

VIRUS

Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin

Band 17

Schwerpunkt: Medikalisierte Kindheiten. Die neue Sorge um das Kind
vom ausgehenden 19. bis ins späte 20 Jahrhundert

Herausgegeben von

Elisabeth Dietrich-Daum, Michaela Ralser und Elisabeth Lobenwein

für den Verein für Sozialgeschichte der Medizin

Leipzig: Leipziger Universitätsverlag, 2018



Sylvia Wagner

Arzneimittelstudien an Heimkindern in der BRD – Deskription und Erklärungsansätze¹

English Title

Pharmaceutical Studies on Children in Care in the FRG – Description and Declaration Approaches

Summary

In this essay, the drug is moved from different perspectives to the center of considerations. Drug studies on children in institutional care, different motivations and objectives as well as the interactions of different actors are being shown. The drug is the object of investigation, but also the source of effects on medically, institutionally and economically acting agents and thus the central actor. Children in institutional care were a readily available study population. So they could be tested on the antibody-inducing effect of vaccines. Studies with neuroleptics and sexual drive depressant drugs had no medically indicated target, but were rather “door openers” for the use of these preparations. With these drugs, a better traceability of the “inmates” should be achieved. This served to stabilize the “total institution” children’s home, and thus could be called a “social medication”.

Keywords

Medicalization, children, experiments on human beings, informed consent, Germany, clinical-trial

¹ Für Kritik und Anregungen danke ich Heiner Fangerau, Michaela Ralser sowie dem/der Gutachter/-in (N. N.).

Einleitung

Die Rolle der Medizin und der Mediziner/-innen in den Heimen² für Kinder und Jugendliche der BRD in den 1950er-Jahren bis in die 1970er-Jahre hinein ist bis heute in den historischen Wissenschaften erst ansatzweise thematisiert worden.³ Konkret zum Thema „Arzneimittelstudien“ wurde die vom Historiker Uwe Kaminsky beschriebene Untersuchung mit dem Neuroleptikum Chlorprothixen im Heim Neu-Düsselthal⁴ im Abschlussbericht des „Runden Tisches Heimerziehung“ (RTH) von 2010 zunächst als Ausnahme eingeschätzt.⁵ Eine Veröffentlichung der Autorin über etwa 50 weitere durchgeführte „Arzneimittelstudien“ an Heimkindern⁶ zeigte Ende 2016 ein großes mediales und öffentliches Interesse am Thema und führte zu einer emotionalen Diskussion sowie zu einer Induktion weiterer Forschungsvorhaben.

In diesem Aufsatz sollen diese bereits bekannten Prüfungen von Arzneimitteln, die den Gruppen der Impfstoffe, Psychopharmaka und triebhemmenden Präparate zuzuordnen sind, zusammenfassend dargestellt und einige weitere Prüfungen erwähnt werden. Nach einer Einordnung in den historischen Kontext werden schließlich aus der Analyse des Materials Erklärungsansätze für das Phänomen der Medikamententestungen an Heimkindern entwickelt. Ein eventueller Zusammenhang der Prüfung von Psychopharmaka (vor allem Neuroleptika) und triebhemmenden Präparaten mit einem medizinisch nicht indizierten Einsatz von Arzneimitteln zur Aufrechterhaltung der institutionellen Ordnung in den Heimen wird untersucht. Eine solche Verabreichung von Medikamenten wird in dieser Arbeit als „soziale Medikation“ bezeichnet (siehe unten).

Als Ausgangspunkt für eine Analyse bietet sich das Konzept der „Totalen Institution“ von Erving Goffman an, das er 1961 in seinem Buch „Asyle“ dargestellt hat.⁷ Bereits Ende der 1960er-Jahre war es ein Schlüsseltext der Heimkritik der Studentenbewegung. Darüber hinaus wird bei diesem Thema ein Zusammenwirken von medizinischen, institutionellen („Totale Institution“), ökonomischen und gesellschaftlichen Interessen deutlich. Es handelt sich um eine Interaktion von verschiedenen Akteuren, deren unterschiedliche Motivationen und Zielrichtungen auf das Studienobjekt, das Arzneimittel, fokussiert sind. Dabei erscheint das Arzneimittel zugleich als Objekt dieser Akteure wie auch als zentraler Akteur mit Wirkung auf diese. Zur Darstellung dieses interaktionalen Zusammenhanges soll in Anlehnung an Klaus Schepker und Heiner Fangerau die Metapher des Netzwerkes, entsprechend der Akteur-Netz-

2 Mit „Heimen“ werden in dieser Arbeit zusammenfassend Säuglings- und Kinderheime, Fürsorgeerziehungseinrichtungen, Behinderteneinrichtungen sowie Kinder- und Jugendpsychiatrien bezeichnet.

3 Vgl. Hans-Walter SCHMUHL, Heimerziehung in der Bundesrepublik Deutschland in den 1950er- und 1960er-Jahren. Eine Spurensuche zur Rolle der Medizin, in: Pädiatrische Praxis. Zeitschrift für Kinder- und Jugendmedizin in Klinik und Praxis 78/2 (2012), 189–198.

4 Uwe KAMINSKY, Die Verbreiterung der „pädagogischen Angriffsfläche“, in: LVR, Hg., Verspätete Modernisierung. Öffentliche Erziehung im Rheinland – Geschichte der Heimerziehung in Verantwortung des Landesjugendamtes (1945–1972) (Essen 2011), 485–494.

5 Abschlussbericht RTH (Berlin 2010), 20. Der RTH berücksichtigte nicht ehemalige Heimkinder, die in Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Behindertenhilfe untergebracht waren.

6 Sylvia WAGNER, Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte. Arzneimittelstudien an Heimkindern, online unter: http://duepublico.uni-duisburg-essen.de/servlets/DocumentServlet/Document-42079/04_Wagner_Heime.pdf (letzter Zugriff: 21.09.2017).

7 Erving GOFFMAN, Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen (Frankfurt am Main 1981).

werk-Theorie von Bruno Latour⁸, heuristisch genutzt werden.⁹ Mit Latour und anderen wird auch „dinglichen Gegenständen“ ein Platz in Netzwerken eingeräumt, „da auch sie die ‚Arbeit‘ und das ‚Werken‘ im Netzwerk z. B. dadurch bestimmen, dass sie Handlungsoptionen und -räume festlegen“.¹⁰ In dem in der vorliegenden Untersuchung praktizierten netzwerkanalytischen Ansatz ist das Medikament dinglicher Akteur. Zunächst werden im folgenden Kapitel wichtige Kontextinformationen geliefert. Es werden die Strukturen und rechtlichen Grundlagen der Heimerziehung im untersuchten Zeitraum erläutert, folgend die ethischen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Arzneimittelprüfung skizziert und schließlich eine Übersicht zu bisherigen Arbeiten über „Arzneimittelstudien“ an Heimkindern in der Zeit von 1949 bis 1975 gegeben.

Kontextualisierung

Rechtliche Grundlagen der Heimerziehung

Für die Heimunterbringung in der BRD gab es für den untersuchten Zeitraum unterschiedliche rechtliche Grundlagen. Mit der Gründung der BRD 1949 wurde zunächst das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz (RJWG) von 1922 übernommen, das 1953 in Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) umbenannt wurde, einhergehend mit einigen Neuerungen. Das RJWG bildete die rechtliche Grundlage für die Fürsorgeerziehung Minderjähriger, die bei attestierter „Verwahrlosung“, aber auch „drohender Verwahrlosung“ durch Beschluss des Vormundschaftsgerichtes angeordnet werden konnte. Einen Antrag auf Fürsorgeerziehung konnte das Jugendamt, das Landesjugendamt oder diverse Personensorgeberechtigte stellen. Die Organe der öffentlichen Jugendhilfe waren die Jugendämter und Landesjugendämter, die damit auch die Aufsichtsbefugnisse innehatten. Die Fürsorgeerziehung war rechtlich unabhängig vom Willen des Erziehungsberechtigten und des Minderjährigen und ersetzte die Erziehung durch privatrechtlich Erziehungsberechtigte.¹¹ Ein Beispiel bietet hier die von Kaminsky beschriebene Untersuchung mit Chlorprothixen im Heim Neu-Düsseldorf an 40 Kindern,¹² wobei der Leiter des Landesjugendamtes Jans seine Zustimmung mit dem Hinweis erteilt hatte, „dass das Landesjugendamt als ‚Träger von Erziehungsrechten und -pflichten‘ an Stelle der Eltern die ‚bestmögliche Hilfe‘ zu gewähren habe“.¹³

8 Bruno LATOUR, *Die neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie* (Frankfurt am Main 2007).

9 Vgl. Klaus SCHEPKER / Heiner FANGERAU, *Die Gründungsgeschichte der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik (DGKH) und ihr Wirken – ein netzwerkanalytisches Vorgehen*, in: Heiner Fangerau / Sascha Topp / Klaus Schepker, Hg., *Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung* (Berlin 2017), 18–35.

10 Ebd., 19.

11 Vgl. Hans MUTHESIUS, *Reichsjugendwohlfahrtsgesetz* (Stuttgart 1950). Vgl. auch Klaus SCHEPKER / Michael KÖLCH, *Psychopharmaka in den 1950ern – zur Verwissenschaftlichung einer Debatte*, in: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 45/5 (2017), 417–424, hier 419.

12 Vgl. Bernhard FRINGS / Uwe KAMINSKY, *Gehorsam – Ordnung – Religion. Konfessionelle Heimerziehung 1945–1975* (Münster 2012), 265–266.

13 KAMINSKY, *Verbreiterung*, wie Anm. 4, 487.

Neben der Fürsorgeerziehung gab es in der BRD die Freiwillige Erziehungshilfe, deren Rechtsgrundlage in den einzelnen Bundesländern vor allem in der Zeit vor der JWG-Novelle jedoch sehr uneinheitlich war.¹⁴ Die Freiwillige Erziehungshilfe erfolgte im Unterschied zur Fürsorgeerziehung zwar mit Zustimmung der Erziehungsberechtigten, de facto drohte jedoch bei Nicht-einwilligung die Fürsorgeerziehung.¹⁵ Auch in der Praxis unterschieden sich Fürsorgeerziehung und Freiwillige Erziehungshilfe für die Minderjährigen kaum.¹⁶ Die Freiwillige Erziehungshilfe war an das Landesjugendamt gebunden.

Ethische und rechtliche Rahmenbedingungen der Prüfung von Arzneimitteln

Bereits Ende des 19. Jahrhunderts¹⁷ und während der Weimarer Zeit¹⁸ führten Versuche an vulnerablen Personengruppen wie Strafgefangenen, Prostituierten, sozial Schwachen und Heimkindern zu öffentlichen Diskussionen und in deren Folge auch zu rechtlichen Bestimmungen für medizinische Forschung an Menschen. Der preußische Erlass über Menschenversuche von 1900 forderte die Zustimmung des Probanden nach vorheriger Informierung (informed consent). Ebenso verlangten die 1931 vom Reichsministerium des Inneren verabschiedeten „Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen“¹⁹ eine Einwilligung der Probanden nach Informierung. Wie aus dem Titel der Richtlinien schon hervorgeht, wurde hier im Gegensatz zu dem Erlass von 1900 auch unterschieden zwischen einer „neuartigen Heilbehandlung“ und einem „wissenschaftlichen Versuch“. Außerdem lehnten die Richtlinien das Ausnutzen der sozialen Lage von Versuchspersonen ab. Versuche an Kindern oder Jugendlichen unter 18 Jahren wären unstatthaft, wenn sie das Kind oder den Jugendlichen auch nur im Geringsten gefährden würden.²⁰

Diese Richtlinien konnten jedoch weitere ethisch fragwürdige Experimente wie die menschenverachtenden Versuche während der Zeit des Nationalsozialismus nicht verhindern. Auch herrscht bis heute in Fachkreisen keine Einigkeit zum rechtlichen Status und zur weiteren Gültigkeit der Richtlinien in der BRD. Bereits während des Nürnberger Ärzteprozesses 1947 diskutierte man darüber, ob die Richtlinien durchsetzbares, gültiges Recht darstellten oder nur empfehlenden Charakter hätten, wobei die Einschätzung je nach Interessenlage unter-

14 Vgl. Dietmar von der PFORDTEN, Expertise zu Rechtsfragen der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre. Gutachten im Auftrag des „Runden Tisch Heimerziehung“ (Göttingen 2010), 22–28.

15 Vgl. Matthias FRÖLICH, Hg., Quellen zur Geschichte der Heimerziehung in Westfalen 1945–1980 (Paderborn u. a. 2011), 7–8.

16 Vgl. ebd.

17 Barbara ELKELES, Der moralische Diskurs über das medizinische Menschenexperiment im 19. Jahrhundert (Stuttgart u. a. 1996).

18 Z. B. Lutz SAUERTEIG, Ethische Richtlinien, Patientenrechte und ärztliches Verhalten bei der Arzneimittelprüfung (1892–1931), in: *Medizinhistorisches Journal* 35 (2000), 303–334.

19 Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen [Rundschreiben des Reichsministers des Inneren, 28. Februar 1931], *Reichsgesundheitsblatt*, 55,6 (1931), 174–175.

20 Vgl. ebd.

schiedlich ausfiel.²¹ Schepker und Kölch schrieben 2017, dass die Richtlinien 1949 nicht in BRD-Recht übernommen werden konnten, da sie keine Gesetzeskraft hatten.²² Zeitgenössisch legte der Rechtsmediziner Hans-Joachim Wagner in einem Aufsatz „Zur Problematik wissenschaftlicher Versuche am Menschen aus gerichtsärztlicher Sicht“²³ 1967 jedoch dar, dass diese Richtlinien nach wie vor Gültigkeit besäßen, doch seien sie nur wenigen Ärzten bekannt.

Ein explizites Gesetz, das die Rechte oder den Schutz der Versuchspersonen bei klinischen Arzneimittelprüfungen festschrieb, existierte für den untersuchten Zeitraum in der BRD nicht. Implizit von Bedeutung sind hier jedoch die Grundrechte des Menschen, wie sie im Grundgesetz der BRD von 1949 formuliert sind.²⁴ So hat jeder Mensch das Recht auf die Unantastbarkeit seiner Würde, die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, zu der auch die Sexualität gehört, sowie das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Daneben galt nach dem Strafgesetzbuch (StGB) § 223 bereits für die damalige Zeit, dass jede Therapie ohne Einwilligung eine Körperverletzung darstellt.²⁵ Präzisiert wird dies heute auch für eine medikamentöse Therapie.²⁶ In den 1950er-Jahren bezog sich die Frage der Körperverletzung durch medizinische Eingriffe jedoch fast ausschließlich auf Operationen oder andere mechanische Eingriffe wie Elektroschockbehandlungen. Hier kam es im Rahmen der Debatte um die rechtlichen Bedingungen in der „psychiatrischen Praxis“ zu den sogenannten Elektroschockurteilen.²⁷ Dabei bezog sich die Rechtsprechung auch auf das im Grundgesetz verankerte Recht auf körperliche Unversehrtheit.²⁸

Eine ethische Richtlinie zur Durchführung von Arzneimittelstudien ist der Nürnberger Kodex, der im Rahmen des NS-Ärzteprozesses 1947 verabschiedet wurde. Genauso wie schon bei den Richtlinien von 1931 wird hier eine freie Einwilligung der an Versuchen beteiligten Menschen nach bestmöglicher Aufklärung (informed consent) verlangt. In dem Kodex wird nicht auf die Problematik von nicht einwilligungsfähigen Personen wie Kinder eingegangen. Es ist darin aber festgelegt, „dass die betreffende Person im juristischen Sinne fähig sein muss, ihre Einwilligung zu geben [...]“.²⁹ Die Grenze der Einwilligungsfähigkeit wurde nicht definiert, sodass damit Versuche an Kindern und Jugendlichen ausgeschlossen waren.³⁰ 1964 griff man mit der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki wichtige Aspekte des Nürnberger Kodex erneut auf. Nachdem sich „nationale Unterschiede in der Bewertung von Kriterien wie

21 Vgl. Volker ROELCKE, The Use and Abuse of Medical Research Ethics. The German *Richtlinien*/Guidelines for Human Subject Research as an Instrument for the Protection Research Subjects – and of Medical Science, ca. 1931–61/64, in: Paul Julian Weindling, Hg., *From Clinic to Concentration Camp. Reassessing Nazi Medical and Racial Research, 1933–1945* (London–New York 2017), 33–56, hier 35.

22 Vgl. SCHEPKER / KÖLCH, *Psychopharmaka*, wie Anm. 11, 419.

23 Hans-Joachim WAGNER, *Zur Problematik wissenschaftlicher Versuche am Menschen aus gerichtsärztlicher Sicht*, in: *Saarländisches Ärzteblatt* 6 (1967), 281–283, hier 281.

24 Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23.05.1949.

25 Strafgesetzbuch 1947. Vgl. auch Paul BOCKELMANN, *Strafrecht des Arztes* (Stuttgart 1968), 50 f.

26 Vgl. Ulrich SOMMER, *Arztstrafrecht*, online unter: <http://www.strafverteidigerbuero.de/download/publikationen/arztstrafrecht.pdf>. (letzter Zugriff: 08.09.2017).

27 „Elektroschockurteile“ von 1954: BGH, 10.07.1954, VI-ZR-45-54 und 1958: BGH, 09.12.1958, VI-ZR-203-57.

28 BGH, 09.12.1958, VI-ZR-203-57.

29 Nürnberger Kodex 1947, Punkt 1, in: Alexander Mitscherlich / Fred Mielke, *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses* (Frankfurt am Main 1960), 272–273.

30 Vgl. Dominik GROSS, *Nürnberger Kodex*, in: Christian Lenk / Gunnar Duttge / Heiner Fangerau, Hg., *Handbuch. Ethik und Recht der Forschung am Menschen* (Berlin 2014), 559–563, hier 560.

einer vollständigen Aufklärung der Versuchsteilnehmer³¹ gezeigt hatten, wurden nun die ethischen Richtlinien auf internationaler Ebene definiert. Die Deklaration von Helsinki schloss Versuche an Kindern nicht generell aus, sondern legte unter anderem fest, dass Forschung an diesen nur dann als zulässig angesehen wird, „wenn ein direkter Nutzen für die Versuchsperson zu erwarten ist“.³² Hier müssen die Eltern oder gesetzlichen Vertreter der Kinder dem Versuch zustimmen. Unterschieden wurde außerdem zwischen klinischer Forschung in Verbindung mit einer Heilbehandlung (therapeutischer Versuch) und einem Humanexperiment. Die Deklaration von Helsinki ist juristisch betrachtet kein bindendes Gesetz oder Regelwerk, wird jedoch als eine Art Grundgesetz für medizinische Forschung am Menschen betrachtet. So wird sich weltweit in Gesetzeswerken darauf bezogen. Explizit haben die Richtlinien in der BRD 1985 Eingang in die rechtlich bindende Berufsordnung der Ärzte gefunden und werden seit den 1980er-Jahren über Ethikkommissionen umgesetzt.

Allgemein erfolgte in der Bundesrepublik das Inverkehrbringen neuer Arzneimittel zunächst durch Anmeldung bei den Bundesländern. Mit dem ersten Arzneimittelgesetz von 1961 wurde das Inverkehrbringen erstmals bundeseinheitlich geregelt, neue Arzneimittel mussten nun registriert werden. Das Arzneimittelgesetz verlangte aber keine klinischen Studien als Voraussetzung zur Registrierung, sondern lediglich Berichte über eine „ärztliche Prüfung“. Vorgeschrieben waren klinische Studien ab 1964.³³ Gesetzliche Bestimmungen zum Schutz des Menschen bei klinischen Prüfungen legte erstmals das Arzneimittelgesetz von 1976, das 1978 in Kraft trat, fest. Auch gab es mit diesem Gesetz erstmals eine Zulassungspflicht für neue Arzneimittel in der BRD. Voraussetzung für eine Zulassung war wiederum eine Prüfung von Wirksamkeit und Unbedenklichkeit. Für Sera und Impfstoffe galten bereits seit 1896 eigene Vorschriften. Nach einer Zulassung muss seitdem jede einzelne Charge vom Paul-Ehrlich-Institut geprüft und freigegeben werden. Hintergrund für diese Bestimmungen war die deutlich schwankende Qualität und Wirksamkeit des damals neuen Diphtherieheilsersums Emil von Behrings.

Arbeiten zu „Arzneimittelstudien“ an Heimkindern (1949–1975)

Bereits 1969 wies der Mediziner Asmus Finzen im Zusammenhang mit Menschenversuchen unter dem Aspekt der Doppelrolle „Arzt – Wissenschaftler“ auf sieben „Versuchsreihen an Heimkindern und an hospitalisierten Kindern“³⁴ hin, für die es keine Einwilligung der Eltern gegeben haben soll. 2003 beschrieben Castell u. a. Glutaminsäure-Versuche aus verschiedenen Einrichtungen in den 1950er-Jahren.³⁵ Uwe Kaminsky analysierte 2011 eine Untersuchung mit

31 Heiner FANGERAU, Geschichte der Forschung am Menschen, in: Lenk / Duttge / Fangerau, Hg., Handbuch, wie Anm. 30, 169–176, hier 173.

32 Dominik GROSS, Ethische Grenzen humanmedizinischer Forschung, in: Volker Schumpelick / Bernhard Vogel, Hg., Innovationen in Medizin- und Gesundheitswesen: Beiträge des Symposiums vom 24. bis 26. September 2009 in Cadenabbia (Freiburg 2010) 415–439, hier 422.

33 Zweites Gesetz zur Änderung des Arzneimittelgesetzes, in: Bundesgesetzblatt Nr. 30 vom 27.6.1964.

34 Asmus FINZEN, Arzt, Patient und Gesellschaft. Die Orientierung der ärztlichen Berufsrolle an der sozialen Wirklichkeit (Stuttgart 1969), 131ff.

35 Vgl. Rolf CASTELL u. a., Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961 (Göttingen 2003).

dem Neuroleptikum Chlorprothixen im Heim Neu-Düsselthal.³⁶ Schließlich wies die Autorin des vorliegenden Beitrages 2016 auf etwa 50 weitere durchgeführte Untersuchungen in verschiedenen Einrichtungen hin.³⁷

Auch für die ehemalige DDR finden sich beispielsweise in einer Expertise von Laudien und Sachse zur „Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR“³⁸ erste Hinweise auf durchgeführte Arzneimitteluntersuchungen an Heimkindern. Ebenso berichtet Laura Hottenrott von einem Studienprojekt, das an Heimkindern durchgeführt werden sollte.³⁹ International werden beispielsweise in der Schweiz Arzneimittelstudien an Heimkindern, die unter der Leitung des Psychiaters Roland Kuhn in den 1960er- und 1970er-Jahren durchgeführt worden sind, historisch aufgearbeitet.⁴⁰ Aus Österreich ist ein Versuch mit dem Hormonpräparat Epiphysan durch die Psychiaterin Maria Nowak-Vogl an Heimkindern gegen „Hypersexualität“ und Masturbation bekannt.⁴¹ Auch aus den USA sind entsprechende Studien überliefert. So wurden in New York zwischen 1956 und 1971 an behinderten Kindern Versuche mit Hepatitis-Viren durchgeführt.⁴² 2004 erschien eine Reportage über Prüfungen von Medikamenten an HIV-positiven Kindern in New Yorker Heimen, die ohne Wissen und Zustimmung der Eltern oder Betreuungspersonen durchgeführt worden waren.⁴³

Methodisches Vorgehen

In dieser Arbeit werden bislang bekannte Studien mit Impfstoffen, Psychopharmaka und triebhemmenden Mitteln an Heimkindern in der BRD von 1949 bis 1975 übersichtsartig dargestellt. Neben der oben erwähnten Studie zu Chlorprothixen sind dies etwa 50 weitere Studien. Darüber hinaus werden einige weitere Arzneimittelstudien aus der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses (LKH) Schleswig aufgeführt (Aolept[®], Mellereten[®], Megaphen[®]), Berichte des Mediziners Waldemar Strehl aus dem Essener Franz Sales Haus zu seinen Erfahrungen mit Esucos[®] und Reserpin vorgestellt, sowie ein Ausblick auf Prüfungen weiterer Präparate in pädiatrischen Facheinrichtungen Deutschlands sowie Ernährungsstudien gegeben.

36 Vgl. KAMINSKY, Verbreiterung, wie Anm. 4.

37 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6.

38 Karsten LAUDIEN / Christian SACHSE, Expertise zur „Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR“ (Berlin 2012), 248 ff.

39 Vgl. Laura HOTTENROTT, Roter Stern wir folgen deiner Spur: Umerziehung im Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch- psychologische Therapie (1964–1987) (= Schriftenreihe „Auf Biegen und Brechen“, Torgau 2013), 24.

40 Vgl. Simone RAU, Münsterlinger Medikamententests werden untersucht. Forscher durchleuchten ein dunkles Kapitel in der Geschichte der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, online unter: <https://www.tagesanzeiger.ch/schweiz/standard/Muensterlinger-Medikamententests-werden-untersucht/story/10621191> (letzter Zugriff: 21.09.2017).

41 Vgl. Ernst BERGER, Die Epiphysan-„Therapie“ bei Nowak-Vogl, online unter: https://www.imes.ac.at/pr/presse/2013/Bericht-Medizin-Historische-ExpertInnenkommission_2013.pdf, 61–64 (letzter Zugriff: 21.09.2017). Vgl. dazu auch den Beitrag von Ina FRIEDMANN in diesem Band.

42 Vgl. Volker HESS / Laura HOTTENROTT / Peter STEINKAMP, Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag westlicher Pharmaindustrie 1964–1990 (Berlin 2016), 36.

43 Vgl. GROSS, Grenzen, wie Anm. 32, 427.

Als Methodik zum Auffinden dieser Studien dienten der Autorin in erster Linie medizinische Fachzeitschriften der damaligen Zeit, in denen die Studien zum Teil publiziert wurden und in denen die Probanden als Heimkinder identifizierbar sind. Die Fachzeitschriften sind für den entsprechenden Zeitraum entweder direkt durchgesehen worden (z. B. „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ und „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“), oder es erfolgte eine Eingabe verschiedener Suchbegriffe, wie z. B. die Namen von Wirkstoffen, in die biomedizinische Datenbank medline. Die Durchsicht der Fachzeitschriften erfolgte systematisch, die Auswahl der Fachzeitschriften nach verschiedenen Kriterien. Die „Deutsche Medizinische Wochenschrift“ kam vor allem deshalb in Betracht, weil hier bereits während der Weimarer Zeit an Heimkindern durchgeführte Studien publiziert worden waren. Die oben erwähnten Impfstoffstudien der 1950er- und 1960er-Jahre wurden vor allem in dieser Zeitschrift veröffentlicht. Zum Nachweis von Studien mit Neuroleptika lag es nahe, entsprechende Zeitschriften wie die „Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie“ durchzusehen. Angeregt durch den Aufsatz der Autorin von 2016, waren Journalisten des NDR aus Schleswig-Holstein 2017 durch eigene Recherchen, ebenfalls in Fachzeitschriften bzw. in einer Schriftenreihe des LKH Schleswig, auf die Studien zu Aolept[®], Melleretten[®] und Megaphen[®] gestoßen.

Neben den Fachzeitschriften dienten der Autorin als weitere Quellen Archive von Pharmafirmen, hier vor allem der Merck KGaA in Darmstadt und der Behringwerke in Marburg, sowie das Bundesarchiv in Koblenz, in dem u. a. Sitzungsprotokolle der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung zu finden sind. Schließlich gab es einen Zugang zum Archiv der Rotenburger Werke, einer diakonischen Einrichtung für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Die Auswahl der pharmazeutischen Unternehmen sowie der Einrichtungen richtete sich vor allem nach dem dort vorhandenen Quellenmaterial sowie dem gewährten Zugang zu den Archiven.

Bei den Dokumenten zu den von der Autorin aufgefundenen Studien handelt es sich somit ausnahmslos um Primärliteratur. Die systematische Durchsicht relevanter zeitgenössischer medizinischer Fachzeitschriften nach Publikationen zu Arzneimittelstudien an Heimkindern brachte einen entscheidenden Fortschritt bei der Aufarbeitung des Themas. Ebenso zeigte sich, dass in Archiven von Pharmaunternehmen oder Erziehungseinrichtungen unter Umständen noch Dokumente zu dieser Problematik vorhanden sind. In den folgenden Abschnitten werden die Untersuchungen der verschiedenen Präparategruppen übersichtsartig dargestellt.

Impfstoffe

In den 1950er-Jahren hatte sich die Poliomyelitis weltweit, so auch in Deutschland, endemisch ausgebreitet. Anfang der 1950er-Jahre entwickelte Jonas Salk einen sogenannten Totimpfstoff mit inaktivierten, nicht vermehrungsfähigen Erregern gegen die Kinderlähmung. In der zweiten Hälfte der 1950er-Jahre konnte unter anderen Albert Sabin auch einen „Lebendimpfstoff“ mit vermehrungsfähigen Erregern entwickeln. Dieser wird aufgrund der oralen Verabreichung auch als „Schluckimpfung“ bezeichnet. Die Impfung soll eine Antikörperbildung im Körper des Impflings induzieren. Um diese Antikörperbildung besser beurteilen zu können, erschien es den zeitgenössischen Forschern vorteilhaft, wenn die Kinder vor der Prüfung keine Antikör-

per gegen die Poliomyelitis besitzen.⁴⁴ Dies trifft vor allem für Kinder zu, die sich seit ihrer Geburt in einem Säuglingsheim befinden, da sie im Gegensatz zu Kindern in Familien nicht gestillt wurden und so keine Antikörper durch die Muttermilch erhielten. Die während der Schwangerschaft durch die Mutter erhaltenen Antikörper sind nach dem ersten halben Lebensjahr abgebaut. So bot die Prüfung der Polioimpfstoffe an den Heimkindern einen wissenschaftlichen Vorteil. Es wurde darauf geachtet, keine Viren von außen in die Einrichtungen einzuschleppen, und darüber hinaus galt anscheinend eine sechswöchige Quarantäne für die Versuchspersonen.⁴⁵ Neben dem Vorteil des Fehlens von Antikörpern bei den Heimkindern boten sich den Forschern in den Heimen auch gute Untersuchungsbedingungen, da dort viele Kinder an einem Ort permanent medizinisch überwacht werden konnten.

In einem Fall kann gezeigt werden, dass in der Publikation einer Studie als medizinische Untersuchungen für die Kinder lediglich Blutabnahmen, Stuhlproben und Rachenabstriche aufgeführt werden, in einem nicht veröffentlichten Arbeitsbericht dazu aber darüber hinaus auch mehrfach durchgeführte Lumbalpunktionen, um einen Übergang der Impfviren auf den Liquor Cerebrospinalis („Nervenwasser“) zu untersuchen.⁴⁶

Gerade die „Schluckimpfung“ gegen Poliomyelitis war medizinisch und juristisch umstritten, da die vermehrungsfähigen Impfviren mit dem Stuhl wieder ausgeschieden werden und Kontaktpersonen dadurch gegen ihren Willen infiziert werden können.⁴⁷ Dies würde das Recht der Kontaktpersonen auf „körperliche Unversehrtheit“ nach dem Grundgesetz berühren.⁴⁸ Außerdem können die abgeschwächten Impfviren unter Umständen pathogene Mutationen („Varianten“, wie es damals hieß) bilden. Um solch eine Übertragung und Variantenbildung zu prüfen, blieben im Rahmen mancher Untersuchungen einige Kinder in den Heimen ungeimpft.⁴⁹ Bei bislang 23 bekannten Publikationen zu Untersuchungen mit Polioimpfstoffen (zum Teil Kombinationsimpfstoffe)⁵⁰ ist bei 19 die mehrfache Abnahme von Blut der Kinder beschrieben worden, um die Antikörper-induzierende Wirkung der Impfstoffe zu überprüfen.⁵¹ Diese Prüfungen verdeutlichen den Studiencharakter der Untersuchungen im Gegensatz zu einer „normalen“ Impfung, auch wenn die Impfstoffe eventuell schon auf dem Markt waren. Bei den Untersuchungen der Polioimpfstoffe ist es außerdem wichtig zu wissen, dass es nicht

44 Vgl. zu diesem Absatz z. B. Wolf HENIGST, Bildung von neutralisierenden Antikörpern nach Verabreichung eines Kombinationsimpfstoffes mit einem Poliomyelitis-, Diphtherie- und Tetanusanteil, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 105/23 (1963), 1205–1209.

45 Bundesarchiv Koblenz (= BArch), B 142/53 (Rollfilm), Empfehlungen des Ausschusses „Lebendvaccine“ des Arbeitsausschusses IV für die Durchführung von Impfungen mit abgeschwächten Poliomyelitis-Viren in abgeschlossenen Kinderheimen. Das Dokument ist ohne Datum, bezieht sich aber auf eine Sitzung des Ausschusses vom 5.1.1960 in Frankfurt am Main.

46 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 75.

47 W. KELLER / O. VIVELL, Die Poliomyelitisschutzimpfung mit vermehrungsfähigen abgeschwächten Viren, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 84/45 (1959), 1993–1998.

48 BArch, B208/1004, Anlage zum Schnellbrief BMI vom 6. November 1961 Az.: IV A 2 – 4226 -09- 2672/61.

49 Z. B. H. LENNARTZ / L. VALENCIANO, Virologische Untersuchungen zur oralen Schutzimpfung gegen Poliomyelitis in Westberlin 1960, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 86/32 (1961), 1497–1503.

50 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 108–111, Liste der Impfstoffversuche, Nr. 5–13, 15–16, 18–23, 26–27, 29, 31–33.

51 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 69–88 und 108–111, Liste der Impfstoffversuche, Nr. 5–13, 15–16, 18–19, 21–22, 26, 29, 31, 33.

nur *einen* „Totimpfstoff“ oder *einen* „Lebendimpfstoff“ gab. Verschiedene Unternehmen in unterschiedlichen Ländern hatten Impfstoffe entwickelt, mit Verfahren beispielsweise nach „Salk“ oder nach „Sabin“. Die Herstellungsverfahren konnten sich jedoch in einzelnen Punkten unterscheiden etwa durch eine andere Art der Inaktivierung oder Abschwächung der Viren, der Verwendung verschiedener Adjuvantien⁵² oder unterschiedlicher Impfstämme.⁵³ Auch wurden verschiedene Kombinationsimpfstoffe getestet. So kann also nicht gesagt werden, dass „der“ Impfstoff nach Salk oder Sabin bereits getestet oder auf dem Markt war. Auch lagen den Untersuchungen eventuell verschiedene Fragestellungen zugrunde.

Gerade an den Impfstoffstudien zeigen sich vielfältige Kontinuitäten. Bei elf der 23 Publikationen zu Untersuchungen von Polioimpfstoffen kamen Impfstoffe der Behringwerke zum Einsatz,⁵⁴ wobei mit einer Ausnahme bei allen, wie oben beschrieben, mehrfach Blutabnahmen zur Prüfung der Antikörperentwicklung erfolgten. Während der Zeit des Nationalsozialismus hatten die Behringwerke an Häftlingen des Konzentrationslagers Buchenwald einen Fleckfieberimpfstoff erprobt.⁵⁵ Die Leiter der damaligen Forschung, Prof. Demnitz und Prof. Haas,⁵⁶ waren auch nun an der Entwicklung und Prüfung der Polioimpfstoffe in den Säuglingsheimen beteiligt.⁵⁷ Auf einer Arbeitsbesprechung in den Behringwerken diskutierten Verantwortsträger des Unternehmens 1954 unter anderen mit dem damaligen Leiter des Bundesgesundheitsamtes, Prof. Franz Redeker,⁵⁸ sowie dem Leiter der Gesundheitsabteilung im Bundesministerium des Inneren, Otto Buurmann,⁵⁹ darüber, ob man für die Polioimpfstoffe Heimkinder oder eigene Kinder heranziehen könne.⁶⁰ Buurmann vertrat die „Auffassung, dass Kinder in Anstalten nicht für die Impfungen herangezogen werden können“.⁶¹ Redeker gab zu bedenken, „dass auch Ärzte nicht über ihre Kinder verfügen könnten und sich strafbar machten, wenn sie einen unerprobten Impfstoff an ihnen anwenden“.⁶² Der Pädiater Gerhard Joppich⁶³ brachte

52 Siehe z. B. Behringarchiv Marburg (= BAM) 1870, Protokoll über die Arbeitsbesprechung von Sachverständigen für Poliomyelitis am 23. Juli 1954 in Marburg/Lahn, 11.

53 Siehe z. B. O. GÜNTHER, Fragen aus der Praxis. Frage: Werden die Poliomyelitis-Impfstoffe verschiedener Hersteller nach einem einheitlichen Verfahren gewonnen und mit der gleichen Methode geprüft?, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift 84/31 (1959), 1396.

54 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 108–111, Liste der Impfstoffversuche, Nr. 7–10, 13, 16, 18, 26, 29, 31–32.

55 Alexander MITSCHERLICH / Fred MIELKE, Wissenschaft ohne Menschlichkeit (Heidelberg 1949), 83–118.

56 Ernst KLEE, Auschwitz, die NS-Medizin und ihre Opfer (Frankfurt am Main 1997), 287 ff.

57 Z. B. BAM 1870, Protokoll, wie Anm. 52, 1; vgl. auch WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 76–81.

58 Während der Zeit des Nationalsozialismus war Redeker als ärztlicher Beisitzer beim Berliner Erbgesundheitsobergericht u. a. mit Fragen der Zwangssterilisation befasst. Vgl. Susanne DOETZ, Alltag und Praxis der Zwangssterilisation. Die Berliner Universitätsfrauenklinik unter Walter Stoeckel 1942–1944, unveröffentlichte Dissertation (Charité Berlin 2010), 36–37.

59 Buurmann war als Medizinalrat während der NS-Zeit in die Fleckfieberversuche involviert: Ernst KLEE, Das Personenlexikon zum Dritten Reich (Frankfurt 2007), 89. Vgl. auch WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 79.

60 BAM 1870, Protokoll, wie Anm. 52, 6; und BAM 1870, Arbeitsbesprechung der Sachverständigen für Poliomyelitis in Marburg/Lahn, Behringwerke, am 23. Juli 1954, 7; vgl. auch WAGNER, wie Anm. 6, 78–79.

61 BAM 1870, Protokoll, wie Anm. 52, 9.

62 BAM 1870, ein nicht näher bezeichneter „Entwurf“ vom 5. August 1955, der sich u. a. auf die Besprechung vom 23. Juli 1954 bezieht, 3. Vgl. auch WAGNER, wie Anm. 6, 79.

63 Gerhard Joppich gehörte während der Zeit des Nationalsozialismus zu einer Gruppe politisch aktiver Kinderärzte, die helfen wollten, dass „ein gesundes, lebensmutiges und opferwilliges, der nationalsozialistischen Idee entsprechendes Geschlecht heranwächst“. (KLEE, Personenlexikon, wie Anm. 59, 289). Von 1961–1966 war Joppich Vorsitzender der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung, die an der Prüfung von Impfstoffen in Säuglingsheimen beteiligt waren (vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 83–86).

den Einwand vor, dass Arztkinder ungeeignet seien.⁶⁴ Wahrscheinlich galt dies im Hinblick darauf, dass sie ja, wie gezeigt, in der Regel Antikörper gegen Poliomyelitis besitzen. Trotzdem hat Prof. Haas, der Leiter des humanmedizinischen Forschungszweigs der Behringwerke, am 7. November 1954 laut Protokoll seine eigenen drei Kinder mit der Vakzine der Behringwerke geimpft.⁶⁵ Schließlich sind jedoch Polioimpfstoffe an Heimkindern getestet worden, wie die Publikationen in medizinischen Fachzeitschriften belegen.⁶⁶ Stets wird in den Publikationen erwähnt, dass es sich bei den Probanden um Heimkinder handelt. So heißt es z. B.: „Wir immunisierten mit je 1 cm³ des genannten Vierfachimpfstoffes insgesamt 13 gesunde Heimkinder zweimal im Abstand von 4 Wochen i.m.: 11 davon konnten serologisch kontrolliert werden.“⁶⁷ Zum Teil geschahen die Untersuchungen mit Wissen der Behörden.⁶⁸ In einer Veröffentlichung über die Untersuchung von Nebenwirkungen eines Pockenimpfstoffes, in deren Rahmen an einigen der Säuglinge auch das Knochenmark punktiert worden ist, wurde beispielsweise vermerkt, dass die Untersuchung im Auftrag des Bundesgesundheitsamtes durchgeführt worden ist.⁶⁹ Für die Versuche fanden sich weder in den Publikationen noch in Dokumenten des Bundesarchivs oder der Behringwerke Hinweise auf Einwilligungen von Eltern oder gesetzlichen Vertretern der Kinder und eventuell konnte eine solche, wie im Fall von Neu-Düsselthal, durch eine behördliche Einwilligung umgangen werden. Dafür spricht, dass beispielsweise auf einer Sitzung der Leiter der virologischen Untersuchungsstellen berichtete, „daß in der Umgebung von Marburg zwar ein Kinderheim bereit sei, eine Überprüfung des Lebend-Impfstoffes vornehmen zu lassen, daß aber die ministerielle Genehmigung dazu noch nicht erteilt sei“.⁷⁰ Ebenso hatte der Neurologe Heinrich Pette bei den Gesundheitsbehörden des Landes Bremen beantragt, „in einem Bremer Kinderheim Versuche mit Lebendimpfstoff durchführen zu können“.⁷¹ Bereits während der Weimarer Zeit hatten Forscher und Politiker mit dem Argument, dass das Allgemeinwohl höher zu bewerten sei als das individuelle Recht auf Selbstbestimmung, Versuche zur Entwicklung von Präparaten gegen Geschlechtskrankheiten ohne Einwilligung der Probanden gerechtfertigt.⁷² Eventuell spielte dieses Denken auch im Falle der Impfstoffstudien in der BRD noch eine Rolle.

64 BAM 1870, Arbeitsbesprechung, wie Anm. 60, 6.

65 BAM 1870, Arbeitsbesprechung des Prüfungskomitees für Poliomyelitis in den Behringwerken, Marburg/Lahn, am 7. November 1954, 1.

66 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 108–111, Liste der Impfstoffversuche, Nr. 5–13, 15–16, 18–23, 26–27, 29, 31–33.

67 J. OEHME / W. HENNESSEN, Erfahrungen mit einem neuen Vierfachimpfstoff, in: *Klinische Wochenschrift* 38/4 (1960), 181–182, hier 181.

68 Vgl. WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 86–87.

69 F. HANSEN / W. MÜLLER-RENTZSCH, Untersuchungen über die örtliche und allgemeine Reaktion nach Pockenschutz-Erstimpfung, besonders im Hinblick auf die Veränderungen im Blut und Knochenmark, in: *Zeitschrift für Kinderheilkunde* 80/2 (1957), 190–224.

70 BAArch B 142/28, Protokoll über die Sitzung der Leiter der virologischen Untersuchungsstellen bzw. Ihrer Stellvertreter (Stellvertreterinnen) auf Einladung der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e. V. am Freitag, dem 29. Januar 1960 im Paul-Ehrlich-Institut, Frankfurt am Main.

71 BAM 1260: Bericht über die Sitzung des Ausschusses IV der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der spinalen Kinderlähmung e. V. am 26. Februar, 1958, 5. Vgl. auch WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 79–80.

72 Vgl. SAUERTEIG, Richtlinien, wie Anm. 18, 324–327 und 334.

Bisher nicht beschrieben ist, dass auch die WHO in den 1960er-Jahren weltweite Untersuchungen mit Impfstoffen an Heimkindern unterstützte, in diesem Fall gegen Masern, wie sie in einem eigenen Bulletin berichtete:

“The children in the Canadian and Czechoslovak trials were living in infants’ and children’s homes and orphanages and were observed several times daily; the children in Yugoslavia and Nigeria lived in their own homes; some of the children in the Swiss trial were in day-nurseries or lived in infants’ and children’s homes and the others were in their own homes.”⁷³

Auch hier wird eine Zustimmung nicht erwähnt.

Psychopharmaka und triebhemmende Präparate

Psychopharmaka, vor allem Neuroleptika, sind nach 1945 erwiesenermaßen in einigen Einrichtungen in großem Umfang ohne ärztliche Verordnung und ohne medizinische Indikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zur Sedierung der Kinder und Jugendlichen verabreicht worden.⁷⁴ Die antipsychotische und die sedierende Wirkkomponente der Neuroleptika verhalten sich umgekehrt proportional zueinander, sodass schwach antipsychotisch wirksame Substanzen eine starke sedierende Wirkung entfalten. Die medikamentöse Sedierung erleichterte die Arbeit in den Einrichtungen, in denen oftmals große Gruppen von Kindern und Jugendlichen auf beschränktem Raum, mit wenigem und zum großen Teil unqualifiziertem Personal „betreut“ wurden.⁷⁵ Im Sinne der „Totalen Institution“ nach Goffman wurden dabei sowohl die Strukturen wie auch die „Insassen“ den organisatorischen Bedürfnissen der Institutionen angepasst.⁷⁶ Diese Anpassung versuchten Betreuende zunächst durch Ausübung psychischer und physischer Gewalt zu erreichen. Mit der Entwicklung der Neuroleptika ab Mitte der 1950er-Jahre versprach man sich, das System auch ohne offensichtliche Gewalt oder durch eine partielle Reduzierung derselben aufrechterhalten zu können.⁷⁷ Einen Anwendungsbezug für den Einsatz der Präparate lieferte unter anderen Hermann Stutte (1909–1982), der erste Extraordinarius des Faches der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland, in einem Artikel aus dem Jahr 1966 über „Das zerebral geschädigte Kind“ mit der Aussage: „Zweifellos lässt sich durch die Anwendung psychotroper Substanzen auch die pädagogische Angriffsfläche beim enzephalopathischen Kind verbreitern und vielfach erst die Voraussetzung schaffen für eine gezielte

73 W.C. COCKBURN / J. PEČENKA / T. SUNDARESAN, WHO-supported Comparative Studies of Attenuated Live Measles Virus Vaccines, in: Bulletin of the World Health Organization 34 (1966), 223–231; W.C. COCKBURN / J. PEČENKA, Measles Vaccine Studies Sponsored by the World Health Organization – 1964, in: Archiv gesamte Virusforschung 16/1–5 (1964), 257–259.

74 Vgl. SCHMUHL, Heimerziehung, wie Anm. 3.

75 International wird die „Massenheimerziehung“ beispielsweise für den Raum Tirol / Vorarlberg beschrieben: Michaela RALSER u. a., Heimkindheiten. Geschichte der Jugendfürsorge und Heimerziehung in Tirol und Vorarlberg (Innsbruck–Wien–Bozen 2017).

76 Vgl. Hans-Walter SCHMUHL / Ulrike WINKLER, „Als wären wir zur Strafe hier“. Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung – der Wittekindshof in den 1950er und 1960er Jahren (Bielefeld 2011), 32.

77 Für das Heim Neu-Düsselthal wird dies beispielsweise von Frings und Kaminsky beschrieben: FRINGS / KAMINSKY, Gehorsam, wie Anm. 12, 269–270.

Psychotherapie.⁷⁸ Stutte arbeitete in diesem Artikel außerdem ein differentialdiagnostisches Problem heraus, indem er die starke Überschneidung des enzephalopathischen und des psychopathologischen Erscheinungsbildes beschrieb. Diese gemeinsame Phänomenologie der Enzephalopathie und der Psychopathologie kann damals eine Indikation für die Behandlung beider Gruppen von Kindern mit psychotropen Substanzen begründet haben. Insbesondere Kinder von alleinerziehenden Müttern wurden seinerzeit vielfach als verwahrlost bzw. als von Verwahrlosung bedroht betrachtet und mit der Diagnose des „moralischen Schwachsinn“⁷⁹ belegt, einer Diagnose mit enzephalopathischer Konnotation. So konnte auf der einen Seite die Ausweitung der Enzephalopathie-Diagnose, auf der anderen Seite eine „gezielt ‚weit‘“⁸⁰ gefasste Indikationsstellung der Präparate durch die pharmazeutischen Unternehmen einen umfangreichen Einsatz der Medikamente in den Einrichtungen begründen. In Publikationen zum Einsatz oder zu Prüfungen von Neuroleptika kommt die Argumentationsweise Stuttes immer wieder zum Ausdruck. So berichtet Jacobs aus der jugendpsychiatrischen Abteilung des Landeskrankenhauses Schleswig über die Prüfung mit Aolept[®], dass „neben der offenkundigen Beruhigung auch eine bessere Ansprechbarkeit für heilpädagogisch-psychotherapeutische Behandlungsmethoden zu erzielen“⁸¹ war. Auch in einer Werbebroschüre der Firma Bayer, die ein Kind in einer Schulklasse zeigt, griff man die Argumentation Stuttes auf: „Für psychotherapeutische und heilpädagogische Maßnahmen ist Aolept die sinnvolle Ergänzung.“⁸² Waldemar Strehl, der leitende Arzt des Essener Franz Sales Hauses, einer katholischen Einrichtung für Menschen mit Behinderung, propagierte den Einsatz der Präparate in einem Aufsatz über die Erfahrungen mit dem Präparate Esucos[®] („wir hatten hierbei die Möglichkeit, das Präparat Esucos [...] [mit der UCB Grundsubstanz 3412] zu prüfen“⁸³) mit den Worten: „Die modernen Neuroleptika können die erzieherische Arbeit keineswegs ersetzen. Sie können aber wohl die Voraussetzungen für eine erfolgreiche erzieherische Arbeit schaffen.“⁸⁴ Hier wird nicht explizit eine medizinische Indikation zugrunde gelegt, was sich auch in der „Auswahl“ der „Probanden“ widerspiegelt: Es „wurden 96 Kinder im Alter von 6 bis 14 Jahren ausgesucht, die durch ihr unruhiges und störendes Verhalten in der Gemeinschaft auffielen und sich auch in der Schule nur schwer einfügten“.⁸⁵

Kaminsky konnte zeigen, dass es in der Folge der Studie in Neu-Düsselthal mit dem Neuroleptikum Chlorprothixen zu einem vermehrten Einsatz der Präparate in dieser Einrichtung kam und der Heimarzt mit dem Hinweis, dass er eine solche Sedierung ablehne, nach zehnjähriger Tätigkeit in der Einrichtung von seiner Funktion zurücktrat.⁸⁶ Kaminsky kam zu dem Schluss,

78 Hermann STUTTE, Das zerebral geschädigte Kind, in: Therapiewoche 16/44 (1966), 1499–1505, hier 1504.

79 Vgl. z. B. Bernhard FRINGS, Heimerziehung im Essener Franz Sales Haus 1945–1979 (Münster 2012), IX, 55.

80 Vgl. SCHEPKER / KÖLCH, Psychopharmaka, wie Anm. 11, 423.

81 Rolf JACOBS, Erfahrungen mit Aolept[®] in der Kinderpsychiatrie unter Anstaltsbedingungen, in: Hippokrates 37/22 (1966), 911–915, hier 913.

82 Bayer Archiv Leverkusen (= Bay Arch), 465/001, „Aolept erleichtert das Zusammenleben“, Stempel vom 27.1.69.

83 Waldemar STREHL, Erfahrungen aus der Praxis. Behandlung unruhiger und konzentrationsgestörter Kinder, in: Ärztliche Praxis XVI/2 (1964), 68–70. Das Präparat war zum Zeitpunkt der Publikation bereits auf dem Markt (seit 1962). Vgl. hierzu auch Sylvia WAGNER, Medikamentöse Gewalt gegen Heimkinder. Arzneimittelstudien und Sedierung durch Psychopharmaka in Heimen der BRD bis in die 1970er Jahre, in: Forum Erziehungshilfen 23/3 (2017), 174–179.

84 STREHL, Erfahrungen, wie Anm. 83, 70.

85 Ebd., 68–69.

86 Vgl. KAMINSKY, Verbreiterung, wie Anm. 4, 489.

dass die Untersuchung eine „Türöffnerfunktion“ für den vermehrten Einsatz der Präparate in der Einrichtung hatte.⁸⁷ Auch im Franz Sales Haus führte die „Behandlung mit Medikament T 57“⁸⁸ (Decentan®) schließlich dazu, dass die Schwestern der katholischen Einrichtung „laufend die 4 mg-Dragees nach[forderten], da sie somit endlich Ruhe auf den Stationen haben und die Kinder tadellos schulfähig gehalten werden“.⁸⁹ In Schleswig wurde aufgrund positiver Erfahrungen im Rahmen einer Untersuchung mit Melleretten® das Präparat schließlich „bei insgesamt 120 Patienten systematisch angewandt“.⁹⁰ Offensichtlich hatten der Einsatz von Prüfpräparaten, die Arzneimittelstudien und die Publikationen also nicht nur in Neu-Düsselthal, sondern auch andernorts eine „Türöffnerfunktion“ für die Verabreichung der Arzneimittel.

Dieser offenbar eigentliche Zweck scheint in den Publikationen immer wieder in der Weise durch, dass die sedierende Wirkung der Präparate und in der Folge eine Entspannung innerhalb der Gruppenstruktur sowie für die Arbeit der betreuenden Personen hervorgehoben werden. So schreibt Strehl in einem Artikel über „Erfahrungen mit Reserpin bei der Behandlung von unruhigen und überaktiven Kindern und Jugendlichen“⁹¹ dass die psychotherapeutische Behandlung solcher Kinder und Jugendlichen sehr zeitraubend sei und in vielen Fällen auf unüberwindliche äußere Schwierigkeiten stoße. Deshalb sei „eine medikamentöse Therapie solcher Unruhezustände in den meisten Fällen nicht zu umgehen“.⁹² Kiesow und Jacobs berichteten aus Schleswig, dass der Anlass zu einem Experiment mit Megaphen® „verzweifelte Notrufe aus den Reihen der Lehrerschaft“⁹³ gewesen seien, die mit der Unruhe in den Schulklassen, die den Unterrichtserfolg nahezu infrage stellen würden, nicht mehr fertigwerden könnten. Als Ergebnis der Untersuchung konnte festgestellt werden, dass die Kinder „pädagogisch wesentlich lenkbarer“ waren und auch eine „den anderen Pfleglingen wohltuende Ruhe auf den Abteilungen“⁹⁴ geherrscht habe. In einer Publikation zu dem Neuroleptikum Aolept® berichtete Jacobs zunächst, dass bei den überwiegend „schwachsinnigen“ Kindern und Jugendlichen der Anstalt „akute bzw. bedenklich anhaltende, mit dem Gemeinschaftsleben praktisch nicht zu vereinbarende, soziale Anpassungsschwierigkeiten: auflehrende Disziplinlosigkeit, Aggressivität und völlige Hemmungslosigkeit“⁹⁵ dominieren würden. Als Psychiater stehe man hier „vor der Aufgabe einer möglichst reibungslosen Eingliederung derart ‚schwieriger‘ jüngerer Patienten in die Anstaltsgemeinschaft“. Aolept hätte hier erfreulicherweise gute Dienste geleistet.

87 Ebd., 492–493.

88 Merck Archiv Darmstadt (= MA), L10/168, 3 Blätter mit der Überschrift: Behandlung mit T 57, handschriftliches Datum 28.I.58. Vgl. auch WAGNER, Kapitel, wie Anm. 6, 93–95.

89 MA L10/158; Besuchsbericht bei Dr. Strehl am 7. März 1958. Schreiben vom 7. März 1958. Vgl. auch SCHEPKER / KÖLCH, Psychopharmaka, wie Anm. 11, 421.

90 Rolf JACOBS, Zur Therapie mit Melleretten in einem Pädopsychiatrischen Krankenhaus, in: Medizinische Welt 31/25 (1962), 1427–1429, hier 1428.

91 Waldemar STREHL, Erfahrungen mit Reserpin bei der Behandlung von unruhigen und überaktiven Kindern und Jugendlichen, in: Der Nervenarzt 29/6 (1958), 271–273, hier 271.

92 Ebd. Über diese Erfahrungen aus dem Franz Sales Haus wurde auch auf der 4. Ärztlichen Fortbildungstagung des Landschaftsverbandes Rheinland im Oktober 1962 referiert: Hermann SCHMITZ, Die Psychopharmaka im Anwendungsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in: 4. Ärztliche Fortbildungstagung des Landschaftsverbandes Rheinland am 18. und 19. Oktober 1962 im Rheinischen Landeskrankenhaus Bedburg-Hau, Kreis Kleve (1962), 106–111, hier 107.

93 Herbert KIESOW / Rolf JACOBS, Über einen Megaphenversuch, gedacht als Beitrag zu dem Thema: Behandlung des nervösen Schulkindes in unseren Tagen, in: Schriftenreihe aus dem Landeskrankenhaus Schleswig 7 (1956).

94 Ebd.

95 JACOBS, Erfahrungen, wie Anm. 81, 911–912; danach auch die folgenden beiden Sätze.

Dass es bei dem Einsatz der Präparate in der Hauptsache nicht um eine „Verbreiterung der pädagogischen Angriffsfläche“ oder Voraussetzung für eine Psychotherapie ging, wird auch daran deutlich, dass sich, bis auf wenige Ausnahmen, keine Hinweise auf so ermöglichte pädagogische oder therapeutische Maßnahmen finden lassen. Ehemalige Heimkinder berichten, dass sie die Medikamente nehmen mussten. Zum Teil wurden die Präparate unter Zwang, wie beispielsweise durch das Zuhalten der Nase oder durch Injektion, verabreicht.⁹⁶

Die Sprache in den Publikationen offenbart eine wenig empathische Haltung den Kindern gegenüber. So schreiben Kiesow und Jacobs zur Prüfung von Megaphen: „Abgesehen davon, dass die Knaben viel leichter zur Einnahme des Medikaments zu bewegen waren als die durchweg und mit grosser Vorliebe aus der Reihe tanzenden (namentlich pubertierenden) Mädchen.“⁹⁷ Bei der Prüfung des Präparates Esucos im Franz Sales Haus sei laut Strehl bei 20 Kindern nur ein mäßiger Erfolg zu beobachten gewesen, wobei zwar auch eine deutlich sichtbare Sedierung eingetreten sei, die „charakterlichen Abartigkeiten, wie die Neigung zum Lügen, Stehlen und Herumquerulieren“⁹⁸ hätten sich aber nicht gebessert.

Da die Neuroleptika in den Einrichtungen zum Teil über Monate und Jahre verabreicht wurden, sind neben akuten Nebenwirkungen wie Krämpfen, motorischen Störungen und Gewichtszunahme auch Langzeitnebenwirkungen möglich. Das endokrine System wird bereits nach einer Einnahmedauer von wenigen Monaten lebenslang verändert. Dies zeigt sich in einer signifikant erhöhten Erkrankungsquote für Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Alter, was wiederum mit einer Reduzierung der Lebenserwartung verbunden ist.⁹⁹ Durch die Veränderung des Dopaminstoffwechsels wird die Hirnentwicklung des Kindes direkt beeinträchtigt.¹⁰⁰ In diesem Sinne gaben Kiesow und Jacobs aus dem Landeskrankenhaus Schleswig bereits 1956 zu bedenken: „Hauptangriffsort der Phenothiazine ist das Gehirn [...] und mit Rücksicht auf eine derartige komplexe Angriffsweise darf das Megaphen bei Kindern, deren Hirn [...] und deren Organismus überhaupt noch unreif sind und damit instabil niemals ohne ärztliche Aufsicht angewandt werden.“¹⁰¹

Neben Präparaten zur Sedierung dienten dem ungestörten Ablauf in den Einrichtungen augenscheinlich auch der Einsatz und die Prüfung von triebdämpfenden Präparaten wie zunächst dem Haloperidol¹⁰² und schließlich ab Ende der 1960er-Jahre dem Antiandrogen Cyproteronacetat (Androcur®)¹⁰³, das im Mai 1973 in Deutschland auf den Markt kam.¹⁰⁴ In den 1950er-

96 Z. B. Eike LÜTHJE / Stefan EILTS, Medikamenten-Studien mit Schleswiger Heimkindern, online unter: www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Medikamenten-Studien-mit-Schleswiger-Heimkindern,heimkinder168.html, (letzter Zugriff: 11.10.2016) und FRINGS, Heimerziehung, wie Anm. 79, 95–96.

97 KIESOW / JACOBS, Megaphenversuch, wie Anm. 93, 3.

98 STREHL, Erfahrungen, wie Anm. 83, 69.

99 Vgl. Robin M. MURRAY u. a., Should Psychiatrists be more Cautious about the Long-term Prophylactic Use of Antipsychotics?, in: *The British Journal of Psychiatry* 209/5 (2016), 361–365. Vgl. auch WAGNER, Medikamentöse Gewalt, wie Anm. 83, 178.

100 Vgl. ebd.

101 KIESOW / JACOBS, Megaphenversuch, wie Anm. 93, 7.

102 Rolf JACOBS, Erfahrungen mit Haloperidol in der pädopsychiatrischen Anstaltspraxis, in: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 15/2 (1966), 67–70.

103 Günther RITZEL, Zur Antiandrogentherapie mit Cyproteronacetat in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Übersicht über bisherige Erfahrungen, in: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 20/5 (1971), 165–169.

104 Schering Archiv Berlin, SchA-S1-229, vgl. Produkthistorie Pharma; Androcur.

und 1960er-Jahren herrschten in der Bundesrepublik einerseits rigide religiöse und moralische Vorstellungen gerade beim Thema Sexualität. Andererseits garantierte das Grundgesetz die freie Entfaltung der Persönlichkeit, wobei die Sexualität als wesentlicher Aspekt der Persönlichkeit gilt.¹⁰⁵ Für den Einsatz des Cyproteronacetats galten deshalb auch damals schon gesonderte Bedingungen. Das 1969 erlassene „Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden“ definierte die Kastration als „eine gegen die Auswirkungen eines abnormen Geschlechtstriebes gerichtete Behandlung, durch welche die Keimdrüsen eines Mannes absichtlich entfernt oder dauernd funktionsunfähig gemacht werden“.¹⁰⁶ Die „anderen Behandlungsmethoden“ bezogen sich bereits auf den Einsatz von Cyproteronacetat, obwohl es noch gar nicht auf dem Markt war,¹⁰⁷ die Einsatzmöglichkeiten aber absehbar waren. Abweichend zur Kastration sollte mit den „anderen Behandlungsmethoden“ nur eine vorübergehende Funktionsunfähigkeit der Keimdrüsen erreicht werden.¹⁰⁸ Eine Kastration durfte erst ab Vollendung des 25. Lebensjahres durchgeführt werden, für eine „andere Behandlungsmethode“ war keine Altersbeschränkung angegeben. Beide Arten des Eingriffes durften aber nur mit Einwilligung nach einer Aufklärung erfolgen (hier gab es jedoch für Sexualstraftäter, auf die dieses Gesetz in erster Linie abzielte, unter bestimmten Bedingungen Ausnahmen). Bei Minderjährigen war für eine „andere Behandlungsmethode“ in jedem Fall die Einwilligung ihrer gesetzlichen Vertreter erforderlich. War der gesetzliche Vertreter nicht gleichzeitig auch Sorgeberechtigter oder gab es neben ihm noch einen Sorgeberechtigten, so musste auch dessen Einwilligung eingeholt werden. Es war bekannt, dass sich das Präparat bei Jugendlichen ungünstig auf das weitere Längenwachstum auswirken könne.¹⁰⁹ Da man außerdem keine Erfahrungen über die Reversibilität der Einschränkung des Geschlechtstriebes, der sexuellen Potenz und der Zeugungsfähigkeit bei Behandlung vor Abschluss der Pubertät besaß,¹¹⁰ mussten Personen unter 21 Jahren über eine Informierung und Einwilligung hinaus, vor Behandlungsbeginn von einem ärztlichen Mitglied einer Gutachterstelle untersucht werden.¹¹¹

Trotz dieser bekannten Risiken und Vorschriften zeigen Einträge in Bewohnerakten der Rotenburger Anstalten (heute Rotenburger Werke) den Einsatz des Präparates bei männlichen Jugendlichen ab 13 Jahren.¹¹² Das Präparat ist dort spätestens ab Ende 1969, also gut drei Jahre vor Markteinführung, eingesetzt worden.¹¹³ Eine Einwilligung zum Einsatz oder zur Prüfung des Präparates oder eine Untersuchung durch einen ärztlichen Gutachter findet sich in den Akten der betroffenen Bewohner nicht, jedoch gibt es Einwilligungen von Elternteilen zu Ferienfreizeiten, Operationen u. Ä. Dies legt nahe, dass zu dem Einsatz und Prüfung des Präparates keine Einwilligungen eingeholt worden sind.

105 Vgl. Ursula LASCHET, Eine Möglichkeit zur medikamentösen Behandlung von sexuellen Deviationen und Perversionen beim Mann, in: Medizinische Mitteilungen Schering, Androcur – das orale Antiandrogen 2 (1973), 11–18.

106 Gesetz über die freiwillige Kastration und andere Behandlungsmethoden vom 15.08.1969, in: BGBl. I, 11–43.

107 Friedmund NEUMANN / Rudolf WIECHERT, Die Geschichte von Cyproteronacetat. Ungewöhnliche Wege bei der Entwicklung eines Arzneimittels (Mainz 1984), 27.

108 Vgl. Gesetz, wie Anm. 106. Auch die folgenden Angaben über die rechtliche Situation hiernach.

109 Vgl. C. MOTHES / J. LEHNERT / F. SAMIMI / J. UFER, Klinische Prüfung von Cyproteronacetat (Androcur®) bei Sexualdeviationen – Gesamtauswertung, in: Medizinische Mitteilungen Schering, Androcur – das orale Antiandrogen 2 (1973), 26–39.

110 Vgl. LASCHET, Möglichkeit, wie Anm. 105.

111 Vgl. Gesetz, wie Anm. 106.

112 Z. B. Archiv Rotenburger Werke (= ARW), Bewohnerakte (= B) 6908, Verlaufsbogen, Eintrag v. 5.9.1972.

113 ARW, B 6514, Prüfbogen: „Antiandrogen – Prüfpräparat SH 8.0714 Schering AG Berlin/Bergkamen“.

Ausblick auf Prüfungen in pädiatrischen Facheinrichtungen und Ernährungsstudien

Auch in Einrichtungen für Kinder mit spezifischen Erkrankungen kamen Tests mit entsprechenden Präparaten zum Einsatz.¹¹⁴ Gegen Epilepsie waren zunächst vor allem die Anfang der 1960er-Jahre entwickelten Benzodiazepine von Bedeutung. Über die medikamentöse Forschung an Kindern in Spezialeinrichtungen konnte bisher nur zu einem Fallbeispiel Sekundärliteratur gefunden werden:

Werner Catel (1894–1981), der während der NS-Zeit an der Kindereuthanasie beteiligt war, leitete von 1947 bis 1954 die Heilstätte Mammolshöhe für tuberkulosekranke Kinder und Jugendliche in der Nähe von Frankfurt. Die Medizinhistoriker Thomas Gerst¹¹⁵ und Thomas Beddies¹¹⁶ berichten über die Umstände seiner Studien zur Wirksamkeit des Tuberkulosestatikums Thiosemicarbazon (Conteben) an kranken Kindern in der Einrichtung.¹¹⁷ Drei Kinder starben im Verlauf dieser Untersuchungen.¹¹⁸ Eine Einwilligung der Angehörigen hatte Catel in keinem Fall eingeholt.¹¹⁹

Zu Ernährungsversuchen an Kindern in stationären Einrichtungen scheint es gar keine Sekundärliteratur zu geben. So ist bislang nicht beschrieben, dass Catel in der Mammolshöhe neben den Versuchen mit Thiosemicarbazon auch Ernährungsversuche mit roher und erhitzter Frauenmilch an Säuglingen durchführte.¹²⁰ Ebenso untersuchte er den Gehalt verschiedener Apfelsorten an Vitamin C und seine Bedeutung für die Ernährung an den tuberkulosekranken Kindern, wobei die Kinder zunächst drei bzw. sechs Wochen lang Vitamin-C-arm ernährt wurden.¹²¹

Auch in einem Säuglingsheim (der Ort ist nicht bekannt) sind Ernährungsversuche, hier mit molkenarmer und molkenreicher Milch, durchgeführt worden. In der Publikation wird der

114 Für diese Praxis, die in der damaligen Zeit wahrscheinlich sehr verbreitet war, wird hier beispielhaft die Prüfung von Clonazepam im Epilepsiezentrum Kork aufgeführt: R. KRUSE / V. BLANKENHORN, Zusammenfassender Erfahrungsbericht über die klinische Anwendung und Wirksamkeit von Ro 5-4023 (Clonazepam) auf verschiedene Formen epileptischer Anfälle, in: *Acta Neurologica Scandinavica* 49/53 (1973), 60–71.

115 Vgl. Thomas GERST, Catel und die Kinder. Versuche an Menschen – ein Fallbeispiel 1947/48, in: *Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts* 15/2 (1999), 100–109.

116 Vgl. Thomas BEDDIES, Zur Einführung des Tuberkulosestatikums Conteben im Nachkriegsdeutschland, in: *Pädiatrische Praxis* 87/1 (2016), 153–160.

117 Vgl. Werner CATEL, Über die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit Thiosemicarbazon (Tb I), in: *Der Tuberkulosearzt* 3/3 (1949), 160, und Werner CATEL, Über die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit Thiosemicarbazon (Tb I), in: *Ärztliche Forschung* 2/23 (1948), 173. Vgl. auch GERST, Catel, wie Anm. 115.

118 Vgl. Wilhelm REINHARD, *Die Tuberkulose der Knochen und Gelenke* (Berlin–Heidelberg–New York 1966), 52 und Werner SCHMIDT / Hellmut HAHN, Über die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit Thiosemicarbazon (T.B.I 698/E) I. Mitteilung: Über biologische Reaktionen und toxische Wirkungen, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 74/7 (1949), 118–121.

119 Vgl. GERST, Catel, wie Anm. 115, 103 und BEDDIES, Einführung, wie Anm. 116, 156.

120 Vgl. Werner CATEL, Weitere Studien über rohe und erhitzte Frauenmilch, in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 108/2 (1960), 37–45.

121 Vgl. Werner CATEL / W. SCHUPHAN, Über den verschiedenen Gehalt einzelner Apfelsorten an Vitamin C und seine Bedeutung für die Ernährung (Untersuchungen an tuberkulosekranken Kindern), in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 101/11 (1953), 473–477, und W. CATEL u. a., Tier- und humanphysiologische Untersuchungen über die Vitamin-C-Wirksamkeit von Apfelsorten verschiedener Ascorbinsäuregehalte, in: *Biochemische Zeitschrift* 325/2 (1954), 109–122.

Firma Alete „für die Herstellung der Trockenmolke und für das verständnisvolle Eingehen“ auf die Wünsche gedankt.¹²² Autor der Studie ist der Pädiater Gerhard Joppich.

Erklärungsansätze: Heimstruktur und Akteursnetzwerke

Für eine Analyse der Geschehnisse in den Heimen der Jahre von 1949 bis 1975 und damit auch für das Verständnis der in den Heimen durchgeführten Medikamentenstudien ist die Struktur der Heime maßgeblich, die im Sinne von Erving Goffman als „Totale Institution“ interpretiert werden kann. Den Prüfungen der sehr unterschiedlichen Arzneistoffklassen wie Impfstoffen und Neuroleptika liegt sicherlich eine differente Motivation zugrunde. Das, was den Prüfungen gemeinsam ist, sind die Machtstrukturen der Einrichtungen, in denen sie erfolgten: die genannten Studien waren in der durchgeführten Art und Weise nur in einer „Totalen Institution“ möglich.

Die Prüfungen der Neuroleptika dienten zudem der Aufrechterhaltung der institutionellen Strukturen der Einrichtungen, indem sie eine wissenschaftliche Rechtfertigung für deren Einsatz lieferten. Die physische Gewalt gegen die „Insassen“ konnte partiell zurückgenommen werden. Zu einer Prüfung von Cyproteronacetat konnten bei Minderjährigen keine Publikationen gefunden werden. Hier scheint für die Einrichtungen eher der bereits vor der Markteinführung mögliche Einsatz im Vordergrund gestanden zu haben. Das Präparat war verfügbar und diente offenbar ebenso wie die Neuroleptika der Aufrechterhaltung der institutionellen Ordnung.

Nicht der Einzelne, an dem das Medikament angewandt wurde, war das Ziel des vermeintlichen Nutzens der Substanz, sondern das soziale System, in dem diese Medikamentenanwendung stattfand. Damit war der einzelne Mensch lediglich Träger der Medikamentenwirkung. Vielmehr zielte die Wirkung auf die soziale Institution, deren Funktionalität auf diese Weise sichergestellt wurde. In dieser Trägerfunktion einer auf eine soziale Struktur abzielenden Wirkung mussten die Heranwachsenden die bekannten medikamentösen Nebenwirkungen und Folgeschäden ertragen. Dieser Vorgang kann mit dem Begriff „Soziale Medikation“ gefasst werden.

Die Prüfung von Arzneimitteln an Heimkindern, die medikamentöse Sedierung der „Zöglinge“ und der Einsatz triebhemmender Präparate stellen neben den bislang bekannten Gewaltanwendungen an ihnen eine weitere Form der Gewalt dar, eine medikamentöse Gewalt. Einen Hintergrund für den insgesamt gewaltförmigen Umgang im Handeln und Denken in Bezug auf die Heimkinder bildet sicherlich der aus dem Konzept der „psychopathischen Minderwertigkeiten“¹²³ hervorgegangene eugenisch konnotierte „Minderwertigkeitsgedanke“,¹²⁴ wie er auch in der Sprache der Publikationen zu den Arzneimittelstudien zum Ausdruck kommt.

122 Gerhard JOPPICH, Über die Bedeutung der Milchmolke für die Ernährung des Säuglings, in: Zeitschrift für Kinderheilkunde, 76/5 (1955), 531–541.

123 Vgl. Petra FUCHS / Wolfgang ROSE, Kollektives Vergessen. Die Diagnose Psychopathie und der Umgang mit dem schwierigen Kind im Verständnis von Franz Kramer und Ruth von der Leyen, in: Fangerau / Topp / Schepker, Hg., Kinder- und Jugendpsychiatrie, wie Anm. 9, 187–208, hier 193.

124 Martin HOLTkamp, Werner Villinger (1887–1961). Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie (Husum 2002).

Die Heimkinder lebten außerhalb der Gesellschaft, in der sich offenbar niemand für ihr Schicksal interessierte. So riefen auch die Publikationen der Arzneimittelstudien anscheinend keinen Protest der Leserschaft hervor. Diese gesellschaftliche Außenseiterposition der Heimkinder erklärt vieles, was bei „normalen“ Kindern nicht möglich gewesen wäre. So konnte für die Studien an Heimkindern in keinem Fall eine Einwilligung der Eltern der Kinder oder Jugendlichen gefunden werden. Catel hatte für seine Untersuchungen mit dem Präparat Thiosemicarbazon nachweislich keine Erlaubnis eingeholt. Auch im Fall der Rotenburger Werke liegt es nahe, dass solche Einwilligungen nicht vorhanden waren. Kaminsky konnte für die Studie in Neu-Düsselthal zeigen, dass dort der Leiter des Landesjugendamtes Jans anstelle der Eltern die Zustimmung zu der Untersuchung erteilt hatte.¹²⁵ Seine Zustimmung hatte Jans dahingehend zusammengefasst, „dass das Landesjugendamt als ‚Träger von Erziehungsrechten und -pflichten‘ an Stelle der Eltern die ‚bestmögliche Hilfe‘ zu gewähren habe“. Wenn man jedoch bedenkt, dass im Normalfall zwei Elternteile für ein Kind ihre Einwilligung zu einem Versuch geben müssen,¹²⁶ so erscheint es rechtlich höchst fragwürdig, ob ein Vertreter des Landesjugendamtes befugt ist, beispielsweise für 40 Kinder solch eine Zustimmung zu erteilen, zumal er zu den Kindern sicherlich gar keinen persönlichen Bezug hat und sie wahrscheinlich nicht einmal persönlich kennt. Hier sind Erziehungsrechte und -pflichten nicht den Kindern als „bestmögliche Hilfe“ gewährt, sondern der Institution zur Aufrechterhaltung des Systems sowie dem forschenden Interesse des Mediziners dienlich gemacht worden.

Der Rechtsmediziner Wagner wies bereits in seinem Aufsatz von 1967 darauf hin, dass „Versuche an Gefangenen und zwangsweise eingewiesenen Patienten“ unzulässig seien, „weil hier keine absolute Freiwilligkeit gegeben ist“.¹²⁷ Dies trifft sicherlich genauso auf Heimkinder zu, zumal es sich zumindest bei der FE ja tatsächlich um eine Zwangsmaßnahme handelt. Nach dem hier untersuchten Zeitraum wurde im Arzneimittelgesetz von 1978 das Verbot von Heilversuchen „für auf behördliche Anordnung Verwahrte“¹²⁸ aufgenommen.

Die Außenseiterposition der Heimkinder in der Gesellschaft und die Struktur der Einrichtungen machte es auch möglich, dass sie für die Versuche nicht als Einzelpersonen, sondern als Probanden-Kollektiv zur Verfügung standen. So gelangten Teile dieser Gesamtheit nach bestimmten Kriterien, z. B. aufgrund ihres Antikörperstatus, in das Versuchsdesign. Bei mehreren Impfstoffstudien blieben einige „Kontrollkinder“ ungeimpft. Es gab konkrete Fragestellungen, ein klares Studiendesign und medizinische Untersuchungen. So wird der Studiencharakter dieser Untersuchungen deutlich und grenzt sie von Untersuchungen, wie sie heute beispielsweise als Anwenderbeobachtung bezeichnet werden, ab. Insgesamt kann für die Studien zu Impfstoffen, Psychopharmaka und triebhemmenden Präparaten neben den bereits geschilderten Bedingungen kein direkter Nutzen für die Kinder gesehen werden, doch gab es andererseits zum Teil erhebliche Risiken und auch tatsächlich eingetretene Schäden. Zusammen mit offenbar fehlenden Einwilligungen sind sie daher sowohl unter rechtlichen wie auch ethischen damaligen Aspekten als kritisch zu sehen.

125 Vgl. KAMINSKY, Verbreiterung, wie Anm. 4, 487.

126 Vgl. BOCKELMANN, Strafrecht, wie Anm. 25, 56 f.

127 WAGNER, Problematik, wie Anm. 23, 282. Vgl. hierzu auch Ernst HEINITZ, Ärztliche Experimente am lebenden Menschen, in: Juristische Rundschau 11 (1951), 333–334, hier 334.

128 Erwin DEUTSCH, Medizin und Forschung vor Gericht. Kunstfehler, Aufklärung und Experiment im deutschen und amerikanischen Recht (Heidelberg–Karlsruhe 1978), 48.

Dass es in den 1950er- bis 1970er-Jahren zu diesen gravierenden Normabweichungen ärztlichen Handelns innerhalb eines gesellschaftlichen Subsystems – den Institutionen der Heimerziehung – kommen konnte, kann mit den Operationen eines diskursiven Netzwerkes begründet werden, in dem die „Totale Institution“ Heimerziehung einen der Akteure darstellt. Erkennbar wird ein Muster von personellen, institutionellen, kulturellen und auch dinglichen Zusammenhängen vor dem Hintergrund einer spezifischen gesellschaftlichen Situation. Auf Bruno Latours Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) bezugnehmend, ist der in diesem Zusammenhang wirksame dingliche Akteur das Medikament, das zugleich Untersuchungsobjekt und Quelle von Wirkungen auf medizinisch, institutionell und ökonomisch Handelnde ist. So ist das Medikament als Akteur neben der „Totalen Institution“ ein weiteres gemeinsames Element der Untersuchungen.

Die Wirkungs-, Nebenwirkungs- und Dosisfindung für spezifische Anwendungen ist das durch die Spezifik des Medikamentes induzierte medizinische Interesse, die Funktionsfähigkeit der Einrichtungen das Interesse der institutionellen Akteure der Heimerziehung (in Bezug auf Neuroleptika und triebhemmende Präparate), die Absatzmöglichkeiten des Medikamentes das Interesse des Herstellers.

Im Falle der Heimärzte und -ärztinnen vermischten sich in ihrem ärztlichen, forschenden und institutionellen Handeln drei Akteurskomponenten des Akteur-Netzwerkes und interagierten miteinander. So ist beispielsweise über die genannten Studien die Indikationsausweitung der Neuroleptika zu erklären. Dies führte von dem medizinisch gebotenen, z. B. der Sedierung eines Kindes mit erethischem Zustandsbild, zu der institutionell erwünschten Sedierung auch neurologisch gesunder Kinder. Als „soziales Sedativum“ war das Neuroleptikum Funktions-träger und sozialer Akteur im Netzwerk des Zusammenschlusses anderer – medizinischer, institutioneller, ökonomischer, administrativer und gesellschaftlicher – Akteure. Das Medikament als zentraler Akteur initiiert diese Struktur und erhält sie aufrecht.

Neben der „Totalen Institution“ und dem Medikament als dinglicher Akteur gibt es eine weitere Gemeinsamkeit der Arzneimittelstudien: die Heimkinder. Man kann ihre Rolle bei den Prüfungen als Objekte betrachten, an denen die Präparate getestet worden sind. Ihre „Minderwertigkeit“ erlaubte es, sie dafür zu nutzen. Im Rahmen der ANT käme aber auch ihnen die Rolle eines Akteurs zu. Dies erscheint zunächst widersprüchlich. Aber ihre Rolle kann als ein Akteur umschrieben werden, der den anderen Akteuren erst ihren gemeinsamen Sinn, ihre Identität verleiht.¹²⁹ Nur durch die Existenz der Heimkinder konnten die anderen Akteure an ihnen wirksam werden. In Bezug auf Neuroleptika wird dies besonders deutlich. Die Kinder und Jugendlichen waren unruhig, sie „störten“, einige entwichen oder versuchten zu entweichen. Sie waren eine Bedrohung für die institutionelle Ordnung der Einrichtungen. Gerade diese aktiven Heranwachsenden wurden medikamentös sediert. So war schließlich der Akteur Heimkind Auslöser der Metamorphose vom Heilmittel Neuroleptikum zu einem Sedativum, von einer „medizinischen Indikation“ zur „sozialen Medikation“. Eine solche Sichtweise kann den Betroffenen heute helfen, nicht durch eine Aufarbeitung nochmals in eine Opferrolle gedrängt zu werden, sozusagen dort „festgeschrieben“ zu sein. Als Akteur ist man nicht ohnmächtig, sondern Handelnder.

¹²⁹ Vgl. dazu Ernesto LACLAU / Chantal MOUFFE, Hegemonie und radikale Demokratie. Zur Dekonstruktion des Marxismus (Wien ⁵2015), hier 164.

Informationen zur Autorin

Sylvia Wagner, Promovendin an der Math.-Nat. Fakultät und dem Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin; Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf, Deutschland, E-Mail: sylvia.wagner@uni-duesseldorf.de