

Die Gutachten der Heilpädagogischen Abteilung der Wiener Universitäts-Kinderklinik – Funktionen, Inhalte und Auswirkungen im 20. Jahrhundert

Abstract: Expert opinions of the Therapeutic Pedagogy Ward of the Viennese University's Children's Clinic – Functions, Contents and Impacts in the Twentieth Century. The Therapeutic Pedagogy Ward assumed a central position within the Viennese welfare system soon after its opening in 1911. The minors being observed were thought to be “difficult”, “neglected” or suffering from mental or physical disabilities. Some were admitted to assess their (intellectual) abilities and released with an expert report either on how to further treat or where to place them. By analysing expert opinions from 1912 to the 1970s, this paper examines the cooperation of the institutions involved in this endeavour. For that purpose, it not only studies the contents of these expert opinions but focuses on language, shedding light on acceptance, understanding and appropriation of therapeutic pedagogic concepts in related disciplines. Thus, by investigating the practice of categorizing individuality, this article highlights common forms of typing in therapeutic pedagogy and its importance beyond the narrow institutional setting.

Key Words: therapeutic pedagogy, Hans Asperger, Erwin Lazar, expert opinion, 20th Century, minors, typing, welfare system

DOI: 10.25365/oezg-2020-31-3-6



Accepted for publication after external peer review (double blind)

Ina Friedmann, Wissenschaftsbüro Innsbruck, c/o Institut für Zeitgeschichte, Universität Innsbruck, Innrain 52d, 6020 Innsbruck, Österreich, ina.friedmann@uibk.ac.at

„Laut Schulbericht und Erhebungen des Bez. Jugendamtes [...] ist [die Minderjährige] kleptomane veranlagt. Da laut heilpädagogischen Gutachtens des Dr. Fellner die Unterbringung in Eggenburg für die Minderjährige geeignet erscheint, ist das Gericht doch der Ansicht, dass der Abgabe in diese Anstalt eine längere Beobachtung auf der heilpädagogischen Abteilung der Kinderklinik vorauszugehen hat.“¹

Dieser Ausschnitt aus dem Gerichtsbeschluss zur Einweisung eines zwölfjährigen Mädchens in die Heilpädagogische Abteilung der Wiener Universitäts-Kinderklinik im Jahr 1924 gibt die initiale Funktion eines medizinischen Gutachtens wieder: eine „informierte Entscheidung“ des*der Auftraggebers*in zu ermöglichen.² Die 1911 gegründete Beobachtungseinrichtung war die erste Österreichs, die Gutachten für Gerichte, für die Organe der Fürsorge, aber auch für Schulen, Kindergärten, Heime, Horte und Erziehungsberechtigte erstellte und binnen weniger Jahre eine zentrale Position im regionalen Fürsorgesystem erreichte.³ Durch die Einweisung in die Heilpädagogische Abteilung wurde in jedem Fall die „Gutachten-Maschine“ in Gang gesetzt.⁴ Am Ende des Aufenthalts stand ein Gutachten, das im gerichtlichen Kontext als solches titulierte, in Fürsorgekontexten hingegen als Befund bezeichnet wurde, teilweise aber auch gar keine Benennung fand. Diese Beurteilungen, die sich aus den stationären Beobachtungen gepaart mit den zunehmenden wissenschaftlichen Erfahrungen mit ähnlichen ‚Fällen‘ speisten und an die zuweisenden Stellen oder Personen richteten, bildeten mit ihren Unterbringungsempfehlungen vielfach die Grundlage für einschneidende Veränderungen im Leben der Patient*innen. In unterschiedlichem Ausmaß fand zudem eine Aneignung der gutachterlichen Inhalte durch die Auftraggeber*innen statt – ein Hinweis auf die zentralisierte Deutungshoheit der heilpädagogischen Beobachtungsergebnisse.

Von der These ausgehend, dass sich die Rolle der an der Heilpädagogischen Abteilung erstellten Gutachten dahingehend veränderte, dass sie von einer Entscheidungshilfe zur Entscheidung selbst wurden, wird im Folgenden auf Entstehungskontexte und Ausgestaltungen der verschriftlichten Beurteilungen fokussiert.

1 Wiener Stadt- und Landesarchiv (WStLA), 1.3.2.209.1.A47, 1924 N-Z, Prot.-Nr. 654, Jugendgericht Wien, P VI 63/24, 22.3.1924.

2 Vgl. Alexa Geithövel/Volker Hess, *Handelndes Wissen. Die Praxis des Gutachtens*, in: dies. (Hg.), *Medizinisches Gutachten. Geschichte einer neuzeitlichen Praxis*, Göttingen 2017, 9–39, 13.

3 Dieser Beitrag resultiert aus der an der Universität Wien verfassten Dissertation der Autorin mit dem Titel „[...] ist ohne lückenlose Führung gefährlich und auch selbst gefährdet.“ *Die Heilpädagogische Abteilung der Wiener Universitäts-Kinderklinik von 1911 bis 1949. Konzepte und Kontinuitäten.* Für wertvolles Feedback danke ich herzlich Elisabeth Dietrich-Daum, Irene Pallua und Niko Thoman.

4 Axel C. Hüntelmann, *Die Gutachten-Maschine. Das Verfassen, Verwenden und Verwerten von Gutachten in obersten staatlichen Medizinalbehörden zwischen 1870 und 1930*, in: Geithövel/Hess, *Medizinisches Gutachten*, 2017, 224–245.

In einem zweiten Schritt wird der Frage nach der Wirkmacht dieser Gutachten nachgegangen. Die Vermittlung des Expert*innenwissens aus dem pädagogisch-medizinischen Wirkungsbereich in angrenzende Sphären, wie die juristische und fürsorgerische, ist damit ebenso eng verbunden wie die Übernahme der heilpädagogischen Fachsprache, durch die neben den expliziten Aussagen auch implizite Charakterisierungen transportiert wurden.⁵ Die Auseinandersetzung mit den sprachlichen Kategorien gewährt Einblicke in die institutionelle Beurteilung kindlichen und jugendlichen Verhaltens. Sie war weit über den Bereich der Gutachtenerstellung von Bedeutung, wird aber erst durch diesen greifbar. Darüber hinaus weist der zunehmende Gebrauch von Fachsprache auf vorausgesetztes Verständnis durch den*die Empfänger*in hin, eine diskursanalytische Untersuchung der sprachlichen Ebene der Gutachten ermöglicht daher auch die Darstellung der systemischen Zusammenarbeit und der Kameraderie der Institutionen.

Theoretische Einbettung

Bisherige Untersuchungen zur Heilpädagogischen Abteilung fokussierten zumeist auf Einzelaspekte der institutionellen Tätigkeitsbereiche.⁶ Mit einem Untersuchungszeitraum von 1912 bis 1977 sowie der Einbeziehung von Gutachten wirft dieser Beitrag einen umfassenderen Blick auf Reichweite und Einfluss der Abteilung. Dass der Wunsch nach der Kategorisierung kindlichen Benehmens aber keinesfalls auf Österreich beschränkt war und deren Implementierung auf europäischer Ebene mittels vergleichbarer Maßnahmen erfolgte, zeigen die in den vergangenen Jahren durchgeführten Forschungen zu deutschen, Schweizer, belgischen, niederländischen oder französischen Einrichtungen sowie zunehmend über Europa hinausgehende Vergleichsstudien.⁷ Dieser Artikel versteht sich daher als regionales Fragment

-
- 5 Zu praxeologischen Ansätzen in der Auseinandersetzung mit medizinischen Gutachten im Allgemeinen vgl. Geisthövel/Hess, *Handelndes Wissen*, 2017, 17–25.
 - 6 Vgl. Herwig Czech, Hans Asperger, National Socialism, and „race hygiene“ in Nazi-era Vienna, in: *Molecular Autism* 9/29 (2018), 1–43, <https://molecularautism.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s13229-018-0208-6> (12.5.2018); Edith Sheffer, *Asperger's Children. The origins of Autism in Nazi Vienna*, New York/London 2018; Ina Friedmann, „Es handelte sich um einen sonderlinghaften, triebhaft veranlagten Knaben.“ Beispiele heilpädagogischer Gutachten für das Wiener Jugendgericht während der Jahre 1920 bis 1970, in: *Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin* 14 (2016), 267–283; Reinhard Sieder, Das Dispositiv der Fürsorgeerziehung in Wien, in: *OeZG* 25/1&2 (2014), 156–193.
 - 7 Vgl. Thomas Beddies/Kristina Hübener (Hg.), *Kinder in der NS-Psychiatrie*, Berlin 2004; Joëlle Droux, *Enfances en difficulté. De l'enfance abandonnée à l'assistance éducative (1892–2012)*, Genf 2012; Heiner Fangerau/Sascha Topp/Klaus Schepker (Hg.), *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung*, Berlin 2017; Gisela Hauss/Thomas Gabriel/Martin Lengwiler (Hg.), *Fremdplatziert. Heimerziehung in der Schweiz*,

einer entstehenden transnationalen Geschichte von begutachteten Kindheiten, deren Verlauf durch medizinische Expertisen wesentlich (mit-)gestaltet wurde.

Die heilpädagogischen Gutachten werden als Bestandteile der über die Patient*innen angelegten Krankengeschichten untersucht und stellen eine Auswahl der überlieferten Dokumente dar. Im Gegensatz zu Gutachten für Gerichte richten sich Befunde an Fürsorgeinstitutionen, weisen aber, trotz meist deutlich geringeren Umfangs, mit ihren zunehmend standardisierten Elementen den Charakter und die Funktion eines Gutachtens auf. Aus mehr als tausend Befundungen wurden solche ausgewählt, die sowohl in Bezug auf Inhalt als auch Länge und Detailliertheit als ‚Norm‘ anzusehen sind. Das bedeutet, dass der Aufbau jene formalen Bestandteile umfasst, die sich bei der Erhebung als Standard gezeigt haben: Nach einer knappen Wiedergabe der Diagnose folgt eine Schilderung des Aufnahmegrundes sowie die aus der Beobachtung resultierende Ätiologie. Zugleich werden das Verhalten der Patient*innen an der Abteilung und die angewandten Therapien beschrieben. Darauf folgt abschließend die Empfehlung zur weiteren Behandlung oder Unterbringung und eine gegebenenfalls abweichende, (vorläufig) durchgeführte Maßnahme. Um Veränderungen und Konstanten in der schriftlichen Ausgestaltung im Untersuchungszeitraum sichtbar zu machen, wurden Expertisen aus unterschiedlichen Jahrzehnten ausgewählt. Die Gutachter*innentätigkeiten blieben nämlich bestehen, wenngleich sich die Aufnahmegründe der Patient*innen in die Heilpädagogische Abteilung ab den 1950er-Jahren zunehmend in Richtung Schul- und Lernschwierigkeiten veränderten: Minderjährige aus Heimerziehung wurden nun vermehrt der *Psychiatrischen Universitätsklinik* zugewiesen, an der 1948 ein Kinderzimmer gegründet worden war, das 1951 zur Kinderstation ausgebaut und 1975 schließlich als selbständige *Klinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters* eingerichtet wurde.⁸ Gekoppelt wird die textkritische Analyse der Gutachten und Befunde mit der Auswertung der weiteren in den Krankenakten enthaltenen Informationen. Sie geben nicht nur Aufschluss über institutionelle Abläufe und Vorgänge, sondern werfen Licht auf ‚Fürsorgenetzwerke‘, wissenschaftliche Diskurse und die Patient*innen selbst. Das Verständnis von autoritären Überwachungs- und

1940–1990, Zürich 2018; David Niget, *La naissance du tribunal pour enfants. Une comparaison France-Québec (1912–1945)*, Rennes 2009; Wolfgang Rose/Petra Fuchs/Thomas Beddies, *Diagnose „Psychopathie“. Die urbane Moderne und das schwierige Kind*. Berlin 1918–1933, Wien/Köln/Weimar 2016; Jean Trépanier/Xavier Rousseaux (Hg.), *Youth and Justice in Western States, 1815–1950. From Punishment to Welfare*, Cham 2018; Joris Vandendriessche/Evert Peeters/Kaat Wils (Hg.), *Scientists' Expertise as Performance. Between State and Society, 1860–1960*, London 2015; Béatrice Ziegler/Gisela Hauss/Martin Lengwiler (Hg.), *Zwischen Erinnerung und Aufarbeitung. Fürsorgische Zwangsmassnahmen an Minderjährigen in der Schweiz im 20. Jahrhundert*, Zürich 2018.

8 Vgl. Walter Spiel, *25 Jahre Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters in Wien (1951–1976)*, in: *Beilage zu Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 1 (1977)*, 1–16.

Strafmechanismen – sowohl im engen institutionellen, als auch im weiten gesellschaftlich-öffentlichen Rahmen – ist dabei verbunden mit jenem der gesellschaftlichen Konstruktion von Normalität und Devianz. Zentral sind hierbei Michel Foucaults theoretische Zugänge, die institutionell-strukturelle Funktionsweisen identifizierbar machen und eine Einbettung konkreter Handlungspraktiken in einen größeren Zusammenhang erlauben: mikrokosmische Systeme stellen ohne ihre Relation zu makrokosmischen Hierarchien einen unvollständigen und nur ansatzweise einordenbaren Ausschnitt eines größeren Ganzen dar.⁹ Diesem Ansatz folgend werden zunächst die institutionellen – räumlichen wie personellen – Strukturen nachgezeichnet, in denen sich alles weitere vollzog. Die räumlichen Strukturen umfassen gleichsam mehrere Räume¹⁰ – den physischen Raum der Heilpädagogischen Abteilung, den abstrakten heilpädagogischen Wirkungsraum sowie jenen gedachten Raum der Fürsorgelandschaft. Darüber hinaus den öffentlichen Raum – insbesondere den Raum der Kindergarten-, Schul- und Fürsorgeerziehung, in dem die Heilpädagog*innen in unterschiedlichem Ausmaß wirkten, zudem den schwerer fassbaren Raum des ‚gesellschaftlichen Dispositivs‘. Gemeint ist damit die gesellschaftliche Wahrnehmung Minderjähriger und ihrer (realen sowie zugeschriebenen) Schwierigkeiten, die nicht nur in den Einweisungsgründen erkennbar werden, sondern auch beispielsweise in der medialen Berichterstattung sichtbar sind.

Die Abteilung ist demnach in mehrerlei Hinsicht als „Schwellenraum“ zu sehen: als Schwelle zur Außenwelt, einerseits auf symbolischer Ebene, in Bezug auf den befürsorgenden Raum, der nach einem Aufenthalt potentiell nicht mehr (so leicht) verlassen werden konnte. Andererseits auf der realen Ebene, durch die Regulierung des Kontakts ‚nach außen‘. Überdies stellte die Abteilung vielfach die Schwelle von der bisher bekannten Lebensform in eine neue dar: als „metaphorische[r] Raum des ‚Dazwischen‘, des Unbestimmten“.¹¹ Und nicht zuletzt zeigt sie sich als Schwelle der ‚Normalität‘ zur ‚Devianz‘ durch wissenschaftlich fundierte Klassifizierungen. Die Bedeutung dieser Räume und ihrer Hierarchien, die ursächlich in Beziehung zueinander stehen, ist daher mitzudenken, wenn es um Handlungs- und Verhaltensweisen der Akteur*innen geht.¹²

9 Vgl. Michel Foucault, *Die Anormalen*. Vorlesungen am Collège de France (1974–1975), 3. Aufl., Frankfurt am Main 2013; ders., *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*, 20. Aufl., Frankfurt am Main 2014; ders., *Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses*, 19. Aufl., Frankfurt am Main 2014; ders., *Wahnsinn und Gesellschaft*, 21. Aufl., Frankfurt am Main 2015.

10 Vgl. Dagmar Hänel/Alois Unterkircher, *Die Verräumlichung des Medikalen*. Zur Einführung in den Band, in: Nicholas Eschenbruch/Dagmar Hänel/Alois Unterkircher (Hg.), *Medikale Räume. Zur Interdependenz von Raum, Körper, Krankheit und Gesundheit*, Bielefeld 2010, 7–20; Pierre Bourdieu, *Physischer, sozialer und angeeigneter physischer Raum*, in: Martin Wentz (Hg.), *Stadt-Räume*, Frankfurt am Main 1991, 24–34.

11 Rose/Fuchs/Beddies, *Diagnose*, 2016, 13f.

12 Vgl. Hänel/Unterkircher, *Verräumlichung*, 2010, 11–13.

Forschungen zu vergleichbaren oder zumindest ähnlichen Einrichtungen sowohl innerhalb Österreichs wie auch in den Nachbarländern zeigen, dass die jeweils zentrale regionale Position der Beobachtungseinrichtungen durch die Bedürfnisse der lokalen Schul-, Justiz- und Fürsorgebehörden bedingt war; sie stellte kein Spezifikum der Wiener Heilpädagogischen Abteilung dar. Für Österreich liegt die Bedeutung der Abteilung daher nicht allein darin, dass es sich um die erste dieser klinischen Beobachtungs- und zugleich Entscheidungseinrichtungen handelte. Ihre institutionelle Vernetzung ermöglichte die Etablierung behördlicher Kooperationen, mit der Abteilung als „institutionellem Dreh- und Angelpunkt“ im Zentrum. Diese noch in den 1910er-Jahren gewachsenen Strukturen bestanden über Jahrzehnte und zeigen sich auch bei den in den Bundesländern gegründeten Beobachtungseinrichtungen in der Zweiten Republik. Die bereits in Teilen erforschten Kooperationen werden daher aus Perspektiven der historischen Netzwerkanalyse, die weniger auf die Akteur*innen selbst als vielmehr auf ihre Beziehungen fokussiert,¹³ sowie unter Heranziehung von Mitchell Ashs Ressourcenmodell betrachtet, das Wissenschaft und Politik als Ressourcen füreinander begreift.¹⁴ Beide Zugänge sind besonders deshalb von Bedeutung, weil sie über eine isolierte Betrachtung der Heilpädagogischen Abteilung hinausführen und eine Berücksichtigung der sozialen, professionellen und politischen Räume, in denen sie existierte und agierte, gewährleisten.

Die Institution – Gutachter*innen und (Zeit-)Räume

Die Heilpädagogische Abteilung wurde im Dezember 1911 unter der Leitung Erwin Lazars (1877–1932) an der Wiener Universitäts-Kinderklinik eröffnet und sollte primär der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen dienen, die vor der Aufnahme in den *Pestalozzi-Verein zur Förderung des Kinderschutzes und der Jugendfürsorge* standen. Die Abteilung war also dezidiert als Begutachtungseinrichtung konzipiert.

Im *Pestalozzverein* war Lazar als Kinderarzt bereits seit 1906 tätig. Er hatte neben der pädiatrischen Ausbildung auch psychiatrische Erfahrung bei Julius Wagner-Jauregg gesammelt, die er in seine Auffassung von Heilpädagogik als

13 Vgl. Marten Düring/Linda von Keyserlingk, Netzwerkanalyse in den Geschichtswissenschaften. Historische Netzwerkanalyse als Methode für die Erforschung von historischen Prozessen, in: Rainer Schützeichel/Stefan Jordan (Hg.), *Prozesse. Formen, Dynamiken, Erklärungen*, Wiesbaden 2015, 337–350, 338.

14 Vgl. Mitchell G. Ash, *Wissenschaft und Politik als Ressourcen für einander*, in: Rüdiger vom Bruch/Brigitte Kaderas (Hg.), *Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahme zu Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts*, Stuttgart 2002, 32–51.

gleichberechtigtem Zusammenwirken von Pädiatrie, Psychiatrie, Psychologie und Pädagogik inkorporierte.¹⁵ Der multidisziplinäre Ansatz begründet die intensive Inanspruchnahme der Abteilung aber nur zum Teil; die Nichtverfügbarkeit weiterer Diagnoseinstitutionen ist ebenfalls zu berücksichtigen. Beides trug zur schnell zunehmenden Popularität der Abteilung in der lokalen Fürsorgelandschaft bei: Bald wandten sich nicht nur Fürsorgevereine, sondern auch (Hilfs- und Sonder-)Schulen, (Jugend-)Gerichte, Kinder- und Erziehungsheime, Polizei und Jugendämter neben Eltern sowie (Haus- und Fach-)Ärzt*innen mit der Bitte um Untersuchung ihrer Schutzbefohlenen an die Abteilung. Die Gründe waren vielfältig und umfassten die Abklärung von Anfällen, Bettnässen, Erziehungs- sowie Schulschwierigkeiten jeglicher Art (sowohl Lernschwächen oder -probleme als auch als störend wahrgenommenes Verhalten), Vorwürfe von Kriminalität, ‚Verwahrlosung‘,¹⁶ Suizidversuche, (sexuelle) Misshandlung, Onanie, Wesensveränderungen oder ‚Vagieren‘.¹⁷ Diese Themenbereiche waren es auch, auf die sich Lazars Publikationen, gestützt auf seine klinischen Forschungsergebnisse, bezogen: Sie entstammten seiner täglichen Arbeit, was die Heilpädagogische Abteilung nicht nur als ‚praktische‘ Institution ausweist, sondern auch als theoriebildende Wissenschaftseinrichtung. Vergleichbare Bestrebungen zur Regulierung minderjähriger Verhaltensweisen mittels pädagogischer Beeinflussung existierten nach Kriegsende auch im Deutschen Reich: An der Berliner Charité wurde 1921 etwa eine kinder- und jugendpsychiatrische Beobachtungsstation eingerichtet. In Zürich wurde im selben Jahr die Kinderbeobachtungsstation Stephansburg eröffnet; in Belgien war hingegen bereits 1913 eine staatliche Kinderbeobachtungseinrichtung gegründet worden.¹⁸

15 Vgl. Archiv der Universität Wien (UAW), Personalakt (PA) Erwin Lazar; Erwin Lazar, Die heilpädagogische Abteilung der Kinderklinik in Wien, in: Zeitschrift für Kinderforschung 28/2 (1923), 161–174; Elisabeth Malleier, „Kinderschutz“ und „Kinderrettung“. Die Gründung von freiwilligen Vereinen zum Schutz misshandelter Kinder im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Innsbruck/Wien/Bozen 2014.

16 Zum ‚Verwahrlosungs‘-Diskurs in Zusammenhang mit der Heilpädagogischen Abteilung vgl. Reinhard Sieder, Wissenschaftliche Diskurse, Kinder- und Jugendfürsorge, Heimerziehung: Wien im 20. Jahrhundert, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 17 (2018), 29–56.

17 Dieselben Gründe führten auch international zu institutioneller Aufmerksamkeit. Vgl. Nora Bischoff, Nomadeninstinkt, Wandertrieb, pathologisches Fortlaufen. Medikalisierte Deutungsmuster im pädagogischen Kontext (ca. 1900–1970), in: ebd., 241–255; Niget, La naissance, 2009; Rose/Fuchs/Beddies, Diagnose, 2016; Trépanier/Rousseaux, Youth and Justice, 2018; Ziegler/Hauss/Lengwiler, Erinnerung, 2018.

18 Vgl. Thomas Beddies/Petra Fuchs, Psychiatrische und pädagogische Versorgungskonzept und -wirklichkeiten für psychisch kranke und geistig behinderte Kinder- und Jugendliche in Berlin und Brandenburg 1919–1933, in: Axel C. Hüntelmann/Johannes Vossen/Herwig Czech (Hg.), Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870–1950, Husum 2006, 79–92, 85, 89; Jenneke Christiaens, Youth Delinquency Redefined: The Practice of Scientific Observation and Diagnosis Within the Framework of Belgian Child Protection, 1913–1960, in: Trépanier/Rousseaux, 2018, 253–277; Künzle et al. in diesem Band.

Neben der ärztlichen Tätigkeit für Fürsorgevereine und nach der Einrichtung des Wiener Jugendamts 1916 auch für dieses,¹⁹ war Lazar ebenso für die Reorganisation der niederösterreichischen Besserungsanstalten zuständig. Zudem fungierte er als Gutachter für das Jugendgericht in Pfllegschafts- und Strafverfahren. Nach seinem Tod, 1932, übernahm zunächst die Ärztin Valerie Bruck (1894–1961) für drei Jahre die Leitung. Bruck war ab 1923 Abteilungsmitarbeiterin und ab 1928 ärztliche Leiterin der Erziehungsanstalt Hirtenberg/NÖ sowie Sachverständige für das Wiener Jugendgericht gewesen.²⁰ 1935 begann schließlich die über 20 Jahre dauernde Leitungsperiode von Hans Asperger (1906–1980). Er prägte nicht nur die Heilpädagogische Abteilung für Jahrzehnte, sondern beeinflusste ab Ende der 1940er-Jahre die gesamtösterreichische Heilpädagogik: Die neugegründeten Landes-Beobachtungseinrichtungen in Salzburg und Niederösterreich (beide 1955), Steiermark (1962), Kärnten (1969) und schließlich Vorarlberg (1981) wurden sämtlich mit seinen Schüler*innen besetzt. Lediglich Maria Nowak-Vogl als Leiterin der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation war nicht von Asperger ausgebildet worden.²¹ Gemeinsam ist all diesen funktionsgleichen Einrichtungen die langjährige Leitung durch eine Person, die der jeweiligen Institution damit ihr Gepräge gab. Auch Aspergers Nachfolger, Paul Kuszen (1920–2016), führte die Abteilung von 1957 bis 1978 weiterhin in der Tradition seines Lehrers.²² Während sowohl Lazar als auch Asperger ihren Einfluss als Heilpädagogen durch regelmäßige Publikationen festigen konnten, traten weder Bruck noch Kuszen durch eigenständige Theoriebildungen publizierend in Erscheinung. Asperger kehrte nach der fünfjährigen Leitung der Innsbrucker Universitäts-Kinderklinik zwischen 1957 und 1962 als Vorstand an die Wiener Kinderklinik zurück, sein Wirkungsbereich blieb weiterhin die Heilpädagogik.²³

Außer den Abteilungsleiter*innen traten auch andere Ärzt*innen als Gutachter*innen in Erscheinung. Dabei handelte es sich um das feste Personal der Abteilung, das über entsprechende Arbeitserfahrung verfügte. Bis in die 1930er-Jahre waren es insbesondere Valerie Bruck und der Arzt Georg Frankl, von denen

19 Vgl. Sieder, *Wissenschaftliche Diskurse*, 2018; ders., *Dispositiv der Fürsorgeerziehung*, 2014; Gudrun Wolfrgruber, *Ideale und Realitäten. 100 Jahre Wiener Jugendamt*, Wien 2017.

20 Vgl. UAW, *Med. Dek. Akt 895–1933/34*; WStLA, PA Valerie Bruck. Brucks Scheiden aus der Abteilung ist mit der „Doppelverdienerverordnung“ der austrofaschistischen Diktatur in Verbindung zu bringen, obwohl sie als unbesoldete Assistentin mit Forschungsstipendium nicht direkt unter die Verordnung fiel.

21 Vgl. den Abschnitt zu den österreichischen „Heilpädagogischen Landschaften“ in Elisabeth Dietrich-Daum/Michaela Ralsler/Dirk Rupnow (Hg.), *Psychiatrisierte Kindheiten. Die Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl*, Innsbruck 2020, 21–85.

22 Ausführlich zu Kuszen vgl. Sieder, *Dispositiv der Fürsorgeerziehung*, 2014.

23 Die von Czech, Asperger, 2018, behandelten Überweisungen von Patient*innen in eine der Anstalten des „Spiegelgrund-Komplexes“ während der NS-Zeit können im Rahmen dieses Beitrags nicht weiter thematisiert werden.

Gutachten verfasst wurden. Auch in den Kriegsjahren und Nachkriegsjahrzehnten wurden Expertisen von Abteilungsärzt*innen erstellt. Die allgemeinen Befunde der 1960er- und 1970er-Jahre wiesen jeweils zwei Unterschriften auf – neben der eines*einer Abteilungsarztes*ärztin auch jene von Kuszen oder (selten) von Asperger. Das bedeutet, dass der*die jeweilige Arzt*Ärztin den Befund anfertigte und dieser vor seiner Weiterleitung vom Vorgesetzten abgezeichnet wurde, also institutionelle Übereinstimmung in der Beurteilung eines ‚Falles‘ hergestellt und anschließend nach außen getragen wurde.

Die Begutachteten: allgemeine Patient*innenstruktur und institutionelle Aufmerksamkeiten

Die Krankengeschichten der Heilpädagogischen Abteilung werden im Wiener Stadt- und Landesarchiv verwahrt; im Folgenden werden Gutachten dieses Bestandes aus den Jahren 1912 bis 1977 analysiert. Als repräsentative Schriftstücke spiegeln sie die Bandbreite der verschriftlichten heilpädagogischen Expertisen wider und stehen stellvertretend für diese Dokumentensorte. Die Krankengeschichten umfassen die Jahre 1912 bis 1944 sowie 1969 bis 1977. Für die Jahre 1956 bis 1968 existiert lediglich ein Teilbestand.²⁴ Die Auswertung erfolgte unter strikter Beachtung der Datenschutzbestimmungen. Die Patient*innenakten sind im gesamten Untersuchungszeitraum nach demselben Schema aufgebaut. Auf dem Deckblatt wurden personenbezogene Informationen zum*zur Minderjährigen notiert: Name, Alter, Adresse (und bei wem das Kind lebte), Aufenthaltsdauer, Konfession und Heimatzuständigkeit bzw. später Staatsbürgerschaft stellten die biografischen Basisinformationen dar, die Diagnose folgte darunter. Ab Mitte der 1930er-Jahre befand sich ein zusätzliches Feld zur Angabe des Entlassungsorts auf dem Deckblatt, zuvor wurde dieser teilweise unterhalb der Diagnose festgehalten, teilweise am Ende der Krankengeschichte, oft auch gar nicht. Der Einlieferungsgrund wurde zunächst im Rahmen der Anamnese und ab Mitte der 1930er-Jahre auf dem Deckblatt unter dem Diagnosefeld notiert. Im Innenteil der Akten befinden sich teilweise beim Eintritt in die Abteilung als Teil der „Aufnahmeprozedur“ angefertigte Fotos der Patient*innen,²⁵ Angaben über ihren körperlichen Status praesens und als zentrales Element die laufend eingetragenen Notizen über das Verhalten und Ereignisse

24 Über die Aufnahmen zwischen 1945 und 1949 gibt das Stationsprotokoll der Abteilung Aufschluss, in dem Basisinformationen über die Patient*innen, jedoch keine weiteren Schriftstücke enthalten sind. WStLA, 1.3.2.209.1.B1013, Stationsprotokoll 1935–1949.

25 Vgl. Erving Goffman, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt am Main, 20. Aufl., 2016, 27, 30.

während des Aufenthalts. Beigelegt wurden Intelligenzprüfungsbögen, Fieberkurven, von den Patient*innen verfasste Kurzaufsätze sowie Schriftstücke anderer Einrichtungen.²⁶ Die angefertigten Gutachten sind meist ebenfalls in Abschrift enthalten, vielfach fehlen sie jedoch besonders in den ersten Jahren des Bestehens der Abteilung. Hinweise in den Krankengeschichten, wie „Gutachten übergeben“ zeigen aber, dass diese angefertigt wurden. Besonders in den späteren Jahren wurden sie den Erziehungsberechtigten oder Fürsorgerinnen nicht (mehr) persönlich ausgehändigt, sondern schriftlich an die zuweisende Stelle übermittelt.

Die Patient*innen waren zwischen wenigen Monaten und 15 Jahren alt, in Einzelfällen auch älter. Sie wurden in der Regel für mehrere Wochen zur Beobachtung, Diagnose und Maßnahmenempfehlung aufgenommen, wobei für eine stationäre Aufnahme anfänglich Problematiken ausschlaggebend waren, die als zu diffizil für die Abklärung in der angegliederten Ambulanz angesehen wurden.²⁷ Zwischen 1912 und 1949 handelte es sich um 6.383 Minderjährige, die an dieser Einrichtung beobachtet wurden, 3.952 (62 %) von ihnen waren männlich, 2.431 (38 %) waren weiblich.²⁸ Mit 3.197 Kindern zwischen sechs und zehn Jahren waren 50 % der Patient*innen im Vor- und Volksschulalter. Die bis zu fünf Jahre alten Kleinst- und Kleinkinder machten 15 % der Patient*innen aus (984 Kinder), Elf- bis 15-Jährige 34 % (2.140) und die 16-Jährigen und Älteren 0,7 % (47). Bei den übrigen 0,3 % konnte kein Alter eruiert werden.

Da die Heilpädagogische Abteilung als Einrichtung gegründet worden war, die zunächst primär die Aufgabe verfolgen sollte, vor der Aufnahme in Fürsorgevereine stehende Minderjährige auf ihren Geisteszustand zu untersuchen, und die damit eine Selektionsaufgabe innehatte, existierte kein Fokus auf eine bestimmte Altersgruppe.²⁹ Die Gründe für die verstärkte Aufnahme von Vor- und Volksschulkindern sind daher nicht in der Abteilung selbst zu suchen, die auf die an sie herangetragenen Ansuchen

26 Mitunter finden sich Briefe, die die Patient*innen an Angehörige oder Freund*innen verfasst haben und die ohne ihr Wissen zurückbehalten wurden. Vgl. Angela Schattner, Probleme im Umgang mit Bittschriften und Autobiographien aus dem 18. Jahrhundert am Beispiel der Epilepsie, in: Philipp Osten (Hg.), Patientendokumente. Krankheit in Selbstzeugnissen, Stuttgart 2010, 99–113.

27 Vgl. Lazar, Abteilung, 1923, 162.

28 Während diese Geschlechterverteilung in der Nachkriegszeit auch an anderen Kinderbeobachtungseinrichtungen auszumachen ist, stellte Niget für Belgien fest, dass bei männlichen Minderjährigen zwar öfter von staatlicher Seite eingeschritten wurde, Gutachten aber häufiger zu Mädchen verfasst wurden. Vgl. David Niget, Bodies at risk. Youth confronting medical and psychological expertise on juvenile delinquency in post-WW2 Belgium and France, Vortrag am 19.8.2016, International Standing Conference for the History of Education (ISCHE) 38, Chicago/USA.

29 Im Gegensatz etwa zur Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation, die sich dezidiert als Beobachtungseinrichtung für schulpflichtige Minderjährige verstand, vgl. Elisabeth Dietrich-Daum/Michaela Ralser, Kinder zwischen Psychiatrie und Fürsorgeerziehung. Das Beispiel der Innsbrucker Kinderbeobachtungsstation 1954–1987, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin 17 (2018), 111–129.

reagierte. Ein Grund für die vermehrte Zuweisung von sechs- bis zehnjährigen Kindern liegt in der erstmals auf das Verhalten dieser Altersgruppe gerichteten institutionellen Aufmerksamkeit: Der mit sechs oder sieben Jahren einsetzende Schulbesuch brachte die Beachtung durch Lehrer*innen, den Vergleich mit Gleichaltrigen und die erwartete Einfügung in hierarchische Strukturen mit sich. Lernschwächen manifestierten sich erst im Lauf des Schulbesuchs, ‚auffälliges‘ Verhalten konnte nach der Eingewöhnungsphase auftreten oder verschwinden, (psycho-)somatische Erkrankungen oder der Verdacht auf Misshandlung über einen längeren Zeitraum beobachtet werden. Hinzu kommt, dass diese Altersgruppe auch außerhalb geschlossener Räume verstärkt der Beobachtung ausgesetzt war, etwa was Straßenaufenthalte betraf, die als unangemessen eingestuft wurden. Mit dem Schuleintritt wurde sowohl das kindliche Verhalten als auch das familiäre Umfeld einer erweiterten Beobachtung ausgesetzt. Bei den Schulpflichtigen höheren Alters kam hinzu, dass ihr Verhalten nun auch auf seine Angemessenheit in moralischer Hinsicht beurteilt wurde.³⁰ Unabhängig davon existierten parallel dazu Einlieferungsgründe, die nicht mit altersspezifischen Aufmerksamkeiten in Zusammenhang standen.

In 2.438 Fällen, das sind 44 % aller Aufnahmen bis 1944, gibt es keinen Vermerk über die zuweisende Person oder Institution. Die Zuweisungsprozesse selbst waren komplex, in den meisten Fällen waren im Hintergrund mehrere Akteur*innen an Überlegungen zu einer heilpädagogischen Untersuchung beteiligt. Die mit deutlichem Abstand höchste Zahl an Zuweisungen an die Heilpädagogische Abteilung wies das Jugendamt auf. Es trat mit 1.140 Einweisungen in 35 % der Aufnahmen, bei denen ein*e Zuweiser*in genannt wurde, als Initiator offiziell in Erscheinung. Berücksichtigt man auch die Zuweisungen von Gerichten (7 %), durch die Polizei (3 %) sowie durch Kinder- und Erziehungsheime (7 %), ergibt sich die Gesamtzahl von 1.694, das sind mit 52 % mehr als die Hälfte der Zuweisungen durch das staatliche „Fürsorgeregime“. Für den zweithöchsten Wert (14 %) an Einweisungen waren Schulen, Kindergärten und Horte verantwortlich.

30 Zu geschlechtercodierten Aufmerksamkeiten in Fürsorgesystemen vgl. Eva Gehltomholt/Sabine Hering, Das verwahrloste Mädchen. Diagnostik und Fürsorge in der Jugendhilfe zwischen Kriegsende und Reform (1945–1965), Opladen 2006; Martin Lücke, Vom ‚Normalkinde‘ zu einer Sexualpädagogik der Vielfalt. Homosexualitäten in den Bildungswissenschaften, in: Florian Mildenberger u.a. (Hg.), Was ist Homosexualität? Forschungsgeschichte, gesellschaftliche Entwicklungen und Perspektiven, Hamburg 2014, 513–527; Alexandra Weiss, Sittlichkeit – Klasse – Geschlecht. Diskurse über Sexualität, Jugend und Moral in den Nachkriegsjahrzehnten, in: Dietrich-Daum/Ralsler/Rupnow, 2020, 295–375.

Der Weg zum Gutachten

Obwohl jeder Krankenakt Informationen über ein Individuum versammelt, variiert die ‚Sichtbarkeit‘ der Begutachteten erheblich. Mit Kleinkindern konnte kaum ausführlich besprochen werden, wie sie die Situation sowie die Gründe ihrer Einweisung wahrnahmen. Die Informationen beschränkten sich damit auf Auskünfte von Erziehungsberechtigten und Behörden sowie auf die Verlaufsnotizen zu unterschiedlichen Beobachtungs- und Testmomenten an der Klinik. Anders bei Schulkindern: Sie wurden zu den ihren Aufenthalt bedingenden (behaupteten) Problemen befragt. Hinzu kamen externe Einschätzungen von Ärzt*innen, Lehrer*innen und Fürsorgerinnen. Welche Informationen schließlich Eingang in die Gutachten fanden, war ebenso unterschiedlich wie ihre Gewichtung und individuell orientiert.

Das chronologisch erste als „Gutachten“ bezeichnete Dokument, das bei der Akterhebung aufgefunden wurde, verdeutlicht dies: Ein zwölfjähriges Mädchen wurde von 24. Oktober 1912 bis 10. Jänner 1913 an der Heilpädagogischen Abteilung aufgrund eines vorangegangenen Suizidversuchs beobachtet. In der Abschrift des dreiseitigen Gutachtens, das undatiert und ohne Unterschrift verfasst ist, jedoch die Handschrift Lazars trägt, wurde sowohl das Verhalten des Mädchens als auch die nach Lazars Ansicht zugrundeliegenden Ursachen geschildert. Das Gutachten begann mit folgender Feststellung:

„Die Begutachtung hat sich auf folgendes zu stützen:

Von den anamnestischen Daten der Umstand, dass sie nach langdauernder fremder Pflege in das Haus der inzwischen mit einem anderen Manne verheirateten eigenen Mutter gekommen ist; ferner die ungünstigen Verhältnisse im Elternhause, ihr ausgesprochener Trieb auszureißen und die verschiedenen Eigentumsdelikte. Maßgebend für die endgültige jetzige Entscheidung dürften aber wohl am meisten die an der Beobachtungsstation gemachten Erfahrungen sein.“³¹

Es handelt sich hierbei um ein singuläres Dokument aus dem Aktenbestand der Heilpädagogischen Abteilung. In den übrigen bisher aufgefundenen Gutachten fehlt eine Erklärung dazu, wie sich das Gutachten zusammensetzt. Zwar fanden dieselben Punkte im gesamten Untersuchungszeitraum Berücksichtigung, allerdings ohne ihre Gewichtung wiederzugeben. Im zeitlich nächsten überlieferten Gutachten, das aus der Beobachtung eines neunjährigen Bubens von Februar bis März 1913 resultierte und dessen Abschrift den Titel „Befund und Gutachten“ trägt, fehlt diese Einleitung bereits. Das einseitige, maschinenschriftliche Dokument setzt mit der Wiedergabe

31 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1913 N-Z, Archiv-Nr. 21, Gutachten, o.D. [1913].

der persönlichen Daten und der Beobachtungsdauer ein, darauf folgt ein Auszug der Anamnese, der mit den Worten „[a]us den anamnestischen Daten ist folgendes hervorzuheben“ begonnen wurde.³² Dies macht die zugrunde liegende, jedoch nicht weiter diskutierte Selektivität sichtbar. Aus dem Gutachten geht hervor, dass ein Problem aus dem schulischen Bereich zur Begutachtung geführt hatte, dieses wurde aber nicht konkret benannt. Das Gutachten war demnach ausschließlich für die zuweisende Stelle bestimmt, die über die konkreten Einweisungsgründe Bescheid wusste. Am ausführlichsten wurden das Verhalten des Patienten in den Prüfungssituationen an der Abteilung und die daraus gezogenen Schlüsse wiedergegeben. Konkludierend wurde der Rückstand im Schulwissen einem „Aufmerksamkeitsdefekt“ zugeschrieben, „der seine Wurzel in der mangelhaften Ausbildung der Aufmerksamkeit, also [in] einer Verwahrlosung hat“. Die Maßnahmenempfehlung lautete auf „Abgabe an eine geschlossene Erziehungsanstalt“, was damit begründet wurde, dass „es“ in seiner jetzigen Lebenssituation nicht besser werden würde und auch ein Fortschritt durch „leichtere erzieherische Fürsorgemaßnahmen“ als „nicht wahrscheinlich“ beurteilt wurde.³³

Was Sophie Ledebur für das Erstellen von psychiatrischen Fallgeschichten beschreibt, hat auch für heilpädagogische Gutachtenabfassung Geltung: für die narrative Konstruktion dieser Quellengattung, die „nicht nur die klinische Praxis mit den theoretischen Konzepten“ verbinde, sei „auch der Prozess der Beobachtung und Aufzeichnung selbst als ein performativer Akt zu verstehen“.³⁴ Die sich nach 1900 durchsetzende Ansicht, dass Eigenaussagen der Patient*innen in den Akten vermerkt werden müssten,³⁵ zeigt zwar das Bewusstsein um individuelle Äußerungen, es bleibt aber selektiv und ist damit subjektiv bestimmt. Dieser subjektive Einfluss des*der Verfassers*in eines heilpädagogischen Gutachtens ist nicht immer in gleichem Maße greifbar. In dem bereits zitierten ersten archivierten Gutachten der Abteilung tritt er ungewöhnlich stark hervor: Obwohl insbesondere die negativen Verhaltensweisen von Patient*innen Eingang in die Beurteilungen fanden, war dieses Gutachten in der Wortwahl zurückhaltender als die Verlaufsnotizen im Krankenakt, wo von „listigen Vorspiegelungen und Lügen“, „größerem Betrug“ und „Vagieren“ berichtet wurde. Ausschlaggebend für die Empfehlung der Unterbringung im *Pestalozzverein* waren schließlich die an der Abteilung gemachten Beobachtungen: „Was man also hier an ihr sehen konnte, entsprach dem, was sie vielleicht

32 WStLA, I.3.2.209.1.A47, 1913 N-Z, Archiv-Nr. 152, Befund und Gutachten, o. D. [1913].

33 Ebd.

34 Sophie Ledebur, Schreiben und Beschreiben. Zur epistemischen Funktion von psychiatrischen Krankenakten, ihrer Archivierung und deren Übersetzung in Fallgeschichten, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte 34 (2011), 102–124, 103.

35 Vgl. ebd., 107.

in Wirklichkeit ist und wenn sie den früheren Verhältnissen nicht gewachsen war, so konnte eben auch an diesen der Fehler liegen.³⁶ Die Akten anderer Institutionen begleiteten die Patient*innen zwar als „papierene Schatten“,³⁷ die darin enthaltenen Einschätzungen wurden aber nicht zwangsläufig übernommen.

Üblicherweise informierte die einweisende Stelle bereits bei der ersten Kontaktaufnahme die Abteilung über den Zweck der Überweisung, also ob eine Charakter- bzw. Verhaltensanalyse oder ‚nur‘ eine Maßnahmenempfehlung gewünscht war. Wie deutlich die Fragestellung dabei formuliert wurde, variierte. 1926 etwa überwies die Bundeserziehungsanstalt Breitensee/NÖ einen zwölfjährigen Schüler mit dem konkret artikulierten Wunsch nach einem Gutachten, „ob der Zögling für ein Zusammenleben in Gemeinschaften von 30–40 Knaben unter 1 Erzieher geeignet“ sei.³⁸ Einen anderen Hintergrund hatte 1923 die Aufnahme eines neunjährigen Mädchens: Der *Verein Mädchenschutz* hatte es an die Abteilung gebracht und „um Gutachten für Anstaltsbedürftigkeit gebeten, da es wegen seiner Schwereziehbarkeit in keiner Privatpflege behalten“ werde.³⁹ Das heilpädagogische Gutachten empfahl eine „indifferente Anstalt“.

Der Aufenthalt an der Heilpädagogischen Abteilung ist vom Zeitpunkt des Betretens bis zum Verlassen als Prüfungssituation anzusehen. Die von Foucault für Disziplinaranstalten beschriebene Bedeutung der „Prüfung“ kann auch für die Charakterisierung der Begutachtungssituation an der Heilpädagogischen Abteilung gelten: „Die Prüfung kombiniert die Techniken der überwachenden Hierarchie mit denjenigen der normierenden Sanktion. Sie ist ein normierender Blick, eine qualifizierende, klassifizierende und bestrafende Überwachung.“⁴⁰ Die „überwachende Hierarchie“ beeinflusste dabei nicht nur das Verhalten der Überprüften, sondern gab die Rahmenbedingungen vor. ‚Natürliche‘ Situationen sollten Gelegenheit geben, das Verhalten der Patient*innen zu beobachten und einzuordnen: die Disziplinarmacht „setzt sich durch, indem sie sich unsichtbar macht, während sie den von ihr Unterworfenen die Sichtbarkeit aufzwingt“.⁴¹ Genau beobachtet wurde daher bereits die „Heimwehrreaktion“ im Moment der Aufnahme. Begutachtet im weitesten Sinn wurde in der Folge jede Verhaltensweise, sämtliche Interaktionen, aber auch die Intelligenz der Patient*innen, ihr Schulwissen sowie ihr Lern- und Sozialverhalten. Der Begutachtungsprozess sowie das daraus resultierende abschließende Gutachten

36 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1913 N-Z, Archiv-Nr. 21, Gutachten, o.D. [1913].

37 Elisabeth Dietrich-Daum, Über die Grenze in die Psychiatrie. Südtiroler Kinder und Jugendliche auf der Kinderbeobachtungsstation von Maria Nowak-Vogl in Innsbruck 1954–1987, Innsbruck 2018, 346.

38 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1926 A-M, Prot.-Nr. 1176.

39 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1923 A-M, Prot.-Nr. 391.

40 Foucault, Überwachen, 2014, 238.

41 Ebd., 241.

stellen somit „ein Bündel von Aktivitäten“ dar, zu dem auch die Auseinandersetzung mit den bisher entstandenen Akten zählte.⁴² Die Expertise konzentrierte sich auf die ursprüngliche Frage der Auftraggeber*innen und beantwortete sie mittels einer Auswahl der im Akt zur Verfügung gestellten Informationen – gesammelt und verzeichnet durch die unterschiedlichen professionellen Akteur*innengruppen.

Bei der Aufnahme der Anamnese wurde in der Regel das bisherige Benehmen der Patient*innen erfragt, Wertungen betrafen an dieser Stelle vornehmlich die Familienangehörigen. Im Lauf des Aufenthalts fanden schließlich die Wahrnehmungen des Abteilungspersonals Eingang in die Krankengeschichte: Krankenschwestern notierten das Benehmen der Minderjährigen in unterschiedlichen Situationen und Ärzt*innen verschriftlichten Zusammenfassungen über Test- und Gesprächssituationen. Während dieses Vorgehen wie auch der eingangs geschilderte Aufbau der Gutachten im Untersuchungszeitraum – maßgeblich zusammenhängend mit den langen personellen Kontinuitäten im Begutachtungsraum, die über die politischen Zäsuren hinweg bestanden – unverändert blieb, zeigt sich allerdings ein Wandel in der Ausdrucksweise in Gutachten ab den 1940er-Jahren. Heilpädagogisches Fachvokabular, unter Asperger zunehmend professionalisiert, wurde nun den langjährigen Kooperationspartner*innen gegenüber selbstverständlich verwendet.

Sprache und Sprecher*innenpositionen

Bei der Betrachtung der Position der Begutachteten im Gutachten ist auf eine Paradoxie hinzuweisen. Foucault folgend kann gesagt werden, dass durch die Prüfung aus dem Individuum ein Fall wird.⁴³ Die begutachteten Patient*innen wurden folglich in ihrer Individualität wahrgenommen, aber mittels der Diagnostik in ein System eingeordnet, das ihre Beurteilung, Typisierung, Normierung und Korrektur verfolgte. Die abschließend gestellten Diagnosen waren vielfach Zustandsbeschreibungen, die Wiedergabe von Beobachtungen sowie Kategorisierungen. Gebräuchlich zur physischen und charakterlichen Beschreibung von Minderjährigen waren Typisierungen, die sich auf angebliche, beobachtbare oder auch noch im Verborgenen liegende Eigenschaften bezogen, wie etwa die Bezeichnung von Kindern als „koboldhaft“ verdeutlicht.⁴⁴ Derartige Beschreibungen eröffnen den Blick auf den Arbeitsjargon, der sich an der Heilpädagogischen Abteilung etabliert hatte. Die Frage, ob diese stigmatisierenden Charakterisierungen von Patient*innen auch nach außen

42 Vgl. Geisthövel/Hess, *Handelndes Wissen*, 2017, 18.

43 Vgl. Foucault, *Überwachen*, 2014, 246.

44 Vgl. WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1929 N-Z, Prot.-Nr. 1588; ebd., liegt fälschlich in 1936 A-M, Prot.-Nr. 1380; ebd., 1936 A-M, o.Nr.; ebd., 1942 A-M, Ambulanzkartennr. 5826/1942.

weitergegeben wurden, ist anhand dieses Beispiels nicht zu beantworten. Der Abgleich vergleichbarer Diagnosen legt aber nahe, dass Zuschreibungen dieser Art erst in der Zweiten Republik jenseits der Institution kommuniziert wurden, also zunächst lediglich der internen Charakterisierung dienten. 1931 wurde ein achtjähriges Mädchen unter anderem als „[t]ypenmässig charakterisiert ohne psychopathische Züge. Degenerativ-anachronistischer Typus aus niederem Milieu, lebensstüchtig. Soldatenweib, Zureicherin bei Maurerarbeiten“ diagnostiziert.⁴⁵ In der Befundabschrift wurde die Diagnose so wiedergegeben: „Konstitutionell-degenerativer Zustand mit Wesensauffälligkeiten ohne hochgradige Dissozialität.“⁴⁶ Den Akten der beiden Mädchen, die 1926 und 1934 dem Typus der „Hausmeisterin“ zugeordnet wurden, liegt nur in einem Fall ein nach außen gerichtetes Schriftstück bei. Darin findet sich ebenfalls keine Wiedergabe dieser Bezeichnung. 1961 wurde die Bezeichnung „Hausmeisterin“ in Klammern der Diagnose „Karikaturverhalten“ beigefügt, allerdings beide Beurteilungen nicht weiter kommuniziert.⁴⁷ Anders verhält es sich jedoch mit dem Gutachten über einen 13-jährigen Patienten, der 1961 als „Dienernatur“ diagnostiziert wurde. Der an das Jugendamt gerichtete Befund gab diese Zuschreibung nicht nur wieder, sondern führte sie auch weiter aus: „eine Dienernatur mit beschränkten sozialen Entwicklungsmöglichkeiten, zu jeder Arbeit bereit, für höher qualifizierte Leistungen aber kaum geeignet.“⁴⁸ Das bedeutet, dass in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts eine Diskrepanz zwischen Alltags- und Gutachtensprache existierte, wenn es um die Typisierung von Patient*innen ging. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als der das Gutachten beauftragenden Instanz mit einer derartigen Charakterisierung wenig bei der Entscheidungsfindung der folgenden Maßnahmensetzung gedient gewesen wäre, zumal mit diesen Zuschreibungen keine weiteren Implikationen verbunden waren. Dass derartige Typisierungen auch in Nachkriegskrankengeschichten vorhanden sind, zeigt das Fortbestehen einer wertenden Klassifizierungspraxis, die während des Nationalsozialismus auch in anderen (sozial-)medizinischen Bereichen essenziell gewesen war. Dass nun auch in nach außen gerichteten Schriftstücken die stigmatisierenden Zuschreibungen enthalten waren, ist ein Hinweis auf die weiter gewachsene Selbstsicherheit der heilpädagogischen Expertise.

Grundlegend anders gestaltete sich die Situation in Bezug auf die Bezeichnung minderjähriger Mädchen als „Locktypen“, mit der weitreichende Konsequenzen verbunden waren. Der Terminus begegnet in den Akten das erste Mal 1922 und tritt mit 15 Zuschreibungen gehäuft zwischen 1922 und 1924 auf, einmal in Form

45 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1931 N-Z, Prot.-Nr. 1987.

46 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1931 N-Z, Prot.-Nr. 1987, Befundabschrift, 27.11.1931.

47 Vgl. WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1934 A-M, o.Nr. Kein Befund/Gutachten enthalten in: ebd., 1926 A-M, Prot.-Nr. 1114; nicht im Befund wiedergegeben in: ebd., Teilbestand 1956–1968, Prot.-Nr. 1794.

48 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, Teilbestand 1956–1968, Prot.-Nr. 914/1961, Kuszen u.a. an BJA, 8.7.1961.

von „Lock-Kind“ 1930, danach zwischen 1935 und 1944 neunmal sowie je einmal 1970 und 1974. Besonders schwerwiegend war dabei die fünfmalige Diagnose „passiver Locktyp“. Dieser Ausdruck wurde von Hans Asperger geprägt, was auch die erstmalige Verwendung unter seiner Abteilungsleitung zeigt.⁴⁹ Dass er von der Gültigkeit dieser Kategorisierung weiblicher Kinder und Jugendlicher überzeugt blieb, geht auch aus der Erläuterung dieses Begriffes in seiner Monografie *Heilpädagogik* von 1952 (sowie deren Neuauflagen bis 1968) hervor:

„Ein [...] günstiger Verlauf kindlicher Sexualerlebnisse hat freilich eine wichtige Voraussetzung: daß das Erlebnis wirklich nur ‚von außen‘ kommt und nicht etwa von einer von vornherein abnormen Persönlichkeit ‚angezogen‘ wird. In nicht so seltenen Fällen freilich müssen wir von einer endogenen Erlebnisbereitschaft gerade auf diesem Gebiet sprechen, besonders bei Mädchen, welche einer Schändung zum Opfer fallen. Diese gehören in der Mehrzahl einem deutlich umschriebenen Typus an: nicht daß sie alle sexuell besonders aktiv wären (bei manchen von ihnen trifft auch das zu, und diese wirken dann von sich aus verführend), sie haben meist nur das Gehaben, die Geste des Kokettierens an sich, sind ‚passive Locktypen‘, denen vor allem der natürliche Schutzmechanismus der Scham fehlt. Meist fehlt ihnen auch die natürliche persönliche Distanz, das normale Fremdheitsgefühl. Gerade weil sie innerlich leer sind, suchen sie ‚anhabig‘, wie man in Wien sagt, einen oberflächlichen Kontakt, ja die Sensation.“⁵⁰

Diese Kategorisierung beschreibt eine (Mit-)Schuld der Opfer von sexueller Gewalt, was eine zumindest teilweise Exkulpation des Täters mit sich brachte.⁵¹ Trotz der gesetzlichen Festsetzung des „Schutzalters“ mit 14 Jahren wurde die persönliche Verantwortung der Opfer gerichtlich individuell mitverhandelt⁵² – wofür nicht selten heilpädagogische Gutachten eingeholt wurden.⁵³ Abgesehen vom Geschlecht – die Klassifizierung als „(passiver) Locktyp“ wurde ausschließlich für Mädchen und junge Frauen verwendet – kommt auch dem Alter Bedeutung zu. Die meisten

49 Vgl. WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1936 A-M, o.Nr.; ebd., 1939 N-Z, o.Nr.; ebd., 1940 A-M, Archiv-Nr. 90; ebd., 1941 A-M, Ambulanzkartennr. 5040/1941; ebd., 1942 A-M, Ambulanzkartennr. 6008/1942.

50 Hans Asperger, *Heilpädagogik. Einführung in die Psychopathologie des Kindes für Ärzte, Lehrer, Psychologen und Fürsorgerinnen*, Wien 1952, 262. [Neuauflagen: 1956, 1961, 1965, 1968.]

51 Vgl. Johann Karl Kirchknopf, *Sexuelle Gewalt gegen Kinder im österreichischen Strafrecht des 19. und 20. Jahrhunderts – ein Delikt und Strukturmerkmal* zugleich, in: *OeZG* 28/3 (2017), 106–132.

52 Vgl. Sonja Matter, „She doesn't look like a child“. Girls and Age of Consent Regulations in Austria (1950–1970), in: *The Journal of the History of Childhood and Youth* 10/1 (2017), 104–122, 105; vgl. auch dies., *Die Grenzen der Kindheit und die Grenzen der „Schutzwürdigkeit“. Sexuelle Kindesmisshandlung vor österreichischen Gerichten (1950–1970)*, in: *OeZG* 28/3 (2017), 133–156.

53 Vgl. zu medizinischen Gutachten in diesem Kontext auch Anne-Claude Ambroise-Rendu, *Die Ärzte und der sexuelle Missbrauch von Kindern. Aspekte einer Kulturgeschichte der Medizin des 19. und 20. Jahrhunderts*, in: ebd., 157–182.

so diagnostizierten Minderjährigen waren elf bis 14 Jahre alt, die jüngste war acht. Obwohl Asperger keine Erläuterungen gab, ab welchem Alter er die Merkmale dieses „Charaktertyps“ zu erkennen meinte, zeigen die Akten, dass es sich dabei in der Regel um den Zeitpunkt der beginnenden Pubertät handelte. Weitert man den Blick auf die zugrundeliegende Sichtweise aus, so wird deutlich, dass sich Aspergers Zuschreibungen einer (Mit-)Verantwortung für sexuelle Übergriffe nicht an Alterskategorien festmachen lassen. 1937 teilte er dem Jugendamt in einer titellosen, gutachterlichen Äußerung über eine fünfjährige Patientin mit:

„Das Mädchen war im Jahre 1935 wegen einer nicht ganz klaren Schändungsaffäre an unserer Abteilung. [...] Inzwischen ist es wieder zu einer Schändungsaffäre gekommen; nach dem ganzen Tatbestand und auch nach unserem Examen ist es sicher, dass diesmal diese Dinge sich wirklich ereignet haben und dass auch das Mädchen daran recht interessiert war.“⁵⁴

Sonja Matters Befund, dass das Jugendgericht St. Pölten/NÖ präpubertäre Kinder in Fällen sexueller Gewalt anders beurteilte als pubertierende Minderjährige,⁵⁵ kann für die Heilpädagogische Abteilung nicht bestätigt werden. Was an diesem Gutachten darüber hinaus auffällt, ist die Bezeichnung der Sexualhandlungen als „diese Dinge“ – eine vage Umschreibung, die die unweigerlich verbundenen Ebenen von Gewalt ausblendet. Wie genau die Befragung des Mädchens an der Abteilung vor sich ging, geht aus den Akten nicht hervor, die unbestimmte Wiedergabe erinnert jedoch an eine in der Praxis überspitzte Herangehensweise nach Foucaults Ausführungen über den Umgang mit Kindern im Gespräch über Sexualität im 19. Jahrhundert: unter zurückhaltender, möglichst unkonkreter Benennung sämtliche Sexualitäten zu erfragen.⁵⁶ Auch in Gutachten, die für Gerichte erstellt wurden, finden sich diese Einschätzungen. 1932 wurde eine Zwölfjährige im Gutachten von Valerie Bruck in das Schema des für sexuelle Gewalt prädisponierten Kindes eingeordnet: „Jedenfalls gehört sie mit in die Gruppe jener Kinder, die der H.P.-Abteilung seit Jahren dafür bekannt sind, dass gerade Vertreterinnen dieses Typus sexuelle Erlebnisse zustossen.“⁵⁷ Von welcher Bedeutung in diesem Kontext die heilpädagogischen Gutachten auch noch in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren, bringt die mediale Berichterstattung zur Vergewaltigung einer 15-jährigen Patientin 1969 auf den Punkt: „[D]er Kronzeugin wird in einem jugendpsychologischen Gutachten ‚Aussageehrlichkeit‘ zugebilligt. Was deshalb von Bedeutung ist, weil bei

54 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1935 N-Z, o.Nr., Asperger an BJA, 17.12.1937.

55 Vgl. Matter, *Girls*, 2017, 111.

56 Vgl. Foucault, *Wille zum Wissen*, 2014, 24f.

57 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1932 N-Z, Prot.-Nr. 2088, Gutachten, o.D. [1932].

Sexualdelikten Angaben Jugendlicher äußerst problematisch sind.⁵⁸ Die Komplexität von Zeug*innenaussagen auf die Pubertät verengend, wird die heilpädagogische Expertise als wissenschaftlich-objektive Beurteilungsgrundlage präsentiert.

Neben diesen Typisierungen ist ein weiterer Aspekt der Sprache hervorzuheben: die Verschmelzung von Individualität und kategorialen Schemen. Individuelle Lebensumstände, Erzählungen und Verhaltensweisen wurden in heilpädagogische Beurteilungsschemata eingepasst. Beispielhaft betrifft das den Terminus der „Automatenhaftigkeit“, der von Asperger geprägt wurde. 1943 etwa bezeichnete er in einem Gutachten für das Pflugschaftsgericht die Erzählung eines Minderjährigen als „irgendwie leer und automatenhaft“.⁵⁹ Diese vorausgesetzte Kenntnis der Bedeutung gibt Aufschluss darüber, welche Ausdrucksweise als angemessen und vor allem verständlich betrachtet wurde. Ein Beschluss des Pflugschaftsgerichts aus dem Jahr 1939 über einen 13-Jährigen verdeutlicht, wie ein Gutachten sprachlich in den Gerichtsbeschluss inkludiert wurde:

„Der Knabe zeigt die Züge eines hysterischen Charakters, wesentlich sind Disharmonien im Persönlichkeitsgefüge, er ist in manchen seiner Interessen kindlich, andererseits aber wirkt er wie ein viel älterer Mensch. Er hat nicht die normalen Interessen und Ziele eines heranwachsenden Burschen und weiss weder für den Augenblick noch für die Zukunft, was er beginnen soll. Er wird beherrscht von einem Gefühl der inneren Leere, die besonders dann, wenn sich äussere Konflikte [sic] und Schwierigkeiten in den Weg stellen, zu depressiven Stimmungen führt, in welchen Selbstmordgefahr besteht. Tatsächlich hat der Junge bereits einen durchaus ernst zu nehmenden Selbstmordversuch unternommen.

Die Erziehung und Führung des Minderjährigen ist schwierig, er braucht eine straffe Führung von aussen, da ihm selbst die innere Disziplin fehlt. Von der Kindesmutter ist eine solche Führung nicht zu erwarten, weshalb eine Rückgabe an sie nicht in Frage kommt.“⁶⁰

Im dreiseitigen heilpädagogischen Gutachten sind diese Aussagen wörtlich enthalten.⁶¹ Dass die heilpädagogischen Einschätzungen unmittelbar in die jeweiligen Gerichtsbeschlüsse eingegangen sind, ist selbstverständlich; dass allerdings, wie in diesem Fall, diese Beurteilung des Jugendlichen in Auszügen wörtlich in der Urteilsbegründung wiedergegeben wurde, ohne diese als solche auszuweisen, zeigt eine Verschiebung von Hierarchien und nicht zuletzt die Wirkmacht des Gutachtens:

58 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, Teilbestand 1956–1968, Prot.-Nr. 728/1969.

59 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1934 A-M, o.Nr., Heilpädagogisches Gutachten, 3.10.1943.

60 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1939 A-M, o.Nr., Beschluss, 15.1.1940.

61 Vgl. WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1939 A-M, o.Nr., Heilpädagogisches Gutachten, 30.11.1939.

die Entscheidungshilfe wurde zur Entscheidung, die Einschätzung der Sachverständigen zur begründenden Wahrheit.

Akzeptanz und Wirkmacht

In den eingesehenen Akten finden sich keine Hinweise auf kritische Rückfragen durch die Auftraggeber*innen bezüglich gutachterlicher Äußerungen. Das ist auch bei der Frage nach der Glaubwürdigkeit von Minderjährigen wesentlich, denn manchen Kindern wurde von vornherein ein ‚Aussagerecht‘ abgesprochen: „es wäre, wie aus unserer [...] Beurteilung des Kindes hervorgeht, auch ganz zwecklos, mit diesem Kinde darüber ein Verhör anzustellen“.⁶² Die Akte zu einem Fall von möglicher sexueller Gewalt, 1944 von der weiblichen Kriminalpolizei an die Heilpädagogische Abteilung überwiesen, wurde aufgrund der angeblichen Sinnlosigkeit der Befragung des vierjährigen potenziellen Opfers geschlossen. Die klinische Beurteilung war für die einweisende Behörde zufriedenstellend.

Anders gestaltete sich die Situation in einem Gerichtsfall des Jahres 1943, der besonders ausführlich dokumentiert ist. Eine geschiedene Mutter übte massive Kritik an Aspergers Gutachten im Pflugschaftsfall ihres Sohnes. Die Frau brachte den Zehnjährigen, der seit 1940 beim Vater, einem Universitätsprofessor, und dessen neuer Ehefrau lebte, zur Aufnahme. Sie gab an, dass ihr Sohn nicht mehr beim Vater wohnen wolle und zudem Angst vor Misshandlung durch diesen hätte. Nach Rücksprache mit dem Pflugschaftsgericht wurde der Minderjährige als Patient aufgenommen, der gerichtliche Auftrag lautete, „ein heilpädagogisches Gutachten zu erstatten, insbesondere über Art und Erfolg der Erziehung [...] im väterlichen Hause und über die Gründe, die eine derart plötzliche ablehnende Einstellung des Mj. zu seinem Vater herbeiführten“.⁶³ Das neunseitige Gutachten beinhaltet Bezüge auf zwei vorangegangene Gutachten, Auskünfte der zuständigen Volkspflegerinnen und die Wiedergabe des Exams.⁶⁴ Die Entscheidung des Gerichts, den Buben zurück zu seinem Vater zu entlassen und vorübergehend eine Kontaktsperre für die Mutter zu verhängen, wurde „[a]uf Grund der gemachten Feststellungen in Verbindung mit dem heilpädagogischen Gutachten“ getroffen.⁶⁵ Allerdings wurde explizit eingeschränkt, dass nach einiger Zeit Erhebungen über den Erfolg der Maßnahmen durchgeführt würden und erst danach eine definitive gerichtliche Entscheidung erfolgen würde.⁶⁶

62 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1944 A-M, o.Nr., N.N. an NSDAP, Amt für Volkswohlfahrt, 6.3.1944.

63 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1934 A-M, o.Nr., Amtsgericht Wien, Beschluss, 9.9.1943.

64 Vgl. WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1934 A-M, o.Nr., Heilpädagogisches Gutachten, 3.10.1943.

65 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1934 A-M, o.Nr., Beschluss, 181 P 283/40-275, 10.12.1943.

66 Vgl. ebd.

Die Mutter wies in einer ausführlichen Stellungnahme auf von ihr monierte Mängel des Gutachtens hin, wobei sie auch inhaltliche Lücken („dass nämlich der Junge aus dieser glänzenden Erziehung 2 mal hintereinander zu mir geflüchtet ist, wird in dem Gutachten mit Stillschweigen übergangen“) und den Umgang mit dem Minderjährigen in der Befragung diskutierte.⁶⁷ Asperger beschrieb, dass der Bub „sehr stark fixiert, ja krampfhaft“ Vorwürfe gegen den Vater und die Stiefmutter artikulierte sowie den Wunsch bei der Mutter zu bleiben. Die von der Mutter kritisierte Befragungssituation gab Asperger so wieder, dass der Bub im Gegensatz zum „freien, gelösten Verhalten [...] beim ersten Teil der Unterredung [...] jetzt deutlich ängstlich“ gewesen wäre: „man wird den Eindruck nicht los, es sei das schlechte Gewissen, das ihn jetzt hindere, bei seinen Angaben ‚zurückzuziehen‘.“⁶⁸

Es entsteht der – möglicherweise richtige – Eindruck, dass das Verhalten des Minderjährigen durch die Mutter beeinflusst war, doch fehlen faktische Erklärungen, woraus dies geschlossen wurde. Bereits im ersten Gutachten fallen ähnliche Lücken auf: Über die Mutter wurde unter anderem berichtet, sie würde „oft ganz zweckfreie Pseudologien“, also Lügen, von sich geben, was man „nicht nur durch den Vater, sondern auch von Bekannten des Vaters“ erfahren habe.⁶⁹ Besonders auffällig ist dabei, dass weder Bekannte der Mutter befragt, noch ein den Akten beiliegendes Schriftstück positiven Inhalts eines deutschen Jugendamts, unter dessen Überwachung Mutter und Kind einige Jahre gestanden hatten, berücksichtigt wurden. Dass dies mit der beruflichen Position des Kindsvaters zusammenhing, kann nur vermutet werden.

Fazit

Die Heilpädagogische Abteilung spielte als Begutachtungsinstanz eine zentrale Rolle im institutionellen Umgang mit Minderjährigen, die von den mit ihr kooperierenden Einrichtungen verfestigt wurde. An den Gutachten zeigt sich, dass von den Verfasser*innen keine Notwendigkeit gesehen wurde, darin gezogene Schlüsse oder entstandene Leerstellen zu erklären – und von den Empfänger*innen auch nicht danach gefragt wurde. Das Urteil der Expert*innen war zu einer wissenschaftlichen Tatsache geworden, ja von den Auftraggeber*innen dazu gemacht worden. Die standardisierte Form der Gutachten trug zur Festigung dieses Status bei, indem sie eine mehr und mehr vertraute, vergleichbare Basis präsentierte. Dieses Vorgehen ist ein

67 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1934 A-M, o.Nr., Äußerung auf den Antrag des K.V. wegen Änderung des Besuchsrechtes vom 19. Oktober 1943, 30.10.1943.

68 WStLA, 1.3.2.209.1.A47, 1934 A-M, o.Nr., Heilpädagogisches Gutachten, 3.10.1943.

69 Ebd., Heilpädagogisches Gutachten, 20.3.1941.

Hinweis auf die Deutungshoheit, die der Heilpädagogischen Abteilung in Bezug auf als (un-)angemessen eingestuftes Verhalten von Minderjährigen zukam – von innen beansprucht und von außen befürwortet. Dass keine Hinweise auf kritische Nachfragen der beauftragenden Behörden gefunden wurden, ist ebenso aussagekräftig in Bezug auf die Bewertung der Gutachten, wie die Tatsache, dass deren Aussagen in gerichtlichen Schriftstücken als Fakten und Bausteine von Urteilsbegründungen übernommen wurden, ohne sie als medizinische Expertise auszuweisen. Dabei ist zu bedenken, dass durch diese Dissemination heilpädagogischer Sichtweisen und Kategorisierungen eine allgemeine Akzeptanz und Verfestigung von Denk- und Beurteilungsmustern gefördert wurde, die sich zunächst in den kooperierenden Institutionen niederschlug, von diesen perpetuiert aber auch in einem breiteren gesellschaftlichen Kontext verankert wurde. Gerade dadurch kam es zu einer Wechselwirkung, die deren Entwickler*innen durch die Rezeption der nach außen getragenen Konzepte einen Expert*innenstatus zuwies: Ursprünglich maßgeblich aufgrund des neuartigen, singulären Angebots in Anspruch genommen, versahen die Auftraggeber*innen die gutachtenden Personen mit steigender Glaubwürdigkeit. Dies ermöglichte die Transformation der Gutachten von einer Entscheidungshilfe zur Entscheidung selbst. Mit der zunehmend verfestigten Position der Heilpädagog*innen im Raum der Gutachtenanforderung und -erstellung ging jene Veränderung einher, die sich auch inhaltlich an der sich unter Asperger etablierenden Verwendung von Fachvokabular zeigt. Die eingangs angesprochene Kameraderie der Institutionen, die Verfolgung derselben Ziele mittels analoger Möglichkeiten und den zugrundeliegenden Gesellschaftsbildern beförderten diesen Prozess.

Besonders problematisch zeigt sich dabei der sprachliche Umgang mit Minderjährigen einerseits in der Bewertung ihrer Aussagen, andererseits in der Bewertung der Kinder und Jugendlichen selbst: Durch stigmatisierende und kategorisierende Zuschreibungen wurden Beurteilungen transportiert, die sowohl für die individuell Betroffenen als auch für die allgemeine Wahrnehmung Minderjähriger Bedeutung entwickelten. Gerade in diesen Fällen muss die mitunter vage Benennung von Vorkommnissen als unzureichend erscheinen. Doch zeigt dieses Vorgehen, dass für keine beteiligte Institution der Bedarf nach weiterführenden Informationen vorhanden war. Das Vertrauen auf das heilpädagogische Urteil war groß, es verwundert daher nicht, dass auf dessen Grundlage weitere Maßnahmen gesetzt wurden. Diese jahrelange, für die Institutionen funktionierende systemische Zusammenarbeit, in der es entweder keine Reibungsflächen gab oder diese keinen Niederschlag in den Akten fanden, erklärt die zentrale Position, die die Heilpädagogische Abteilung im Wiener Fürsorgesystem für Jahrzehnte einnahm. Die dichotome Zielsetzung ‚Schutz der Kinder‘ und zugleich ‚Schutz vor den Kindern‘ wurde unter Übereinstimmung von Perspektive und Methode verfolgt.