

Thomas Hoffmann

Übungsschulen für „Gehirnkrüppel“: Diagnostik, Therapie und heilpädagogische Behandlung hirnverletzter Soldaten 1914-1918

1 Einleitung

Die Geschichte der Übungsschulen für sogenannte Gehirnkrüppel im Ersten Weltkrieg ist von der erziehungswissenschaftlichen Historiographie bisher kaum beachtet worden. Dabei waren in Österreich-Ungarn und im Deutschen Kaiserreich ab 1915 in diesen Einrichtungen neben Mediziner*innen, Psycholog*innen, Sprach- und Arbeitstherapeuten vor allem Heilpädagog*innen und Hilfsschullehrer beschäftigt, die durch Unterricht und pädagogische Übungsbehandlungen die kognitiven Leistungen der hirnverletzten Soldaten wiederherstellen sollten. Räumlich waren die Übungsschulen für Kriegsverletzte häufig in ehemaligen Hilfsschulgebäuden untergebracht, die durch den kriegsbedingten Lehrkräftemangel leer standen. Es gab aber auch Schulen, an denen zeitgleich zur Rehabilitation der Hirnverletzten ein regulärer Unterricht mit Schülerinnen und Schülern stattfand.

Wie Andreas von Prondczynsky (2004, 37) allgemein für die deutsche Geschichte der Pädagogik feststellt, hat sich die neuere historische Forschung zwar intensiv mit dem Kaiserreich, der Weimarer Republik und dem Nationalsozialismus befasst, jedoch den Ersten Weltkrieg und die Herausbildung einer „Kriegspädagogik“ weitgehend vernachlässigt (vgl. auch Scholz & Berdelmann 2016, 93).¹ Auch für die Historiographie der Hilfsschule, die eng mit der Geschichte der Übungsschulen für Kopfschussverletzte verbunden ist, scheint es lediglich eine Zeit vor und eine Zeit nach dem Ersten Weltkrieg zu geben: Die Kriegsjahre selbst kommen in keinem der einschlägigen Überblickswerke vor (vgl. Solarová 1983; Hillenbrand 1994; Möckel 2001; Hänsel & Schwager 2004; Möckel 2007; Ellger-Rüttgardt 2008).

Ganz anders stellt sich die Literaturlage für die Geschichte der Medizin, der Psychologie oder der allgemeinen „Kriegskrüppelfürsorge“ im Ersten Weltkrieg dar: Hier liegen zum Teil umfangreiche Monographien vor (vgl. z.B. Hofer 2004;

1 Ausnahmen bilden hier u.a. die Arbeiten von Bendele 1984; Tenorth 2002; Böhm 2004 oder Geißler 2011, 327-350.

Osten 2004; Michl 2007; Kienitz 2008; Eckart 2014; Pawlowsky & Wendelin 2015; Ruff 2015). Vergleichbare Untersuchungen zur Geschichte der Pädagogik fehlen. Während in kaum einer Einführung in die moderne Neuropsychologie der Hinweis auf die besondere Bedeutung der Hirnverletzten-Lazarette und Übungsschulen im Ersten Weltkrieg für die wissenschaftlichen Fortschritte auf dem Gebiet der Neurowissenschaften fehlt (vgl. bspw. Preilowski 2009, 8-11; Frommelt 2010, 44-49), scheint die Pädagogik diesen Geschichtsabschnitt bereits kurz nach Kriegsende verdrängt und vergessen zu haben. Eine zur Geschichte der Neuropsychologie analoge Entwicklung der Pädagogik hin zu einer Neuropädagogik oder Neurodidaktik blieb aus und erfolgte erst relativ spät in den 1990er-Jahren (vgl. Preiss 1996).

Der vorliegende Beitrag umreißt zunächst kurz die Situation hirnverletzter Soldaten im Ersten Weltkrieg und die Entstehungsgeschichte der Übungsschulen für „Gehirnkrüppel“ (2). Im Anschluss daran wird ein Blick auf die diagnostische und therapeutische Praxis dieser Einrichtungen während der Kriegsjahre geworfen (3). Schließlich wird der Frage nachgegangen, warum die Übungsschulen einen offenbar eher geringen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Hilfsschulpädagogik in der Nachkriegszeit hatten und warum sie innerhalb des deutschsprachigen pädagogischen Diskurses schon wenige Jahre nach Kriegsende kaum mehr thematisiert wurden (4).

2 Entstehungshintergründe der Übungsschulen für „Gehirnkrüppel“

Im Vergleich zu früheren Kriegen kam es im Ersten Weltkrieg zu einem dramatischen Anstieg der Zahl der Kopfschussverletzungen, was unter anderem ein Resultat des Schützengrabenkrieges und der damit verbundenen exponierten Stellung von Kopf und Oberkörper der Soldaten war. Die Zahl der Hirnverletzten ging dabei vermutlich in die Zehntausende (vgl. Eckart 2014, 165): Vor einem Infanterie-Angriff wurden gezielt Streugranaten und Schrapnell-Geschosse eingesetzt, um möglichst viele Kämpfer in den Gräben zu töten oder schwer zu verletzen. Die beim deutschen Militär bis zur Einführung des Stahlhelms 1916 übliche Kopfbedeckung durch Lederhelme („Pickelhauben“) bot nur unzureichend Schutz, so dass die höchste Zahl der Verletzungen bereits im ersten Kriegsjahr auftrat. Ein weiterer Grund waren die medizinischen Fortschritte auf dem Gebiet der Kriegschirurgie und des Krankentransports, durch die deutlich mehr Soldaten als früher Hirnverletzungen überlebten.

Die erste Übungsschule für „Gehirnkrüppel“ im deutschsprachigen Raum wurde am 1. Mai 1915 von Fritz Hartmann (1871-1937) gegründet, dem Direktor der

Universitäts-Nervenlinik Graz. Noch im selben Jahr eröffnete der deutsche Psychologe und Nervenarzt Walther Poppelreuter (1886-1939) in Köln ein „Sonderlazarett für kopfschussverletzte Krieger“. Ebenfalls 1915 gründete der österreichische Phoniater und Logopäde Emil Fröschels (1884-1972) eine sprachärztliche Kriegsabteilung (später „Kopfschusspital“) in Wien. Im Jahr 1916 kamen weitere Übungsschulen in den deutschen Großstädten Berlin, Breslau, Frankfurt am Main, Hamburg, Königsberg, Leipzig und München hinzu.

Die Hauptaufgaben und Ziele der Übungsschulen lassen sich in vier Punkten zusammenfassen (vgl. Moede 1917; Goldstein 1919):

1. Diagnostik der allgemeinen Leistungsfähigkeit, der psychischen Funktionen und ihrer Ausfallerscheinungen;
2. Umsetzung psychologisch-pädagogischer Übungsbehandlungen unterschiedlicher Funktionsstörungen (vor allem der Sprache sowie des Lesens, Schreibens und Rechnens);
3. Begutachtung der Dienstfähigkeit bzw. Dienstbeschädigung und Beurteilung möglicher Rentenansprüche;
4. Berufsberatung und gegebenenfalls Umschulung der Kriegsverletzten.

Die Aufteilung der Patienten in verschiedene Abteilungen oder „Klassen“ erfolgte im Wesentlichen nach drei Kriterien:

(1) Erstes Kriterium war die Differenzierung nach dem vorhandenen *Leistungsniveau* der Patienten: So plädierte der Mannheimer Stadtschulrat Joseph Anton Sickinger (1858-1930), der bereits 1914 die Leitung einer Genesendenkompanie des I. Ersatzbataillons in Mannheim übernommen hatte, für eine Übertragung des von ihm entwickelten Mannheimer Schulsystems auf die Reservelazarette. Dessen Grundprinzip war die Segregation nach Leistung durch die Einrichtung von Wiederholungsklassen (später „Förderklassen“ genannt) für leistungsschwache Schülerinnen und Schüler. Sickinger (1916, 353) verglich die Kriegsverletzten mit den „Sitzenbleibern“ in der Schule, die wie diese „vielfach als unwillkommene Beigabe“ betrachtet würden: „[S]ie fielen auf dem Exerzier- und Turnplatz zumeist unangenehm auf, da sie durch die noch nicht völlig behobenen körperlichen Mängel an der exakten Ausführung der verlangten Übungen vielfach behindert wurden. Dies schuf Ärger und Verdruss auf beiden Seiten“ (ebd., 353-354). Die Lösung sah Sickinger in einer Aufteilung der Mannschaften in homogene Leistungsgruppen, in denen „gleichheitliche Maßnahmen möglich und wirksam sind“ (ebd., 361). Je größer der geistige oder körperliche Mangel war, desto sorgfältigere und umfassendere pädagogische Maßnahmen sollten ergriffen werden, wie zum Beispiel durch kleinere Gruppengrößen, besonders geeignete Lehrer, besondere Unterrichtskurse oder eine ausgedehntere Behandlung durch Spezialärzte.

(2) Ein zweites Kriterium stellten Art und Umfang des verbliebenen *Funktionsniveaus* dar: Dieses wurde als das wohl häufigste Differenzierungsmerkmal her-

angezogen: Poppelreuter (1917, 1-2) teilte beispielsweise die Patienten am „Sonderlazarett für kopfschussverletzte Krieger“ in Köln in sieben Kategorien ein: (1) „Oberklasse für geförderte und leichtgeschädigte Schüler“, (2) „Unterklasse für Schwergeschädigte, die vorwiegend Störungen der höheren Sehleistungen umfassen“, (3) „Klasse der Motorisch-Aphasischen“, (4) „Klasse der Sensorisch-Aphasischen“, (5) „Kursus in linkshändigem Schreiben“ für rechtshändig Gelähmte, (6) „Einzelunterricht für besonders schwer Geschädigte“ sowie (7) „Klasse für Schwerhörige, Taube und psychogene Sprachstörungen“.

(3) Drittes Kriterium war die Einteilung nach dem vor der Verletzung erreichten *Bildungsniveau*: So wurde an der Berliner „Schule für Kopfschussverletzte“ zwischen wissenschaftlichen und praktischen Kursen unterschieden und die Patienten wurden nach Bildungsgrad und sozialer Schichtzugehörigkeit eingeteilt. Der pädagogische Leiter dieser Einrichtung, Arno Fuchs (1869-1945), einer der einflussreichsten Heil- und Hilfsschulpädagogen der damaligen Zeit, dessen Hauptwerk über *Schwachsinnige Kinder* (1. Aufl. 1899), mit dem Untertitel: „Versuch einer Hilfsschulpädagogik“, bis in die 1970er Jahre zu einem „Standardwerk für die Ausbildung und Praxis der deutschen Hilfsschullehrer“ (Beschel 1967, 105) wurde, schreibt dazu:

„Die untere Stufe behandelt Kopfschussverletzte mit schwerster Schädigung, die Gebiete der Fibelstufe nochmals durchlaufen müssen; die mittlere solche mit mäßiger Volksschulbildung und ebensolcher Folgewirkung der Verletzung; die oberste solche mit guter Volksschulbildung und allgemein-psychischen Abschwächungen. Außer diesen drei stärkstbesetzten Stufen bestehen noch einige höhere für Schüler mit höherer oder Hochschulbildung“ (Fuchs 1918a, 6).

Um ihre unterschiedlichen Aufgaben zu erfüllen und das Zusammenspiel der verschiedenen Fachdisziplinen zu koordinieren, hatten die Übungsschulen in der Regel eine ärztliche und eine pädagogische Leitung, wobei die Gesamtleitung stets einem Mediziner unterstand, da es sich formal um Reservelazarette handelte. An manchen Standorten, wie Leipzig oder Frankfurt am Main, wurde zusätzlich eine psychologische Leitung für Diagnostik und wissenschaftliche Grundlagenforschung eingesetzt. Einige der wichtigsten Vertreter der sogenannten Psycho-technik waren in solchen Positionen tätig, darunter Walther Moede (1888-1958), Fritz Giese (1890-1935) und Walther Poppelreuter.

Erklärungsbedürftig erscheint die Frage, warum trotz der starken medizinischen und psychologischen Einflüsse an den Übungsschulen die Rehabilitation der „Gehirnkrüppel“ dennoch überwiegend als eine pädagogische Aufgabe angesehen wurde? Dazu muss kurz auf die besondere Position dieser Patientengruppe zwischen den anderen physisch verletzten Soldaten und den psychisch traumatisierten „Kriegshysterikern“ eingegangen werden sowie auf die damit verbundene diskursive Konstruktion körperlicher Normen und Abweichungen. Erst in jüngs-

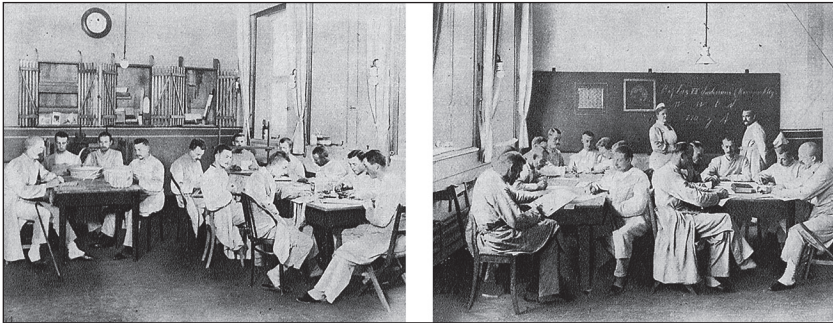


Abb. 1: Handarbeitsstunde (links) und Unterrichtsstunde (rechts) in der Hilfsschule an der Finkenau/Hamburg (aus: Hamburgische Lazarett-Zeitung 1916, 17, 4).

ter Zeit haben Geschichtswissenschaft und Disability Studies damit begonnen, sich vermehrt mit der Körper- und Kulturgeschichte der Kriegsverletzungen auseinanderzusetzen (vgl. Möhring 2007, 176) und dabei auch deren symbolische Dimension zu erkunden (vgl. Harrington 2002; Kienitz 2008; Geroulanos & Meyers 2014; Geroulanos & Meyers 2018). Die damit verbundenen Klassifikationssysteme waren bereits in den ersten Kriegsjahren Gegenstand öffentlicher Debatten: So diskutierte der Orthopäde Konrad Biesalski (1868-1930) die Frage, ob die Bezeichnung „Krüppel“ diskriminierend und für die im Krieg verletzten Soldaten tatsächlich angemessen sei. Alternative Bezeichnungen wie „Kriegsinvalid“ oder „Kriegsversehrter“ lehnte er hauptsächlich deshalb ab, weil er sie als „unmännlich“ empfand. Sie erschienen ihm unvereinbar mit dem traditionellen Rollenbild des Mannes als erwerbstätiger Familienvorstand:

„Was nützt es ihm [dem Krüppel; Anm. T.H.], wenn man ihm einen harmloser klingenden Namen gab und ihn dafür seinem Schicksal überließ oder ihn lebenslänglich in ein Haus mit einem pompösen Namen zu unwürdiger Fütterung einsperrte? Durch die Wahl des Wortes ‚Krüppel‘ sollte zum Ausdruck gebracht werden, dass er zu jener Klasse von Menschen gehört, die zwar eine Beeinträchtigung ihrer Bewegungsfreiheit haben, aber nach den uralten Erfahrungen mit der Friedenskrüppelfürsorge unter allen Umständen, selbst bei schwerster Verkrüppelung, z.B. Verlust beider Hände und Füße, imstande sind, ihr eigen Brot zu erwerben. [...] Das Wort Krüppel bringt also zugleich mit dem anscheinend niederdrückenden Namen die neue Botschaft, dass es kein Krüppeltum gibt, wenn der eiserne Wille vorhanden ist, es zu überwinden“ (Biesalski 1915, 89-90).

Das Narrativ des „eisernen Willens“ stellte dabei eine diskursive Brücke her zwischen dem Kampf des „Krüppels“ um soziale Unabhängigkeit und dem Heldenmut des Frontsoldaten, der sich allen Widrigkeiten zum Trotz für sein Vaterland opferte – beides offenbar verbunden mit männlich-kriegerischen Idealbildern von

Härte, Selbstbeherrschung und Tapferkeit. Der ideale „Kriegskrüppel“ hatte zwar seine körperliche Unversehrtheit verloren, aber gerade durch dieses Opfer seine Männlichkeit erwiesen. Er war auch weiterhin ohne zu zögern bereit, seine verbliebene Kraft in den Dienst der „Volksgemeinschaft“ zu stellen – sei es durch Rückkehr an seinen alten Arbeitsplatz oder an die Front.

Wurde der Krieg nach Jahrzehnten des Friedens anfangs noch von Teilen der deutschen Öffentlichkeit als willkommene Gelegenheit begrüßt, durch das „Stahlbad der Nerven und Nationen“ (vgl. Hirschfeld 1930, 46) die vermeintliche Verweichlichung und Verweiblichung von Teilen der männlichen Bevölkerung zu kurieren, verkehrte sich diese Hoffnung recht bald in ihr Gegenteil (vgl. Kienitz 2008, 21): Wo die entmenslichte Realität maschineller und industrialisierter Gewalt in den Schützengräben mit dem aus dem 19. Jahrhundert übernommenen Ideal des heroischen Verteidigers der Nation zusammenprallte, provozierte der Krieg geradezu eine „Krise der Männlichkeit“ (Crouthamel 2014, 39). Hunderttausende Soldaten kehrten schwer traumatisiert mit Symptomen des psychischen Zusammenbruchs von der Front zurück (vgl. Malleier 1996; Michl 2014). Viele wurden von wiederkehrenden Alpträumen heimgesucht, zeigten Tics und ein unkontrollierbares Zittern, hatten psychogene Lähmungen, Depressionen, Panikattacken, stotterten oder verstummten gar:

„In Deutschland wurden die physischen Symptome des mentalen Traumas ‚Kriegsneurose‘ oder ‚Kriegshysterie‘ genannt, was die vorherrschende medizinische Wahrnehmung dieser Männer als verweiblichte ‚Hysteriker‘ widerspiegelt, weil sie angesichts der äußersten Prüfung der Männlichkeit zusammengebrochen waren“ (Kienitz 2008, 41).

Im Unterschied zu den physischen Kriegsverletzungen, die auf äußere Ursachen zurückgeführt werden konnten, galten die inneren, psychischen Traumatisierungen und Erkrankungen wenigstens zum Teil als selbstverschuldet (vgl. Möhring 2007, 178). Die „Kriegshysteriker“ wurden als degeneriert und entartet betrachtet. Oft wurde ihnen unterstellt, sie seien Simulanten, die sich eine Befreiung von der Arbeit oder dem Einsatz an der Front erhofften und unangemessene Forderungen nach staatlichen Versorgungsleistungen stellten (sogenannte Rentenneurose). Entsprechend drastisch und brutal fielen manche der empfohlenen Behandlungspraktiken aus, die eher an Strafmaßnahmen als an Therapien erinnerten (darunter die Isolation in Dunkelzimmern, Elektroschocks und militärische Disziplinierung).

Zwischen beiden Polen – den als Ausdruck von männlichem Heldentum und ehrenvoller Selbstaufopferung anerkannten physischen Kriegsverletzungen und den als Ausdruck von Verweiblichung, Verweichlichung, Degeneration und Entartung abgewerteten psychischen Erkrankungen und Traumatisierungen – waren die Kopfschussverletzungen nicht eindeutig zuzuordnen: Einerseits wies der hirnverletzte Soldat ganz offensichtlich eine durch äußere Einwirkung ver-

ursachte physische Schädigung auf, an der er keine persönliche Schuld trug. Andererseits gingen mit einer Hirnverletzung vielfältige psychische Symptome und Ausfallerscheinungen einher, die denen der Kriegsneurose oder Kriegshysterie recht ähnlich waren: Bewegungsstörungen und Lähmungen, Beeinträchtigungen des Sprachvermögens (Aphasien), Gedächtnisverlust, Beeinträchtigungen des abstrakt-logischen Denkens, Rechenstörungen, Lese- und Schreibstörungen, Depressionen und Angstzustände.

Nach Hartmann (1915, 769) war die Lernfähigkeit und Anpassungsfähigkeit („Plastizität“) des Gehirns das entscheidende Kriterium für die Abgrenzung der „Gehirnkrüppel“ des Krieges von den „Gehirnsiechen“ der Friedenszeit (vgl. ebenso Fröschels 1915; Stern 1916, 211; Goldstein 1916, 18-19). Hinsichtlich der Rehabilitation der „Gehirnkrüppel“ hatten Psychiater und Neurologen eine deutlich optimistischere Einstellung als bei den „Geisteskranken“, „Dementen“, „Idioten“ oder „Schwachsinnigen“. Der Ausdruck „Gehirnkrüppel“ hob trotz der vielfältigen psychischen Ausfallerscheinungen die Gemeinsamkeiten mit den körperlich geschädigten „Kriegskrüppeln“ hervor (vgl. Goldstein 1916, 19).

Dennoch war der hirnverletzte Soldat weder eindeutig als Mann („Kriegsheld“) noch als Frau („Kriegshysteriker“) einzuordnen, stattdessen wurde er als Kind eingestuft (vgl. Hartmann 1915; Ruttmann 1915; Bachmaier 1916; Hartmann 1916; Stern 1916; Draeseke & Herms 1917; Poppelreuter 1917; Fröschels & Rothe 1918; Fuchs 1918b; Poppelreuter 1918; Goldstein 1919): Wie das „schwachsinnige“ Hilfsschulkind, galt auch der hirnverletzte Soldat nicht im engeren Sinne als krank, sondern als in seiner Entwicklung zurückgeworfen und gehemmt – als „anormal“. So schreibt der Pädagoge und spätere Rassenhygieniker Wilhelm Julius Ruttmann (1884-1943) in einem der ersten, programmatischen Kriegsaufsätze zu diesem Thema im Dezember 1914: „Wie wir beim kindlichen Krüppel Entwicklungszustände vor uns haben, die sich verhältnismäßig leicht in bestimmte Bahnen lenken lassen, so liegt auch bei der Kriegsgebrechlichkeit eine Entwicklungsreihe vor“ (Ruttmann 1915, 461). Wie bei kleinen Kindern erschien das Sprachvermögen der Kopfschussverletzten oft als eingeschränkt und fehlerhaft. Dasselbe galt für ihre Fähigkeiten des Lesens, Schreibens und Rechnens. Viele der Betroffenen hatten ihr Gedächtnis zunächst ganz oder teilweise verloren und wiesen große Wissenslücken auf. Den meisten fiel es schwer, in abstrakt-begrifflichen Kategorien zu denken. Wille, Aufmerksamkeit und Gefühlsleben unterlagen starken Schwankungen. Da der Kopfschussverletzte wie das „schwachsinnige“ Hilfsschulkind kein „Geisteskranker“, sondern ein „Anormaler“ war und in gewisser Weise wie ein Kind bestimmte Fähigkeiten und Funktionen neu erlernen musste, erschien es naheliegend, seine Rehabilitation der Hilfsschul- und Heilpädagogik zu übertragen, deren Aufgabenbereich in der medizinisch-pädagogischen Behandlung aller möglichen Störungen, Fehler und Mängel gesehen wurde (vgl. Bachmaier 1916, 9). So kam es, dass die hirnverletzten Soldaten des Ersten Weltkriegs

plötzlich in den Klassenzimmern der Hilfsschulen Platz nahmen, dort auf dem oft viel zu niedrigen Mobiliar erneut die Schulbank drückten und unter der Aufsicht von Krankenschwestern, Lehrern und Ärzten noch einmal das kleine Einmaleins, einfache Handarbeiten oder das Alphabet übten (siehe Abb. 1 und 2).

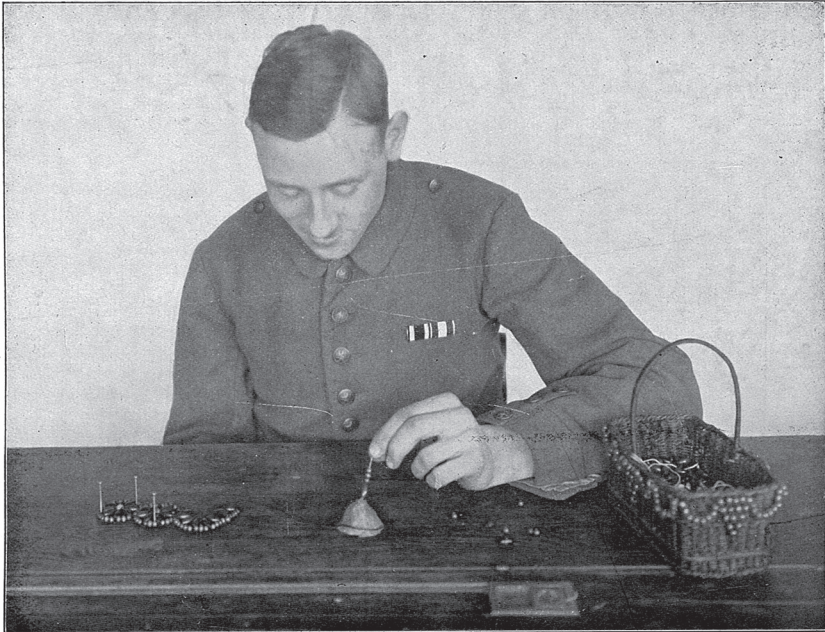


Abb. 2: Flechtarbeit mit bunten Holzperlen (aus: Draeseke & Herms 1917, 52 [Abb. 4]).

3 Diagnostik der Hirnverletzten zwischen objektivierender Psychotechnik und reflexiver Beobachtung

Für die Organisation und Auswahl passender Behandlungsmethoden bedurfte es an den Übungsschulen einer effizienten Diagnostik. Sie galt als Vorbedingung eines erfolgreichen Unterrichts und sollte möglichst tiefe Einblicke in das Gesamtgefüge der geistigen Persönlichkeit des Patienten gewähren (vgl. Stößner 1919, 48; vgl. auch Ruttman 1915, 461). Unter dem Druck der praktischen Anforderungen für tausende, zum Teil schwerverletzte Patienten innerhalb kürzester Zeit neue diagnostische Verfahren zu entwickeln, die zuverlässig sowohl den Ansprüchen von Therapie und Rehabilitation als auch der amtlichen Beurteilung der Dienstfähigkeit und etwaiger Rentenansprüche genügten (vgl. Moede

1917, 159), wurde recht bald deutlich, dass die medizinische Diagnostik allein hierfür keine ausreichenden Instrumente zur Verfügung stellte (vgl. Poppelreuter 1917, 8). Hinzu kam, dass man die Begutachtung der psychischen Leistungs- und Arbeitsfähigkeit sowie der künftigen Berufseignung unmöglich in einer Krankenhausumgebung durchführen konnte, da die Patienten in diesem restriktiven institutionellen Rahmen oft weit hinter ihren Möglichkeiten zurückblieben (vgl. ebd. 9). Angesichts der Komplexität und Individualität der Folgeerscheinungen der Hirnverletzungen suchte man nach umfassenderen psychologischen Untersuchungsmethoden. Unter anderem bot sich dafür die während des Krieges expandierende Psychotechnik an, die teilweise auf der experimentellen Psychologie und Pädagogik aufbaute (vgl. ebd., 12-13). Als „Angewandte Psychologie“ (Stern 1903) etablierte sich die Psychotechnik während des Ersten Weltkriegs vor allem in der Berufseignungsprüfung von Kraftfahrzeugfahrern, Telefonisten oder Piloten. Typisch für die psychotechnischen Untersuchungsmethoden war ihr überwiegend quantifizierender und objektivierender Charakter:

„Wie im Röntgenzimmer der Knochenbruch oder der Sitz des Geschosses studiert werden oder wie der Chemiker die Analyse auf Eiweiß und Zucker durchführt, so wird in dem psychologischen Laboratorium der Psychologe darangehen, das Bewusstsein systematisch auszuleuchten, um Art und Größe der Schädigung festzustellen. Seine Ergebnisse dürften dem Arzte nicht minder erwünscht sein, wie das Röntgenbild oder der serumdiagnostische Befund, wie er etwa durch die Wassermannsche Reaktion erhalten wird“ (Moede 1917, 159).

An verschiedenen Orten in Deutschland wurden psychologische Laboratorien eingerichtet, die sich auf die Untersuchung hirnverletzter Soldaten spezialisierten, so zum Beispiel Poppelreuters „Provinzialberatungsstelle für Kopfschussverletzte“ in Köln, Moedes „Psychologisches Lazarettlaboratorium“ in Leipzig, Kurt Goldsteins (1878-1965) und Adhémar Gelbs (1887-1936) „Institut für die Erforschung der Folgeerscheinungen von Hirnverletzungen“ in Frankfurt und Fritz Gieses „Provinzialinstitut für praktische Psychologie“ in Halle. Spezielle Untersuchungsmethoden wurden vor allem zur allgemeinen Leistungsprüfung und für Störungen des Sprechens, Lesens, Schreibens und Rechnens entwickelt, darunter tachistoskopische und perimetrische Untersuchungen, Versuche zur Gestalt- und Farbwahrnehmung, Intelligenztests, Reaktions- und Ergographenversuche, Schreib- und Rechenproben (vgl. Moede 1917; Poppelreuter 1917; Fröschels & Rothe 1918; Goldstein 1919; Giese 1920).

Einen anderen Weg der Diagnostik schlugen Fritz Hartmann und Josef Göri (1864-1923) an der Grazer Übungsschule für Gehirnverletzte ein: Diagnoseverfahren und pädagogische Übungsbehandlung gingen hier Hand in Hand. Am Anfang des diagnostischen Prozesses stand ein ausführliches Aufnahmegespräch, bei dem auch die Biographie des Patienten eine zentrale Rolle spielte. Das Auf-

nahmeverfahren schildert Göri (1916, 123) am Beispiel eines auf den ersten Blick „gedrückten, zum Teil gelähmten“ 24-jährigen Soldaten, der als „schwerer Fall“ vorgestellt wird: Franz E. war bereits zu Kriegsbeginn, im Oktober 1914, schwer verwundet worden. Er hatte eine zwölfteinhalb Zentimeter lange und einige Zentimeter breite Narbe, die sich auf der linken Schädelseite etwa vier Zentimeter über dem linken Ohr hinzog. Trotz des äußerlich abgeschlossenen Heilungsprozesses sah man unter der Kopfhaut das Pulsieren des Gehirns, da das Geschoss einen Teil des Schädelknochens und des Gehirns zerstört hatte. Der Patient kam nach seiner Verwundung bewusstlos ins Krankenhaus, wo er operiert und ein halbes Jahr später, im März 1915, als geheilt entlassen wurde. Da Franz E. massive Sprachschwierigkeiten hatte und nicht mehr schreiben konnte, brachte sein Vater, ein verarmter Kleinbauer aus dem Egerland, ihn im Oktober 1915 an die „Schule für gehirnverletzte Krieger“ in Graz, die dort vier Monate zuvor eröffnet hatte (vgl. ebd., 124). Bei der Aufnahme in die Klinik stellte ein Arzt dem Patienten verschiedene Fragen, die sich unter anderem auf die konkreten Umstände seiner Verwundung und deren Folgen, auf sein Gedächtnis, seine Sprach- und Rechenkenntnisse sowie weitere kognitive Funktionen bezogen:

„Wann sind Sie verwundet worden?“ – „I was, i hab alle do.“ [Er zeigt auf seine Tasche.]

„Können Sie sich an die Zeit erinnern?“ – „Ja, ja, vor ein Jahr.“

„Wo geschah dies?“ – „Russ–“ – „In Russland?“ – „Ja.“

„Durch was für ein Geschoss wurden Sie verwundet?“ – „Klana, blind, finten.“

„Waren Sie gelähmt, als Sie zum Bewusstsein kamen?“ – „Ja.“ [Zeigt auf die Hand und Fuß.]

„Wie lang konnten Sie Arm und Bein nicht gebrauchen?“ – „Na, waß net, heute a nix noch.“ [...]

„Konnten Sie nach Ihrer Verwundung bald sprechen?“ – „Gar nix, nur so: ki-ki-ki“

„Haben Sie außer Ihrem schlechten Sprechen auch noch andere Beschwerden?“ – „Oh ja, Kop.“ – „Kopfschmerzen?“ (ebd.)

Die anschließende Behandlung sollte mit den untersten Stufen des Schulunterrichts beginnen und von dort aus sukzessive die verlorenen Funktionen wieder aufbauen. Der Unterricht selbst wurde dabei zum diagnostischen Instrument:

„Beim mehr oder minder raschen Durcharbeiten des Lehrstoffes der Volksschule ergeben sich in jedem Falle allmählich die durch die Defekte erzeugten funktionellen Lücken. Diese müssen dann je nach dem individuellen Falle auf dem Wege der Apperzeption, der Assoziationsübung, der Merkübung von den verschiedenen Sinnesystemen unter fortwährender Heranziehung der sinnlichen Anschauung, unter steter Neubildung der assoziativen Verbände und durch eine der schulgemäßen Entwicklung und Ausgestaltung vollkommen angepassten Übung der Begriffsbildung und Begriffszerlegung ausgefüllt werden“ (Hartmann 1916, 414).

Einem ähnlichen Prinzip folgte auch der Unterricht an der „Übungsschule für hirnverletzte und sprachgestörte Krieger“ in Hannover: Aufgaben zur Schulung des Urteilsvermögens waren zugleich Prüfungsaufgaben und umgekehrt (vgl. Bohrisch 1919, 271). Dieselben Verfahren, die dem Aufbau neuen Wissens und der funktionellen Übung dienten, sollten auch die vorhandenen funktionellen Störungen und Ausfälle aufdecken helfen, die durch die üblichen klinischen Methoden unentdeckt geblieben wären und den weiteren Fortgang der Schulung gestört hätten.

Nach Hartmann (1916, 414) ging es darum, „den gesamten Besitzstand an Vorstellungsmaterial zu revidieren, soweit er geschädigt ist pädagogisch neu zu bilden und mit diesem Material alle Einzelleistungen geistiger Tätigkeit funktionell therapeutisch zu beeinflussen“. Die Patienten durchliefen gewissermaßen im Zeitraffertempo die verschiedenen Schul- und Entwicklungsstufen der „Normalentwicklung“. Ein junger Offizier mit einer schweren Aphasie nach Schussverletzung über dem linken Ohr konnte so nach nur wenigen Monaten als erster „Abiturient“ (Göri 1915, 339) der Übungsschule entlassen werden. Dabei wurden die Patienten nicht nur im übertragenen Sinne als Kinder oder Schüler angesehen, sondern ihnen wurden tatsächlich kindliche Verhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale zugeschrieben:

„31. Mai. Heute ist der Patient in sehr gedrückter Stimmung. Er erkennt zum erstenmale die ganze Schwere seines Leidens, fühlt die ihm anhaftenden Mängel; er beginnt aus dem schweren Seelenschlafe zu erwachen, die Seelenblindheit verschwindet, aus dem bisherigen Kinde wird – ein Mann“ (ebd., 338).

So erschien es völlig selbstverständlich, dass in der Grazer Übungsschule von Anfang an neben den Soldaten auch Kinder und Jugendliche mit Sprachstörungen behandelt wurden (vgl. ebd., 335). Die mit der Behandlung der Hirnverletzten gewonnenen Erfahrungen sollten zukünftig als wissenschaftliche Basis für die Hilfsschul- und Heilpädagogik dienen (vgl. Hartmann & Göri 1915, 251).

Einen völlig neuen diagnostischen Weg gingen Goldstein und Gelb ab 1916 am Frankfurter „Institut für die Erforschung der Folgeerscheinungen von Hirnverletzungen“, der als Beginn der modernen neuropsychologischen Diagnostik gilt (vgl. Luria 1966, 312). Goldstein selbst bezeichnete seinen Ansatz als „ganzheitliche“ beziehungsweise „holistische“ Theorie des Organismus (vgl. dazu Harrington 2002, 259-317; Geroulanos & Meyers 2014; Geroulanos & Meyers 2018), die nicht nur in sehr fortschrittlicher Weise den hirnverletzten Menschen als „bio-psycho-soziale Einheit“ begriff, sondern auch systematisch die Beobachterposition des Diagnostizierenden in die Methodik einbezog und reflektierte (vgl. auch Hoffmann 2017). Die Symptome wurden dabei nicht bloß als objektiv zu beobachtende Anzeichen eines bestimmten Krankheits- oder Störungsprozesses betrachtet, sondern in ihrem Verhältnis zu den Vorannahmen der Diagnostizie-

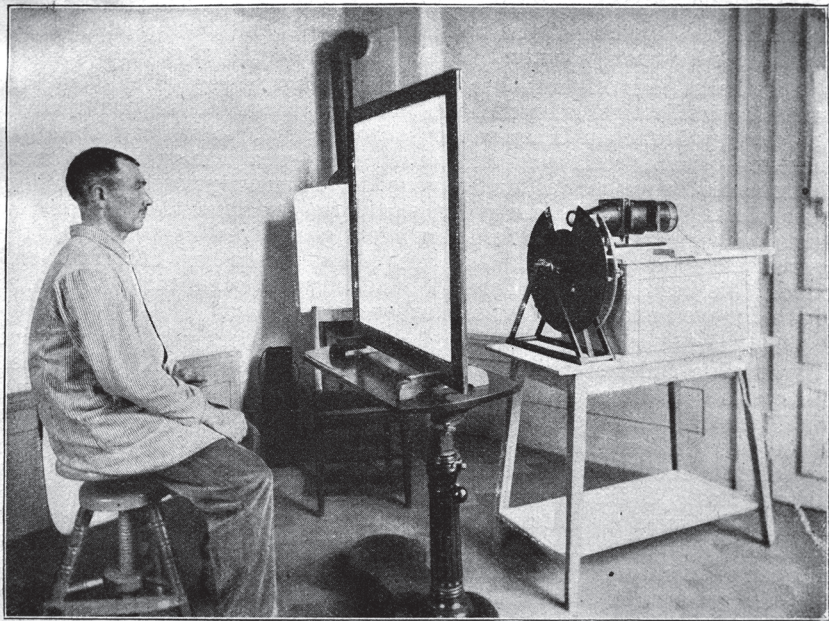


Abb. 3: „Tachistoskopische Untersuchung“ (aus: Goldstein 1919, 23 [Fig. 6]).

renden und zur gesamten Untersuchungssituation. „Die Symptome“, so Goldstein (1971, 126), „sind Antworten, die der Organismus auf ganz bestimmte, von uns gestellte Fragen gibt, sie sind also zum mindesten mitbedingt durch unsere Fragestellung, die wiederum ihrerseits völlig von der theoretischen Grundauffassung bestimmt wird, die wir von der Funktion des Nervensystems haben“ (vgl. auch Goldstein 2014, 15).

Gelb und Goldsteins wohl berühmtester Patient war der sogenannte Fall Schneider, ein 24-jähriger Bergarbeiter, der 1915 als Soldat durch einen Minensplitter im Bereich des Hinterhaupt- und Schläfenlappens eine schwere Kopfverletzung erlitten hatte (vgl. Gelb & Goldstein 1918). Sein Syndrom der „Seelenblindheit“ (optische Agnosie), das sich trotz intakten Sehsinns in der Unfähigkeit äußerte, optische Gestalten, Bilder und Symbole zu erkennen, konnte erst durch aufwändige psychologische Untersuchungen nachgewiesen werden, da der Patient zum Teil unbewusste Strategien entwickelt hatte, um seine neurologischen Ausfälle und Störungen auf Umwegen zu kompensieren.

Gelb und Goldstein erkannten, dass für eine erfolgreiche Rehabilitation nicht bloß die Art und der Schweregrad der Hirnverletzung zu beurteilen waren, sondern deren Auswirkungen auf den ganzen Menschen und seine Lebenssituation (vgl. Goldstein 1919, 1). Die gesellschaftliche und berufliche Wiedereinglieder-

rung der Patienten erschien ihnen dabei als mindestens ebenso wichtig wie deren medizinische Behandlung und Wiederherstellung. Dazu mussten die einzelnen Symptome in ihrer Beziehung zum Gesamtorganismus analysiert werden. Technisch griffen sie sowohl auf herkömmliche medizinische Untersuchungsverfahren zurück als auch auf eine Reihe zum Teil neu entwickelter experimenteller und phänomenologischer Praktiken, wie sie unter anderem in der gestaltpsychologischen Forschung angewandt wurden (siehe Abb. 3). Die Diagnostik beruhte auf einer gründlichen psychologischen Analyse, die der Interpretation der anatomischen und physiologischen Tatsachen vorausgehen musste, damit diese richtig eingeordnet und interpretiert werden konnten. Aus demselben Grund stand die qualitative Analyse vor der quantitativen.

4 Diskussion

Mit Sabine Reh (2012) lassen sich diagnostische Praktiken unterschiedlichen Formen der Beobachtung zuordnen. In ihrer historischen Typologie der Beobachtungspraktiken unterscheidet Reh drei Entwicklungsphasen (vgl. ebd., 22):

- a. den distanzierten und objektiven Beobachter der Natur und der Natur des Menschen, der auf technische Unterstützung setzt (*Typ 1*);
- b. den kontextsensiblen Beobachter, der einen verstehenden, holistischen Blick auf eine Kultur oder soziale Gruppe richtet, sich dabei als Anwesender aber verleugnet (*Typ 2*);
- c. den Beobachter, der eine Art ästhetische Haltung einnimmt und die Phänomene um ihrer selbst willen beobachtet und Achtsamkeit für das Wahrnehmen entwickelt (*Typ 3*).

Die historische Entwicklung des Beobachtens reicht dieser Einteilung zufolge von einem relativ unkritischen Objektivismus (16. bis 19. Jahrhundert), über eine immer differenziertere Problematisierung der Perspektivität und soziokulturellen Verortung der Beobachtenden (erste Hälfte des 20. Jahrhunderts), bis hin zu radikalen Positionen der Relationalität und leiblichen Situiertheit selbstreflexiver Beobachtungspraktiken (ab der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts bis heute). Wie im vorangegangenen Abschnitt gezeigt, finden sich in den diagnostischen Praktiken der Übungsschulen des Ersten Weltkriegs Beispiele für alle drei Entwicklungsphasen: *Typ 1* in den überwiegend quantifizierenden und objektivierenden Testverfahren und Experimenten der Psychotechniker (Poppelreuter, Moede, Giese), *Typ 2* in den pädagogischen Praktiken der „Gesamtrevisionisten“ (Hartmann & Göri, Bohrisch) und *Typ 3* in der Kontextualisierung der neuropsychologischen Symptome und der reflexiven Haltung der Gestalt- und Ganzheitstheoretiker (Gelb & Goldstein).

Nach dem Selbstverständnis der Hilfsschulpädagogik war die psychologische Beobachtung bereits lange vor dem Krieg ein wesentlicher Bestandteil ihrer Professionalität. So schreibt beispielsweise Fuchs (1903, 181), „dass die Hilfsschulpädagogik nur dann auf ihrem Gebiet bedeutende Erfolge erreichen wird, wenn sie diese psychologische Beobachtung und Vertiefung zum Prinzip ihrer Arbeit macht, dass aber alle ihre Forderungen, die sie ohne psychologische Begründung stellen wird, in der Luft hängen und niemanden überzeugen werden“. Betrachtet man dagegen die tatsächliche Praxis an den Hilfsschulen, so ist festzustellen, dass davon sowohl vor als auch nach dem Krieg wenig Gebrauch gemacht wurde. Zwar versuchte man das „schwachsinnige“ Hilfsschulkind durch die Einführung der Unterscheidung „bildungsfähig/bildungsunfähig“ von der Volksschülerschaft abzugrenzen. Doch darüber hinaus wurden kaum Anstrengungen einer präziseren psychologischen Charakterisierung des Hilfsschulkindes unternommen. So griff man für dessen Abgrenzung zum „normalen“ Kind weder auf die zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland eingeführte Intelligenzmessung noch auf Erkenntnisse der experimentellen Psychologie zurück (vgl. Moser 2016, 265). Stattdessen finden sich in Anlehnung an die Medizin eher physiologische oder pathologisierende Beschreibungsversuche, die „eine Grenze zwischen den Normalen und den noch nicht ganz Unnormalen, d.h. in besonderen Schulen noch beschulbaren Kindern“ (ebd., 266), zogen.

Vera Moser geht deshalb davon aus, dass der Diskurs über das Hilfsschulkind nicht so sehr durch pädagogische bzw. wissenschaftliche Interessen geprägt ist, sondern durch normative Ordnungsvorstellungen und moralische Grenzziehungen. Demnach handelt es sich bei der Konstruktion des Hilfsschulkindes um eine Rechtfertigungsordnung oder ein Rechtfertigungsnarrativ, „welches im Kontext der Bearbeitung der Sozialen Frage im ausgehenden 19. und beginnenden 20. Jahrhundert Ausschlusskriterien für die Volksgemeinschaft definiert, somit sozial wirksame Kollektive schafft und zugleich das Gemeinsame neu konstituiert“ (ebd., 257). Mit dieser These schließt Moser an die Forderung von Heinz-Elmar Tenorth (2006, 507) an, wonach die Entstehung der Hilfsschule nicht im Kontext der Behindertenpädagogik zu situieren sei, sondern im Verhältnis zum Elementar- und Volksschulwesen. Moser verweist auf soziale Krisenphänomene, die mit der Modernisierung gegen Ende des 19. Jahrhunderts einhergingen, wie etwa die wachsende soziale Mobilität, Veränderungen der alltäglichen Lebensformen und -räume sowie die Neukonstitution sozialer Identitäten von Klassen und Milieus (vgl. Moser 2016, 257). Dieser Wandel warf um 1900 die Frage neu auf, was als gesellschaftlich „normal“ beziehungsweise „abweichend“ gelten sollte. In diesem Zusammenhang fungierte das Hilfsschulkind als eine Art „Schwellenfigur“ (Parr 2009), die an der Grenze von „Normalität“ und „Anormalität“ zur symbolischen Projektionsfläche für neue Ordnungsvorstellungen zwischen nationalstaatlicher Vereinheitlichung und sozialer Differenzierung wurde (vgl. Moser 2016, 273).

Die an den Übungsschulen während des Ersten Weltkriegs entwickelten Diagnoseverfahren gingen weit über die klassifizierende und pathologisierende Zuordnung von Krankheits- und Störungsbildern der älteren Psychiatrie und Neurologie hinaus: Im Mittelpunkt standen dynamische Aspekte der Wechselwirkung von Person und Umwelt sowie die Individualität und Situiertheit von Verhaltensweisen und Symptomen (vgl. Goldstein 2014). An die Stelle des bis dahin vorherrschenden therapeutischen Nihilismus traten Behandlungsformen, die von allen beteiligten Fachdisziplinen (Psychologie, Neurologie, Psychiatrie, Arbeitstherapie und Pädagogik) als sehr effizient und erfolgreich angesehen wurden und sich oft eng an den Unterrichts- und Übungsmethoden der Hilfsschul- und Heilpädagogik orientierten.

Anders als in der Psychologie und Medizin, wo diese neuen Praktiken im Rahmen psychotechnischer, neuropsychologischer und gestaltpsychologischer Forschungen auch später fortgeführt und weiterentwickelt worden sind, wurden in der Heil- und Hilfsschulpädagogik die daraus erwachsenden Chancen einer Verwissenschaftlichung und Theoretisierung ihrer Praxis kaum ergriffen. So blieben die Erfahrungen der „Kriegsverletzten-Pädagogik“ (Stern 1916) für die Nachkriegs-Pädagogik weitgehend folgenlos. In der Hilfsschulpädagogik gerieten sie so schnell in Vergessenheit, dass Fuchs – ab 1916 pädagogischer Leiter der Berliner Übungsschule für Kopfschussverletzte und Herausgeber eines viel beachteten Sammelbandes über *Die heilpädagogische Behandlung der durch Kopfschuss verletzten Krieger* (1918) – vier Jahre nach Kriegsende im historischen Teil seines bekannten Lehrbuchs über *Schwachsinnige Kinder* (3. Aufl. 1922) der Anwendung der Hilfsschulpädagogik auf die Kriegsfürsorge nur noch einen einzigen kurzen Satz widmete (vgl. Fuchs 1922, 41). Dies könnte die These stützen, dass die Hilfsschulpädagogik tatsächlich wenig an einem wissenschaftlichen Brückenschlag zur Medizin oder Psychologie interessiert war, da die Funktion und Zielrichtung der Hilfsschule vor allem in der institutionellen und sozialen Abgrenzung ihrer „anormalen“ Klientel von der „normalen“ Volksschülerschaft bestand. Die Vorstellung, dass der sogenannte Schwachsinn des Hilfsschulkindes tatsächlich „geheilt“ oder „normalisiert“ werden könnte, widersprach offenbar der gängigen Überzeugung von einer im Wesentlichen anlagebedingten Gehirnpathologie (vgl. ebd., 208), die sich pädagogisch zwar verbessern, aber ansonsten kaum beeinflussen ließ.

Quellen- und Literaturverzeichnis

Quellen

- Bachmaier, R. (1916): Programm und Organisation einer Heilschule für Kriegsbeschädigte. Halle: C. Marhold.
- Biesalski, K. (1915): „Krüppel!“ In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 8 (1), 88-90.
- Bohrisch, A. (1919): Die heilpädagogische Behandlung sprachgestörter Kopfschussverletzter an ausgewählten Unterrichtsbeispielen dargestellt. In: Die Hilfsschule 12 (9), 264-272.

- Draeseke, J. & Herms, O. (1917): Die Hilfsschule im Dienste der Kopfschussverletzten. Beobachtungen in der vom hamburgischen Landesausschuss für Kriegsbeschädigte eingerichteten Schule für gehirnverletzte Krieger. Berlin: Voss.
- Fröschels E. (1915): Übungsschulen für Gehirnrüppel. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 62 (27), 913.
- Fröschels, E. & Rothe, K. C. (1918): Die Kopfverletzungen im Kriege. Ihre psychologische Untersuchung, Behandlung und Fürsorge. Wien: Moritz Perles.
- Fuchs, A. (1903): Beobachtungen an schwach sinnigen Kindern. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie, Pathologie und Hygiene, 5. Jg., 179-192.
- Fuchs, A. (1918a): Die pädagogischen Fehler der Kopfschussverletzten und ihre heilpädagogische Behandlung. In: Ders. (Hrsg.): Die heilpädagogische Behandlung der durch Kopfschuss verletzten Krieger. Halle: C. Marhold, 9-31.
- Fuchs, A. (Hrsg.) (1918b): Die heilpädagogische Behandlung der durch Kopfschuss verletzten Krieger. Halle: C. Marhold.
- Fuchs, A. (1922): Schwachsinnige Kinder. Ihre sittlich-religiöse, intellektuelle und wirtschaftliche Rettung. Versuch einer Hilfsschulpädagogik. 3., erw. u. verb. Aufl. Gütersloh: C. Bertelsmann.
- Gelb, A. & Goldstein, K. (1918): Zur Psychologie des optischen Wahrnehmungs- und Erkennungsvorganges (Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle auf Grund von Untersuchungen Hirnverletzter, I. Abhandlung) In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 41 (1), 1-142.
- Giese, F. (1920): Das psychologische Übungszimmer. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, 58. Jg., 133-160.
- Göri, J. (1915): Aus der Übungsschule für Gehirnverletzte. In: Österreichische Zeitschrift für Lehrerbildung 7 (7/8), 335-341.
- Göri, J. (1916): Neues aus der Schule für Gehirnverletzte. In: Österreichische Zeitschrift für Lehrerbildung 8 (5/6), 121-129.
- Goldstein, K. (1916): Übungsschulen für Hirnverletzte. In: Zeitschrift für Krüppelfürsorge 9 (1), 17-21.
- Goldstein, K. (1919): Die Behandlung, Fürsorge und Begutachtung der Hirnverletzten (zugleich ein Beitrag zur Verwendung psychologischer Methoden in der Klinik). Leipzig: F. C. W. Vogel.
- Goldstein, K. (1971): Selected Papers/Ausgewählte Schriften. Hrsg. von A. Gurwitsch u.a. Den Haag: Nijhoff.
- Goldstein, K. (2014): Der Aufbau des Organismus. Einführung in die Biologie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen am kranken Menschen. Hrsg. von T. Hoffmann & F. W. Stahnisch. Paderborn: Fink Verlag.
- Hartmann, F. (1915): Übungsschulen für Gehirnrüppel (Sprachkranke und andere Gehirnverletzte). In: Münchener Medizinische Wochenschrift 62 (23), 769-770. [Erneut abgedruckt in: Die Hilfsschule 8 (9), 185-189.]
- Hartmann, F. (1916): Übungsschulen für Gehirnrüppel (Sprachkranke und andere Gehirnverletzte), II. Mitteilung. In: Münchener Medizinische Wochenschrift 63 (12), 413-415.
- Hartmann, F. & Göri, J. (1915): Eine Übungsschule für „Gehirnrüppel“. In: Österreichische Zeitschrift für Lehrerbildung 7 (5/6), 246-251. [Erster Teil identisch mit Hartmann 1915.]
- Hirschfeld, M. (1930): Sittengeschichte des Weltkriegs, 1. Bd. Leipzig und Wien: Schneider & Co.
- Moede, W. (1917): Die Übungstherapie der Gehirnbeschädigten im psychologischen Lazarettlaboratorium. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie 18 (3), 159-164, 226-233.
- Poppelreuter, W. (1917): Die psychischen Schädigungen durch Kopfschuss im Kriege 1914/16 mit besonderer Berücksichtigung der pathopsychologischen, pädagogischen, gewerblichen und sozialen Beziehungen, 1. Bd.: Die Störungen der niederen und höheren Sehlleistungen durch Verletzungen des Okzipitalhirns. Leipzig: Voss.

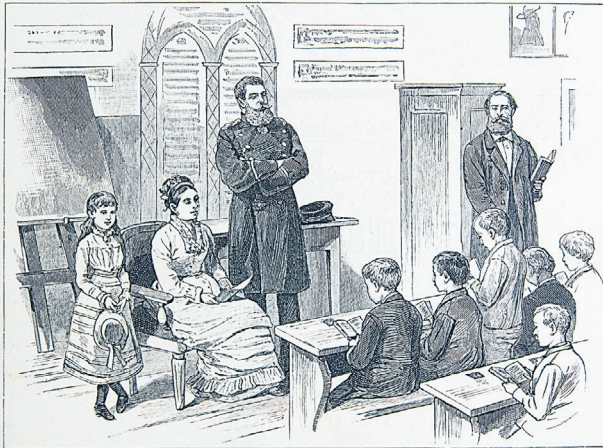
- Poppelreuter, W. (1918): Die psychischen Schädigungen durch Kopfschuss im Kriege 1914/17 mit besonderer Berücksichtigung der pathopsychologischen, pädagogischen, gewerblichen und sozialen Beziehungen, 2. Bd.: Die Herabsetzung der körperlichen Leistungsfähigkeit und des Arbeitswillens durch Hirnverletzung im Vergleich zu Normalen und Psychogenen. Leipzig: Voss.
- Ruttman, W. J. (1915): Psychologische und pädagogische Fragen der Invalidenfürsorge. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie und experimentelle Pädagogik 16 (7), 459-463.
- Sickinger, A. (1916): Der Differenzierungsgedanke in seiner Anwendung auf die Genesendenkompanie. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie und experimentelle Pädagogik 17 (6), 353-362.
- Stern, W. (1903): Angewandte Psychologie. In: Beiträge zur Psychologie der Aussage, 1. Jg., 4-45.
- Stern, W. (1916): Über Kriegsverletzten-Pädagogik. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie und experimentelle Pädagogik 17 (4), 208-214.
- Stößner, A. (1919): Die unterrichtliche Behandlung Kopfschussverletzter. In: Zeitschrift für Pädagogische Psychologie und experimentelle Pädagogik 20 (1), 48-53.

Literatur

- Bendele, U. (1984): Krieg, Kopf und Körper: Lernen für das Leben – Erziehung zum Tod. Frankfurt/M., Berlin und Wien: Ullstein.
- Beschel, E. (1967): Nachwort. In: A. Fuchs: Versuch einer Hilfsschulpädagogik. Eine Auswahl aus: Schwachsinnige Kinder, ihre sittliche, intellektuelle und wirtschaftliche Rettung, 3. Aufl. Berlin: Marhold.
- Böhm, W. (2004): Der Krieg als Erzieher. Die Verherrlichung des Krieges durch die Pädagogik. In: T. Gatzemann & A.-S. Göing (Hrsg.): Geisteswissenschaftliche Pädagogik, Krieg und Nationalsozialismus. Kritische Fragen nach der Verbindung von Pädagogik, Politik und Militär. Frankfurt/M.: Peter Lang, 9-36.
- Crouthamel, J. (2014): Deutsche Soldaten und „Männlichkeit“ im Ersten Weltkrieg. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 64 (16/17), 39-46.
- Eckart, W. U. (2014): Medizin und Krieg: Deutschland 1914-1924. Paderborn: Schöningh.
- Ellger-Rüttgardt, S. (2008): Geschichte der Sonderpädagogik. München: Reinhardt.
- Frommelt, P. (2010): Historische Perspektiven der Neurorehabilitation. In: P. Frommelt & H. Lösslein (Hrsg.): NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams. 2. Aufl. Berlin und Heidelberg: Springer, 35-56.
- Geißler, G. (2011): Schulgeschichte in Deutschland: Von den Anfängen bis in die Gegenwart. Frankfurt/M.: Peter Lang.
- Geroulanos, S. & Meyers, T. (2014): Experimente im Individuum. Kurt Goldstein und die Frage des Organismus. Berlin: August.
- Geroulanos, S. & Meyers, T. (2018): The Human Body in the Age of Catastrophe. Brittleness, Integration, Science, and the Great War. Chicago: The University of Chicago Press.
- Hänsel, D. & Schwager, H.-J. (2004): Die Sonderschule als Armenschule. Vom gemeinsamen Unterricht zur Sondererziehung nach Braunschweiger Muster. Bern: Peter Lang.
- Harrington, A. (2002): Die Suche nach Ganzheit. Die Geschichte biologisch-psychologischer Ganzheitslehren vom Kaiserreich bis zur New-Age-Bewegung. Reinbek: Rowohlt.
- Hillenbrand, C. (1994): Reformpädagogik und Heilpädagogik unter besonderer Berücksichtigung der Hilfsschule. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.
- Hofer, H.-G. (2004): Nervenschwäche und Krieg. Modernitätskritik und Krisenbewältigung in der österreichischen Psychiatrie (1880-1920). Wien, Köln und Weimar: Böhlau Verlag.
- Hoffmann, T. (2017): Kurt Goldstein und das Programm einer konkreten Humanwissenschaft. In: W. Lanwer & W. Jantzen (Hrsg.): Jahrbuch der Luria-Gesellschaft 2016. Berlin: Lehmanns Media, 12-39.
- Kienitz, S. (2008): Beschädigte Helden. Kriegsinvalidität und Körperbilder 1914-1923. Paderborn: Schöningh.

- Luria, A.R. (1966): Kurt Goldstein and Neuropsychology. In: *Neuropsychologia*, 4. Jg., 311-313.
- Malleier, E. (1996): Formen männlicher Hysterie. Die Kriegsneurose im Ersten Weltkrieg. In: E. Miza (Hrsg.): *Körper – Geschlecht – Geschichte. Historische und aktuelle Debatten in der Medizin*. Innsbruck und Wien: Studien-Verlag, 147-167.
- Michl, S. (2007): Im Dienste des „Volkskörpers“. Deutsche und französische Ärzte im Ersten Weltkrieg. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Michl, S. (2014): Gefühlswelten. Konzepte von Angst in der Kriegspsychiatrie. In: *Deutsches Ärzteblatt* 111 (33/34), A 1414-1416.
- Möckel, A. (2001): *Geschichte der besonderen Grund- und Hauptschule*. 4. Aufl. Heidelberg: Winter/Edition S.
- Möckel, A. (2007): *Geschichte der Heilpädagogik oder Macht und Ohnmacht der Erziehung*. 2., völlig überarb. Neuaufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Möhring, M. (2007): Kriegversehrte Körper. Zur Bedeutung der Sichtbarkeit von Behinderung. In: A. Waldschmidt & W. Schneider (Hrsg.): *Disability Studies, Kulturosoziologie und Soziologie der Behinderung. Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld*. Bielefeld: transcript, 175-197.
- Moser, V. (2016): Die Konstruktion des Hilfsschulkindes – ein modernes Symbol zur Regulation des Sozialen? In: C. Groppe, G. Kluchert & E. Matthes (Hrsg.): *Bildung und Differenz*. Wiesbaden: Springer VS, 255-276.
- Osten, P. (2004): *Die Modellanstalt. Über den Aufbau einer „modernen Krüppelfürsorge“ 1905-1933*. Frankfurt/M.: Mabuse Verlag.
- Parr, R. (2009): Monströse Körper und Schwellenfiguren als Faszinations- und Narrationstypen ästhetischen Differenzgewinns. In: A. Geisenhanslüke & G. Mein (Hrsg.): *Monströse Ordnungen. Zur Typologie und Ästhetik des Normalen*. Bielefeld: transcript, 19-42.
- Pawlowsky, V. & Wendelin, H. (2015): *Die Wunden des Staates. Kriegsoffer und Sozialstaat in Österreich 1914-1938*. Wien, Köln und Weimar: Böhlau Verlag.
- Preilowski, B. (2009): Zur Geschichte der Neuropsychologie. In: W. Sturm, M. Herrmann & T. F. Münte (Hrsg.): *Lehrbuch der Klinischen Neuropsychologie. Grundlagen, Methoden, Diagnostik, Therapie*. 2. Aufl. Heidelberg: Spektrum, 5-31.
- Preiss, G. (Hrsg.) (1996): *Neurodidaktik. Theoretische und praktische Beiträge*. Pfaffenweiler: Centaurus.
- Prondczynsky, A. von (2004): Kriegspädagogik 1914-1918. Ein nahezu blinder Fleck der Historischen Bildungsforschung. In: T. Gatzemann & A. S. Göing (Hrsg.): *Geisteswissenschaftliche Pädagogik, Krieg und Nationalsozialismus. Kritische Fragen nach der Verbindung von Pädagogik, Politik und Militär*. Frankfurt/M.: Peter Lang, 37-68.
- Reh, S. (2012): Beobachten und aufmerksames Wahrnehmen. Aspekte einer Geschichte des Beobachtens. In: H. de Boer & S. Reh (Hrsg.): *Beobachtung in der Schule – Beobachten lernen*. Wiesbaden: Springer VS, 3-25.
- Ruff, M. (2015): *Gesichter des Ersten Weltkriegs. Alltag, Biografien und Selbstdarstellungen von gesichtsverletzten Soldaten*. Stuttgart: Steiner.
- Scholz, J. & Berdelmann, K. (2016): The quotidianisation of the war in everyday life at German schools during the First World War. In: *Paedagogica Historica* 52 (1/2), 92-103.
- Solarová, S. (Hrsg.) (1983): *Geschichte der Sonderpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Tenorth, H.-E. (2002): Pädagogik für Krieg und Frieden. Eduard Spranger und die Erziehungswissenschaft an der Berliner Universität, 1913-1933. In: K.-P. Horn & H. Kemnitz (Hrsg.): *Pädagogik Unter den Linden. Von der Gründung der Berliner Universität im Jahre 1810 bis zum Ende des 20. Jahrhunderts*. Stuttgart: Franz Steiner, 191-226.
- Tenorth, H.-E. (2006): Bildsamkeit und Behinderung. Anspruch, Wirksamkeit und Selbstdestruktion einer Idee. In: L. Raphael & H.-E. Tenorth (Hrsg.): *Ideen als gesellschaftliche Gestaltungskraft im Europa der Neuzeit*. München: Oldenbourg, 499-530.

Bildungsgeschichte. Forschung – Akzente – Perspektiven



Schulprüfung in Dornstedt in Anwesenheit der kaiserlichen Familie.

Sabine Reh / Patrick Bühler
Michèle Hofmann / Vera Moser
(Hrsg.)

Schülersauslese, schulische Beurteilung und Schülertests 1880–1980

Sabine Reh
Patrick Bühler
Michèle Hofmann
Vera Moser
(Hrsg.)

Schülersauslese, schulische Beurteilung und Schülertests 1880–1980

Verlag Julius Klinkhardt
Bad Heilbrunn • 2021

k

Inhaltsverzeichnis

Sabine Reh, Patrick Bühler, Michèle Hofmann und Vera Moser

Einleitung

Prüfen, Testen, Auslesen und Zuweisen. Zum Inklusions-Paradox
des Schulsystems 7

Jona Garz, Vera Moser und Stefan Wünsch

Die „Kielhorn-Rede“: Ursprungsmythos der deutschen Hilfsschule 29

Jona Garz

„Schriftproben von schwachsinnigen resp. idiotischen Kindern“.

Testwissen zwischen Psychiatrie und Pädagogik um 1900 47

Michèle Hofmann

Grenzziehungen – Praktiken der Kategorisierung geistig

„anormaler“ Kinder um 1900 in der Schweiz 63

Patrick Bühler

„Komplett pessimistisch eingestellt“. Hilfe und Heilung in der

Schweizer Sonderpädagogik zu Beginn des 20. Jahrhunderts 81

Cristina Alarcón López

Genealogie des Grundschulgutachtens im Zeichen des Dispositivs der

„Schülersauslese“ 97

Rebecca Heinemann

Im „Mittelpunkt sowohl der theoretisch-psychologischen wie der

angewandt psychologischen Arbeit“. Das personalistische

Begabungskonzept William Sterns 113

Susanne Schregel

„Übernormalen-Pädagogik“ und „Begabenschulen“ zwischen

Kaiserreich und Weimarer Republik 135

Joachim Scholz

„In zweifelhaften Fällen mag der Geist der Milde den Ausschlag geben“ –

Korrektur und Benotung des deutschen Abituraufsatzes in historischen

Debatten und Praktiken 153

Kerrin v. Engelhardt

„Der papierene Drache“ – Der Reifeprüfungsaufsatz zwischen
1890 und 1930 171

Thomas Hoffmann

Übungsschulen für „Gehirnkrüppel“: Diagnostik, Therapie und
heilpädagogische Behandlung hirnverletzter Soldaten 1914-1918 191

Johanna Lerch

„Das Kind vor verfehlter Wahl geschützt“. Die Einführung eines
„berufspsychologischen Schülerbeobachtungsbogens“
in Berliner Schulen, 1917-1923 209

Fanny Isensee

„Intelligence tests were given in order to obtain a basis for classifying
the pupils“ – Die Reclassification Projects in New York City in den
1920er Jahren 225

Nadja Wenger

„Ihr gebt mich fort, weil ihr mich nicht gern habt.“ Gutachten der
St. Galler Fürsorgestelle für Anormale in den 1940er-Jahren 241

Michaela Vogt

Das Hilfsschulaufnahmeverfahren als „Grenzzone“ der
Schülerauslese in BRD und DDR 259

Autor*innenangaben 275