

„Verschickungskinder“ – Einsatz sedierender Arzneimittel und Arzneimittelprüfungen. Ein Forschungsansatz

Einführung

In der Bundesrepublik Deutschland wurden vor allem in den 1950er bis 1970er Jahren Klein- und Schulkinder sowie Jugendliche aufgrund ärztlicher Überweisungen in Kindererholungsheime und Kinderheilstätten „verschickt“. Auf Initiative der Sonderpädagogik-Dozentin und Publizistin Anja Röhl (*1955) fand im November 2019 ein erster Kongress ehemaliger „Verschickungskinder“ auf Sylt statt. Röhl hatte schon einige Jahre zuvor damit begonnen, auf ihrer Internetseite verschickungsheime.de¹ „Berichte zu sammeln und ehemalige Opfer miteinander zu vernetzen“.² Auf der Seite berichten hunderte Betroffene über Strafen wie Prügel, Isolation und eiskalte Duschen, aber auch über sexuelle Gewalt, ungenießbares Essen, Zwangsfütterungen und den Zwang, Erbrochenes aufessen zu müssen.³ In Anbetracht der großen Resonanz organisierte Röhl den Kongress auf Sylt, wo die ca. 70 Anwesenden die „Initiative Verschickungskinder“ gründeten.⁴ Als Ziele der Initiative gaben sie an: „Öffentliche Aufmerksamkeit, einen Forderungskatalog entwickeln und verabschieden, Beginn des Aufbaus einer arbeitsfähigen Organisationsstruktur der Initiative Verschickungskinder, sowie das Anschieben einer selbst bestimmten Forschung“.⁵ Eine wissenschaftliche Aufarbeitung der Geschichte die-

¹ Siehe [<https://verschickungsheime.de/>].

² Christoph Gunkel, Misshandlungen in Ferienheimen. „Macht was. Bitte! Bitte!“, in: Der Spiegel, (2019), vgl. [<https://www.spiegel.de/geschichte/verschickungskinder-misshandlung-im-ferienheim-a-1297086.html>].

³ Vgl. ebd.

⁴ Pressemitteilung der Initiative Verschickungskinder, Verschickungskinder organisieren sich (24.11.2019), vgl. [<https://verschickungsheime.de/pressemitteilung-24-11-19/>].

⁵ Ebd.

ser „Verschickungen“, gibt es bislang offensichtlich nicht. Da auf der Internetseite Betroffene zudem von einer medizinisch nicht indizierten Verabreichung von Arzneimitteln berichtet hatten, wurde auch diese Problematik und darüber hinaus die Thematik etwaiger Arzneimittelprüfungen auf dem Kongress erörtert.⁶

Dieser Beitrag befasst sich mit der Frage, inwiefern es solche medikamentösen Praktiken in den Einrichtungen der damaligen Zeit gegeben hat, das heißt es wird Hinweisen auf den Einsatz medizinisch nicht indizierter Arzneimittel, vor allem Sedativa (Beruhigungsmittel), sowie auf durchgeführte Arzneimittelprüfungen bei Verschickungskindern nachgegangen. Basierend auf einer historischen Kontextualisierung des Phänomens Verschickung werden die Ergebnisse in einen ethischen und rechtlichen Kontext eingeordnet. Da der Umgang mit den Verschickungskindern einige Parallelen zum Umgang mit Heimkindern der damaligen Zeit aufzuweisen scheint, soll eine vergleichende Betrachtung erfolgen. Es werden, orientiert an dem, was über den Einsatz von Arzneimitteln und deren Prüfung an Heimkindern der damaligen Zeit erforscht ist,⁷ erste Erklärungsansätze formuliert und sozialhistorisch abgeleitet. Arzneimittelprüfungen an Heimkindern wurden erstmals 2016 in einem umfassenderen wissenschaftlichen Rahmen thematisiert⁸ und öffentlich wahrgenommen.

Auch in der ehemaligen DDR gab es „Verschickungen“ von Kindern in Einrichtungen wie beispielsweise das Kinderkurheim in Wiek auf Rügen. Kinder, die an Asthma oder chronischer Bronchitis litten, wurden unter Umständen auch an die kroatische Adriaküste „ver-

⁶ Vgl. ebd.

⁷ Z. B. Sylvia Wagner, Arzneimittelversuche an Heimkindern zwischen 1949 und 1975, Frankfurt 2020; Sylvia Wagner, Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte: Arzneimittelstudien an Heimkindern, in: Sozial.Geschichte online, 19 (2016), S. 61–113, [https://duepublico2.uni-due.de/servlets/MCRFileNodeServlet/duepublico_derivate_00042079/04_Wagner_Heime.pdf]; Jan Bruckermann / Jürgen Eilert / Burkhard Wiebel, Operationalisierbarkeit des Eigenstandsschadens. Begründung von Schadensersatzpflichten durch Verletzung von Art. 11 und Art. 21 GG, in: SozialRecht aktuell, 23 (2019), 4, S. 125–141.

⁸ Wagner, Kapitel (wie Anm. 7).

schickt“.⁹ Zu der speziellen Thematik der Verabreichung von Arzneimitteln in Einrichtungen der DDR wurden bislang keine Hinweise gefunden. Die folgenden Ausführungen beziehen sich deshalb ausschließlich auf Einrichtungen der alten BRD.

Historischer Hintergrund der Verschickung von Kindern und Jugendlichen

Wann genau die erste Einrichtung für Verschickungskinder entstand, kann hier nicht gesagt werden, da die Einrichtungen stets auch unterschiedlich bezeichnet wurden. In einer Jubiläumsschrift des „Seehospiz ‚Kaiserin Friedrich‘ Norderney“ heißt es 1986, dass gegen Ende des 18. Jahrhunderts in England die ersten Kinderheilstätten an der See errichtet wurden.¹⁰ Das „Seehospiz ‚Kaiserin Friedrich‘ Norderney“ sei 1876 als „erste Einrichtung dieser Art“ in Deutschland als „Ev. Diakonissenanstalt zur Pflege skrofulöser¹¹ Kinder zu Norderney“ entstanden.¹² Der Mediziner Friedrich Wilhelm Beneke (1824 bis 1882), der zur medizinischen Wirkungsweise der Nordseeluft und des Nordseebades forschte, hatte einen maßgeblichen Anteil an der Gründung dieser Einrichtung, in der „besonders die Skrofulose und die beginnende Schwindsucht Jugendlicher behandelt werden“¹³ sollten.

Zeitgenössisch wurde unterschieden zwischen der Verschickung gesunder, nur erholungsbedürftiger Kinder in Kindererholungsheime und der Verschickung von Kindern mit speziellen Krankheiten und Schäden in Kindersanatorien, Kurkliniken oder Kinderheilstätten¹⁴ (in diesem Beitrag wird vereinfachend entweder von Kindererholungs-

⁹ MDR (2013). Zur Kur an die Adria: DDR-Kinder in Jugoslawien, [<https://www.mdr.de/zeitreise/ddr-kinder-kur-jugoslawien-adria-100.html>].

¹⁰ Vgl. Wilfried Wiegand / Wolfgang Menger / Burkhard Schmidt-Redemann / Hermann Flake (Red.), *Wo Leid und Liebe sich begegnen. 1886–1986. 100 Jahre Kinderkrankenhaus. Seehospiz ‚Kaiserin Friedrich‘ Norderney, Kinderkrankenhaus Seehospiz ‚Kaiserin Friedrich‘* (Hg.), Bad Harzburg 1986, [<http://www.norderney-chronik.de/download/sonder/100jahre-seehospiz.pdf>], S. 5.

¹¹ Die Skrofulose ist eine bei Kindern auftretende tuberkulöse Erkrankung, bei der sich an der Haut und an den Lymphknoten Geschwülste bilden.

¹² Vgl. Wiegand et al., *Leid* (wie Anm. 10), S. 5.

¹³ Ebd., S. 6.

heimen oder Kinderheilstätten gesprochen). Bereits Anfang der 1960er Jahre bemängelten Mediziner jedoch, dass der Forderung nach einer strengen Unterscheidung „nur an wenigen Stellen entsprochen“¹⁵ werde und Kinder somit „immer wieder“¹⁶ nicht in die für sie gemäße Einrichtung eingewiesen würden. Darüber hinaus gab es Einrichtungen, die beide Funktionen erfüllten, indem sie „Erholungskinder“ und kranke Kinder aufnahmen, wie z. B. das Seehospiz Norderney.¹⁷ Während Kinderheilstätten unter einer ärztlichen Leitung standen, genügte für ein Kindererholungsheim eine ärztliche Aufsicht.¹⁸ Auch in der Zeitdauer der Verschickung unterschieden sich die Einrichtungen. In einem Kindererholungsheim betrug die Aufenthaltsdauer in der Regel vier bis sechs Wochen, in einer Kinderheilstätte dagegen sollten es *mindestens* sechs Wochen sein.¹⁹

Wie viele Kinder bis in die 1990er Jahre insgesamt in die Einrichtungen eingewiesen wurden, lässt sich nicht mehr genau ermitteln. Nach einem Bericht der Bundesregierung Deutschland aus dem Jahr 1961 (1965 verbreitet) gab es Ende 1963 „insgesamt 839 Kur-, Heil-, Genesungs- und Erholungsheime für minderjährige Jugendliche mit 56.608 Plätzen.“²⁰ Die Einrichtungen wurden ganzjährig betrieben,

¹⁴ Vgl. H. Kleinschmidt, Über die Durchführung von Kindererholungs- und Heilkuren, in: Sepp Folberth, Kinderheime Kinderheilstätten in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz, Lochham-München² 1964, S. 25–89, hier S. 37. Ob es sich bei diesem Autor um den Pädiater Hans Kleinschmidt (1885–1977) handelt, der während der Zeit des Nationalsozialismus u. a. im Wissenschaftlichen Beirat des Bevollmächtigten für das Gesundheitswesen Karl Brandt war, ist nicht bekannt (Ernst Klee, Das Personenlexikon zum Dritten Reich, Frankfurt a. M.² 2007, S. 315).

¹⁵ Vgl. K. Nitsch, Grundsätze der Kinderverschickung, in: Folberth, Kinderheime (wie Anm. 7), S. 9–24, hier S. 12.

¹⁶ Kleinschmidt, Durchführung (wie Anm. 14), S. 37.

¹⁷ Z. B. Wiegand et al., Leid (wie Anm. 10), S. 16 und 19.

¹⁸ Vgl. Nitsch, Grundsätze (wie Anm. 15), S. 14, Kleinschmidt, Durchführung (wie Anm. 14), S. 28.

¹⁹ Vgl. Nitsch, Grundsätze (wie Anm. 15), S. 15, Kleinschmidt, Durchführung (wie Anm. 14), S. 53.

²⁰ Deutscher Bundestag (1961), Bericht der Bundesregierung über die Lage der Jugend und über die Bestrebungen auf dem Gebiet der Jugendhilfe gemäß § 25 Abs. 2 des Gesetzes für Jugendwohlfahrt vom 11. August 1961 (BGBl. I S. 1206), siehe [https://www.demografie-portal.de/SharedDocs/Downloads/DE/BerichteKonzepte/Bund/Kinder-und-Jugendbericht-1965.pdf?__blob=publication-File&v=4], S. 151. Offensichtlich ist der Bericht von 1961 bis zur Veröffentlichung 1965 aktualisiert worden.

und so kann davon ausgegangen werden, dass einige Millionen Kinder von den Verschickungen betroffen waren. Etwa ein Drittel der Einrichtungen wurden „von Trägern der freien Jugendhilfe unterhalten.“²¹

In Erholungsheime scheinen Kinder und Jugendliche oftmals zur allgemeinen „Kräftigung“, Erholung oder Gewichtskorrektur eingewiesen worden zu sein. Einige KongressteilnehmerInnen berichteten, dass bei ihnen fälschlicherweise Untergewicht diagnostiziert worden sei und die Verschickung für einige Wochen eher der Regeneration der Mütter dienen sollte, die oftmals physisch überfordert gewesen seien. Eine derartige soziale Indikation zur Verschickung wird auch in der zeitgenössischen Literatur bestätigt. So sei eine Erholungsverschickung bei allen Kindern angezeigt, „die weniger aus ärztlichen als aus sozialen Gründen verschickt werden sollen“.²² Indikationen seien beispielsweise „Großstadtkinder“, um sich einige Wochen austoben zu können,²³ sowie „Kinder aus Flüchtlingsfamilien für die Übergangszeit; Erkrankung, Operation oder Entbindung der Mutter [...]; während der Zeit, in der die Eltern in Scheidung leben; Kinder mit ausgesprochenem Milieuschaden (auch in psychischer Hinsicht); Kinder von berufstätigen Müttern, die den Lebensunterhalt bestreiten müssen; Kinder aus kinderreichen, wirtschaftlich schwachen Familien; Kinder aus geschädigten und gestörten Familien“.²⁴ Um den Schwierigkeiten der Kostenübernahme durch die Krankenkassen bei einer „sozialen Indikation“ von vornherein aus dem Weg zu gehen, würden „viele Entsendeärzte einen geringfügigen Nebenbefund im Interesse des Kindes als Hauptindikation in den Vordergrund“ stellen.²⁵ Die Kategorien, die zur Verordnung der Erholungsverschickung führten, bezogen sich somit primär auf Merkmale sozialer Milieus, sozialer Belastungen und sozialer Gefährdungen.

²¹ Ebd.

²² K. Nitsch / K. Hartung, *Klimakuren bei Kindern zur Behandlung von Konstitutionsschwächen. Indikation, Planung und Durchführung*, Stuttgart 1961, S. 49.

²³ Ebd., S. 49 und 97.

²⁴ Nitsch, *Grundsätze* (wie Anm. 15), S. 18.

²⁵ Nitsch / Hartung, *Klimakuren* (wie Anm. 22), S. 97.

Die Fachrichtung der Sozialen Medizin

Damit stand die Verschickung in der Tradition einer Fachrichtung der Medizin, die sich Anfang des letzten Jahrhunderts als Reaktion auf das hohe Erkrankungsrisiko (Endemien, Säuglings- und Kindersterblichkeit) in Armutsmilieus als Folge der frühen Phase der Industrialisierung gegründet hatte, der „Sozialen Medizin“.²⁶ Dieses Fachgebiet wird von Michel Foucault als die „Medizin der Lebensbedingungen und des Existenzmilieus“²⁷ bezeichnet. In ihrer Gründungsphase um die vorletzte Jahrhundertwende trug die Soziale Medizin deutlich ökonomistische Züge einer „Medizin der Arbeitskraft“.²⁸ Die Pädagogin Maria Wolf konnte diese Wurzeln der Fachrichtung und deren soziale Folgewirkungen geschichtswissenschaftlich herausarbeiten.²⁹ Auf diesem Hintergrund kann die Verschickung – in vorläufiger Formulierung – als eine doppelte ökonomische Maßnahme bezeichnet werden: die körperliche und psychische Kräftigung (Roborierung) des Kindes als einer zukünftigen gesellschaftlichen Arbeitskraft und die temporäre Entlastung der Familie mit restitutiver Wirkung auf die „Ware Arbeitskraft“³⁰ des Mannes. Diese seit der industriellen Revo-

²⁶ S. hierzu Maria A. Wolf, Das „gesunde Arbeiterkind“ als ein Projekt der „Sozialen Medizin“. Zur wissenschaftlichen Neuordnung der Kindheit durch die Medikalisation der „Sozialen Frage“ zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in: Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin, (2018), 17, S. 13–28.

²⁷ Michel Foucault, Die Geburt der Sozialmedizin, in: Daniel Defert / François Ewald / Jacques Lagrange (Hg.), Schriften in vier Bänden. Dits et Ecrits. Bd. III. 1976–1979, Frankfurt 2003, S. 272–298, hier S. 291.

²⁸ Der einflussreiche Wiener Soziologe Rudolf Goldscheid (1870–1931) verstand im Rahmen seiner Theorie der „Menschen-Ökonomie“ die Soziale Medizin als eine „Medizin der Arbeitskraft“ (Rudolf Goldscheid, Höherentwicklung und Menschenökonomie. Grundlage der Sozialbiologie, Leipzig 1911). Dies verdeutlicht eine Äußerung des Leiters des Wohlfahrtsamtes der Stadt Wien aus dieser Zeit. Er „begrüßte [...] die machtvolle Position des Arztes zwischen Staat und Staatsbürger/-innen“ und bezeichnete die Rolle des Arztes als „Verwalter des organischen Kapitals“ des Staates. Vgl. Wolf, Arbeiterkind (wie Anm. 26).

²⁹ Vgl. Wolf, Arbeiterkind (wie Anm. 26).

³⁰ Karl Marx, Karl, Das Kapital: Kritik der politischen Ökonomie, Band 1, Hamburg² 1872, S. 151–163.

lution sich etablierende Gewichtung verschärfte sich weiter unter den Bedingungen der fordistischen Produktionsweise.³¹

Das Kind im Heim: staatliches Interesse und Menschenbild

Wie oben ausgeführt hatte die Verschickung einen direkten volkswirtschaftlichen Nutzen. Die Heimunterbringung im Rahmen der öffentlichen Erziehung dagegen diente der Verhinderung eines volkswirtschaftlichen Schadens. Ersteres betraf überwiegend „intakte“ Familien mit unterschiedlichen Problemlagen, letzteres Alleinerziehende, „gestörte“ Familien oder Milieus und vermeintlich von ihren „Anlagen“ her gestörte Kinder und Jugendliche,³² die als „minderwertig“ klassifiziert wurden.

Die so bezeichnete „Minderwertigkeit“ der sozial belasteten Milieus wurde in den bevölkerungspolitischen Diskursen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts als durch eigene Versäumnisse und Charaktereigenschaften, also als selbst verantwortet, somit „schuldhaft“ qualifiziert.³³ Da sich diese Abqualifizierung auf die ganze Familie bezog, waren auch Heranwachsende in die „Schuld“ der Minderwer-

³¹ Vgl. hierzu Robert Foltin, *Fordismus und Familiensystem, Grundrisse. Zeitschrift für linke theorie & debatte*, (2006), 32, vgl. [<https://www.linksnet.de/artikel/19797>].

³² Nach dem in den 1920er Jahren bis weit in die Nachkriegszeit in den westlichen Staaten wie auch in der UdSSR vorherrschenden deterministischen Entwicklungsmodell werden Menschen mit überwiegend stabilen und wenig veränderbaren basalen Eigenschaften geboren. Das im weiteren Leben mögliche Veränderungspotenzial wird als dominant in negativer Richtung wirksam gedacht. Nach dem Konzept der Defektologie konnten im Alter von drei bis fünf Jahren solche Kinder identifiziert und potenziell ausgesondert werden, von denen volkswirtschaftlich kein Nutzen zu erwarten war. Diese Selektion wurde von dem rumänischen Diktator Ceausescu exzessiv betrieben, gekoppelt an den auf die Rumäninnen ausgeübten Zwang, mehr als zwei Kinder zu gebären. Ziel war die Optimierung der Volkswirtschaft durch Optimierung der Zahl der Industriearbeiter. Ergebnis war die Überfüllung der Kinderheime und die dort herrschenden unmenschlichen Zuständen (Charles A. Nelson / Nathan A. Fox / Charles H. Zeanah, *Romania's abandoned children. Deprivation, brain development, and the struggle for recovery*, Cambridge, Massachusetts, London 2014, S. 49).

³³ Vgl. hierzu Reinhard Sieder, *Wissenschaftliche Diskurse, Kinder- und Jugendfürsorge, Heimerziehung: Wien im 20. Jahrhundert*, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin*, 17 (2018), S. 29–56, hier S. 38f.

tigkeit einbezogen – und wurden entsprechend von dem Pflegepersonal in Heimen behandelt.³⁴

Nach dem Historiker, Sozial- und Kulturwissenschaftler Reinhard Sieder (*1950) – er bezieht sich auf die damaligen Verhältnisse in Wien – ging die in den 1920/30er Jahren praktizierte medizinische Rassenhygiene von der lamarckistischen Überzeugung aus, dass die Vererbung erworbener Eigenschaften möglich sei.³⁵ So seien auch heilpädagogische Ärzte und Ärztinnen der Auffassung gewesen, „dass die Konstitution³⁶ der Kinder zu einem erheblichen Teil von den Eltern vererbt sei, auch wenn das sozial-kulturelle Milieu die Wirksamkeit der Anlage (‚Konstitution‘) verstärken oder abschwächen könne.“³⁷ Weiter erläutert Sieder: „Genau dieses begründete den wohl gravierendsten Eingriff in das Leben der Armen: die Abnahme von Kindern aus Familien, die man nicht nur für ein ‚schlechtes Milieu‘, sondern auch für erblich und degenerativ belastet hielt. Mit der Beibehaltung dieses Schlüsselargumentes blieb die Fürsorgeerziehung in Wien de facto bis zu den Reformen ab 1971 im Paradigma der medizinischen Rassenhygiene.“³⁸ Sieder fragt in diesem Zusammenhang, ob es sich hier um einen Fall von epistemischer Gewalt handelt.³⁹ Die Politikwissenschaftlerin Claudia Brunner (*1972) versteht unter epistemischer Gewalt „jenen Beitrag zu gewaltförmigen gesellschaftlichen Verhältnissen, der im Wissen selbst, in seiner Genese, Ausformung, Organisation und Wirkmächtigkeit angelegt ist.“⁴⁰ Diese Gewalt sei

³⁴ Vgl. z. B. Carola Kuhlmann, „So erzieht man keinen Menschen!“ Lebens- und Berufserinnerungen aus der Heimerziehung der 50er und 60er Jahre, Wiesbaden 2008, S. 18–29, und Sieder, Diskurse (wie Anm. 33), S. 38f.

³⁵ Vgl. Sieder, Diskurse (wie Anm. 33), S. 39–42.

³⁶ Die Konstitution bezeichnet die Gesamtheit der überdauernden, genetisch vermittelten Eigenschaften eines Lebewesens.

³⁷ Sieder, Diskurse (wie Anm. 33), S. 36.

³⁸ Ebd.

³⁹ Vgl. ebd., S. 30 und 50.

⁴⁰ Claudia Brunner, Situiert und seinsverbunden in der ‚Geopolitik des Wissens‘. Politisch-epistemische Überlegungen zur Zukunft der Wissenssoziologie, in: Zeitschrift für Diskursforschung, 1 (2013), 3, S. 226–245, hier S. 228–229.

„tief in unser Wissen eingelagert, ebenso wie in die Wege, auf denen wir zu diesem Wissen kommen“.⁴¹

Die beschriebenen Kontexte und Kontinuitäten stellten sich im Wesentlichen auch im deutschen System der Fürsorge und Heilpädagogik dar, insbesondere verknüpft mit dem Wirken der Kinder- und Jugendpsychiater Werner Villinger (1887 bis 1961) und Hermann Stutte (1909 bis 1982).⁴² Ihr Einfluss hatte Auswirkungen auf unterschiedliche wissenschaftliche, administrative und politische Bereiche, bis hin zu ethisch-moralischen Einstellungen in der Öffentlichkeit.

Eine These, die sich hier ergibt, ist, dass die Konstitution der Heimkinder auch durch ein positives sozial-kulturelles Milieu nicht mehr zu „reparieren“ gewesen wäre, während dies für „Verschickungskinder“ in Erholungsstätten durchaus noch als möglich erachtet wurde und dies eben auch das Ziel der „Verschickung“ war. Diese These wird erhärtet durch einige Hinweise damaliger Mediziner, wie z. B. Nitsch, der 1964 schrieb: „Der Verschickung von Kindern zwischen 3 und 5 Jahren steht ihre erschwerte Betreuung in Kinderheimen entgegen. Trotzdem sollte man alles daransetzen, sich anbahnende Konstitutionsschwächen schon in dieser Lebensphase zu bekämpfen und sollte ganz besonders der Verschickung v o r Schulanfang Aufmerksamkeit widmen.“⁴³

Bevor dies aber weiter ausgeführt wird, soll den zentralen Fragen dieser Untersuchung nachgegangen werden: der Einsatz sedierender Arzneimittel und die eventuelle Prüfung von Arzneimitteln.

⁴¹ Claudia Brunner, Das Konzept epistemische Gewalt als Element einer transdisziplinären Friedens- und Konflikttheorie, in: Werner Wintersteiner / Lisa Wolf (Hg.), Friedensforschung in Österreich: Bilanz und Perspektiven, Klagenfurt 2016, S. 38–53, hier S. 39.

⁴² Vgl. hierzu Volker Roelcke, Erbbiologie und Kriegserfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der frühen Nachkriegszeit: Kontinuitäten und Kontexte bei Hermann Stutte, in: Heiner Fangerau / Sascha Topp / Klaus Schepker (Hg.), Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit, Berlin 2017, S. 447–464.

⁴³ Nitsch, Grundsätze (wie Anm. 15), S. 16. Hervorhebung im Original.

Die Verabreichung medizinisch nicht indizierter Arzneimittel

Der Frage nach einer möglicherweise medizinisch nicht indizierten Verabreichung von Arzneimitteln in Verschickungsheimen kann hier nur auf Grundlage erster Hinweise nachgegangen werden. Eine vertiefende Beschäftigung steht noch aus.

So berichteten auf dem ersten bereits erwähnten Kongress der Initiative Verschickungskinder 2019 einige Betroffene, dass sie während des Aufenthaltes beispielsweise bitter schmeckenden Tee zu sich nehmen mussten und danach müde wurden. Sie selbst vermuten, dass ihnen mit dem Tee sedierende Substanzen verabreicht wurden. Einige schilderten auch, dass sie Tabletten einnehmen mussten, die eine sedierende Wirkung gehabt hätten. Ähnliches berichteten auch ehemalige Heimkinder. Hier konnte der Missbrauch durch die Verabreichung sedierender Medikamente in entsprechenden Einrichtungen mittlerweile wissenschaftlich bestätigt werden.⁴⁴

Ein weiterer Hinweis zu dem Einsatz von sedierenden Arzneimitteln an Verschickungskindern fand sich in der zeitgenössischen Literatur. So bemängelten die Mediziner Nitsch und Hartung 1961 in einer Arbeit zu „Klimakuren bei Kindern“ zwar allgemein eine zu stark gedrosselte Vitalität der Heranwachsenden in den Einrichtungen als einen kardinalen Fehler.⁴⁵ Gleichwohl bekennen sie sich „zu der Auffassung, dass besonders sensible und vegetativ labile Kinder mit großem therapeutischem Nutzen in Krisenzeiten oder bei Änderung des Milieus kurzfristig sedativ behandelt werden können“.⁴⁶ So sei es „etwa sinnvoll, in der ersten Zeit einer Klimakur ein leichtes Schlaf-

⁴⁴ Z. B. 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, S. 17f., und Sylvia Wagner, Arzneimittelprüfungen an Heimkindern von 1949 bis 1975 in der Bundesrepublik Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Neuroleptika sowie am Beispiel der Rotenburger Anstalten der Inneren Mission, [<https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-54600/Diss%20Sylvia%20Wagner-1.pdf>].

⁴⁵ Vgl. Nitsch / Hartung, Klimakuren (wie Anm. 22), S. 29.

⁴⁶ Ebd., S. 35.

mittel am Abend zu geben und über Tag ein niedrig dosiertes Sedativum.⁴⁷ Die Kinder würden sich dadurch schneller eingewöhnen und würden „in ihrer allgemeinen Umstimmung nicht durch unerwünschte Reize behindert“.⁴⁸ Besonders psycholabile Kinder dürften „zur Eingewöhnung für kurze Zeit ohne Schaden mit Meprobamaten [Beruhigungsmittel, Tranquilizer] oder ähnlichen Präparaten behandelt werden“.⁴⁹ Voraussetzung für solche Medikationen sei „die Anwesenheit eines urteilskräftigen, fachlich genügend vorgebildeten Arztes in den Heimen, was oft genug nicht der Fall“ sei.⁵⁰ Auch für heimwehkranken Verschickungskinder wurde in der zeitgenössischen Fachliteratur der Einsatz von Beruhigungsmitteln (Tranquilizern) erwähnt.⁵¹

Die bisherigen Forschungsergebnisse zum Einsatz sedierender Arzneimittel bei Heimkindern könnten Erklärungsansätze zum Einsatz der Präparate auch bei Verschickungskindern liefern. Für die medikamentöse Sedierung der Heimkinder gab es in der Regel keine medizinische Indikation, sondern sie diente letztlich der Institution, indem die Heranwachsenden auf diese Weise leichter zu „handhaben“ waren. Solch eine Praxis kann als „soziale Medikation“ bezeichnet werden.⁵² Dabei geht es bei der Verabreichung der Medikamente also nicht um eine medizinische Indikation, die Kinder waren nicht krank, sondern es ging um einen Vorteil für die sozialen Strukturen der Einrichtungen. Die Kinder und Jugendlichen mussten, obwohl sie ja nicht der eigentliche Adressat der Arzneimittelwirkungen waren, die akuten und langfristigen Wirkungen und Nebenwirkungen der Präparate tragen. Es handelte sich um eine „unsichtbare Fixierung“, um medikamentöse Gewalt. Inwieweit dies auch auf Verschickungskinder zutraf, inwieweit es Parallelen zu Heimkindern gab und welche Rolle die Medizin dabei spielte, gilt es zu erforschen. Eine medikamentöse Sedierung der

⁴⁷ Ebd.

⁴⁸ Ebd.

⁴⁹ Ebd.

⁵⁰ Ebd.

⁵¹ Kleinschmidt, Durchführung (wie Anm. 14), S. 72.

⁵² Wagner, Arzneimittelprüfungen (wie Anm. 44), S. 27–29.

Verschickungskinder könnte in Entsprechung zu den Heimkindern einen institutionellen Sinn gehabt haben: auch sie wären leichter zu „handhaben“ gewesen, die Betreuung der Heranwachsenden wäre mit weniger Personal zu bewerkstelligen gewesen, was einen wirtschaftlichen Vorteil bedeutet hätte. Bei untergewichtigen Verschickungskindern wäre als weiterer Vorteil hinzugekommen, dass sie durch eine Sedierung und dadurch geringeren Energieverbrauch leichter an Gewicht zugenommen hätten.

Arzneimittelprüfungen an Verschickungskindern – Erste Rechercheergebnisse

Zur Beantwortung der Frage, inwieweit es Arzneimittelprüfungen an Verschickungskindern gegeben hat, wurde mithilfe der biomedizinischen Datenbank „medline“ in erster Linie nach Publikationen aus relevant erscheinenden Einrichtungen recherchiert. Es werden dabei zwei bereits bekannte Prüfungen von Tuberkulosepräparaten unter dem Aspekt dieser Fragestellung neu eingeordnet. Da es sich bei dieser Arbeit um eine erste Betrachtung der Thematik handelt, entspringen die hier präsentierten ersten Ergebnisse nicht einer systematischen Recherche, sie sollen lediglich aufzeigen, inwieweit hier eine weitergehende Aufarbeitung sinnvoll und notwendig erscheint.

Für Erholungsheime konnte Mithilfe der genannten Untersuchungsmethode bislang keine Arzneimittelprüfung zweifelsfrei nachgewiesen werden. Einen Hinweis gibt es jedoch für die Kinderklinik und Kinderheilstätte Seehospiz „Kaiserin Friedrich“ auf Norderney. Hier wurde laut einer Publikation in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift „die therapeutische Wirkung“ des Anthelmintikums Uvilon® (Wirkstoff: Piperazin) an 42 Kindern im Alter von 2 bis 14 Jahren „geprüft“.⁵³ Wie erwähnt, handelte es sich bei der Einrichtung um ein Kindererholungsheim und zugleich um eine Kinderheilstätte. Es geht aus der Publikation nicht hervor, welchem Bereich die in die Prüfung

⁵³ Walter Goeters, Zur Behandlung der Oxyuriasis im Kindesalter. Erfahrungen mit Uvilon, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 80 (1955), 9, S. 312–313.

einbezogenen Kinder angehörten. Da die Prüfung über 14 Tage lief, die Fluktuation der Kinder in Erholungsheimen recht hoch war und damit Wurminfektionen auch in diesen Einrichtungen sicherlich ein Problem waren, ist es denkbar, dass es sich bei den behandelten Kindern auch um „Erholungskinder“ handelte.

In Kinderheilstätten wurden Kinder und Jugendliche mit spezifischen Krankheiten, vor allem mit Tuberkulose, Asthma, Bronchitis, rheumatischen Krankheitsbildern, Hauterkrankungen und Diabetes mellitus, aber auch mit „Erziehungsfehlern“ aufgenommen.⁵⁴ In einer Publikation aus dem Jahr 1960 über „klinische Erfahrungen mit Contergan bei tuberkulosekranken Kindern“⁵⁵ in der Heilstätte für Kinder und Jugendliche Maria-Grünewald in Wittlich/Eifel wird zunächst anschaulich der „Sinn“ der medikamentösen Sedierung in der Einrichtung geschildert:

„Eines der vordringlichsten Probleme, das in der Lungenheilstätte an den Arzt herangetragen wird, ist die Ruhigstellung des Patienten. Hier reichen gute Worte und psychologische Kenntnisse nicht aus, man braucht meist auch ein Medikament, das beruhigt ohne zu lähmen, entspannt ohne zu enthemmen und den Schlaf ohne Nachwirkungen fördert. Ferner stellt man an solch ein Medikament auch die Forderung, dass es ohne Bedenken über Monate gegeben werden kann und dass keine Gewöhnung eintritt oder sogar Suchtgefahr besteht. Auch Kinderheilstätten verlangen nach solchen Medikamenten, da man nicht ständig an die Vernunft der Kleinen appellieren kann, obwohl sie – einführende Ansprache vorausgesetzt – erstaunlich einsichtig und folgsam sein können. Aber wenn ein Kind ausgeruht ist und keine Schmerzen hat, sich subjektiv ausgesprochen wohl fühlt und trotzdem seine Liegekuren streng einhalten muss, kann man die dämpfende Wirkung eines Sedativums nicht entbehren.“⁵⁶

Dass das Präparat nicht generell medizinisch indiziert war, wird besonders an dem Umstand deutlich, dass es auch „heimwehkranken

⁵⁴ Nitsch, Grundsätze (wie Anm. 15), S. 20f.

⁵⁵ Ingeborg Schiefer, Über klinische Erfahrungen mit Contergan bei tuberkulosekranken Kindern, in: *Medizinische Welt*, 29 (1960), S. 52–53, S. 2765–2768. Contergan® (Wirkstoff Thalidomid) war seit 1957 auf dem Markt. Es galt als nebenwirkungsfreies Beruhigungs- und Schlafmittel. Nachdem tausende Kinder mit Fehlbildungen oder Fehlen der Extremitäten geboren oder tot zur Welt gekommen waren, konnte Ende 1961 die Kausalität zu dem Präparat hergestellt werden. Dies führte zur Marktrücknahme.

⁵⁶ Ebd., S. 2765.

Kindern⁵⁷ verabreicht wurde. Dazu heißt es: „Kinder, die besonders unter der Trennung von zu Hause litten, gewöhnten sich viel schneller in ihre neue Umgebung ein und wurden ausgeglichener, wenn man schon am ersten Tag mit der Verabreichung von Contergan begann.“⁵⁸

Neben dem Einsatz des Präparates bei heimwehkranken Kindern wird in der Publikation darüber hinaus die Prüfung des Präparates an den tuberkulosekranken Kindern und Jugendlichen der Einrichtung beschrieben. Demnach wurde Contergan® an 302 Kindern im Alter von zwei bis 14 Jahren geprüft. Bei 136 dieser Kinder betrug die Dauer der Verabreichung ein bis drei Monate, was wahrscheinlich auch ihrer Aufenthaltsdauer in der Einrichtung entsprach. 21 Kinder erhielten das Präparat zehn bis zwölf Monate lang.⁵⁹ Die Wirkung des Contergans® wurde verglichen mit einem Barbiturat, also einem starken Schlaf- und Beruhigungsmittel. Für den Vergleich erhielten zehn Jungen im Alter von zwei bis vier Jahren drei mal eine Tablette des Barbiturats täglich. Zudem wurden unterschiedliche Darreichungsformen von Contergan® (Tabletten und Saft) verglichen.⁶⁰

Dokumentiert sind in der Publikation auch Nebenwirkungen, die durch die Verabreichung von Contergan® auftraten. Zu nennen sind hier: Schwindelanfälle, starke motorische Unruhe und Gewichtszunahme, die durchaus gewünscht war. In der Zusammenfassung wird geschildert, dass „auch bei eindeutiger Überdosierung“⁶¹ keine außer den bereits erwähnten Nebenwirkungen auftraten. Zwanzig Kinder im Alter von zwei bis vier Jahren erhielten abends bis zu 200 mg Contergan®, andere drei Mal täglich 100 mg. Eine Tagesdosis (ohne Altersangabe) entsprach 100 mg.⁶² Schließlich heißt es: „Die besonderen Vorzüge von Contergan liegen in der Ungiftigkeit und dem

⁵⁷ Ebd., S. 2767.

⁵⁸ Ebd.

⁵⁹ Ebd., S. 2765.

⁶⁰ Ebd., S. 2768.

⁶¹ Ebd.

⁶² Vgl. Beate Kirk, *Der Contergan-Fall: eine unvermeidbare Arzneimittelkatastrophe? Zur Geschichte des Arzneistoffs Thalidomid*, Stuttgart 1999, S. 35.

Fehlen von Nebenerscheinungen, auch bei langem Gebrauch.“⁶³ Die meisten Kinder hatten neben Contergan® auch Präparate gegen Tuberkulose erhalten.

Wie aus einem Schreiben aus dem Jahr 1956 von Dr. Kurt Simon, dem damaligen Leiter der Kinderheilstätte Aprath, hervorgeht, ist Contergan®, bzw. dessen Wirkstoff Thalidomid, auch in der dortigen Einrichtung getestet worden und zwar ca. ein Jahr vor Markteinführung an keuchhustenkranken Kindern.⁶⁴

Neben der Prüfung dieses Präparates zur Sedierung bzw. als „Schlafmittel“ kann die Prüfung von Substanzen für spezifische Krankheiten aufgezeigt werden. Auch hier gibt es eine Mitteilung von Simon aus der Kinderheilstätte Aprath, wobei er die Testung einer Streptomycin-Pantothensäure-Verbindung (Didrothenat) an 88 offenbar tuberkulosekranken Kindern und Jugendlichen beschreibt.⁶⁵

Bereits bekannt ist, dass in der Kinderheilstätte Mammolshöhe für tuberkulosekranke Kinder in Hessen ein Arzneimittel (Thiosemicarbazon) gegen die Krankheit getestet wurde. Der Mediziner Werner Catel (1894 bis 1981), der während der Zeit des Nationalsozialismus einer der Hauptgutachter der „Kindereuthanasie“ war, wirkte von 1947 bis 1954 als Chefarzt auf der Mammolshöhe. Wenige Wochen nach seiner Amtseinführung begannen im März 1947 die ersten Versuche mit dem neuen Tuberkulosepräparat.⁶⁶ Vier Kinder starben durch das Präparat.⁶⁷ Offenbar hatte Catel nicht die Einwilligung der Eltern zu den Versuchen eingeholt, was auch damals schon nach dem Strafgesetzbuch dem Tatbestand einer Körperverletzung entsprach.⁶⁸ Zu-

⁶³ Schiefer, Erfahrungen (wie Anm. 55), S. 2768.

⁶⁴ Kurt Simon, Schreiben von Dr. Simon, Kinderheilstätte Aprath, an Dr. Mückter, Grüenthal GmbH, vom 7.6.1956. Landesarchiv Duisburg, LAV NRW R, Gerichte Rep. 139, Nr. 9(b), Bl. 9203.

⁶⁵ Kurt Simon, „Aussprache“, in: Fr. Kaufmann, Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin, Berlin / Heidelberg 1955, S. 421.

⁶⁶ Thomas Gerst, Catel und die Kinder. Versuche an Menschen – ein Fallbeispiel 1947/48, in: Zeitschrift für Sozialgeschichte des 20. und 21. Jahrhunderts, 15 (1999), 2, S. 100–109, hier S. 102.

⁶⁷ Ebd., S. 108.

⁶⁸ Vgl. Egon Müller, Von der Körperverletzung zur eigenmächtigen Heilbehandlung. Ein Beitrag zur strafrechtlichen Arzthaftung, in: Deutsche Richter Zeitung, 4 (1998), S. 155–160, siehe [<http://archiv.jura.uni-saarland.de/projekte/Bibliothek/text.php?id=279>].

dem hatte er den Wirkstoff, dessen Risiken für Kinder bereits bekannt waren, auch bei Heranwachsenden eingesetzt, bei denen noch gute Heilungsaussichten durch eine ungefährliche Therapie bestanden hatten.⁶⁹ Catel musste sich für die Prüfungen zwar einem Ehrengerichtsverfahren stellen, wurde aber nicht verurteilt.⁷⁰ So konnte er auch nach den tödlichen Versuchen mit dem Tuberkulosepräparat weiter an Kindern forschen. In der Mammolshöhe führte er schließlich Ernährungsversuche mit roher und erhitzter Frauenmilch an Säuglingen durch.⁷¹ 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.⁷²

Auch ein weiterer Versuch an tuberkulosekranken Heranwachsenden ist bereits dokumentiert. So beschreibt der Pädiater Heinz Spiess (1920 bis 2015) in einem Aufsatz aus dem Jahr 2013 den Einsatz des Präparates Peteosthor im Zeitraum von 1947 bis 1951 zur Behandlung der Krankheit in der Heilstätte Trillkegut in Hildesheim.⁷³ Das Präparat enthielt als wirksame Substanz Radium-224, dessen ionisierende Alphastrahlen das kranke Gewebe zerstören sollten. Als junger Arzt war Spiess mit der Prüfung des von dem Lungenfacharzt Paul

⁶⁹ Vgl. Gerst, Catel (wie Anm. 66), S. 102.

⁷⁰ Thomas Beddies, Zur Einführung des Tuberkulosestatikums Conteben im Nachkriegsdeutschland, in: *Pädiatrische Praxis*, 87 (2016), 1, S. 153–160, hier S. 158f.

⁷¹ Werner Catel, Weitere Studien über rohe und erhitzte Frauenmilch, in: *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 108 (1960), 2, S. 37–45.

⁷² Werner Catel / Werner 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 (1953), 11, S. 473–477; Werner Catel / Werner Schuphan / L. Barth / H. Kathen / I. Weinmann, Tier- und humanphysiologische Untersuchungen über die Vitamin C-Wirksamkeit von Apfelsorten verschiedener Ascorbinsäuregehalte, in: *Biochemische Zeitschrift*, 325 (1954), 2, S. 109–122. Bereits während der Zeit des Nationalsozialismus hat Catel Ernährungsversuche durchgeführt. Hierzu und zur Bedeutung der Ernährungsversuche siehe Heiko Stoff, Vitaminisierung und Vitaminbestimmung. Ernährungsphysiologische Forschung im Nationalsozialismus, in: Thomas Hänseroth, *Dresdener Beiträge zur Geschichte der Technikwissenschaften*, Dresden 2008, S. 59–93.

⁷³ Heinz Spiess, Langzeitstudie über mehr als 60 Jahre. Strahlenschäden durch Radium-224, in: *Deutsches Ärzteblatt*, 110 (2013), S. A1556–A1558, [<https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=145287>].

Troch entwickelten und von der Braunschweiger Firma Buchler & Co produzierten Präparates an Kindern und Jugendlichen befasst.⁷⁴ Nachdem er aber in zunächst durchgeführten In-vitro-Versuchen und Tierexperimenten keine positiven Wirkungen habe feststellen können, habe er sich nach eigenen Angaben gegen eine weitere Prüfung ausgesprochen.⁷⁵ Dennoch wurde das Präparat unter anderem an 217 Kindern und Jugendlichen getestet.⁷⁶ Auch als Spiess schließlich die schädigende Wirkung des Präparates im Tierversuch nachweisen konnte, wurden die Warnungen zunächst ignoriert, bevor die Versuche an den Heranwachsenden schließlich eingestellt wurden.⁷⁷ Spiess selber untersuchte die Langzeitschäden des Präparates im Laufe von mehr als 60 Jahren. So konnte nach seinen Aussagen bei einer im Jahr 1955 an 49 der mit Peteosthor behandelten Heranwachsenden durchgeführten Nachuntersuchung festgestellt werden, dass sich bei elf der Kinder ein Geschwulstleiden (vornehmlich Knochensarkome) entwickelt hatte, an dem bereits neun der Kinder verstorben waren. „Daneben wurde bei den meisten Kindern eine deutliche Wachstumshemmung festgestellt.“⁷⁸ Bei zwölf Prozent der behandelten Heranwachsenden traten Zahnabbrüche auf.⁷⁹ Bei den ehemaligen juvenilen Probandinnen trat vermehrt Brustkrebs auf, auch zeigten sich Organschäden und Chromosomenveränderungen.⁸⁰ Der Vergleich mit einer nicht mit dem Präparat behandelten Kontrollgruppe zeigte einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Schäden und dem Präparat.⁸¹

Weitere Beispiele für Arzneimittelversuche an Verschickungskindern liefern Publikationen aus der Kinderrheumaklinik Garmisch-Partenkirchen, die von 1950 bis 1975 unter der Leitung von Prof. Elisabeth Stoeber stand. Bei einer Publikation handelt es sich um eine Veröffent-

⁷⁴ Vgl. ebd., S. 1556.

⁷⁵ Vgl. ebd., S. 1556f.

⁷⁶ Vgl. ebd., S. 1557.

⁷⁷ Vgl. ebd.

⁷⁸ Ebd.

⁷⁹ Vgl. ebd.

⁸⁰ Vgl. ebd., S. 1558.

⁸¹ Vgl. ebd.

lichung der Medizinerinnen Elisabeth Stoeber und Lore Sänger aus dem Jahr 1971 in der Zeitschrift *Arzneimittel-Forschung*.⁸² Darin beschreiben die Autorinnen den langfristigen Einsatz des antirheumatischen Wirkstoffes „Indometacin“ bei 242 Kindern im Alter von 2 ¼ bis 18 Jahren ab Mai 1964. Das Preparat kam jedoch erst 1965 auf den Markt.⁸³ In einer weiteren Publikation beschreibt der Mediziner Dr. Gert Kölle im Jahr 1969 die Untersuchung der blut- und knochenmarkschadigenden Nebenwirkungen des Preparates Azathioprin an 30 Kindern der Einrichtung.⁸⁴ Dafür wurden neben der Kontrolle des Blutstatus an „17 Patienten 30 Knochenmarkspunktionen, in neun Fällen mit vorausgehender Vergleichsuntersuchung“, vorgenommen. Das Preparat war zu dem Zeitpunkt des Einsatzes anscheinend schon auf dem Markt. Offensichtlich handelte es sich bei der Verabreichung der beiden Preparate um einen therapeutischen Einsatz. Die Verabreichung des Indometacins vor Markteinführung und die explizite Überprüfung der blut- und knochenmarkschadigenden Nebenwirkungen des Azathioprin mittels Knochenmarkspunktionen zeigen aber gleichzeitig einen eindeutigen Versuchscharakter.

Über die Prüfung von Arzneimitteln für die jeweilige Fachrichtung der Einrichtung hinaus, kann auch, wie bereits gezeigt wurde, die Prüfung von Anthelmintika (Preparate gegen Wurminfektionen) belegt werden. So wurde beispielsweise in dem Kinderkurheim Wolferts/Rhön die optimale Dosierung des Preparates Contaverm® (Wirkstoff: Phenothiazin und Phenolphthalein), das gegen eine Infektion mit Madenwurmern wirksam sein sollte, an „3–14-Jährigen unterernährten, überempfindlichen, anfälligen, nervösen und tbc.-gefährdeten Kindern“

⁸² Elisabeth Stoeber / Lore Sänger, Erfahrungen mit Indometacin in der Langzeittherapie der juvenilen rheumatoiden Arthritis, in: *Arzneimittel-Forschung*, 21 (1971), 11, S. 1865–1866.

⁸³ Wolf-Dieter Müller-Jahncke / Christoph Friedrich / Ulrich Meyer, *Arzneimittelgeschichte*, Stuttgart² 2005, S. 139.

⁸⁴ Gert Kölle, Knochenmarksschädigung bei immunsuppressiver Therapie der juvenilen rheumatoiden Arthritis und des Still-Syndroms mit Azathioprin, in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 94 (1969), 44, S. 2268–2273.

erprobt.⁸⁵ Die optimale Dosierung sollte bei einer guten Wirksamkeit eine möglichst geringe Nebenwirkung, hier die Verminderung des Hämoglobin-Wertes, aufweisen.

Ethische und rechtliche Einschätzung der Ergebnisse

Für eine rechtliche und ethische Einschätzung sind die Umstände etwaiger Verabreichungen oder Prüfungen von Arzneimitteln in den Einrichtungen zu untersuchen und vor dem Hintergrund zeitgenössischer Bestimmungen zu betrachten. Bereits im Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland ist das Recht auf die körperliche Unversehrtheit sowie die Unantastbarkeit der Würde des Menschen garantiert. Zudem galt auch zum damaligen Zeitpunkt nach dem Strafgesetzbuch ein ärztlicher Eingriff ohne eine Einwilligung als eine Körperverletzung. Dies bezog sich auch auf die Verabreichung von Medikamenten. Ebenso verlangten die „Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen“ des Reichministeriums des Inneren von 1931 eine Informierung und Einwilligung der Probanden vor Versuchsbeginn. Über die Rechtskraft und weitere Gültigkeit dieser Richtlinien in der BRD findet man zwar in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedliche Angaben, sie scheinen jedoch im wissenschaftlichen Diskurs der jungen Bundesrepublik zumindest präsent gewesen zu sein. Mit dem Nürnberger Kodex von 1947, der im Rahmen des Nürnberger Ärzteprozesses verabschiedet wurde und der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes aus dem Jahr 1964 gab es zudem ethische Richtlinien für medizinische Versuche am Menschen. Auch diese Richtlinien verlangten u. a. eine informierte Einwilligung vor Versuchsbeginn. Während der Nürnberger Kodex nicht auf die Problematik nicht einwilligungsfähiger Personen wie Kinder eingeht, müssen hier nach der Deklaration von Helsinki die Eltern bzw. die gesetzlichen Vertreter einem Versuch zustimmen.

⁸⁵ Heinrich Eucker, Zur Dosierung des Phenothiazins bei der Behandlung der Oxyuriasis, in: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 75 (1950), 11, S. 361–363.

Für eine ethische und rechtliche Bewertung ist zudem von Bedeutung, inwiefern es sich um einen therapeutischen Versuch handelte, das Präparat also zur Behandlung für eine bestimmte Erkrankung eingesetzt wurde, oder ob keine medizinische Indikation für die Verabreichung des Versuchspräparates vorlag. Bereits in den Richtlinien des Reichsministeriums des Inneren von 1931 wie auch der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes von 1964 wurde zwischen therapeutischen und wissenschaftlichen bzw. nicht-therapeutischen Versuchen an Menschen unterschieden. Nicht-therapeutische Versuche dienen in Abgrenzung zu therapeutischen Versuchen ausschließlich wissenschaftlichen Zwecken. Bei therapeutischen Versuchen kann ein direkter Nutzen für die Probanden erwartet werden, der gegen die Risiken der Präparate abzuwägen ist. Bei einem rein wissenschaftlichen Versuch gibt es keinen direkten Nutzen für die Probanden, aber eventuell für spätere Patienten. Nach der Deklaration von Helsinki ist Forschung an Kindern und Jugendlichen nur bei einem direkten Nutzen für diese zulässig.

Bei den Prüfungen entsprechender Arzneimittel bei tuberkulose- und rheumakranken Kindern handelte es sich offensichtlich um therapeutische Versuche. Die Kinder konnten also einen Nutzen von den Prüfungen haben, der gegen die zu erwartenden Risiken abzuwägen gewesen wäre. Inwieweit eine solche Abwägung jeweils vor Prüfbeginn durchgeführt wurde, kann nur für jede einzelne Prüfung betrachtet werden. Im Falle der Prüfung des Tuberkulospräparates durch Catel hat es offensichtlich keine hinreichende Abwägung gegeben. Auch nachdem schon einige Kinder gestorben waren, setzte Catel die Prüfungen fort, worauf weitere Kinder starben.⁸⁶ Die Prüfung des Präparates Peteosthor wurde begonnen, obwohl es keine positiven Anzeichen für eine Wirksamkeit gab. Nachdem im Tierversuch eine schädigende Wirkung nachgewiesen werden konnte, wurde der Versuch nicht umgehend abgebrochen. Für die anderen in diesem Beitrag erwähnten therapeutischen Versuche können keine Angaben über eine

⁸⁶ Vgl. Gerst, Catel (wie Anm. 66).

prospektiv durchgeführte Nutzen-Risiko-Abwägung gegeben werden, da bisher zu wenige Informationen vorliegen. Bei der Prüfung von Thalidomid (Contergan®) lag offensichtlich keine medizinische Indikation zur Durchführung der Prüfung vor. Das Präparat wurde heimwehkranken und unruhigen Kindern verabreicht.

Inwieweit zu den Prüfungen Einwilligungen der Eltern eingeholt wurden, bzw. diese überhaupt über die Verabreichung eines Prüfpräparates informiert und aufgeklärt wurden, kann bislang nicht gesagt werden. Lediglich für die Prüfung des Tuberkulosepräparates Thiosemicarbazon durch Catel ist bekannt, dass dieser keine Einwilligung eingeholt hatte.⁸⁷

So kann auf der Grundlage der Forderungen nach einer Nutzen-Risiko-Abwägung und einer informierten Einwilligung für die Prüfungen der Präparate Thiosemicarbazon und Peteosthor gesagt werden, dass sie damaligen ethischen und rechtlichen Standards nicht genügten. Zu den weiteren bisher gefundenen Prüfungen kann auf der Grundlage des jetzigen Wissensstandes keine Aussage in Bezug auf die Einhaltung derartiger Standards gemacht werden.

Neben den dokumentierten Nebenwirkungen und Todesfällen durch die Präparate sind auch mögliche Langzeitfolgen von Bedeutung. Gezeigt werden konnte eine medikamentöse Sedierung von Verschickungskindern mit Tranquilizern. Diese Präparate können zu einer Abhängigkeit führen. In Kinderheimen wurden Heranwachsenden zur Sedierung auch Neuroleptika wie Megaphen® verabreicht. Neuroleptika können zu akuten Nebenwirkungen wie Krämpfen und parkinsonartigen Bewegungsstörungen und Langzeitnebenwirkungen wie Diabetes mellitus, Herzinfarkten und Schlaganfällen und ebenfalls parkinsonartigen Bewegungsstörungen führen. Ob auch diese Art von Medikamenten zur Sedierung in Kinderkur- oder -erholungsheimen eingesetzt wurden, und es somit zu lebenslangen Folgeschäden gekommen sein könnte, gilt es zu untersuchen.

⁸⁷ Vgl. ebd.

Schließlich sei zur rechtlichen und ethischen Einschätzung der Ergebnisse hier noch verdeutlicht, dass es offensichtlich nicht nur möglich war, bestehende rechtliche und ethische Standards bei der Prüfung von Arzneimitteln in Kinderheilstätten zu umgehen. Im Zweifelsfall konnte es zudem straffrei bleiben, wie der Fall Catel zeigt. Sein mangelndes Unrechtsbewusstsein wird dadurch deutlich, dass er zur Prüfung des Thiosemicarbazons an den Kindern in der Mammolshöhe mehrere Publikationen verfasst hat.⁸⁸ Sogar zwei der Todesfälle führte er hier auf.⁸⁹ Zugleich lassen die Publikationen darauf schließen, dass Catel nicht befürchtete, rechtlich für die Versuche belangt zu werden. Auch eine Äußerung Catels gegenüber einer den Versuchen kritisch gegenüber stehenden Ärztin der Mammolshöhe zeigt seine Unbesorgtheit: „Beschweren Sie sich nur, ich habe die ganze Regierung hinter mir.“⁹⁰ Diese Einschätzung Catels bewahrheitete sich insofern, als für die Medizinalabteilung im hessischen Innenministerium der Fall Ende 1947 ohne Konsequenzen für den Mediziner erledigt war.⁹¹ Offenbar hatte ihm dieselbe Behörde zuvor die ärztliche Leitung der Mammolshöhe übertragen.⁹² Obwohl Catel maßgeblich an der Tötung behinderter Kinder während der NS-Zeit beteiligt war, ist er 1949 von der Anklage des Mordes freigesprochen worden. Catel mag ein Extrembeispiel sein, aber auch andere Mediziner und Medizinerinnen konnten ihre Versuche an Verschickungskinder offenbar ohne negative Folgen in Fachzeitschriften publizieren. Weder die RedakteurInnen noch LeserInnen scheinen Anstoß an den Versuchen genommen zu haben. So wird hier ein Versäumnis sowie eine Mitverantwortung der Politik sowie des Berufsstandes deutlich. Ein entsprechendes Verhalten

⁸⁸ Z. B. Werner Catel, Über die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit Thiosemicarbazon (Tb I), in: *Der Tuberkulosearzt*, 3/3 (1949), S. 160.

⁸⁹ Werner Catel, Über die Behandlung der kindlichen Tuberkulose mit Thiosemicarbazon (T.B.I 698/E), in: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 74 (1949), 4, S. 118–121, hier S. 119.

⁹⁰ Schreiben von Dr. med. habil. Erwin Santo an den Vorsitzenden der Ärztekammer Frankfurt a. M., Dr. Franz Mündel, vom 3. August 1947, Nachlaß Oelmann (Anm. 1). Zitiert nach Gerst, Catel (wie Anm. 66), S. 107.

⁹¹ Vgl. Gerst, Catel (wie Anm. 66), S. 107.

⁹² Beddies, Einführung (wie Anm. 70), S. 155.

konnte bereits bei Arzneimittelprüfungen an Heimkindern beobachtet werden.⁹³

Vergleich Kinderverschickung – Heimerziehung

Vergleicht man das gegenwärtige Wissen zu den sozialen und ökonomischen Bedingungen und zu der persönlichen Situation der Verschickungskinder mit entsprechenden Forschungsergebnissen in Bezug auf die ehemaligen Heimkinder,⁹⁴ so finden sich einige Unterschiede, aber auch Parallelen.

Wesentliche Unterschiede sind die in der Regel kürzere Aufenthaltsdauer der Verschickungskinder in den Einrichtungen, der Einweisungsgrund, die Träger der Einrichtungen und der Hintergrund der Einweisenden. Bei Heimkindern erfolgte die Einweisung in der Regel durch einen Antrag des Jugend- oder Landesjugendamtes und aufgrund eines Beschlusses durch das Vormundschaftsgericht.⁹⁵ Bei Verschickungskindern erfolgte sie aufgrund einer ärztlichen Diagnose. Heimkinder kamen in der Regel aus sozial schwachen Familien, galten als „verwahrlost“ oder von „Verwahrlosung bedroht“, und oftmals war den Eltern das Sorgerecht entzogen worden.⁹⁶ Demgegenüber kamen Verschickungskinder offenbar bevorzugt aus der Arbeiterklasse. Dies kann aus der Forderung der Mediziner Nitsch und Hartung in Bezug auf die Verschickung abgeleitet werden, dass „jedes Stadtkind, sicher aber jedes Großstadtkind“, einmal im Jahr Gelegenheit haben müsse, „aus dem Dunstkreis der Stadt in die freie Landschaft fahren zu können, um sich hier einige Wochen auszutoben“.⁹⁷ Heimkinder sollten für eine längere Zeit von der Gesellschaft separiert werden⁹⁸ und

⁹³ Vgl. Wagner, Arzneimittelversuche (wie Anm. 7), S. 210.

⁹⁴ Z. B. Kuhlmann, Menschen (wie Anm. 34) und Roelcke, Erbbiologie (wie Anm. 42).

⁹⁵ Vgl. RTH (2010), Abschlussbericht des Runden Tisches „Heimerziehung in den 50er und 60er Jahren“, [http://www.rundertisch-heimerziehung.de/documents/Abschlussbericht_rth-1.pdf], S. 4.

⁹⁶ Vgl. Kuhlmann, Menschen (wie Anm. 34), S. 23 und 27.

⁹⁷ Nitsch / Hartung, Klimakuren (wie Anm. 22), S. 49.

⁹⁸ Vgl. Ulrike Winkler, Drinnen und Draußen. Die Rotenburger Anstalten und die Stadt Rotenburg als Sozialräume, in: Karsten Wilke / Hans-Walter Schmuhl / Sylvia Wagner / Ulrike Winkler, Hinter dem grünen Tor. Die Rotenburger Anstalten der Inneren Mission, 1945–1975, Bielefeld

erfahren dadurch eine Exklusion sowie durch den destruktiven Umgang mit ihnen in den Einrichtungen eine „Antisozialisation“,⁹⁹ während Verschickungskinder durch eine kurzzeitige Verschickung eine körperliche Roborierung und damit offensichtlich eine bessere Integration in die Gesellschaft erfahren sollten.

Der entscheidende Unterschied zwischen dem Heimsystem und dem Verschickungssystem scheint der zu sein, dass letzteres offenbar nicht im Einflussbereich der epistemischen Gewalt (s. o.) der rassenhygienisch orientierten heilpädagogischen Ärzte lag (eine Ausnahme stellte allerdings der Mediziner Werner Catel dar, der an Tötungsaktionen in der NS-Zeit beteiligt war). Wie in dem oben mehrfach zitierten Buch von Nitsch und Hartung zu „Klimakuren bei Kindern zur Behandlung von Konstitutionsschwächen“¹⁰⁰ durchgehend sichtbar, wird in der zeitgenössischen Literatur einem positiv sozial-kulturellen Milieu mehr Gewicht beigemessen als der erblichen „Konstitution“. Für das Betreuungspersonal in den Einrichtungen scheinen diese unterschiedlichen Sichtweisen aber keinen Unterschied gemacht zu haben. Sowohl ehemalige Heimkinder wie auch Verschickungskinder berichten über entwürdigendes und partiell gewaltsames Handeln ihnen gegenüber.

Eine Parallele im Umgang mit den Verschickungskindern und den Heimkindern scheint der Einsatz sedierender Arzneimittel zu sein. In beiden Fällen diente der Einsatz der Präparate sicherlich der Aufrechterhaltung der institutionellen Strukturen der Einrichtungen. Ähnlich wie ehemalige Heimkinder berichten Betroffene über ihren Aufenthalt in Erholungsheimen, dass sie im Falle einer tatsächlichen Erkrankung nicht medizinisch betreut wurden. So wären sie beispielsweise, wenn sie hohes Fieber gehabt hätten, zwar isoliert worden, aber sie seien nicht ärztlich untersucht worden und hätten keine entsprechenden Medikamente erhalten. Dieses widersprüchliche ärztliche Verhalten – gesunde Kinder werden aufgrund einer medizinischen Diagno-

2018, S. 151–208, hier S. 155–160.

⁹⁹ Vgl. hierzu Bruckermann et al., Operationalisierbarkeit (wie Anm. 7), S. 140f.

¹⁰⁰ Nitsch / Hartung, Klimakuren (wie Anm. 22).

se verschickt, aber wenn sie tatsächlich krank sind, erhalten sie keine medizinische Versorgung – veranschaulicht, dass es sich bei der Verschickung, ähnlich wie bei der Einweisung von Heimkindern aufgrund von Verwahrlosung oder drohender Verwahrlosung, nicht um eine medizinische Maßnahme, sondern um die Medikalisierung eines sozialen Phänomens handelte. Dies bedeutet die Vereinnahmung einer sozialen Problematik durch die Medizin bzw. Mediziner, wie weiter oben im Zusammenhang mit der Diskussion sozioökonomischer Dispositionen der Sozialen Medizin bereits angesprochen. Entsprechend sahen auch Nitsch und Hartung in der „Erholungsverschickung kein gesundheitspolitisches, sondern in erster Linie ein sozialpolitisches Problem“.¹⁰¹

So wie letztlich mit der Medikalisierung hinter den unterschiedlichen Einweisungsgründen bei Verschickungskindern und Heimkindern ein gemeinsames Motiv gesehen werden kann, kann man bei näherer Betrachtung hinter den vordergründigen Differenzen weitere Parallelen entdecken. So führte, wie oben geschildert, die Einweisung in ein Heim zu einer Exklusion aus der Gesellschaft, während eine Verschickung offenbar das Ziel einer besseren Integration in die Gesellschaft verfolgte. Heimkinder galten als Verwahrloste oder von Verwahrlosung bedroht. Diese Heranwachsenden wurden aus ökonomischen Gründen mit möglichst geringen wirtschaftlichen Mitteln längerfristig „verwahrt“¹⁰² und so die Familien der vermeintlich „Minderwertigen“¹⁰³ auseinandergerissen bzw. deren Strukturen zerstört.

Im Gegensatz zu dieser Exklusion, als Summe individuell und sozial destruktiver Wirkungen in der damaligen Heimerziehung erscheint die Verschickung auf den ersten Blick als Inklusion und sozioökonomisch konstruktiv: Wie weiter oben bereits angesprochen, wirkte die temporäre Herausnahme aus der Familie roborierend auf den Heranwachsenden in seiner Funktion als zukünftige Arbeitskraft, die tem-

¹⁰¹ Ebd., S. 49.

¹⁰² Vgl. hierzu Roelcke, Erbbiologie (wie Anm. 42), S. 462.

¹⁰³ Vgl. hierzu Martin Holtkamp, Werner Villinger (1887–1961). Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Jugend- und Sozialpsychiatrie, Husum 2002.

porär entlastende Wirkung auf die Familie förderte zugleich die Arbeitskraft des für die damalige fordistische Produktionsweise typischen Alleinverdieners.

Diese Hypothese sollte auf der Grundlage einer zukünftig größeren Datenbasis überprüft werden. Für diese Hypothese spricht z. B. die historische Analyse der Pädagogin Maria Wolf, die feststellt, dass die Kindheit im Verlauf des 20. Jahrhunderts zunehmend politisiert und ökonomisiert wurde.¹⁰⁴ Die physische und mentale Gesundheit der Kinder wurde als ökonomische Ressource des Staates im Sinne von dessen wirtschaftlicher Konkurrenzfähigkeit entdeckt.¹⁰⁵ Aus dieser Perspektive ergab sich mit der Verschickung ein gesellschaftlich-ökonomischer Nutzen. Entsprechend heißt es in einem medizinischen Fachbuch über die Verschickung von Kindern aus dem Jahr 1964: „Die Tatsache, dass unsere Kinder in absehbaren Jahren unsere Geschicke lenken, sollte keinen Zweifel über die Notwendigkeit der Gesunderhaltung unserer Jugend aufkommen lassen.“¹⁰⁶

Diese Überlegungen verweisen auf ökonomische Wirkparameter sowohl bei der gesellschaftlichen „Exklusion“ der Heimkinder wie bei der „Inklusion“ der Verschickungskinder. Auf ökonomische Ziele ausgerichteteres Denken, wenn es um die Entwicklung von Kindern und Heranwachsenden geht, steht aber grundlegend im Widerspruch zu einem auf das Kindeswohl hin ausgerichteten Handeln. Die ausführlichen Untersuchungen an ehemaligen Heimkindern und die gerade begonnenen Analysen der Bedingungen, unter denen Verschickungskinder leben mussten, lassen eine zukünftig unter Verwendung weiteren empirischen Materials zu testende Hypothese formulieren, dass es den Akteuren in beiden Kategorien von Heimen nicht um das Kind bzw. dessen Gesundheit ging, sondern nur um dessen ökonomischen Nutzen bzw. Schaden.

¹⁰⁴ Vgl. Wolf, Arbeiterkind (wie Anm. 26).

¹⁰⁵ Vgl. hierzu Maria A. Wolf, Kinder als organisches Kapital des Staates. Aspekte einer Eugenisierung von Kindheit 1900–1938, Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaften, 25 (2014), 1/2, S. 117–127.

¹⁰⁶ Kleinschmidt, Durchführung (wie Anm. 14), S. 53.

In der Forschung zu dem Phänomen Heimerziehung der 1950er bis 1970er Jahre ist bereits deutlich geworden, dass die kurzfristige oder längerfristige Herausnahme des Kindes aus seinem primären gesellschaftlichen Subsystem, der Familie, das praktizierte Mittel für den gesellschaftlichen Nutzen war. Das Kind war Objekt dieser familien- und/oder gesellschaftsstabilisierenden Funktion. Es war für die Zeit des Heimaufenthaltes nicht als vollwertiger Teil der Gesellschaft definiert. Das spiegelte sich in der dort herrschenden zwischenmenschlichen Atmosphäre wieder sowie in dem weitgehenden Vorenthalten von kindgerechter Unterstützung.

Aus den bisherigen Eigenberichten ehemaliger Verschickungskinder geht ähnliches hervor. Der Umgang mit den Verschickungskindern wie mit den Heimkindern war gewaltförmig. Hierzu gehören auch der Einsatz medizinisch nicht indizierter sedierender Arzneimittel sowie die Durchführung rechtlich und ethisch fragwürdiger Arzneimittelprüfungen, was als medikamentöse Gewalt bezeichnet werden kann.¹⁰⁷ Der gewaltförmige Umgang war ausgerichtet auf das Ziel des Sich-Einpassens und damit auf die Funktionalität der Institution.¹⁰⁸

Als ein weiteres Beispiel der Gewalt kann der Zwang, Erbrochenes aufessen zu müssen, dienen. Diese die Würde des Kindes missachtende und verletzende Praxis, die in der Heimerziehung und – nach den bisher unsystematisch akkumulierten Berichten Betroffener – ebenso in der Verschickungspraxis weit verbreitet war, wirft ein Licht auf das Menschenbild der Akteure in den Einrichtungen. Es lässt „biologistische Deutungen sozialer Devianz“¹⁰⁹ und die Auffassung einer „psychopathischen Minderwertigkeit“¹¹⁰ in Bezug auf die Kinder erkennen.

¹⁰⁷ Vgl. hierzu Wagner, Arzneimittelprüfungen (wie Anm. 44), S. 189.

¹⁰⁸ Vgl. hierzu Erving Goffman, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt a. M.²⁰ 2016, und Jürgen Eilert, *Psychologie der Menschenrechte. Menschenrechtsverletzungen im deutschen Heimsystem (1945–1973)*, Göttingen 2012.

¹⁰⁹ Wolfgang Rose / Petra Fuchs / Thomas Beddies, *Anlage oder Erziehung? „Psychopathische“ Kinder in der Weimarer Republik*, in: *Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin*, 17 (2018), S. 17, 57–70, hier S. 60.

¹¹⁰ 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:

Bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts hatten eugenisch orientierte Psychiater die Fürsorgeerziehung mit ihren Anschauungen dominiert.¹¹¹ Die von einem strengen Befehlston dominierte Kommunikation in den Einrichtungen war wenig wertschätzend und nicht empathisch. Dies liegt in der langen Tradition der „rassenhygienischen bzw. degenerationstheoretischen Lehre vom Zusammenhang zwischen Körper, Konstitution und Charakter bzw. Wert und Minderwert“¹¹² entwickelten Praktiken und Einstellungen zu den Betroffenen begründet. Dass sich diese Art der Kommunikation trotz der in den 1970er Jahren begonnenen Reformen im Heimsystem und offenbar auch in der Verschickungspraxis bis weit in die 1980er Jahre halten konnte, ist damit zu erklären, dass diese Reformen das Erziehungspersonal in den Einrichtungen erst mit erheblicher Verzögerung erreicht hatten, wie Sieder ausführte: „Eine Erziehergeneration nach der anderen übernahm von ihren älteren Kollegen und Kolleginnen Praktiken der Gewalterziehung und kolportierten sie innerhalb der Erziehercliquen.“¹¹³

In dieses System des Zwangs und der Entwertung grundlegender Rechte passt sich das Mittel der „medikamentösen Ruhigstellung“ als eine weitere Methode ein. Hier bestand zwischen den Verschickungs- und Heimkindern lediglich ein gradueller Unterschied durch die Dauer der Aufenthalte in den Einrichtungen. Bei den Arzneimittelprüfungen zeigt sich ein Unterschied zunächst dahingehend, dass bei den Heimkindern bislang keine Prüfung gefunden werden konnte, bei der ein erwarteter direkter Nutzen für die Betroffenen eindeutig zu erkennen war.¹¹⁴ Sie waren Probanden und Objekte der Prüfungen

Fangerau / Topp / Schepker, Kinder- und Jugendpsychiatrie (wie Anm. 70), S. 187–208, hier S. 193.

¹¹¹ Vgl. Manfred Kappeler / Sabine Hering, Eine Einführung zur Geschichte der Kindheit und Jugend im Heim, [http://www.stiftungswaisenhaus.de/wp-content/uploads/pdf/gdkih/GdKiH_Broschuere2017.pdf], S. 8. Nachdem 1906 der „AFET“ (Allgemeiner Fürsorgeerziehungstag) als Fachorganisation für den Bereich der gesamten Anstaltserziehung gegründet worden war, setzten sich auf den von der Organisation veranstalteten Tagungen eugenisch orientierte Psychiater mit ihren Auffassungen durch.

¹¹² Sieder, Diskurse (wie Anm. 33), S. 51.

¹¹³ Ebd.

¹¹⁴ Vgl. Wagner, Arzneimittelprüfungen (wie Anm. 44), S. 171 und 173, und Wagner, Kapitel (wie Anm. 7), S. 106.

gen.¹¹⁵ Dies entspricht ihrem sozialen Status als „psychopathisch Minderwertige“, die aus der Gesellschaft zu exkludieren waren. Bei den Verschickungskindern in Heilstätten¹¹⁶ handelte es sich demgegenüber in der Regel um PatientInnen. Sie konnten von den Prüfungen eventuell direkt profitieren und so eine Aussicht auf eine bessere Inklusion in die Gesellschaft erfahren.¹¹⁷ Letztlich kann auch dies wieder, über den oben angesprochenen vermeintlichen ökonomischen Nutzen der Exklusion / Inklusion hinaus, in Entsprechung zu den Heimkindern gesehen werden. Die Prüfung von Arzneimitteln an Heimkindern brachte sowohl den Institutionen einen ökonomischen Nutzen – sie konnten durch den Einsatz der geprüften Präparate die institutionellen Strukturen mit geringeren wirtschaftlichen Mitteln aufrechterhalten – wie auch dem jeweiligen pharmazeutischen Unternehmen einen wirtschaftlichen Vorteil.¹¹⁸ Auch bei der Prüfung von Arzneimitteln in Kinderheilstätten konnten die Institutionen profitieren, sicherlich auch die pharmazeutischen Unternehmen und, im Gegensatz zu den Heimkindern, auch die Betroffenen. Dieser mögliche Nutzen für die Betroffenen ist jedoch nicht unbedingt einer höheren Wertschätzung des Verschickungskindes als individueller Person geschuldet, wie man aus den eingegangenen unkalkulierbaren Risiken, den eingetretenen Schäden und Todesfällen in dieser Gruppe ablesen kann, sondern kann auch nur als ein positiver „Zusatzeffekt“ für die tatsächlich erkrankten Verschickungskinder in den Heilstätten interpretiert werden.

¹¹⁵ Vgl. Wagner, Arzneimittelprüfungen (wie Anm. 44), S. 189.

¹¹⁶ Wie geschildert, konnten Arzneimittelprüfungen in Erholungseinrichtungen bisher nicht sicher nachgewiesen werden.

¹¹⁷ Die Fragen der Nutzen-Risiko-Abwägung sowie der Einwilligung und damit der ethischen und rechtlichen Bewertung bleibt davon jedoch unberührt und ist für jede Prüfung gesondert zu untersuchen.

¹¹⁸ Vgl. Wagner, Arzneimittelprüfungen (wie Anm. 44), S. 179–182.

Zusammenfassung und Ausblick

Dieser Beitrag versteht sich als eine erste Betrachtung des Themas des Einsatzes sedierender Arzneimittel und der Arzneimittelprüfungen bei Verschickungskindern. Zu dem Einsatz „ruhigstellender“ Medikamente bei Verschickungskindern, die in Kindererholungsheimen und Kinderheilstätten untergebracht waren, fanden sich neben Eigenberichten der Betroffenen Hinweise in der zeitgenössischen Literatur. Arzneimittelprüfungen in Kindererholungsheimen konnten bislang nicht sicher belegt werden.

Jedoch fanden sich in der Literatur Nachweise über Medikamentenstudien an Heranwachsenden, die in Kinderheilstätten verschickt worden waren. Diese Befunde wurden, soweit möglich, nach rechtlichen und medizinethischen Kriterien beurteilt. In einer vergleichenden Darstellung dieser ersten Ergebnisse zum Thema der Vergabe sedierender Arzneimittel und der Arzneimittelprüfungen bei Verschickungskindern mit den entsprechenden Forschungsergebnissen der Heimerziehung der 1950er bis 1970er Jahre wurden Gemeinsamkeiten in der Motivation und Durchführung medikamentöser Sedierung und der Medikamentenprüfungen gefunden.

Nach dieser aktuellen Bestandsaufnahme zum Thema der sedierenden Arzneimittel und Arzneimittelprüfungen in Kindererholungsheimen und Kinderheilstätten in der BRD ist auf mögliche anschließende Arbeiten und Folgeercherchen hinzuweisen. Die bisherigen Rechercheergebnisse und die Bezugnahme auf die Forschung zu dem System Heimerziehung der 1950er bis 1970er Jahre machen deutlich, dass eine systematische Untersuchung der Thematik erfolgversprechend und notwendig ist. Prospektiv kann gesagt werden, dass für eine weitere Aufarbeitung der Arzneimittelproblematik entsprechend der Aufarbeitung bei ehemaligen Heimkindern auch für die Verschickungskinder als Quellen vor allem medizinische Fachzeitschriften genutzt werden können.¹¹⁹ Auch Recherchen zu einzelnen Einrich-

¹¹⁹ Vgl. hierzu Wagner, Arzneimittelprüfungen (wie Anm. 44), S. 45–56.

tungen könnten nutzbringend sein. Eventuell gibt es noch Heimakten von Betroffenen, die Aufschluss über das Schicksal der Heranwachsenden geben. Verwaltungsakten könnten Auskunft über Art und Menge der in einer Institution eingesetzten Medikamente geben. Wichtig wäre zudem, dass möglichst viele Betroffene von ihren Erfahrungen berichten. Eventuell könnten auch noch andere Zeitzeugen, wie Pflegepersonal oder Ärztinnen und Ärzte befragt werden.

Vergleichend kann zu den Systemen der Heimerziehung und der Kinderverschickung gesagt werden, dass sie sich in einem Punkt erheblich unterschieden: Hinweise auf direkt rassenhygienisch motiviertes ärztlichen Handeln im System der Kinderverschickung fanden sich in der Literatur und in den Betroffenenberichten nicht. Ähnlichkeit mit dem System Heimerziehung bestand aber darin, dass häufig über entwürdigende und gewaltsame Umgangsformen durch das Aufsichts- und Pflegepersonal berichtet wurde. Dies kann als Merkmal einer bis in die 1990er Jahre nachwirkenden epistemischen Gewalt (s. o.) gewertet werden, einer über Generationen von Pflegekräften und ErzieherInnen tradierten Einstellung dem (kurz- oder längerfristig) überantworteten Kind gegenüber. Die historischen Wurzeln dieses Phänomens und des hier in Erscheinung tretenden Menschenbildes wurde in einer vorläufigen Weise medizinhistorisch abgeleitet. Dies bedarf aber, wie auch die anderen auf das Thema Verschickungskinder bezogenen theoretischen Erwägungen dieser Arbeit, der Überprüfung anhand einer zukünftig gesicherteren empirischen Basis. Weiterhin konnte bei einer vergleichenden Betrachtung der soziohistorischen Entwicklung des damaligen Heimerziehungswesens und der Verschickung eine sozioökonomische Dichotomie der Exklusion aus der Gesellschaft (Heimerziehung) vs. Inklusion in die Gesellschaft (Verschickung) herausgearbeitet werden.

Zwischen beiden Phänomenen zeigen sich zwei wesentliche Parallelen: die Zuschreibung der Betroffenen als mehr oder weniger minderwertig und das Hineinwirken materieller und hegemonialer staatlich-administrativer Interessen in die Institutionen. Vor diesen Hintergrün-

den wundert es nicht, dass die Problematik der Verschickungskinder, entsprechend der Heimkinderthematik, von einer langen Nichtbeachtung und Verdrängung geprägt war bzw. ist. Dies gilt es zu ändern.