulpflicht befreit waren, gelegentlich Einrichtungen der Lebenshilfe besuchten, häufig in Heimen, aber auch zuhause gepflegt wurden,
- und einen $IQ \leq 60$ hatten, ersatzweise als ‚geistig behindert‘, ‚imbezill‘ oder ‚idiotisch‘ von Kliniken, dem Gesundheitsamt oder Schulamt diagnostiziert waren“.

Die Stichprobe der Studie stellte somit die institutionelle Prävalenz geistiger Behinderung für eine definierte Population fest. Die gefundenen Prävalenzraten entsprachen ausländischen Untersuchungsergebnissen unter Bezug auf das gewählte IQ-Kriterium = 50 „recht gut“. Bei einem IQ-Wert ≤ 60 , „der oberen Grenze für GB (Geistige Behinderung) lt. Erlass des Kultusministeriums“ Baden-Württemberg zur Entscheidung über die Beschulungsform, betrug die Rate von „7,6 pro 1.000“. Die „**administrative Prävalenzrate**“ für alle untersuchten Kinder und Jugendlichen, die „**offiziell als geistig behindert registriert bzw. „in Schulen und anderen Versorgungseinrichtungen für GB“** zu finden waren, und die Liepmann in ihre Untersuchungsstichprobe aufnahm, betrug **8.3 pro 1.000**.

Liepmann führt zur Erläuterung ihrer Ergebnisse aus, dass die üblicherweise „auf der Auszählung von zentral gespeicherten Daten basierende Häufigkeitsziffer“ in ihrer Studie umfassender „und nicht beschränkt auf eine oder einige wenige Hauptinstitutionen“ angewandt wurde, „die für die Versorgung GB zuständig sind (z.B. Gesundheits-, Schul- und Jugendamt). Die Höhe der Mannheimer administrativen Prävalenzrate führte sie deshalb „am ehesten auf die „überaus aufwendige Fallfindungsphase“ zurück. Für die Untersuchung waren „in den verschiedensten Archiven und Registraturen tausende von Akten bis ins Jahr 1958

zurückverfolgt“ worden. „Allen noch so vagen Hinweisen auf geistig behinderte Kinder“ sei nachgegangen worden. Die durchschnittliche Rücklaufquote des an die, bisweilen mehrfach angeschriebenen, Institutionen versandten Erhebungsbogens hatte 92,2% betragen. In die Erhebungen waren Fragen nach weiteren Behinderungen einbezogen worden. Dabei ergab sich, dass die in die Stichprobe aufgenommenen geistig behinderten Kinder und Jugendlichen zusätzlich

- mit 77,3 % „am häufigsten sprachbehindert“ waren.
- Bei „fast der Hälfte (49,5%)“ der Betroffenen lag zusätzlich zur GB eine „Sehbehinderung“ vor.
- Eine deutliche Behinderung im Bereich der Motorik ergab sich bei 16,9% der Untersuchten.

Insgesamt waren „nur bei etwa 10% aller medizinisch untersuchten Kinder keine deutlichen Zusatzbehinderungen“ festgestellt worden. „Mehr als ein Drittel (39,3 %) hatte neben der geistigen zwei weitere auffällige Behinderungen, und immerhin beinahe ein Fünftel aller untersuchten Kinder (19,8%) war außer der intellektuellen Behinderung noch in drei weiteren Bereichen behindert. Daraus folgte die Autorin, „dass kaum ein Zweifel daran bestehen kann, dass geistig Behinderte in der Regel auch Mehrfachbehinderte sind“. Auf diesen Zusammenhang wird immer wieder hingewiesen, so beispielsweise seitens der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e. V. (2005).

Schließlich konnte auch das in der Mannheimer Stichprobe gewonnene Untersuchungsergebnis, wonach 22% der betroffenen jungen Menschen in einer stationären Einrichtung der Behindertenhilfe lebten, zur Schätzung der Fallzahlen von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Behindertenhilfe für den Zeitraum von 1949 bis 1975 herangezogen werden.

Bei einem Vergleich der im Heim und zu Hause betreuten Kinder und Jugendlichen fand sich bei den in einer Heimeinrichtung Lebenden eine signifikante Höherbelastung durch „Verhaltensstörungen“, vorwiegend bei den männlichen Kindern, sowie „Anfälle“.

Die Nutzung der von Liepmann ermittelten administrativen Prävalenzrate für eine Schätzung der Fallzahlen von jungen Menschen, die in den für die BRD und die DDR definierten Zeiträumen in Einrichtungen der Behindertenhilfe betreut wurden, war vor allem deshalb als gut geeignet anzusehen, weil das zu Grunde liegende Fallkriterium neben dem Grad des psychometrischen IQ-Kriteriums auch die tatsächlich erfolgte Versorgung bzw. Unterbringung der Betroffenen einbezog.

Mit der Ausrichtung auf 7- bis 16-jährigen Kinder und Jugendlichen, die den Altersgruppen nahe kommt, auf die sich die Machbarkeitsstudie mit ihren altersspezifischen Schätzungen ausrichten hatte, betraf die epidemiologische Studie von Liepmann den Kernbereich der in der Schätzung zu berücksichtigenden Altersgruppe (Näheres zur Methodik s. in Kap. 3.1).

1.18 Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht. KVJS Forschung, Stuttgart

Bei der Diskussion von Prävalenzraten geistiger und mehrfacher Behinderung in der Bevölkerung weisen Dieckmann & Metzler wie bereits Liepmann (1979) (s. Kap. 1.17) darauf hin, dass für das Kleinkind- und Vorschulalter vor allem deshalb relativ geringe Raten zur Prävalenz „geistiger Behinderung“ mitgeteilt werden, weil die Behinderung vielfach erst im Verlauf der kindlichen Entwicklung diagnostiziert werde. Mit Beginn des Schulalters steigen die Häufigkeiten deutlich an. Als Beleg dafür werden die Bewertungen der Kultusministerkonferenz zitiert, die beispielsweise für das Schuljahr 2010 von einer Förderquote von 1% im Förderschwerpunkt „geistige Entwicklung“ ausging (Kultusministerkonferenz 2012). „Nach Beendigung der Schulzeit sinken die Häufigkeiten wieder, da die nun erwachsenen Menschen mit einer ‚geistigen Behinderung‘ zum Teil entweder alleine zurechtkommen oder von ihren Familien betreut werden, so dass nicht alle z.B. Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen“ (Dieckmann & Metzler, 2013). Die Autoren weisen auf die Einschätzungen von Neuhäuser und Steinhausen hin, die einen Überblick über verschiedene Studien für Kinder und Jugendliche geben. Danach liegen die Prävalenzraten zwischen 0,34 % und 0,73 % bei Heranwachsenden mit einer schweren Intelligenzminderung (IQ<50 Punkte) sowie zwischen 0,39 % und 5,76 % bei einer leichten Intelligenzminderung (IQ>50-70 Punkte) (Neuhäuser/Steinhausen 2003). Eine neuere von Dieckmann & Metzler (2013) zitierte Studie zu Trends in der Prävalenz von Entwicklungsstörungen und Behinderungen bei US-amerikanischen Kindern zwischen 1997 und 2008 kommt zu dem Ergebnis, dass im Bereich der geistigen Behinderung (intellectual disability) die Häufigkeiten um 0,7% insgesamt im untersuchten Zeitraum nahezu gleich hoch geblieben seien.

Die von den Untersuchern gebildeten Stichproben zur Analyse biographischer und aktueller Lebenserfahrungen stammen aus Westfalen-Lippe und aus Baden-Württemberg. Mit insgesamt 81,7% dominierten Frauen und Männer mit geistiger und mehrfacher Behinderung einschließlich des M. Down-Syndroms. Bei 7,5% wurde eine Epilepsie-Erkrankung als führende Behinderung vermerkt, bei 8,1% bestanden körperliche Beeinträchtigungen oder gravierende Störungen der Sinnesorgane. Bei lediglich 2,7% der Befragten wurde eine seelische Behinderung als wesentliche Beeinträchtigung genannt. Bei mehr als der Hälfte der Fälle bestanden eine oder zwei zusätzliche Behinderungen. Ähnliche Befunde ermittelte auch Liepmann (s. Kap. 1.17).

Die Wohndauer der zum Untersuchungszeitpunkt bereits 45 bis über 70 Jahre alten Betroffenen betrug durchschnittlich 23 Jahre. 14% der Bewohnerinnen und Bewohner waren bis zu ihrem 20. Lebensjahr in die stationären Einrichtungen aufgenommen worden. Weitere 16% waren zum Aufnahmezeitpunkt zwischen 21 und 30 Jahre alt. Diese Verteilung steht nur in annähernder Übereinstimmung mit den Ergebnissen der Erhebung von Liepmann, die für 22% der von ihr untersuchten Stichprobe eine Heimplatzierung der, allerdings ausschließlich

aus dem Großstadtbereich von Mannheim stammenden, Kinder und Jugendlichen bis zum Alter von 17 Jahren vermerkt hatte (s. Kap. 1.17).

Im zweiten Teil ihrer Studie untersuchte die Arbeitsgruppe um Dieckmann die durchschnittliche Lebenserwartung, die für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in den letzten Jahren und Jahrzehnten auch in Deutschland in ähnlicher Weise „erheblich gestiegen“ ist, wie das für andere Länder in „vielen Studien“ belegt sei. Die für diesen Untersuchungsteil zuständigen Autoren Giovis & Dieckmann nahmen mit dem Ziel einer genaueren Bestimmung der durchschnittlichen Lebenserwartung der betroffenen Menschen mit Behinderung Bezug auf die vorliegenden Statistiken des Statistischen Bundesamtes zu den Sterbewahrscheinlichkeiten in der Gesamtbevölkerung. Anhand der in beiden Stichproben bisher aufgetretenen Sterbefällen wurde die geschlechtsspezifische Lebenserwartung errechnet. Es ergab sich ein mittleres Sterbealter der behinderten Menschen zwischen 70 (BW) und 73 (WL) Jahren bei den Frauen und zwischen 65 (BW) und 73 (WL) für Männer. Damit lag die durchschnittliche Lebenserwartung der behinderten Personen „weiterhin noch deutlich niedriger als in der Gesamtbevölkerung“. Die Differenzen zwischen den Ergebnissen in Westfalen-Lippe und Baden-Württemberg führten die Untersucher auf die unterschiedliche Stichprobenziehung mit den jeweils gegebenen regionalen Gegebenheiten zurück. Während in die Untersuchungsstichprobe aus Westfalen-Lippe (Kompletterhebung, für jedes Erhebungsjahr n = 13.500) Personen aus stationären Wohneinrichtungen aufgenommen worden waren, wurden für Baden-Württemberg Menschen mit Behinderung in verschiedenen Wohnformen berücksichtigt, die Dienste von 12 großen Trägern der Behindertenhilfe in Anspruch nahmen (n = 11.000). In die Untersuchungsstichproben waren Erwachsene mit Down-Syndrom (etwa 10 – 15% der Teilnehmer), bei denen generell von einer noch niedrigeren Lebenserwartung auszugehen ist, oder mit einer zusätzlichen körperlichen Behinderung einbezogen worden.

Die Ergebnisse der Studie können vor allem zur Schätzung der Mortalitätsrate bei geistig- und mehrfachbehinderten Frauen und Männern herangezogen, aber auch in die Schätzungen zur Häufigkeit stationärer Versorgung in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD einbezogen werden.

1.19 Schirmer, S., Müller, K. & Späte H. F. (1963). Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch i.V., DDR

Das Papier basiert auf einer kritischen Einschätzung der von den Autoren als unzureichend bewerteten Behandlungs- und Versorgungsstrukturen in den stationären Einrichtungen der Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie in der damaligen DDR bereits 12 Jahre vor der Psychiatrie-Enquête. Die Thesen riefen in Form von „Empfehlungen“ zu einer „völligen Neuorientierung auf dem Gebiet des gesamten Schwachsinn“ auf. Zum „Rahmenthema Kinderpsychiatrie“ wurde betont, dass die Gesellschaft „von den großen Bedürfnissen der großen Zahl der Schwachsinnigen etwas erfahren“ müsse, „um helfend einzugreifen und die

Sorge um die Schwachsinnigen nicht nur den Pädiatern, Psychiatern, Psychologen und Pädagogen zu überlassen“. Die vorgetragenen Thesen propagierten die „Teamarbeit“, wenn auch in der problematischen Form einer „Beobachtungsklinik“, zwischen den beteiligten Disziplinen einschließlich von Psychologen und Pädagogen, unter anderem mit dem Ziel der „Festlegung eines Ausbildungs- und Förderungsplanes“ für die betroffenen Kinder.

Die Ausführungen können als Bestätigung der andernorts, z.B. in Expertenbericht: Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen (1991), gemachten kritischen Beobachtungen und Bewertungen der Stationären psychiatrischen Versorgungsstrukturen in der DDR herangezogen werden, zumal die „Empfehlungen“ noch zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung keine durchgreifende Verbesserung bewirkt hatten.

1.20 Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin

Die systematische und repräsentative Berichterstattung zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland enthält sowohl Ausführungen zu Häufigkeit und Art von Behinderungen als auch ausführliche Zusammenstellungen von psychiatrischen Erkrankungen und psychischen Symptomen sowie zu entsprechenden Prävalenzschätzungen.

Für das Jahr 2001 waren bei den Versorgungsämtern „127.161 schwerbehinderte Kinder unter 15 Jahre“ gemeldet, was rd. 1% der Kinder dieser Altersgruppe umfasste. Bei der Bewertung des Befundes wurde betont, dass „Kinder in der Schwerbehindertenstatistik unterrepräsentiert“ seien, weil in dieser Altersgruppe Schädigungen häufig noch nicht erkannt oder bestimmte Phänomene noch nicht als Behinderung eingestuft“ seien. „Viele Beeinträchtigungen treten auch erst später auf“. Betreuung und Pflege würden „überwiegend in der Familie gesichert“, für „behinderte und entwicklungsgefährdete Kinder von drei bis sechs Jahren stehen Sonder- bzw. heilpädagogische Kindergärten und Kindertagesstätten zur Verfügung, für die älteren Kinder Sonderschulen. Für besonders schwer behinderte Kinder mit hohem Pflegebedarf besteht auch die Möglichkeit der Betreuung in Heimen“.

Ein Überblick über die in epidemiologischen Untersuchungen gefundenen Häufigkeiten ergab Prävalenzraten psychischer Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zwischen 8 bis 15%. „Rd. ein Viertel“ dieser Kinder und Jugendlichen, wurde „als unbedingt behandlungsbedürftig“ eingeschätzt, „rd. 4% der Kinder zeigte eine chronische psychische Störung“.

Da eine „unbedingte Behandlungsbedürftigkeit“ nicht mit einer stationären- oder teilstationären Behandlungsindikation gleich zu setzen ist, können daraus nicht unmittelbar klinische Behandlungsprävalenzen abgeleitet werden. Die Angaben eignen sich aber zu einer gewissen „Gegenprüfung“ von in den Kliniken der KJPP erhobenen tatsächlichen stationären und teilstationären Fallzahlen, die für Gesamt-Deutschland ab 1991 vorliegen (Quelle: Statistisches Bundesamt versch. Jg; Fachserie 12, Reihe 6). Danach waren 1991 insgesamt 8.348 kinder- und jugendpsychiatrische Betten/Plätze bei einer Auslastung von 83,7% für

20.108 Behandlungsfälle mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 126,3 Tagen vorgehalten worden.

1.21 Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (2012). Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege Gesamtstatistik

In der Gesamtstatistik, in der seit dem Ende des Zweiten Weltkrieges die Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege,

- Arbeiterwohlfahrt (AWO),
- Deutscher Caritasverband (DCV),
- Der Paritätische Gesamtverband,
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK),
- Diakonie Deutschland - Evangelischer Bundesverband Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung (Diakonie) und die
- Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland (ZWST)

zusammengeschlossen sind, finden sich bis in das Jahr 1970 zurückgehende Zahlenangaben zu „Einrichtungen der Gesundheitshilfe“ und zu „Einrichtungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen“ sowie diesen zugeordneten „Betten/Plätze“. Obwohl die Statistik keine Unterscheidung zwischen der BRD und der DDR vorsieht, kann vermutet werden, dass sich die für die Zeit bis 1990 aufgeführten Angaben neben der BRD auch auf das Staatsgebiet der DDR beziehen. Darüber hinaus wurden weder Altersgruppierungen noch eine Beschreibung der „Einrichtungen“ vorgenommen. Die Angaben lassen sich lediglich im Rahmen einer Gesamtbetrachtung einbeziehen.

1.22 Barsch, S. (2013). Geistig behinderte Menschen in der DDR. 2.Aufl. , Copyright 2007, Athena , Oberhausen

Barsch analysiert in seiner erstmals 2007 veröffentlichten Studie die Lebenswirklichkeit von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in der DDR und reflektiert sie vor dem Hintergrund der Theorienbildung zu einer „Rehabilitationspädagogik“, die jedoch „die Dominanz des medizinischen Urteils“ nicht abzuschwächen vermocht habe. Vielmehr habe sich die „Fachwissenschaft“ aufgrund ihrer Orientierung an medizinischen Modellen der Behinderung eher als „Pädagogik bei Schädigungen“ verstanden, als dass sie die notwendige interdisziplinäre Kooperation zwischen Medizin und Pädagogik befördert hätte.

Die Studie erscheint vor allem wegen der vorgenommenen Konkretisierung und Differenzierung von „Versorgungswirklichkeiten“ zur qualitativen Bewertung der Unterbringungssituation von Menschen mit Behinderung in Einrichtungen der DDR geeignet.

2. Schätzung zur Anzahl der Einrichtungen der Behindertenhilfe und der stationären psychiatrischen Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) untergebracht waren

2.1 Einrichtungen der Behindertenhilfe

2.1.1 Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD

Eine valide Schätzung der Gesamtzahl von Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD für die Zeit zwischen 1949 und 1975 ist aus den nur vereinzelt vorliegenden Angaben der bisher durchgesehenen Unterlagen nicht möglich.

In seinem Bericht zur 50-jährigen Geschichte der Lebenshilfe führt Böhm (2008) aus, dass die Behindertenhilfe in der Bundesrepublik Deutschland nach Ende des zweiten Weltkriegs „vor einem Scherbenhaufen“ gestanden habe. „Die menschenverachtende Ideologie und Praxis der Nazis hatte ihre Spuren im Alltagsbewusstsein der Bevölkerung hinterlassen. ... Die Menschen hatten eine prägende Erfahrung gemacht“. Angesichts der miterlebten Euthanasie hätten sie es für opportun erachtet, ihre behinderten Angehörigen vor der Gesellschaft „zu verstecken“ und gewissermaßen „unsichtbar“ zu machen. Die „Reorganisation“ der Behindertenhilfe, die „am ehesten von den konfessionell geprägten Großeinrichtungen übernommen worden sei, sei auch deshalb nur langsam in Gang gekommen, weil „sehr viel andere Probleme wie das nackte Überleben im Vordergrund standen“. Die Pädagogik habe „das Phänomen Behinderung biologistisch“ verstanden und sich deshalb in Zusammenarbeit mit Medizin und Psychiatrie an einem „Defizit-Modell“ orientiert. Die Förderung geistig behinderter Menschen sei den Familien überlassen gewesen. Sie hätten weder Maßnahmen der Frühförderung in Anspruch nehmen können, noch habe eine Schulpflicht für geistig behinderte Kinder und Jugendliche bestanden. „Fiel die Familie aus, blieben“, vor allem nach dem Eintritt in das Erwachsenenalter, „Psychiatrien, Altenheime oder die schon genannten Großeinrichtungen“. Erst „Mitte bis Ende der 1950er Jahre änderten sich die Bedingungen ... und mit zunehmender zeitlicher Distanz zum Faschismus erweiterte sich der pädagogisch-wissenschaftliche Horizont“, in welchem sich das Bestreben herangebildet habe, für Menschen mit Behinderung die gleichen Rechte und Chancen wie für die übrige Gesellschaft einzufordern. Nachdem 1962 das BSHG in Kraft getreten war, hatten die Betroffenen und ihre Familien staatliche Hilfen in Anspruch nehmen können.

2.1.2 Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR

2.1.2.1 Befunde von F. Wapler (2013)

Wapler (2013) kommt in Ihrer Analyse zur Versorgungssituation in der damaligen BRD zu der Einschätzung, dass „der Regelfall der Unterbringung sogenannter ‚bildungsunfähiger‘ Minderjähriger ... ihre Einweisung in nichtstaatliche Heime“ war, „die überwiegend von den

christlichen Kirchen (Diakonie und Caritas) bereitgestellt wurden. Laudien & Dreier (2013) gehen nach dem Zitat von Wapler, davon aus, „dass etwa 47 % der Heime für behinderte Kinder in konfessioneller Trägerschaft standen; sie berufen sich dafür auf nicht näher spezifizierte mündliche Informationen.

Zur rechtlichen Situation führte Wapler (2013) aus, dass es „wie in der BRD auch in den neuen Bundesländern nach der Staatsgründung zunächst keine speziellen gesetzlichen Regelungen der Hilfen für Menschen mit Behinderungen gab. ... Anders als in der Bundesrepublik gewann aber der Begriff der Behinderung auch in den Folgejahren keine nennenswerte Bedeutung als Rechtsbegriff (über den Alltagssprachgebrauch ist damit nichts gesagt). Stattdessen findet sich in den Rechtsnormen der DDR häufig die Bezeichnung ‚Geschädigte‘, womit Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen gemeint waren. So enthielt die Verfassung der DDR aus dem Jahr 1975 die Umschreibung ‚Kinder und Erwachsene mit physischen oder psychischen Schäden‘ (Art. 25 Abs. 3). Diese Formulierung umfasste eine eher ungeordnete Menge an Symptomen, wie die folgende Definition aus dem Jahr 1984 zeigt: ‚Gehörlose, Schwerhörige, Sprachgestörte, Körperbehinderte, Kinder, bei denen krankheitsbedingte Unterrichtsausfälle in einem solchen Umfang zu erwarten sind, dass übliche Fördermaßnahmen die altersgerechte Entwicklung nicht sichern können‘(Wapler, 2013).

Nach der Analyse von F. Wapler wurden Kinder und Jugendliche mit Behinderungen in der damaligen DDR „nach der ersten Durchführungsbestimmung zur Heimverordnung in zwei Kategorien eingeteilt: die ‚bildungsunfähigen‘ und die ‚bildungsfähigen‘. Letztere wurden nach 1964 als ‚Hilfsschüler‘ bezeichnet. Die ‚bildungsunfähigen‘ Kinder wurden in ihren Familien versorgt oder in Heimen des Gesundheitswesens untergebracht (§ 3 Abs. 2a der 1. DfB zur HeimV). Schwere Behinderungen bei Minderjährigen mussten von den Eltern sowie von Ärzten oder sonstigen Angehörigen der Gesundheits- und Pflegeberufe bei den Organen des Gesundheitswesens des Kreises gemeldet werden. Die ‚bildungsfähigen‘ Kinder mit Behinderungen wiederum wurden unterschiedlich behandelt, je nachdem, ob sie als ‚schwererziehbar‘ eingestuft wurden oder nicht (§ 7 der 1. DfB zur Heimverordnung). Galten sie als ‚normal erziehbar‘, wurden sie in Sonderschulen oder speziellen Internaten untergebracht, zuständig waren dann die Schulbehörden, eingewiesen wurden die Kinder aber durch die Organe des Gesundheitswesens. Für die ‚Schwererziehbaren‘ standen Spezialheime für ‚bildungsfähig Schwachsinnige‘ bzw. später Hilfsschüler zur Verfügung, die den Organen der Jugendhilfe unterstanden. ... Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, die als ‚bildungsunfähig‘ eingestuft wurden, scheint nach den rechtlichen Regelungen in staatlichen Heimen nicht vorgesehen gewesen zu sein“ (Wapler, 2013).

Inhaltlich allerdings sei nach den Befunden von Wapler „der Begriff der Bildungsfähigkeit in der Fachliteratur der DDR seltsam unbestimmt“ geblieben. „Offenkundig war letzten Endes die Fähigkeit der Kinder, am Schulunterricht teilzunehmen, das ausschlaggebende Merkmal. ... Sie verfügen jedoch noch über physische und psychische Voraussetzungen, um unter systematischer Förderung elementares Umweltwissen zu erwerben sowie Fähigkeiten, Fertigkeiten und soziale Verhaltensweisen auszubilden, die sie befähigen, bei ständiger Hilfe

am Leben der sozialistischen Gesellschaft Anteil zu nehmen und unter den Bedingungen der geschützten Arbeit Tätigkeiten im gesellschaftlichen Arbeitsprozess auszuüben.“ Wapler fährt fort: „Die Unterbringung von Kindern und Jugendlichen, die als ‚bildungsunfähig‘ eingestuft wurden, war während des gesamten untersuchten Zeitraums nur unzureichend gesetzlich geregelt. Auch staatliche Heime für diese Kinder gab es offenbar kaum. Stattdessen lagerten die Organe des Gesundheitswesens die Fürsorge für diese Personengruppe weitgehend an nichtstaatliche, insbesondere kirchliche Einrichtungen aus. ... Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen, die als ‚bildungsunfähig‘ eingestuft wurden, scheint nach den rechtlichen Regelungen in staatlichen Heimen nicht vorgesehen gewesen zu sein. Zwar wurde im Jahr 1956 die ‚Verordnung über die Fürsorge in den staatlichen Feierabend- und Pflegeheimen‘ erlassen. Darin war die Unterbringung alter, arbeitsunfähiger und pflegebedürftiger Personen in staatlichen Heimen geregelt. Diese Heime wurden von den Räten der Städte, Gemeinden und Kreise errichtet und unterhalten (...). Die übergeordnete Behörde war die Abteilung Gesundheitswesen des Bezirksrats (...). Die Entscheidung über eine Einweisung in diese Heime traf der Rat des Kreises auf Antrag des Gemeinderates. Der Antrag war durch ein ehrenamtliches Gremium zu prüfen und mit einer Stellungnahme des Gemeinderats zu versehen. ... Ob und wie weit diese Gremien Zwangsbefugnisse gegenüber den Betroffenen hatten, ist der Verordnung nicht zu entnehmen. Zudem muss bezweifelt werden, ob diese Verordnung überhaupt für Minderjährige anwendbar sein sollte“(Wapler 2013).

Zu den resultierenden Unterbringungszahlen ist auf die von s. Gries (im Kap. 3.3.2.2) zusammengestellten Platzzahlen für schulbildungsunfähige Kinder und Jugendliche (3 – 18 Jahre) in der DDR zu verweisen.

2.1.2.2 Befunde von Barsch (2013)

Nach den Ausführungen von Barsch (2013) wurde in der DDR unterschieden zwischen der Personengruppe der „schulbildungsfähigen Intelligenzgeschädigten“ und den schulbildungsunfähigen förderungsfähigen Intelligenzgeminderten mit entsprechenden Zuweisungen zum Bildungs- und Rehabilitationssystem zwischen der Beschulung auf einer Sonder- bzw. „Hilfsschule“ und einer „nichtschulischen Erziehung in rehabilitationspädagogischen Einrichtungen“. Für die Versorgung von Kindern mit schwerster intellektueller Behinderung zitiert Barsch aus der Zeitschrift „Die Sonderschule“ (1974): „Kranke mit dem höchsten Grad geistigen Zurückbleibens - Idiotie -, das durch episodische epileptische Anfälle oder periodisch auftretende Erregungsanfälle kompliziert wird, sind zur stationären Behandlung in psychiatrische Kinderheime für chronisch Kranke einzuweisen. Kranke mit unkomplizierten Formen der Idiotie werden in Einrichtungen des Ministeriums für Sozialfürsorge eingewiesen“.

2.1.2.3 Befunde von Sachse (2011)

Unter der Überschrift „**Sonderheime – Umerziehung verhaltensauffälliger Kinder**“ berichtet Sachse, dass im Jahr 1959 „dem Spezialkinderheim in Wertpfehl die Aufgabe zugewiesen“ wurde, „psychisch geschädigte Kinder“ aufzunehmen. Aus diesem Projekt entwickelte sich nach Sachse ab Mitte der 1960er Jahre das „Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch-psychologische Therapie“. Es seien in die Einrichtungen Kinder und Jugendliche im Alter von sechs bis 18 Jahren aufgenommen worden, die „eine psychische Störung“ zeigten und „dringend einer psychodiagnostischen Abklärung und pädagogisch-psychologischen Therapie bedürften“. Sachse beschrieb für die 4 Heime des „Sonderheimkombinats“, in denen „im Wesentlichen neurotische, psychopathische und cerebral geschädigte Kinder und Jugendliche mit und ohne Intelligenzdefekt“ untergebracht worden seien, für das Jahr 1970 eine Gesamtkapazität von 340 Plätzen bei einer Auslastung von 80 %.

2.1.2.4 Angaben der Katholischen Kirche

Nach den Mitteilungen des Sekretariats der Deutschen Bischofskonferenz vom 06. März 2015 existierten „Ende 1989 in der DDR 24 katholische Einrichtungen für behinderte Menschen (aller Altersgruppen) mit insgesamt **1.028 Plätzen** (1 Heim für Körperbehinderte, 19 Heime für geistig Behinderte und 4 Tagesstätten für geistig Behinderte)“.

„Nach den bisher vorliegenden Erkenntnissen“ des Sekretariats sei anzunehmen, dass der Anteil katholischer Behinderteneinrichtungen „zu keinem Zeitpunkt mehr als einen einstelligen Prozentsatz an allen Behinderteneinrichtungen in der DDR ... - eher 5 bis 7 %“ ausgemacht habe. (s. Kap. 1.4).

Das **Sekretariat der Deutschen Bischofskonferenz**, Autor: J. Stücker-Brüning, legte mit Stand vom 6. März 2015 in seiner Ausführung zur „Trägerschaft von Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie in der DDR“ die zusammenfassende Einschätzung vor, dass „die konfessionellen Einrichtungen für behinderte Menschen in der DDR sich zu ca. 80% in Trägerschaft der evangelischen Diakonie befanden“. Der Berichterstatter führte ferner aus: „Angesichts des Fehlens einer freien Wohlfahrtspflege in der DDR kann man annehmen, dass die nicht-staatlichen Einrichtungen weitgehend in konfessioneller Trägerschaft gewesen sind. Dabei stellt sich die Frage nach dem quantitativen Verhältnis von katholischen und evangelischen Einrichtungen“. In einer Statistik der DDR über Einrichtungen von Caritas und Diakonie in der DDR (zitierte Quelle: „Informationen des Deutschen Caritasverbandes, Ausgabe 05/1990“) seien für 1988 u. a. 17 Förder-, Reha- und Pflegeheime für geistig behinderte Jugendliche und Erwachsene der Caritas und 100 solcher Einrichtungen in Trägerschaft der Diakonie aufgeführt worden. Außerdem seien 5 von der Caritas und 23 von der Diakonie betriebene Sondertagesstätten für geistig behinderte Menschen genannt worden.

2.1.2.5 Abschließende Bemerkung

Insgesamt war festzustellen, dass auf der Grundlage der bisher erreichbaren Informationen eine belastbare Zahl zur Frage der Anzahl im Untersuchungszeitraum vorhandener Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht zu ermitteln war. Die im nachfolgenden Kap. 3 zusammengestellten Schätzungen zu Fallzahlen der in den Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen erfolgen daher sowohl für die BRD als auch für die DDR nur eingeschränkt auf bestimmte Einrichtungen bezogen, sondern orientieren sich an Einrichtungstypisierungen, Prävalenzschätzungen, Bevölkerungsstatistiken und epidemiologischen Hochrechnungen (Zur Methodik s. Kap. 3.1).

2.2 Stationäre psychiatrische Einrichtungen

2.2.1 Stationäre psychiatrische Einrichtungen in der BRD

Die in der Zeit von 1949 – 1975 in Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen für Psychiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJPP) in den alten Bundesländern vorgehaltenen Betten wurden überwiegend mit langfristig untergebrachten Behinderten mit neuropsychiatrischen Komplikationen belegt (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200).

Die Arbeitsgruppe KJPP der Psychiatrie Enquete ermittelte 1973 für die westdeutschen Bundesländer **3.725** klinische Behandlungsplätze/Betten. Die untersuchten kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken waren von sehr unterschiedlicher Größenordnung (z. B. St.-Johannes Stift in Niedermarsberg mit 979 Betten, Klinik für KJPP in Idstein/Ts. mit 34 Betten). Die Kliniken dienten entweder überwiegend kurzfristigen diagnostischen Aufgaben oder der langfristigen Unterbringung von vorwiegend geistig behinderten Kindern und Jugendlichen (Fachkrankenhäuser). Die Expertengruppe betonte, dass "ein irgendwie systematisierter Aufbau einer kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland nur in Ansätzen zu erkennen" war. Es wurde darauf hingewiesen, dass Kinder- und Jugendpsychiatrische Abteilungen an Universitätskliniken und an psychiatrischen Landeskrankenhäusern nicht einbezogen worden waren. Deren Zahl dürfte jedoch noch gering gewesen sein, weil die für die psychiatrische Pflichtversorgung zuständigen Landeskliniken erst um 1975 damit begonnen haben, einzelne Stationen für Minderjährige in Ihren Häusern einzurichten, wie der Autor dieser Studie das selbst im Landeskrankenhaus Weinsberg (Baden-Württemberg) feststellen konnte, als er 1981 die erst 5 Jahre zuvor eingerichtete Abteilung für KJPP als eigenständige Klinik übernahm.

Die Facharztdisziplin der KJPP war überhaupt erst 1969 eingeführt worden.

Die Universitäten betrieben zuvor überwiegend poliklinische Ambulatorien und konzentrierten sich mit einigen stationären Schwerpunkten auf besondere Krankheitsbilder.

Sie versorgten Kinder mit neurotischen Störungen, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und psychosomatischen Erkrankungen.

Damit erscheint die Annahme einer Schätzung von insgesamt **rd. 4.000 Betten/Behandlungsplätzen, die in der Zeit zwischen 1947 und 1975 in der BRD in stationären psychiatrischen Einrichtungen für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen** vorgehalten wurden.

2.2.2 Stationäre psychiatrische Einrichtungen in der DDR

Der Bericht „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR (1991)“ (s. Kap 1.2) beinhaltete Zusammenstellungen der von den 5 ostdeutschen Ländern und Ost-Berlin jeweils landesbezogen vorgenommenen Aufstellungen der klinischen Behandlungsplätze für psychisch kranke Kinder und Jugendliche. Die Statistiken weisen insgesamt 33 stationäre Einrichtungen aus (s. Tab. 1).

Tab. 1: Stationäre psychiatrische Einrichtungen für Kinder und Jugendliche in der DDR bzw. in den ostdeutschen Bundesländern

Jahr	Stationäre Einrichtungen gesamt	Betten gesamt	Betten in Fachabteilungen der KJPP	Betten in Universitätskliniken	Betten in Theoretischen Instituten
1989 ¹	33	4.240	3.223	206	811
1990 ²		3.868			
	Mittelwert	4.005			

1 Quelle: Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen (1991)

2 Quelle: Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren (2003)

Neben Kinder- und Jugendpsychiatrischen Kliniken und Fachabteilungen waren demnach, wenn auch in nur sehr geringem Umfang, Universitätskliniken und „Theoretische Institute“, in etwa ¼ der Fälle an der stationären Versorgung beteiligt. Bei diesen klinischen Einrichtungen handelte es sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls um eher universitäre bzw. forschungsorientierte Einrichtungen. Die biologistische Grundorientierung in der Psychiatrie der DDR übertrug sich auch auf das Fachgebiet der „Kinderneuropsychiatrie“, die nach 1962 die Aufgaben der auf die Altersgruppen von Kindern und Jugendlichen bezogenen Versorgung übernahm. Ihr wurde die Versorgung geistig behinderter und in Verbindung damit oft auch körperlich behinderter Kinder übertragen. Diese wurden nach den vorliegenden Erkenntnissen dann in einer kinderneuropsychiatrischen Klinik aufgenommen, wenn sich ihre Defizite mit den vorhandenen ambulanten Pflegemöglichkeiten (in Polikliniken, Spezialambulanzen, Rehabilitationszentren etc. nicht ausreichend beeinflussen ließen, und/oder wenn wegen psychischer Erkrankungen und Störungen in Form gravierender Verhaltensauffälligkeiten und hoher Pflegeintensität die ambulante Betreuung als nicht ausreichend angesehen wurde.

Im Hinblick darauf, dass die für 1990 gefertigte Statistik bereits einen ersten Effekt der Neuorganisation in den stationären Versorgungsstrukturen erkennbar macht, die in den nächsten Jahren noch deutlicher den Abbau von klinischen Langzeitstationen betraf, kann man den für 1989 vorgefundenen Bettenbestand für die davorliegende Zeit als Mindestgröße annehmen. Damit wäre für die DDR im Zeitraum von 1949 bis 1990 von einer Zahl von jährlich durchschnittlich mindestens **4.240** vorgehaltenen Betten auszugehen.

Außer den in den Kliniken behandelten psychisch kranken Kindern und Jugendlichen wies die Statistik für dieselben klinischen Einrichtungen außer den Universitätskliniken 2.844 Betten für „Schulbildungsunfähige“ und weitere 2.638 Betten für „Bildungsunfähige Pflegebedürftige“ aus. Mit hoher Wahrscheinlichkeit beinhalteten diese Behandlungsplätze die von Gries (2012) gemachten Angaben über 1.639 Plätze für „Schulbildungsunfähige in Krankenhäusern“ (s. Kap. 3.2.2.2).

3. Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) in Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen untergebracht waren

3.1 Zur Methodik

Während für die Ermittlung von konkreten Patientenzahlen in **stationären psychiatrischen Einrichtungen** vielfach auf statistische Erhebungen sowie über die dort vorgehaltenen Unterbringungs- und Behandlungsplätze/Betten, die mitgeteilten Aufnahmezahlen, Verweildauern und Belegungsraten zurückgegriffen werden konnte, war das bei den **Behinderteneinrichtungen** für junge Menschen nur sehr eingeschränkt möglich.

Die Schätzung der Anzahl betroffener Kinder und Jugendlichen in Einrichtungen der Behindertenhilfe konnte nur in begrenztem Umfang auf die Auswertung von Jahrgangsmitteilungen und häufig überregionalen Versorgungszahlen zurückgreifen. Für die dort untergebrachten Kinder und Jugendlichen erfolgten daher Schätzungen auf der Basis von Prävalenzraten. Dafür wurden die Ergebnisse epidemiologischer Erhebungen zu Morbiditätszahlen für geistige und mehrfache Behinderung herangezogen, und unter Bezug auf die nach Altersgruppen gegliederte Bevölkerungsstatistik aufbereitet, die für die Bevölkerungsentwicklung ab 1950 vorliegt (s. Statistisches Bundesamt, 2006; destatis.de Abfrage Juli 2015).

Es standen in gewissem Umfang **Aufstellungen und fachliche Mitteilungen zu überregionalen Versorgungszahlen** sowohl für die Einrichtungen der Behindertenhilfe als auch für die stationären psychiatrischen Einrichtungen zur Verfügung, die einbezogen wurden. Die Datenanalyse kann sich allerdings **nur eingeschränkt auf einrichtungsbezogene Fallzahlaufstellungen** stützen, die etwa im Rahmen einer bereits erfolgten geschichtlichen

Aufarbeitung der Versorgungs- und Behandlungsabläufe einzelner Einrichtungen für die zur Beurteilung anstehenden Zeitabschnitte erfolgt waren.

3.1.1 Bevölkerungsstatistik

Die in der Bevölkerungsstatistik vorgenommene Altersstrukturierung ordnet Kinder und Jugendliche einheitlich der Altersgruppe der „unter 20 Jahre“ alten Bevölkerung zu. Es waren jedoch die bis 1974 in den alten und neuen Bundesländern geltenden unterschiedlichen Altersbestimmungen der Volljährigkeit zu beachten, die in der DDR durchgehend bei 18 Jahren und in der BRD bis zum März 1974 noch bei 21 Jahren lag. Zur Berechnung der altersbezogenen Bevölkerungszahlen waren für die BRD und die DDR in den unterschiedlichen Zeiträumen daher rechnerische Ergänzungen vorzunehmen. Dies geschah durch die rechnerische Hinzunahme eines Jahrgangs für die Populationen der BRD bzw. die Verminderung um zwei Jahrgänge für den Altersbereich der unter 18-jährigen in der DDR. Da die Differenz zwischen den benachbarten Jahrgängen über den Untersuchungszeitraum hinweg durchgehend um durchschnittlich 0,3 Prozentpunkte schwankte, konnte dieser Wert zur Hochrechnung der hier zu untersuchenden Altersgruppen eingesetzt werden. Dabei ergaben sich die in Tab.2 und Tab.3 dargestellten Verteilungen.

Tab. 2: Bevölkerungszahlen für die Bundesrepublik Deutschland (BRD) 1955 – 1985

Quelle: Statistisches Bundesamt Datenreport 2006 - Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland

Jahresende	Bevölkerung BRD in 1.000	Jahreszuwachs im Folgejahr in 1.000	Anteil der Bevölkerung unter 21 Jahren in %	davon im Alter bis unter 21 Jahren in 1000 ¹
1950	50.985			
1951	51.435	+ 450	30,5	15.688
1955	53.518			
1956	53.340	+ 220	29,9	16.068
1965	59.297			
1966	59.793	+ 496	29,0	17.340
1975	61.645			
1976	61.442	- 203	28,7	17.634
1985	61.021			
1986	61.141	+ 120	22,8	13.940
durchschnittlicher Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren in %			28,2	

¹ Berechnungen gerundet

Tab. 3: Bevölkerungszahlen für die Deutsche Demokratische Republik (DDR) 1955 – 1990

Quelle: Statistisches Bundesamt Datenreport 2006 - Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland

Jahresende	Bevölkerung DDR in 1.000 ¹	Jahreszuwachs im Folgejahr in 1.000 ¹	Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren in %	davon im Alter bis unter 21 Jahren in 1000 ¹
1950	18.388			
1951	18.350	- 48	29,9	5.512
1955	17.832			
1956	17.604	- 228	29,0	5.237
1965	17.040			
1966	17.071	+ 31	28,7	4.899
1975	16.820			
1976	16.767	- 53	22,8	3.847
1985	16.640			
1986	16.640	0	30,2	5.025
1989	16.434	-	31,7	5.210
durchschnittlicher Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren in %			28,7	

¹ Berechnungen gerundet

Aus den Berechnungen lässt sich für die berücksichtigten Jahresstatistiken der **BRD** ein durchschnittlicher Bevölkerungsanteil von Kindern und Jugendlichen von **28,2%** ableiten.

In der **DDR** betrug dieser im Durchschnitt **28,7%**.

Daraus resultiert für den Untersuchungszeitraum für Gesamt-Deutschland ein durchschnittlicher Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe von 28,5 %.

3.1.2 Epidemiologische Prävalenzschätzungen

Die überwiegende Anzahl der in den Untersuchungszeiträumen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in West- wie in Ostdeutschland versorgten Kinder und Jugendlichen betraf junge Menschen mit geistiger Behinderung. Zur Erläuterung dieser Diagnose ist, besonders im Hinblick auf die Frage der Unterbringungs- bzw. Betreuungsbedürftigkeit der Betroffenen, darauf hinzuweisen, dass der Begriff der „Geistigen Behinderung“ über lange Zeit fast ausschließlich auf dem Kriterium der Beeinträchtigung intellektueller Fähigkeiten basierte. Als ein in der internationalen epidemiologischen Forschung übliches Vorgehen zur Prävalenzberechnung geistiger Behinderung gilt die Orientierung am „IQ-Kriterium“ (s. hierzu auch Kap. 1.17). Darunter ist das Ergebnis einer testmetrischen Ermittlung der intellektuellen Leistungsfähigkeit einer Person mittels eines validen Intelligenztestes zu verstehen. Die Ergebnisse von Intelligenztestverfahren werden als „IQ-Punktwerte“ ausgedrückt, wobei von einem Durchschnittswert von 100 IQ-Punkten ausgegangen wird. Unter Beachtung einer statistisch ermittelten Irrtumswahrscheinlichkeit wird regelmäßig ein Vertrauensintervall für die erreichten Testwerte von +/- 6 Punkten angenommen.

Die auf der Grundlage von Intelligenztestergebnissen gewonnene Bestimmung des Ausprägungs- bzw. Schweregrades der Geistigen Behinderung bestimmt auch die medizinische Diagnostik der hierfür gültigen Internationalen Statistischen Klassifikation von Krankheiten (ICD), die derzeit in der 10. Revision vorliegt. 1948 war die 6. Revision von der WHO eingeführt worden. In den Schweregradeinteilungen unterschieden sich die zwischenzeitlichen Revisionen nur unwesentlich von den gegenwärtig geltenden Einteilungen. Der IQ-Bereich liegt bei Menschen mit einer „leichten geistigen Behinderung“ zwischen 50 bis 69. Die Betroffenen erwerben Sprache verzögert, jedoch in einem Umfang, der eine alltägliche Konversation erlaubt. Bei mittelgradiger Intelligenzminderung liegt der IQ im Bereich zwischen 35 und 49 IQ-Punktwerten. Häufig findet sich eine nur eingeschränkte sprachliche Kommunikationsfähigkeit bei unterschiedlichen Fähigkeiten des aktiven und passiven Wortverständnisses. Die Fähigkeiten zur Selbstbesorgung sind deutlich eingeschränkt. Die Betroffenen sind auf Versorgung und Betreuung angewiesen, wobei unter Anleitung eine aktive Mitwirkung gegeben sein kann. Die Integration in eine Werkstatt für geistig behinderte Menschen ist in der Regel zu erreichen. Eine schwere Intelligenzminderung wird bei einem IQ zwischen 20 bis 34 angenommen. Es finden sich erhebliche Einschränkungen in der Selbstständigkeit der Lebensbesorgung, der sozialen und häufig auch örtlichen Orientierung. Die Lebensführung benötigt die ständige Betreuung und Aufsicht. Bei schwerster geistiger Behinderung mit einem IQ unter 20 besteht vollständige Unfähigkeit zur Selbstbesorgung. In der Regel ist ein aktives Sprachvermögen nicht ausgebildet, ein passives Wortverständnis kann eingeschränkt vorhanden sein. Allerdings sind auch diese Personen zu einer durchaus differenzierten emotionalen Wahrnehmung fähig. Ihre Verhaltens- und Empfindungsstörungen stehen häufig im Zusammenhang mit einer Beeinträchtigung der sozialen Wahrnehmung, Überforderung und Missdeutungen des emotionalen Erlebens. Die Störungen des psychischen und sozialen Verhaltens, die bei Menschen mit geistiger Behinderung häufiger als in der sonstigen Bevölkerung anzutreffen sind (s. Kap. 6.2.2), nehmen mit dem Schweregrad der geistigen Behinderung zu.

Unter der Annahme, dass vor allem eine genetische Bedingung oder eine zerebral-organische Schädigung für den Intelligenzdefekt verantwortlich zu machen ist, wurde die geistige Behinderung im internationalen Schrifttum über lange Zeit als etwas Konstantes und Unvermeidbares angesehen. Eine Veränderung dieses Zustandes oder gar eine weitgehende Normalisierung wurde nicht in Betracht gezogen. Im weiteren Verlauf setzte sich jedoch zunehmend die Erkenntnis durch, dass es sich bei der Gruppe der geistig und mehrfach behinderten Menschen um keine homogene Population handelt, sondern dass die Besonderheiten der Entwicklung und des Verhaltens, vor allem bei jungen geistig retardierten Menschen, eine große Komplexität aufweisen.

Im Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland (1975) wurde die geistige Behinderung wie folgt definiert: „Kinder, Jugendliche und Erwachsene, deren geistige Entwicklung durch angeborene oder erworbene Störungen vorübergehend oder auf Dauer hinter der altersgemäßen Norm zurückgeblieben sind, so dass sie für ihre Lebensführung besonderer Hilfen bedürfen. ... Mit der geistigen Behinderung sind oft Beeinträchtigungen der Sprache, der Motorik, der Sinnesleistungen, des Verhaltens, der emotionalen Persönlichkeitsentwicklung sowie der sozialen Anpassung verbunden“ (Deutscher Bundestag, Drucksache 7/4200 – Psychiatrie-Enquête, 1975).

Nach der Definition des Deutschen Bildungsrates (zitiert in Dieckmann & Metzler, 2013) aus dem Jahre 1973 ist ein Mensch dann als geistig behindert anzusehen, wenn er „infolge einer organisch-genetischen oder anderweitigen Schädigung in seiner psychischen Gesamtentwicklung und seiner Lernfähigkeit so sehr beeinträchtigt ist, dass er voraussichtlich lebenslanger sozialer und pädagogischer Hilfen bedarf. Mit den kognitiven Beeinträchtigungen gehen solche der sprachlichen, sozialen, emotionalen und der motorischen Fähigkeiten einher. Die Ergebnisse von validen Intelligenztests, motorischen Tests und Sozialreifeskalen können Orientierungsdaten für die Abgrenzung der geistigen Behinderung zur Lernbehinderung liefern. Die Grenze wird in der Regel in Intelligenztests bei drei Standardabweichungen unterhalb des Mittelwerts zu ziehen sein (Deutscher Bildungsrat 1973)“.

Die vorgelegte Machbarkeitsstudie orientiert sich bei ihren Schätzungen an den Befunden der repräsentativen Untersuchung von M. C. Liepmann (1979), in der diese eine **administrative Prävalenz** von geistiger Behinderung einschließlich gravierender Beeinträchtigungen der organischen Sinnesfunktionen in Form von motorischen Beeinträchtigungen, Seh-, Hör- und Sprachbehinderung bei Kindern und Jugendlichen von **8,3%** in Deutschland ermittelt hatte (s. Kap 1.17).

3.1.3 Zur Schätzung von Aufnahmezahlen in die Einrichtungen der Behindertenhilfe

Zur Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht waren, wurde neben den Befunden der Studie von Liepmann, die bis zum 17. Lebensjahr eine stationäre Heimunterbringung von 22% ermittelte, auch auf die Ergebnisse der Arbeitsgruppe von Dieckmann und Metzler (2013) Bezug genommen. Diese hatten eine Aufnahme in ausschließlich stationäre Betreuungsformen bis zum 20. Lebensjahr bei 16% der weiblichen und männlichen Jugendlichen bzw. Heranwachsenden ermittelt. Im Hinblick darauf, dass die von Liepmann (1979) berechnete Prozentrage auf einer wesentlich größeren Stichprobe der hier zur Diskussion stehenden Altersgruppen beruhte, und mit hoher Wahrscheinlichkeit anders als in den Untersuchungsgruppen von Dieckmann & Metzler auch die teilstationären Platzierungen erfasste, wurde für die Schätzung der hier vorgelegten Machbarkeitsstudie im Sinne einer „angenäherten Mittelwertbildung“ die Prozentrage von 20% zu Grunde gelegt.

Zur Schätzung der möglichen jährlichen Neuaufnahmen von Kindern und Jugendlichen in die untersuchten Einrichtungen wurden die Geburtenraten der untersuchten Jahrgänge mit entsprechenden Mittelwertbildungen der Statistiken des Statistischen Bundesamtes herangezogen (Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1993 u. 1997; Statistisches Bundesamt 2006). Auch auf diese wurde die von Liepmann (1979) gefundene Prävalenzrate von 8,3 % angewendet.

Daraus lassen sich die Zahlen der für die BRD und die DDR berechneten möglichen jährlichen Neuaufnahmeraten abschätzen (s. Tab. 4).

Tab. 4: Berechnung der möglichen jährlichen Neuaufnahmen von Kindern und Jugendlichen in Einrichtungen der Behindertenhilfe

Jahr	Lebendgeborene in der BRD			Lebendgeborene in der DDR		
	absolut	davon 8,3% mit geistiger und mehrfacher Behinderung	davon 20% in Einrich- tungen der Behindertenhilfe	absolut	davon 8,3% mit geistiger und mehrfacher Behinderung	davon 20% in Einrich- tungen der Behindertenhilfe
1950	812.835	6.747	1.350	304.165	2.525	505
1960	968.629	8.040	1.608	292.985	2.432	486
1965	1.044.328	8.668	1.734	281.058	2.333	467
1970	810.808	6.730	1.346	236.926	1.967	393
1975	600.512	4.984	997	181.798	1.509	302
1980	620.657	5.152	1.030	245.132	2.035	407
1985	586.155	4.865	974	227.648	1.890	378
1987	642.010	5.329	1.066	225.759	1.874	375
1990	727.199	6.035	1.207	178.199	1.479	296
Durchschn. Neuaufnahmen pro Jahr: 1.112				Durchschn. Neuaufnahmen pro Jahr: 401		
Summe der Neuaufnahmen von 1949 bis 1975 (27 Jahre) in der BRD: 30.024				Summe der Neuaufnahmen von 1949 bis 1990 (42 Jahre) in der DDR: 16.842		

3.2 Schätzung der Anzahl der in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen

3.2.1 Schätzung der Anzahl der in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD untergebrachten Kinder und Jugendlichen

3.2.1.1 Schätzung auf der Basis von Eingliederungshilfe

F. Wapler (2013) (s. Kap.1.6) teilt unter Bezug auf die Angaben des Statistischen Bundesamtes (angegebene Quelle: Statistisches Bundesamt, Fachserie K/K/1 1970, S. 10) die Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 21 Jahren mit, die in den Jahren 1964 und 1970 in der BRD „Eingliederungshilfe für Behinderte“ einschließlich der „Blindenhilfe“ in Anstalten bzw. in Einrichtungen der Behindertenhilfe erfahren haben (s. Tab. 5). Sie weist darauf hin, dass

daraus allerdings nicht erkennbar sei, wie groß die jeweiligen Anteile der Personen in Heimen der Jugend- und der Behindertenhilfe waren. Wapler führte dazu aus, dass körperlich behinderte Kinder häufig in die Zuständigkeit der Jugendhilfe gefallen seien. Gleichzeitig ging sie davon aus, dass behinderte Kinder und Jugendliche auch in Form teilstationärer Versorgung und Förderung in den Einrichtungen der Behindertenhilfe eine durch die Eingliederungshilfe finanzierte Schul- und Berufsausbildung erhielten. Da anzunehmen ist, dass die Zahlen zur „sonstigen Eingliederungshilfe“ für Behinderte im Wesentlichen Heimkosten darstellen, beziehen sich diese mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die in den untersuchten Jahren dort vollstationär untergebrachten Minderjährigen. Die Finanzierung der stationären Unterbringung von überwiegend geistig und mehrfach behinderten Kindern und Jugendlichen in einer Einrichtung der Behindertenhilfe dürfte stets nach den Vorgaben des BSHG durch die Sozialhilfe erfolgt sein. Des Weiteren ist mit Wapler anzunehmen, „dass bis in die 70er Jahre nur die als beschulungs- bzw. bildungsfähig eingeschätzten geistig behinderten Kinder und Jugendlichen auch eine schulische und berufliche Förderung erhielten“.

Tab. 5: Anzahl der unter 21-Jährigen in Anstalten in der BRD, die Sozialhilfe erhielten

(Angaben von Wapler, 2013)

Jahr	Eingliederungshilfe für Behinderte zur Schul- und Berufsausbildung ¹	sonstige Eingliederungshilfe für Behinderte ¹	Blindenhilfe ¹	Gesamt
1964	13.299	10.464	132	23.895
1970	22.997	16.812	416	40.225
jährl. Mittelwert	18.148	16.639	274	32.060

¹ Angaben gerundet

Wenn man annimmt, dass der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit einer intellektuellen oder körperlichen Behinderung, die in Einrichtungen der Jugendhilfe Leistungen der Eingliederungshilfe in Anspruch nahmen, etwa 25% betragen haben könnte - was den eigenen Praxiserfahrungen des Autors der vorgelegten Machbarkeitsstudie entsprechen würde - verringert sich der Anteil der in Einrichtungen der Behindertenhilfe versorgten Betroffenen um $\frac{1}{4}$. Die resultierende Verteilung ist in Tab. 6 dargestellt.

Tab. 6: Anteilige Berechnung der Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD (auf der Basis von Tab. 5)

Jahr	Teilstationäre und vollstationäre Versorgung ¹	Anzahl der Kinder und Jugendlichen in Einrichtungen der Behindertenhilfe ²
1964	23.895	17.900
1970	40.225	30.200
jährlicher Mittelwert	32.060	24.050

¹ Basis: Mitteilungen Wapler (2013) ² Nach Abzug von 25% von in Einrichtungen der Jugendhilfe betreuten behinderten jungen Menschen

Die Summe des so korrigierten durchschnittlichen „jährlichen Mittelwertes“ kann als geschätzte Zahl der in der Zeit von 1949 bis 1975 im Jahresdurchschnitt vorgehaltenen Betreuungsplätze gelten. Addiert man zu diesem Wert die Summe der für den Zeitraum von 1949 bis 1975 (27 Jahre) in der BRD möglichen Neuaufnahmen von 30.024 Mädchen und Jungen (Berechnung s. Kap.3.1.3, Tab.4) hinzu, ergibt sich die mögliche Gesamtzahl von 54.074 (Berechnung: 24.050 + 30.024) Betroffenen. Damit könnten im Zeitraum zwischen 1949 und 1975 **rund 54.000 Kinder und Jugendliche in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD** untergebracht gewesen sein.

3.2.1.2 Schätzung auf der Basis von Prävalenzraten

Die Schätzung der Anzahl von unter 21jährigen, die im Zeitraum von 1949 bis 1975 in Behinderteneinrichtungen in der BRD betreut wurden, erfolgt auf der Basis der auf Altersgruppen bezogenen Bevölkerungsstatistik des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt (Hrsg.)(Stand 10.7.2015) unter der Anwendung der von Liepmann festgestellten administrativen Prävalenz der geistigen Behinderung bei Kindern und Jugendlichen von 8,3%. Daraus errechnen sich die in Tab. 7 niedergelegten Verteilungen.

Tab. 7: Schätzung der Anzahl der unter 21-Jährigen in Einrichtungen der Behindertenhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen 1949 – 1975 in der BRD auf der Basis von Prävalenzraten

Jahresende	Bevölkerung BRD ² in 1.000	Anteil der Bevölkerung in der BRD unter 21 Jahren in %	Bevölkerung im Alter bis unter 21 Jahren in 1000 ¹	davon 8,3% Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung in 1000 ¹	davon 20% in Einrichtungen der Behindertenhilfe in absolut
1950	50.985	30,5	15.688	130	26.000
1955	53.518	29,9	16.068	133	27.000
1965	59.297	29,0	17.340	144	29.000
1975	61.645	28,7	17.634	146	30.000
jährlicher Mittelwert					28.000

1 Berechnungen gerundet

2 Quelle: Bevölkerungsstatistik (Stat. Bundesamt - Datenreport 2006)

Der Mittelwert der in den Einrichtungen jährlich versorgten Personengruppe und der damit erforderlichen Einrichtungsplätze zwischen 1949 bis 1976 beträgt 28.000 Plätze (Tab. 7). Rechnet man zu diesem Wert die Summe der für den Zeitraum von 1949 bis 1975 (27 Jahre) in der BRD möglichen Neuaufnahmen von 30.024 Mädchen und Jungen (Berechnung s. Kap.3.1.3, Tab.4) hinzu, ergibt sich (nach der Berechnung: 28.000 + 30.024 = 58.024) die Gesamtzahl von **rund 58.000 jungen Menschen**, die sich im 27-jährigen Untersuchungszeitraum **in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD** befunden haben könnten.

3.2.2. Schätzung der Anzahl der in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR untergebrachten Kinder und Jugendlichen DDR

3.2.2.1 Schätzung auf der Basis von Angaben der Katholischen Kirche

Folgt man der Einschätzung, dass die in Kap. 2.1.2.4 genannte Zahl von 1.028 Plätzen in katholischen Einrichtungen einen Anteil von 6% aller in der DDR vorgehaltenen Plätze ausmachte, wäre daraus die Gesamtplatzzahl von 17.133 Betreuungsplätzen abzuleiten. Wendet man darauf die in Kap 3.1.1 vorgenommene Berechnung des Altersanteils der unter 18-jährigen von durchschnittlich 28,2% an, ergibt sich daraus die Anzahl von 4.832 in allen Einrichtungen der DDR für Kinder und Jugendliche vorgehaltenen Plätzen. Für die Berechnung der tatsächlichen Fallzahlen der in diesen Einrichtungen insgesamt versorgten Kinder und Jugendlichen wäre die geschätzte Anzahl der für den Zeitraum von 1949 bis 1990 (42 Jahre) in der DDR möglichen Neuaufnahmen von 16.842 Mädchen und Jungen (Berechnung s. Kap.3.1.3, Tab.4) hinzuzurechnen.

Mit der auf diese Weise erstellten Hochrechnung ($4.832 + 16.842 = 21.674$) würde sich für den 42-jährigen Zeitraum die Gesamtzahl von **insgesamt rund 22.000 jungen Menschen bis unter 18 Jahren** ergeben, die zwischen **1949 bis 1990 in der DDR in Einrichtungen der Behindertenhilfe** untergebracht waren.

3.2.2.2 Gries, S. (s. Kap.1.8).

Gries (2012) teilte für die DDR für das Jahr 1989 insgesamt 11.939 Betreuungsplätze für schulbildungsunfähige Kinder und Jugendliche (3-18 Jahre) in staatlichen und 3.120 in konfessionellen Einrichtungen mit (Tab. 8)

Tab.: 8 Plätze in Einrichtungen für schulbildungsunfähige Kinder und Jugendliche (3 – 18 Jahre) in der DDR (zit. In Gries (2012))

Träger	Tagesstätten	Wohnheime	Dauerheime	Krankenhäuser	insgesamt
staatlich	7.282	1.909	1.109	1.639	11.939
konfessionell	525	407	2.188	0	3.120
Gesamtzahl der zum Erhebungszeitpunkt 1989 in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR vorgehaltenen Plätzen					15.059

Die Autorin nahm die Einschätzung vor, dass die Platzzahlen „für fünfzehn Jahrgänge schwerstbehinderter Kinder ... vor allem dann nicht viel“ seien, wenn man bedenke, „dass in der DDR auch solche Kinder als nicht mehr beschulbar galten, die trotz der Schwere ihrer Behinderung in anderen Staaten spezielle Sonderschulen besuchen“ würden.

Damit ergibt sich die Anzahl von insgesamt 15.059 (7.252 vollstationär in „Wohnheimen, Dauerheimen und Krankenhäusern“ und 7.807 in Form der Tagesbetreuung teilstationär) in diesen Einrichtungen betreuten jungen Menschen mit Behinderung. Rechnet man die für den Zeitraum von 1949 bis 1990 (42 Jahre) in der DDR möglichen Neuaufnahmen von 16.842 Mädchen und Jungen (Berechnung s. Kap.3.1.3, Tab.4) hinzu, ergibt sich auf dieser Schätzungsgrundlage die Gesamtzahl von **rund 32.000** (Berechnung: 15.059 + 16.842 = 31.901) Kindern und Jugendlichen, die sich zwischen **1949 bis 1990 in den Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR** befunden haben könnten.

3.2.2.3 Schätzung auf der Basis von Prävalenzraten

Tab. 9: Schätzung der Anzahl der in Einrichtungen für Behindertenhilfe betreuten Kinder und Jugendlichen 1949 – 1990 in der DDR auf der Basis von Prävalenzraten

Jahresende	Bevölkerung DDR ² in 1.000	Anteil der Bevölkerung in der DDR unter 21 Jahren in %	Bevölkerung im Alter bis unter 18 Jahren in 1000 ¹	davon 8,3% Menschen mit geistiger bzw. mehrfacher Behinderung in 1000 ¹	davon 20% in Einrichtungen der Behindertenhilfe absolut
1950	18.388	29,9	5.498	46	9.200
1955	17.832	29,9	5.332	44	8.800
1965	17.040	28,7	4.891	41	8.200
1975	16.820	22,8	3.835	32	6.400
1985	16.640	30,2	5.025	42	8.400
1989	16.434	31,7	5.210	43	8.600
jährlicher Mittelwert von in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR vorgehaltenen Plätzen					8.267

¹ Berechnungen gerundet

² Quelle: Statistisches Bundesamt Datenreport 2006 - Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland

Der rechnerische Mittelwert der geschätzten in den Einrichtungen jährlich versorgten Personengruppe und der der damit erforderlichen Einrichtungsplätze zwischen 1949 bis 1990 beträgt 8.267 (s. Tab. 9). Fügt man die geschätzte Anzahl von 16.842 jährlichen Neuaufnahmen (s. unter 3.1.3, Tab. 4) hinzu, errechnet sich daraus die Gesamtzahl von 25.042 (8.267 + 16.842), bzw. **rund 25.100 jungen Menschen**, die im Alter von unter 18 Jahren zwischen **1949 und 1990 in der DDR in Einrichtungen der Behindertenhilfe** untergebracht gewesen sein können.

3.2.3 Abschließende Schätzung der Anzahl der in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen im Untersuchungszeitraum in Gesamt-Deutschland

Tab. 10: Zusammenstellung der Schätzungen von Kindern und Jugendlichen für Gesamt-Deutschland

Schätzungsgrundlage	BRD Anzahl absolut	DDR Anzahl absolut
Eingliederungshilfe	54.000	
Prävalenz	58.000	25.100
Kath. Kirche		22.000
Gries (2992)		32.000
durchschnittlich	56.000	26.300

Aus der Zusammenführung der auf verschiedenen Berechnungsgrundlagen basierten Schätzungen, die relativ nahe beieinander liegen, ergibt sich bei entsprechender Mittelwertbildung die geschätzte Gesamtzahl von **82.300 Kindern und Jugendlichen, die in den Untersuchungszeiträumen in beiden Teilen Deutschlands in Einrichtungen der Behindertenhilfe betreut worden sein können** (s. Tab 10).

Zu einem orientierenden Vergleich kann die Gesamtstatistik der Bundesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtspflege e.V. (BAGFW) (2012) herangezogen werden (s. Kap. 1.21). Diese weist für den Bereich „**Hilfe für Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen**“ für 1970 insgesamt 1.527 von den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege betriebene Einrichtungen mit insgesamt 81.369 Betten/Plätzen für Gesamt-Deutschland aus. Für 1981 werden deutliche Steigerungen mit 4.627 Einrichtungen und insgesamt 176.100 Betten/Plätzen genannt.

In der massiven Steigerung der Versorgungszahlen durch Einrichtungen der Behindertenhilfe dürfte die Wirkung der in diesen Jahren in Gang gekommenen Reformbemühungen um eine gemeindenahere und bedarfsgerechte Versorgung psychisch kranker Menschen zum Ausdruck kommen, die bis dahin in Langzeitbereichen psychiatrischer Krankenhäuser untergebracht und nunmehr als dort „fehlplatziert“ bezeichnet worden waren. Dabei sahen die Empfehlungen zur Ausgliederung aus der Psychiatrie noch weitgehend die Überleitung in Heimeinrichtungen vor. Die betroffenen Psychiatrie-Patienten „sollten entweder in Behindertenheime verlegt oder es sollten neue Heime, Behindertenzentren oder Behindertensiedlungen geschaffen werden“ (Bradl, 2008).

Tab. 11: Gesamtstatistik der Freien Wohlfahrtspflege für Deutschland 1970 – 1990

Jahr	Einrichtungen Anzahl	Betten/ Plätze Gesamt Anzahl	Betten/Plätze für Kinder und Jugendliche nach deren Bevölkerungsanteil von 28,5% ² Absolut ¹	durchschnittliche jährliche Neuaufnahmen BRD ² absolut ¹	durchschnittliche jährliche Neuaufnahmen DDR ² absolut ¹
1950		Keine Angaben.			
1960					
1970	1.527	81.369	23.190		
1981	4.627	176.100	50.189		
1990	8.122	284.562	81.109		
jährlicher Durchschnittswert			51.496	(27 · 1112) 30.024	(42 · 401) 16.842

1 Berechnungen gerundet

2 Zur Berechnung siehe Kap. 3.1.3

Bei Anwendung des Berechnung des 28,5% umfassenden Bevölkerungsanteils für Kinder und Jugendliche und der durchschnittlich jährlichen Anzahlen von Neuaufnahmen ergeben sich die in Tab. 11 abgebildeten Werte. Damit ergibt die Schätzung auf der Grundlage der „Gesamtstatistik“ der BAGFW (nach der Kalkulation: 51.496 + 30.024 + 16.842) die mögliche Anzahl von **rd. 98.000 jungen Menschen in Einrichtungen der Freien Wohlfahrtspflege in den Untersuchungszeiträumen in Gesamt-Deutschland** untergebracht gewesen. In dieser Anzahl wäre die Berechnung für die Katholischen Einrichtungen (s. Kap. 3.2.2.1) inbegriffen.

Das Ergebnis steht in guter Übereinstimmung mit den in Tab.10 dargestellten Schätzungen und kann als eine gewisse Bestätigung angesehen werden.

4. Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in der Zeit von 1949 bis 1975 in der BRD (d. h. unter 21jährige) und in der Zeit von 1949 bis 1990 in der DDR (d. h. unter 18jährige) in stationären psychiatrischen Einrichtungen untergebracht waren

4.1 Schätzung der Anzahl der in stationären psychiatrischen Einrichtungen der BRD unterbrachten Kinder und Jugendlichen

Auch wenn man psychosomatisch-psychotherapeutische Plätze in Kinderkrankenhäusern einbeziehen würde, dürfte die sich damit erhöhende Gesamtzahl klinischer Behandlungsplätze für die KJPP bis 1975 nicht über einer Größenordnung von 5.000/Jahr in der BRD gelegen haben. Die mittlere Belegung wurde bei 90% angenommen. Die von der Psychiatrie-Enquête für die Gesamterhebung der psychiatrischen Klinikversorgung mitgeteilte durchschnittliche Verweildauer belief sich 1975 bei 31% der Patienten auf mehr als 10 Jahre, bei 28% betrug sie mehr als 2 Jahre.

Zur Schätzung der verbleibenden 41% kann die Systematik der Leistungskennwerte herangezogen werden, welche die 1989 vom Bundesminister für Arbeit- und Sozialordnung eingesetzte Expertengruppe zur Entwicklung der 1990 in Kraft getretenen Psychiatrie-Personalverordnung den von ihr definierten klinischen Behandlungsformen zu Grunde legte (Kunze, H. & Kaltenbach, L. 1992/2003). Die in der Arbeitsgruppe zusammen gekommenen ärztlichen Leiter und Pflegedienstleitungen von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen orientierten sich bei der Bildung der 7 unterschiedlichen Behandlungsbereiche zur Bestimmung der erforderlichen fachpersonalen Ausstattung an ihren Vorerfahrungen in der bis dahin praktizierten klinischen Behandlung, die überwiegend noch immer in vollstationären Behandlungssettings und erst in sehr geringem Umfang auch in teilstationärer Weise erfolgte. Während sie die an Alterszuordnungen orientierten Behandlungsdauern bei „kinderpsychiatrischer“ und „jugendpsychiatrischer Regelbehandlung“ mit 90 bzw. 120 Tagen ansetzten, ordneten sie der damals in einigen Großkrankenhäusern noch immer durchgeführten „Rehabilitativen Behandlung“ durchschnittliche 300 Behandlungstage zu. Die als eigene Behandlungsform vorgesehene „Langdauernde Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ wurde mit einer durchschnittlichen Behandlungsdauer von 360 Tagen verbunden. Da davon ausgegangen werden kann, dass die vor 1989 üblichen therapeutischen Vorgehensweisen, insbesondere die in Bezug auf die zu versorgenden Populationen von minderjährigen Patientinnen und Patienten als erforderlich angesehenen Behandlungsaufenthalte, nicht kürzer gewesen sein dürften, erscheint es gerechtfertigt, zur Berechnungsschätzung der durchschnittlichen fiktiven Verweildauer für die verbliebenen 41% Betroffenen die Kennwerte der Psych-PV zu nutzen.

In den Zielsetzungs-/Orientierungsdaten Kinder- und jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland (2009) war noch für das Jahr 1991 über alle Behandlungsgruppen hinweg eine durchschnittliche Verweildauer von 126,3 Tagen in der stationären KJPP beschrieben worden.

In einer von der „Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. (BAG)“ 2002 durchgeführten vollumfänglichen Bestandsaufnahme wurde deutlich, dass die auf durchschnittlich 90 bzw. 120 Tage ausgerichteten „Regelbehandlungen“ mit insgesamt 77% im Vordergrund standen. Weitere 10% hatten sich im Rahmen einer Krisenintervention im Behandlungsbereich der „Jugendpsychiatrischen Intensivbehandlung“ mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 21 Tagen befunden. Die nur noch selten durchgeführte klinische „Rehabilitative Behandlung“ in 0,5% der Fälle und die ebenfalls nur noch sehr geringe Größenordnung der „Langdauernden Behandlung Schwer- und Mehrfachkranker“ mit durchschnittlich 1% spiegeln die in der Zwischenzeit wirksam gewordenen überfälligen Veränderungen der Aufnahmeindikationen in Klinikeinrichtungen für KJPP wieder. Langfristige Behandlungen, wie sie in diesen beiden Fallgruppen vorgesehen waren, waren augenscheinlich durch die Überleitung der Patientinnen und Patienten in Einrichtungen der Sozial- bzw.- Behindertenhilfe nicht mehr

Aufgabe der KJPP. Insgesamt waren im Jahresdurchschnitt 27.316 Klinikbehandlungen durchgeführt worden.

Auf der Grundlage der vorgetragenen Überlegungen erscheint es gerechtfertigt, für die Personengruppe der verbliebenen 41% für den Zeitraum zwischen 1947 bis 1975 eine mittlere fiktive Verweildauer von durchschnittlich mit mindestens 120 Tagen anzusetzen.

Die Anzahl der im 26-jährigen Zeitraum von 1949 bis 1975 in stationären psychiatrischen Einrichtungen in der BRD insgesamt versorgten Kinder und Jugendlichen **bei vorgehaltenen 5.000 Betten** (s. Kap. 2.2.1) kann auf der Basis der beschriebenen Belegungsangaben und Schlussfolgerungen in folgender Weise berechnet werden:

- $5.000 \cdot 0,31 \cdot 2,6 = 4.030$ (mittlere Verweildauer mindestens 10 Jahre; bei angenommener 2,6-maliger Belegung von 31% der Betten in 27 Jahren)
- $5.000 \cdot 0,28 \cdot 13 = 18.200$ (mittlere Verweildauer mindestens ca. 2 Jahre; bei damit angenommener 13-maliger Belegung von 28 % der Betten in 27 Jahren)
- $5.000 \cdot 0,41 \cdot 78 = 159.900$ (mittlere Verweildauer 120 Tage; bei angenommener 78-maliger Belegung von 41% der Betten in 27 Jahren)

Das ergibt die rechnerische Gesamtzahl von 182.130.

Die auf Patientenstrukturen und Verweildauern gegründete Fallzahl ist unter Beachtung der von der Arbeitsgruppe der Psychiatrie-Enquete mitgeteilten durchschnittlichen Belegung von 90% schließlich noch um 10% zu kürzen.

Im Endergebnis begründet die Schätzung die Annahme, dass zwischen **1949 und 1975 in stationären psychiatrischen Einrichtungen der BRD** insgesamt (Berechnung: $182.130 - 18.213 = 163.917$) **rund 164.000 Kinder und Jugendliche** behandelt bzw. untergebracht worden sein könnten.

4.2 Schätzung der Anzahl der Kinder und Jugendlichen (d. h. unter 21-jährigen), die in der Zeit von 1945 bis 1975 in der DDR in stationären psychiatrischen Einrichtungen untergebracht waren

Da die Gründung der Fachspezifität Kinderneuropsychiatrie und späteren Kinder- und Jugendpsychiatrie erst im Jahr 1962 unter dem Dach Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie erfolgte, kann angenommen werden, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen bis dahin in Krankenhäusern der Allgemeinpsychiatrie oder der Pädiatrie behandelt worden waren und dass für sie, zumindest in den Psychiatrischen Kliniken, ähnliche Verweildauern galten, wie für erwachsene Patientinnen und Patienten. Die daher anzunehmende „Durchmischung“ unterschiedlicher Altersgruppen auf den psychiatrischen Stationen stellte die Arbeitsgruppe des Expertenberichts als einen der hauptsächlichen Mängel in den noch 1989 in der DDR vorgefundenen Betreuungs- und Behandlungsstrukturen der stationären psychiatrischen Einrichtungen heraus. Sie formulierte: „Ein schwerwiegendes

Defizit der stationären Krankenhausversorgung besteht in der völligen Durchmischung von Langzeitpatienten mit verschiedensten Erkrankungen und Behinderungen ohne problemspezifische Behandlung und Betreuung: Geistig Behinderte, Psychose-Kranke, mehrfach geschädigte Alkoholiker, schwer orientierungsgestörte alte Menschen sind auf Stationen gemeinsam untergebracht. In den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen leben geistig behinderte und psychisch kranke Kinder und Jugendliche zusammen“. Ferner betonten sie, dass „geistig behinderte Kinder und Jugendliche ... in den neuen Ländern immer noch die größte Patientengruppe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie“ ausmachten, „aus der sie dann mit 18 Jahren – oder bislang nicht einmal dann – in die Erwachsenenpsychiatrie weitergereicht werden“. Weil die geistige Behinderung, wie in der Erwachsenenpsychiatrie, „als primär neurologisches Problem definiert“ werde, „bleiben die Möglichkeiten der gezielten pädagogischen Förderung der verbliebenen Fähigkeiten unterentwickelt“.

Angesichts der Tatsache, dass eine entscheidende Veränderung der Versorgungsstrukturen erst nach der Wende in Gang gekommen ist, kann die von der Arbeitsgruppe des Berichts „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ mitgeteilte durchschnittliche Belegungsrate von 90% sowie die dort in 55% der Fälle vorgefundene mittlere Verweildauer von mehr als 2 Jahren auch für die Altersgruppe der behandelten Kinder und Jugendlichen angenommen werden.

Geht man davon aus, dass die für die ostdeutschen Kliniken beschriebenen Verhältnisse, deren Situation sich auch nach der Wiedervereinigung erst langsam verbesserte, im Wesentlichen während des gesamten Untersuchungszeitraums von 1949 bis 1990 bestanden haben, können die Mitteilungen über die vorgefundenen Verweildauern in Verbindung mit den festgestellten **4.250** klinischen Behandlungsplätzen (s. Kap. 2.2.2) für die Berechnung der Fallzahlschätzung herangezogen werden.

Übernimmt man die für erwachsenen Patientinnen und Patienten festgestellten Verweildauern, nicht zuletzt im Hinblick auf die beschriebene große Gruppe von jungen Menschen mit geistiger Behinderung auf Stationen für Kinder und Jugendliche, und geht für 31% von ihnen, wie in den Berechnungen für die BRD vorgenommen, von einem stationären Aufenthalt von mindestens 10 Jahren aus, nimmt man für den restlichen Teil dieser Patientengruppe von 24% eine mittlere Verweildauer von mindestens 2 Jahren an und berechnet für die verbleibenden 45% der Patientinnen und Patienten, wie in den Berechnungen für die BRD, für die in der DDR vorgehaltenen **4.250** Betten/Behandlungsplätze eine durchschnittliche Verweildauer von 120 Tagen, ergibt sich, berechnet für den Gesamtzeitraum von 42 Jahren, die folgende Aufstellung:

- $4.240 \cdot 0,31 \cdot 4 = 5.258$ (mittlere Verweildauer mindestens 10 Jahre; bei daraus resultierender 4-maliger Belegung von 31% der Betten in 42 Jahren),
- $4.240 \cdot 0,24 \cdot 21 = 21.370$ (mittlere Verweildauer 2 Jahre; bei angenommener 21-maliger Belegung von 28% der Betten in 42 Jahren),
- $4.240 \cdot 0,45 \cdot 126 = 240.408$ (mittlere Verweildauer 120; Tage bei angenommener 126-maliger Belegung von 41% der Betten in 42 Jahren).

Das ergibt rechnerisch die Gesamtzahl von 267.036.

Die auf Patientenstrukturen und Verweildauern gegründete Fallzahl ist unter Beachtung der von der Expertengruppe mitgeteilten durchschnittlichen Belegung von 85 - 90% schließlich noch um 12,25% zu kürzen.

Im Endergebnis der Berechnung ($267.036 - 32.712 = 234.324$) begründet die Schätzung die Annahme, dass zwischen **1949 und 1990 in stationären psychiatrischen Einrichtungen der DDR** insgesamt **rd. 234.000** Kinder und Jugendliche behandelt bzw. untergebracht worden sein könnten.

4.3 Abschließende Schätzung für die stationären psychiatrischen Einrichtungen

Die grobe Schätzung ergibt damit eine Gesamtzahl von rund **398.000** ($164.000 + 234.000 = 398.000$) **jungen Menschen**, die sich **zwischen 1949 und 1975 in der Bundesrepublik Deutschland** und **von 1949 bis 1990 in der DDR in stationären psychiatrischen Einrichtungen** befunden haben könnten.

5. Zur Versorgungs- und Lebenssituation der betroffenen jungen Menschen, die in der Zeit von 1949 bis 1975 in der BRD (d. h. unter 21jährige) und in der Zeit von 1949 bis 1990 (d. h. unter 18jährige) in der DDR in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht waren

5.1 Zur Versorgungs- und Lebenssituation der betroffenen jungen Menschen in Einrichtungen der BRD

5.1.1 Einrichtungen der Behindertenhilfe von 1949 bis 1975 in der BRD

Ob und in wie weit sich die Erkenntnisse der von F. Wapler herangezogenen Einzelfallstudien auf andere Einrichtungen übertragen lassen, ließ die Autorin offen. „Betrachtet man die in diesen Untersuchungen dargestellten Zustände aber im Zusammenhang mit dem Wissen über die Situation in den Erziehungsheimen, so liegt die Vermutung nahe, dass die öffentliche Heimunterbringung“ von behinderten „Kindern und Jugendlichen im untersuchten Zeitraum strukturell und einrichtungsübergreifend von vergleichbaren Missständen geprägt war. ... Wie auch für die Erziehungsheime ist jedenfalls für einzelne Behindertenheime, zu denen Studien vorliegen, ein erheblicher Mangel an Ressourcen nachgewiesen, der sich unmittelbar auf die Situation der untergebrachten Kinder auswirkte“ (Wapler 2013, S. 42). Als wesentliche

Mängelfaktoren, die aus der Analyse einzelner dokumentierter Einrichtungen abgeleitet werden konnten, hob Wapler „Unterfinanzierung, Personalmangel, schlechte Qualifikation des Personals, Fehlbelegung sowie gesellschaftliche Isolation“ hervor. Insbesondere in Einrichtungen für geistig behinderte Kinder und Jugendliche hätten viele der Untergebrachten „Zeichen von Hospitalismus“ gezeigt, „der auf mangelnde Anregung und Beschäftigung zurückgeführt werden kann“. Auch von diesem Problem werde bis in die 1970er Jahre hinein berichtet. „Die bisherigen Erkenntnisse der historischen Forschung legen nahe, dass die kritikwürdigen Erziehungsmethoden, die für den untersuchten Zeitraum aus den Erziehungsheimen bekannt sind, in gleicher oder ähnlicher Weise auch in Einrichtungen der Behindertenhilfe vorkamen. Wie verbreitet sie waren, lässt sich ... nicht mit Sicherheit feststellen, da es an Untersuchungen, die über die Zustände in einzelnen Heimen hinausgehen, mangelt. ... Ob es in den Heimen für behinderte Kinder und Jugendliche eine systematische Praxis des Strafarrests gab, geht aus den untersuchten Quellen nicht eindeutig hervor. ... Auch demütigende und entwürdigende Behandlung ist aus Heimen der Behindertenhilfe bekannt. Die auch in Erziehungsheimen verbreitete Praxis, schlechte Esser dazu zu zwingen, ihren Teller leer und, falls sie davon erbrechen mussten, auch das Erbrochene zu essen, findet sich auch in der Untersuchung zum Johanna-Helenen-Heim“ (Wapler, 2013).

In den neueren Untersuchungen von Schmuhl & Winkler (zitiert in Wapler, 2013) von kirchlichen Behindertenheimen in Nordrhein-Westfalen finden sich zahlreiche Hinweise auf sexualisierte Gewalt gegen Heimbewohner. Die Übergriffe seien von männlichen und weiblichen Bediensteten an Kindern und Jugendlichen beiderlei Geschlechts begangen worden.

Nach Wapler finden sich in der Literatur Hinweise darauf, dass in den Heimen Psychopharmaka (v.a. Beruhigungsmittel) ausgegeben wurden. So etwa in den von ihr zitierten Forschungsarbeiten von Schmuhl & Winkler (zit. in Wapler, 2013).

5.1.2 Stationäre psychiatrische Einrichtungen von 1949 - 1990 in der BRD

In der Psychiatrie-Enquête wurden bei der Erhebung über die damalige Versorgungslage zwar nicht alle vorhandenen Einrichtungen in den alten Bundesländern erfasst. Es zeichnete sich für den stationären Bereich aber ab, dass die Plätze in den bestehenden Fachkrankenhäusern und Fachabteilungen überwiegend von langfristig untergebrachten Behinderten mit neuropsychiatrischen Komplikationen eingenommen worden waren. Nur ein kleiner Teil der Fachabteilungen, insbesondere die Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie an den Universitäten, behandelte überwiegend neurotische Störungen, Störungen der Persönlichkeitsentwicklung und psychosomatische Erkrankungen mit kurz- und mittelfristigem stationären Aufenthalt.

Im Übrigen war die Versorgung bis 1970 dadurch gekennzeichnet, dass eine gegenseitige Ergänzung und Unterstützung sowohl der medizinischen Dienste und Kliniken als auch der weiteren beteiligten Sozialsysteme im Sinne eines Verbundsystems so gut wie ausschließlich informell und in begrenzten Bereichen stattfand. Die Enquête -Arbeitsgruppe für die KJPP kam zu der Bewertung, dass die Kapazität von Spezialisten weitgehend "unkoordiniert und das heißt unökonomisch" eingesetzt wurde. Daraus leitete sie zum damaligen Zeitpunkt die Feststellung ab, dass es für die Kinder- und Jugendpsychiatrie "nicht um die Umgestaltung eines bereits bestehenden Versorgungssystems, sondern um den erstmaligen Aufbau einer zusammenhängenden Versorgung" überhaupt gehe.

In der Zusammenfassung der Psychiatrie-Enquête wurde bezüglich der stationären psychiatrischen Einrichtungen ausgeführt: "18,5% der Patienten in den psychiatrischen Krankenhäusern - rund 17 400 - waren am Stichtag geistig Behinderte. Sie können in den psychiatrischen Krankenhäusern nicht die erforderliche heil- und sozialpädagogische Behandlung erhalten. - Es gibt in den psychiatrischen Krankenhäusern noch immer Säle mit mehr als 10, sogar mehr als 20 Betten".

Die ärztliche Versorgung wurde als besorgniserregend bezeichnet. Nur ein Viertel der psychiatrischen Krankenhäuser verfügte über eine ausreichende Anzahl von Ärzten. Insgesamt waren am Stichtag in den psychiatrischen Krankenhäusern 1.651 Ärzte tätig. Beim Pflegepersonal standen Qualitätsprobleme wie mangelnde Ausbildung und mangelnde fachliche Begleitung bei knapper Personalausstattung im Vordergrund. Es bestand ein „katastrophaler“ Mangel an Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter wie auf dem Gebiet der Arbeits- und Beschäftigungstherapie.

Die Versorgungslücke im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich wurde vor allem auch deshalb als folgenschwer eingeschätzt, weil hierdurch präventive Maßnahmen, unter anderem Früherkennung und Frühbehandlung zur Verhinderung und Minderung späterer Schäden weitgehend unterblieben. Es gab neben einzelnen Abteilungen und Ambulanzen mit entsprechenden Aufgaben zum damaligen Zeitpunkt nur drei große selbständige Früherkennungszentren in der Bundesrepublik Deutschland.

Bradl führte in seinem Beitrag zur Geschichte der Lebenshilfe aus, dass die psychiatrischen Krankenhäuser in der Zeit nach 1945 „wieder mit zunehmender Tendenz der Unterbringung vieler Menschen mit geistiger Behinderung“ dienten, „wenn auch mit großen Unterschieden zwischen den einzelnen Bundesländern. In den 70er Jahren ging man von etwa 18.000 – 25.000 Menschen mit geistiger Behinderung in psychiatrischen Anstalten aus. In Nordrhein-Westfalen lag der Anteil der als Schwachsinnige bezeichneten Menschen bei über 30%. Die behinderten Menschen lebten nahezu ausschließlich in den Langzeitbereichen, wo in den 60er und 70er Jahren noch besonders elende menschenunwürdige Lebensbedingungen herrschten“ (Bradl, 2008).

5.2 Zur Versorgungs- und Lebenssituation der betroffenen jungen Menschen in der DDR

5.2.1 Einrichtungen der Behindertenhilfe von 1949 bis 1990 in der DDR

Nach den Befunden der Lebensbedingungen von Menschen mit körperlicher, geistiger und mehrfacher Behinderung, die S. Barsch (2013) auf der Grundlage seiner Analyse von zwei Großeinrichtungen vorlegte, fordert der Autor die Beachtung einer durchaus „vielschichtigen“ Lebens- und Betreuungswirklichkeit. Ähnlich wie in anderen Ländern habe es auch in der DDR „zahlreiche Entwicklungen auf dem Gebiet des Behindertenerziehungs- und Betreuungswesens“ gegeben, die „grundsätzlich eine Verbesserung der Lebensbedingungen geistig behinderter Menschen intendierten“. Diese seien „allerdings nicht stringent“ verlaufen. „Während sich insbesondere die Bedingungen für Erziehung und Bildung lernbehinderter und leicht geistig behinderter Kinder und Jugendlicher verbessert“ hätten, sei das „für geistig schwer behinderte Menschen nur in Ansätzen“ gelungen. „Bildungs- und Förderungsmöglichkeiten für geistig schwer behinderte Menschen waren trotz einiger Ausnahmen so gut wie nicht vorhanden. Ihre Betreuung und Pflege basierte oft auf minimalen Standards. Das in Rodewisch aufgestellte Thesenpapier (Schirmer, Müller & Späte, 1963) propagierte die Erarbeitung wissenschaftlich basierter Behandlungs- und Erziehungsmethoden in Kooperation von Medizin, Psychologie und Pädagogik. Diese sei aber nicht durchgreifend vorangekommen. Der Qualitätsgrad der Lebensbedingungen von geistig behinderten Menschen sei „stark abhängig vom Engagement von Einzelpersonen“ gewesen. Eine rein negative Bewertung der Rehabilitationspädagogik, die sich „insbesondere an der Humboldt-Universität zu Berlin und der Martin-Luther Universität Halle-Wittenberg als eigenständige Wissenschaft des Behindertenerziehungswesens“ entwickelt habe, würde jedoch „jeglicher Grundlage“ entbehren. Barsch schließt seine Analyse mit der Bewertung, dass der Grund dafür, „dass die Lebensbedingungen geistig behinderter Menschen in der DDR nicht durchgängig positiv zu bewerten“ seien, eher in der „zentralen Misswirtschaft dieses Staates, einer zu geringen Zahl von Professionellen, die sich mit dieser Personengruppe befasste, fehlenden Interessenverbänden und dem Festhalten an traditionellen Denkmustern insbesondere bei politisch Verantwortlichen der Medizin“ zu suchen sei.

5.2.2 Stationäre psychiatrische Einrichtungen von 1949 bis 1990 in der DDR

Im Vordergrund der stationären Behandlung stand nach den Erkenntnissen der Expertengruppe des Berichts zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR (1991) die fachgerechte, allerdings unter unzulänglichen materiellen und personellen Bedingungen durchgeführte, körperlich-medizinische Versorgung. Man verfügte in der Regel weder über ein andersartiges klinisches Handlungskonzept noch über entsprechend geschultes Personal, das einen pädagogischen bzw. heilpädagogischen Rahmen hätte herstellen können, der zur Förderung von jungen Menschen mit geistiger Behinderung generell und zur Behandlung zusätzlich auftretender psychischer Störungen erst recht als unverzichtbar erkannt worden ist. Da geistige Behinderung abhängig vom Schweregrad ihrer Ausprägung, gleichzeitig aber

weniger abhängig vom Vorliegen einer zusätzlichen psychischen Erkrankung, als psychiatrisches Krankheitsbild verstanden wurde, verblieben die bei ihrer Erstaufnahme nicht selten noch sehr jungen Patienten dann ohne zeitliche Befristung in der Klinik, wenn eine hinreichende soziale Integrationsfähigkeit nicht erreicht wurde. Das Vorgehen war auch deshalb unvermeidbar, weil alternative stationäre Betreuungsmöglichkeiten nur unzureichend verfügbar waren.

Die Arbeitsgruppe betonte in ihrer Bewertung das überspitzte Sicherheits- und Kontrollbedürfnis des autoritären Systems der DDR, das "auch in der Psychiatrie zu einer Akzentuierung ihrer sozialen Ordnungsfunktion und zu einer Förderung ausgrenzender und verwahrender Formen des Umgangs mit dem Problem psychischen Krankseins führte, die sich in der Stabilisierung der Rolle des psychiatrischen Krankenhauses manifestierte und einseitige biologische Denkmuster favorisierte". Nach ihren Beobachtungen ähnelte der Zustand der psychiatrischen Krankenhäuser in den fünf neuen Bundesländern 1991 den Verhältnissen, wie sie in der Krankenhauspsychiatrie in den alten Bundesländern vor Beginn der großen Investitionswelle Anfang der 70er Jahre bestanden hatten. Zum einen wurden die massiven Mängel in der baulichen und materiellen Ausstattung betont. Fast überall wurden Schlafräume mit 10 und mehr Betten, teilweise ohne dazwischen gestellte Nachttische (sogenannte "Ehebetten") bei Stationsgrößen bis zu 60 und mehr Patienten angetroffen. In den geschlossenen Wachsälen standen oder saßen chronisch Kranke weitgehend unbeschäftigt herum. „Bei einem viel zu geringen Personalbestand begegnen einem überall Anzeichen einer überwiegend verwahrenden Psychiatrie. An vielen Stellen kann die Situation bei herunter gekommener Bausubstanz durchaus als katastrophal und menschenunwürdig bezeichnet werden. Hinzu kommt, dass zahlreiche weniger gestörte Kranke ganz offensichtlich für Arbeiten in den Wirtschaftsbetrieben des Krankenhauses zur Entlastung eingesetzt werden... Diesem Katalog von Mängeln muss ferner die Tatsache hinzugefügt werden, dass durchgängig in den psychiatrischen Krankenhäusern eine sehr hohe Fehlplatzierungsquote (nach in den alten Bundesländern geltenden Kriterien) festzustellen war. Sie differierte regional zwischen 35 und 70 Prozent“. In den kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilungen lebten geistig behinderte und psychisch kranke Kinder und Jugendliche zusammen, die häufig nicht als krankenhausbearbeitungsbedürftig einzuschätzen waren und in anderen, geeigneteren Einrichtungen hätten behandelt und betreut werden können. So etwa die Zustandsbeschreibung des neurologisch-psychiatrischen Klinikbereichs des Bezirkskrankenhauses Stralsund, in dem sich eine kinderneuropsychiatrische Klinik mit 150 Betten befand. Die Klinikgebäude zeigten einen "miserablen baulichen Zustand". Die Stationen waren "mit bis zu 55 Patienten völlig überfüllt". Es gab Bettensäle mit 17 Betten und Patienten, "die 20 bis 30 Jahre ihres Lebens in der Klinik verbracht" hatten. "Aufenthalts- und Essensräume sind meist nicht voneinander getrennt. Geistig Behinderte leben zusammen mit psychisch Behinderten auf einer Station. Eine Tagesstrukturierung ist nur im Ansatz vorhanden". Patienten orientierte Beschäftigungs- und Arbeitstherapie fehlten. Viele Patienten waren in den Wirtschaftsbetrieben der Klinik eingesetzt. "Mit 5 Ärzten und einem Chefarzt ist die Klinik erheblich unterbesetzt. ... Die Klinik verfügt nur über eine einzige

Fürsorgerin ... Pädagogisch ausgebildetes Personal steht der Klinik nicht zur Verfügung, so daß insbesondere die geistig Behinderten keine Förderung erfahren können, zumal auch Pflegepersonal nicht in ausreichender Zahl vorhanden ist und allenfalls dafür sorgen kann, daß die Grundpflege und Verwahrung der Patienten abgesichert ist. Die personelle Unterbesetzung, die räumlichen Unzulänglichkeiten, insbesondere die beengten Verhältnisse, die überalterten und quantitativ unzulänglichen sanitären Einrichtungen, sowie die mangelhafte Innenausstattung (es fehlen z.B. Nachttische, Schränke, Stühle) vermitteln den Eindruck außerordentlich bedrückender, ja menschenwürdiger Zustände."

Barsch bewertete nach seiner Untersuchung eines großen Fachkrankenhauses „die Unterbringung von vielen Kindern und Jugendlichen in psychiatrischen Einrichtungen“ als besonders „problematisch“. Obwohl es „in diesem Bereich große Reformbewegungen“ gegeben habe, hätte diese „der grundsätzlichen Hospitalisierung und der damit einhergehenden Lebensbedingungen dieser Menschen nur insulär etwas entgegensetzen“ können. Somit hätten „Menschen unter schlechten Bedingungen in psychiatrischen Einrichtungen“ gelebt, „ohne dass dafür medizinische Indikationen vorlagen“ (Barsch, 2013).

Wohl noch stärker und länger als in den westdeutschen Bundesländern gab es über Jahre auch nach der Wiedervereinigung hinaus keinen Konsens über das Aufgabengebiet der KJPP im Verhältnis zur Erziehungshilfe, worauf bereits die Expertengruppe des Berichts „Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR“ (1991) hingewiesen hatte. In der Regel hatte in der DDR die Erziehungshilfe (in Verbindung mit Hilfen im Wohnbereich, Schule, Ausbildung, Freizeit die Funktion komplementärer Einrichtungen und Dienste) den Vorrang, sofern keine stationäre oder Behandlungsbedürftigkeit vorlag (s. hierzu Wapler, 2013).

6. Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben

6.1 Verlust an persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität der Betroffenen in stationären psychiatrischen Einrichtungen

Die Mängel in der stationären Versorgung psychisch kranker und behinderter Kinder sowohl in den westlichen Bundesländern bis mindestens 1975 als auch in der ehemaligen DDR bis mindestens 1990 lassen sich in weitgehend ähnlicher Weise vor allem auf sechs Bereiche beziehen:

- Die unzureichend auf die Entwicklungs- und Förderbedarfe von psychisch kranken und behinderten Kindern und Jugendlichen, insbesondere bei gleichzeitigem Vorliegen einer geistigen Behinderung, ausgerichteten stationären Behandlungsformen mit der Folge vermeidbarer längerfristiger Hospitalisierung.

- Die mangelhafte Koordination aller an der Versorgung von psychisch kranken und behinderten jungen Menschen beteiligter Dienste, insbesondere die vielfach für die Betroffenen und ihre Angehörigen nur schwer erreichbaren Beratungseinrichtungen und Dienste der Jugend- und Sozialhilfe, sowie die oft unübersichtlichen und divergierenden Zuständigkeits- und Kostenstrukturen der beteiligten Institutionen aus Medizin, Jugendhilfe, Schule und Arbeitsverwaltung.
- Der Mangel an fachlich qualifizierter institutioneller Kooperation
- Die gemeinsame Unterbringung psychisch kranker und behinderter junger Menschen in den psychiatrischen Krankenhäusern und das Fehlen alternativer Einrichtungen, welche die stationäre Versorgung im Krankenhaus ergänzen.
- Die unzureichende Kapazität an Psychotherapie für psychisch kranke Menschen mit Behinderung.
- Der Mangel an spezifischer schulischer und beruflicher Förderung.

Als durch die beschriebenen Mängel möglicherweise wesentlich bedingtes erlittenes Unrecht ist der Verlust an persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität der betroffenen Frauen und Männer anzusehen, die durch fachliche und an ihren persönlichen Entwicklungsperspektiven orientierte Förderung erreichbar gewesen wäre.

Es kann angenommen werden, dass die „**Fehlplazierungsquote**“ von (noch) in psychiatrischen Kliniken lebenden aber nicht (mehr) klinisch psychiatrisch behandlungsbedürftigen Menschen in den westlichen Bundesländern bis 1975 und in den östlichen Bundesländern bis 1990 zwischen **35 bis 70%** betrug.

6.2 Unrechtserfahrungen gegen die körperliche und seelische Unversehrtheit in Einrichtungen der stationären Psychiatrie und in Behinderteneinrichtungen

Es ist davon auszugehen, dass die 2010 vom „Runden Tisch für Heimerziehung“ (RTH) festgestellten Erziehungsvorstellungen der 50er und 60er Jahre auch für die pädagogischen Anteile der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinikbehandlung galten. Kinder- und jugendpsychiatrische Störungen äußern sich häufig in gravierenden Verhaltensauffälligkeiten, welche die erzieherische Erreichbarkeit des Kindes beeinträchtigen. Mit hoher Wahrscheinlichkeit begründete sogar die Absicht einer eher „erzieherischen“ als therapeutischen Verhaltensbeeinflussung die für die damalige Zeit festgestellten längerfristigen Klinikaufenthalte. Ähnliches dürfte für Jungen und Mädchen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung gelten, für die häufig erst bei einem entsprechenden Ausmaß an problematischen Fehlverhaltensweisen die stationäre Unterbringung und Betreuung in einer Behinderteneinrichtung in Anspruch genommen wurde.

6.2.1 medizinisch bzw. therapeutisch begründete „pädagogische“ Straf- und Zwangsmaßnahmen sowie demütigende Erfahrungen in Kliniken der KJPP und in Behinderteneinrichtungen

Wie die Heimunterbringung brachte und bringt auch die Aufnahme eines Minderjährigen in eine Klinik für KJPP im Eilvernehmen mit den Personensorgeberechtigten die Übertragung zumindest von Teilen des Erziehungsrechts, z.B. der Aufsichtspflicht, mit sich. Eine gesetzliche Grundlage, die normalerweise für jeden Eingriff in Grundrechte erforderlich ist, wurde nicht nur im „besonderen Gewaltverhältnis“ der Heimerziehung sondern auch im Rahmen einer Klinikbehandlung nicht verlangt. „Dies änderte sich erst 1972, als das Bundesverfassungsgericht klar stellte, dass es unter dem Grundgesetz keine grundrechtsfreien Räume geben kann. Allerdings standen auch vor 1972 nicht alle Grundrechte der Kinder und Jugendlichen zur Disposition. Auch im besonderen Gewaltverhältnis mussten die Unantastbarkeit der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und das Freiheitsgrundrecht (aus Art. 2 Abs. 1 GG) respektiert werden. Zudem galt das Übermaßverbot, das unverhältnismäßige Eingriffe in die Grundrechte untersagt. Der Abschlussbericht der RTH (2010) führt im Hinblick auf die Verhältnisse in der BRD hierzu aus:

„Maßnahmen, die nicht vom Erziehungs- bzw. Therapiezweck gedeckt waren oder im Verhältnis zu ihrem Zweck unangemessen erscheinen, waren daher schon in den 50er Jahren mit der Verfassung nicht vereinbar. Maßnahmen aus den 50er und 60er Jahren können also jedenfalls immer dann als Unrecht bewertet werden, wenn sie die Menschenwürde antasteten oder unverhältnismäßig waren. In den 60er Jahren wurden darüber hinaus auch die Menschenwürde des Kindes und sein Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit aus zunehmend betont. In seiner Entscheidung vom 29. Juli 1968 hat das BVerfG dies für diejenigen Stellen, die Kinder in ihre Obhut nehmen, wie folgt formuliert: ‚Diese Verpflichtung des Staates folgt nicht allein aus dem legitimen Interesse der staatlichen Gemeinschaft an der Erziehung des Nachwuchses (vgl. § 1 JWG), aus sozialstaatlichen Erwägungen oder etwa aus allgemeinen Gesichtspunkten der öffentlichen Ordnung; sie ergibt sich in erster Linie daraus, dass das Kind als Grundrechtsträger selbst Anspruch auf den Schutz des Staates hat. Das Kind ist ein Wesen mit eigener Menschenwürde und dem eigenen Recht auf Entfaltung seiner Persönlichkeit ... Auch das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Kindes aus Art. 2 Abs. 1 GG (Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit) i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG (Unantastbarkeit der Menschenwürde) ist daher ein tauglicher Maßstab, um Unrecht in der Heimerziehung zu identifizieren“ (s. Abschlussbericht RTH, 2010).

Aber auch wenn Zwangsmaßnahmen angewandt worden sind, bei den die materiellen Vorgaben des ab 1980 in Westdeutschland geltenden § 1631 b BGB erfüllt gewesen wären, kann nicht ausgeschlossen werden, dass körperliche Gewaltanwendungen, die auf der Basis einer entsprechenden familiengerichtlichen oder damals andersartigen rechtlich erfolgten Genehmigung zur Anwendung kamen, in ihrem tatsächlichen, nicht verhältnismäßig durchgeführten Ablauf das Recht des jungen Menschen auf Freiheit, körperliche

Unversehrtheit und Schutz aller seine Person betreffenden Belange, wie in der UN-Kinderrechtskonvention, Art. 22 – 27, ausgeführt, verletzt.

6.2.2 Einsatz von Psychopharmaka bei unzureichender Indikationsstellung, ohne adäquate Aufklärung und Zustimmung (“informed consent“) sowie unter Inkaufnahme unerwünschter Nebenwirkungen

Im Abschlussbericht des Runden Tisches „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“ wird hierzu ausgeführt: „Berichte ehemaliger Heimkinder weisen darauf hin, dass der Medikamentengabe oft keine medizinische Indikation zugrunde lag. Generell ist zu der Thematik zu sagen, dass Psychopharmaka in den 50er und 60er Jahren verstärkt entwickelt wurden und im klinischen Alltag noch erprobt werden mussten. Dabei traten massive und zum Teil dramatische Nebenwirkungen auf, die zumindest aus heutiger Sicht den Einsatz im klinischen Alltag und insbesondere an Kindern und Jugendlichen als höchst bedenklich erscheinen lassen“.

Es ist davon auszugehen, dass diese Praxis in Einrichtungen der Behindertenhilfe mit hoher Wahrscheinlichkeit in einem ähnlich großen Ausmaß bestand. Dass Menschen mit einer geistigen Behinderung mindestens 3- bis 4-mal häufiger psychisch erkranken als nicht geistig behinderte Personen, ist durch die Erhebung epidemiologischer Prävalenzraten wiederholt belegt worden. Dabei steigen Häufigkeit und Intensität der psychischen Beeinträchtigungen mit dem Schweregrad der Intelligenzminderung an. Bei Personen mit einer deutlichen Intelligenzminderung finden sich herausfordernde Verhaltensweisen, z.B. auto- und fremdaggressives Verhalten, sowohl bei männlichen als bei weiblichen jungen Menschen mit geistiger und psychischer Behinderung deutlich häufiger als bei nicht geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Für fremdaggressives Verhalten variieren die Prävalenzangaben zwischen 20 und 60%, für autoaggressive Verhaltensauffälligkeiten liegen sie zwischen 20 bis 25% (Hennicke et al., 2009).

6.3 Schätzung der möglichen Opferzahlen

Weil die weiblichen und männlichen jungen Menschen zu einem hohen Anteil über mehrere Jahre auf denselben Stationen oder Wohngruppen zusammenlebten, ist von einem äußerst engen Lebensrahmen der Betroffenen auszugehen. Unruhezustände und krankheits- oder behinderungsbedingte Konflikte dürften nur in sehr geringem Umfang durch therapeutische oder fachpädagogische Interventionen behandelt worden sein. Im Hinblick auf die festgestellte äußerst mangelhafte Personalausstattung wurden, z.B. aus Sorge vor Verletzungen bei zerebralen Krampfanfällen oder nächtlichen Unruhezuständen, mit hoher Wahrscheinlichkeit zumindest zeitweilig Zwangsmaßnahmen wie Einschluss oder körperliche Fixierung und ohne adäquate Aufklärung gegebene Medikation zur Ruhigstellung angewendet. Es kann daher angenommen werden, dass die Betroffenen auch in Einrichtungen

der Behindertenhilfe regelmäßig oder zumindest wiederholt in unzulässiger Weise ihrer Freiheit bzw. körperlichen Unversehrtheit beraubt wurden.

Zur Schätzung der prozentualen Größenordnung dieser Problematik kann auf die Erhebungen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. aus dem Jahr 2001 Bezug genommen werden. Aufgeteilt nach den klinischen Behandlungsbereichen der PsychPV (Kunze & Kaltenbach, 1992/2003) befanden sich in dieser Jahresherhebung noch insgesamt 10,4% der klinisch versorgten jungen Menschen auf Stationen der „jugendpsychiatrischen Intensivbehandlung - KJ3“, in denen in der Regel auch Patienten und Patientinnen behandelt werden, die auf die Anwendung freiheitsentziehender Maßnahmen angewiesen sind. Bei diesen handelt es sich um psychisch kranke und psychosozial retardierte weibliche und männliche Jugendliche mit manifester Selbstgefährdung, die sowohl vitale Gefährdungen mit hochgradigen Erregungszuständen als auch fremdgefährdendes Verhalten zeigen können. Für etwa 1/10 der insgesamt 38% (somit 3,8%) im Behandlungsbereich „KJ1 - Kinderpsychiatrische Regel- und Intensivbehandlung“ versorgten Kinder im Alter von bis zu 12 bzw. 13 Jahren dürfte die beschriebene Patientenkennezeichnung ebenfalls zutreffen. Damit kann davon ausgegangen werden, dass für rund 20% der in den Kliniken für KJPP vor 1975 behandelten jungen Menschen zumindest zeitweise die Anwendung von körperlich einschränkenden Maßnahmen in Frage gekommen ist.

Auf der Grundlage der oben vorgenommenen Fallzahl-Berechnungen kommt man bei einer vorsichtigen Schätzung der Zahl von Kindern und Jugendlichen, die im 42-jährigen Zeitraum zwischen 1949 und 1990 in Ostdeutschland und im 27-Zeitraum von 1949 bis 1975 in den westlichen Bundesländern in **stationären psychiatrischen Einrichtungen** (s. Kap. 4.3) von einer unrechtmäßigen körperlichen Unrechtserfahrung (Gewalterfahrung bzw. Zwangsmaßnahmen ohne rechtliche Begründung oder/und ungerechtfertigte Medikation mit Psychopharmaka betroffen worden sind, nach dem Ansatz: $398.000 \cdot 0,20$ auf einen Gesamtwert von **79.600** weiblichen und männlichen jungen Menschen.

Man kann davon ausgehen, dass auch bei in **Einrichtungen der Behindertenhilfe** betreuten jungen Menschen in ähnlichem Ausmaß freiheitsentziehende Maßnahmen ohne Herstellung einer ausreichenden Rechtssicherheit sowie Behandlungen mittels Psychopharmaka mit zweifelhafter Indikationsstellung, Dosierung und ohne informed consent der Verantwortlichen zur Anwendung kamen.

Der mögliche Personenkreis der davon Betroffenen kann ähnlich wie in Kliniken der KJPP auf 20% der insgesamt in diesen Einrichtungen (s. Kap. 3.2.3) betreuten 82.300 Personen geschätzt werden. Damit wären für den hier zur Diskussion stehen Zeitraum rd. **16.500** ($82.300 \cdot 0,20 = 16.460$) junge Menschen betroffen hätte.

Die **Gesamtzahl** der im diskutierten Zeitraum in allen Einrichtungen von Unrechtserfahrungen gegen die körperliche und seelische Unversehrtheit betroffenen Kinder und Jugendlichen wäre nach den dargestellten Berechnungen auf **96.100** zu schätzen.

6.3 Sexueller Missbrauch

Im Rahmen der Untersuchungen des Runden Tisches zur Aufarbeitung des sexuellen Kindesmissbrauchs in Deutschland wurden über die Anlaufstelle für Betroffene die Berichte von insgesamt 4.570 Personen erfasst und ausgewertet. 1,3% dieser Personen (59 Betroffene, im Mittel 53 Jahre alt) berichteten über eine sexuelle Missbrauchserfahrung im „medizinisch-therapeutischen Setting“ (Fegert J M, et al., 2013).

Die drei Fachverbände für KJPP in Deutschland konstituierten 1999 eine ständige Ethik-Kommission. Die Initiative ging auf die Konfrontation mit einem bekannt gewordenen Missbrauchsfall durch eine Klinikeinrichtung zurück, die eine Mehrzahl von Kindern betraf. Um Betroffenen und ihren Personensorgeberechtigten die Möglichkeit einer Selbstmeldung zu erleichtern, wurden in den Praxen und Kliniken für KJPP entsprechende Aushänge veranlasst und Ombudsleute berufen. Im Verlauf der langjährigen Teilnahme an dieser Kommission sind dem Autor dieser Machbarkeitsstudie weitere 4 Fälle bekannt geworden, mit denen sich die Kommission bis zu meinem Ausscheiden 2010 zu befassen hatte.

Für die Schätzung der Gesamtzahl eines möglichen sexuellen Missbrauchs **in stationären psychiatrischen Einrichtungen** kann daher von einer gegenüber den in Einrichtungen der Jugendhilfe vermuteten Häufigkeiten eine deutlich niedrigere Zahl im Umfang von unter 0,2% und damit für den 42-jährigen Zeitraum zwischen 1949 bis 1990 von unter **1.000** Betroffenen (basierend auf den in Kap. 4.3 ermittelten Fallzahlen nach der Berechnung: $398.000 \cdot 0,002 = 796$) in beiden Teilen Deutschlands ausgegangen werden.

Für die **Einrichtungen der Behindertenhilfe** muss aufgrund des länger dauernden Zusammenlebens der jungen Menschen mit ihren Betreuern von einer ähnlich hohen Belastungserfahrung wie in den Einrichtungen der Jugendhilfe ausgegangen werden. Bei einer Häufigkeitsschätzung von 1% ergibt sich (nach der Berechnung: $82.300 \cdot 0,01 = 823$) die Zahl von weiteren **rd. 1.000 Personen**, die dort Opfer solcher Unrechtserfahrungen geworden sein könnten.

Damit errechnet sich die geschätzte Gesamtzahl von etwa **2.000** weiblichen und männlichen Jugendlichen, die im Untersuchungszeitraum der Studie von Erfahrungen des sexuellen Missbrauchs betroffen gewesen sein könnten.

6.4 Rentenersatzleistungen

Nach den Ausführungen der Autoren des Abschlussberichts des RTH (2010) muss für die Heimbetreuung in den 50er und 60er Jahren davon ausgegangen werden, dass junge Menschen zur Erbringung von Arbeitsleistungen verpflichtet wurden, ohne dass ein Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis vorlag. Für die erbrachten Arbeitsleistungen waren entsprechende Sozialversicherungsbeiträge nicht abgeführt worden. Bei den verlangten Arbeiten handelte es sich nach den Erkenntnissen des RTH „im Wesentlichen um Arbeit (a) als Beteiligung am Haushalt bzw. am Anstaltsleben; (b) als Disziplinierungsmaßnahme bei Pflichtverstößen; Die Arbeit konnte in der Regel nicht verweigert werden und wurde von den Heimkindern als Zwang erlebt“ (Abschlussbericht des RTH, 2010).

Es ist davon auszugehen, dass zumindest auch von den längerfristig in den Kliniken und Behinderteneinrichtungen lebenden jungen Menschen solche Arbeitsleistungen erbracht wurden.

Zu einer orientierenden Berechnung der etwaigen Größenordnung der betroffenen Population können die entsprechenden Ausführungen des „Berichts zum Stand der Umsetzung der Empfehlungen des Runden Tisches Heimerziehung sowie Empfehlungen zur Prävention und Zukunftsgestaltung – Deutscher Bundestag, 17. Wahlperiode, Drucksache 17/13671“ herangezogen werden. Nach der dargestellten finanziellen Umsetzung der Fonds „Heimerziehung West“ und „Heimerziehung in der DDR“ (Deutscher Bundestag, 2013) waren in der Laufzeit vom 01.01.2012 bis zum 31.03.2013 für insgesamt 2.343 Personen Rentenersatzleistungen vereinbart worden. Das entsprach einem Prozentsatz von 0,2% der insgesamt rund 1,2 Mio. in Heimen der Kinder- und Jugendhilfe untergebrachten Betroffenen (Abschlussbericht des RTH, 2010). Geht man von einer gleich hohen Inanspruchnahme für die restlichen Laufzeiten der Fonds aus, so hätte sich die Zahl der eine solche Leistungen abrufenden Betroffenen auf 0,5% belaufen.

Wendet man diese Kalkulation auf die in **Einrichtungen der Behindertenhilfe und in stationären psychiatrischen Einrichtungen** zwischen 1949 bis 1975 im Westen Deutschlands und von 1949 bis 1990 im Osten Deutschlands betreuten weiblichen und männlichen jungen Menschen an (s, Kap. 3.2.3 u. 4.3) , so würde sich (nach der Berechnung $480.300 \cdot 0,005 = 2.402$) die Anzahl von rd. **2.400** Betroffenen ergeben.

6.5 Geschätzte Gesamtzahl der möglicherweise Antragsberechtigten unter Berücksichtigung der Mortalitätsrate

Aus den in den Abschnitten 6.2 bis 6.4 durchgeführten Berechnungen resultiert die geschätzte Gesamtzahl **möglicherweise antragsberechtigter Personen von rd. 100.500**.

Zur Schätzung der Anzahl Frauen und Männer, die sich tatsächlich zu einer Antragsstellung entschließen könnten, ist die geschlechtsspezifische Mortalitätsrate in der Bevölkerung in Bezug auf die besonderen Personengruppen von Menschen mit Behinderungen und psychischen Erkrankungen zu berücksichtigen.

Zur Abschätzung der Mortalitätsrate liegt die Untersuchung zur Lebenserwartung von Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung von Dieckmann & Metzler (2013) vor, auf die Bezug genommen werden kann. Die dort von Giovos & Dieckmann vorgenommenen Berechnungen basieren auf den Statistiken des Statistischen Bundesamtes zu den Sterbewahrscheinlichkeiten in der Gesamtbevölkerung sowie auf zwei größeren Stichproben von Menschen mit einer geistigen bzw. mehrfachen Behinderung in zwei Bundesländern aus dem Zeitraum der Jahre 1997 bis 2010. Zum einen wurden die Daten von Leistungsempfängern im Stationären Wohnen des Landschaftsverbandes Westfalen Lippe (WL) und zum anderen „die Daten über Personen in unterschiedlichen Wohnformen aus zwölf Einrichtungen der Behindertenhilfe in Baden-Württemberg“ (BW) erforscht. Die erste Stichprobe umfasste „pro Jahr im Mittel 13.500 Personen, die zweite etwa 11.000 Personen“. Die über die inzwischen eingetretenen Sterbefälle errechnete Lebenserwartung ergab ein mittleres Sterbealter der behinderten Menschen zwischen 70 (BW) und 73 (WL) Jahren bei den Frauen und zwischen 65 (BW) und 73 (WL) für die Männer. Damit lag die durchschnittliche Lebenserwartung der behinderten Personen um rund 9 Jahre niedriger als in der Gesamtbevölkerung (bezogen auf Sterbetafel 2007/2009 des Statistischen Bundesamtes), welche für Frauen ein mittleres Sterbealter von 82,53 und bei Männern von 77,33 Jahren aufwies.

Auch für Menschen mit psychischer Erkrankung und psychischer Behinderung wird nach epidemiologischen Erhebungen in Abhängigkeit von Art, Schwere und Verlauf des Krankheitsbildes eine deutliche Verringerung der Lebenszeit angenommen. Es besteht eine, je nach Erkrankungsart, unterschiedliche Verkürzung der durchschnittlichen Lebenszeit. Hierzu tragen häufig zusätzliche organische Störungen und Erkrankungen sowohl infolge der psychischen Erkrankung, wie etwa bei Suchtstörungen, als auch durch die Verschlechterung somatischer Vorerkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus oder kardiologischer Störungen, sowie sozialer Abstieg und Isolation mit erhöhten Suizidraten (z.B. bei Depressionen) bei. Die im Folgenden vorgenommene orientierende Schätzung der Mortalitätsraten für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung kann daher für Betroffene mit primär psychischen Erkrankungen und Behinderungen übernommen werden.

Zur orientierenden Schätzung der Überlebenswahrscheinlichkeiten der Personen, die nach den Erkenntnissen der hier vorgenommenen Machbarkeitsstudie durch Unrecht- und Leiderfahrung in den untersuchten Einrichtungen geworden sein können, soll die auf Basis der Untersuchungen der Forschergruppe um Dieckmann erstellte Tab.12 dienen (Dieckmann & Metzler, 2013),

Tab. 12: Berechnung der Überlebensrate in Bezug auf vollendetes Alter für Frauen in Jahren
 – basiert auf Angaben der allgemeinen Sterbetafel für Deutschland 2010 (Statistisches Bundesamt)

Alter in Jahren	Überlebensrate von Menschen mit geistiger u. mehrfacher Behinderung in % ¹	
	Frauen	Männer
30	98,8	98,0
40	97,8	96,1
50	94,8	90,5
60	88,1	78,6
71	70,4	52,7

¹ Angaben gerundet

Die in der Machbarkeitsstudie geschätzte Anzahl möglicher Antragssteller wäre im Wesentlichen den Geburtsjahrgängen zwischen 1943 bis 1984 zuzuordnen, weil davon ausgegangen werden kann, dass Kinder mit Behinderung oder psychischer Erkrankung in der Regel nicht vor ihrem 6. Lebensjahr in eine stationäre psychiatrische Einrichtung oder eine Einrichtung der Behindertenhilfe aufgenommen worden sind.

Damit wären 2016 rund 50% der männlichen und 30% der weiblichen Antragsberechtigten der Jahrgänge 1944 und 1945 bereits verstorben. Bei Mittelwertbildung und Annahme einer in etwa hälftigen Geschlechterverteilung ergibt dies für zwei Jahrgänge einen durchschnittlichen Prozentsatz von 40%.

Ab den Jahrgängen 1956 muss von einem jährlichen Anstieg der Sterberate der dann über 60jährigen auf 20% bei den Frauen und auf über 40% bei den Männern ausgegangen werden. Für die Jahrgänge ab 1966 wäre ein jährlicher Anstieg der Sterberate der dann 50jährigen auf 20% bei den Frauen und auf über 40% bei den Männern anzunehmen. Für die beiden jüngeren Jahrgangsgruppen ab 1976 und ab 1986 kann ein jährlicher Anstieg der Sterberate um durchschnittlich 4% bei beiden Geschlechtern angesetzt werden. Bei einer rechnerischen Mittelwertbildung über die hier zugrunde gelegten 4 gleichmäßigen Zeitintervalle von jeweils 10 Jahren ergibt sich unter Annahme einer in etwa hälftigen Geschlechterverteilung ein durchschnittlicher Prozentsatz von 17% bereits verstorbener Personen.

Rechnet man die für die beiden ältesten Jahrgänge angenommene durchschnittliche Sterberate für beide Geschlechter von 40% verteilt auf die restlichen 41 Jahrgänge hinzu, erhöht sich die gesamte Prozenzrate um etwa 1 Punktwert.

Nach der dargestellten, lediglich grob überschlägigen, Schätzung würde sich die Zahl der Betroffenen aufgrund der anzunehmenden Mortalitätsrate um maximal 18% auf dann **80.400** Frauen und Männer verringern.

7. Entwicklung von Strategien zur präzisen Ermittlung der Anzahl der Betroffenen und der Anzahl der entsprechenden Einrichtungen

7.1 Fallzahlberechnungen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe

Die bislang durchgeführten Fallzahlberechnungen von Kindern und Jugendlichen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht waren, basieren im Wesentlichen auf wissenschaftlich begründeten Prävalenzannahmen und statistischen Berechnungen zur Bevölkerungsstruktur und -entwicklung. Das Vorgehen war notwendig, weil eine verlässliche Zahl der tatsächlich im Untersuchungszeitraum vorhandenen Einrichtungen der Behindertenhilfe bislang nicht zu bestimmen war.

Dass die mittels Schätzungen und Hochrechnungen ermittelten und in der Gesamtbewertung „belastbar“ wirkenden Platz- und Fallzahlen nicht auf konkrete einzelne Einrichtungen zu beziehen sind, ist für das Anliegen der Studie weniger von Bedeutung als die Problematik einer verlässlichen Zuordnung zu den vorgefundenen Einrichtungstypisierungen. Der Grund dafür liegt zunächst in überlappenden Definitionen von Indikationskennzeichnungen, die in den Untersuchungszeiträumen dieser Studie die Aufnahme und den Verbleib in den Einrichtungen der Psychiatrie und der Behindertenhilfe bestimmten. Der Umgang mit jungen Menschen, die von geistigen, psychischen und körperlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen betroffen waren, differierte in Bezug auf die damit verbundenen Folgen einer eingeschränkten erzieherischen Erreichbarkeit, einer erheblich verminderten Schulbildungsfähigkeit und der durchgehend bestehenden sozialen Integrationsproblematik in beiden Teilen Deutschlands. Das unterschiedliche gesellschaftspolitische Behandlungs-, Erziehungs- und Bildungsverständnis wirkte sich auf die damaligen Zuständigkeitsregelungen des Gesundheitswesens, der Sozial- u. Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe und des Kulturbereichs für die Betroffenen aus und erschwerte die Eingrenzung des Personenkreises der in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und der stationären psychiatrischen Einrichtungen betreuten Kinder und Jugendlichen.

Dass die bislang vorgelegten Fallzahlschätzungen eine gewisse Konsistenz und Plausibilität aufweisen, dürfte damit zusammen hängen, dass sie wesentlich auf Angaben der staatlichen Administration basieren. Einen weiteren Erkenntnisgewinn könnten mit hoher Wahrscheinlichkeit trägerbezogene Statistiken über Einrichtungen der Behindertenhilfe leisten. Im Hinblick darauf, dass die kirchlichen Träger der Diakonie und Caritas in den Untersuchungszeiträumen einen erheblichen Anteil an der Versorgung von Menschen mit Behinderung hatten, wurden vom Verfasser bereits Bemühungen um eine weitergehende Einblicknahme in entsprechende Jahresstatistiken und Tätigkeitsberichte eingeleitet. Des Weiteren sollten Statistiken des Gesundheits- und Sozialwesens verstärkt herangezogen und auf entsprechende Informationsquellen geprüft werden, womit ebenfalls bereits begonnen wurde.

7.2 Fallzahlberechnungen in stationären psychiatrischen Einrichtungen

Obwohl eine relativ präzise Aufstellung über die im Untersuchungszeitraum vorhandenen Klinikeinrichtungen aufzufinden war, mussten für einen, allerdings kleineren, Bereich auch Schätzungen einbezogen werden. Die in Statistiken seitens der Kliniken oder durch tätig gewordene Untersuchergruppen mitgeteilten jahrgangsbezogenen Berechnungen der vorgehaltenen Betten/Behandlungsplätze waren als weitgehend konsistent und nachvollziehbar anzusehen. Die darauf basierten Berechnungen von Behandlungsfällen waren angesichts der eingeschränkt mitgeteilten Verweildauern und Auslastungskennzeichnungen nur mittels Schätzungen und Rückrechnungen möglich.

Eine wünschenswerte Konkretisierung der Behandlungsfallzahlen wäre über die Einblicknahme in die üblicher Weise jahresbezogen gefertigten Krankenhausberichte an die Gesundheitsverwaltungen möglich. Nach der Mitteilung der Geschäftsstelle der Gesundheitsministerkonferenz 2014 vom 25.04.2014 war das bislang nicht zu erreichen. Als wesentliche Hindernisse dürften für die BRD der über 40 Jahre zurückliegende Untersuchungszeitraum und für die DDR die durchgreifenden administrativen und institutionellen Veränderungen nach der Wiedervereinigung anzusehen sein.

Eine Abhilfe könnten eventuell intensiviertere Bemühungen um erstellte Jahresberichte über die Ebene der Krankenhausleitungen leisten. Vor dem Hintergrund der langjährigen Leitung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (BAG-KJPP) und des damit möglichen Zugangs zu den Klinikleitungen würde sich der Autor in Abstimmung mit den Fachverbänden für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, in persönlichem Kontakt um eine solche Informationen bemühen.

7.3 Schätzungen von Opferzahlen und der Anmeldequote möglicher Antragsberechtigter

Die Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der BRD sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der ehemaligen DDR in Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben, basiert wesentlich auf der qualitativen Bewertung der Lebens- und Betreuungssituationen in den zu bewertenden Einrichtungen.

Eine weitere Präzisierung der bislang vorgenommenen Beschreibung möglicher Leid- und Unrechtserfahrungen kann durch Auswertung von Einzeluntersuchungen über damalige Geschehensabläufe im Umgang mit Kindern und Jugendlichen geleistet werden, die für einzelne Einrichtungen vorliegen. Dadurch könnte nicht nur eine weitere Präzisierung der

bereits ermittelten Unrechtstatbestände erfolgen, sondern es könnten eventuell auch neue inhaltliche Aspekte in die Bewertungen einfließen.

Die Literaturarbeit ist auch deshalb fortzuführen.

Im Anschluss wäre die Auswirkung auf die quantitative Opferschätzung und die Anzahl der unter Beachtung der Mortalitätsquote daraus abzuleitenden Antragsberechtigten zu prüfen.

7.4 „Fehlgeleitete“

Zur Schätzung einer Quote der sogenannten „Fehlgeleiteten“, d.h. Betroffene ohne Behinderung, die aufgrund einer Fehleinweisung seinerzeit in Einrichtungen der Behindertenhilfe und in stationäre psychiatrisch Einrichtungen eingewiesen wurden (z. B. wegen einer falschen Diagnose oder aus Kapazitätsgründen), ist eine qualitative bzw. fachliche Bewertung der einrichtungsbezogenen Zuweisungs- und Aufnahmeabläufe erforderlich. Hierzu können die bereits vorliegenden Ausarbeitungen zu den rechtlichen und administrativen Vorgehensweisen (s. z. B. Wapler, 2013; Dreier & Laudien, 2012; Barsch, 2013) herangezogen werden.

Die quantitative Größenordnung der Problematik dürfte - vor allem für den Bereich der BRD – wesentlich mit Problemen der Fachlichkeit und der personellen Belastbarkeit des in Einrichtungen der Jugendhilfe tätigen erzieherischen Personals - vor allem im Umgang mit psychischen und sozialen Krisensituationen von Kindern und Jugendlichen - zusammenhängen.

Zu einer verlässlichen Schätzung der möglichen Zahlen von Betroffenen wären die Ausführungen des Abschlussberichts des Runden Tisches Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren (2010) zu analysieren. Darüber hinaus könnten Ausführungen der Bundesarbeitsgemeinschaft KJPP herangezogen werden.

Die Frage der in stationären psychiatrischen Einrichtungen „fehlplatzierten“ Patientinnen und Patienten mit geistiger und mehrfacher Behinderung würde dies nicht berühren.

Literatur

- Abschlussbericht des Runden Tisches. „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“. Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe – AGJ, Berlin 2010 (RTH)
- Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hrsg.) (1998). Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussbericht zur Psych-PV-Umfrage. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Arbeitsgruppe Psychiatrie der obersten Landesgesundheitsämter (2003). Bestandsaufnahme zu den Entwicklungen der Psychiatrie in den letzten 25 Jahren. Verabschiedet von der 76. Gesundheitsministerkonferenz in Chemnitz am 2./3. Juli 2003.
- Barsch, S. (2013). Geistig behinderte Menschen in der DDR. 2.Aufl. , Copyright 2007, Athena , Oberhausen
- Böhm, R. (2008). Rahmenbedingungen der Behindertenhilfe im Nachkriegsdeutschland (1945-1958). In: www.lebenshilfe.de/50 Jahre Lebenshilfe. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
- Brandl, Ch. (2008). Psychiatriereform. In: www.lebenshilfe.de/50 Jahre Lebenshilfe. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.
- Bräutigam, H. (2011). Heimerziehung im Evangelischen Johannesstift zwischen 1945 und 1970. Studie im Auftrag des Vorstands des Evangelischen Johannesstifts im Verbund der Diakonie
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (2012). Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege Gesamtstatistik
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (Hrsg.) (2002). Bundesweite Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. zur Versorgungssituation in der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter/innen des Pflege- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (2009). Zielsetzungs-/Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland
- Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung e. V., (2005). Weiterbildung Heilkunde für Menschen mit geistiger Behinderung. Arbeitsgruppe: Martin, P., Jungmann, J, Scheidig, J., Felchner, A., Schorlemmer, H.
- Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich - auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung
- Bundesminister für Gesundheit (1991). Zur Lage der Psychiatrie in der ehemaligen DDR - Bestandsaufnahme und Empfehlungen
- Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie e. V. (2014). Jahresbericht der Caritas Behindertenhilfe und Psychiatrie 2013/2014

- Deutscher Bundestag , 17. Wahlperiode (22.05.2013). Bericht zum Stand der Umsetzung der Empfehlungen des Runden Tisches Heimerziehung sowie Empfehlungen zur Prävention und Zukunftsgestaltung, Drucksache 17/13671
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR (1994). Deutsche Bearbeitung und Einführung von H. Saß, H.-U. Wittchen, M. Zaudig & I. Houben. Hogrefe, Göttingen
- Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht. KVJS Forschung, Stuttgart
- Dreier, A. & Laudien, K. (2012). Einführung. Heimerziehung in der DDR. Schwerin
- Dreyer, M. (2013). Geleitwort. In: Bestandsaufnahme und Handlungsbedarfe im Bereich der Eingliederungshilfe (§ 37a SGB VIII) in Rheinland-Pfalz
- Deutscher Bundestag , 17. Wahlperiode (22.05.2013). Bericht zum Stand der Umsetzung der Empfehlungen des Runden Tisches Heimerziehung sowie Empfehlungen zur Prävention und Zukunftsgestaltung, Drucksache 17/13671
- Evangelischer Fachverband für Behindertenhilfe im Diakonischen Werk Württemberg - Projektträger (1992). Projektbericht (Zwischenbericht) "Planung und Einrichtung eines Heimes für Menschen mit geistiger Behinderung in Hochweitzschen/Sachsen"
- Fegert, J. M., Bergmann, C., Spröder, N. & Rassenhofer, M. (2013). Belastungen durch sexuellen Missbrauch und medizinische therapeutische Behandlung. *Nervenheilkunde* 11, 827 -833
- Gries, S. (2002). Kindesmisshandlung in der DDR: Kinder unter dem Einfluss traditionell- autoritärer und totalitärer Erziehungsleitbilder (Studien zur DDR-Gesellschaft), Münster.
- Hennicke, K., Buscher, M., Häßler, F. & Roosen-Runge, G. (2009). Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Intelligenzminderung. *Med. Wiss. Verlagsgs.*, Berlin
- Kuhlmann, C. (2010). Erziehungsvorstellungen in der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre, Bochum
- Kunze, H. & Kaltenbach, L. (1992/2003)(Hrsg.). *Psychiatrie-Personalverordnung*. 4. überarb. u. aktual. Aufl. Kohlhammer, Stuttgart
- Lehle, R. W. (2002). Die Geschichte des Krankenhauses Hochweitzschen in Mittelsachsen, Freiburg
- Liepmann, C. (1979). *Geistig behinderte Kinder und Jugendliche*. Huber Bern Stuttgart Wien
- Psychiatrie-Enquête (1975) - Drucksache 7/4200 Deutscher Bundestag - 7.Wahlperiode
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka, F., (Hrsg.). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*, 4. vollst. überarb. und erw. Aufl., Huber, Bern 2002
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen*. Berlin
- Sachse, Ch. (2011). *Spezialheime der DDR-Jugendhilfe im Land Brandenburg*
- Schellhorn W (1959). *Die Anstaltsfürsorge. Betreuung hilfebedürftiger Menschen in geschlossenen Fürsorgeeinrichtungen*. Luchterhand, Berlin

- Schirmer, S., Müller, K. & Späte, H. (1963). Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation vom 23. bis 25. Mai 1963 in Rodewisch i.V. (DDR)
- Statistisches Jahrbuch der Bundesrepublik Deutschland 1993 u. 1997
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Datenreport 2006 - Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung
- Statistisches Bundesamt (Destatis, Abfrage Juli 2015). Staat & Gesellschaft - Bevölkerungsstand - Bevölkerung
- Statistisches Bundesamt (2011). Fachserie 13 R 5.1
- Stücker-Brüning, J. (2015). Zur Frage nach katholischen Trägern von Einrichtungen der Behindertenhilfe und Psychiatrie in der DDR. Auszug aus: Zeitschrift neue Caritas CBP-info (Hrsg.) CBV e.V. Freiburg, 2. Mai 2015
- Wapler, F. (2013). Die Situation von Kindern und Jugendlichen in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Göttingen
- Warnke, A., Lehmkuhl, G. (1990). Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland. Schattauer, Stuttgart

Inhaltsverzeichnis

Ermittlung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben	1
1. Klärung und Bewertung der vorhandenen Datenlage zu Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben	1
Im Folgenden werden die vom BMAS zur Verfügung gestellten sowie selbst herangezogenen weiteren Quellen auf ihre Eignung zur Bearbeitung des Untersuchungsanliegens dargestellt und bewertet.....	1
1.1 Von der ASMK-Geschäftsstelle 2014 (Rheinland-Pfalz) mit Anschreiben vom 25.04.2014 vorgelegte Daten und Ausarbeitungen	1
1.2 Von der GMK-Geschäftsstelle der 87. Gesundheitsministerkonferenz 2014 (Freie und Hansestadt Hamburg) mit Anschreiben vom 25.04.2014 vorgelegte Daten und Ausarbeitungen	3
1.3 Von der JFMK-Geschäftsstelle (Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen des Landes Rheinland Pfalz) vorgelegte Daten und Ausarbeitungen.....	4
1.4 Von den Kirchen vorgelegte Daten und Ausarbeitungen	5
1.5 Ausführungen der Lebenshilfe	5
1.6 Befunde von F. Wapler	5
1.7 Mitteilungen zur Fürsorgestatistik 1960/61	6
1.8 Schätzung von Prof. Schruth	6
1.8 Auszug aus der Untersuchung von S. Gries „Kindesmisshandlung in der DDR“	7
1.9 Studie zur „Heimerziehung im Evangelischen Johannesstift zwischen 1945 und 1970“	7
1.10 Psychiatrie-Enquête (1975) - Drucksache 7/4200 Deutscher Bundestag - 7. Wahlperiode.....	7
1.11 Kunze, H. & Kaltenbach, L. (1992/2003). Psychiatrie-Personalverordnung. 4. überarb. u. akt. Aufl. (Psych-PV)	8
1.12 Aktion Psychisch Kranke e. V. (Hrsg.) (1998). Evaluation der Psychiatrie-Personalverordnung. Abschlussber. zur Psych-PV-Umfrage. Psychiat.-Vlg, Bonn	9
1.13 Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (Hrsg.) (2002). Bundesweite Erhebung der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und	

Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. zur Versorgungssituation der klinischen Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie in Deutschland	10
1.14 Bundesarbeitsgemeinschaft der Ltd. Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V., Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Mitarbeiter/innen des Pfleg- und Erziehungsdienstes Kinder- und Jugend-psychiatrischer Kliniken und Abteilungen e.V. (Hrsg.)(2009). Zielsetzungs-/Orientierungsdaten Kinder- und Jugendpsychiatrischer Kliniken und Abteilungen in der Bundesrepublik Deutschland.....	10
1.15 Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (Hrsg.) (1988). Empfehlungen der Expertenkommission der Bundesregierung zur Reform der Versorgung im psychiatrischen und psychotherapeutischen/psychosomatischen Bereich - auf der Grundlage des Modellprogramms Psychiatrie der Bundesregierung.....	11
1.16 Statistisches Bundesamt (Fachserie 2001 13 R 5.1; Datenreport 2006; Destatis, Abfrage Juli 2015: Staat & Gesellschaft - Bevölkerungsstand – Bevölkerung)	11
1.17 Liepmann, M. C. (1979). Geistig behinderte Kinder und Jugendliche	11
1.18 Dieckmann, F. & Metzler, H. (2013). Alter erleben. Lebensqualität und Lebenserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung im Alter. Abschlussbericht. KVJS Forschung, Stuttgart.....	14
1.19 Schirmer, S., Müller, K. & Späte H. F. (1963). Rodewischer Thesen. Internationales Symposium über psychiatrische Rehabilitation in Rodewisch i.V., DDR.....	15
1.20 Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2004). Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Berlin	16
1.21 Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege e.V. (2012). Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege Gesamtstatistik	17
1.22 Barsch, S. (2013). Geistig behinderte Menschen in der DDR. 2.Aufl. , Copyright 2007, Athena , Oberhausen	17
2. Schätzung zur Anzahl der Einrichtungen der Behindertenhilfe und der stationären psychiatrischen Einrichtungen, in denen Kinder und Jugendliche in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) untergebracht waren	18
2.1 Einrichtungen der Behindertenhilfe.....	18
2.1.1 Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD	18
2.1.2 Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR.....	18
2.1.2.1 Befunde von F. Wapler (2013)	18
2.1.2.2 Befunde von Barsch (2013).....	20
2.1.2.3 Befunde von Sachse (2011).....	21
2.1.2.4 Angaben der Katholischen Kirche	21
2.1.2.5 Abschließende Bemerkung	22

2.2	Stationäre psychiatrische Einrichtungen.....	22
2.2.1	Stationäre psychiatrische Einrichtungen in der BRD.....	22
2.2.2	Stationäre psychiatrische Einrichtungen in der DDR.....	23
3.	Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) in Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen untergebracht waren.....	24
3.1	Zur Methodik.....	24
3.1.1	Bevölkerungsstatistik.....	25
3.1.2	Epidemiologische Prävalenzschätzungen.....	26
3.1.3	Zur Schätzung von Aufnahmezahlen in die Einrichtungen der Behindertenhilfe.....	28
3.2	Schätzung der Anzahl der in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland (BRD) sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen.....	29
3.2.1	Schätzung der Anzahl der in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der BRD untergebrachten Kinder und Jugendlichen.....	29
3.2.1.1	Schätzung auf der Basis von Eingliederungshilfe.....	29
3.2.1.2	Schätzung auf der Basis von Prävalenzraten.....	31
3.2.2.	Schätzung der Anzahl der in Einrichtungen der Behindertenhilfe in der DDR untergebrachten Kinder und Jugendlichen DDR.....	32
3.2.2.1	Schätzung auf der Basis von Angaben der Katholischen Kirche.....	32
3.2.2.2	Gries, S. (s. Kap.1.8).....	32
3.2.2.3	Schätzung auf der Basis von Prävalenzraten.....	33
3.2.3	Abschließende Schätzung der Anzahl der in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebrachten Kinder und Jugendlichen im Untersuchungszeitraum in Gesamt-Deutschland.....	34
4.	Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in der Zeit von 1949 bis 1975 in der BRD (d. h. unter 21jährige) und in der Zeit von 1949 bis 1990 in der DDR (d. h. unter 18jährige) in stationären psychiatrischen Einrichtungen untergebracht waren.....	35
4.1	Schätzung der Anzahl der in stationären psychiatrischen Einrichtungen der BRD untergebrachten Kinder und Jugendlichen.....	35
4.2	Schätzung der Anzahl der Kinder und Jugendlichen (d. h. unter 21-jährigen), die in der Zeit von 1945 bis 1975 in der DDR in stationären psychiatrischen Einrichtungen untergebracht waren.....	37
4.3	Abschließende Schätzung für die stationären psychiatrischen Einrichtungen.....	39

5.	Zur Versorgungs- und Lebenssituation der betroffenen jungen Menschen, die in der Zeit von 1949 bis 1975 in der BRD (d. h. unter 21jährige) und in der Zeit von 1949 bis 1990 (d. h. unter 18jährige) in der DDR in Einrichtungen der Behindertenhilfe untergebracht waren ...	39
5.1	Zur Versorgungs- und Lebenssituation der betroffenen jungen Menschen in Einrichtungen der BRD	39
5.1.1	Einrichtungen der Behindertenhilfe von 1949 bis 1975 in der BRD.....	39
5.1.2	Stationäre psychiatrische Einrichtungen von 1949 - 1990 in der BRD.....	40
5.2	Zur Versorgungs- und Lebenssituation der betroffenen jungen Menschen in der DDR	42
5.2.1	Einrichtungen der Behindertenhilfe von 1949 bis 1990 in der DDR	42
5.2.2	Stationäre psychiatrische Einrichtungen von 1949 bis 1990 in der DDR	42
6.	Schätzung der Anzahl von Kindern und Jugendlichen, die in den Jahren 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland sowie in den Jahren 1949 bis 1990 in der Deutschen Demokratischen Republik in Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben	44
6.1	Verlust an persönlicher, beruflicher und sozialer Lebensqualität der Betroffenen in stationären psychiatrischen Einrichtungen.....	44
6.2	Unrechtserfahrungen gegen die körperliche und seelische Unversehrtheit in Einrichtungen der stationären Psychiatrie und in Behinderteneinrichtungen	45
6.2.1	medizinisch bzw. therapeutisch begründete „pädagogische“ Straf- und Zwangsmaßnahmen sowie demütigende Erfahrungen in Kliniken der KJPP und in Behinderteneinrichtungen	46
6.2.2	Einsatz von Psychopharmaka bei unzureichender Indikationsstellung, ohne adäquate Aufklärung und Zustimmung (“informed consent“) sowie unter Inkaufnahme unerwünschter Nebenwirkungen	47
6.3	Schätzung der möglichen Opferzahlen	47
6.3	Sexueller Missbrauch	49
6.4	Rentenersatzleistungen.....	50
7.	Entwicklung von Strategien zur präzisen Ermittlung der Anzahl der Betroffenen und der Anzahl der entsprechenden Einrichtungen.....	53
7.1	Fallzahlberechnungen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe	53
7.2	Fallzahlberechnungen in stationären psychiatrischen Einrichtungen	54
7.3	Schätzungen von Opferzahlen und der Anmeldequote möglicher Antragsberechtigter	54
7.4	„Fehlgeleitete“	55
	Literatur.....	56

