

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. zu Leid- und Unrechtserfahrungen in Heimen, Anstalten und Kliniken in der Nachkriegszeit

Mit einer Stellungnahme vom 11.11.2015 zur „Errichtung eines Hilfesystems für Menschen, die als Kinder und Jugendliche in der Zeit von 1949 bis 1975 (Bundesrepublik Deutschland) bzw. 1949-1990 in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. stationären psychiatrischen Einrichtungen Unrecht und Leid erfahren haben“ hatte die DGKJP sich für eine umfassende Anerkennung, historische Aufarbeitung und niedrigschwellige Hilfe für die Betroffenen eingesetzt.

Die Stiftung „Anerkennung und Hilfe“ hat mittlerweile am 1.1.2017 ihre Arbeit aufgenommen. Die Stiftung bemüht sich um die öffentliche Anerkennung von erlebtem Leid und Unrecht der Betroffenen, die Anerkennung durch wissenschaftliche Aufarbeitung dieser Leid- und Unrechtserfahrungen sowie die individuelle Anerkennung und Unterstützung der Betroffenen durch finanzielle Hilfe. Viele Forderungen unserer Fachgesellschaft fanden in der Stiftung „Anerkennung und Hilfe“ Berücksichtigung, und wir begrüßen die sichtbare Öffentlichkeitsarbeit.

Bereits 2010 wurde im Abschlussbericht des Runden Tisches Heimerziehung (RTH) auf mögliche Medikamentenversuche und Dauermedikationen mit Psychopharmaka in Heimen und Anstalten hingewiesen. Diese Themen wurden jedoch nicht weiter thematisiert mit der Begründung: „Ob und in welchem Umfang eine solche Praxis vorkam, kann jedoch so viele Jahre später schwer beurteilt werden. Der Medikamenteneinsatz in der Heimerziehung, das Zusammenwirken von Heimerziehung und Psychiatrie und die Beteiligung von Ärzten an solchen Versuchen sind für die 50er und 60er Jahre noch kaum erforscht und bedürfen der weiteren Aufarbeitung“ (RTH, S. 20). Zwischenzeitlich, ca. 9 Jahre später, kann aber auf diverse wissenschaftliche Publikationen zu diesem Bereich verwiesen werden. Allein in den ersten Monaten des Jahres 2019 sind 3 Publikationen erschienen: Kaufung, Holtkamp und Boege (2019) berichten über Medikationen in der KJP Gütersloh und Weissenau in den 50er Jahren, Hähner-Rombach und Hartig (2019) stellten die Forschungsergebnisse zu Medikamentenversuchen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen 1945-1978 vor und Schepker und Fegert (2019) berichteten über Dauermedikationen in Heimen und Anstalten in den 50er-70er Jahren.

In der Nachkriegszeit gab es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie kaum therapeutische Möglichkeiten, lediglich physikalische Behandlungsformen, wie z. B. Bäder und Massagen, Insulin- und Elektroschockbehandlungen, Entspannungsübungen und Autogenes Training, Arbeitstherapie, Schlaftherapie und Psychotherapie bei Neurosen (siehe auch Kaufung u.a 2019). Neue therapeutische Möglichkeiten wurden auch deshalb „begeistert“ aufgegriffen. So wurde über die ersten uns heute bekannten Medikamentenversuche an Kindern, die Glutaminsäureversuche in Tübingen und an anderen Orten, selbst vom „Spiegel“ nahezu euphorisch berichtet und Glutaminsäure als das „Pulver gegen Dummheit“ (Der Spiegel 7.5.1952) gepriesen. Auch Chlorpromazin wurde im „Spiegel“ als „Pille fürs Gehirn“ (Der Spiegel 24.8.1955) und als „Das Seelen-Aspirin“ begrüßt (Der Spiegel 29.08.1956).

Im Abschlussbericht des RTH wird festgestellt, „dass Psychopharmaka in den 50er und 60er Jahren verstärkt entwickelt wurden und im klinischen Alltag noch erprobt werden mussten“

(RTH, S. 19). Solche damals üblichen „Erprobungen“/ „Prüfungen“, d.h. die Anwendung eines Versuchspräparates und noch nicht angemeldeten/registrierten Arzneimittels im Rahmen der Heilbehandlung, sind empirisch belegt. Nach Kaufung u.a. (2019) gab es in den KJPs Gütersloh und Weissenau unter 966 Patienten 9 Fälle von sogenannter „Nummernmedizin“ (Kaufung 2019, S. 6-7). In der Testphase wurden die Versuchspräparate mit einer Buchstaben-/ Nummernkombination kenntlich gemacht. Im Falle des Versuchspräparates „16038“, einem Antiepileptikum, war die KJP Weissenau eine von 17 „Prüfstellen“ in Deutschland. Insgesamt wurden in diesen „Prüfstellen“ 225 Patienten mit dem Präparat behandelt (Quelle: Novartis Archiv).

Historisch ist die Vielzahl von (Einzelfall-)„Erprobungen“ vor dem Hintergrund der damaligen Anforderungen der Politik, insbesondere der Gesundheitsbehörden, an die Pharmaindustrie bei der Anmeldung (bis 1961) oder Registrierung (1961-1977) von neuen Medikamentenzu betrachten. Bis 1959 reichten „etwaige Unterlagen über die [...] klinische Wirkung“ aus, von 1959 bis 1961 wurden „klinische Erprobungen“ erwartet und von 1961 bis 1964 „ärztliche Prüfungen“. Erst ab 1964 sollte „Art, Umfang und Ergebnisse der klinischen [...] Prüfung“ wenigstens nach „wissenschaftlichen Standards“ erfolgen, der dann 1971 in der „Richtlinie über die Prüfung von Arzneimitteln des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit vom 11.6.1971“ erstmals konkret eingefordert wurde (Quelle: die jeweiligen Verordnungen, Gesetze und Erlasse).

In den 50er und 60er Jahren wurden von der Pharmaindustrie noch keine systematischen Studien bei der Anmeldung/Registrierung von neuen Medikamenten gefordert. (Einzelfall-) „Erprobungen“ / „Prüfungen“ reichten aus, die eingereichten Unterlagen wurden nicht fachlich überprüft.

Bis 1978 gab es auch für Ärzte keine expliziten, direkten rechtliche Regelungen für medizinische Forschung am Menschen und für die teilnehmenden Patienten. Ärztliches Handeln und das Verhältnis Arzt - Patient und - Klinik unterlag aber immer und zu jeder Zeit den allgemeinen gesetzlichen Regelungen, wie z. B. den allgemeinen Bestimmungen des StGB zur Körperverletzung, und deren Auslegungen durch Gerichte. Neben allgemeinen gesetzlichen Regeln unterlag ärztliches Handeln zusätzlich auch berufsrechtlichen Anforderungen, wie Vorgaben der Behandlung gemäß des aktuellen Wissens (state of the art) und des Vermeidens von Schaden (primum non nocere).

Fragen der „Aufklärung“ und „Einwilligung“ wurden wichtig, wenn es zu Schäden bei der Behandlung gekommen war, und wurden dann vor Gericht verhandelt, so wie bei den „Elektroschockurteilen“ des BGH 1954 und 1958. Die ethisch geforderte Aufklärung und Einwilligung bei medizinischen Versuchen am Menschen wurde vor 1978 zumeist nur dann von den Ärzten vorgenommen, wo sie sich und ihre Einrichtungen vor Haftungsschäden schützen wollten, zum Selbstschutz.

Neue Medikamente waren zum Zeitpunkt der „Markteinführung“ systematisch im Tierversuch getestet, an Menschen bis 1961 aber lediglich „erprobt“ oder später dann „geprüft“. Solche „Erprobungen“ oder „Prüfungen“ wurden auch in niedersächsischen Heimen durchgeführt. Ein wichtiges Kriterium für die Unterscheidung von Medikamentenversuch und Medikamentenanwendung, besonders die Dauermedikation ist der Zeitpunkt der „Markteinführung“ des Wirkstoffes (Hähner-Rombach u. a. 2019 S. 38-39), mit angegebenen Indikationen und Dosierungen.

Bund und Bundesländer räumten den Pharmaunternehmen in den 50er - 70er Jahren weitreichende Handlungsfreiheiten ein. Die Produkte konnten letztlich nicht wissenschaftlich getestet auf den Markt kommen, die Indikationen waren oft „weit“ gefasst und die Dosierungen nicht systematisch altersspezifisch geprüft. Viele bis zum Sommer 1964 markteingeführte Psychopharmaka waren zudem nicht einmal rezeptpflichtig, also scheinbar harmlos.

Die von den Behörden freigegebenen Indikationen waren z. T. sogar extrem „weit“, wie z. B. bei einem bekannten Butyrophenonderivat, einem Neuroleptikum welches 1959 auf den Markt kam und für alle, „psychiatrische u. neurologische Indikationen“ geeignet gewesen sein soll (Rote Liste 1963).

„Berichte ehemaliger Heimkinder weisen darauf hin, dass der Medikamentengabe oft keine medizinische Indikation zugrunde lag“ (RTH, S. 19). Richtig, der dämpfende, sedierende Charakter, z. B. von Chlorpromazin, sollte genutzt werden, um den Anstaltsalltag und den Schulunterricht effektiver zu gestalten. Die neuen Psychopharmaka waren demnach angeblich bei eher „sozialpädagogischen“ Indikationen anwendbar und damit für die Nutzung in „Anstalten“ geeignet, für die zugleich günstige Großpackungen angeboten wurden (Scheper u.a. 2019). Einige Beispiele aus der Roten Liste von 1969:

- Dixyrazin wurde in „Anstaltspackungen mit 500 Tabl.“ angeboten für „charakterliche Instabilität bei Kindern“
- Thioridazin wurde in „Anstaltspackungen mit 250 u. 1000 Dragees“ angeboten für „Verhaltensstörungen, Trotzreaktionen, Wutanfälle, Schul- und Erziehungsschwierigkeiten, nervöse u. neuropathische Kinder“
- Periziazin wurde in „Anstaltspckgn. mit 500 Drag.“ angeboten zur „Behandlung von Verhaltensstörungen bei Kindern, Jugendlichen“. In einer Fachwerbung heißt es 1968 gar, es „erleichtert das Zusammenleben“
- Chlorprothixen wurde in „Anstaltspckgn. m. 250, 1000 (4*250) Drag.“ angeboten bei „Unruhezuständen, Eingewöhnungsschwierigkeiten“, und noch 1979 für „Ruhigstellung“ beworben
- Perphenazin wurde in „Anstaltspckgn. m. 250, 1000, 5000 Tabl.“ angeboten und „zur Beseitigung von Unruhe- u. Erregungszuständen, Angst- u. Spannungsgefühlen, Gereiztheit“ empfohlen.

„Ziel der Behandlung, etwa durch Medikamentenvergabe, war daher allzu häufig nicht, den Kindern und Jugendlichen ein Gelingen und gesundes Aufwachsen zu ermöglichen, sondern sie ruhigzustellen“ (RTH, S. 20). Auch wenn das Konzept der "Genesung" aufgrund etwaiger therapeutischer Interventionen auch heute bei manchen Verhaltensstörungen fachlich zumindest als nicht ganz passend erscheint, so ist auch zu konstatieren, dass vermutlich aus einem heute als zu wenig kritisch zu beurteilenden therapeutischen Optimismus gegenüber Psychopharmaka auch Aspekte der Integration der Kinder (vgl. z.B. die Indikation: Erleichtert das Zusammenleben) eine Rolle gespielt haben. Dass Nutzen und Risiko dabei aus heutiger Sicht nicht hinreichend abgewogen wurden, ist die andere Seite. Haben Ärzte solche Medikamente dann im Heimalltag gegen „Schul- und Erziehungsschwierigkeiten“, „charakterliche Instabilität“, „Eingewöhnungsschwierigkeiten“, „Verhaltensstörungen“ oder zur „Ruhigstellung“ verschrieben, so geschah dies zwangsläufig fast ohne Wissen über die genauen Wirkungen und Nebenwirkungen bei Kindern und Jugendlichen, geschweige denn über mögliche Langzeitwirkungen bei Heranwachsenden und für eigentlich nicht-medizinische Indikationen.

Der verschreibende Arzt „experimentierte“, ohne wirklich vorab wissen zu können, was passieren würde. Die eigentlich vor Markteinführung notwendigen Tests wurden so zu Feldversuchen. Trotz staatlicher Genehmigung und Verkauf der Medikamente durch die Pharmaunternehmen verblieb die „ärztliche Letztverantwortung“ aber beim Arzt. Er hatte nach den medizinethischen Grundsätzen jede Behandlung so zu gestalten, dass der Patient zuallererst nicht geschädigt wurde. Die aus den unzureichenden Forschungen der Pharmaunternehmen resultierenden möglichen „Behandlungsfehler“ der Ärzte (wie Überdosierungen) und die Schäden bei den Patienten (wie unerwünschte Langzeiteffekte) gingen, staatlich genehmigt, letztlich zulasten der Betroffenen, wie auch im Contergan-Skandal. Die Nutzungsrisiken lagen voll beim Patienten, für den durch die Registrierungspraxis staatlicherseits kein Schutz bestand.

In wieweit die Behauptung aus dem Abschlussbericht des RTH zutrifft „Wenn es im Rahmen der Heimerziehung zu generellen und kollektiven Behandlungen bzw. Sedierungen gekommen ist, die weniger den Kindern und Jugendlichen als der Disziplin im Heimalltag [...] zuträglich waren, ist dies als Missbrauch zu beurteilen und erfüllt ggf. den Tatbestand der (schweren) Körperverletzung – auch nach damaligen Maßstäben“ (RTH, S. 20), ist noch zu klären. Einzubeziehen wären hier die mögliche Produkthaftung des Pharmaunternehmens, das Versagen des Staatsschutzes durch die Gesundheitsbehörden, die nicht wahrgenommenen Aufsichtspflichten der verschiedenen Behörden und die unterlassene Fürsorge durch Einrichtung und Trägerorganisationen.

Das „pharmazeutische Netzwerk“ aus Ärzten, Pharmaunternehmen, Einrichtungs- und Kostenträgern und den staatlichen Fürsorge- und Gesundheitsbehörden ist, wenn auch vielleicht nicht im engeren rechtlichen Sinne, so doch ethisch-moralisch verantwortlich für Medikamentenversuche und die darauf folgende gängige Praxis der Dauermedikation in Heimen und Anstalten der Nachkriegszeit.

Angesichts der vorliegenden neuen Forschungsergebnisse ist von einer allseitig akzeptierten Dauerbehandlung mit Psychopharmaka in Heimen und Anstalten auszugehen. Anders als bei den zeitlich begrenzten Medikamentengaben in Studien (z.B. dauerte die Versuchsmedikation in der Chlorpromazin-Studie von Kiesow und Jacobs 1956 in Schleswig-Holstein 10 Tage, siehe dort S. 4) sind bei einer monate-, vielleicht sogar jahrelangen Dauermedikation an Kind oder Jugendlichen, mit fast ungetesteten Psychopharmaka, Folgeschäden zumindest möglich.

Häufig wird von Betroffenen berichtet, dass ihre schulischen Leistungen durch die Dauersedierung beeinträchtigt waren (Scheper 2019, S. 43), was in der Folge ihr ganzes Leben beeinträchtigt hat.

Die Medikamentenversuche und die Dauermedikationen sind ein dunkles Kapitel in der deutschen Heimgeschichte und die Ärzteschaft hierbei mitverantwortlich. Im Abschlussbericht des Runden Tisches Heimerziehung wurden Medikamentenversuche und Dauermedikation mit Psychopharmaka in Heimen und Anstalten noch ins Reich der „Möglichkeiten“ verwiesen (RTH, S. 19-20). Obwohl „ehemalige Heimkinder berichteten, dass sie im Heim Psychopharmaka einnehmen mussten“ und darauf drangen „diese Problematik im Rahmen des Runden Tisches zu behandeln“ (RTH, S. 19), wurden die Themen Medikamentenversuche und Dauermedikation aber nicht weiter berücksichtigt. Heute kann festgehalten werden: es

gab definitiv Medikamentenversuche und Dauersedierungen in Heimen und Anstalten in der Nachkriegszeit.

Es stellt sich die Frage, wie dieses noch offene Kapitel des Runden Tisches Heimerziehung - auch nach Abschluss desselben - aufgearbeitet werden kann, und ob sich dadurch eigenständige Ansprüche auf adäquate Anerkennungsleistungen durch Staat, Pharmaunternehmen und Träger ergeben. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. wird sich für eine Fortsetzung des Runden Tisches Heimerziehung einsetzen - denn tausende von Heimkindern waren betroffen.

Neben der aus heutiger Sicht falschen Diagnose von Kindern und Jugendlichen als „Unerziehbar“ und der darauf folgenden Unterbringung in sogenannten „Bewahranstalten“ war die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch an den ethisch fragwürdigen Medikamentenversuchen in kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, Heimen und Anstalten beteiligt und mitverantwortlich für die systematische und flächendeckende Medikation, Sedierung mit Psychopharmaka in Heimen und Anstalten zu rein „pädagogischen“ Zwecken.

Die heutige Kinder- und Jugendpsychiatrie ist sich ihrer historischen Schuld bewusst und beteiligt sich aktiv an der Aufarbeitung und Veröffentlichungen. Diese Vorgeschichte ist für uns eine besondere Verpflichtung für eine ethisch gut beratene Forschung, für den Einsatz für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonventionen und UN-Kinderrechtskonvention. Leitlinie ist dabei „die Gesundheit und das Wohlbefinden“ des Patienten, dessen „Autonomie und Würde“ zu respektieren sind (Genfer Gelöbnis 2017).

Berlin, 09.05.2019

Quellen:

- Hähner-Rombach, S., Hartig, C. (2019). Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen zwischen 1945 und 1978. Forschungsprojekt im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Abschlussbericht Modul 1 und 2.
- Kaufung, C., Holtkamp, M., Boege, I. (2019). Die Entwicklung der Psychopharmakologischen Behandlung von 1952 bis 1957 in den kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken Weissenau und Gütersloh. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Online am 28.2.2019
- Schepker, K., Fegert, J. M. (2019). Neuroleptika für Kinder »erleichtern das Zusammenleben«. Psychopharmakagaben sollten in den 50er–70er Jahren in Heimen und Anstalten Ruhe und Schulfähigkeit fördern. Psychosoziale Umschau, 34.

Kontakt:

DGKJP Geschäftsstelle
Reinhardtstr. 27B
10117 Berlin E-Mail: geschaeftsstelle@dgkjp.de