

**Medikamentenversuche an Kindern und  
Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in  
Niedersachsen zwischen 1945 und 1978**

**Auswertung von Einzelfallakten zur Vertiefung der in Modul 1 und 2  
orientierend beantworteten Fragen**

---

Forschungsprojekt im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für  
Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Endbericht

vorgelegt von Dr. des. Christine Hartig

*13.3.2020*

## **Kurzzusammenfassung der Ergebnisse**

Der vorgelegte Bericht basiert auf der Analyse von Krankenakten der KJP Wunstorf, der KJP Königslutter und der Universitäts-Psychiatrie Göttingen sowie von Bewohnerakten aus Erziehungsheimen. Die Quellen aus den einzelnen Einrichtungen unterscheiden sich in Umfang, Überlieferungszeit und Qualität.

Für die KJP Wunstorf können quantifizierende Angaben über die Teilnahme von Minderjährigen an Arzneimittelstudien getroffen werden. Demnach erhielten ca. vier Prozent der zwischen 1953 und 1976 aufgenommenen Kinder und Jugendlichen Versuchsstoffe oder solche Arzneistoffe, die zwar bereits auf dem Markt waren, die aber mit dem Ziel verabreicht wurden, solche Fragen zu untersuchen, die heute Teil von Arzneimittelstudien sind, wie die Ausweitung des Indikationsbereiches und Dosisfindung. Die meisten Studien fanden im Tätigkeitszeitraum von Hans Heinze jun., also in den 1960er Jahren statt. Nach vorsichtigen Schätzungen lag die Zahl der Kinder, die in der KJP Wunstorf an solchen Studien teilnahmen, im niedrigen dreistelligen Bereich. Über die Gesamtzahl von Kindern und Jugendlichen, die in (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen oder in Erziehungsheimen des Landes von Arzneimittelstudien betroffen waren, kann keine Aussage getätigt werden. Es wurden keine Einrichtungen der Behindertenhilfe untersucht. Durch die Gutachtertätigkeiten von Klinikärzten wie Hans Heinze jun. wurden neben Minderjährigen aus Fürsorgeheimen, auch solche aus Heimen der Behindertenhilfe in Arzneimittelstudien eingeschlossen.

In der KJP Wunstorf waren Heimkinder bei Arzneimittelstudien nicht überrepräsentiert. Möglicherweise wurden aber Mädchen, Minderjährige, die besonders betreuungsintensiv waren (darunter solche mit Intelligenzdefekten) und sexuell auffällige Kinder häufiger in Arzneimittelstudien eingeschlossen. Dies lag teils in der Ausweitung der Indikationsgebiete der geprüften Arzneistoffe begründet.

Eine Aufklärung bzw. ein Einverständnis der Erziehungsberechtigten ist in keinem Fall dokumentiert, auch wenn im Fall von Encephabol einige Eltern davon Kenntnis hatten, dass ihre Kinder einen noch nicht auf dem Markt befindlichen Arzneistoff erhielten.

Der Anteil von Studien mit Versuchsstoffen, dies legen die Ergebnisse zur KJP Wunstorf nahe, war nicht unbedeutend. Mitunter wurde in zeitgenössischen Fachzeitschriften erst nach der Markteinführung über ‚Erfahrungen‘ mit diesen Präparaten berichtet. So konnte der Eindruck entstehen, dass es sich bei den durchgeführten Arzneimittelstudien vorwiegend um Anwendungsstudien handelte. Ein Teil der Prüfungen wurde mit dem Ziel durchgeführt,

Minderjährige auch ohne eine medizinische Indikation zu sedieren. Dabei wurden Nebenwirkungen in Kauf genommen. Dies galt für Neuroleptika, Schlafmittel und Bromverbindungen. In den publizierten Fachzeitschriften und in Krankenakten wurden damit einhergehende Erleichterungen in der Betreuung und Unterbringung explizit hervorgehoben. Da entsprechende Wünsche von Schulen, Heimen und Landesjugendämtern an Kliniken herangetragen wurden, sind dies ebenfalls wichtige Akteure, die ein akzeptierendes bis förderndes Klima für Arzneimittelstudien schufen.

Die Prüfung sedierender Arzneistoffe und Arzneikombinationen korrespondierte mitunter mit den Interessen von Klinikärztinnen und -ärzten. Teils erfolgten Studien vorwiegend, um neue Arzneistoffe bekannt zu machen, ohne dass ein Erkenntnisinteresse der Prüfärztinnen und Prüfärzte zu erkennen war. Zugleich existieren Hinweise darauf, dass Arzneimittelstudien auf Eigeninitiative von Ärztinnen und Ärzten durchgeführt wurden.

Die Analyse der Krankenakten der untersuchten Kliniken zeigt darüber hinaus, dass der Anteil der Kinder, bei denen an der KJP Wunstorf eine Pneumenzephalographie durchgeführt wurde, seit den 1950er Jahren bis in die 1970er Jahre hinein kontinuierlich von gut 15 auf knapp 70 Prozent stieg. Es fanden sich keine Indizien, dass dieser Anstieg auf die Durchführung medizinischer Versuche zurückzuführen ist. Vielmehr lässt sich die Entwicklung mit dem Anstieg der Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung ab den 1960er Jahren erklären. Bis Mitte der 1970er Jahre stieg der Anteil der Kinder, bei denen eine solche Diagnose gestellt wurde auf über 50 Prozent. Für Angehörige verschiedener Erziehungs- und Fürsorgeinstitutionen bot die Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung die Möglichkeit, die Versorgung besonders betreuungsintensiver Kinder und Jugendlicher angesichts beschränkter personeller und finanzieller Möglichkeiten auf Einrichtungen der Behindertenhilfe zu übertragen. Für die betroffenen Minderjährigen konnte dies mit einer Beschneidung ihrer persönlichen Entwicklung und ihrer gesellschaftlichen Teilhabe einhergehen.

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Fragestellung und Datengrundlage.....	5
2. Ausmaß von Medikamentenstudien an (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen des Landes Niedersachsen.....	10
2.1 Die KJP Wunstorf .....	11
2.2 Einordnung der Ergebnisse im Vergleich mit weiteren (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen .....	20
3. Pneumenzephalographien.....	24
3.1 Indikation .....	25
3.2 Die KJPs in Wunstorf und Königslutter: Gemeinsamkeiten und Differenzen.....	29
3.3 Beeinflussung kindlicher Lebenswege durch Diagnosebildung .....	33
3.4 Einhaltung zeitgenössischer Normen .....	39
4. Medikamentenstudien an der KJP Wunstorf: Drei Fallbeispiele .....	43
4.1 Ciatyl .....	44
4.1.1 Ausweitung des Indikationsgebietes und Dosisklärung.....	44
4.1.2 Therapeutischer Versuch oder institutionell erwünschte Sedierung? .....	49
4.1.3 Nebenwirkungen .....	54
4.2 G33040: Ausweitung des Indikationsbereichs eines Antidepressivums.....	56
4.3 Encephabol: Arzneimittelstudien und ihre Publikationen als Verkaufsstrategie? .....	62
4.4 Weitere Medikamentenstudien an der KJP Wunstorf: Ausweitung des Indikationsbereiches und Soziale Indikation.....	67
4.4.1 Neuroleptika und deren Kombination mit Beruhigungs- und Schlafmitteln .....	68
4.4.2 Arzneimittelstudien aufgrund Sozialer Indikationen?.....	73
4.4.3 Einzelhinweise auf mögliche weitere Studien und Anwendungsbeobachtungen ...	82
4.5 Einhaltung zeitgenössischer Normen .....	84
5. Arzneimittelstudien an weiteren Einrichtungen .....	87
5.1 Versuche mit Psicosoma außerhalb der KJP Wunstorf.....	87
5.2 Prüfung von Decentan an Kindern im Oldenburgischen Landeskrankenhaus Wehnen	89
5.3 Erfahrungsbericht versus Arzneimittelstudie – Eine Publikation zu Esucos aus der KJP Königslutter.....	90
6. Schlussbemerkung.....	92
Abkürzungsverzeichnis .....	104
Tabellenverzeichnis.....	105
Quellen- und Literaturverzeichnis.....	106

## 1. Einleitung: Fragestellung und Datengrundlage

Der hier vorgelegte Bericht baut auf den Ergebnissen eines 2017 vom Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung an das Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung ergangenen Forschungsauftrags zum Thema „Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen zwischen 1945 und 1978“ auf.<sup>1</sup> Nach Auswertung von Fachpublikationen, Studienunterlagen von Pharmaunternehmen und administrativer Überlieferung aus öffentlichen Einrichtungen des Landes konnten einige der gestellten Forschungsfragen nicht oder nur teilweise beantwortet werden.<sup>2</sup> Daher wurde empfohlen, im Rahmen einer weiteren Studie die Beantwortung ausgewählter Fragen anhand der Analyse von Einzelfallakten von Minderjährigen in Heimen und (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen zu vertiefen. Vor diesem Hintergrund erteilte das zuständige Ministerium einen weiteren Forschungsauftrag. An dieser Stelle möchten wir uns bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der besuchten Archive bedanken, die die Bearbeitung der Forschungsfragen unterstützten.

Auf eine ausführliche Darstellung des Forschungsstandes zum Thema wird an dieser Stelle verzichtet und stattdessen auf die bereits abgeschlossene Studie verwiesen.<sup>3</sup> Der hier vorgelegte Bericht konzentriert sich auf die Durchführung von Arzneimittelstudien und von Pneumenzephalographien an den drei (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen des Landes: Der KJP (Kinder- und Jugendpsychiatrie) Wunstorf, der KJP Königslutter und der Universitäts-Psychiatrie Göttingen. Hierzu wurden Krankenakten ausgewertet. Über weitere psychiatrische Einrichtungen, wie die Medizinische Hochschule Hannover (MHH), die als zweite universitäre Einrichtung neben der Göttinger Universitäts-Psychiatrie ab 1971 Patientinnen und Patienten aufnahm, sowie über Landeskrankenhäuser, die nicht über eine eigene KJP verfügten, können gemäß des erteilten Forschungsauftrages keine Aussagen zur Durchführung von Arzneimittelstudien getroffen werden.<sup>4</sup> Konnten den gesichteten Akten zu Arzneimittelstudien an den o. g. Einrichtungen Hinweise auf weitere Arzneimittelstudien entnommen werden, so werden diese jedoch dargestellt.

Neue Befunde über die Durchführung von Impfstudien an niedersächsischen Einrichtungen konnten hingegen nicht gewonnen werden. Dies liegt vor allem in der schwierigen Quellenlage

---

<sup>1</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019).

<sup>2</sup> Siehe zu einem Überblick zu den Forschungsfragen Hähner-Rombach/Hartig (2019), Anhang 1: Forschungsfragen.

<sup>3</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 5-10.

<sup>4</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 8.

begründet. Entsprechende Quellen aus Säuglingsheimen oder Impfkarteien<sup>5</sup> sind kaum überliefert oder es wurde, wie im Fall der Diakonie Himmelsthür mit dem Hinweis auf datenschutzrechtliche Bedenken, kein Zugang zu solchen Akten gewährt.

Zentrale Fragestellungen des Berichtes betreffen:

1. Ausmaß und Umfang von Arzneimittelstudien sowie der Durchführung von Pneumenzephalographien.
2. Die konkrete Durchführung von Arzneimittelstudien.
3. Die Identifikation besonders vulnerabler Gruppen.
4. Die mögliche (Mit-)verantwortung von Einrichtungen des Landes an eventuellen Missständen.
5. Die Einhaltung von zeitgenössischen ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Normen.

Im Folgenden wird zunächst die methodische Vorgehensweise beim Ziehen von drei Stichproben aus Krankenakten der o. g. Einrichtungen dargestellt. Im Anschluss wird in Kapitel 2 das Ausmaß von Medikamentenstudien an (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen des Landes Niedersachsen untersucht. Auf der Basis der quantitativen Auswertung von Krankenakten sollen Schätzungen über die Anzahl der betroffenen Kinder vorgestellt werden. Im Mittelpunkt steht aufgrund der besonders guten Quellenüberlieferung die KJP Wunstorf. Ferner wird untersucht, ob spezifische Faktoren, wie Geschlecht, Fremdunterbringung, etc. existierten, die die Wahrscheinlichkeit erhöhten, in eine Arzneimittelstudie eingeschlossen zu werden. Vor diesem Hintergrund wird ebenso die Frage verfolgt, ob Einrichtungen des Landes Niedersachsen eine mögliche (Mit-)verantwortung dafür trugen, dass ihnen anvertraute Kinder an Arzneimittelstudien teilnahmen. Da inzwischen Ergebnisse ähnlicher Forschungsprojekte zu anderen Bundesländern<sup>6</sup> und vor allem aus dem Nachbarstaat Schweiz<sup>7</sup> vorliegen, die die Durchführung von Arzneimittelstudien in Kliniken und Heimen untersuchen, können ferner erste Vergleiche zur Durchführung von Arzneimittelstudien an Einrichtungen außerhalb Niedersachsens gezogen werden.

---

<sup>5</sup> Die Auswertung der Impfdatei der Kinderklinik der Universität Göttingen wurde zugunsten der Erhebung und Auswertung der Krankenakten aus der Universitäts-Psychiatrie zurückgestellt. Siehe zum problematischen Aktenzugang Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 19f.

<sup>6</sup> Engelbracht (Publikation in Vorbereitung); Kaufung/Holtkamp/Boege (2019); Wagner (2019); Fehlemann/Sparing (2017); Wagner (2016).

<sup>7</sup> Linhard/Condrau (2019); Meier/König/Tornay/Magaly (2019); Richli (2019); Rietmann/Germann/Condrau (2018); German (2017).

Kapitel 3 widmet sich der Indikation von Pneumenzephalographien sowie der Einhaltung von zeitgenössischen Normen. Dabei kann gezeigt werden, dass die Zahl der an der KJP Wunstorf durchgeführten Pneumenzephalographien auf ein weiteres Phänomen verweist, nämlich der vergleichsweise häufig vergebenen Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung. Dies ist deshalb von Bedeutung, da eine solche Diagnose den weiteren Lebensweg der betroffenen Kinder beeinflusste. Somit steht auch hier die Frage im Zentrum, ob Institutionen des Landes Niedersachsen ihre Fürsorgepflicht gegenüber Kindern und Jugendlichen vernachlässigten, die ihnen anvertraut waren.

Von den identifizierten Arzneimittelstudien fanden die meisten an der KJP Wunstorf statt. Diese werden in Kapitel 4 unter qualitativen Gesichtspunkten analysiert. Dabei wird der Auswahl der Versuchspersonen, der konkreten Durchführung der Studien (Dosierung, Behandlungsdauer, Nebenwirkungen) und dem beteiligten Personal besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Ferner soll die bereits in Kapitel 2 aufgeworfene Frage weiterverfolgt werden, ob bestimmte Kinder besonders gefährdet waren, für Arzneimittelstudien ausgewählt zu werden. Das Kapitel schließt mit Ergebnissen zur Einhaltung zeitgenössischer ethischer und wissenschaftlicher Standards.

In Kapitel 5 stehen Arzneimittelstudien in weiteren Einrichtungen des Landes Niedersachsen im Mittelpunkt. Diese Einzelfunde erweitern die bisherigen Ergebnisse zum Ausmaß und Umfang von Arzneimittelstudien in Heimen und (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen des Landes und zur staatlichen (Mit-)verantwortung bei der Durchführung solcher Versuche. Die Beispiele zeigen exemplarisch, dass nicht nur die KJP Wunstorf als Prüfstandort für Pharmaunternehmen interessant war und dass ebenso Ärztinnen und Ärzte anderer Einrichtungen Interesse an der Durchführung solcher Studie besaßen. Drei Faktoren begrenzten jedoch das Auffinden weiterer Fälle: Die mitunter schlechte Überlieferungslage, die teilweise fehlende Bereitschaft von heutigen Heimen, unsere Forschung zu unterstützen, und die begrenzten Projektressourcen.

Um Aussagen über die Durchführung von Arzneimittelstudien und Pneumenzephalographien an den drei hier im Fokus stehenden (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen zu ermöglichen, wäre das Ziehen von repräsentativen Stichproben aus den Krankenakten wünschenswert gewesen. Wie dieses Ziel jeweils versucht wurde zu realisieren, ist im Folgenden dargestellt.<sup>8</sup> Als Zielgröße wurde festgelegt, ca. 200 Akten aus jeder Einrichtung zu ziehen. Die Größe von

---

<sup>8</sup> Ich danke an dieser Stelle Prof. Dr. Müller-Benedict, der mich bei der Entwicklung der Vorgehensweise beraten hat. Eventuelle Fehler gehen sämtlich zu Lasten der Autorin des Berichts.

200 ergibt sich aus der für die Aktendurchsicht verfügbaren Projektzeit. Da Aussagen über die vermutete Grundmenge erst während der Aufnahme getätigt werden konnten, differiert die schließlich erhobene Anzahl der Akten aus jeder Einrichtung.

Die Krankenakten aus der KJP Wunstorf sind im Niedersächsischen Landesarchiv, Standort Hannover, in Auswahl überliefert.<sup>9</sup> Die Stichprobe wurde mithilfe des Aufnahmebuchs erhoben, das alle Aufnahmen zwischen 1954 und 1976 verzeichnet. Die Eintragung der Namen erfolgte getrennt für jeden Buchstaben des Alphabets und dann in chronologischer Reihenfolge. Da die Einträge für jeden Buchstaben nummeriert waren, wurden zur Bestimmung der Gesamtaufnahmen diese Werte zugrunde gelegt und so ca. 6.286 Aufnahmen ermittelt.<sup>10</sup> Bei diesem Vorgehen war mit der Erfassung zahlreicher Mehrfachaufnahmen zu rechnen, deren Ausmaß im Vorfeld jedoch nur geschätzt werden konnte. Wegen der erwarteten Mehraufnahmen sollten die Akten von 250 Kindern identifiziert werden.

Da sich herausstellte, dass die vom Archiv angegebenen Auswahlkriterien der Akten unzutreffend waren,<sup>11</sup> wurde zur Erhebung der Stichprobe eine Methode auf der Grundlage gewählt, dass alle Akten überliefert wären. Auf diese Weise sollten repräsentativ die Akten von 250 Kindern erhoben werden. Bei der gewählten Ziehungsweise<sup>12</sup> mussten insgesamt 1026 von 6286 im Aufnahmebuch verzeichneten Namen daraufhin überprüft werden, ob eine Akte vorhanden war, um auf die Zielzahl von 250 Akten zu kommen. Dies war nötig, da nicht für jeden Eintrag eine Akte vorhanden war. Diese Auswahl kann als repräsentativ für die vorhandene Datenbasis bezeichnet werden. Es stellte sich bei diesem Vorgehen heraus, dass über den Gesamtzeitraum nur die Akten für Namen mit den Anfangsbuchstaben D-O-R-S-T überliefert sind. Im Gesamtzeitraum bedeutet dies, dass durch die Repräsentativbuchstaben 26,8 Prozent der Gesamtakten überliefert sind.

Da für Kinder, die mehrfach aufgenommen wurden, nur eine Akte geführt wurde, konnten die Mehrfachaufnahmen ausgezählt werden. Hierbei stellte sich heraus, dass 112 Mehrfachaufnahmen verzeichnet waren. Bei der Erhebung wurde berücksichtigt, wie oft ein Kind aufgenommen wurde (50 x 2 Aufnahmen, 11 x 3 Aufnahmen, 3 x 4 Aufnahmen, 1 x 5

---

<sup>9</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 18.

<sup>10</sup> Eine gewisse Ungenauigkeit ist dadurch gegeben, dass teils Namen eingefügt wurden und diese dann mit der vorangegangenen Nummer und einem Buchstaben gekennzeichnet wurden, also beispielsweise 123b. Dadurch liegt die tatsächliche Anzahl der Aufnahmen etwas höher.

<sup>11</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 18.

<sup>12</sup> Es wurden in gleichmäßigen Abstand (jeder 20. Eintrag) die Namen erhoben und geprüft, ob eine Akte vorhanden war. Um auf die Anzahl von 250 Kindern zu kommen, waren mehrere Durchläufe durch das Aufnahmebuch nötig. Die Namen der Kinder wurden nach der Aktensuche gelöscht und lediglich die Aktennummer notiert.



Aufnahmen, 2 x 7 Aufnahmen). Von den 6286 Aufnahmen sind deshalb geschätzte  $112/250 = 44,8\%$  Mehrfachaufnahmen, so dass hinter 6286 Aufnahmen ca. 3492 Kinder stehen. Damit stellen die 250 Kinder eine Stichprobe von 7,16 % dar.

Die Krankenakten der KJP Königslutter sind im Niedersächsischen Landesarchiv, Standort Wolfenbüttel, überliefert.<sup>13</sup> Es existiert ebenfalls ein zeitgenössisches Aufnahmebuch, es umfasst jedoch nur den Zeitraum von 1953 bis 1955, also die ersten beiden Jahre nach Gründung der KJP. Krankenakten von Minderjährigen sind jedoch vereinzelt ab 1945 überliefert sowie bis Anfang der 1960er Jahre. Für die Jahre 1945-1961 ist im Unterschied zum Standort Hannover im Onlinefindbuch die Suche nach altersspezifischen Kategorien möglich. Ursprünglich wurde anhand des Aufnahmebuchs von ca. 4.000 Aufnahmen (inklusive Mehrfachaufnahmen) ausgegangen. Eine kategorienspezifische Suche im Onlinefindbuch des Archivs ergab 1.000 Treffer in folgender Verteilung: Schüler = 711 Treffer; Kind = 230 Treffer; Lehrling = 51 Treffer; Jugendliche\* = 8 Treffer. Eine Kontrolle des Onlinefindbuchs mit dem Aufnahmebuch aus den Jahren 1953 bis 1955 zeigt eine geringe Untererfassung. Diese betrifft vor allem Jugendliche kurz vor der Volljährigkeit, die bereits einen Beruf ausübten oder arbeitslos waren, also eine Alterskohorte, die für die hier relevanten Forschungsfragen ohnehin eine Randgruppe bildet. Aus dem Onlinefindbuch wurde nach dem obigen Verfahren eine Stichprobe von 200 Akten gezogen. Hierzu erfolgte in Gewichtung der o. g. Kategorien und in gleichmäßiger Verteilung eine Stichprobenbildung aus den Akten von 200 Kindern.<sup>14</sup>

Die Akten der Universitäts-Psychiatrie Göttingen sind nur unsystematisch überliefert.<sup>15</sup> Insgesamt konnten 798 Akten von Kindern und Jugendlichen identifiziert werden. Aus diesen Akten wurden in gleichmäßiger Verteilung 160 Akten gezogen.

Mit der geschilderten Art der Ziehung können die Stichproben aus der KJP Wunstorf und der KJP Königslutter für die in Tab. 1 angegebenen Zeiträume als repräsentativ angesehen werden, die Stichprobe aus Göttingen jedoch nicht wegen der unsystematischen Aktenüberlieferung. Es wurden beispielsweise Ausfälle für bestimmte Nachnamen identifiziert.

---

<sup>13</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 18f.

<sup>14</sup> 142 Schüler, 46 Kinder, 10 Lehrlinge, 2 Jugendliche.

<sup>15</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 19f.

<b>Einrichtung</b>	<b>Laufzeit</b>
KJP Wunstorf	1953-1976
KJP Königslutter	1945-1961
Universitäts-Psychiatrie Göttingen	1946-1955

Tab. 1: Überlieferungszeiträume der Krankenakten

Es gilt für die folgende Analyse demnach zwei Punkte zu berücksichtigen: Die unterschiedliche Form der Stichprobenziehung, die keine Vergleichbarkeit der absoluten Werte erlaubt und die unterschiedliche Laufzeit der Überlieferung, die den historischen Vergleich einschränken. Zusätzlich zu den im laufenden Projektzeitraum erhobenen Stichproben wird in den folgenden Kapiteln wiederholt Bezug genommen auf zwei nicht repräsentative Stichproben, die zur Klärung von spezifischen Fragestellungen bereits in Modul 1 und 2 aus Krankenakten der KJP Wunstorf gezogen wurden: Erstens auf eine Stichprobe aus Einzelmonaten der Jahre 1962/1963 sowie zweitens auf Akten von Heimkindern.<sup>16</sup> Diese werden im Folgenden als Spezialstichprobe 1961/62, bzw. als Spezialstichprobe Heimkinder bezeichnet. In quantitative Berechnungen gingen diese Spezialstichproben nicht ein.

## 2. Ausmaß von Medikamentenstudien an (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen des Landes Niedersachsen

Im Zentrum des folgenden Abschnitts stehen solche Arzneimittelstudien, bei denen mit Kürzeln gekennzeichnete Versuchsstoffe verwandt wurden sowie Prüfungen mit solchen Arzneistoffen, die bereits auf dem Markt waren und zu denen Publikationen existieren, die eine Erprobung unter einer spezifischen Fragestellung erörtern.<sup>17</sup> Eine Recherche nach Versuchsstoffen, die auf andere Art und Weise in die Akten eingetragen wurden oder Vergleichsstudien mit auf dem Markt befindlichen Arzneistoffen ohne Publikationen konnte im Rahmen des Forschungsauftrags nicht erfolgen. Eine Analyse der Häufigkeit, mit der Arzneimittelstudien durchgeführt wurden, wie viele Kinder in diese Studien integriert waren und ob sich die drei Kliniken als Prüfstandorte unterschieden, fußt nicht allein auf den gezogenen Stichproben. Ergänzend wurden Parallelüberlieferungen und die steigende Zahl von historischen

<sup>16</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 18.

<sup>17</sup> Siehe hierzu Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 9.

Forschungsarbeiten zu Arzneimittelstudien mit Kindern und Jugendlichen herangezogen. Auf diese Weise können Aussagen darüber getätigt werden, wann Kliniken für Pharmaunternehmen besonders attraktive Prüfstandorte waren.

## 2.1 Die KJP Wunstorf

Bei der statistischen Erhebung wurden zehn Krankenakten identifiziert, die die Medikation mit noch nicht auf dem Markt befindlichen Arzneistoffen oder die Behandlung mit auf dem Markt befindlichen Arzneistoffen dokumentieren, zu denen Fachartikel publiziert wurden.<sup>18</sup> Dies entspricht vier Prozent der zwischen 1953 und 1976 aufgenommenen Kinder und Jugendlichen. Aus der Schweiz liegen Studien zur Durchführung von Medikamentenversuchen an Universitätskliniken vor, in denen überwiegend Erwachsene behandelt wurden. Nach Schätzungen lag der Anteil der von Arzneimittelversuchen betroffenen Patientinnen und Patienten an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich und an der Psychiatrischen Klinik Basel Land „im mittleren einstelligen Prozentbereich.“<sup>19</sup> Die geringen Unterschiede zur Erwachsenenpsychiatrie legen also nahe, dass für Pharmaunternehmen KJPs eine ähnliche Attraktivität als Prüfkliniken besaßen. Zudem unterstreicht dieser Wert, dass keine grundsätzlichen Bedenken existierten, Arzneistoffe an Minderjährigen zu prüfen.

Insgesamt konnten in der Wunstorfer Stichprobe sechs Prüfstoffe identifiziert werden<sup>20</sup>: Hexobion, G 33040/Insidon, B6 II/Encephabol, Psicosoma (in den Medikamentenkurven als „Psychosoma“), Ciatyl, UCB 1414 'M'/Vesparax mite.<sup>21</sup> D. h., dass nicht alle durch die vorangegangenen Recherchen identifizierten Arzneimittelstudien in der Stichprobe repräsentiert sind.<sup>22</sup> Dies schränkt jedoch die Repräsentativität der Stichprobe nicht ein.

---

<sup>18</sup> Die Verwendung dieser Arzneistoffe ist in der Regel in den Arzneimittelkurven dokumentiert. Bei 24 Akten war keine Medikamentenkurve überliefert.

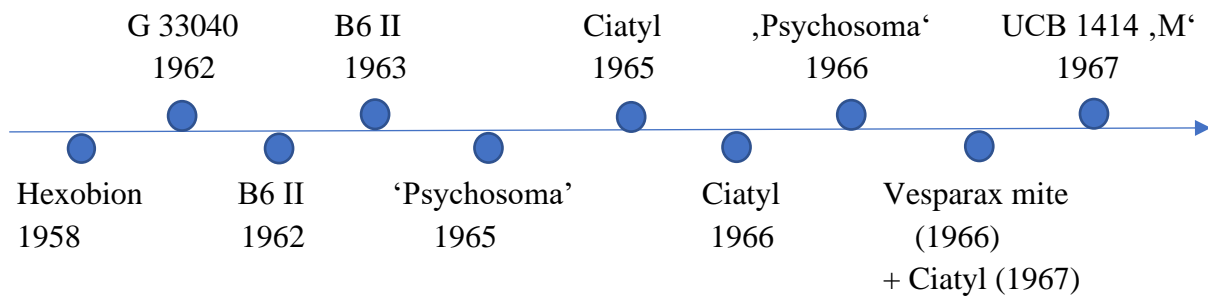
<sup>19</sup> Rietmann/Germann/Condrau (2018), S. 212. Siehe ebenso: Lienhard/Condrau (2019); S. 20.

<sup>20</sup> Aus Gründen der Lesbarkeit werden im Text nicht die Wirkstoffnamen angegeben, sondern das Präparat bzw. das Prüfkürzel wie sie in den Quellen angegeben sind.

<sup>21</sup> Sind für einen Arzneistoff zwei Bezeichnungen angegeben, so benennt der erste den Versuchsstoff, der zweite den Präparatsnamen.

<sup>22</sup> So wurden keine Akten zur Prüfung von H 502 (ca. 1959), Decentan (ca. 1958/59) und einem unbekanntem Präparat (ca. 1971) aufgefunden. Siehe hierzu: Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 32f.

Die Funde verteilen sich zeitlich wie folgt:



Im Folgenden sollen die drei Tätigkeitsperioden von Hans Heinze sen. (1954-Ende Oktober 1960) und seinem Sohn Hans Heinze jun. (November 1961-März 1969)<sup>23</sup> sowie von Clarita Dames nach dem Weggang von Hans Heinze jun. von der KJP Wunstorf (April 1969-1975) genauer betrachtet werden. Diese drei Personen hatten unterschiedliche Positionen inne: Hans Heinze sen. und Clarita Dames leiteten die KJP Wunstorf und Hans Heinze jun. wirkte unter Clarita Dames zunächst als Assistenz-, dann als Oberarzt. Daher bilden die hier benannten Zeiträume keinen Kontinuitätsraum ab. Aus der Wirkungszeit von Hans Heinze sen. sind 87 Akten in die Stichprobe aufgenommen. Dies entspricht 34,8 Prozent der Stichprobe. Aus der Zeit von Hans Heinze jun. sind 101 Akten in die Stichprobe eingegangen. Dies entspricht 40,4 Prozent der Gesamtstichprobe. Aus der letzten Periode, der Tätigkeit von Dames nach dem Weggang von Heinze jun., liegen 47 Akten vor. Damit entspricht ihr Anteil an der Gesamtstichprobe 18,8 Prozent.

Der oben dargestellte Zeitstrahl hebt hervor, dass die Häufigkeit, mit der Arzneimittelstudien an der KJP durchgeführt wurden, in diesen drei Perioden differierte. Die Ergebnisse der Stichprobe bestätigen in dieser Hinsicht die durch die vorangegangenen Recherchen (Spezialstichproben aus Krankenakten der KJP Wunstorf, zeitgenössische Fachpublikationen, Merck-Archiv<sup>24</sup>) gewonnenen Erkenntnisse.

Aussagen über die Anzahl von Kindern, die in diese Studien eingeschlossen waren, sind aufgrund der guten Überlieferungslage vor allem für die Wirkungszeit von Hans Heinze jun. möglich. Aus der Tätigkeitsperiode von Hans Heinze sen. ist die Quellenlage hingegen schlechter. Für die ersten beiden Jahre, 1954 und 1955, sind die Medikamentenkurven, die für

<sup>23</sup> Die Akten aus dieser Periode wurden ebenfalls in die Stichprobe aufgenommen und bei den oben angegebenen Werten für den gesamten Untersuchungszeitraum berücksichtigt.

<sup>24</sup> Siehe zu den bisherigen Recherchen Hähner-Rombach/Hartig (2019), Kapitel 1.2 (Quellen).

die Zeit von Heinze jun. eine aussagekräftige Quelle sind, nur unregelmäßig überliefert: Von den 25 Akten, die aus diesen Jahren in die Stichprobe eingegangen sind, beinhalten lediglich acht eine Medikamentenkurve. Ab 1956 sind die Medikamentenkurven hingegen in der Regel vorhanden. Von den 67 Akten aus den Jahren zwischen 1956 und Ende Oktober 1960, dem Zeitpunkt der Pensionierung von Heinze sen., enthalten sechs keine oder unvollständige Medikamentenkurven. Versuchssubstanzen schienen in den aufgefundenen Medikamentenkurven in keinem Fall auf. Von daher kann auch keine Aussage dazu getroffen werden, ob Versuchspräparate von Heinze sen. überhaupt in die Medikamentenkurven eingetragen wurden. Eine Kompletterhebung der überlieferten Akten war aus forschungspragmatischen Gründen nicht möglich.

In der Stichprobe ist aus der Zeit von Hans Heinze sen. die Gabe des Vitaminpräparats Hexobion im Jahr 1958 dokumentiert. Die beiden weiteren Studien von Hans Heinze sen. zu dem seit spätestens 1958 durchgeführten Neuroleptikum Decentan (T 57) und zu dem nicht zur Marktreife gelangten Versuchsstoff H 502 sind nicht in der Stichprobe repräsentiert. Da ein Einzelfund bei der geringen Fallzahl und den teils fehlenden Medikamentenkurven keine signifikanten Ergebnisse erwarten lässt, war die Abschätzung der Anzahl der Kinder, die während der Tätigkeit von Hans Heinze sen. in Arzneimittelstudien integriert wurden, nicht möglich. Vorausgeschickt sei, dass aus der Tätigkeitsperiode von Clarita Dames ebenfalls keine Arzneimittelstudie in der Stichprobe repräsentiert ist. Aufgrund vorangegangener Recherchen ist jedoch bekannt, dass auch die Nachfolgerin von Hans Heinze sen. in den 1970er Jahren mindestens eine Arzneimittelstudie durchführte.<sup>25</sup>

Die meisten in der Stichprobe aufgefundenen Arzneimittelstudien, nämlich insgesamt sechs, fallen in den Tätigkeitsraum von Hans Heinze jun. Von den aus diesem Zeitraum in der Stichprobe vorhandenen 101 Akten ist in neun Fällen die Teilnahme eines Kindes an einem Arzneimittelversuch oder an einer Arzneimittelerprobung dokumentiert. Dies entspricht 8,9 Prozent jener Kinder und Jugendlichen, die während der Tätigkeit von Hans Heinze jun. an der KJP Wunstorf aufgenommen waren. Die gute Überlieferungslage lässt vorsichtige Schätzungen zu der Gesamtzahl der Kinder zu, die während der Tätigkeit von Heinze jun. in Medikamentenstudien einbezogen waren. Da die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die jährlich an der KJP Wunstorf Aufnahme fanden, nicht überliefert ist, wurden zur weiteren Berechnung für drei Jahre die Gesamtzahl der Aufnahmen für drei Stichjahre ausgezählt (1962: 267, 1964: 362; 1972: 292). Unter der Prämisse einer langfristig gleichbleibenden

---

<sup>25</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 39.

Aufnahmefrequenz wäre für den Gesamtzeitraum von Heinzes Tätigkeit davon auszugehen, dass ca. 2279 Kinder und Jugendliche an der KJP im Aufnahmebuch verzeichnet wurden. Diesen Aufnahmen entsprechen wegen der häufigen Mehrfachaufnahmen (44,8%, s.o.) etwa 1258 Minderjährige. Es ist demnach davon auszugehen, dass ca. 112 Minderjährige während dieser Zeit einen Versuchsstoff erhielten oder Teil einer Anwendungsstudie waren. Zu Bedenken ist jedoch, dass angesichts der geringen Fallzahlen schon kleine Unterschiede bei den absoluten Fällen größere Verschiebungen bei den Prozentwerten zur Folge haben können. Der Vertrauensbereich (in dem sich der tatsächliche Wert mit 95-prozentiger Sicherheit befindet) ist daher recht unspezifisch und liegt zwischen 43 und 185 Kindern und Jugendlichen. Um diese breite Streuung zu bewerten, ist es hilfreich, einen Blick auf die von Heinze jun. in seinen Publikationen angegebenen Werte bezüglich der Versuchspersonen zu werfen.

Heinze jun. nennt in seinen Publikationen nur selten genaue Zahlen. Zum besseren Überblick sind die einzelnen Angaben in einer Tabelle zusammengefasst.

<b>Arzneistoff</b>	<b>Angaben zu Versuchspersonen</b>
Encephabol	82 „auswertbare Fälle“ an zwei Einrichtungen
Ciatyl	71 Versuchspersonen
Psicosoma	220 Versuchspersonen in mehreren Einrichtungen
Vesparax mite	47 Versuchspersonen

Tab. 2: Angaben zu Versuchspersonen in Publikationen von Heinze jun.

Für die Encephabolstudie, die mit einem Versuchsstoff erfolgte, gibt Heinze jun. 82 „auswertbare“ Fälle an, die sich auf die beiden Studienstandorte Wunstorf und Rotenburger Anstalten verteilten. Mindestens 50 Kinder und Jugendliche dürften den Versuchsstoff in der KJP Wunstorf erhalten haben, da Heinze jun. am 12.06.1962 eine entsprechende Anzahl von Prüftabellen an den Auftraggeber, die Firma Merck, schickte.<sup>26</sup> Für Vesparax mite nennt die Publikation „47 Fälle“<sup>27</sup>, überwiegend Mädchen, für Ciatyl 71 Kinder und Jugendliche<sup>28</sup>. Für Psicosoma gibt Heinze jun. an, dass insgesamt 220 Kinder und Jugendliche den Arzneistoff erhalten hatten, bevor die Studie 1969, also im Jahr der Markteinführung, publiziert wurde. In 84 Fällen, so Heinze jun. weiter, lägen „[g]enauere Untersuchungen“<sup>29</sup> vor. Allerdings

<sup>26</sup> Schreiben von Heinze jun. an Dr. B., 12.6.1962. MA, L10/65.

<sup>27</sup> Heinze (Vesparax mite), S. 1544.

<sup>28</sup> Heinze (Ciatyl), S. 428.

<sup>29</sup> Heinze (Psicosoma), S. 1006.

beschränkten sich die Versuche mit Psicosoma nicht auf die KJP Wunstorf, sondern wurden auch in mehreren Kinderheimen durchgeführt. Dies heißt, dass die Fachpublikationen insbesondere zu den Versuchsstoffen keine präzisen Angaben zur Zahl der Versuchspersonen an der KJP liefern. Die von Heinze gewählten Formulierungen, die kaum zwischen Minderjährigen unterschieden, die ein Präparat ohne weitere „[g]enauere Untersuchungen“ erhielten und solchen bei denen dies der Fall war, lassen es als angemessen erscheinen, alle Kinder und Jugendlichen, die eines der von Heinze in Publikationen dargestellten Präparate appliziert bekamen, als potentielle Versuchspersonen zu begreifen.

Vorausgesetzt Heinze jun. hat korrekte Angaben in seinen Publikationen getätigt, hieße dies, dass die sichere Teilnahme von mindestens 168 Minderjährigen für Versuche mit Encephabol (50 Versuchspersonen), Vesparax mite (47 Versuchspersonen) und Ciatyl (71 Versuchspersonen) angenommen werden kann. Da allerdings viele Kinder wiederholt an der KJP aufgenommen wurden, muss davon ausgegangen werden, dass die in den Publikationen genannten Kinder und Jugendlichen mehrfach als Versuchspersonen aufgeführt sind. Diese Annahme wird durch einen Fund in der Stichprobe gestützt, bei dem ein Kind zwei der Präparate erhielt, zu denen Heinze jun. publizierte. Zudem zeigt die Akte eines Mädchens, die im Rahmen der Stichprobe zu Heimkindern erhoben wurde, dass Minderjährige auch bei einmaliger Aufnahme mehrere Arzneistoffe im Rahmen von Versuchen oder Anwendungsstudien erhalten haben können. Ein Mädchen, das aus dem Birkenhof an die KJP Wunstorf kam, erhielt zunächst das noch nicht auf dem Markt befindliche Psicosoma, später Ciatyl und schließlich auch das Versuchspräparat H 1466 forte.<sup>30</sup> Unter der Annahme, dass die Mehrfachaufnahme von Kindern nicht zu einer Verringerung der Wahrscheinlichkeit geführt hat, in eine Arzneimittelstudie aufgenommen zu werden, muss die in den Publikationen erwähnte Anzahl der Versuchspersonen um den Faktor der Mehrfachaufnahmen reduziert werden, um die Anzahl der teilnehmenden Kinder zu ermitteln. Dies heißt, dass ca. 93 Kinder (55,2% von 168) ausgereicht hätten, um Studien mit insgesamt 168 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern durchzuführen. Zusätzlich zu den Angaben der Publikationen müssen jene Kinder berücksichtigt werden, die an Studien teilnahmen, zu denen Heinze jun. nicht publizierte, nämlich zu Insidon und H 1466 bzw. H 1466 forte. Vor diesem Hintergrund kann geschlussfolgert werden, dass von dem oben angegebenen Vertrauensbereich zwischen 43 und 185 Kindern und Jugendlichen, die während der Tätigkeit von Hans Heinze jun., also zwischen

---

<sup>30</sup> NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Accc. 2004/087 Nr. 03307. Siehe hierzu Kap. 4.4.2.

November 1961 und März 1969 an einer Arzneimittelstudie teilnahmen, eher Abweichungen nach oben anzunehmen sind.

Für eine Abschätzung der Zahl der Kinder und Jugendlichen, die in den gesamten Untersuchungszeitraum in Arzneimittelstudien eingeschlossen waren, sind darüber hinaus jene mindestens drei Studien zu berücksichtigen, die Heinze sen. realisierte sowie mindestens eine Studie, die von Clarita Dames nach dem Weggang von Heinze jun. Anfang der 1970er Jahre an der KJP Wunstorf durchgeführt wurde. Trotz der für die Anfangsjahre der KJP Wunstorf nur unzureichenden Quellenlage lässt sich daher schlussfolgern, dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die an der KJP Wunstorf Versuchspräparate erhielten oder bei denen bereits auf dem Markt befindliche Präparate unter neuen Fragestellungen erprobt wurden, im unteren dreistelligen Bereich lag.

Die gezogene Stichprobe sowie die Vorrecherchen in Modul 1 und 2 ermöglichen auch eine vorsichtige Gewichtung bezüglich der Studien, bei denen Versuchsstoffe und solchen, bei denen bereits auf dem Markt befindliche Arzneistoffe getestet wurden. Vor der Marktzulassung wurden Encephabol, Psicosoma und H 14266 sowie H 1466 forte geprüft, zu dem keine weiteren Informationen vorliegen.<sup>31</sup> Die Erprobung von Insidon erfolgte im Monat der Markteinführung des Arzneistoffs in der Bundesrepublik, aber unter dem Namen des Prüfstoffs.<sup>32</sup> Auch beim Schlafmittel Vesparax mite verwendete Heinze jun. noch nach Markteinführung Versuchspräparate. Für beide Arzneistoffe, Insidon und Vesparax mite, kann also angenommen werden, dass sie sowohl vor und nach der Zulassung im Jahr 1961 geprüft wurden. In seiner Publikation zu Vesparax mite hatte Heinze jun. hervorgehoben, dass es sich um ein Präparat handle, „dessen bereits im Bereich der Erwachsenen-Neuropsychiatrie objektivierte gute Wirkung“<sup>33</sup> keine Nebenwirkungen erwarten lasse. Dass die Prüfung mit einem Versuchspräparat erfolgt war, wurde mit dieser Formulierung verschleiert. Dies legt nahe, dass auch bei anderen bereits auf dem Markt befindlichen Präparaten die eigentliche Versuchsphase schon vor Markteinführung begonnen haben kann, ohne dass sich hierzu Hinweise in Fachpublikationen finden.

Aufgrund der Angaben von Heinze jun. in seinen Publikationen und aufgrund der Sichtung von archivalischen Quellen lässt sich also schlussfolgern, dass die Anzahl von Versuchspersonen für einen noch nicht auf dem Markt eingeführten Arzneistoff einen erheblichen Anteil an der

---

<sup>31</sup> Siehe hierzu Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 128f.

<sup>32</sup> Siehe hierzu: Kap. 4.2.

<sup>33</sup> Heinze (Vesparax mite), S. 1542.



Gesamtzahl der Kinder und Jugendlichen ausmachte, die für Arzneimittelstudien herangezogen wurden. Dies unterstreichen die 50 an Merck gesandten Prüfprotokolle zu Encephabol, die hohe Anzahl von Minderjährigen, an denen Psicosoma geprüft wurde sowie der in einer Krankenakte aufgefundene Briefwechsel mit dem Arzt einer Behinderteneinrichtung, dem Heinze jun. darlegt, dass ihm „[h]inreichende Versuchsmengen [...] zur Verfügung“<sup>34</sup> stünden. Dass in den 1960er Jahren Kliniken große Mengen von Versuchsstoffen zur Verfügung gestellt wurden, ohne dass vorab eine exakte Anzahl von Versuchspersonen definiert wurde, ist auch in anderen Fällen dokumentiert.<sup>35</sup> Es ging an der KJP Wunstorf also mitnichten darum, überwiegend Beobachtungen zu bereits auf dem Markt befindlichen Arzneistoffen zu sammeln. Zudem gilt auch für die KJP Wunstorf, was medizinhistorische Studien für die Erwachsenenpsychiatrie festgehalten haben: Dass in den 1950er und 1960er Jahren keine feste Grenze zwischen Studien mit Versuchsstoffen und Anwendungsstoffen existierte.<sup>36</sup>

Von den späten 1960er Jahren bis Mitte der 1970er Jahre prägte vor allem Clarita Dames die KJP Wunstorf. Bereits bekannt ist, dass auch Clarita Dames mindestens eine Arzneimittelstudie durchführte.<sup>37</sup> In der hier gezogenen Stichprobe ist jedoch keine Vergabe von Versuchspräparaten aus dieser Zeit dokumentiert. Da Dames nach dem bisherigen Stand auch nicht mit Publikationen zu Medikamentenstudien hervortrat, kann dies eine geringere Tätigkeit von Dames auf diesem Feld nahelegen, aber auch auf eine nachlassende Bedeutung von Kinder- und Jugendpsychiatrien als Versuchskliniken seitens der Pharmaunternehmen hindeuten. Das AMG von 1976 schuf ferner erstmals einen gesetzlichen Rahmen zur Durchführung von Arzneimittelstudien an Minderjährigen.<sup>38</sup> Die gezogene Stichprobe lässt erkennen, dass der Schwerpunkt der Arzneimittelstudien und von sogenannten Anwendungsstudien in den 1950er und 1960er Jahren, also während der Tätigkeit von Heinze sen. und Heinze jun. lag. Hier bedarf es jedoch des Vergleichs mit weiteren kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen, um Aussagen über die Attraktivität dieser Institutionen für Arzneimittelstudien im gesamten Untersuchungszeitraum treffen zu können.

Zu fragen ist auch, ob es unter den an der KJP aufgenommenen Kindern und Jugendlichen bestimmte Gruppen gab, die verstärkt für Arzneimittelstudien rekurriert wurden. Hier gilt es insbesondere jene Minderjährigen in den Blick zu nehmen, die aus Heimen an die KJP

---

<sup>34</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 14.

<sup>35</sup> Meier/König/Tornay (2019), S. 120.

<sup>36</sup> Richli (2018), S. 13,

<sup>37</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 33.

<sup>38</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 44f.

Wunstorf überwiesen wurden oder die unter Obhut des Jugendamtes standen. Letzteres ist jedoch in den Krankenakten nicht regelmäßig dokumentiert, so dass hier von einer hohen Untererfassung ausgegangen werden muss.

Der Anteil von Heimkindern an den Versuchspersonen lag innerhalb der Stichprobe bei einem von zehn. Möglicherweise differierte der Anteil der Heimkinder bei den Studien. An der KJP Wunstorf lag der Anteil der Heimkinder in der Tätigkeitsperiode von Heinze jun. bei 25,24 Prozent.<sup>39</sup> Dies deutet auf eine Unterrepräsentation der Heimkinder bei den Versuchspersonen hin. Damit bestätigen sich die anhand der spezifischen Stichprobe zu Heimkindern gewonnenen Ergebnisse<sup>40</sup>, dass diese Gruppe nicht bevorzugt zu Arzneimittelstudien herangezogen wurde. Dass die Heimunterbringung an sich keine erhöhte Wahrscheinlichkeit in sich barg, in psychiatrischen Einrichtungen bevorzugt als Versuchsperson ausgewählt zu werden, legt auch die medizinhistorische Untersuchung zur Klinik Münsterlingen in der Schweiz nahe.<sup>41</sup> Bei zwei der Minderjährigen, die an der KJP Wunstorf an Arzneimittelstudien teilnahmen, waren staatliche Stellen involviert: Eines unterstand der Fürsorgeerziehung und ein anderes stand unter der Vormundschaft eines Jugendamtes. In der Gesamtstichprobe von 250 Kindern unterstanden insgesamt 94 Minderjährige der Fürsorgeerziehung, der Freiwilligen Erziehungshilfe oder standen unter Vormundschaft. Auch dieser Faktor spielte demnach bei der Auswahl von Versuchspersonen keine Rolle.

Allerdings war, wie in Kapitel 3.2 dargestellt werden wird, der Anteil der Heimkinder unter den an der KJP Wunstorf aufgenommenen Minderjährigen vor 1961 deutlich höher als an der KJP Königslutter.<sup>42</sup> Es ist davon auszugehen, dass diese Unterschiede auch nach 1961 nicht nivelliert wurden. Vor diesem Hintergrund kann geschlussfolgert werden, dass auch dann, wenn Heimkinder nicht bevorzugt zu Arzneimittelstudien ausgewählt wurden, die Entscheidung staatlicher Stellen, ob ein Kind in der KJP Wunstorf oder in der KJP Königslutter begutachtet wurde, die Wahrscheinlichkeit beeinflusste, in eine Arzneimittlestudie eingeschlossen zu werden. Der hohe Anteil von Heimkindern an der KJP Wunstorf war wiederum einer Präferenz staatlicher Einrichtungen wie dem Landesjugendamt Hannover geschuldet<sup>43</sup>, so dass hier eine, wenngleich indirekte, Einflussnahme staatlicher Stellen auf die

---

<sup>39</sup> Siehe hierzu Kapitel 3.2 Die KJPs in Wunstorf und Königslutter: Gemeinsamkeiten und Differenzen.

<sup>40</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 18.

<sup>41</sup> Meier/König/Tornay (2019), S. 106.

<sup>42</sup> Siehe hierzu Tab. 5.

<sup>43</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 106.

Anzahl der Heimkinder, die Versuchspräparate erhielten oder in Anwendungsstudien integriert waren, zu sehen ist.

In der bisher zur Veröffentlichung gelangten medizinhistorischen Forschung zu Arzneimittelversuchen, die allerdings vor allem die Erwachsenenpsychiatrie in der Schweiz fokussiert, wurden teils weitere Faktoren hervorgehoben, die an einigen Einrichtungen die Wahrscheinlichkeit erhöht haben könnten, Versuchspräparate zu erhalten: Das Geschlecht sowie die Aufenthaltsdauer, bzw. die Schwere der Erkrankung.<sup>44</sup> So erhielten an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, an der Psychiatrischen Klinik Baselland und an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich mehr Frauen als Männer Versuchspräparate, was sich teils durch die entsprechenden Indikationsgebiete, wie beispielsweise Depression oder Schizophrenie erklären lässt, bei denen Frauen überrepräsentiert sind.<sup>45</sup> Darüber hinaus wird davon ausgegangen, dass Frauen in der stationären Psychiatrie stärker als Männer medikamentös behandelt wurden.<sup>46</sup> Bei den in der Stichprobe der KJP Wunstorf identifizierten Versuchspersonen handelt es sich um vier Jungen und sechs Mädchen. Trotz dieser geringen Fallzahlen erstaunt das Ergebnis, da die Jungen unter den aufgenommenen Minderjährigen mit knapp 70 Prozent klar überwogen. Eine solche Verteilung war typisch für Kinder- und Jugendpsychiatrien.<sup>47</sup> Der Vertrauensbereich (95 Prozent) des Anteils der Mädchen (60 Prozent) bei den durchgeführten Arzneimittelstudien umfasst den Bereich von drei bis neun. Es erscheint also durchaus möglich, dass an der KJP Wunstorf Mädchen und junge Frauen bei Arzneimittelversuchen überrepräsentiert waren. Dies wurde von Heinze jun. bei der Prüfung von Vesparax mite auch explizit hervorgehoben.<sup>48</sup> Im Unterschied zur Erwachsenenpsychiatrie existierte an der KJP Wunstorf bis auf die Prüfung zu dem Antidepressivum Insidon<sup>49</sup> jedoch keine Prävalenz aufgrund der Diagnosen. Ein abschließendes Urteil, ob Mädchen gefährdeter waren, Versuchspräparate zu erhalten oder in Anwendungsstudien eingeschlossen zu werden, kann aufgrund der kleinen Fallzahlen jedoch nicht getroffen werden. Weiterer Aufschluss zu dieser Frage kann erst durch den Vergleich mit anderen kinderpsychiatrischen Einrichtungen erlangt werden.

---

<sup>44</sup> Siehe zu letzterem Meier/König/Tornay (2019), S. 104; Rietmann/German/Condrau (2018), S. 228.

<sup>45</sup> German (2017), S. 46; Lienhard/Condrau (2019), S. 21; Rietmann/German/Condrau (2018), S. 213.

<sup>46</sup> Rietmann/German/Condrau (2018), S. 213.

<sup>47</sup> Siehe beispielhaft Hähner-Rombach (2017), S. 322f.

<sup>48</sup> Heinze (Vesparax mite), S. 1544.

<sup>49</sup> Allerdings überwogen bei der Anwendung von Insidon bei Verhaltensauffälligkeiten in vielen Fällen erneut die Jungen. Siehe hierzu Kapitel 4.2 G 33040: Ausweitung des Indikationsbereichs eines Antidepressivums.

Die Aufenthaltsdauer der Kinder und Jugendlichen, die Versuchspräparate erhielten oder in Anwendungsstudien eingeschlossen waren, bewegte sich bis auf einen Fall innerhalb der für KJPs typischen Beobachtungszeit von ca. sechs Wochen. Es ist also, betrachtet man die Gesamtheit aller Arzneimittelstudien, weder davon auszugehen, dass die Teilnahme an Versuchen die Aufenthaltsdauer verlängerte, noch, dass solche Kinder, die aus anderen Gründen besonders lange an der KJP Wunstorf waren, bevorzugt für Studien herangezogen wurden.

Der Medizinhistoriker Urs German kommt in seiner Untersuchung zur Psychiatrischen Universitätsklinik Basel zu dem Ergebnis, dass Pharmaunternehmen bei der Auswahl potentieller Prüfkliniken solche Einrichtungen bevorzugten, deren Krankengut möglichst genau mit den Indikationen der Versuchspräparate übereinstimmte.<sup>50</sup> Vor dieser Prämisse wird nachvollziehbar, warum zumindest ab den 1960er Jahren auch an der KJP Wunstorf mit der möglichen Ausnahme des Geschlechts, keine spezifischen sozialen Gruppen bevorzugt in Arzneimittelstudien eingeschlossen wurden.<sup>51</sup> Nach Rietmann/German/Condrau, die die Durchführung von Arzneimittelstudien an der Psychiatrie Baselland untersuchten, hatte sich die Auswahl von Versuchspersonen nach bestimmten Indikationen erst in den 1960er Jahren herausgebildet, während in den 1950er Jahren Arzneistoffe noch für ein breites Indikationsgebiet geprüft worden seien.<sup>52</sup> Ob jedoch in den 1950er Jahren Minderjährige an der KJP Wunstorf nach weiteren Kriterien für Arzneimittelstudien rekrutiert wurden, lässt sich anhand der Quellenlage nicht überprüfen.

## 2.2 Einordnung der Ergebnisse im Vergleich mit weiteren (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen

Im Unterschied zu den Ergebnissen zur KJP Wunstorf konnten in den aus Krankenakten der KJP Königslutter und der Universitäts-Psychiatrie Göttingen gezogenen repräsentativen Stichproben keine Arzneimittelstudien entsprechend der oben genannten Kriterien identifiziert werden.<sup>53</sup> Hierbei muss jedoch in Erinnerung gerufen werden, dass der Überlieferungszeitraum der Krankenakten aus diesen Einrichtungen im Vergleich zur Wunstorfer Klinik deutlich kleiner ist. Aus der Universitäts-Psychiatrie Göttingen konnten aus dem für die Entwicklung

---

<sup>50</sup> German (2017), S. 60; Rietmann/German/Condrau (2018), S. 230.

<sup>51</sup> German (2017), S. 4; Rietmann/German/Condrau (2018), S. 236.

<sup>52</sup> Rietmann/German/Condrau (2018), S. 237.

<sup>53</sup> Dieser Befund lässt keine Aussagen zu Anwendungsstudien zu, zu denen keine Publikationen existierten, sowie mit Versuchspräparaten, die nicht durch ein Kürzel gekennzeichnet waren, sondern beispielsweise mit dem Stoffnamen in der Arzneimittelkurve eingetragen waren. Solche Studien wären nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand zu identifizieren gewesen.

der Neuroleptika wichtigen Zeitraum, ab den 1950er Jahren, nur wenige Krankenakten berücksichtigt werden. Dass an der Universitäts-Psychiatrie Göttingen, aber auch an der Kinderklinik durchaus Arzneimittelstudien an Kinder durchgeführt wurden, heben zeitgenössische Fachpublikationen aus den 1960er und 1970er Jahren hervor.<sup>54</sup> Für die KJP Königslutter gilt, dass durch die vorangegangenen Recherchen in Firmenarchiven und in Fachpublikationen eine im Vergleich zur KJP Wunstorf geringere Anzahl von durchgeführten Arzneimittelstudien recherchiert wurde.<sup>55</sup> Daraus kann geschlussfolgert werden, dass der KJP Wunstorf zumindest im Vergleich zur KJP Königslutter eine bedeutendere Rolle bei der Durchführung von Arzneimittelstudien mit Kindern und Jugendlichen zukam.

Die Sekundärliteratur erlaubt es zudem, erste Vergleiche mit der Durchführung von Arzneimittelstudien in KJP's in anderen Bundesländern zu ziehen. Da zeitnah weitere medizinhistorische Forschungsprojekte zu diesen Einrichtungen abgeschlossen werden, müssen diese Betrachtungen jedoch vorläufig bleiben. Zu betonen ist ferner, dass die KJP's durchaus unterschiedliche therapeutische Schwerpunkte haben konnten und in der Zusammensetzung der Patientinnen und Patienten differierten.<sup>56</sup>

An der KJP Gütersloh und der KJP Weissenau im Rheinland wurden zwischen 1952 und 1957 insgesamt neun Versuchspräparate aufgefunden: Vier Fälle wurden in Krankenakten der KJP Gütersloh, fünf in der Überlieferung der KJP Weissenau identifiziert. In einem Fall wurde mit dem Muskelrelaxans F156, ein Arzneistoff erprobt, zu dem an der Klinik in Königslutter ebenfalls Versuche durchgeführt wurden.<sup>57</sup> Über die weiteren an den beiden rheinischen KJPs erprobten Arzneistoffe geben die Autorinnen des medizinhistorischen Artikels keine Auskunft.<sup>58</sup>

In der KJP Hesterberg in Schleswig fanden nach Wagner von Mitte der 1950er bis Mitte der 1960er Jahre ebenfalls Arzneimittelprüfungen statt. Die von Wagner untersuchten Fachpublikationen berichten zumeist nach der Markteinführung über solche Prüfungen. Kurz nach Markteinführung wurde 1954 das Neuroleptikum Megaphen auf seine Wirkung zur „Harmonisierung der Psyche“<sup>59</sup> und zur Leistungssteigerung geprüft. Wagner hebt hervor, dass

---

<sup>54</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 32f.

<sup>55</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 34.

<sup>56</sup> Siehe zur Institutionsgeschichte von Kinderbeobachtungsstationen im deutschsprachigen Raum Hähner-Rombach (2017), S. 313-320.

<sup>57</sup> Der Hinweis auf den Arzneistoff fand sich in der Akte einer Jugendlichen. Er wurde kurz nach Erreichen der Volljährigkeit verabreicht. Siehe hierzu: Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 34.

<sup>58</sup> Kaufung/Holtmann/Boege (2019), S. 7.

<sup>59</sup> Kiesow/Jacobs (1956), S. 2, nach Wagner (2019), S. 66.

keine medizinische Indikation angegeben war, sondern die Versuche aufgrund „verzweifelte[r] Notrufe aus den Reihen der Lehrerschaft“<sup>60</sup> erfolgt seien. 1966 erschien eine Publikation zum Neuroleptikum Aolept.<sup>61</sup> In den Veröffentlichungen ist auch erwähnt, dass Pharmaunternehmen weitere Präparate zur Verfügung stellten, ohne dass explizit Versuche beschrieben werden.<sup>62</sup> Die Arzneistoffe wurden zumeist an Kindern mit geistigen Behinderungen durchgeführt, die als verhaltensauffällig klassifiziert waren. Ferner erschien 1969 auch eine Publikation zur Erprobung von Encephabol in der KJP Hesterberg.<sup>63</sup> An allen Studien war der Mediziner Rolf Jacobs beteiligt, bzw. führte sie i. d. R. allein durch. Dies lässt auf ein hohes Maß an Eigeninitiative schließen.

An der KJP des Rheinischen Landeskrankenhauses (LKH) Düsseldorf lassen sich Belege für die Durchführung von Arzneimittelstudien in den 1970er Jahren finden. Das Depotneuroleptikum Penfluridol wurde hier 1971 vor der Markteinführung getestet.<sup>64</sup> Ein weiterer Medikamentenversuch aus den 1970er Jahren wird von Silke Fehleemann und Frank Sparing beschrieben. An der Rheinischen Landesklinik für Jugendpsychiatrie Viersen wurde, wie eine Fachpublikation aus dem Jahr 1972 anzeigt, das seit 1961 auf dem Markt befindliche Neuroleptikum Dipiperon an „30 überwiegend hirngeschädigten und milieugeschädigten Kindern zwischen 12 und 14 Jahren“<sup>65</sup> geprüft. Von Interesse ist hierbei, dass noch zehn Jahre nach der Markteinführung das Medikament mit der Frage nach der Wirksamkeit bei Verhaltensstörungen geprüft und dabei „eine dämpfende und aggressionsmindernde Wirkung“<sup>66</sup> beschrieben wurde. Dies verweist darauf, dass Medikamentenversuche auch in den 1970er Jahren an Kinder- und Jugendpsychiatrien angesiedelt waren. Nun standen aber neben Kindern und Jugendlichen, bei denen eine Hirnschädigung diagnostiziert worden war, offenbar zunehmend auch ‚milieugeschädigte‘ Kinder im Fokus. Diese Diagnose wurde jedoch an der KJP Wunstorf Anfang der 1970er Jahre kaum vergeben.

Möglicherweise lassen weitere medizinhistorische Untersuchungen erkennen, ob sich der Kreis der Kinder, an denen in der Bundesrepublik Psychopharmaka getestet wurden, als doppelte Bewegung beschreiben lässt: Beginnend mit den 1940er und frühen 1950er Jahren, als ein breiter Indikationsbereich geprüft wurde, einer Verengung des Indikationsbereiches in den

---

<sup>60</sup> Kiesow/Jacobs (1956), S. 2, nach Wagner (2019), S. 66. Einfügung durch Christine Hartig.

<sup>61</sup> Wagner (2019), S. 72.

<sup>62</sup> Wagner (2019), S. 71.

<sup>63</sup> Wagner (2019), S. 52.

<sup>64</sup> Wagner (2019), S. 98f.

<sup>65</sup> Fehleemann/Sparing (2017), S. 163. Siehe auch: Wagner (2016), S. 91ff; Wagner (2019), S. 61-64.

<sup>66</sup> Auhagen/Breede (1972), S. 532, zitiert nach: Wagner (2019), S. 63.

1960er Jahren auf vorwiegend hirnorganisch begründete Verhaltensstörungen (was zugleich zu einer Ausweitung der Indikationsbereiche der getesteten Arzneistoffe führte) und einer erneuten Erweiterung des Indikationsbereiches ab der zweiten Hälfte der 1960er Jahre, die Arzneistoffe gegen kindliche Depressionen und milieubedingte Verhaltensauffälligkeiten mit einschlossen.

Die Versuche an der KJP Wunstorf gliedern sich demnach in eine breitere Entwicklung ein, in der das leitende medizinische Personal der oft in der jungen Bundesrepublik neugegründeten kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen der Durchführung von Arzneimittelstudien aufgeschlossen gegenüberstand. Nur selten schienen sich die leitenden Ärztinnen und Ärzte den Wünschen der Pharmaunternehmen verschlossen zu haben. In mindestens einem Fall wurde jedoch, wie die Forschungen des Projekts ‚Leid und Unrecht‘<sup>67</sup> zeigen, der Durchführung von Arzneimittelstudien an Minderjährigen Grenzen gesetzt. So hielt ein Klinikleiter in den 1950er Jahren fest, dass seine Klinik „nicht zu einer Versuchsanstalt für die pharmazeutische Industrie“ werden dürfe<sup>68</sup> und beschloss eine vorläufige Einstellung aller Medikamententests.

Für die Wunstorfer KJP lässt sich demgegenüber festhalten, dass neben dem hohen Interesse der Pharmaindustrie, die neuentwickelten Arzneistoffe aus dem Feld der Vitaminderivate, Neuroleptika, Bromverbindungen und Antidepressiva an Kindern und Jugendlichen zu testen, auch ein besonderes Interesse von Heinze jun. und Heinze sen. existiert hat, solche Studien an ihrer Einrichtung durchzuführen. Es lässt sich schlussfolgern, dass diese beiden Interessenslagen, die der Pharmaindustrie und das Engagement von Heinze sen. und Heinze jun., in den späten 1950er und den 1960er Jahren eine herausragende Stellung der KJP Wunstorf als Versuchsklinik in Niedersachsen begründete.

Im Rahmen des Projektes konnten mit Ausnahme des Linerhaus in Altencelle<sup>69</sup> keine Aktenbestände aus Fürsorgeheimen analysiert werden, die über eine vergleichbar gute medizinische Betreuung verfügten wie die Kinder- und Jugendpsychiatrien. Eine solche medizinische Betreuung durch heimeigene Psychiaterinnen und Psychiater oder durch das medizinische Personal einer naheliegenden Klinik, eine städtische Lage sowie eine gewisse Größe erscheinen nach dem bisherigen Forschungsstand als Grundkonstanten für solche Heime, in denen Arzneimittelstudien durchgeführt wurden.<sup>70</sup> Für einige Einrichtungen, die diesen Kriterien entsprachen, wurden die Heimakten nicht überliefert oder es fehlt die medizinische

---

<sup>67</sup> Aufarbeitung (o. D.).

<sup>68</sup> Fangerau (2019), S. 11.

<sup>69</sup> Siehe hierzu Kap. 4.3.2.

<sup>70</sup> Siehe auch Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 36f.

Dokumentation.<sup>71</sup> Im Fall der Diakonie Himmelsthür existiert zwar eine entsprechende Überlieferung, jedoch verwehrt diese Einrichtung den Aktenzugang mit der Begründung, ansonsten die Persönlichkeitsrechte von Betroffenen zu verletzen. Entsprechende Bedenken wurden ansonsten lediglich durch das Waisenhaus St. Johann in Osnabrück und das Kinderheim Marienhof, Oldenburg geäußert.<sup>72</sup> Alle anderen kontaktierten Einrichtungen kooperierten mit dem Forschungsprojekt und unterstützten es mit teilweise erheblichem personellem Aufwand.

### 3. Pneumenzephalographien

Im Folgenden sollen die bisherigen Erkenntnisse über die Indikationsbereiche sowie über die Einhaltung von zeitgenössischen Normen beim Einsatz von Pneumenzephalographien in (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen des Landes Niedersachsen vertieft werden.<sup>73</sup> Hierzu erfolgte eine quantitative Auswertung der Stichproben aus den Krankenakten der KJP Wunstorf, der KJP Königslutter und der Universitäts-Psychiatrie Göttingen.<sup>74</sup> Es wurden somit die beiden KJPs als strukturell ähnliche Einrichtungen zur Beobachtung von verhaltensauffälligen Kindern mit einer Universitätsklinik verglichen. Ein solches vergleichendes Vorgehen hebt Exemplarisches und Spezifisches der untersuchten Einrichtungen deutlich hervor. Da die Laufzeiten der Akten aus den drei Kliniken differierte, ab Anfang der 1960er Jahre liegt lediglich zu der KJP Wunstorf eine dichte Überlieferung vor, werden ferner Einflüsse der relevanten gesetzlichen Rahmenbedingungen sowie von administrativen Präferenzen des Landesjugendamtes und innerinstitutionelle Entwicklungen an den beiden KJPs herausgearbeitet. Dies ist insofern von Bedeutung, da an der KJP Wunstorf der Anteil der durchgeführten Pneumenzephalographien beständig stieg. Parallel dazu erhöhte sich der Anteil der Kinder und Jugendlichen, bei denen eine frühkindliche Hirnschädigung diagnostiziert wurde. In diesem Abschnitt wird daher auch analysiert, ob spezifische Interessenskonstellationen im Feld der Jugendfürsorge existierten, die eine solche Entwicklung begünstigten. Damit wird der Blick über die Klinikärztinnen und -ärzte hinaus auch auf das Personal von Schulen, Heimen, Erziehungsberatungsstellen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und auf deren Entscheidungsmöglichkeiten und Interessen gelenkt. Zu fragen ist ferner, ob eine ähnliche Entwicklung auch für die KJP Königslutter angenommen werden muss.

---

<sup>71</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), Anhang 4.

<sup>72</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), Anhang 4.

<sup>73</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 103-113.

<sup>74</sup> Siehe hierzu Kapitel 1: Datenaufnahme.



Abschließend wird beispielhaft dargestellt, welche Folgen eine solche Interessenskonstellation für das weitere Leben der betroffenen Kinder und Jugendlichen haben konnte.

### 3.1 Indikation

Tabelle drei gibt einen Überblick zur Anzahl der durchgeführten Pneumenzephalographien sowie über den Anteil jener Diagnosen, bei denen diese Untersuchungsmethode eine Rolle spielte. Für die KJP Wunstorf wurde erneut grob zwischen den Tätigkeitsperioden von Hans Heinze sen., Hans Heinze jun. und von Clarita Dames unterschieden.<sup>75</sup> Die Kopfzeile gibt zunächst Auskunft über die differierenden Laufzeiten der Akten und die Grundgesamtheit der analysierten Fälle (Spalte 1). Bei einem Vergleich zwischen den Einrichtungen sind aufgrund der differierenden Grundeinheiten daher die Prozentwerte relevant. Die weiteren Spalten sollen Rückschlüsse auf die Indikationsgebiete für Pneumenzephalographien (PEG's) und die Diagnosevergabe an den einzelnen Einrichtungen ermöglichen. Dafür ist auch von Interesse, wie häufig im Vorfeld einer Einweisung der Verdacht einer hirnrorganischen Erkrankung durch die einweisenden Instanzen geäußert wurde (Spalte 2). Zu den einweisenden Instanzen gehörten nicht allein das Personal in Heimen und Erziehungsberatungsstellen, da es ebenso wie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte eine Begutachtung über die Erziehungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen anregte, sondern auch Schulen, die häufig den Besuch einer Beratungsstelle nahelegten. Durch die Berücksichtigung der einweisenden Instanzen, die ja die Wahl zwischen verschiedenen Begutachtungsorten besaßen, erlaubt die Tabelle ferner Aussagen über die Stellung der jeweiligen Klinik im weiteren Feld der Jugendfürsorge. Unter hirnrorganischen Erkrankungen werden hier sowohl Epilepsie, Hydrocephalus und das Auftreten eines Tumors auf der einen Seite als auch frühkindliche Hirnschädigungen auf der anderen Seite gezählt. Darüber hinaus zeigt die Tabelle, wie häufig Pneumenzephalographien durchgeführt wurden (Spalte 3). Klassischerweise wurden Pneumenzephalographien zur Diagnostik von Epilepsie, Hydrocephalus und bei Tumorverdacht eingesetzt (Spalte 4). Schon seit den 1920er Jahren galten sie aber auch als Diagnoseinstrument zur Beurteilung der Erziehungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen. Seit den 1950er Jahren gelangten Pneumenzephalographien vermehrt für die Diagnose frühkindlicher Hirnschädigungen zur Anwendung (Spalte 5).<sup>76</sup> Dies ist vor dem Hintergrund zu erklären, dass zeitgenössisch

---

<sup>75</sup> Die Tätigkeitsperioden von Heinze sen. und Heinze jun. gingen nicht nahtlos ineinander über. Daher wurde hier das Jahresende als Zäsur gewählt.

<sup>76</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 103f; Roelcke (2019), S. 3.

Verhaltensauffälligkeiten, Leistungsstörungen, eine verzögerte Entwicklung und Krampfanfälle als einschlägige Symptome für eine frühkindliche Hirnschädigung galten.<sup>77</sup>

	Spalte 1	Spalte 2	Spalte 3	Spalte 4	Spalte 5
	Fälle/ Aktenlaufzeit	Verdacht hirnorg. Schaden	Pneumenzephalographien (PEG)	Epilepsie Hydrocephalus Tumor <sup>78</sup>	Frühkindliche Hirnschädigung
KJP Wunstorf (Heinze sen.)	98 1953-1961	37 <sup>79</sup> 37,75%	16 <sup>80</sup> 16,33%	2 2,04%	13 13,27%
KJP Wunstorf (Heinze jun.)	103 1962-März 1969	64 <sup>81</sup> 61,34%	70 67,96%	8 7,77%	29 28,16%
KJP Wunstorf (Dames)	50 April 1969-1975	35 <sup>82</sup> 70,00%	34 68,00%	4 8,00%	27 54,00%
KJP Königslutter	200 1945-1961	78 39,00%	75 37%	8 4,00%	37 18,00%
Uni-Psychiatrie Göttingen	160 1946-1955	73 45,60%	71 44,30%	48 <sup>83</sup> 30,00%	3 <sup>84</sup> 1,88%

Tab. 3: Verteilung (Verdachts-)Diagnosen und PEGs auf untersuchte Kliniken.

Ein Blick auf die Tabelle zeigt, dass bis in die 1950er Jahre hinein frühkindliche Hirnschädigungen mit unter 15 Prozent der Gesamtdiagnosen an allen drei Kliniken keine herausragende Rolle spielten, an der Universitäts-Psychiatrie Göttingen war diese Diagnose mit knapp zwei Prozent sogar zu vernachlässigen. Zudem wird die unterschiedliche Spezialisierung der beiden Kliniktypen (KJPs auf der einen und Universitäts-Psychiatrie auf der anderen Seite) erkennbar. Während an der Universitäts-Psychiatrie Göttingen vor allem Minderjährige mit den klassischen Indikationsgebieten der Pneumenzephalographie (Epilepsie, Hydrocephalus, Tumorverdacht) zur Aufnahme kamen, waren diese Diagnosen an den KJPs kaum vertreten. Diese Differenz erklärt sich auch aus dem spezifischen Aufgabengebiet der KJPs, nämlich der Begutachtung von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen, sowie von Minderjährigen

<sup>77</sup> Neuhäuser (1972), S. 324.

<sup>78</sup> Berücksichtigt wurde die erste von eventuell mehreren Diagnosen.

<sup>79</sup> In fünf Fällen war keine Aussage möglich.

<sup>80</sup> In drei Fällen war keine Aussage möglich.

<sup>81</sup> In acht Fällen war keine Aussage möglich.

<sup>82</sup> In neun Fällen ist keine Aussage möglich.

<sup>83</sup> In einem Fall ist keine Aussage möglich.

<sup>84</sup> In einem Fall ist keine Aussage möglich.

mit neurologischen oder psychiatrischen Erkrankungen.<sup>85</sup> Möglicherweise werden die Differenzen aufgrund der unterschiedlichen Überlieferungsdauer der Akten aus den einzelnen Einrichtungen etwas zu stark hervorgehoben. Ein Vergleich mit der Kinderbeobachtungsstation der Bremer Nervenlinik zeigt, dass dort ein Zuwachs der Diagnose frühkindliche Hirnschädigungen erst seit Mitte der 1950er Jahre dokumentiert ist.<sup>86</sup> Aus dieser Zeit liegen aus der Universitäts-Psychiatrie Göttingen keine Krankenakten mehr vor. Es ist somit keine Aussage zur weiteren Entwicklung an der Universitäts-Psychiatrie Göttingen möglich. Interessanterweise war jedoch in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre eine Studie zu dem bereits auf dem Markt befindlichen Encephabol an der Universitäts-Kinderklinik angesiedelt, die die Wirkung von Encephabol bei hirngeschädigten und autistischen Kindern untersuchte.<sup>87</sup> Zieht man die Unterschiede bei den Diagnosen Epilepsie, Hydrocephalus und Tumor-Verdacht zwischen der Universitäts-Psychiatrie und den KJPs heran, so tritt also die Spezifik der Universitäts-Psychiatrie deutlich hervor. Die folgende Tabelle vier lässt zudem erkennen, dass der hohe Anteil, der an der KJP Wunstorf durchgeführten Pneumenzephalographien auf den Anstieg der (Verdachts-)Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung zurückzuführen ist.

Die Tabelle verdeutlicht ferner, dass Heimkinder, die innerhalb der Patientinnen und Patienten an der KJP eine besonders vulnerable Gruppe darstellten, weder an der KJP Wunstorf noch an der KJP Königslutter überdurchschnittlich häufig von der Anwendung dieses Diagnoseinstrumentes betroffen waren. An der Universitäts-Psychiatrie Göttingen lag der Anteil der Heimkinder unter zwei Prozent, so dass hier keine weiteren Berechnungen erfolgten.

	Fälle/ Aktenlaufzeit	Heimkinder	PEG Gesamtfälle pro	PEG Heimkindern bei
KJP Wunstorf (Heinze sen.)	98 1953-1961	31 31,63%	16 16,33%	2 von 31 6,4% <sup>5</sup>
KJP Wunstorf (Heinze jun.)	103 1962-März 1969	25 24,27%	70 67,96%	17 von 25 68,00%
KJP Wunstorf (Dames)	50 April 1969-1975	15 30,00%	34 68,00%	9 von 15 60,00%

<sup>85</sup> Siehe hierzu das Informationsschreiben des Niedersächsischen Landessozialamtes anlässlich der Eröffnung der KJP, 2.5.1954. Eine Kopie des Dokumentes wurde mir freundlicherweise von Heiner Wittrock zur Verfügung gestellt.

<sup>86</sup> Engelbracht (2020), S. 33.

<sup>87</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 39.

KJP Königslutter	200	28	75	10 von 28
	1945-1961	14,00%	37,00%	35,00%

Tab. 4: Anteil Heimkinder bei Pneumenzephalographien<sup>88</sup>. PEG = Pneumenzephalographie

Die Analyse der Indikationsgebiete und der Häufigkeit der Durchführung von Pneumenzephalographien zeigt, dass dieses Diagnoseinstrument spätestens ab den 1960er Jahren in den untersuchten Einrichtungen als Standardverfahren bei Verdacht auf Epilepsie, Hydrocephalus und Tumorverdacht, aber auch bei Verdacht auf eine frühkindliche Hirnschädigung eingesetzt wurde. Dies hebt insbesondere der in Tabelle drei dargestellte parallele prozentuale Anstieg der durchgeführten Pneumenzephalographien und der Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung an der KJP Wunstorf im Untersuchungszeitraum hervor. So stieg der Anteil der Fälle, in denen der Verdacht auf eine hirnorganische Schädigung seitens der einweisenden Instanz geäußert wurde von knapp 40 Prozent in den 1950er Jahren auf rund 60 Prozent in den 1960er Jahren und auf rund 70 Prozent in den 1970er Jahren. Eine frühkindliche Hirnschädigung wurde in den 1950er Jahren bei etwas mehr als 10 Prozent der aufgenommenen Kinder diagnostiziert, in den 1960er Jahren bei knapp 30 Prozent und bis Mitte der 1970er Jahre bei etwas mehr als der Hälfte der aufgenommenen Minderjährigen.

Die seit Mitte der 1950er Jahre existierende juristische Diskussion über die Legitimität von Pneumenzephalographien als Standardinstrument bei psychiatrischer Begutachtung hatte demnach keinen Eingang in das Handeln der Wunstorfer Ärztinnen und Ärzte gefunden. Von juristischer Seite wurde eine Abwägung im Einzelfall gefordert.<sup>89</sup> Darüber hinaus lässt sich festhalten, dass die aktuell von Zeitzeuginnen und Zeitzeugen berichtete hohe Zahl von Pneumenzephalographien an der KJP Wunstorf im Zusammenhang der Diagnostik frühkindlicher Hirnerkrankungen zu erklären ist. Auf die Durchführung von Pneumenzephalographien im Rahmen von Versuchen konnten hingegen keine Hinweise gefunden werden. Ferner wurde bei der Anwendung des Verfahrens nicht zwischen Heimkindern und anderen Patientinnen und Patienten unterschieden.

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, welche Konstellationen der für die KJP Wunstorf dokumentierte enorme Anstieg der Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung begünstigt hatten und ob die KJP Wunstorf diesbezüglich eine Sonderstellung einnahm.

<sup>88</sup> Sieh auch die Anmerkungen in Tab. 3 zu den einzelnen Werten.

<sup>89</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 109f.

### 3.2 Die KJPs in Wunstorf und Königslutter: Gemeinsamkeiten und Differenzen

Aufgrund der unterschiedlichen Überlieferungszeiten der Krankenakten aus den beiden KJPs liegen für die 1960er bis Mitte der 1970er Jahre nur Daten zur KJP Wunstorf vor. Die Frage, ob sich beide Einrichtungen in den 1960er Jahren in gleicher Weise veränderten, also davon auszugehen ist, dass auch an der KJP Königslutter die Diagnose frühkindlicher Hirnschädigungen zunahm, kann auf dieser Datengrundlage nicht geklärt werden. Daher soll zunächst der Frage nachgegangen werden, ob die beiden Einrichtungen eher Gemeinsamkeiten aufwiesen oder differierten. Hierzu werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen, administrative Präferenzen innerhalb des Fürsorgesystems des Landes und die innerinstitutionellen Entwicklungen in den beiden KJPs schlaglichtartig beleuchtet.

Anfang der 1960er Jahre, als die Überlieferung der KJP Königslutter endete, kam es hinsichtlich der rechtlichen Bestimmungen zu zwei zentralen Veränderungen. Das Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG) wurde 1961 revidiert. Die Veränderungen traten 1962 in Kraft. Voraussetzung für eine Förderung im Rahmen der Jugendfürsorge war die Erziehungsfähigkeit einer oder eines Minderjährigen. Durch die Neuregelung wurden die Gründe, warum Minderjährige von der Jugendfürsorge ausgeschlossen werden konnten, auf medizinische Ursachen beschränkt. Ab 1963 mussten in Niedersachsen Heime bei Verdacht, dass Kinder nicht erziehungsfähig sind, das Landesjugendamt benachrichtigen, das wiederum eine psychiatrische Begutachtung anordnete.<sup>90</sup> Diese Neuregelungen betrafen beide KJPs gleichermaßen. Von Interesse ist aber auch, dass das Landesjugendamt Hannover die KJP Wunstorf bevorzugte. Ausschlaggebend für diese Präferenz war, dass die KJP Wunstorf in ihren Gutachten in der Regel auch Vorschläge zur weiteren Unterbringung der Minderjährigen unterbreitete und so die Arbeit des Landesjugendamtes erleichterte.<sup>91</sup>

Innerinstitutionell sind ebenfalls Unterschiede zwischen den beiden Einrichtungen zu erkennen. An der KJP Königslutter gewährleistete Fritz Held, der die Einrichtung von 1950-1968 zunächst als Oberarzt und dann als Leiter prägte, eine große personelle Kontinuität.<sup>92</sup> In Wunstorf kam es Anfang der 1960er Jahre zu zwei wichtigen personellen Veränderungen. Clarita Dames trat 1960 die Nachfolge von Hans Heinze sen. an, der im Oktober in Pension

---

<sup>90</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 99.

<sup>91</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 106.

<sup>92</sup> Personalakte Fritz Held, NLA, Wo, 4 Nds. Zg. 2011/022, Nr. 102.

gegangen war<sup>93</sup>, und im November 1961 wechselte Hans Heinze jun. von Gießen nach Wunstorf.<sup>94</sup>

Wenige Jahre später galt er dem Landessozialamt als der eigentliche Leiter der KJP.<sup>95</sup> Mit dem personellen Wechsel gingen auch Veränderungen in der medizinischen Begründung psychiatrischer Krankheiten einher. Heinze sen., einer der wichtigsten Protagonisten bei den nationalsozialistischen Krankenmorden an Minderjährigen und Erwachsenen sowie Gutachter für die Anordnung von Zwangssterilisationen, vertrat in seiner Wunstorfer Zeit die Auffassung, Verhaltensauffälligkeiten seien vielfach auf ‚charakterliche Abartigkeit‘ zurückzuführen. Damit verfolgte er auch weiterhin einen degenerationstheoretischen Ansatz.<sup>96</sup> Demgegenüber erklärten Clarita Dames und Hans Heinze jun. deviantes Verhalten anhand eines organischen Erklärungsmodells und führten Verhaltensauffälligkeiten oft auf frühkindliche Hirnschädigungen zurück.<sup>97</sup> Fritz Held unterschied sich von dieser Auffassung insofern, als er der Schwere der Hirnschädigung eine stärkere Bedeutung für die Entwicklungschancen von Kindern zuschrieb und im häufigeren Fall einer leichten Hirnschädigung den Umweltfaktoren eine entscheidende Rolle überantwortete.<sup>98</sup> In den 1970er Jahren, als an der KJP Wunstorf unter Dames bei rund der Hälfte aller aufgenommenen Kinder eine frühkindliche Hirnschädigung diagnostiziert wurde, kritisierte er, dass eine solche Diagnose aus seiner Sicht zu häufig gestellt würde.<sup>99</sup> Diese Beobachtungen lassen sicher nicht auf fundamentale Unterschiede schließen, deuten aber unterschiedliche Gewichtungen bei der Diagnosestellung an.

Bei der Abwägung, ob sich die beiden KJPs ab den 1960er Jahren in ähnlicher Weise entwickelt haben mögen, ist also vor allem das Handeln der einweisenden Instanzen sowie die Entwicklung in der Diagnosebildung von Interesse, wie sie in der folgenden Tabelle fünf dargestellt sind. Hier sind zusätzlich zu den in Tabelle drei dargestellten Werten auch Angaben integriert, die Auskunft über Anzahl und Anteil von Heimkindern in den einzelnen Einrichtungen geben.

---

<sup>93</sup> Beyer (2018), S. 43.

<sup>94</sup> Personalakte Hans Heinze jun., NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2018/60, Nr. 8.

<sup>95</sup> Schreiben Direktor LKH Wunstorf an Niedersächsisches Sozialamt Hannover vom 13.7.1964, NLA, H, Nd. 330 Wunstorf, Acc. 2019/21 Nr. 2.

<sup>96</sup> Beyer (2018), S. 41.

<sup>97</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 105.

<sup>98</sup> Held (1966), S. 32.

<sup>99</sup> Held (1975), S. 28.

	Fälle/ Aktenlaufzeit (1)	Heimkinder (2)	Von (1) Verdacht auf hirnorg. Schaden	Frühkindl. Hirnschädigung
KJP Wunstorf (Heinze sen.)	98 1953-1961	31 31,63%	37 37,75%	13 13,27%
KJP Wunstorf (Heinze jun.)	103 1962-März 1969	25 24,27%	64 61,34%	29 28,16%
KJP Wunstorf (Dames)	50 April 1969-1975	15 30,00%	35 70,00%	27 54,00%
KJP Königslutter	200 1945-1961	28 14,00%	78 39,00%	37 18,00%

Tab. 5: KJPs: Einweisende Instanzen und Diagnosebildung<sup>100</sup>

An beiden KJPs wurde bis Anfang der 1960er Jahre in vergleichbarer Häufigkeit bei der Einweisung eines Kindes der Verdacht auf eine frühkindliche Hirnschädigung geäußert (37,75 bzw. 39,00 Prozent). Wie oben dargestellt, wurde eine solche ‚Verdachtsdiagnose‘ nicht allein von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten gestellt, sondern auch durch Erziehungsberatungsstellen. Ferner wandten sich Schulen bei auffälligen Kindern an das Landesjugendamt oder an Erziehungsberatungsstellen. Für beide KJPs lag der Anteil der Fälle, bei denen im Vorfeld der Verdacht auf eine frühkindliche Hirnschädigung geäußert wurde, bei rund einem Drittel. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die oben genannten einweisenden Instanzen zu diesem Zeitpunkt keine besondere Präferenz für eine der beiden KJP’s besaßen. Es ist vielmehr anzunehmen, dass bei der Entscheidung für eine der Einrichtungen regionale Aspekte eine Rolle spielten, so gehörte die KJP Wunstorf zum Regierungsbezirk Hannover und die KJP Königslutter zum Regierungsbezirk Braunschweig. Auch in diagnostischer Hinsicht existierten in den beiden Einrichtungen, zumindest mit Blick auf das hier fokussierte Krankheitsbild der frühkindlichen Hirnschädigung, bis 1961 kaum Unterschiede: Der Anteil der diagnostizierten frühkindlichen Hirnschädigungen betrug in der KJP Königslutter 18,00 Prozent und in der KJP Wunstorf 13, 27 Prozent.

Anders stellt sich die Verteilung der Heimkinder in beiden Einrichtungen dar. Ihr Anteil überwog von Beginn des Untersuchungszeitraums an in der KJP Wunstorf mit 31,63 Prozent gegenüber der KJP Königslutter mit 14,00 Prozent. Dies unterstreicht, dass die KJP Wunstorf von den niedersächsischen Landesjugendämtern bevorzugt wurde. Zudem begrenzte sich das Einzugsgebiet der KJP Wunstorf nicht auf Niedersachsen. So ist aus Bremen bekannt, dass aus

<sup>100</sup> Siehe auch die Anmerkungen in Tab. 3 zu den einzelnen Werten.

Platzmangel an der dortigen Nervenklinik regelmäßig Kinder an der KJP Wunstorf begutachtet wurden.<sup>101</sup>

Die rechtlichen Veränderungen der Jahre 1961-1963 lassen eine intensivere Begutachtung von als verhaltensauffällig bezeichneten Kindern erwarten. Die Analyse der Wunstorfer Krankenakten zeigt, dass der Anteil der Verdachtsdiagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung an der KJP Wunstorf in den 1960er Jahren auf rund 60 Prozent und ab den 1970er Jahren sogar auf 70 Prozent stieg. Die Einengung der Gründe, Kinder von Leistungen der Jugendwohlfahrt auszuschließen, hat also möglicherweise die Akzeptanz organischer Erklärungsansätze bei den einweisenden Instanzen gefördert. Wie noch gezeigt werden soll, ging mit dieser Verdachtsdiagnose häufig auch der Wunsch der einweisenden Institutionen nach einer medikamentösen Einstellung der Kinder und/oder ihrer Umplatzierung einher.<sup>102</sup> Ob an die KJP Königslutter ähnliche Erwartungen herangetragen wurden, lässt sich aufgrund der fehlenden Aktenüberlieferung nicht entscheiden.

Es erscheint jedoch naheliegend, dass die Veränderungen in der Diagnostik an der KJP Wunstorf auch auf die personellen Wechsel Anfang der 1960er Jahre zurückzuführen sind. Der Anteil der aufgenommenen Kinder und Jugendlichen, bei denen eine frühkindliche Hirnschädigung diagnostiziert wurde, stieg an der KJP Wunstorf von rund 13 Prozent in den 1950er Jahren auf knapp 30 Prozent während der gemeinsamen Tätigkeitszeit von Clarita Dames und Hans Heinze jun. sowie auf über 50 Prozent nach dem Weggang von Heinze jun. im April 1969. Dieser Anstieg lässt sich auf die von Heinze jun. und Dames vertretende Präferenz organischer Erklärungsansätze für auffälliges Verhalten zurückführen, die vom Leiter der KJP Königslutter zumindest rückblickend in den 1970er Jahren kritisiert wurde. Anfang der 1980er Jahre spielte diese Diagnose, betrachtet man die Gesamtzahlen aus den zu diesem Zeitpunkt existierenden niedersächsischen kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen des Landes, kaum noch eine Rolle: Der Anteil nichtpsychotischer Störungen nach Hirnschäden lag bei den bis Fünfzehnjährigen bei 13,8 Prozent bei den fünfzehn- bis zwanzigjährigen Jugendlichen bei 4,8 Prozent.<sup>103</sup> Auch wenn die verglichenen Diagnosen nicht ganz übereinstimmen, ist der Rückgang der Werte signifikant. Der in den 1960er und Anfang der 1970er Jahre hohe Anteil von Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose frühkindliche Hirnschädigung machte die KJP Wunstorf zugleich für Pharmaunternehmen attraktiv, die den Indikationsbereich für existierende Arzneistoffe erweitern oder neue Arzneistoffe für diese

---

<sup>101</sup> Engelbracht (2020), S. 39.

<sup>102</sup> Siehe Kap. 4.1.2.

<sup>103</sup> Heinze (1985), S. 130f.



Indikation auf den Markt bringen wollten. Wenngleich es als wahrscheinlich gelten kann, dass in Bezug auf die Diagnosestellung nicht näher zu quantifizierende Unterschiede zwischen der KJP Wunstorf und der KJP Königslutter existierten, so kann erst der Abschluss weiterer Forschungsprojekte zeigen, wie die beiden KJPs im bundesrepublikanischen Vergleich zu verorten sind.

### 3.3 Beeinflussung kindlicher Lebenswege durch Diagnosebildung

Zwar wurde die Diagnose frühkindliche Hirnschädigung während des Untersuchungszeitraumes an der KJP Wunstorf zunehmend häufiger vergeben und ab spätestens Mitte der 1970er Jahre Kritik an einer solchen Praxis geübt. Es wäre aber ahistorisch, im Einzelfall ein Urteil darüber fällen zu wollen, ob aus damaliger Sicht eine solche Diagnose gerechtfertigt war oder nicht. Dies liegt zum einen an der Zeitgebundenheit der Diagnosebildung. Hierzu gehören die oben dargestellten Erklärungsmodelle über die Entstehung und Behandlung von psychischen Krankheiten sowie die zur Verfügung stehenden Diagnoseverfahren und deren Bewertung. Zudem sind in den Krankenakten nicht alle Beobachtungen zu einer Patientin oder zu einem Patienten enthalten, sondern nur jene, die im zeitgenössischen Kontext notierenswert erschienen. Im Folgenden soll also nicht der Frage nachgegangen werden, ob die vergebenen Diagnosen und die daraus abgeleiteten Behandlungen jeweils im Einzelfall richtig oder falsch waren, sondern rekonstruiert werden, welche Bedingungen ausschlaggebend für den Anstieg dieser Diagnose waren und welche Konsequenzen sie für die betroffenen Minderjährigen implizieren konnten. Auch hier gilt, dass entsprechende Aussagen ab den 1960er Jahren nur für die KJP Wunstorf möglich sind.

Bei Verdacht auf eine frühkindliche Hirnschädigung wurde, wie bereits dargestellt, in der Regel eine Pneumenzephalographie durchgeführt. Diese war für die betroffenen Kinder und Jugendlichen sehr unangenehm und mit einem gesundheitlichen Risiko verbunden.<sup>104</sup> Bestätigte sich der Verdacht, so erhielten die Kinder und Jugendlichen in der Regel, jedoch nicht immer, eine medikamentöse Behandlung, u. a. mit Neuroleptika.<sup>105</sup> Dies war ab den 1960er Jahren in rund der Hälfte aller Diagnosestellungen der Fall. Zur Einhegung der Nebenwirkungen von Neuroleptika erfolgte häufig eine zusätzliche Behandlung mit Antiparkinsonmitteln.<sup>106</sup>

---

<sup>104</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 107.

<sup>105</sup> Siehe hierzu Kapitel 4.1: Ciatyl.

<sup>106</sup> Eigene Berechnungen auf der Basis von Krankenakten der KJP Wunstorf, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087.

Ein weiteres diagnostisches Instrument war das EEG. Wurde auf dieser Grundlage auf eine zusätzliche symptomatische Epilepsie geschlossen, oder konnten „Anfallsäquivalente“ wie „Dämmerattacken“<sup>107</sup> oder „Verstimmungszustände mit plötzlicher Gereiztheit“<sup>108</sup> beobachtet werden, erfolgte zusätzlich die Medikation mit antikonvulsiven Präparaten wie Tegretal. Dies heißt, dass diese Kinder und Jugendlichen Arzneistoffe mit starken Nebenwirkungen oft in Form einer Dauerbehandlung erhielten. Da bei ihnen in der Regel keine genuine Epilepsie diagnostiziert wurde, ist insbesondere die Medikation mit Antikonvulsiva für viele der ehemaligen Kinderpatientinnen und -patienten heute nicht mehr nachvollziehbar.<sup>109</sup> Dass vor diesem Hintergrund die aus Sicht der ehemaligen Kinder und Jugendlichen bestehende Diskrepanz zwischen Diagnose und Medikation mit der Angst einhergehen kann, an Arzneimittelstudien teilgenommen zu haben, erscheint leicht nachvollziehbar. Ab spätestens den 1970er Jahren wurde eine Behandlung mit Antikonvulsiva allein auf Grundlage eines EEGs andernorts strikt abgelehnt.<sup>110</sup>

Ferner gingen die Ergebnisse der verschiedenen diagnostischen Maßnahmen, wie Pneumenzephalographie, EEG, Anamnese, psychologische und neurologische Tests und die Beobachtung der Kinder in die späteren Gutachten über die Minderjährigen ein. Entsprechende Äußerungen wurden in den Krankenakten aber vielfach nicht als Symptome oder Syndrome gekennzeichnet, sondern als Aussagen über vermeintliche Charaktereigenschaften: Die betroffenen Kinder seien ‚klebrig‘ in ihrem Denken, mit ‚bizarre[er] Intelligenzstruktur‘<sup>111</sup>, unfähig, sich auf neue Situationen einzustellen, Bindungen zu anderen Menschen einzugehen, ‚sich einer gemeinsamen Ordnung zu fügen‘<sup>112</sup> und qualifizierte Tätigkeiten auszuüben. Diese Gutachten begleiteten viele Kinder durch ihr weiteres Leben, insbesondere dann, wenn sie im Rahmen der Fürsorgeerziehung oder der Freiwilligen Erziehungshilfe betreut wurden oder in Heimen lebten. Ähnlich wie die Beschreibung von jugendlichen Psychopathinnen und Psychopathen, die als nicht erziehungsfähig galten, wurde auf diese Weise eine spezifische, ‚anormale‘ Persönlichkeit konstruiert. Die Stigmatisierung von Minderjährigen als psychopathische Persönlichkeit beruhte auf der Degenerationstheorie, durch die seit Ende des 19. Jahrhunderts psychiatrische Diskurse an Einfluss in der Kinder- und Jugendfürsorge

---

<sup>107</sup> Bei dem Kind wurde die Diagnose ‚Verdacht auf frühkindliche Hirnschädigung mit Dämmerattacken‘ vergeben, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02735. Hier auch das vorangegangene Zitat.

<sup>108</sup> NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 5948.

<sup>109</sup> Siehe hierzu das Interview mit Manfred Teichmann (Synonym) in Engelbracht (2019), S. 65-72.

<sup>110</sup> Neuhäuser (1972), S. 330.

<sup>111</sup> NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02614.

<sup>112</sup> NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02614.

gewannen.<sup>113</sup> Während die Degenerationstheorie von der Vererbbarkeit sozialen Verhaltens ausging, wurde deviantes Verhalten von Kindern mit frühkindlicher Hirnschädigung nun aber organisch begründet. Diese Diskursverschiebung wird auch von Silke Fehleemann und Frank Sparing hervorgehoben. Sie legen dar, dass der Kinder- und Jugendpsychiater Werner Villinger 1951 den Psychopathiebegriff als „Notbehelf“ kritisierte, zugleich aber konstatierte, dass sich dieser nicht einfach durch den Begriff „Schwererziehbarkeit“ ersetzen lasse, da sich viele der beobachteten „Anomalien“ zeitgenössisch als Folgezustände nach organischen Hirnschädigungen darstellen würden.<sup>114</sup> Den betroffenen Minderjährigen wurde bei beiden Diagnosen (pathologische Persönlichkeit und frühkindliche Hirnschädigung) eine Erziehungsfähigkeit und damit die Grundvoraussetzung für gesellschaftliche Teilhabe abgesprochen. Dies hatte für die betroffenen Kinder und Jugendlichen langfristige Folgen, da die Gutachten Ratschläge zur weiteren Unterbringung, zur Beschulung und zur Ausbildung beinhalteten.

Bezüglich der weiteren Unterbringung der Kinder wurden häufig heilpädagogische Einrichtungen oder Heime der Behindertenhilfe empfohlen, obgleich verhaltensauffällige Kinder mit der Diagnose frühkindliche Hirnschädigungen oft keine schwerwiegenden Intelligenzausfälle zeigten.<sup>115</sup> Dies zeigt eine Anfang der 1970er Jahre durchgeführte Nachuntersuchung von 182 Kindern im Franz Sales Haus in Essen. Sie lässt auf systematische Fehlbelegungen bis Anfang der 1970er Jahre schließen. Obgleich das Franz Sales Haus eine Einrichtung für Kinder mit geistigen Behinderungen war, besaßen entsprechend der Nachuntersuchung rund 30 Prozent der Minderjährigen eine normale Intelligenzstruktur und über 70 Prozent wurden als nicht debil eingeordnet.<sup>116</sup> Es erscheint naheliegend, dass solche Fehlbelegungen bis in die 1970er Jahre hinein ein grundlegendes Problem in der Jugendfürsorgearbeit waren und auf die Gleichsetzung frühkindlicher Hirnschädigungen mit einer ‚anormalen‘ Persönlichkeit von Kindern zurückzuführen ist.

Gerade bei Jugendlichen nahmen Gutachten auch Stellung zu Ausbildungsfragen. Hier wurde zur Beschäftigung mit einfachen Tätigkeiten geraten. Auch diese Empfehlungen konnten langfristige Folgen haben. So bekam ein Junge mit der Diagnose „Perinatale Hirnschädigung“

---

<sup>113</sup> Bergmann (2014), S. 85f.

<sup>114</sup> Fehleemann/Sparing (2017), S. 110.

<sup>115</sup> Siehe hierzu auch: Engelbracht (2019), S. 13.

<sup>116</sup> Wagner (2019), S. 81.

Anfang der 1970er Jahre vom Arbeitsamt, dem das Gutachten über den Jugendlichen vorlag, lediglich Hilfsarbeitertätigkeiten angeboten.<sup>117</sup>

Zusätzlich gilt es, das Ineinandergreifen verschiedener Interessenslagen von Psychiatrie, Kinderheimen, Schulen und Jugendämtern zu betrachten, um den Anstieg der Diagnose frühkindliche Hirnschädigung ab den 1960er Jahren erklären zu können. Kinderpsychiaterinnen und -psychiater konnten durch eine überwiegend organische Begründung von Verhaltensauffälligkeiten ihre disziplinäre Vorherrschaft gegenüber der Pädiatrie und Psychologie behaupten. Gerade gegenüber der Psychologie bestanden tiefe fachliche Gräben und Konkurrenzkämpfe.<sup>118</sup> Heime und Schulen wiederum brachten vor allem solche Kinder zur Aufnahme an die KJP, die in ihrer Einrichtung als ‚nicht tragbar‘ galten, um mit der Diagnose einer hirnorganischen Erkrankung ihre Verlegung in die Wege zu leiten.<sup>119</sup> Während diese Institutionen also ihre eigenen Interessen verfolgten, wurden die ihnen anvertrauten Kinder zu Objekten institutionellen Handelns und in ihren Möglichkeiten, ihren Lebensweg zu gestalten, immer stärker eingeschränkt.

Eine besondere Verantwortung kam den Landesjugendämtern zu, da diese über die Gewährung und Aufhebung von Fürsorgeerziehung und Freiwilliger Erziehungshilfe entschieden. Die von Ärztinnen und Ärzten der KJP Wunstorf vertretende Auffassung, ein frühkindlicher Hirnschaden sei in der Regel mit medizinischer Unerziehbarkeit gleichzusetzen<sup>120</sup>, wurde von den Landessozialämtern dankbar aufgegriffen. Fritz Held, der damalige Leiter der KJP Königslutter, beschrieb 1966 die Situation der Landesjugendämter wie folgt. Die durch das JWG von 1961 vorgenommene Einschränkung der Möglichkeiten, Minderjährige aus Jugendfürsorgeheimen aufgrund einer fehlenden Erfolgsaussicht zu entlassen und die Pflicht, in solchen Fällen eine Folgebetreuung gewährleisten zu müssen, habe die Landesjugendämter immer wieder vor Probleme gestellt. Entsprechende Unterbringungsmöglichkeiten für Minderjährige, bei denen Verhaltensauffälligkeiten auf organische Ursachen zurückgeführt wurden, existierten zeitgenössisch kaum. Wurde bei einem Kind oder Jugendlichen eine frühkindliche Hirnschädigung festgestellt, wurde oft kein Heim gefunden, das dieses Kind aufnehmen wollte. Daher „blockierten“<sup>121</sup> diese Minderjährigen aus Sicht der

---

<sup>117</sup> Schreiben der Mutter an KJP Wunstorf, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 NR. 04080.

<sup>118</sup> Siehe hierzu Castell (2008), S. 13.

<sup>119</sup> Siehe hierzu Kapitel 4.1 Ciatyl.

<sup>120</sup> Siehe beispielhaft ein Schreiben der KJP an das Landessozialamt Hannover, 25.11.1964: „Auf Grund der hirnorganischen Störung liegt eine ‚medizinische Unerziehbarkeit.‘ Junge wurde 1966 entmündigt und betrieb seit 1967 seine ‚Bemündigung‘. NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 00544, Nr. 01089.

<sup>121</sup> Held (1966), S. 79.

Landesjugendämter die Fürsorgeheime. Davor, so Held weiter, „versuchen sich die Landesjugendämter mit Recht zu schützen, indem sie es bei solchen Minderjährigen möglichst erst gar nicht zur Fürsorgeerziehung kommen lassen; wenn sich aus der Vorgeschichte oder aus irgendwelchen ärztlichen Diagnosen, die früher einmal gestellt wurden, der Verdacht auf ‚geistige oder seelische Regelwidrigkeiten‘ ergibt.“<sup>122</sup> In solchen Fällen würden Landesjugendämter daher Beschwerde gegen bereits ergangene Fürsorgeanträge oder Fürsorgeerziehungsanträge einlegen und überprüfen lassen, ob die oder der Minderjährige erziehungsfähig sei.

Eine solche Linie verfolgte auch das Landesjugendamt Hannover und urteilte bezüglich der potenziellen Erziehungsfähigkeit von Minderjährigen mit frühkindlicher Hirnschädigung noch weit strenger als die Ärztinnen und Ärzte der KJP Wunstorf. Über einen elfjährigen Jungen, bei dem aufgrund der Begutachtung in der KJP Wunstorf neben einem Hirnschaden auch ein Hydrocephalus sowie eine Milieuschädigung diagnostiziert wurde, hielt der jugendpsychiatrische Bericht vom September 1967 fest: „[Name] ist mit den Mitteln der öffentlichen Erziehung förderbar. Wegen der unhaltbar gewordenen häuslichen Verhältnisse, und weil er in der Schule nicht mehr tragbar ist, schlagen wir vor, ihn im Rahmen der Fürsorgeerziehung in einem Heim mit Sonderschule, bzw. von dem aus er eine solche besuchen kann, unterzubringen.“<sup>123</sup> Vor diesem Hintergrund stellte die Mutter einen Antrag auf Freiwillige Erziehungshilfe bei dem Jugendamt der Heimatgemeinde, der vom Landesjugendamt Hannover jedoch abgelehnt wurde. Dem Jugendamt der Heimatgemeinde teilte das Landesjugendamt Hannover erklärend mit: „In Anbetracht der organischen Schädigung, der psychischen Wesensveränderung, die Symptome erheblicher geistiger und seelischer Regelwidrigkeiten [...] zeigen, und mit Rücksicht auf die erforderliche medikamentöse Therapie bestehen hinsichtlich der Erziehbarkeit des Jungen mit den mir zur Verfügung stehenden Mitteln erhebliche Bedenken.“<sup>124</sup> In diesem Fall setzte sich Dames weiterhin für eine Förderung des Jungen im Rahmen der öffentlichen Erziehung ein und betonte, dass „Sonderschüler, wenn sie nicht ungewöhnlich charakterlich gestört sind, [...] nach allgemeiner Auffassung förderbar [sind] mit den Mitteln der öffentlichen Erziehung.“<sup>125</sup> Der Leiter des Landesjugendamtes blieb jedoch bei seiner ablehnenden Haltung: „Einem

---

<sup>122</sup> Held (1966), S. 79f.

<sup>123</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 27.9.1967, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05176.

<sup>124</sup> Schreiben des Landesjugendamtes Hannover an Jugendamt der Heimatgemeinde, 2.10.1967, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05176.

<sup>125</sup> Schreiben des Landesjugendamtes Hannover an Jugendamt der Heimatgemeinde, 2.10.1967, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05176.

Erziehungsheim kann im Rahmen der Freiw. Erziehungshilfe die Aufgabe der Betreuung eines Kindes, bei dem außer einem frühkindlichen Hirnschaden auch noch epileptiforme Veränderungen nachgewiesen werden und das infolge psycho-motorischer Unruhe zu lauten Schreianfällen neigt [...] nicht zugemutet werden.“<sup>126</sup> Zwar sei es, so der Leiter des Landesjugendamtes Hannover weiter, möglich, auch hirngeschädigte Kinder im Rahmen der Fürsorgeerziehung oder der Freiwilligen Erziehungshilfe zu betreuen, „[d]ieser Kreis kann jedoch immer nur begrenzt bleiben und muß sich auf besonders ausgewählte Einzelfälle beschränken.“<sup>127</sup> Nachdem die Unterbringung des Jungen auch im Folgejahr, 1968, nicht geklärt werden konnte, wurde schließlich von der KJP Wunstorf ein zweites Gutachten verfasst, das nun eine Heimunterbringung im Rahmen der Förderung durch das Bundessozialhilfegesetz und damit die Unterbringung in einer Einrichtung der Behindertenhilfe oder eines Landeskrankenhauses vorsah.<sup>128</sup>

Die hohe Zahl der an der KJP Wunstorf durchgeführten Pneumenzephalographien verweist demnach auf ein von Psychiaterinnen und Psychiatern, vom Jugendamt, Erziehungsberatungsstellen und von Heimen weithin akzeptiertes biologistisches Persönlichkeitsmodell, das sich bei vielen Minderjährigen mit Verhaltensauffälligkeiten in der Diagnose eines frühkindlichen Hirnschadens manifestierte. Von der Degenerationstheorie unterschied sich diese Diagnose insofern, dass nun erworbene Schädigungen eine Rolle spielten. Ähnlich wie degenerationstheoretische Erklärungsmodelle von verhaltensauffälligen Kindern prägte aber auch diese Diagnose nach der Entlassung der Kinder ihren weiteren Lebensweg. Die dargestellten Kontinuitätslinien und Interessenlagen zementierten an der KJP Wunstorf die Persistenz eines psychiatrischen Erklärungsmodells von sozialen Verhaltensabweichungen und verhinderten so bis Mitte der 1970er Jahre Reformprozesse. Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse lässt sich demnach bis in die 1970er Jahre hinein von einer strukturellen Benachteiligung der betroffenen Kinder durch Diagnosebildung sprechen. Die hier dargestellten machtpotenzierenden Verhältnisse entstanden jedoch gleichsam nebenbei. Keine der beteiligten Institutionen zielte an sich auf eine Benachteiligung der betroffenen Minderjährigen. Indem die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure in staatlichen Einrichtungen aber jeweils ihre institutionellen Handlungsmöglichkeiten nutzten, schufen sie

---

<sup>126</sup> Schreiben Landesjugendamt Hannover an KJP Wunstorf, o. D. [Januar 1968], NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05176.

<sup>127</sup> Schreiben Landesjugendamt Hannover an KJP Wunstorf, o. D. [Januar 1968], NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05176.

<sup>128</sup> Jugendpsychiatrischen Bericht vom 18.12.1968, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05176.

ein Exklusionssystem für Kinder mit unerwünschten Verhalten, um die jeweiligen institutionellen Ressourcen zu schonen.

### 3. 4 Einhaltung zeitgenössischer Normen

Pneumenzephalographien galten, ebenso wie die in diesem Zusammenhang meist durchgeführten Lumbalpunktionen, als medizinische Eingriffe. Daher musste das Einverständnis der Sorgerechtsinhaberinnen und Sorgerechtsinhaber eingeholt werden. Wenn Minderjährige im Rahmen der Fürsorgeerziehung betreut wurden, so war auch die Zustimmung des Jugendamtes obligatorisch. Diese konnte aber das Einverständnis der Eltern nicht ersetzen.<sup>129</sup> Die folgende Tabelle sechs stellt dar, ob für die durchgeführten Pneumenzephalographien eine Einverständniserklärung (EV) vorlag.

	Spalte 1 Fälle/ Aktenlaufzeit	Spalte 2 PEG*	Spalte 3 EV** von Spalte 1	Spalte 4 PEG ohne EV	Spalte 5 EV verweigert <sup>130</sup>
KJP Wunstorf (Heinze sen.)	98 1953-1961	16 16,33%	14 14,29%	8 50,00%	2
KJP Wunstorf (Heinze jun.)	103 1962-März 1969	70 67,96%	71 68,93%	4 5,71%	8
KJP Wunstorf (Dames)	50 April 1969-1975	34 68,00%	36 72,00%	0 -	3
KJP Königslutter	200 1945-1961	75 37%	86 43,00%	9 12,00%	5
Uni-Psychiatrie Göttingen	160 1946-1955	71 44,30%	81 50,63%	11 15,49%	3

Tab. 6: Zustimmung zur Durchführung von Pneumenzephalographien. \* PEG = Pneumenzephalographie, \*\* EV = Einverständniserklärung

An allen untersuchten Einrichtungen wurden in den 1950er Jahren Pneumenzephalographien durchgeführt, ohne dass ein schriftliches Einverständnis in den Krankenakten überliefert ist. Dies galt insbesondere für die KJP Wunstorf während der Tätigkeitsperiode von Hans Heinze sen. Allerdings führte dieser weniger Pneumenzephalographien durch als seine Kolleginnen und Kollegen in den weiteren Einrichtungen. Ob das Fehlen schriftlicher Einverständniserklärungen auf eine mangelhafte Dokumentation zurückzuführen ist oder tatsächlich auf eine fehlende Umsetzung zeitgenössischer gesetzlicher Vorschriften, kann auf

<sup>129</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 101.

<sup>130</sup> Anfragen nach einem Einverständnis sowie verweigerter Einverständnisse sind in den Akten nur zufällig überliefert.

Grundlage der vorhandenen Quellenlage nicht entschieden werden. Darüber hinaus ist aber augenfällig, dass der Anteil der aufgefundenen Einverständniserklärungen den Anteil der durchgeführten Pneumenzephalographien übersteigt. Dies unterstreicht, dass in bestimmten Fällen standardmäßig um die Zustimmung zu einem solchen Eingriff angesucht wurde.

Die Art und Weise, wie das Einverständnis eingeholt und dokumentiert wurde, differierte in den drei Kliniken, veränderte sich aber offenbar auch innerhalb einer Einrichtung während des Untersuchungszeitraums. Die Entwicklung an der KJP Wunstorf zeigt, dass schließlich in formaler Hinsicht den gesetzlichen Ansprüchen insofern genüge getan wurde, als i. d. R. Einverständniserklärungen vorlagen.

Zudem gilt es, die Einhaltung der zeitgenössischen Standards zur Aufklärung zu beurteilen. Aufklärung meinte nach zeitgenössischer ethischer wie juristischer Definition, dass „Wesen, Bedeutung und Tragweite wenigstens in den Grundzügen verstanden“<sup>131</sup> sein müssen. Die Beantwortung der Frage, ob dies der Fall war, steht vor der methodischen Herausforderung, dass die Art und Weise der Aufklärung nicht dokumentiert werden musste. Analysen der Begleitschreiben und der Gestaltung der Formblätter erlauben es aber, Tendenzen abzubilden. Eine erste Untersuchung von Krankenakten aus der KJP Wunstorf hatte nahegelegt, dass eine solche normgerechte Aufklärung nicht die Regel war.<sup>132</sup>

In der Universitäts-Psychiatrie Göttingen, für die auch Akten aus den 1940er Jahren vorliegen, wurde in dieser ersten Periode unseres Untersuchungszeitraums das Einverständnis in der Regel formlos und handschriftlich erteilt. Eine von mehreren möglichen Formulierungen, hier aus dem Jahr 1946, war: „Hiermit gebe ich die Erlaubnis, daß [...] eine Punktion bzw. Encephalographie<sup>133</sup> zu diagnostischen Zwecken durchgeführt wird.“<sup>134</sup> Anfang der 1950er Jahre veränderte sich dieses Verfahren für einige Jahre. Neben solchen spezifischen Einverständniserklärungen finden sich nun vermehrt allgemeine Formulierungen, durch die sich die Eltern, wie hier beispielhaft herausgegriffen wurde, „mit der Durchführung der diagnostischen Untersuchungen“<sup>135</sup> einverstanden erklärten. Ab 1953 überwiegen dann wieder spezifische Einverständniserklärungen. Da aus jedem Jahr jedoch selten mehr als 10 solcher Dokumente überliefert sind und es sich bei dem Sample um eine nichtrepräsentative Stichprobe handelt, ist nicht auszuschließen, dass die Ergebnisse verzerrt sind. Davon unabhängig ist

---

<sup>131</sup> Harnack (1964), S. 1072.

<sup>132</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 111f.

<sup>133</sup> Gemeint sind hier wie im Folgenden Pneumenzephalographien.

<sup>134</sup> Krankenakte Universitäts-Psychiatrie Nr. 1222, ‚Kellerarchiv Waldweg‘.

<sup>135</sup> Krankenakte Universitäts-Psychiatrie Nr. 876, ‚Kellerarchiv Waldweg‘.



jedoch festzuhalten, dass weder bei den aufgefundenen Einverständniserklärungen noch durch weitere Dokumente eine Aufklärung erkennbar wird. Dies ist i. d. R. auch dann der Fall, wenn in der Krankenakte ein Begleitschreiben zum Einholen des Einverständnisses überliefert ist.<sup>136</sup>

Aus der KJP Königslutter entfallen in der gezogenen Stichprobe nur wenige Akten auf die Zeit zwischen 1945 und 1949. In ihnen ist keine Pneumenzephalographie dokumentiert und auch keine Einverständniserklärung überliefert. In den 1950er Jahren wurde ein Einverständnis auf unterschiedlichem Wege eingeholt: Teils wurde schriftlich um eine formlose Einwilligung gebeten<sup>137</sup>, teils wurde das Einverständnis mithilfe einer formalen schriftlichen Erklärung angefragt<sup>138</sup>, teils liegen auch handschriftliche Einwilligungen vor<sup>139</sup>. Alle Beispiele stammen aus der Zeit vor Eröffnung der KJP, so dass sich hier sicherlich die allgemeine Praxis des LKH Königslutter spiegelt. Nachdem sich die KJP als eigene Abteilung verselbständigte, wurde üblicherweise das Einverständnis formlos durch das medizinische Personal in der Krankenakte notiert. Eine widerkehrende Formulierung lautete: „Gab die Erlaubnis zur Vornahme einer Encephalographie“.<sup>140</sup> Zumeist findet sich zusätzlich ein schriftliches Formular wie das Folgende: „Die [Name] geb. [Datum] wurde heute von dem Unterzeichneten über das Wesen und den Zweck einer Lumbalpunktion/Occipitalpunktion/Encephalographie eingehend aufgeklärt. Er/Sie hat daraufhin erklärt, daß er/sie mit der Vornahme dieser Untersuchungsmethode bei [Name] einverstanden sei.“<sup>141</sup> Das Formular trug die Unterschrift des behandelnden Arztes sowie der Eltern. Die Unterschrift des Arztes deutet an, dass eine Aufklärung erfolgte. In diesem Fall wurde das Kind offenbar von den Eltern bei der Aufnahme begleitet. Wurde das Einverständnis hingegen schriftlich eingeholt, so erfolgte keine Aufklärung. Vielmehr wurden die Sorgerechtsinhaberinnen und Sorgerechtsinhaber dazu aufgefordert, sich beim zuständigen Amtsarzt über den Eingriff zu informieren.<sup>142</sup> Auch dann, wenn wie beispielsweise 1952, das zuständige Jugendamt anlässlich einer solchen Anfrage explizit um Aufklärung bat, wurde lediglich der Hinweis, sich beim Amtsarzt zu informieren, wiederholt.<sup>143</sup> Mitunter waren die Einträge in die Krankenakte auch recht allgemein gehalten,

---

<sup>136</sup> Krankenakte Universitäts-Psychiatrie Nr. 2165, ‚Kellerarchiv Waldweg‘.

<sup>137</sup> NLA, WO, 28 Nds. 2 Nr. 5974.

<sup>138</sup> NLA, WO, 28 Nds. 2 Nr. 7882.

<sup>139</sup> NLA, WO, 28 Nds. 2 Nr. 4536.

<sup>140</sup> NLA, WO, 28 Nds. 2 Nr. 4104.

<sup>141</sup> NLA, WO, 28 Nds. 2 Nr. 4104.

<sup>142</sup> Nr. 8197. Solche Hinweise fanden sich teils auch in den Krankenakten der KJP Wunstorf. Siehe beispielhaft NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 01105 aus dem Jahr 1963.

<sup>143</sup> NLA, WO, 28 Nds. 2 Nr. 1649.

wie ein Beispiel aus dem Jahr 1955 zeigt: „Mit Untersuchungsmaßnahmen erklärte sich Frau W. [sic] einverstanden.“<sup>144</sup>

An der KJP Wunstorf existierte von Beginn an ein schriftliches Formular, das den Sorgerechtsinhaberinnen und -inhabern bei der Aufnahme vorgelegt, ansonsten postalisch zugesandt wurde. Dieses Formschreiben war in den 1950er Jahren zweigeteilt. Im ersten Teil wurde das Einverständnis mit der Aufnahme und den therapeutischen Maßnahmen erklärt und durch Unterschrift bestätigt. Im zweiten Teil konnte optional durch eine weitere Unterschrift auch die Zustimmung zur Pneumenzephalographie bzw. zur Lumbalpunktion erteilt werden. Andere Eingriffe oder zustimmungspflichtige Behandlungsmethoden, wie beispielsweise Schocktherapien, waren auf dem Formular nicht erwähnt. Teils wurde das Einverständnis für eine Pneumenzephalographie auch auf einem Extraformular eingeholt.<sup>145</sup> Dies verdeutlicht, dass die Pneumenzephalographie bereits in den 1950er Jahren ein wichtiges Diagnoseinstrument war, jedoch noch nicht zum Standardrepertoire gehörte.

Letzteres hebt der Vergleich mit dem Formular, das in den 1960er Jahren zunehmend eingesetzt wurde, deutlich hervor. Während sich der Text kaum veränderte, wurde jedoch nun auf eine doppelte Unterschrift verzichtet und das Formular lediglich einmal am Ende der beiden Abschnitte unterschrieben. Das heißt, dass nun die Zustimmung zur Durchführung einer Pneumenzephalographie zusammen mit dem Einverständnis zur Aufnahme und Behandlung von Kindern und Jugendlichen eingeholt wurde.<sup>146</sup> Wie eingangs erwähnt, lässt sich auch für die KJP Wunstorf davon ausgehen, dass zwar spätestens ab den 1960er Jahren zumeist eine Einverständniserklärung vorlag, dabei aber nicht gemäß den zeitgenössischen Normen aufgeklärt wurde. Die Veränderungen, die die Eltern eines Kindes 1961 an dem Formular vornahmen, versinnbildlicht dies eindrücklich. Die Einfügungen sind durch spitze Klammern gekennzeichnet, Streichungen optisch hervorgehoben: „~~Ich~~<Wir> erkläre<n> ~~mich~~<uns> mit allen durch die Leitung der Klinik für Jugendpsychiatrie für erforderlich gehaltenen Untersuchungen, die zur Klärung der Krankheitsursache dienen, sowie mit der notwendigen Behandlung bei ~~meinem~~<unserem> Mündel [...] einverstanden. [...] Falls es erforderlich ist, ~~bin ich~~<sind wir> auch mit einer Untersuchung der Nervenflüssigkeit bzw. einer

---

<sup>144</sup> NLA, WO, 28 Nds. 2 Nr. 7620.

<sup>145</sup> NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05607.

<sup>146</sup> Siehe beispielhaft NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 03839.

Hirnkammerluftfüllung (Encephalogramm) einverstanden, ~~nachdem ich über die Art dieser diagnostischen Maßnahme aufgeklärt worden bin.~~<sup>147</sup>

Nicht nur die oftmals fehlende oder unzureichende Aufklärung lassen Zweifel an der Legitimität der auf diese Weise eingeholten Zustimmungen aufkommen.<sup>148</sup> In einigen Fällen wurde an beiden KJPs zudem Druck auf Eltern oder weitere Sorgerechtsinhaberinnen und -inhaber ausgeübt, ihr Einverständnis zur Durchführung einer Pneumenzephalographie zu erteilen. Diese Versuche reichten von juristischen Schritten wie dem Versuch, das elterliche Einverständnis durch ein solches vom Vormundschaftsgericht zu ersetzen<sup>149</sup> oder durch Entzug des Sorgerechts zu erzwingen<sup>150</sup> bis zu drängend formulierten Anschreiben an die Eltern<sup>151</sup>. Während somit die Pneumenzephalographien in der Regel im strikten Sinne legal durchgeführt wurden, so erscheint sowohl die standardmäßige Anwendung des Diagnoseverfahrens, dass Juristen schon zu diesem Zeitpunkt kritisierten, als auch die Art und Weise wie das Einverständnis eingeholt wurde, auch unter zeitgenössischen Maßstäben vielfach als illegitim. Dass die Rechte von Patientinnen und Patienten missachtet wurden, kann als weiterer Ausdruck eines zeitgenössisch weitverbreiteten paternalistischen ärztlichen Selbstverständnisses betrachtet werden.

#### 4. Medikamentenstudien an der KJP Wunstorf: Drei Fallbeispiele

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Einzelfallanalysen für die Arzneistoffe Ciatyl, G 33040 (Insidon) und Encephabol vorgestellt. Eine Analyse der Krankenakten und ihr Vergleich mit Firmenunterlagen und Veröffentlichungen über die Versuche in Fachzeitschriften erlaubt Aussagen über die Auswahl von Versuchspersonen, Indikationsbereiche, Therapieverläufe und Nebenwirkungen. Solchermaßen können die bisher gewonnen Erkenntnisse zur ethischen, wissenschaftlichen und rechtlichen Bewertung der Studien vertieft und Aussagen zu den Intentionen der beteiligten Akteure getroffen werden. Dabei wird erkennbar, dass der Kreis der Personen, die Stellung zur Entwicklung von neuen Arzneistoffen bezogen, nicht allein die beteiligten Pharmaunternehmen oder Versuchskliniken umfassten, sondern beispielsweise auch

---

<sup>147</sup> NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05187. Theoretisch ist es auch möglich, dass die Eltern mit der Streichung auf eine Aufklärung verzichteten. Diese Interpretation erscheint jedoch wenig überzeugend.

<sup>148</sup> Siehe zur Unterscheidung von Legitimität und Legalität medizinischer Maßnahmen Hähner-R

<sup>149</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 112.

<sup>150</sup> NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 04079.

<sup>151</sup> NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02957.

Schulpsychiater und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Jugendämtern ihre Expertise oder Wünsche einbrachten.

#### 4.1 Ciatyl

Hans Heinze jun. führte laut seiner 1967 erschienenen Publikation zur „Klinisch-jugendpsychiatrische[n] Erfahrung mit Ciatyl“<sup>152</sup> eine „Versuchsreihe“<sup>153</sup> mit diesem zur Gruppe der Neuroleptika zählendem Arzneistoff durch. Wie der Titel seines Aufsatzes nahelegt, standen im Zentrum von Heinzes Beitrag die Anwendung und Dosierung des Arzneistoffs bei Minderjährigen.

##### 4.1.1 Ausweitung des Indikationsgebietes und Dosisklärung

Ciatyl war seit 1961 auf dem Markt und wurde in der Bundesrepublik von den Tropon-Werken, Köln-Mühlheim, vertrieben. Im Folgejahr der Markteinführung, also 1962, machte die Medizinische Wochenschrift in der Rubrik „Neue Spezialitäten vorgestellt“ auf Ciatyl aufmerksam. Dort sind als Indikationsgebiete „Schizophrenie“ und „Psychosen“ angegeben.<sup>154</sup> Mit diesen Indikationsgebieten wurde Ciatyl auch 1963 in das Arzneimittelverzeichnis Rote Liste aufgenommen.<sup>155</sup> Weitere Anwendungsgebiete waren u. a. Unruhe- und Erregungszustände im Verlauf von körperlich begründeten Psychosen und bei sogenanntem erethischem Schwachsinn. Es gab keine Dosierungsangaben für Kinder. Dies gilt auch für die Rote Liste von 1965.<sup>156</sup> Die fehlenden Angaben zur Darreichung bei Minderjährigen sind sicher auch darauf zurückzuführen, dass kindliche Psychosen eine außerordentlich seltene Erkrankung waren und sind.<sup>157</sup>

Heinze jun. behandelte laut seiner 1967 erschienenen Publikation 71 Kinder und Jugendliche u. a. mit folgenden Erkrankungen mit Ciatyl: „Organisches Psychosyndrom bei nachgewiesener Hirnschädigung“<sup>158</sup> (21 Minderjährige = 29,6% der angegebenen Versuchspersonen), „Verhaltensstörungen bei Schwachsinn, insbesondere Erethie“<sup>159</sup> (11 Minderjährige = 15,5% der angegebenen Versuchspersonen) sowie „Verhaltensstörungen bei psychopathischen Kindern und Jugendlichen“<sup>160</sup> (11 Minderjährige = 15,5% der angegebenen Versuchspersonen).

---

<sup>152</sup> Heinze (Ciatyl).

<sup>153</sup> Heinze (Ciatyl), S. 427; Siehe zur Wirkungsweise von Neuroleptika Wagner (2019), S. 57ff.

<sup>154</sup> Klinischen Wochenschrift 40 (1962), S. 1016.

<sup>155</sup> Rote Liste (1963).

<sup>156</sup> Rote Liste (1965).

<sup>157</sup> Wagner (2019), S. 73.

<sup>158</sup> Heinze (Ciatyl), S. 428.

<sup>159</sup> Heinze (Ciatyl), S. 428.

<sup>160</sup> Heinze (Ciatyl), S. 428.

Bei knapp der Hälfte der Kinder erfolgte die Therapie also außerhalb des oben angegebenen Indikationsbereiches von Unruhezuständen bei Psychosen und ‚erethischen Schwachsinn‘. Zwar folgte Heinze jun., anders als es der Begriff der ‚Versuchsreihe‘ vermuten lässt, keinem vorab definierten Forschungsdesign. Dies lässt sich aufgrund differierender Angaben zu Medikationsdauer und Begleitmedikation in den zu diesem Arzneistoff aufgefundenen Krankenakten schlussfolgern. Auch dass die Publikation keine Auskunft über zusätzliche Kontrolluntersuchungen gibt, weist auf ein fehlendes Forschungsdesign hin.<sup>161</sup> Mit der Ausweitung des Indikationsgebietes und seinen Ergebnissen zur Dosierung dieses Neuroleptikums bei Kindern verfolgte er jedoch Fragestellungen, die aus heutiger Sicht Teil von Arzneimittelstudien sind.<sup>162</sup> Angesichts der Feststellung von Heinze jun., Ciatyl erleichtere aufgrund seines sedierenden Effektes die Tätigkeit der Pflegekräfte<sup>163</sup>, ist auch zu fragen, ob der Arzneistoff überhaupt mit einer therapeutischen Zielsetzung geprüft wurde. Dies ist die Voraussetzung für sogenannte Heilversuche. Stünde hingegen ein vorwiegend wissenschaftliches Interesse im Vordergrund, so wäre von wissenschaftlichen Versuchen oder Experimenten zu sprechen. Wurden Arzneistoffe auch ohne einen solchen Erkenntniswillen verabreicht, war die Gabe von Psychopharmaka auch zeitgenössisch als Körperverletzung zu werten.<sup>164</sup>

Der Publikation von Heinze jun. waren bereits etliche Berichte über den neuen Arzneistoff in Fachzeitschriften vorausgegangen. Zumeist stand entsprechend des angegebenen Indikationsgebietes die Wirkung von Ciatyl bei Psychosen im Vordergrund.<sup>165</sup> Es gab jedoch auch Studien zu weiteren Indikationsgebieten. So hoben Publikationen gute Erfolge bei Unruhe, Erregungs- und Verstimmungszuständen bei Epileptikern sowie bei Agitationszuständen bei zerebral sklerotischen Erkrankungen hervor und berichteten über gute Erfolge bei einer Dauermedikation.<sup>166</sup> Diese Aspekte waren sicher auch für Hans Heinze jun. von Interesse, da an der KJP Wunstorf nicht selten latente, teils auch manifeste Epilepsien diagnostiziert wurden und Verhaltensauffälligkeiten ein häufiger Aufnahmegrund waren. Eine andere Studie untersuchte die Wirkung von Ciatyl bei Erregungszuständen und Delirien bei Suchtkranken.<sup>167</sup> Gute Ergebnisse wurden zudem bei Unruhe und Aggressionszuständen bei Patientinnen und

---

<sup>161</sup> Wagner geht vor diesem Hintergrund davon aus, dass es sich nicht um eine Studie handelte: Wagner (2019), S. 54.

<sup>162</sup> Siehe zu diesem Aspekt: Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 9.

<sup>163</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 43.

<sup>164</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), Kapitel 2.1: Arzneimittelgesetzgebung in der Bundesrepublik.

<sup>165</sup> Ravn (1961); Anton (1962); Hildebrandt (1964); Marx (1966).

<sup>166</sup> Marx (1966); Hildebrandt (1964).

<sup>167</sup> Frevers (1964).

Patienten mit organischen Hirnerkrankungen beschrieben.<sup>168</sup> Diese Ausweitungen der ursprünglichen Indikationsgebiete beruhten in erster Linie auf der im Vergleich zu anderen Neuroleptika hervorgehobenen stark sedierenden Wirkung von Ciatyl.<sup>169</sup> Im Vergleich zu diesen Arzneimittelstudien, die im Vorfeld oder zeitgleich mit jener von Heinze zu Ciatyl durchgeführt wurden, tritt die Singularität von Heinzes Studie klar hervor: Keine dieser Studien untersuchte die Wirkung von Ciatyl und die geeignete Dosis gezielt bei Minderjährigen.<sup>170</sup>

Auch für Heinze war, wie er in seiner Publikation eingangs hervorhebt, ausschlaggebend, dass es sich bei Ciatyl um ein „insbesondere psychomotorisch sedierendes Präparat“<sup>171</sup> handelt, dessen Anwendung er „im Rahmen des speziellen jugendpsychiatrischen Fachgebietes zu überprüfen“<sup>172</sup> gedachte. Dabei „sollte insbesondere geprüft werden, wieweit starke Unruhezustände und Formen schwerer Erregung [...] einer Beeinflussung zugänglich waren.“<sup>173</sup> Für eine solche Anwendung hob Heinze die aus seiner Sicht besonders guten Ergebnisse seiner Untersuchungen hervor. Ferner hieß es in seiner Publikation: „Weiter verdient die günstige Beeinflussung von Verhaltensstörungen bei Krankheitsbildern aus dem Formenkreis der Epilepsie herausgestellt zu werden.“<sup>174</sup>

Die Gabe von Ciatyl lässt sich auch anhand der aus Krankenakten gezogenen Stichproben nachweisen. Bis 1967, dem Erscheinungsjahr des Fachartikels, ist der Arzneistoff in sechs Krankenakten verzeichnet. Grundlage der Erhebung waren die repräsentative Stichprobe aus den Krankenakten der KJP Wunstorf sowie die spezifischen Stichproben zu den Jahren 1962/1963 sowie zu Heimkindern.<sup>175</sup> Die Krankenakten stammen aus den Jahren 1964-1967. Es handelte sich um drei Jungen und drei Mädchen. Vier der Kinder waren zwischen acht und 11 Jahre alt, zwei weitere 17 Jahre. Zieht man die endgültige Diagnose der Kinder heran, so lassen sich drei Indikationsgebiete unterscheiden: Kinder mit Hirnschädigungen, die zudem in ihrer Intelligenz beeinträchtigt waren, und Kinder, bei denen ein Milieuschaden bzw. ‚Charakterschwäche‘ diagnostiziert worden waren. Bei einem Kind bestand eine längere Unsicherheit, ob die in der Akte notierten Symptome als Folgen einer frühkindlichen

---

<sup>168</sup> Anton (1962), S. 668.

<sup>169</sup> Siehe beispielhaft Hildebrand (1964), S. 244.

<sup>170</sup> Rawn gibt an, dass mindestens eine der Versuchspersonen erst 14 Jahre alt war. Siehe hierzu: Rawn (1961), S. 1227.

<sup>171</sup> Heinze (1967, Ciatyl), S. 426.

<sup>172</sup> Heinze (1967, Ciatyl), S. 426.

<sup>173</sup> Heinze (1967, Ciatyl), S. 426.

<sup>174</sup> Heinze (Ciatyl), S. 426.

<sup>175</sup> Es handelt sich hierbei nicht um eine repräsentative Stichprobe. Ein Kind erhielt Ciatyl zuerst nach der Entlassung verschrieben. Es wurde von Heinze jun. ambulant im Rahmen einer psychohygienischen Beratung nachbetreut und schließlich erneut an der KJP Wunstorf aufgenommen. Dort wurde es dann auch stationär mit Ciatyl behandelt.

Hirnschädigung aufzufassen seien oder als Folgen eines ‚Hospitalisierungsschadens‘ durch die völlig fehlende Fürsorge durch die Eltern und die nachfolgenden jahrelangen Heimaufenthalte. Ebenso finden sich bei mehreren Kindern Hinweise auf eine latente oder manifeste Epilepsie.<sup>176</sup> Diese Angaben korrespondieren mit den von Heinze jun. in seiner Publikation angegebenen Indikationsgebiete.

Wie dargestellt gab die Rote Liste zum Zeitpunkt der Versuche noch keine Dosierungsempfehlung für Kinder. Zur Verfügung standen Dragees zu 5 und 10 mg. Die Empfehlung der Roten Liste von 1963 lautete bezüglich der Tagesdosis für Erwachsene: stationär zwischen 75 und 100 mg, ambulant zwischen 30 und 40 mg.<sup>177</sup> Teils werden in den Publikationen Injektionen mit 2,5 prozentiger Lösung erwähnt.<sup>178</sup> Gemeinsames Element der zeitgenössischen Fachpublikationen zur Anwendung von Ciatyl bei Erwachsenen ist der Hinweis, dass die Dosierung individuell erfolgen müsse, da sie von der Konstitution und dem Körpergewicht abhängig sei.<sup>179</sup> Dies deutet darauf hin, dass die Dosierung bei Kindern deutlich niedriger anzusetzen sei.

In den gesichteten Fachartikeln zu Ciatyl, die sich auf die Indikation der Psychose konzentrierten, wurde zunächst vorgeschlagen, den Arzneistoff langsam einschleichen zu lassen.<sup>180</sup> Dies war bei späteren Fachartikeln zu weiteren Indikationsgebieten, wie z. B. bei Erregungszuständen und Delirien bei Suchtkranken, bei denen die sedierende Wirkung von Ciatyl im Vordergrund stand, nicht mehr der Fall. Hier wurde im Gegenteil zunächst eine hohe Dosis als Injektion und dann ein Absenken der Dosis sowie eine orale Einnahme vorgeschlagen.<sup>181</sup> Hildebrand, der 1964 Ciatyl für verschiedene Indikationsbereiche erprobt hatte, lehnte zwar ein starres Medikationsschema für die Medikation mit Ciatyl ab, empfahl aber im Allgemeinen drei- bis viermal täglich eine Dosis von 25 mg, bei „psychotisch bedingter Erregung und Unruhe“<sup>182</sup> bis zu dreimal täglich 50 mg. Als Erhaltungsdosis nannte er eine Spannbreite von täglich 5 mg bis dreimal täglich 10 mg.<sup>183</sup> Die akute Behandlung orientierte sich also im Wesentlichen an den Empfehlungen der Roten Liste von 1963, also zwischen 75 und 100 mg pro Tag für stationär aufgenommene erwachsenen Patientinnen und Patienten.

---

<sup>176</sup> Krankengeschichte, NLA, H, Nds. 330 Wunstorff Acc. 2006/087 Nr. 04441; Jugendpsychiatrischer Bericht NLA, H, Nds. 330 Wunstorff Acc. 2006/087 Nr. 02498.

<sup>177</sup> Rote Liste (1963).

<sup>178</sup> Siehe beispielhaft Hildebrand (1964), S. 243.

<sup>179</sup> Marx (1966), S. 447. Siehe auch Hildebrand (1964), S. 243.

<sup>180</sup> Ravn (1962), S. 1228.

<sup>181</sup> Fervers (1964).

<sup>182</sup> Hildebrand (1964), S. 244.

<sup>183</sup> Hildebrand (1964), S. 244.

Auch Heinze jun. hob „[g]ewisse Schwierigkeiten bei der Dosierung, insbesondere bei hirngeschädigten Kindern und Jugendlichen“<sup>184</sup> hervor. Für jene Minderjährigen, die aus seiner Sicht mit Verhaltensstörungen hervortraten, gab er in seiner Publikation an, dass er nach einer ggf. vorangegangenen intermuskulären Injektion von 25 mg zur Sedierung bis zu dreimal täglich 25 mg verabreiche. Darunter sei es besonders bei den „zerebral-organisch geschädigten Kindern und Jugendlichen in der Mehrzahl der Fälle zu einem Stadium der Harmonisierung des Verhaltens“ gekommen.<sup>185</sup> Mit einer solchen Dosierungsempfehlung orientierte er sich an dem unteren Ende der für Erwachsenen ausgesprochenen Empfehlungen, obgleich gerade jüngere Kinder ein deutlich geringeres Körpergewicht besaßen. Hierdurch wurde die sedierende Wirkung von Ciatyl noch verstärkt.

Eine etwas niedrigere Dosierung bei Ciatyl (zwischen ein- und zweimal tägl. fünf mg und zwei und dreimal tägl. 25 mg) empfahl Heinze jun. für die Anwendung in Kombination mit antiepileptischen Medikamenten.<sup>186</sup> Solche Fälle finden sich auch in den Stichproben. Bei einem Jungen, der unter wechselnden Stimmungen und Wutanfällen litt, wurde ein EEG durchgeführt, das nach Auffassung der Ärztinnen und Ärzte auf ein latentes Anfallsleiden hindeutete. Daraufhin begann eine medikamentöse Behandlung vorwiegend mit Antiepileptika. Unter Tegretal wurden Absencen beobachtet und daher Tegretal zunächst abgesetzt und dann in reduzierter Dosis u. a. zusammen mit Petidiol verabreicht. Darunter erlitt der Junge einen generalisierten Krampfanfall und „baut[e] immer mehr ab.“<sup>187</sup> Zudem sank die Leukozytenzahl. Aufgrund der Verringerung der roten Blutkörperchen wurde die Medikation erneut geändert und dreimal eine Tablette Petidiol sowie zweimal eine Tablette Zentropil verabreicht. Letzteres wurde ebenfalls sofort wieder abgesetzt, da der Junge einen Ausschlag bekam. In den kommenden Wochen normalisierte sich Leukozytenzahl wieder. Auch weitere Medikationsversuche erbrachten nicht den „gewünschten Erfolg.“<sup>188</sup> Ca. sechs Wochen später wurde ein Anfall mit Einkoten und Einnässen beobachtet. Nun wurde auf dreimal eine Tablette Maliasin 25 mg, dreimal eine Tablette Ciatyl 10 mg und 1 Kapsel Petnidan gewechselt.<sup>189</sup> Letzteres wurde in den folgenden Tagen höher dosiert. In diesen und anderen Fällen mit einer vergleichsweise niedrigen Dosierung von Ciatyl wurde offenbar eine Heilabsicht verfolgt, die

---

<sup>184</sup> Heinze (Ciatyl), S. 427.

<sup>185</sup> Heinze (Ciatyl), S. 427.

<sup>186</sup> Heinze (Ciatyl), S. 428.

<sup>187</sup> Krankengeschichte, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04441.

<sup>188</sup> Medikamentenkurve, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04441.

<sup>189</sup> Medikamentenkurve, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04441.



sich auf die angenommene gute Verträglichkeit des Neuroleptikums bei Epilepsieerkrankungen gründete.

#### 4.1.2 Therapeutischer Versuch oder institutionell erwünschte Sedierung?

Zwar war die Publikation von Heinze jun. die einzige, die im Rahmen der Projektrecherchen zur Erprobung von Ciatyl an Kindern ermittelt werden konnte.<sup>190</sup> Insbesondere die medizinhistorische Forschung von Sylvia Wagner zeigt jedoch, dass seit Mitte der 1950er Jahre in großen Ausmaß Neuroleptika an Kindern getestet wurden. Die Anwendungsstudie von Heinze jun. ist als Teil dieser breiteren Entwicklung einer Ausweitung des Anwendungsbereiches von Neuroleptika zu betrachten. Wagner spricht in diesem Zusammenhang von „sozialer Medikation“<sup>191</sup>, da nicht das einzelne Kind im Fokus der Behandlung stand, sondern die Funktionsfähigkeit der Einrichtung.

Da Heinze jun. bereits selbst in seiner Publikation solche Überlegungen äußerte, ist demnach zu fragen, ob bei jeder der in den Krankenakten identifizierten Behandlung mit Ciatyl von einer Heilabsicht auszugehen ist. Wagner hebt hervor, dass dies bei den von ihr untersuchten Prüfungen zu Neuroleptika wiederholt nicht der Fall war. Vielfach habe das Hauptaugenmerk nicht auf der Wirkung der Arzneistoffe bei einer medizinischen Indikation (wie zum Beispiel einer hirnorganischen Erkrankung) gelegen, sondern auf der Wirkung bei Minderjährigen mit „Leistungsschwächen und Verhaltensstörungen“.<sup>192</sup> Wagner argumentiert weiter, dass die Fokussierung des medikamentösen Ansatzes auf Leistungsschwächen und Verhaltensauffälligkeiten zwar zunächst konform mit der Legitimation des Kinder- und Jugendpsychiaters Hermann Stutte zum Einsatz von Neuroleptika ginge. Stutte erwartete, durch den Einsatz von Neuroleptika bei „enzephalopathischen“ Kindern zu einer „Verbreiterung der pädagogischen Angriffsfläche“ beizutragen und damit erst die Voraussetzungen für nichtmedikamentöse Therapien zu schaffen.<sup>193</sup> Allerdings würden, so Wagner weiter, die Publikationen erkennen lassen, dass eine nachfolgende nichtmedikamentöse Therapie in den Prüfungen gar nicht vorgesehen war, sondern immer wieder die sedierenden Eigenschaften der Arzneistoffe im Vordergrund standen.<sup>194</sup>

Wie das erste Beispiel dieses Kapitels zeigt, trifft diese letzte Aussage nicht generell auf die Prüfung von Ciatyl an der KJP Wunstorf zu. Allerdings gab es spezifische Konstellationen, in

---

<sup>190</sup> Siehe hierzu Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 10ff.

<sup>191</sup> Wagner (2019), S. 183.

<sup>192</sup> Wagner (2019), S. 161.

<sup>193</sup> Alle Zitate nach Wagner (2019), S. 61.

<sup>194</sup> Wagner (2019), S. 163.

denen die Sedierung offenbar aus nichttherapeutischen Gründen angestrebt wurde. Eine dieser Konstellationen beschrieb Heinze jun. in seiner Publikation zu Ciatyl und gab zugleich Dosierungsempfehlungen für einen solchen nichttherapeutischen Einsatz: „In einzelnen Fällen konnten bei älteren Kindern und Jugendlichen mit einer abendlichen Dosierung von 25 mg eine ausreichende Sedierung und auch eine günstige Beeinflussung der gestörten Nachtruhe erzielt werden. Dies erschien besonders bei der zeitweiligen Massierung älterer, hirnorganisch geschädigter Jugendlicher auf den Abteilungen auch unter pflegerischen Gesichtspunkten günstig.“<sup>195</sup>

Ein solches Vorgehen zeigt sich in den Akten nicht allein bei älteren Jugendlichen, sondern auch bei einem erst achtjährigen Jungen, bei dem ebenfalls ein frühkindlicher Hirnschaden diagnostiziert worden war. Im Verlaufsbogen der Krankenakte ist die ab dem 8. Februar 1967 geplante Medikation wie folgt angegeben: „[Z]unächst auf alle Fälle ruhig stellen. 3 x 40 Dominal per os [durch den Mund]. 2x10 und 2 x 25 Ciatyl, dazu 3 x ½ Akineton. Bei drohendem Parkinsonismus ½ Amp[ulle]. Akineton i[n]ter. m[uskulär]. reservieren: 80 mg Dominal + ½ Amp. Effortil i. m.“<sup>196</sup> In den folgenden Wochen wurde von der Reservation Gebrauch gemacht. Am 7. April 1967 hieß es: „In letzter Zeit macht das Kind wieder vermehrt Schwierigkeiten. Es hänselt gern die auf dem Saale sich befindenden 2 anderen Jungen, vor allem aber auch die auf dem Hauptwachsaaal untergebrachten anderen Patienten wie Epileptiker und Geisteskranke! Dadurch kommt es leicht zu Schlägereien! Früher hatten wir bereits versucht, die Höhe der Psychopharmacis herunterzusetzen, müssen jetzt aber wieder hoch gehen!“<sup>197</sup> Nun erhielt der Junge zusätzlich zu weiteren Medikamenten, darunter das Anti-Parkinson-Mittel Akineton, erneut einmal 10 mg und zweimal 25 mg Ciatyl.<sup>198</sup> Aus nicht weiter angegebenen Gründen wurde das Akineton in der Folge durch Keithon ersetzt, worunter der Junge jedoch mit starken Nebenwirkungen reagierte: „Seit gestern nun ist das Kind verändert: steif, teilweise abwesend, zittert mit den Händen. Nun heute Zunahme der Beobachtungen. Bekam abends ½ Amp. Akineton. Keithon abgesetzt. Weitere Verordnungen: 2 x 40 und 1 x 80 Dominal. 3 x 10 mg Ciatyl und 3 x ½ Tbl. Akineton.“<sup>199</sup> Die medikamentösen Einstellungsversuche bei diesem Jungen datieren aus der ersten Hälfte des Jahres 1967 als Hans Heinze jun. bereits über eine dreijährige Erfahrung mit diesem Arzneistoff verfügte. Dennoch

---

<sup>195</sup> Heinze (Ciatyl), S. 428.

<sup>196</sup> Krankengeschichte, Eintrag 8.2.1967, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04198.

<sup>197</sup> Krankengeschichte, Eintrag 7.4.1967, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04198.

<sup>198</sup> Krankengeschichte, Eintrag 7.4.1967, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04198.

<sup>199</sup> Krankengeschichte, Eintrag 7.4.1967, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04198.

wurde die Ciatyl-Dosis zunächst nicht gesenkt. Auffällig ist zudem, dass die Höhe der Dosis unmittelbar aus dem Verhalten des Jungen abgeleitet wurde.

Als sich schließlich das Verhalten des Kindes änderte, wurde nicht die neue Medikation als Begründung angeführt: „Den ganzen Monat Juni ging es eigentlich mit dem Jungen recht gut. Vor allem, als wir mehr Möglichkeiten schaffen konnten, dass jemand mit dem Jungen heraus ging, oder dass er zu allen Zeiten mit den Mitkranken auch anderer Häuser drausen [sic] rumtoben konnte. Zwar hat sich in seiner Grundverhaltensweise nicht viel geändert: frech, sehr lebhaft, deutet alles falsch, nässt laufend nachts ein! In hier und da noch auftretenden Erregungsphasen schreit er laut, muss dann auch gewaltsam beruhigt werden, indem er sogar im Bett fixiert werden muss!“<sup>200</sup> Eine möglicherweise auch durch die Medikamente erreichte bessere Ansprechbarkeit konnte also gar nicht durch eine weitere Förderung des Jungen genutzt werden. Vielmehr diente die ‚gewaltsame Beruhigung‘ vorrangig dazu, die Krankenhausroutinen aufrecht zu halten solange keine ausreichenden Betreuungsmöglichkeiten bestanden.

Ganz ähnlich stellt sich dies bei einem anderen Kind dar. Die Aufnahme des ebenfalls achtjährigen Jungen ist in der Krankengeschichte geschildert: „Nach der Aufnahme ausserordentlich unruhig, schrie und biss die Erzieherinnen. War nicht zum Anziehen zu bewegen. Erhielt zur Beruhigung 80 mg Dominal.“<sup>201</sup> Drei Wochen später hatte sich an der Situation, folgt man dem Verlaufsbogen, noch nichts geändert: „3 x 50 mg Melleril sollte er wegen seiner Unruhe bekommen, weil er die anderen Kinder reizt und dann geprügelt wird. Es wird aber zunächst noch davon Abstand genommen.“<sup>202</sup> Als sich schließlich doch für eine Medikation mit Melleril entschieden wurde, hieß es: „Seit der Einsedierung mit Melleril ruhiger geworden. Für Lob sehr zugänglich. Am besten ist er durch Arbeit zu beschäftigen.“<sup>203</sup> Beschäftigung und Zuwendung ist den Erzieherinnen an der KJP Wunstorf jedoch kaum möglich, wie auch die oben dargestellten fehlenden Bewegungsmöglichkeiten des anderen Jungen zeigen. Noch im Jahr 1973 hieß es anlässlich einer Begehung der Klinik über die KJP Wunstorf: „Bisher war es infolge der höheren Beschäftigungszahl kaum möglich, die Kinder beschäftigungstherapeutisch zu betreuen, da die hauswirtschaftlichen Arbeiten zuviel Zeit in Anspruch nahmen.“<sup>204</sup> Auch in der Folgezeit wurde die Medikation bei dem achtjährigen

---

<sup>200</sup> Krankengeschichte, Eintrag ohne Datum, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 03307.

<sup>201</sup> Krankengeschichte, Eintrag 25.11.1964, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04445.

<sup>202</sup> Krankengeschichte, Eintrag 15.12.1964, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04445.

<sup>203</sup> Krankengeschichte, Eintrag 29.1.1965, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04445.

<sup>204</sup> Bericht über Besichtigung des Nds. LKH Wunstorf durch Mitglieder des Arbeitskreises Sozialpolitik der SPD-Fraktion im Nieders. Landtag am 27.1.1975. Handarchiv Dr. Kersting.

Jungen mehrmals geändert. Ende Februar 1965 ist in den Berichten des Pflegepersonals notiert, dass der Junge „seit einiger Zeit ungenießbar sei. [...] Er scheut dann vor nichts zurück, wird gefährlich für andere Kinder, denn sobald ihn eins reizt, geht er mit allen Gegenständen, die es in die Hände bekommen kann, darauf los.“<sup>205</sup> Nun erhielt der Junge Ciatyl.

In einem dritten Fall stand der Wechsel in der Medikation eines Mädchens im Zusammenhang mit mehrmaligem Entweichen. Nach Rückkehr erhielt die 17-jährige zunächst eine Ampulle Ciatyl 25 mg und nach Abklingen der Sedierung morgens 12,5 mg und abends 25 mg Ciatyl plus zweimal ½ Akineton.<sup>206</sup>

Verhaltensweisen, wie in diesen Akten geschildert, sind überwiegend auch in anderen Krankenakten notiert, die eine Medikation mit Ciatyl dokumentieren: Über einen weiteren Jungen wurden „richtige Wut und Tobsuchtsanfälle“ berichtet<sup>207</sup>. „Wutanfälle“<sup>208</sup> wurden bei mehreren Kindern notiert. Ein Mädchen hatte trotz Schlafmittel, eines davon Vesparax mite<sup>209</sup>, Schlafstörungen und war außerordentlich unruhig.<sup>210</sup> Auch andere Kinder waren „unruhig und laut.“<sup>211</sup> Ein Junge fing nach der Aufnahme „an zu toben, schlägt mit Händen u. Füßen um sich [sic], will sein Bettzeug zerreißen.“<sup>212</sup> Lediglich bei einem Kind fehlen solche Hinweise fast völlig. Drei Wochen nach dem Beginn einer Kombinationsbehandlung von Tegretal und Ciatyl im Februar 1966 notierte das nichtärztliche Personal ab Anfang März, dass er „in letzter Zeit wieder sehr stark damit beschäftigt [sei], die jüngeren Kinder zu allerlei Untaten anzustiften.“ In diesem Fall wurde ein solches Verhalten offenbar zuvor nicht notiert. Angesichts des unzureichenden Pflegeschlüssels ist es naheliegend, dass solche Verhaltensweisen den Alltag des Pflegepersonals massiv beeinflussten.

Dass das nichtärztliche Personal und sein Interesse an einem geordneten Arbeitsablauf eine wichtige Rolle bei der Vergabe von sedierenden Medikamenten spielten, zeigt eindrücklich die 1980 erstmalig publizierte medizinsoziologische Studie zum Wunstorfer Landeskrankenhaus von Christa und Thomas Fengler. Nach ihnen sind es genau die oben beschriebenen Verhaltensweisen, die vom nichtmedizinischen Personal präzise protokolliert werden, da sie

---

<sup>205</sup> Krankengeschichte, Eintrag 22.2.1965, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04445.

<sup>206</sup> Medikamentenkurve, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2004/ Nr. 03307.

<sup>207</sup> Krankengeschichte, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04441.

<sup>208</sup> Siehe auch Erziehungsberichte, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 03307.

<sup>209</sup> Siehe hierzu Kap. 4.4: Weitere Medikamentenstudien an der KJP Wunstorf: Ausweitung des Indikationsbereiches und soziale Indikation.

<sup>210</sup> Erziehungsberichte, Jugendpsychiatrischer Bericht, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 02499.

<sup>211</sup> Erziehungsberichte, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 03307; Erziehungsberichte, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04198.

<sup>212</sup> Erziehungsberichte, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04198.

den „*Stationsfrieden* bedrohen.“<sup>213</sup> Solche Situationen markieren nach Fengler und Fengler eine Zäsur, die ein ärztliches Eingreifen unbedingt erforderlich mache, auch dann, wenn es keine medizinische Indikation gibt. In einer solchen Situation erwarte das Pflegepersonal vom Arzt, „daß er mit *seinen* Mitteln (Medikamente) dazu beiträgt, die Lage zu ‚entschärfen‘.“<sup>214</sup> Die Wunstorfer Klinik stellte in dieser Beziehung keinen Einzelfall dar, wie auch Wagner aufgrund ihrer Forschungen folgerte.<sup>215</sup>

Aber auch im Vorfeld der Einweisung von Kindern und Jugendlichen in die KJP Wunstorff drangen verschiedene Institutionen auf eine neue medikamentöse Einstellung, ohne dass eine medizinische Indikation ersichtlich war. Im Fall der ersten oben dargestellten Behandlung von Minderjährigen mit Ciatyl hatte sich das Landessozialamt Hannover im Vorfeld an Heinze jun. gewandt und ihn aufgefordert, „das Kinderheim Lohne aufzusuchen und den Jungen [Name] zu begutachten. Nach Angaben der Stadt Hannover ist das Kind dort nicht mehr tragbar und soll unbedingt sofort verlegt werden. Ggf. wäre zu prüfen, ob eine geeignetere medikamentöse Einstellung den Jungen ruhiger stellt.“<sup>216</sup> Aus dem Verlaufsbogen in der Krankenakte geht hervor, dass der Junge bereits im Heim Medikamente erhalten hatte: „Medikation: zunächst [vor Aufnahme in die KJP Wunstorff] ein Jahr Esucos, welches dann nicht mehr angeschlagen habe. Dann Ciatyl, leichten Parkinsonismus. Schließlich Neurocil. Alles hätte aber in der heimmöglichen Dosierung nicht mehr ausgereicht.“<sup>217</sup> In diesem Fall ging es also darum, neue Medikamentenkombinationen und geeignete Dosierungen zu finden, den Jungen auch nach der Rücküberweisung in ein Heim ruhig stellen zu können.

Ganz ähnlich verhielt es sich bei dem oben erwähnten siebzehnjährigen Mädchen, das im Birkenhof, einem Hannoveraner Mädchenheim, lebte. Die Aufnahme erfolgte „nicht nur, um die Diagnose zu klären, sondern vor allem, um sie medikamentös in einer Form einzustellen, die sie für den Birkenhof tragbar macht.“<sup>218</sup>

Die Beispiele zeigen eindeutig, dass Ciatyl in mehreren Fällen zur Sedierung von Kindern ohne eine medizinische Indikation eingesetzt wurde. Ruft man sich in Erinnerung, dass die Fachpublikation von Heinze jun., die im Unterschied zu anderen zu diesem Zeitpunkt publizierten Fachbeiträgen zu Ciatyl den Einsatz des Arzneistoffs bei Minderjährigen

---

<sup>213</sup> Fengler/Fengler (1994), S. 69. Hervorhebung im Original.

<sup>214</sup> Fengler/Fengler (1994), S. 70. Hervorhebung im Original.

<sup>215</sup> Wagner (2019), S. 78.

<sup>216</sup> Brief an LKH Wunstorff, 25.1.1967, NLA, H, Nds. 330 Wunstorff Acc. 2006/087 Nr. 03307.

<sup>217</sup> Krankengeschichte, Eintrag 8.2., NLA, H, Nds. 330 Wunstorff Acc. 2006/087 Nr. 04198.

<sup>218</sup> Untersuchung von Dr. Dames im Birkenhof am 13.1.1966, NLA, H., Nds. 330 Wunstorff, Acc. 2004/087 Nr. 03307.

beschrieb, so tritt die Reichweite solcher Empfehlungen zu einer Medikation ohne medizinische Indikation angesichts einer hohen Nachfrage an entsprechenden Informationen durch öffentliche und private Einrichtungen klar hervor. Es ist also davon auszugehen, dass die Sedierung von Kindern und Jugendlichen zum Erreichen eines institutionell erwünschten Verhaltens an der KJP Wunstorff Teil der Krankenhausroutine war und dass Medikamentenversuche auch mit dem Ziel durchgeführt wurden, eine solche Sedierung – im günstigen Fall unter Verringerung der Nebenwirkungen – zu erreichen und dadurch ihre erleichterte Betreuung in Heimen des Landes Niedersachsen zu gewährleisten..

#### 4.1.3 Nebenwirkungen

Wagner hebt hervor, dass die Risiken von Neuroleptika seit Mitte der 1950er Jahre bekannt waren. Hierzu zählten die häufig auftretenden „Parkinson-ähnlichen motorischen Erscheinungen“<sup>219</sup>, Antriebsminderungen und eine verringerte emotionale Ansprechbarkeit sowie ein nachlassendes Interesse. Ebenfalls geläufig war die Gefahr der Begünstigung von Krampfanfällen. Auch Langzeitfolgen wie Leberschädigung bei langanhaltender Medikation und Beeinträchtigungen des noch in der Entwicklung befindlichen Gehirns von Kindern wurden für möglich gehalten.<sup>220</sup>

Speziell für Ciatyl hatten vorangegangene Studien die Nebenwirkungen im Vergleich zu anderen vergleichbaren Neuroleptika uneinheitlich eingeschätzt. Die Beurteilung der Verträglichkeit reichte von „ausgezeichnet“<sup>221</sup> bis zur Einschätzung, dass die Nebenwirkungen, und hier besonders die extrapyramidalen Störungen, „eher etwas stärker“<sup>222</sup> seien. Ferner berichteten die Fachpublikationen in einzelnen Fällen über Kreislauffunktionsstörungen.<sup>223</sup> Beide Nebenwirkungen thematisierte auch Heinze jun. Zu den extrapyramidalen Störungen führte er aus, dass in „in etwa 5-10 % der Fälle zumeist leichte bis mittelgradige *extrapyramidal-motorische Begleiteffekte* beobachtet [wurden], davon 2 Fälle starken Ausmaßes, die jedoch sämtlich nach Absetzen bzw. Reduzierung der Medikation verschwanden, nachdem eine zusätzliche Behandlung mit Antiparkinsonmitteln erfolgt war.“<sup>224</sup> Bei den angegebenen 71 Versuchspersonen verwundert die Angabe von Richtwerten bezüglich dieser Nebenwirkung. Festzuhalten bleibt, dass es recht häufig zu extrapyramidalen Begleiterscheinungen kam. Die Krankenakten der betroffenen Kinder lassen erkennen, dass

---

<sup>219</sup> Wagner (2019), S. 167.

<sup>220</sup> Wagner (2019), S. 167f.

<sup>221</sup> Hildebrand (1964), S. 244.

<sup>222</sup> Marx (1966), S. 447.

<sup>223</sup> Siehe beispielhaft Raven (1962), S. 1229.

<sup>224</sup> Heinze (Ciatyl), S. 427.

Antiparkinsonmittel in der Regel bereits präventiv eingesetzt wurden. Dies widerspricht der Angabe in der Fachpublikation. Zudem wurde nicht in jedem Fall sofort eine Reduzierung der Nebenwirkungen angestrebt, wie es der Aufsatz von Heinze jun. nahelegt. Über den achtjährigen Jungen, bei dem auch das Landessozialamt Hannover um eine medikamentöse Ruhigstellung ersucht hatte, wurden diese Nebenwirkungen vielmehr über längere Zeit in Kauf genommen: „Häufig zittert er ziemlich am Leib. Versuche, die Medikamente herunterzubringen, misslangen leider jedes Mal. Immer wieder war der Junge sogleich vermehrt unruhig, laut und angriffslustig, vor allem gegen die schwer zu behandelnden Epileptiker.“<sup>225</sup> Dieses Beispiel zeigt überdies, dass insbesondere dann mit extrapyramidalen Symptomen zu rechnen war, wenn das Ciatyl in hoher Dosierung zur Sedierung eingesetzt wurde, also auch in solchen Fällen, in denen der Medikation keine ausschließlich therapeutische Zielsetzung zugrunde lag.

Bei der Beurteilung der Aussagekraft der Krankenakten über Nebenwirkungen gilt es, drei Aspekte zu beachten: Erstens wurde Ciatyl in der Regel mit anderen Medikamenten zugleich verabreicht. Daher ist es nicht möglich, in den Akten genannte Veränderungen der Kinder eindeutig einem Medikament zuzuordnen. Bei einem Mädchen, das über Monate hinweg nach seiner Entlassung 3 x täglich Ciatyl in Kombination mit 3 x tägl. einer halben Tablette Akineton sowie bei Bedarf Encephabol erhielt, klagte die Mutter über eine „Inaktivitäts-Adipositas“<sup>226</sup> Vier Monate später, im März 1967, konstatierte auch Heinze jun., dass das Mädchen aufgrund der Medikation erheblich zugenommen habe.<sup>227</sup> Zweitens lässt eine ärztliche Sicht auf Nebenwirkungen mitunter gerade jene Aspekte unberücksichtigt, die aus Perspektive der Patientinnen und Patienten sehr gravierend sind. So legt der Münsteraner Psychiater Anton in einer Fachpublikation zu Ciatyl dar, dass Versuchspersonen nach dem Abklingen akuter Psychosen Ciatyl ablehnten, da sie sich „in ihrer psychischen Aktivität beeinträchtigt und vergewaltigt fühlten.“<sup>228</sup> Anton untersuchte die Wirkung von Ciatyl bei Erwachsenen, die sich möglicherweise eher als Kinder zur Wirkung von Arzneistoffen äußerten. Zudem ist davon auszugehen, dass die Eindrücke der minderjährigen Patientinnen und Patienten vom Pflegepersonal der KJP Wunstorf nur selten in die Krankendokumentation eingingen. Drittens gilt es zu berücksichtigen, dass vor allem Langzeitfolgen angesichts eines in der Regel nur wenige Wochen dauernden Aufenthaltes an der KJP Wunstorf vermutlich erst nach der

---

<sup>225</sup> Krankengeschichte, Eintrag ohne Datum, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 04198.

<sup>226</sup> Ambulante Nachuntersuchung, 4.11.1966, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 2499.

<sup>227</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 4.3.1967, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 2499.

<sup>228</sup> Anton (1962), S. 667.

Entlassung auftraten. Dennoch zeigt der Vergleich zwischen Krankenakten und Publikation, dass letztere nicht vollständig über Nebenwirkungen Auskunft gibt. Dies gilt insbesondere hinsichtlich der Bereitschaft, die Dosierung zur Reduzierung von Nebenwirkungen zu senken.

#### 4.2 G33040: Ausweitung des Indikationsbereichs eines Antidepressivums

Bei G 33040 handelt es sich um das trizyklische Antidepressivum Insidon, das von dem Schweizer Pharmaunternehmen Geigy entwickelt wurde. Der Arzneistoff wurde am 12.10.1961 in der Schweiz zugelassen<sup>229</sup> sowie im April 1962 in der Bundesrepublik<sup>230</sup>. Geigy hatte auch das erste moderne Antidepressivum, Imipramin, auf den Markt gebracht, das von dem Leiter der Psychiatrischen Klinik in Münsterlingen, Roland Kuhn, 1957 zum ersten Mal auf dem II. Internationalen Kongress für Psychiatrie vorgestellt wurde und unter dem Namen Tofranil auf den Markt kam.<sup>231</sup> Aufgrund seiner spezifischen Struktur von drei nebeneinander angeordneten Ringen werden Imipramin, ebenso wie strukturähnliche Arzneistoffe, als trizyklisches Antidepressiva bezeichnet. Nach Tofranil versuchte das Unternehmen, durch weitere trizyklische Antidepressiva an diesen Erfolg anzuknüpfen. In diesem Zusammenhang stand auch die Entwicklung von Insidon, das von Geigy ab Ende der 1950er Jahre geprüft wurde.<sup>232</sup>

In den aus der KJP Wunstorf erhobenen Krankenakten findet sich nur in einem einzigen Fall der Hinweis auf das Versuchspräparat G 33040 im April 1962, nämlich in der Krankenakte eines 15-jährigen Mädchens. D. h. die Minderjährige wurde entweder unmittelbar vor oder nach der Markteinführung von Insidon in der Bundesrepublik mit dem Versuchspräparat behandelt. Aufgrund dieses Einzelfundes und fehlender Fachpublikationen zur Prüfung ist die Quellenlage sehr dünn. Dennoch ist der Fund von Interesse für zwei Fragestellungen, denen hier exemplarisch nachgegangen werden kann: Erstens auf wessen Initiative der Versuch zurückging. Damit rückt die Beziehung zwischen Prüferinnen und -ärzten sowie dem Pharmaunternehmen in den Fokus. Zweiten soll untersucht werden, ob das Antidepressivum ausschließlich auf seine Wirkung bei Kindern geprüft wurde oder der Fund Teil einer klinikweiten Prüfung war, so dass das Alter des Kindes keine Rolle spielte. Der Vergleich mit anderen klinischen Studien zu G 33040 erlaubt es, Thesen darüber zu entwickeln, welchen Charakter die Prüfung des Arzneistoffs in Wunstorf besaß.

---

<sup>229</sup> Meier/König/Tornay (2019), S. 302f.

<sup>230</sup> Novartis Pharma Products 12/2000.

<sup>231</sup> Tornay (2016), S. 85.

<sup>232</sup> Meier/König/Tornay (2019), S. 302f.



Die Aufnahme der Jugendlichen, in deren Akte die Medikation mit dem Versuchspräparat dokumentiert ist, erfolgte auf Initiative einer niedergelassenen Psychiaterin, die das Mädchen seit einem knappen Jahr betreute und um Vorschläge für die weitere Unterbringung bat.<sup>233</sup> Einige Jahre später, 1966, wurde die inzwischen Neunzehnjährige erneut zur Aufnahme gebracht. An den in der Krankenakte des Mädchens überlieferten Dokumenten fällt das Nebeneinander verschiedener Diagnosen auf, wie es für viele an der KJP Wunstorf aufgenommene Kinder typisch war: Die erste diagnostische Beurteilung in der Klinik findet sich in einem Schreiben von Clarita Dames an die Krankenkasse vom 13. April 1962, also vier Tage nach der Aufnahme des Kindes: „Es bestand eine schwere reaktive Depression“<sup>234</sup>. Die Diagnose einer Depression bei Kindern war bis Anfang der 1970er Jahre noch sehr umstritten und wurde daher nur selten vergeben.<sup>235</sup> Am 17. April 1962 fand eine Krankenhausbesprechung statt, auf der eine andere Ärztin oder ein anderer Arzt die Diagnose „Disharmonische Pubertätsentwicklung“<sup>236</sup> formulierte. Im ärztlichen Bericht von Heinze jun. vom 22. Mai 1962 an die Krankenkasse heißt es wiederum: „Anlage-, milieu- und entwicklungsbedingte Verhaltensstörungen in der Pubertät, Verdacht auf zusätzliche organische Hirnschädigung“.<sup>237</sup> Auf das Deckblatt der Krankenakte notierte er als vorläufige Diagnose: „Ehlich geborenes, familiär und hirnorganisch anlagebedingt belastetes, intellektuell noch durchschnittlich begabtes Mädchen mit Neigung zu dranghaften Fortlaufen. Disharmonische puberale Entwicklung. Erheblicher Milieuschaden.“<sup>238</sup> Der Hinweis auf die ‚anlagemäßige Belastung‘ verweist auf das Fortbestehen degenerationstheoretischer Begründungen von Verhaltensabweichungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie auch nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs.<sup>239</sup> Solche Erklärungsansätze waren nun aber eingebettet in eine ‚mehrdimensionale Diagnostik‘.<sup>240</sup> Oftmals wurden dabei erbliche und umweltbedingte Erklärungsansätze einer organischen Begründung von Verhaltensauffälligkeiten untergeordnet. Einen solchen Abwägungsprozess zeigen auch die verschiedenen Diagnosen, die in den einzelnen Dokumenten aufzufinden sind. In keinem der Berichte ist erwähnt, dass das Mädchen einnässte. Enuresis war zu diesem Zeitpunkt die Hauptindikation für die Behandlung von

---

<sup>233</sup> Siehe zu Folgendem: NLA HA, Nds. 330 Wunstorf, Acc 2006/087 Nr. 01039. Aus Datenschutzgründen werden die einzelnen Dokumente nicht genau bezeichnet.

<sup>234</sup> NLA HA, Nds. 330 Wunstorf, Acc 2006/087 Nr. 00572.

<sup>235</sup> Kuhn-Gebhardt (1972).

<sup>236</sup> NLA HA, Nds. 330 Wunstorf, Acc 2006/087 Nr. 00572.

<sup>237</sup> NLA HA, Nds. 330 Wunstorf, Acc 2006/087 Nr. 00572.

<sup>238</sup> NLA HA, Nds. 330 Wunstorf, Acc 2006/087 Nr. 01039.

<sup>239</sup> Bergmann (2014).

<sup>240</sup> Enke (1955).

Kindern mit Antidepressiva. Die verschiedenen Befunde bestätigen auch, dass die Diagnose einer Depression bei Minderjährigen zeitgenössisch noch umstritten war.

Bei der Erstaufnahme erfolgte in den ersten zwei Wochen keine medikamentöse Behandlung. Nach acht Tagen wurde eine Pneumenzephalographie durchgeführt und ab dem 23. April 1962 erhielt das Mädchen eine antibiotische Salbe zur Wundbehandlung sowie ab dem 24. April morgens und mittags „1 Drag. Mental Drag. G 33040 25 mg“<sup>241</sup> bis mindestens zum 1. Mai 1962. Dann enden die Wiederholungszeichen in der Medikamentenkurve und das Datum ist nur noch unregelmäßig am 12. sowie am 15. Mai 1962 in die dafür vorgesehene Kopfspalte eingetragen. Daher lässt sich das Ende der Behandlung mit dem Versuchspräparat nicht genau bestimmen. Ab dem 23. Mai 1962 erhielt das Mädchen täglich eine Tablette des Schlafmittels Itridal bis zu ihrer Entlassung eine Woche später.<sup>242</sup> Die Einnahme des Versuchsstoffs findet sich auch in den Pflegeberichten in einem Eintrag ohne Datum: „Seit heute bekommt sie morg. u. mitt. 1 Drag. Mental Drug G. 33040.“<sup>243</sup> Dass es sich um ein Versuchspräparat handelte, war also auch für das nichtärztliche Personal klar erkennbar. In dem Jugendpsychiatrischen Bericht an das Jugendamt Hannover von Dr. Dames und Dr. Heinze ist der Versuchsstoff hingegen nicht erwähnt.<sup>244</sup> Angaben über die Indikation für den Einsatz des Versuchsstoffs, über Wirkungen und/oder Nebenwirkungen und unter wessen Leitung der Versuch stand, lassen sich der Krankenakte nicht entnehmen. Da jedoch Clarita Dames die Diagnose einer Depression stellte, auch wenn sie sich schließlich damit nicht durchzusetzen schien, kann der Einsatz des Versuchspräparats durchaus auf ihre Initiative erfolgt sein.

Auch in der für die Entwicklung von Insidon im heutigen Klinischen Archiv Novartis Pharma existierenden Überlieferung konnten keine Prüfunterlagen zu Versuchen am Wunstorfer LKH identifiziert werden.<sup>245</sup> Trotz der dünnen Datenlage ist es aber möglich, auf der Grundlage von Quellen zu weiteren klinischen Prüfungen des Arzneistoffs, Thesen zur Einordnung der Vergabe des Versuchsstoffs an der KJP Wunstorf zu entwickeln. Wie dargestellt, erfolgte die Behandlung der Patientin im unmittelbaren zeitlichen Kontext der Markteinführung von Insidon in der Bundesrepublik, jedoch mit dem Versuchsstoff. Als Roland Kuhn Ende 1959 in der Schweiz mit der Prüfung des Arzneistoffs begann, hob er als Nebenwirkung Zustände

---

<sup>241</sup> NLA HA, Nds. 330 Wunstorf, Acc 2006/087 Nr. 01039.

<sup>242</sup> NLA HA, Nds. 330 Wunstorf, Acc 2006/087 Nr. 01039.

<sup>243</sup> NLA HA, Nds. 330 Wunstorf, Acc 2006/087 Nr. 01039.

<sup>244</sup> Für die Prüfung von Encephabol fanden sich vereinzelt entsprechende Hinweise in den jugendpsychiatrischen Berichten. Siehe hierzu: Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 75.

<sup>245</sup> Da die Prüfkliniken nicht systematisch verzeichnet sind, heißt dies nicht, dass keine Prüfunterlagen über eine Prüfung in der Wunstorfer Klinik existieren. Siehe hierzu: Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 12f.

„ausgesprochener Gewalttätigkeit“<sup>246</sup> hervor. Andere Versuchspersonen reagierten hingegen mit Müdigkeit, so dass Kuhn das Versuchspräparat auch bei Schlafstörungen einsetzte.<sup>247</sup> Eine beruhigende Wirkung hob ebenso der Schweizer Psychiater Walter Pöldinger hervor, der den Arzneistoff ebenfalls vor seiner Markteinführung prüfte. Er berichtete von besonders guten Resultaten bei einem Fall von neurotischer Depression und zwei Fällen von reaktiver Depression. Aufgrund seiner Beobachtungen schlug Pöldinger die Einordnung des Arzneistoffs als „Tranquilizer mit thymoleptischer Wirkungskomponente“<sup>248</sup> vor. Gemeinsam war diesen, der Markteinführung vorangegangenen Versuchen, dass sie an Erwachsenen erfolgten.

Erst im Umfeld der Schweizer Markteinführung Ende 1961 wurde der Arzneistoff von Roland Kuhn und seiner Ehefrau Verena Kuhn-Gebhardt an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen auch bei Kindern mit leichter Depression und mit Schlafstörungen erprobt.<sup>249</sup> Von Interesse ist hierbei, dass das Ehepaar Kuhn ebenfalls einen Versuchsstoff verwandte, wie im Folgenden dargestellt werden wird. Zwar sind in der Krankenakte der Wunstorfer KJP vom April 1962 keine Schlafstörungen bei dem 15-jährigen Mädchen notiert, das G 33040 wurde jedoch nach einer möglichen Unterbrechung der Medikation durch ein Schlafmittel ersetzt. Zudem lässt die Krankengeschichte klar erkennen, dass G 33040 nicht wie andere Antidepressiva auf seine Wirkung bei Bettnässen geprüft wurde.<sup>250</sup> Es ist daher davon auszugehen, dass auch in diesem Fall die antidepressive bzw. die schlaffördernde und beruhigende Wirkung des Arzneistoffs im Vordergrund stand.

Vor dem Hintergrund dieser Parallelen verspricht der Blick auf die Versuche an der Klinik Münsterlingen auch weitere Hinweise darauf, ob sich der Versuch an der KJP Wunstorf in eine schrittweise Ausdehnung des Indikationsgebietes von Insidon eingliederte. Ein Schriftwechsel von Roland Kuhn mit Geigy legt nahe, dass das Pharmaunternehmen Anfang der 1960er Jahre noch keinen Einsatz von Insidon bei Kindern anstrebte, sondern die Versuche von Kuhn aus einer privaten Initiative des Psychiaters hervorgingen. Lediglich bei Tofranil wurde von Geigy Anfang 1961 eine Anwendung bei Kindern empfohlen.<sup>251</sup> Rund ein Jahr nach der Zulassung von Insidon in der Schweiz und rund sechs Monate nach der Gabe des Versuchsstoffs in der KJP Wunstorf bat Roland Kuhn im November 1962 um die Zusendung weiterer

---

<sup>246</sup> Prüfbericht über G 33040, 10.6.1958, S. 2, StATG, 9'40, 5.1.0/0.2. Zitiert nach: Meier/König/Tornay (2019), S. 87.

<sup>247</sup> Meier/König/Tornay (2019), S. 131.

<sup>248</sup> Pöldinger (1962), S. 35ff.

<sup>249</sup> Meier/König/Tornay (2019), S. 302f.

<sup>250</sup> Heinze (Langzeitfolgen), S. 312.

<sup>251</sup> Jahresbericht der Medizinischen Abteilung Geigy Basel 1961, Seite 25, Box 82, 14/24, Klinisches Archiv Novartis Pharma.

Versuchspräparate und gab dabei Auskunft über die geplanten Anwendungsbereiche: „Sie haben uns vor längerer Zeit dreieckige gelbe Insidontabletten in einer Dosierung von 10 mgr. zur Verfügung gestellt. Wir haben bisher damit vor allem Kinder behandelt und zwar solche mit leichteren Depressionen, die auch über Schlafstörungen klagen. [...] Soweit wir orientiert sind, besteht keine Möglichkeit Insidon in dieser Dosierung im Handel zu bekommen, und wir möchten Sie deshalb anfragen, ob Sie uns weiterhin Insidon in der Dosierung von 10 mgr. zur Verfügung stellen können.“<sup>252</sup> Der Hinweis von Kuhn, dass Insidon nach seiner Auffassung nicht in einer für Kinder geeigneten Applikationsform zur Verfügung stand, unterstreicht das fehlende Interesse Geigys an dieser Zielgruppe. In den folgenden Jahren, bis ins Jahr 1966 hinein, bat Kuhn mehrfach um weitere 10 mg-Versuchspräparate<sup>253</sup> und schlug Geigy eine entsprechende Ausweitung des Indikationsbereiches vor: „Wir sind der Auffassung, dass sich in der Kinderpsychiatrie ein ebenso weites wie wichtiges Indikationsgebiet für die antidepressiven Medikamente ergibt. Wir stehen freilich in dieser Auffassung im Gegensatz zu weiten Kreisen der Kinderpsychiater. Wir stehen aber damit, wie wir feststellen können, auch nicht allein.“<sup>254</sup> Offenbar hatten zu diesem Zeitpunkt nicht nur in Münsterlingen und Wunstorf, sondern auch anderswo Psychiaterinnen und Psychiater Minderjährige mit diesem Präparat behandelt. Geigy stand hingegen einer solchen Indikation auch in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre ablehnend gegenüber. Ursächlich war die Einschätzung, dass eine Ausweitung des Indikationsbereichs keinen wirtschaftlichen Gewinn erwarten ließe: „Wir haben die zusammenhängenden Fragen natürlich nicht nur unter medizinischen Gesichtspunkten prüfen müssen, sondern auch unter dem Gesichtspunkt des Bedarfs an weiteren Applikationsformen für die beiden genannten Psychopharmaka. Dieser ist nun nach unseren Recherchen sehr gering, entsprechende Wünsche sind nur selten an uns gelangt und in neuerer Zeit überhaupt nicht mehr.“<sup>255</sup> Geigy machte Kuhn aber insofern weiterhin Zugeständnisse, dass es ihm noch im April 1968, also sechseinhalb Jahre nach Zulassung des Arzneistoffs, Versuchspräparate in der Dosierung von 10 mg zur Verfügung stellte.<sup>256</sup>

Nun, Ende der 1960 Jahre, deutete sich auch ein Wandel bei Geigy zum Einsatz von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen an. Aus den Jahren 1968/69 liegen aus dem Klinischen Archiv Novartis Pharma mehrere Berichte über die Anwendung von Antidepressiva

---

<sup>252</sup> Kuhn an Geigy, 6.11.1962, StATG, 9'40, 503/26.

<sup>253</sup> Kuhn an Geigy, 21.12.1965; Kuhn an Geigy, 12.8.1966, StATG, 9'40, 503/26.

<sup>254</sup> Kuhn an Geigy, 12.8.1966, StATG, 9'40, 503/26.

<sup>255</sup> Geigy an Kuhn, 24.8.1966, StATG, 9'40, 503/26.

<sup>256</sup> Geigy an Kuhn, 1.4.1968, StATG, 9'40, 503/26.

bei verhaltensauffälligen Kindern vor.<sup>257</sup> Im Zusammenhang dieser Prüfungen wurde nicht allein die Diagnose der kindlichen Depression verfestigt, wie ein etwas späterer Bericht aus dem Jahr 1970 eindrücklich zeigt. Der schulpsychiatrische Dienst der Stadt Zürich hatte einen Versuch mit einem weiteren Antidepressivum, dem seit 1964 auf dem Markt befindlichen Ketimipramin, durchgeführt und den Arzneistoff an „Kinder[n] und Jugendliche[n] mit depressiven Symptomen, die teils im Zusammenhang anderer Erkrankungen z. B. infantiler hirnerkranklicher Psychosynonyme, neurotischer Entwicklungen, Verwahrlosungserscheinungen oder als vorwiegend reaktives oder endogenes Krankheitsgeschehen aufgefasst werden mussten“<sup>258</sup>. Solchermaßen wurden die Symptome einer Depression erweitert. Darüber hinaus veränderte sich auch die Charakterisierung des Arzneistoffs vom Antidepressivum zum „harmonisateur psycho-somatique.“<sup>259</sup>

Eine Ausweitung des Indikationsbereiches zunächst auf die neu formulierte Diagnose der kindlichen Depression und schließlich auf das weitere Feld kindlicher Verhaltensauffälligkeiten und Verwahrlosung erfolgte auf Initiative von (Kinder-)psychiaterinnen und -psychiatern, aber auch aus dem Umfeld der Schule. Letzteres hatte Wagner auch für die Erprobung von Neuroleptika hervorgehoben.<sup>260</sup> Es ist daher nicht unwahrscheinlich, dass auch Hans Heinze jun. oder Clarita Dames sich aus eigener Initiative an das Pharmaunternehmen gewandt hatten, um Insidon an Kindern zu prüfen. Allerdings erfolgte in Wunstorf die Gabe der 25mg-Dragees, die Roland Kuhn in Münsterlingen als für Kinder ungeeignet angesehen hatte. Ist die Schlussfolgerung einer Ausweitung des Indikationsbereiches auf die Initiative von Psychiaterinnen und Psychiatern zutreffend, so wäre die Gabe von Insidon an der Wunstorfer KJP 1962 als ein sehr früher Versuch für ein solches Vorgehen einzuordnen. Für Geigy ist die Unterstützung von Anwendungsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hingegen erst aus der zweiten Hälfte der 1960er Jahre dokumentiert. Sowohl der Einsatz von G 33040 an der KJP Wunstorf als schlafförderndes Mittel bei kindlicher Depression als auch die weiteren Eingangs dargestellten ‚Diagnosen‘, wie das Davonlaufen, die ‚disharmonische‘ Entwicklung in der Pubertät oder sogar Verhaltensauffälligkeiten durch ein hirnerkranklich bedingtes

---

<sup>257</sup> „L'Insidon chez l'enfant» (C.H.U. Bretonneau, 37 Tours, France, 1969), B71 0092 2; „Unterlagen zu den Fallbeispielen“, 24.1.1968, Schulpsychiater Glattal, Schulhaus Gubel B., Zürich, B68 348 13P; Bericht über „Utilisation de l'INSIDON en pediatrie“. 1.5.1969, Hôpital Hérolde, Paris 19e, France, B69 1810 7P, Bericht über „Etude Clinique de l'INSIDON en pediatrie“. Hôpital Purpan, Toulouse, France. 3. 7.1969, B69 1826 3P, Klinisches Archiv Novartis Pharma.

<sup>258</sup> Bericht vom Schulpsychiatrischen Dienst der Stadt Zürich: „Die Behandlung depressiver Zustandsbilder im Kindes- und Jugendalter mit Ketipramin“, 3.7.1970, B70 1349, Klinisches Archiv Novartis Pharma.

<sup>259</sup> Bericht über „Etude Clinique de l'INSIDON en pediatrie“. Hôpital Purpan, Toulouse, France. 3. 7.1969, B69 1826 3P Klinisches Archiv Novartis Pharma.

<sup>260</sup> Siehe Kapitel 4.1 Ciatyl.

Psychosyndrom sind solche Symptome, die in späteren Anwendungsstudien zu Insidon oder zu weiteren Antidepressiva als mögliche Anwendungsgebiete genannt wurden.

#### 4.3 Encephabol: Arzneimittelstudien und ihre Publikationen als Verkaufsstrategie?

Die Erprobung des Arzneistoffs Pyriithoxin, einem Vitamin-B-Derivat, das von Merck im Mai 1963 unter dem Namen Encephabol in der Bundesrepublik auf den Markt gebracht wurde, ist inzwischen medizinhistorisch gut erforscht.<sup>261</sup> Dies ist vor allem der außerordentlich guten und auch zugänglichen Quellenüberlieferung in Form von Krankenakten, Firmendokumenten und einer gemeinsamen Fachpublikation von Hans Heinze jun. und Fritz Stöckmann geschuldet. Die beiden zuletzt genannten Kinder- und Jugendpsychiater hatten Encephabol an der KJP Wunstorf, bzw. an den Rotenburger Anstalten getestet.<sup>262</sup> Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass trotz der seit Beginn der Prüfung in den 1950er Jahren vorgenommenen beständigen Ausweitung des Indikationsbereichs die meisten Studien keine Wirkungen von Encephabol feststellen konnten. Dennoch entschloss sich das Pharmaunternehmen, das mit über 400 Prüfungen inzwischen einen erheblichen ökonomischen Aufwand betrieben hatte<sup>263</sup>, den Arzneistoff auf den Markt zu bringen. Tatsächlich wurde Encephabol ein finanzieller Erfolg.<sup>264</sup> Encephabol war und ist apotheken- aber nicht rezeptpflichtig. Daher kamen von Beginn an neben Kliniken und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch die Patientinnen und Patienten selbst als potenzielle Abnehmerinnen und Abnehmer in den Blick. Dies unterschied Encephabol von den meisten anderen an der KJP Wunstorf geprüften Arzneistoffen, die überwiegend rezeptpflichtig und teils aufgrund ihrer möglichen Nebenwirkungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte schwer zu dosieren waren. Da nach den vorangegangenen negativen Prüfergebnissen ein wissenschaftlicher Wirkungsnachweis für die ab November 1961 an der KJP Wunstorf durchgeführten Erprobungen nicht zu erwarten war, ist im Folgenden der Frage nachzugehen, welche Interessen Merck mit dieser Prüfung verfolgte. Ferner soll untersucht werden, wie die zu erwartenden negativen Ergebnisse in der Publikation thematisiert wurden. Dass die Prüfung für Heinze jun. und Stöckmann finanziell lohnend war, wurde bereits gezeigt.<sup>265</sup>

Die Entscheidung, Encephabol an der KJP Wunstorf zu prüfen, fiel aus Sicht von Merck vor dem Hintergrund der kurz vor Markteinführung vorrangig negativen Studienergebnisse und

---

<sup>261</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), Wagner (2019); Schepker/Kölch (2018); Wagner (2016).

<sup>262</sup> Heinze/Stöckmann (Pyriithoxin).

<sup>263</sup> Schreiben von MPA - Medizin vom 12.8.1963, betr. Encephabol / Auslandsanmeldungen, MA, L 10/80b.

<sup>264</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 67-77; Wagner (2019), S. 110-116.

<sup>265</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 70f.

dem Fehlen einer Publikation aus dem Gebiet der Pädiatrie. Heinze jun., davon ist auszugehen, galt Merck als ein ‚wohlwollender‘ Prüfer.<sup>266</sup> Laut Publikation ging es bei dem Versuch um die Frage, „ob Pyriethoxin einen Einfluß auf das Verhalten von zerebralleistungsgeminderten bzw. -geschädigten Kindern ausüben könnte“<sup>267</sup> sowie darum, „inwieweit auf kindlichen Erethismus, auf die Verbesserung der Sozialkontakte sowie auf allgemeine, vor allem aber auch sprachliche Retardierungsmerkmale Einfluss genommen werden konnte.“<sup>268</sup> Zu den hier aufgeworfenen Fragen lagen teilweise seit 1962 eindeutige Ergebnisse vor, so beispielsweise, dass Encephabol „für erethische Kinder [...] ungeeignet“<sup>269</sup> sei. Allerdings geht aus der Firmendokumentation auch hervor, dass negative Prüfergebnisse nicht publiziert wurden.<sup>270</sup>

Der Arzneistoff war bis 1964 an der KJP Wunstorf und den Rotenburger Anstalten an mindestens 82 Kindern und Jugendlichen getestet worden. Heinze jun. und Stöckmann sprachen diesbezüglich von „auswertbare[n] Fälle[n]“. <sup>271</sup> Aus welchen Gründen ein ‚Fall‘ als nicht auswertbar erschien, wurde in der Publikation nicht angegeben. Die tatsächliche Anzahl der Minderjährigen, die den Versuchsstoff erhalten hatten, lag also höher. Heinze jun. hatte Encephabol schon an der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Gießen geprüft, und die Tests nach seinem Wechsel an die KJP Wunstorf im November 1961 fortgesetzt.<sup>272</sup> Wie viele Minderjährige an der KJP Wunstorf in die Studie inkludiert waren, geht aus den gesichteten Quellen nicht hervor. Bis Juni 1962 hatten mindestens 50 Kinder- und Jugendliche Encephabol an der Wunstorfer KJP erhalten, wie sich einer Angabe über die an Merck gesandten Prüftabellen entnehmen lässt.<sup>273</sup> Auch nachdem der Arzneistoff im Mai 1963 auf den Markt kam, erhielt Heinze jun. von Merck bis mindestens 1967 weiterhin Encephabol<sup>274</sup> und in seine Publikation aus dem Jahr 1964 gingen Beobachtungen aus der Zeit nach der Markteinführung ein. Dies unterstreicht erneut, dass der Zeitpunkt der Markteinführung in den 1960er Jahren nicht mit dem Ende von Prüfungen des Präparats gleichzusetzen war.<sup>275</sup>

Aus dem Bestand der Krankenakten der KJP Wunstorf konnten bis zum Jahr der Publikation neun Akten identifiziert werden, die eine Medikation mit Encephabol dokumentieren. Die

---

<sup>266</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 68f.

<sup>267</sup> Heinze/Stöckmann (Pyriethoxin), S. 1913.

<sup>268</sup> Heinze/Stöckmann (Pyriethoxin), S. 1913.

<sup>269</sup> Schreiben MPA-Medizin, betr. Pyriethoxin / Stand der klinischen Prüfung und Konsequenzen des Symposiums vom 9.10.1962, MA, L 10/80b.

<sup>270</sup> Schreiben von MPA - Medizin vom 12.8.1963, betr. Encephabol / Auslandsanmeldungen, MA, L 10/80b.

<sup>271</sup> Heinze (Pyriethoxin), S. 1913.

<sup>272</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 68.

<sup>273</sup> Schreiben von Heinze jun. an Dr. B., 12.6.1962, MA, L10/65.

<sup>274</sup> Schreiben von Dr. B. an Heinze jun., 11.12.1967, MA, L10/65.

<sup>275</sup> Siehe auch Kapitel 4.2: G 33040: Ausweitung des Indikationsbereichs eines Antidepressivums.

Akten decken die Zeit zwischen Februar 1962 und Oktober 1963 ab und verzeichnen die Teilnahme von vier Mädchen und fünf Jungen im Alter zwischen fünf und 16 Jahren. In diesem Sample befindet sich die Krankenakte eines Mädchens, deren Fallgeschichte Heinze jun. unter der Buchstabenkombination F. O. in der Publikation erwähnte. Demnach hatte das Kind zwischen Ende Oktober 1962 und Februar 1964<sup>276</sup> „täglich zwischen 200-300 mg Encephabol“<sup>277</sup> erhalten. Laut des Aufsatzes war „eine deutliche und anhaltende Besserung des Gesamtverhaltens festzustellen, insbesondere ein Rückgang der motorischen Unruhe und eine Besserung des Konzentrationsvermögens. Ebenfalls kann ein erheblicher Rückgang der Gemeinschaftsschwierigkeiten beobachtet werden, so daß das Kind nunmehr in der Normalschule belassen werden konnte.“<sup>278</sup>

Aus der Krankenakte ergibt sich, dass das Kind im September 1962 an der KJP Wunstorf aufgenommen wurde. Ein Gutachten vom Sommer 1962 gibt Auskunft über den Hintergrund der Einweisung in die KJP. Demnach störte das Kind „das Familienleben durch sein Verhalten erheblich [...] und ist für eine Normalschule nicht tragbar.“<sup>279</sup> Zunächst erhielt es dreimal täglich Calcibronat-Brausetabletten. Ab Mitte Oktober 1962 wurde die Dosierung des Brompräparats auf dreimal täglich zwei Brausetabletten erhöht. Zusätzlich bekam das Kind zweimal täglich ein Dragee des Versuchsstoffs Pyrithioxin [Encephabol] und „bei Bedarf“<sup>280</sup> das Schlafmittel Dominal. Die beiden Begleitmedikamente wurden in der Publikation nicht genannt, obgleich die Kombinationsbehandlung, allerdings mit der geringeren Calcibronat-Dosierung, auch nach der Entlassung fortgesetzt wurde. In dem jugendpsychiatrischen Bericht hieß es: „Bei unseren guten, klinischen Erfahrungen mit einem Vitamin B6-haltigen Präparat bei hirnanorganisch geschädigten Kindern haben wir zusätzlich [zu den o. g. Medikamenten] eine Einstellung auf das noch nicht im Handel befindliche Präparat Pyrithioxin (B6II) vorgenommen, und dem Vater eine genügende Menge Tabletten mitgegeben. Von diesem Präparat empfehlen wir eine Dauermedikation mit morgens und abends je einem Dragee“.<sup>281</sup> In den folgenden Jahren kam das Kind zu regelmäßigen Wiedervorstellungen an die KJP. In einer Untersuchung vom November 1963, also wenige Monate vor Absenden des Aufsatzmanuskriptes hieß es: „Insgesamt wurde über eine anhaltende Besserung des Gesamtverhaltens berichtet, sodaß wir empfehlen, die Medikation mit Pyrithioxin [das

---

<sup>276</sup> Dem Zeitpunkt der Abgabe des Manuskriptes, MA, L10/65.

<sup>277</sup> Heinze/Stöckmann (Pyrithioxin), S. 1914.

<sup>278</sup> Heinze/Stöckmann (Pyrithioxin), S. 1914.

<sup>279</sup> Schreiben des Schulrats der Heimatgemeinde, NLS, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 03839.

<sup>280</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 03839.

<sup>281</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 03839.



inzwischen auf dem Markt war] fortzusetzen, dagegen die Dosierung von Calcibronat nach Möglichkeit zu reduzieren.“<sup>282</sup> Ein späterer Bericht einer Fürsorgerin aus der Heimatgemeinde vom August 1964, der sich auf die gesamte bisherige Entwicklung des Kindes bezog, kam bezüglich der Gründe für das veränderte Sozialverhalten zu einem anderen Schluss. Die Fürsorgerin hielt fest, dass „diese positive Entwicklung neben der medikamentösen Behandlung in erster Linie an der jetzigen schönen Umgebung<sup>283</sup>“ des Kindes läge. Die Familie war aus einer beengten und mit der Großmutter geteilten Wohnung ausgezogen und hatte nun deutlich mehr Platz zur Verfügung. Zudem habe sich die Haltung der Eltern gegenüber dem Kind positiv verändert, nachdem es aus der KJP Wunstorf entlassen wurde. Dieser Milieuwandel fand, ebenso wie die Begleitmedikamente, keine Erwähnung in der Fachpublikation zu Encephabol.

Das Beispiel zeigt, dass die Empfehlung einer Dauermedikation es ermöglichte, die auch in anderen gesichteten Krankenakten fehlenden Ergebnisse über eine positive Wirkung des Präparats in ihrer Aussagekraft zu minimieren und stattdessen jegliche günstige Entwicklung von Kindern und Jugendlichen allein auf die Wirkung von Encephabol zurückzuführen. Zudem fanden aus Sicht des Pharmaunternehmens nachteilige Ergebnisse, wie die in einem Fall notierte Erfolglosigkeit des Präparats, das in der Folge durch Melleril ersetzt wurde<sup>284</sup>, keine explizite Erwähnung in dem Aufsatz. Dies korrespondiert mit den Firmenunterlagen von Merck, nach denen unvorteilhafte Prüfergebnisse verschwiegen wurden. Im Fall von Encephabol wurden negative Ergebnisse darüber hinaus hinter dem Ratschlag einer Dauermedikation versteckt. So betonten Heinze jun. und Stöckmann in ihrer Fachpublikation, dass sich fast in keinem Fall ein „Soforteffekt“<sup>285</sup> eingestellt habe. Auch Merck hatte darauf hingewiesen, dass Erfolge nur bei monatelanger Dauermedikation zu verzeichnen seien.<sup>286</sup>

Die hier präsentierte Krankengeschichte ist auch insofern exemplarisch, als dass in fünf der neun aufgefundenen Akten eine Weiterbehandlung mit dem Versuchspräparat nach der Entlassung vorgeschlagen wurde. Dies ist bei den weiteren Medikamentenstudien nur einmal dokumentiert.<sup>287</sup> Bei der Encephabolstudie war bei einem Kind die Weiterbehandlung in der Pestalozzi-Stiftung geplant<sup>288</sup>, in drei Fällen wurde den Eltern das Versuchspräparat

---

<sup>282</sup> Bericht über Folgeuntersuchung, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 03839.

<sup>283</sup> Bericht der Fürsorgerin, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 03839.

<sup>284</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht, NL A, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 0044.

<sup>285</sup> Heinze/Stöckmann (Pyrithioxin), S. 1915.

<sup>286</sup> Aktennotiz einer Aussprache über B6 II (Bonifen [spanischer Name]) am 10. November 1961, MA, L 10/80b.

<sup>287</sup> Bei einem Heimkind, das 1966 in der KJP Wunstorf das Versuchspräparat H 1466 erhielt, bot Heinze jun. dem Psychiater des Heims, in dem das Kind lebte, an, ihm Versuchspräparate zu überlassen. Siehe hierzu: Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 128f.

<sup>288</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 128. Die Überlieferungslage erlaubt keine Aussage, ob dieser Vorschlag umgesetzt wurde.

mitgegeben<sup>289</sup> und auch bei einem weiteren war erwähnt, dass die bisherige Medikation weitergeführt werden solle.<sup>290</sup> Für Merck war ein solches Vorgehen mit Blick auf zukünftige Umsatzzahlen durchaus erwünscht, wie in einer Zwischenbilanz zur Entwicklung von Encephabol vom Oktober 1961 hervorgehoben wurde: „Die positiven Ergebnisse [der Prüfungen] sind zwar nach wie vor recht dürftig, doch kann man von einem wachsenden Interesse für B6 II [Encephabol] sprechen, da eine ganze Reihe von Patienten versuchsweise in Kliniken und Anstalten mit B6 II behandelt worden sind und das Präparat - da es ja über Monate gegeben werden soll - inzwischen auch ambulant verordnet bekommen.“<sup>291</sup>

Da zum Zeitpunkt der Encephabolstudie keine gesetzlichen Vorschriften zur Durchführung von Arzneimittelstudien existierten, verstieß ein solches Vorgehen nicht gegen geltendes Recht. Allerdings gab es ethische Normen wie den Nürnberger Kodex von 1947. Er legte fest, dass Arzneimittelversuche ausschließlich zum Nutzen der Gemeinschaft durchgeführt werden durften und dies auch nur, wenn die angestrebten Ergebnisse nicht auf anderem Wege erreicht werden konnten.<sup>292</sup> Wissenschaftliche Lehrbücher forderten darüber hinaus einen standardisierten Versuchsaufbau.<sup>293</sup> Diese Empfehlungen wurden von Heinze jun. und Fritz Stöckmann missachtet, da die Encephabolstudie in erster Linie dem Erzielen positiver Ergebnisse unter Umgehung wissenschaftlicher Standards und dem Verbreiten des Arzneistoffs noch vor der Markteinführung diene.

Dass honorierte Arzneimittelstudien unter ethischen Aspekten auch zeitgenössisch als fragwürdig empfunden wurden, zeigt ein Protokoll aus dem Jahr 1960 über die regelmäßig stattfindende Konferenz der Direktoren niedersächsischer Landeskrankenhäuser, an der auch Vertreter des Landessozialamtes teilnahmen. Bei der Konferenz erkundigte sich, wie im Protokoll unter „Verschiedenes“ bemerkt ist, der Direktor des Oldenburgischen Landeskrankenhauses Wehnen, an dem vier Jahre später Decentan bei Minderjährigen erprobt wurde<sup>294</sup>, „ob Gutachten an Arzneimittelfabriken gegen Honorar abgegeben werden können, wenn diese Fabriken Arzneimittel zur Erprobung den Anstalten zukommen lassen.“<sup>295</sup> Professor Kloos vom LKH Göttingen erörterte in seiner Antwort die Problematik solcher Studien. Er gab an, dass in seiner Klinik „nur Erfahrungsberichte zum internen Hausgebrauch

---

<sup>289</sup> NL A, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 03839, Nr. 03840, Nr. 01035.

<sup>290</sup> NL A, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05959

<sup>291</sup> MPA [Medizinisch-Pharmazeutische Abteilungen], betr. B6 II / Zwischenbilanz, 26.10.1961, MA L 10/80b.

<sup>292</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 57.

<sup>293</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 72.

<sup>294</sup> Siehe hierzu Kapitel 5: Arzneimittelstudien an weiteren Einrichtungen.

<sup>295</sup> Niederschrift über die Konferenz der Direktoren der nieders. landeseigenen Psychiatrischen Krankenanstalten am 7.4.1960 im Oldenburgischen Landeskrankenhaus Wehnen, Hann. 155 Wunstorf, Acc. 99/84 Nr. 36.

der Arzneimittelfabrik, nicht aber honorierte Gutachten abgegeben [werden], weil eine Abgabe honorierter Gutachten als ‚Gefälligkeitsberichte‘ ausgelegt werden könnte.“<sup>296</sup> Der Vertreter des Niedersächsischen Landessozialamts sah die „Gefahr des Verdachts der passiven Bestechung [...] besonders dann, wenn Arzneien für gut befunden und danach in der Anstalt verwendet und weiterhin angekauft werden.“<sup>297</sup> Die Anwesenden thematisieren aber ebenso die Schwierigkeit, solche Studien angesichts begrenzter Etats für Arzneimittel abzulehnen und stellten Forderungen an das Sozialministerium, den Arzneimitteltitel zu erhöhen.<sup>298</sup> Ähnliche Interessenskonstellationen zeigt auch der „Zwischenbericht zur wissenschaftlichen Untersuchung der Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975“<sup>299</sup>. Der oben zitierte nur wenige Zeilen umfassende Protokollausschnitt der Konferenz der Direktoren niedersächsischer Landeskrankenhäuser lässt demnach klar erkennen, dass unter potenziellen Prüferinnen und Prüfern durchaus über ethische Aspekte bei der Durchführung von Arzneimittelstudien diskutiert wurde. Dabei standen insbesondere solche Studien in der Kritik, bei denen die Pharmaunternehmen finanzielle Anreize für die Prüferinnen und Prüfer schufen, ein Produkt auch langfristig in der Klinik zu verwenden. Interessenskonstellationen zwischen Pharmaunternehmen, Prüferinnen und Prüfern, Klinikverwaltung und staatlicher Aufsichtsbehörde lähmten aber die Bereitschaft, solche Praktiken zu verurteilen. Dennoch lässt sich festhalten, dass das oben beschriebene Vorgehen von Merck bei der Encephalostudie, wenngleich allgemein üblich, gegen wissenschaftliche Standards verstieß und solche Praktiken zeitgenössisch unter ethischen Gesichtspunkten problematisiert wurde.

#### 4.4 Weitere Medikamentenstudien an der KJP Wunstorf: Ausweitung des Indikationsbereiches und Soziale Indikation

Im Folgenden stehen solche Versuche im Vordergrund, zu denen nur wenige Krankenakten überliefert sind. Hierzu gehören Studien zu Decentan, dem Barbiturat Vesparax mit und zu Bromverbindungen wie Psicosoma und H 1466 bzw. H 1466 forte. Die Zusammenschau kann

---

<sup>296</sup> Niederschrift über die Konferenz der Direktoren der nieders. landeseigenen Psychiatrischen Krankenanstalten am 7.4.1960 im Oldenburgischen Landeskrankenhaus Wehnen, Hann. 155 Wunstorf, Acc. 99/84 Nr. 36. Dieses Zitat lässt keine Aussage zu, ob ein solches Vorgehen auch tatsächlich praktiziert wurde. Kloos gehörte ebenfalls zu den Prüfern von Merck. Er prüfte beispielsweise 1957 Decentan. Sie MA L 10/156.

<sup>297</sup> Niederschrift über die Konferenz der Direktoren der nieders. landeseigenen Psychiatrischen Krankenanstalten am 7.4.1960 im Oldenburgischen Landeskrankenhaus Wehnen, Hann. 155 Wunstorf, Acc. 99/84 Nr. 36.

<sup>298</sup> Niederschrift über die Konferenz der Direktoren der nieders. landeseigenen Psychiatrischen Krankenanstalten am 7.4.1960 im Oldenburgischen Landeskrankenhaus Wehnen, Hann. 155 Wunstorf, Acc. 99/84 Nr. 36.

<sup>299</sup> Universität zu Lübeck Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung (2020), S. 1.

zeigen, dass es bei den Studien darum ging, die starken Nebenwirkungen von Neuroleptika zu kompensieren, um ihren Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erleichtern. Auch bei diesen Studien standen daher Fragen der Dosierung im Vordergrund. Ferner wurden Kombinationstherapien mit Barbituraten und Bromverbindungen einer Prüfung unterzogen. Erneut führte Heinze jun. in seinen Publikationen außertherapeutische Aspekte zur medikamentösen Sedierung von Kindern und Jugendlichen an. Daher wird auch in diesem Kapitel untersucht, ob Minderjährige Versuchspräparate aufgrund von Sozialer Indikation erhielten oder Studien mit der Fragestellung durchgeführt wurden, inwiefern eine Kombinationsbehandlung die Betreuung und Unterbringung von Kindern erleichterte, die eine hohe personelle Aufmerksamkeit einforderten.

#### 4.4.1 Neuroleptika und deren Kombination mit Beruhigungs- und Schlafmitteln

Zu den frühen Neuroleptika, die aufgrund ihrer sedierenden Wirkung in den 1950er Jahren für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen mit devianten Verhalten geprüft wurden, gehörte Decentan. Merck brachte den Arzneistoff im Dezember 1957 auf den Markt. Das Versuchspräparat trug das Kürzel T57.<sup>300</sup> Vom Unternehmen wurde herausgestellt, dass Decentan zur Behandlung von Minderjährigen mit „emotionellen Störungen“ und von „Unruhe bei reizbaren Kindern“<sup>301</sup> geeignet sei. Decentan gehörte, wie zahlreiche weitere Neuroleptika auch<sup>302</sup>, zur Gruppe der Phenothiazinderivate. Diese konnten bei entsprechender Disposition cerebrale Krampfanfälle begünstigen.<sup>303</sup>

Seit spätestens März 1958 wurde Decentan von Hans Heinze sen., dem ersten Leiter der KJP Wunstorf, geprüft. Ob auch Erprobungen vor der Marktzulassung stattgefunden hatten, ließ sich anhand der im Firmenarchiv von Merck gesichteten Akten und den aus dem Bestand der Krankenakten der KJP Wunstorf gezogenen Stichproben nicht nachweisen. Bei seiner Prüfung beschäftigte sich Heinze sen. unter anderem mit Fragen der Dosisfindung. Dies ist deshalb von Interesse, da Merck die Dosierungsempfehlungen für Minderjährige noch nach der Markteinführung nach unten korrigierte.<sup>304</sup> Vor diesem Hintergrund werden die von Heinze sen. zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Behandlungen mit Decentan in dieser Arbeit als Medikamentenversuch eingeordnet. Zunächst beinhaltet, wie Sylvia Wagner zeigt, die Produktinformation zu Decentan keine Dosierungsanweisung für Minderjährige. In einem

---

<sup>300</sup> Wagner (2019), S. 80.

<sup>301</sup> Wagner (2019), S. 80.

<sup>302</sup> Linde (1992), S. 54.

<sup>303</sup> Wagner (2019), S. 74.

<sup>304</sup> Wagner (2019), S. 88.

internen Rundschreiben aus dem Jahr 1957 wurde jedoch von einer Tagesdosis zwischen sechs und 16 mg je nach Altersstufe ausgegangen. Im März 1958 gingen bei Merck Informationen von Heinze sen. zur Dosierung von Decentan bei Minderjährigen ein. Er kam zu dem Schluss, dass die maximale Dosis bei „3 x ¼ Tablette = 3 x 2 mg bei Kindern und Jugendlichen“<sup>305</sup> läge. Sonst, so Heinze sen. weiter, käme es „zu parkinsonoiden Reaktionen“.<sup>306</sup> Dies lässt darauf schließen, dass es an der KJP Wunstorf, wie auch an anderen Studienorten<sup>307</sup>, im Zuge von Dosisfindungsprüfungen zu Überdosierungen des Arzneistoffs gekommen war. Im April 1958 wurde in dem Produktblatt von Merck als Einzeldosis für Minderjährige zwischen 1 mg und 2-4 mg je nach Altersstufe empfohlen, dies würde nach Wagner eine maximale Tagesdosis von 16 mg bei Kindern über 8 Jahren bedeuten.<sup>308</sup> Im Vergleich zu den internen Empfehlungen aus dem Jahr 1957 blieb also die Maximaldosis für Kinder über acht Jahre unverändert, jedoch wurde nun für die unteren Altersstufen eine geringere Dosierung empfohlen.<sup>309</sup> Auch wenn sich nicht explizit nachweisen lässt, dass Studien wie von Heinze sen. in die Neuformulierung der Produktempfehlungen eingingen, so unterstreicht die geschilderte Entwicklung, dass in den 1950er Jahren Arzneistoffe auf den Markt kamen, bei denen zwar ein pädiatrischer Indikationsbereich angegeben war, klinische Versuche, insbesondere zur Dosisfindung, jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht abgeschlossen waren.<sup>310</sup>

Da in der repräsentativen Stichprobe von Krankenakten aus der KJP Wunstorf nur eine einzelne Akte aus den Jahren 1957/58 erhoben wurde und auch weitere Dokumente zu dem von Heinze sen. durchgeführten Versuch nicht auffindig gemacht werden konnten, ist nicht zu entscheiden, ob Heinze sen. seine Erfahrungen mit einem Versuchsstoff oder mit dem neuen Arzneimittel schilderte und wie alt seine Versuchspersonen waren. Aus der oben zitierten Notiz von Merck geht hervor, dass sich Heinze sen. im Frühjahr 1958 von der Wirkung des Arzneistoffs „außerordentlich beeindruckt“<sup>311</sup> zeigte und sich zu „weiteren Prüfungen mit Decentan bei

---

<sup>305</sup> Notiz der Wissenschaftlichen Abteilung Inland, betr. Decentan / Dr. [...] Baderarzt und Kinderarzt, Chefarzt der Kurklinik für Kinder und Jugendliche Bay Oeynhaus, 5.3.1958, L10/160.

<sup>306</sup> Notiz der Wissenschaftlichen Abteilung Inland, betr. Decentan / Dr. [...] Baderarzt und Kinderarzt, Chefarzt der Kurklinik für Kinder und Jugendliche Bay Oeynhaus, 5.3.1958, L10/160.

<sup>307</sup> Siehe hierzu Wagner (2019), S. 80-95.

<sup>308</sup> Wagner (2019), S. 88.

<sup>309</sup> Bei Kindern von 1-4 Jahren 4 mg pro Tag statt zuvor 6-8 mg pro Tage und bei Kindern von 4-8 Jahren 6-8 mg pro Tag statt zuvor 6-12 mg pro Tag. Alle Angaben nach Wagner (2019), S. 88.

<sup>310</sup> Vergleiche die verschiedenen Hinweise in MA L 10/158 sowie Wagner (2019), S. 90f.

<sup>311</sup> Notiz der Wissenschaftlichen Abteilung Inland, betr. Decentan / Dr. [...] Baderarzt und Kinderarzt, Chefarzt der Kurklinik für Kinder und Jugendliche Bay Oeynhaus, 5.3.1958, L10/160.

Kindern“<sup>312</sup> bereit erklärte. Daher wurden ihm, auch nachdem der Arzneistoff bereits auf dem Markt war, „Tropfen und Dragees zu 2 mg zur weiteren Untersuchung übersandt.“<sup>313</sup>

Eine Medikation mit Decentan ist in der Krankenakte eines 16jährigen Mädchens dokumentiert, das im August 1958 an der KJP Wunstorf aufgenommen wurde. Der Eintrag ‚Diagnose‘ in der Krankengeschichte zeigt, dass vor allem das deviante Verhalten des Mädchens zur Aufnahme geführt hatte: „Ehlich geborene, in günstigen familiären Verhältnissen aufgewachsene, sich zunehmend fehlentwickelnde, erheblich distanzlose, durch einen ständigen Rededrang und durch Nivellierung der Vorstellungen auffallende, antriebsschwache, gemütlich wenig beeindruckbare, sexuell hemmungslose, intellektuell durchschnittlich begabte Jugendliche mit Neigung zu Eigentumsdelikten. Kein Anhalt für das Vorliegen einer organischen Hirnschädigung. 17e.“<sup>314</sup> Das letzte Kürzel bezog sich auf das zeitgenössisch noch weit verbreitete Klassifizierungssystem psychiatrischer Krankheiten nach dem Würzburger Schlüssel und entsprach der Diagnose einer nicht weiter definierten abnormen Reaktion.<sup>315</sup> Die Einweisung erfolgte unter der Fragestellung, ob die Jugendliche „mit den Mitteln der FE. [Fürsorgeerziehung] erziehbar“<sup>316</sup> sei. Aus dem Verlaufsbogen ergibt sich, dass zunächst nur wenige Verstöße gegen die Krankenhausroutinen notiert wurden und die Jugendliche offenbar bemüht war, einen guten Eindruck zu hinterlassen. Dies änderte sich ab Oktober 1958. Zweimal entwich die Jugendliche für kurze Zeit. Nun wurde auch berichtet, dass sie „schwierig in der Gemeinschaft [sei], da sie keinen Abstand halten kann, laut und frech und widersetzlich ist, dabei voller Opposition.“<sup>317</sup> Kurz zuvor, ab dem 28. Oktober 1958, wurde eine Behandlung mit zunächst dreimal täglich sechs Tropfen Decentan begonnen.<sup>318</sup> Am 3. November 1958 erhielt die Minderjährige einmal sechs Tropfen und zweimal zehn Tropfen Decentan sowie ab dem Folgetag dreimal zehn Tropfen. Am 15. November 1958 wurde die Dosis weiter erhöht. Nun lag sie bei dreimal 15 Tropfen Decentan sowie abends ½ Tablette Evipan, einem Schlafmittel mit Suchtpotenzial. Die Einträge in dem Verlaufsbogen geben darüber Auskunft, dass die Medikation aufgrund des Verhaltens der Jugendlichen erfolgte: „[Name] erhält laufend Dezentan [sic], und zwar in recht hohen Dosen. Sie ist daraufhin etwas ruhiger geworden. Sie gibt selbst zu, sie habe sich gebessert, früher habe sie immer gleich losgeschlagen. Trotz der

---

<sup>312</sup> Notiz der Wissenschaftlichen Abteilung Inland, betr. Decentan / Dr. [...] Badesarzt und Kinderarzt, Chefarzt der Kurklinik für Kinder und Jugendliche Bay Oeynhaus, 5.3.1958, L10/160.

<sup>313</sup> Notiz der Wissenschaftlichen Abteilung Inland, betr. Decentan / Dr. [...] Badesarzt und Kinderarzt, Chefarzt der Kurklinik für Kinder und Jugendliche Bay Oeynhaus, 5.3.1958, L10/160.

<sup>314</sup> Krankengeschichte, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05764.

<sup>315</sup> Würzburger Schlüssel (1961).

<sup>316</sup> Krankengeschichte, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05764.

<sup>317</sup> Eintrag in den Verlaufsbogen vom 31.10.1958, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05764.

<sup>318</sup> Medikamentenkurve, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05764.

hohen Dezentangaben [sic] und auch noch eines abendlichen Schlafmittels ist [Name] nachts sofort wach, wenn die Nachtwache durchgeht.“<sup>319</sup>

Dass in diesem Fall eine Bewertung des Arzneistoffs durch die Jugendliche in die Akte einging, ist eine absolute Ausnahme. Wie diese Einschätzung erhoben wurde, ließ sich der Akte nicht entnehmen. Nebenwirkungen wurden keine notiert. Ab dem 21. November 1958 wurde die Decentan-Dosis auf dreimal 20 Tropfen erhöht. Am Vortag war die Jugendliche in der Nacht aufgestanden und „wollte zunächst nicht wieder ins Bett.“<sup>320</sup> Ab dem 27. November 1956 erfolgte die Gabe von Tabletten. Zuerst zweimal ½ Tablette sowie abends eine Tablette. Ab dem Folgetag, dem 28. November 1958, morgens eine halbe Tablette Decentan sowie mittags und abends je eine Tablette. Am nächsten Tag, dem 29. November, wurde die Dosierung erneut geändert, die Evipan-Dosis blieb währenddessen unverändert.<sup>321</sup> Bereits das medizinische Personal bewertete die Decentan-Dosis als hoch. Der Vergleich der Angaben von Heinze sen. zu der von ihm empfohlenen Dosis bei der Gabe von Tabletten und der Tagesdosis der Jugendlichen zeigt, dass diese knapp unterhalb der Maximaldosis lag. Allerdings erhielt die Jugendliche zusätzlich ein Schlafmittel. Die Behandlung mit Decentan legt nahe, dass eine Sedierung der Jugendlichen erreicht werden sollte. Ohne weitere Informationen ist nicht zu entscheiden, ob hierbei im Vordergrund stand, die Krankenhausroutinen nicht zu stören, wie das Zitat des Pflegepersonals nahelegt. Von Interesse ist auch, dass Heinze sen. die Behandlung mit hohen Dosen Decentan in Kombination mit einem Schlafmittel durchführte. Auf diesen Aspekt wird gleich erneut eingegangen.

Die fortgesetzten Versuche zur Dosisfindung erfolgten offenbar auch vor dem Hintergrund, dass die von verschiedenen Seiten gewünschte sedierende Wirkung oftmals mit unerwünschten Wirkungen einherging, so dass Dosierungsempfehlungen außerordentlich schwierig waren. Aus diesem Grund wurden Nebenwirkungen bei der Medikation mit Neuroleptika vielfach durch die Gabe von Antiparkinsonmitteln eingedämmt.<sup>322</sup>

Weitere Möglichkeiten, die Nebenwirkungen von Neuroleptika einzugrenzen, erwähnte Heinze jun. in seinen Publikationen zu Arzneimittelprüfungen. Er empfahl beispielsweise, Neuroleptika mit anderen Arzneistoffgruppen zu kombinieren, um bei gleichbleibender Wirkung die Dosis der Neuroleptika zu verringern oder sogar auf sie verzichten zu können. Zu

---

<sup>319</sup> Eintrag in den Verlaufsbogen vom 18.11.1958, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05764.

<sup>320</sup> Eintrag des Pflegepersonals vom 20.11.1958, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05764.

<sup>321</sup> Medikamentenkurve, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 05764.

<sup>322</sup> Siehe hierzu beispielhaft Kap. 4.1 Ciatyl.

diesem Mittel hatte offenbar schon Heinze sen. im oben dargestellten Fall gegriffen, als er das Neuroleptikum Decentan mit einem Schlafmittel kombinierte.

Heinze jun. berichtete in einer Publikation aus dem Jahr 1967 über die Erprobung des Barbiturats Vesparax mite. Der Arzneistoff wurde von UCB Chemie GmbH Köln 1964 auf den Markt gebracht.<sup>323</sup> Das Schlafmittel war aus Sicht des Autors deshalb für die Kinder- und Jugendpsychiatrie interessant, da hier der Einsatz von Psychopharmaka aufgrund der „Dosierungsfragen und der Frage der Nebenwirkungen“<sup>324</sup> mitunter problematisch sei. Zwar erwähnte Heinze jun. die Suchtgefahr bei Schlafmitteln, hielt diesen Aspekt aufgrund der geringen Dosierung aber für nachrangig.<sup>325</sup> Wie in seinem späteren Aufsatz zu *Psicosoma* kam Heinze jun. bereits in diesem Artikel auf eine Kombinationsbehandlung mit Neuroleptika zu sprechen. Allerdings führte er diesen Aspekt als Nebenbeobachtung ein. So stellt er dar, dass zwar aufgrund der Versuchssituation bei der Erprobung von Vesparax mite i. d. R. keine Begleitmedikation erfolgte. In solchen Fällen, bei denen aus Sicht der Wunstorfer Ärztinnen und Ärzte tagsüber auf Neuroleptika nicht verzichtet werden konnte, wurde „festgestellt, daß die Vesparax©-mite-Medikation in vielen Fällen den Einsatz der speziellen Psychopharmaka beeinflusste und zwar in dem Sinne, daß bei ausreichender Medikation mit Vesparax© mite, insbesondere bei suberethischen Zustandsbildern, gelegentlich auf eine höhere Dosierung von vorwiegend neuroleptisch wirkenden Psychopharmaka verzichtet werden konnte.“<sup>326</sup> Mit diesen Einsatzbereichen erweiterte Heinze jun. das ursprünglich für Vesparax mite angegebene Indikationsgebiet der leichten Schlafstörung.<sup>327</sup> Es soll also vor dem Hintergrund der am Beispiel von Decentan geschilderten Problematik der häufigen Überdosierung von Neuroleptika der Frage nachgegangen werden, ob solche Empfehlungen zufällige Begleitergebnisse waren oder als Resultate gezielter medizinischer Versuche verstanden werden müssen.

Als Ergänzung oder auch als Alternative zu Psychopharmaka präsentierte Heinze jun. in einer Veröffentlichung aus dem Jahr 1969 ebenso *Psicosoma* von Verla Pharm. Hier hob er dessen „[p]otenzierende Effekte auf Barbiturate und andere Psychopharmaka“<sup>328</sup> hervor und empfahl darüber hinaus eine „Kombination von *Psicosoma* mit 4 mg Promethazin bei mittelgradigen

---

<sup>323</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 39.

<sup>324</sup> Heinze (Vesparax mite), S. 1543.

<sup>325</sup> Heinze (Vesparax mite), S. 1543f.

<sup>326</sup> Heinze (Vesparax mite), S. 1544.

<sup>327</sup> Rote Liste (1963).

<sup>328</sup> Heinze (*Psicosima*), S. 1007.



organischen Psychosyndromen.“<sup>329</sup> Promethazin war in der Bundesrepublik unter dem Namen Atosil auf dem Markt. Die Ergebnisse einer solchen in der KJP Wunstorf geprüften Arzneistoffkombination bezeichnete Heinze jun. als „befriedigend bis gut“<sup>330</sup> und gab an, dass bei einer solchen Behandlung keine extrapyramidalmotorischen Nebenwirkungen beobachtet worden seien. Heinze jun. hatte Psicosoma spätestens ab 1965 über insgesamt drei Jahre unter anderem an der KJP Wunstorf erprobt. Zeitgleich führte Heinze jun. einen weiteren Versuch mit Kombinationspräparaten der Firma Verla Pharm durch, die das Kürzel H 1466 bzw. H 1466 forte trugen. Dabei handelte es sich um ein bromhaltiges Arzneimittel mit einem geringen Atosilanteil. Dieses Präparat kam jedoch nach Auskunft von Verla Pharm nicht auf den Markt.<sup>331</sup>

#### 4.4.2 Arzneimittelstudien aufgrund Sozialer Indikationen?

Für Ciatyl wurde bereits gezeigt, dass Heinze jun. in seiner Publikation zu diesem Neuroleptikum auch nichttherapeutische Gründe für eine Medikation anführte, nämlich das Aufrechterhalten der Arbeitsabläufe im Klinikalltag.<sup>332</sup> Ähnliche Erwägungen formulierte der Wunstorfer Psychiater in weiteren Veröffentlichungen, so zur Bromverbindung Psicosoma und dem Barbiturat Vesparax mite. Psicosoma, ein Kaliumbromid, wurde ursprünglich als Antiepileptikum eingesetzt, besitzt aber auch eine sedierende Wirkung.<sup>333</sup> Laut seiner Publikation zu Psicosoma wollte Heinze jun. u. a. prüfen „ob nicht durch die Anwendung des Präparates eine Erleichterung hinsichtlich der Unterbringung und Pflege verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher, vorwiegend aus dem Formenkreis der Oligophrenie erreicht werden könne.“<sup>334</sup> Hier standen also vor allem Minderjährige mit Minderbegabungen im Fokus. Die Dosierungsempfehlung reichte von dreimal ein Teelöffel bis viermal täglich zwei Teelöffel im Fall eines „abendlichen Aufschaukeln.“<sup>335</sup> Es kann also davon ausgegangen werden, dass je nach Dosierung unterschiedliche Wirkungen angestrebt wurden und dass durch eine erhöhte Dosis ein sedierender Effekt erzielt werden sollte, um die Arbeitsabläufe an der KJP Wunstorf zu entlasten.

Bei Vesparax mite stellte Heinze jun. heraus, dass es sich um ein Kombinationspräparat aus einem Ataraktikum und zwei Barbituraten handle, bei dem „nicht die Barbiturat-Wirkung,

---

<sup>329</sup> Heinze (Psicosoma), S. 1007.

<sup>330</sup> Heinze (Psicosoma), S. 1009.

<sup>331</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 128.

<sup>332</sup> Siehe Kapitel 4.1.2: Therapeutischer Versuch oder institutionell erwünschte Sedierung?

<sup>333</sup> Wagner (2016), S. 95.

<sup>334</sup> Heinze (Psicosoma), S. 1008.

<sup>335</sup> Heinze (Psicosoma), S. 1008.

sondern zunächst die Wirkung des Ataraktikums im Vordergrund steht“.<sup>336</sup> D. h. Heinze hob die beruhigende Wirkung als „Schlafinduktor“ gegenüber der den Schlaf aufrechterhaltenden Wirkung der beiden Barbiturate hervor. Auch hier benannte er außertherapeutische Indikationsgebiete: „Daß es bei dem engen Zusammenleben im klinischen Bereich bei suberethischen und erethischen Zustandsbildern verschiedener Ätiologie zu einem sogenannten ‚Aufschaukeln‘ des Unruhezustandes gerade in den Abendstunden kommen kann, verdient aus praktisch-pflegerischen Erwägungen erwähnt zu werden.“<sup>337</sup> Da eine therapeutische Zielsetzung in jenen Fällen, in denen es um die Ruhigstellung von Minderjährigen ging, zweifelhaft ist, müsste in diesen Fällen von medizinischen Experimenten gesprochen werden.

In den gezogenen Stichproben aus dem Bestand der Wunstorfer Krankenakten ist in zwei Fällen die Anwendung von Psicosa verzeichnet. Allerdings scheint der Arzneistoff in den Akten als „Psychosoma“ auf. Laut einer weiteren Akte wurde sowohl Psicosa als auch das Versuchspräparat H1466 forte verabreicht, in einer anderen ist das Kürzel H 1466 notiert. Alle aufgefundenen Akten stammen aus den Jahren 1965/66 und sind über Mädchen angelegt. Eines der Kinder war drei Jahre alt, die drei weiteren zwischen 13 und 16 Jahren.<sup>338</sup> Die folgende Analyse der Medikation soll Aufschluss darüber geben, welche Ziele mit der Behandlung verfolgt wurden.

Im Fall des dreijährigen Mädchens, das 1965 Psicosa erhielt, erscheint es naheliegend, dass die Behandlung darauf zielte, eine, wie es Heinze jun. in seiner Publikation formulierte, „Erleichterung hinsichtlich der Unterbringung und Pflege verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher“<sup>339</sup> zu erreichen. Das Mädchen wurde mit der Einweisungsdiagnose „erheblicher geistiger Rückstand“<sup>340</sup> Ende April 1965 an der KJP Wunstorf aufgenommen. Schon im Vorjahr wurde bei einer ärztlichen Untersuchung im staatlichen Gesundheitsamt der Heimatgemeinde festgehalten, dass bei dem Kind eine „fast ständige Agitiertheit“<sup>341</sup> bestünde. An der KJP Wunstorf störte das Mädchen den Klinikalltag. So konnten neurologische und körperliche Untersuchungen aufgrund des „abweisenden Verhaltens“<sup>342</sup> nur teilweise durchgeführt werden. Auch eine Kontaktaufnahme gelang zumindest anfänglich nicht, wie der Bericht über die

---

<sup>336</sup> Heinze (Vesparax mite), S. 1543.

<sup>337</sup> Heinze (Vesparax mite), S. 1543.

<sup>338</sup> Da die Akten aus allen gezogenen Stichproben stammen, sind diese Angaben nicht repräsentativ.

<sup>339</sup> Heinze (Psicosima), S. 1008.

<sup>340</sup> Kostenübernahmeerklärung, 19.3.1965, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02047.

<sup>341</sup> Ärztlichen Stellungnahme des Staatlichen Gesundheitsamt der Heimatgemeinde vom 24.4.1964, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02047.

<sup>342</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 15.6.1965, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02047.

psychologische Untersuchung nahelegt.<sup>343</sup> Ab dem 5. Mai 1965 erhielt das Kleinkind dreimal ½ Teelöffel Psicosoma. Nach knapp einer Woche wurde am 11. Mai 1965 die Dosis auf dreimal einen Teelöffel plus zwei Teelöffel Psicosoma erhöht, weitere neun Tage später erfolgte eine medikamentöse Umstellung. Das Kleinkind erhielt nun einen ½ Teelöffel Psicosoma sowie zusätzlich dreimal zwei Tropfen des Analeptikums Peripherin. Die mittlere Dosierung lag demnach bei jener, die Heinze jun. im Fall einer erhöhten Unruhe empfahl. Diese Medikamente erhielt das Mädchen bis zur Entlassung. Im jugendpsychiatrischen Bericht ist ohne Präparatsbezeichnung festgehalten, dass aufgrund „der besonders am Anfang ausgeprägten Bewegungsunruhe [...] eine sedierende Medikation“<sup>344</sup> eingeleitet wurde.

Auch bei einem 16jährigen Mädchen, bei dem aufgrund der psychologischen Untersuchung Antriebsschwäche, Unselbständigkeit und geringe Stabilität konstatiert wurde<sup>345</sup>, ist nicht auszuschließen, dass die Medikation mit Psicosoma die weitere Betreuung des Mädchens erleichtern sollte. Es war geplant, nach der Durchführung einer Pneumenzephalographie, drei Wochen nach Aufnahme des Kindes, mit der Behandlung zu beginnen, und zwar, wie ein Eintrag in Klammern verriet: „(Verdoppelte Menge, als vorgeschrieben.)“<sup>346</sup> Auch hier sei daran erinnert, dass laut Heinzes Publikation zu Psicosoma eine erhöhte Dosierung im Fall „abendlichen Aufschaukelns“<sup>347</sup> erfolgen und die „Unterbringung und Pflege verhaltensgestörter Kinder und Jugendlicher“<sup>348</sup> erleichtern sollte.

Im jugendpsychiatrischen Bericht wurde die Medikation hingegen wie folgt begründet: „Zeitweilig wurde eine medikamentöse Behandlung zur Verbesserung der pädagogischen Ansprechbarkeit durchgeführt und der Mutter bei der Entlassung empfohlen, über den Hausarzt eine Behandlung mit DOMINAL -2-3 x tgl. 40 mg durchführen zu lassen.“<sup>349</sup> Die Rote Liste von 1959 nennt als Indikationsbereich für das Neuroleptikum Dominal neurovegetative Regulationsstörungen, Angst- und Spannungszustände, Einschlafstörungen und Reisekrankheiten. Eine Dosis für Kinder war nicht angegeben. Für Erwachsene war folgende Dosierung vorgegeben: „2-4 mal täglich 1 Dragee oder 10 Tropfen, bei Einschlafstörungen 2 Dragees oder 20 Tropfen.“<sup>350</sup> Ein Dragee, bzw. zehn Tropfen entsprachen 20 mg. Demnach lag

---

<sup>343</sup> Bericht über die psychologische Untersuchung vom 22.5.1965, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02047.

<sup>344</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 15.6.1965, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02047.

<sup>345</sup> Psychologische Untersuchung, 24.3.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02953.

<sup>346</sup> Eintrag in Krankengeschichte vom 1.3.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02953.

<sup>347</sup> Heinze (Psicosoma), S. 1008.

<sup>348</sup> Heinze (Psicosoma), S. 1008.

<sup>349</sup> Jugendpsychiatrischen Bericht vom 1.4.1966, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02953.

<sup>350</sup> Rote Liste (1959).

die maximale Tagesdosis bei 80 mg., bei Einschlafstörungen bei 40 mg. Diese Dosis wurde bei der 16jährigen regelmäßig überschritten.

Das im jugendpsychiatrischen Bericht formulierte Ziel, die pädagogische Ansprechbarkeit zu verbessern, würde nahelegen, dass sich in der Krankenakte Hinweise auf (heil-)pädagogische Maßnahmen oder Empfehlungen finden lassen. Dies ist jedoch nicht der Fall. Hingegen wurde mehrfach problematisiert, dass alle bisher erfolgten Arbeitsversuche außerhalb der Klinik gescheitert waren. Daher sollte für die Jugendliche ein Heim gesucht werden, in dem sie nur „einfache kleine Tätigkeiten“<sup>351</sup> zu verrichten habe. Schließlich wurde sie für „den Einsatz als Küchenhilfe im Gutshof Hudemühlen – Hodenhagen – vorgesehen.“<sup>352</sup> Es kann daher auch in diesem Fall davon ausgegangen werden, dass die medikamentöse Sedierung, zuerst mit einem Versuchspräparat und dann mit einem auf dem Markt befindlichen Arzneistoff, dazu diene, die weitere Unterbringung der Jugendlichen zu vereinfachen.

Relevant erscheint darüber hinaus, dass in dem jugendpsychiatrischen Bericht ein besonderes Interesse der Minderjährigen an Jungen sowie ein Kuss auf den Mund eines anderen Mädchens festgehalten wurde.<sup>353</sup> Ein Vergleich mit der psychiatrischen Kinderbeobachtungsstation Innsbruck zeigt, dass dort im Zusammenhang von sexuellen Handlungen ebenfalls eine Behandlung mit Bromverbindungen erfolgte.<sup>354</sup> Auch Heinze jun. stellte in seiner Publikation heraus, dass Psicosoma im Unterschied zu Psychopharmaka nicht zu einer Herabsetzung „gewisser positiver Hemmungsmechanismen führt, die gerade bei der Behandlung jugendpsychiatrischer Patienten mit einer ausgeprägten sexuellen Akzelerationsproblematik ungünstig in Erscheinung treten können.“<sup>355</sup> Möglicherweise erhielten also Minderjährige, bei denen sexuelle Handlungen beobachtet wurden, häufiger das Versuchspräparat als andere Kinder und Jugendliche.

Auch für die von Heinze jun. in seiner Publikation empfohlene Kombination von Psicosoma mit Atosil lassen sich in den Krankenakten der KJP Wunstorf Beispiele finden. Allerdings handelte es sich dabei, anders als es die Publikation nahelegt, nicht um die Kombination von Arzneistoffen, die bereits auf dem Markt waren. Vielmehr prüfte Heinze jun. ein weiteres Versuchspräparat von Verla Pharm. In zwei Krankenakten fanden sich die Kürzel H 1466 bzw. H 1466 forte. Ob beide Arzneistoffe identisch waren, ließ sich den Akten nicht entnehmen. In

---

<sup>351</sup> Psychologische Untersuchung, 24.3.1966, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02953.

<sup>352</sup> Krankengeschichte, Anamnese, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02953.

<sup>353</sup> Eintrag in die Krankengeschichte vom 1.3.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02953.

<sup>354</sup> Friedmann (2017), S. 224.

<sup>355</sup> Heinze (Psicosoma), S. 1009.

seiner Publikation zu *Psicosoma* führte Heinze jun. aus, dass mit einer Brom-Atosil-Kombination „auch stärker ausgeprägte organische Psychosyndrome therapeutisch“<sup>356</sup> beeinflusst werden können.

Die Versuche mit dem Kombinationspräparat fanden zeitgleich zu jenen mit *Psicosoma* statt. In einem Fall aus dem Jahr 1966 erhielt ein 13jähriges Mädchen H 1466. Die Minderjährige war aus den Neuerkeröder Anstalten, einer Einrichtung der Behindertenhilfe, zur Beobachtung in die KJP Wunstorf verlegt worden. Eine medikamentöse Behandlung wurde bereits in dem Heim mit Beginn des Besuchs der Sonderschule eingeleitet. Auch hier bestand also ein Zusammenhang von Beschulung und medikamentöser Behandlung. Ein Anschreiben an die KJP Wunstorf lässt erkennen, dass die Medikamente „enorm gewechselt“<sup>357</sup> wurden. Der Heimpsychiater fürchtete, dass eine solche Behandlung für das Mädchen von Nachteil sei. Zudem litt das Kind unter schlechter Konzentration und „raptusartigen, höchstens 2 Min. andauernden Ausbrüchen, wo sie mit Tellern usw. schmeißt.“<sup>358</sup>

An der KJP Wunstorf erhielt das 13jährige Mädchen ab dem zweiten Tag, dem 11. August 1966, dreimal 20 Tropfen Dominal. Drei Tage später, am 15. August 1966, wurde die Dosis auf dreimal 30, bzw. dreimal 35 Tropfen Dominal erhöht.<sup>359</sup> Dies überstieg die Maximaldosis für Erwachsene. Zusätzlich erhielt das Mädchen dreimal zehn Tropfen Effortil. Dabei handelte es sich um ein „Kreislaufmittel zur Prophylaxe und Behandlung von Kollapszuständen [...] und zur Therapie konstitutioneller und sekundärer Hypotonien.“<sup>360</sup> Daher wurde das Präparat auch verwendet, um den bei der Behandlung mit Neuroleptika regelmäßig auftretenden Blutdruckabfall zu regulieren.<sup>361</sup> Die Dosierungsempfehlung für ältere Kinder lag nach der Roten Liste bei fünf bis zehn Tropfen zwei- bis dreimal täglich.<sup>362</sup> Dies entsprach auch der Dosis, die das 13jährige Mädchen in der KJP Wunstorf erhielt. Zwar waren in ihrer Krankenakte keine Kreislaufprobleme verzeichnet, allerdings wurden häufige Nebenwirkungen auch in anderen Fällen nicht regelmäßig dokumentiert.<sup>363</sup> Unter dieser Medikation wurde das Kind als „hilfsbereit und anhänglich“ geschildert. Sie fiel jedoch, wie auch in den Neuerkeröder

---

<sup>356</sup> Heinze (*Psicosoma*), S. 1009.

<sup>357</sup> Baldiges Aufnahmeersuchen aus Neuerkerode, o. D., NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Acc. 2006/087 Nr. 04295.

<sup>358</sup> Baldiges Aufnahmeersuchen aus Neuerkerode, o. D., NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Acc. 2006/087 Nr. 04295.

<sup>359</sup> Der Eintrag in die Medikamentenkurve ist nicht eindeutig.

<sup>360</sup> Rote Liste (1959).

<sup>361</sup> Müller/Battegay/Gehring (1969), S. 851. In dem Artikel wurde jedoch im Unterschied zur Wunstorfer Praxis eine intramuskuläre Injektion empfohlen (ebd., SS. 852).

<sup>362</sup> Rote Liste (1959).

<sup>363</sup> Siehe Kap. 4.1 Ciatyl.

Anstalten „gelegentlich durch abnorme Reaktionen auf“.<sup>364</sup> In dem jugendpsychiatrischen Bericht wird deutlich, dass die Medikation trotz der hohen Dosen von Dominal als nicht ausreichend empfunden wurde: „In der Anfangsphase der Behandlung kam es wiederholt zu den von den Neuerkeröder Anstalten ausführlich beschriebenen raptusartigen Zuständen, so daß eine sedierende medikamentöse Behandlung fortgesetzt wurde. Eine Umstellung auf DOMINAL ergab dabei kein ausreichendes Ergebnis.“<sup>365</sup> Ab dem 3. November 1966 erhielt das Mädchen dreimal ½ Eßlöffel H 1466-Saft sowie weiterhin Effortil, wiewohl in leicht reduzierter Dosis, nämlich dreimal acht Tropfen. Möglicherweise wurden also auch nach dem Wechsel zum Versuchspräparat weiterhin Nebenwirkungen in Kauf genommen. Unter dieser medikamentösen sowie einer heilpädagogischen Behandlung „besserten sich die Zustände weitgehend und sistierten schließlich ganz“<sup>366</sup>, wie der jugendpsychiatrische Bericht vermerkte. Nähere Angaben zur heilpädagogischen Behandlung ließen sich der Krankenakte nicht entnehmen. Heinze jun. bat den zuständigen Psychiater der Neuerkeröder Anstalten daraufhin, die Behandlung mit dem Versuchspräparat fortzusetzen. Ob dies tatsächlich geschah, konnte der Heimakte des Mädchens nicht entnommen werden.<sup>367</sup> Auf eine zweite Krankenakte aus der KJP Wunstorf, in der sowohl die Gabe von Psicosoma als auch vom Versuchsstoff verzeichnet sind, soll am Ende dieses Abschnitts eingegangen werden.

Hinweise auf das Schlafmittel Vesperax mite bzw. auf den entsprechenden Versuchsstoff UCB 1414 M fanden sich in zwei Krankenakten aus den gezogenen Stichproben. Dabei handelt es sich um die Akten von zwei Mädchen im Alter von 17 und 18 Jahren aus den Jahren 1966/67. Bei einem Mädchen wurde das Barbiturat offenbar als nebenwirkungsärmere Alternative eingesetzt. So erhielt im September 1967 die 18jährige Jugendliche das Versuchspräparat UCB 1414 ‚M‘ anstelle des Schlafmittels Mogadan, bei dem Suchtgefahr bestand. Ferner wurde die Jugendliche aufgrund ihrer Adipositas behandelt.<sup>368</sup> Bei der zweiten Jugendlichen, einem Mädchen von 17 Jahren, die im April 1966 an der KJP Wunstorf zur Aufnahme kam, stand erneut die Sedierung im Vordergrund. Bei der Minderjährigen wurde eine hirnorganische Schädigung, eine seelische und geistige Retardierung sowie Imbezillität diagnostiziert.<sup>369</sup> Den Betreuungsberichten lässt sich entnehmen, dass die Jugendliche schon vor dem Wecken wach war: Sie „wälzte [...] sich in ihrem Bett“.<sup>370</sup> Der jugendpsychiatrische Bericht notierte zudem

---

<sup>364</sup> Eintrag in Verlaufsbogen, 5.9.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 04295.

<sup>365</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 2.11.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 04295.

<sup>366</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 2.11.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 04295.

<sup>367</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 129.

<sup>368</sup> Medikamentenkurve, Acc. NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, 2006/087 Nr. 05126.

<sup>369</sup> Krankenblatt, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, 2006/087 Acc. 2006/087 Nr. 02499.

<sup>370</sup> Eintrag vom 9.5.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, 2006/087 Nr. 02499. Siehe auch Eintrag vom 10.5.1966.

Einschlafstörungen.<sup>371</sup> Ab dem neunten Tag erhielt die Jugendliche dreimal eine Tablette Vesparax mite. Laut Roter Liste von 1963 lag die Tagesdosis bei ½ bis einer Tablette.<sup>372</sup> Die 17jährige bekam aber das Dreifache der maximalen Dosis. Eine erhöhte Dosierung empfahl Heinze jun. laut seiner Publikation, wie dargelegt, im Fall „abendlichen Aufschaukelns.“<sup>373</sup> Vor diesem Hintergrund erklärt sich auch, warum das frühe Erwachen der Jugendlichen und die „psychomotorische Unruhe“<sup>374</sup> als Schlafstörung diagnostiziert und eine medikamentöse „Sedierung“<sup>375</sup> eingeleitet wurde. Solche Verhaltensweisen, die den Tagesablauf stören konnten, wurden vom Pflegepersonal oft als zusätzliche Belastungen wahrgenommen und ärztlicherseits pathologisiert.<sup>376</sup> Offenbar brachte aber auch die Medikation mit Vesparax mite nicht den gewünschten Erfolg. Ab dem 12. Mai 1966 wurde die Behandlung auf Dominal umgestellt. Im jugendpsychiatrischen Bericht hieß es hierzu: „Unter einer medikamentösen Behandlung mit DOMINAL-Tropfen (3 x tgl. 15 Trpf.) gelang eine wenigstens einigermaßen zureichende Sedierung der psychomotorischen Unruhe.“<sup>377</sup> An dieser Stelle wird deutlich, dass die Beseitigung der psychomotorischen Unruhe das eigentliche Ziel der medikamentösen Therapie, also auch der Behandlung mit hohen Dosen des Schlafmittels Vesparax mite, war. Bei der zweiten Aufnahme an der KJP Wunstorf im Februar 1967 erhielt die Jugendliche neben anderen Medikamenten auch Ciatyl.

Die bisherige Analyse zeigt, dass Arzneistoffe aus unterschiedlichen Medikamentengruppen an der KJP Wunstorf eingesetzt wurden, um den Pflegealltag und die weitere Unterbringung von Kindern und Jugendlichen zu vereinfachen. Durch Medikationswechsel und Kombinationsbehandlungen wurde mehrfach versucht, eine Sedierung von besonders unruhigen Minderjährigen zu erreichen, teils auch um den Preis damit einhergehender Nebenwirkungen. Die Ärztinnen und Ärzte der KJP Wunstorf setzten zu diesem Zweck neben bereits auf dem Markt befindlichen Präparaten auch Versuchsstoffe ein. Eine solche Praxis zeigt sich exemplarisch in der Krankengeschichte einer 17jährigen Jugendlichen, die im Birkenhof, einem Hannoveraner Heim, lebte. Aus ihrer Akte wurde teilweise im Kapitel 4.1.2 (Therapeutischer Versuch oder institutionell erwünschte Sedierung?) zitiert. In Erinnerung gerufen werden soll an dieser Stelle, dass das Mädchen an der KJP Wunstorf aufgenommen

---

<sup>371</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 3.6.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, 2006/087 Nr. 02499.

<sup>372</sup> Rote Liste (1963).

<sup>373</sup> Heinze (Psicosima), S. 1008.

<sup>374</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 3.6.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, 2006/087 Nr. 02499.

<sup>375</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 3.6.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, 2006/087 Nr. 02499.

<sup>376</sup> Siehe Kap. 4.1.2 Therapeutischer Versuch oder institutionell erwünschte Sedierung?

<sup>377</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 3.6.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, 2006/087 Nr. 02499.

wurde, „um sie medikamentös in einer Form einzustellen, die sie für den Birkenhof tragbar macht.“<sup>378</sup>

Aus der Krankengeschichte geht hervor, dass die Jugendliche aufgrund ihres devianten Verhaltens in der KJP Wunstorf Aufnahme fand. Die Minderjährige wurde als minderbegabt, jedoch nicht schwachsinig beschrieben. Ansonsten hob die Diagnose vorwiegend Charaktereigenschaften hervor: Die Jugendliche sei eine „charakterlich vielfältig auffällige, dabei haltschwache, triebhafte und stimmungslabile sowie gesteigert geltungsbedürftige Minderjährige.“<sup>379</sup> Eine psychiatrische Diagnose im engeren Sinne wurde zunächst nicht gefällt, sondern degenerationstheoretische Erklärungsansätze für das Verhalten des Mädchens angeführt. Im Laufe des Aufenthalts trat jedoch an deren Stelle eine organische Begründung des als deviant empfundenen Verhaltens. Laut des jugendpsychiatrischen Berichtes vom April 1966 konnten anfänglich keine Hinweise auf eine organische Hirnschädigung oder eine Krampfneigung gefunden werden. Aufgrund der Anamnese, die Mutter wurde während der Schwangerschaft körperlich misshandelt und das Kind war bei Geburt blau angelaufen, und des Gesamtverhaltens wurde aber „trotz des negativen elektro- und pneumoencephalographischen Befundes eine perinatale Hirnschädigung als wahrscheinlich unterstellt.“<sup>380</sup> Eine solche Erkrankung musste nach dem Bericht als „Ursache der massiven abnormen Reaktionsbereitschaft und der Verhaltensstörungen zumindest in den Kreis der Erwägungen einbezogen werden.“<sup>381</sup> Zu diesen Verhaltensstörungen zählten „nicht nur eine ausgeprägte Stimmungs labilität, sondern auch eine vorwiegende Interessensausrichtung – dabei völlig unkritisch – auf das andere Geschlecht [...]. Außerdem war eine erhebliche abnorme Reaktionsbereitschaft und eine gesteigerte Neigung zu Trotzreaktionen nachzuweisen.“<sup>382</sup> Die Diagnose eines organischen Leidens legitimierte also die umfangreiche Medikation zur Beeinflussung des Verhaltens der Jugendlichen.

Die Minderjährige bereitete im Klinikalltag erhebliche Schwierigkeiten. Dies lässt sich der Krankenakte an verschiedenen Stellen entnehmen. So hieß es im jugendpsychiatrischen Bericht, dass die „pädagogische Ansprechbarkeit als reduziert bezeichnet werden“<sup>383</sup> muss. Ferner weigerte sich die Jugendliche, zur Beschäftigungstherapie zu gehen.<sup>384</sup> Das

---

<sup>378</sup> Untersuchung von Dr. Dames im Birkenhof am 13.1.1966, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Accc. 2004/087 Nr. 03307.

<sup>379</sup> Diagnose laut Krankengeschichte, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Accc. 2004/087 Nr. 03307.

<sup>380</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 24.4.1966, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Accc. 2004/087 Nr. 03307.

<sup>381</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 24.4.1966, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Accc. 2004/087 Nr. 03307.

<sup>382</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 24.4.1966, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Accc. 2004/087 Nr. 03307.

<sup>383</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 24.4.1966, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Accc. 2004/087 Nr. 03307.

<sup>384</sup> Eintrag in den Verlaufsbogen vom 11.3.1966, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Accc. 2004/087 Nr. 03307.



nichtmedizinische Personal schilderte sie als „unruhig und laut, es ist schwierig, sie zufrieden zu stellen.“<sup>385</sup> Die stärkste Herausforderung stellten aus Sicht des Klinikpersonals sicherlich die mehrmaligen Fluchten dar, auf die jeweils mit einer medikamentösen Umstellung reagiert wurde. Ab dem Aufnahmetag erhielt das Mädchen dreimal zwei Messlöffel Psicosoma und damit jene Dosierung, die bei unruhigen Verhalten von Heinze jun. in seiner Publikation empfohlen wurde. Ähnlich wie im oben dargestellten Fall einer 16jährigen, die Psicosoma erhalten hatte, wurde auch bei diesem Mädchen ein sexuell auffällig erscheinendes Verhalten hervorgehoben. Knapp zwei Wochen nach ihrer Aufnahme verließ die Jugendliche erstmalig ohne Erlaubnis die KJP. Wie in Kapitel 4.1.2 dargestellt, wurde sie nach ihrer Rückkehr mit einer Ampulle Ciatyl 25 mg sediert. Auch in der Folgezeit erhielt sie Ciatyl in Kombination mit dem Anti-Parkinson-Mittel Akineton. Die weiteren Einträge in die Medikamentenkurve sind nicht eindeutig. Begleitend oder alternativ erhielt die Minderjährige dreimal 20 Tropfen Dominal. Am 23. April lief sie erneut aus der KJP Wunstorf fort. Nach der Wiederaufnahme wurde die Dominal-Dosis auf dreimal 30 Tropfen und schließlich dreimal 40 Tropfen erhöht. Dies übertraf die Tagesdosis für Erwachsene um ein Drittel. Aus dieser Zeit berichtete das Pflegepersonal: „Nach einer Woche im Bett fällt sie nicht besonders auf.“<sup>386</sup> Trotz der starken Medikamente entfernte sich die Jugendliche am 10. Juni 1966 erneut aus der Klinik. Bei ihrer Rückkehr erhielt sie eine Injektion mit 80 mg Dominal und wurde auf die Frauenstation verlegt. Nach der Wiederaufnahme an der KJP erfolgte eine Behandlung mit dreimal 35 Tropfen Dominal sowie begleitend mit Effortil, das zur Stabilisierung des Kreislaufs diente. Diese Dosierung konnte offenbar nicht aufrechterhalten werden. Zunächst wurde die Dominal-Dosis reduziert und ab Anfang September durch ein Esslöffel H 1466 forte Saft und Effortil ersetzt. Nach vier Tagen wurde die Dosierung des Versuchsstoffs auf die Hälfte vermindert.<sup>387</sup> Während ihres rund sechsmonatigen Aufenthaltes erhielt die Jugendliche demnach zwei Versuchspräparate (Psicosoma und H 1466 forte) sowie Ciatyl, das Heinze jun. in dieser Zeit auf seine Anwendung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie prüfte.

Eine Analyse der Krankenakten verdeutlicht, dass es in mehreren Fällen um eine Sedierung der betroffenen Kinder ging. Zwar wurde bei jenen Mädchen, die mit Psicosoma behandelt wurden, einmal angeführt, mithilfe der medikamentösen Behandlung die pädagogische Ansprechbarkeit verbessern zu wollen<sup>388</sup>, ein anderes Mal fanden im Zusammenhang mit der medikamentösen

---

<sup>385</sup> Bericht o. D., NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2004/087 Nr. 03307.

<sup>386</sup> Eintrag vom 5.5.1966, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2004/087 Nr. 03307.

<sup>387</sup> Medikamentenkurve, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2004/087 Nr. 03307.

<sup>388</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 1.4.1966, NLA, H., Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 02953.

Behandlung heilpädagogische Maßnahmen Erwähnung<sup>389</sup>. Das Kapitel zum Neuroleptikum Ciatyl konnte aber zeigen, dass heilpädagogische Maßnahmen oft gar nicht umgesetzt werden konnten, weil hierfür die personellen Ressourcen fehlten. Gerade in Fällen einer hohen Dosierung der zumeist sedierend wirkenden Arzneistoffe kann daher geschlussfolgert werden, dass auch oder vor allem eine Erleichterung des Klinik- und Anstaltsalltags erreicht werden sollte. In diesen Fällen wurde regelmäßig über die Dosisempfehlungen der Hersteller hinausgegangen. Ferner thematisierten die Publikationen den Einsatz von Bromverbindungen und Barbituraten in Kombination mit Neuroleptika. Durch die Versuche zum Indikationsbereich und der Dosierung wurden neue Erkenntnisse gewonnen und durch die Veröffentlichungen verbreitet. Bei Psicosoma und Vesparax mite hob Heinze jun. die Anwendung bei Kindern mit Intelligenzminderungen hervor. Ihre Versorgung war gerade dann, wenn zusätzlich Schwierigkeiten in der Kommunikation bestanden, für das Pflegepersonal besonders zeitaufwendig. Möglicherweise bedeutete dies eine erhöhte Gefahr, für Medikamentenversuche mit sedierender Wirkung berücksichtigt zu werden. Eine solche Analyse konnte jedoch im Rahmen des vergebenen Forschungsauftrags nicht geleistet werden.

#### 4.4.3 Einzelhinweise auf mögliche weitere Studien und Anwendungsbeobachtungen

Das Kapitel soll mit vier Kurzdarstellungen zu möglichen weiteren Studien bzw. Anwendungsbeobachtungen schließen, zu denen nur wenige Informationen vorliegen: Erstens zu der Prüfung von Hexobion 300 von Hans Heinze sen., zweitens zu einer möglichen Anwendungsbeobachtung zu Tofranil an der KJP Wunstorf und drittens zu dem nicht weiter bestimmbar Kürzel MF 1a, das sich ebenfalls in einer Wunstorfer Krankenakte fand.

Bei Hexobion handelt es sich, wie auch bei Encephabol, um ein Vitamin B6-Präparat von Merck. Der Indikationsbereich umfasste u. a. Chorea minor, Schwindelzustände, Ménièreische Krankheit sowie Feersche Krankheit.<sup>390</sup> Das Medikament kam in der Bundesrepublik 1950 auf den Markt. Im Februar 1959 wurde auch eine hochkonzentrierte Form (300 mg) eingeführt.<sup>391</sup> Spätestens seit 1958 wollte Merck diesen Arzneistoff an deutschen Kliniken prüfen. Nicht immer lief die Suche nach Prüfärzten erfolgreich ab, wie die Weigerung eines Arztes am Essener Franz-Sales-Haus zeigt, der solchen Anfragen Anfang 1958 wiederholt auswich.<sup>392</sup> An der KJP Wunstorf hatte Merck hingegen Erfolg. Dies geht aus dem Protokoll über den Besuch

---

<sup>389</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 2.11.1966, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf, Acc. 2006/087 Nr. 04295.

<sup>390</sup> Rote Liste (1959).

<sup>391</sup> Schreiben zur Neueinführung MA W38/60a.

<sup>392</sup> Wagner (2019), S. 87.

eines Merck-Mitarbeiters an der Universitäts-Nervenklinik Gießen im Februar 1959 hervor. An dieser Klinik war Heinze jun. vor seinem Wechsel an die KJP Wunstorf tätig. In dem Bericht charakterisierte der Merck-Mitarbeiter das Beziehungsgeflecht zwischen dem Pharmaunternehmen und den beiden Psychiatern wie folgt: „Dr. Heinze ist der Sohn von Prof. Heinze, der [...] für uns Hexobion 300 mg geprüft hat.“<sup>393</sup> Der Besuch fiel noch in die Zeit vor der Markteinführung von Hexobion, so dass davon auszugehen ist, dass Hans Heinze sen. die Behandlung mit einem Versuchspräparat durchführte. Laut Roter Liste von 1961 diente der Arzneistoff zur Therapie bei neurovegetativen Störungen wie Reizbarkeit, Unruhe und hartnäckige Schlaflosigkeit, ferner bei Migräne, verschiedenen Tremorarten, Enzephalopathien im Säuglings- und Kindesalter, Parkinsonismus, Chorea minor, etc.<sup>394</sup> Als Applikationsformen wurden nach Markteinführung Ampullen zu 2 ccm sowie Dragees angeboten.

Die Stichproben aus den Krankenakten der KJP Wunstorf enthalten die Akte eines siebenjährigen Mädchens, das ab September 1958 für mindestens drei Wochen dreimal täglich einen Teelöffel Hexobion erhielt. Da weitere Angaben zu dem Arzneistoff fehlen, geht aus der Akte nicht eindeutig hervor, ob es sich um Hexobion 300 handelte. Dies erscheint jedoch aufgrund der zeitgleich stattfindenden Prüfung sowie des geplanten Indikationsbereiches als naheliegend. Die Patientin wurde in der Krankengeschichte als „lebhaftes und antriebsreiches, kindlich-fröhliches, intellektuell knapp unterdurchschnittlich begabtes Mädchen von gesteigertem Beachtungs- und Auszeichnungsverlangen“ geschildert.<sup>395</sup> Weitere Informationen lassen sich der Akte nicht entnehmen.

Das Antidepressivum Tofranil wurde in der Kinderpsychiatrie hauptsächlich bei Einnässen eingesetzt.<sup>396</sup> Ursprünglich prüfte das Schweizer Pharmaunternehmen Geigy seine Wirkung auf das Schmerzempfinden, doch in der ersten Hälfte der 1950er Jahre wurde auch der Einsatz bei Schizophrenie klinisch erprobt, bevor sich schließlich vor allem aufgrund der Prüfungen von Roland Kuhn in Münsterlingen als Hauptindikation die Depression etablierte.<sup>397</sup> Schließlich kam Tofranil im März 1958 in der Schweiz auf den Markt und Ende 1958 in der Bundesrepublik.<sup>398</sup>

Unmittelbar nach Marktzulassung findet sich in der Akte eines 16jährigen Jungen ein einseitiger Beobachtungsbogen von Geigy, bzw. von der Karl Thomae GmbH, die Tofranil in

---

<sup>393</sup>MPA-Medizin, betr. Besuch bei Dr. Heinze am 26.2.1959. Merck-Archiv, Bestand L 10/169.

<sup>394</sup> Rote Liste (1961).

<sup>395</sup> Krankengeschichte, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 03641.

<sup>396</sup> Siehe Kap. 4.2.

<sup>397</sup> Meier/König/Tornay (2019), S. 64 und 68f.

<sup>398</sup> Meier/König/Tornay (2019), S. 74.

der Bundesrepublik vertrieb. Der Jugendliche wurde mit der Diagnose der Schizophrenie im Dezember 1958 in die KJP Wunstorf aufgenommen. Die Behandlung mit Tofranil setzte eine Woche nach Aufnahme ein. Die maximale Tagesdosis betrug 125 mg. Laut des jugendpsychiatrischen Berichtes kam es durch „die medikamentöse Behandlung [...] zu einer leichten Besserung.“<sup>399</sup> Ein späterer Bericht vom Februar 1959 verzeichnet jedoch keinen dauerhaften Behandlungserfolg.<sup>400</sup> Nach drei Wochen wurde das Medikament nach Erbrechen abgesetzt.<sup>401</sup> Der Beobachtungsbogen legt nahe, dass er nicht für den Einsatz bei einem wissenschaftlichen Versuch angelegt war, sondern für eine Anwendungsbeobachtung, da keiner der abgefragten Parameter (Diagnose, Symptomatik, Vorbehandlungen, Dosierung, vorherige Behandlungen, Behandlungserfolge, Begleiterscheinungen und der Umgang mit diesen) definiert war. Der Bogen ist nur teilweise ausgefüllt. Dies und der Umstand, dass er in der Akte überliefert ist, legen nahe, dass eine Übersendung an den Hersteller nicht erfolgte. Möglicherweise bestand hier ein Zusammenhang mit dem negativen Behandlungsergebnis.

In einer anderen Akte aus dem Jahr 1962 fand sich in der Medikamentenkurve eines Mädchens der Eintrag „morg. u. mitt. 1 Dragee MF1a.“<sup>402</sup> Das Kind hatte die Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung erhalten. Die Behandlung mit dem Arzneistoff erfolgte über vier Tage. Im Vorfeld und unmittelbar im Anschluss wurde das Kind mit Erkältungsmitteln und Antibiotika behandelt. Interessanterweise hieß es im Abschlussbericht: „Medikamentös empfehlen wir über längere Zeit eine Behandlung mit dem noch nicht im Handel befindlichen Vitamin-B6-Präparat (Pyriethoxin), und zwar in einer Dosierung von morgens und mittags je einem Dragee. Von diesem Präparat haben wir der Mutter eine ausreichende Menge mitgegeben.“<sup>403</sup> Allerdings scheint dieses Versuchspräparat nicht in der Medikamentenkurve oder an einer anderen Stelle der Akte auf. D. h. eine Behandlung in der KJP Wunstorf mit Encephabol ist nicht eindeutig dokumentiert.

#### 4.5 Einhaltung zeitgenössischer Normen

Zwar existierten bis zum Inkrafttreten des AMG von 1976 im Jahr 1978 kaum gesetzliche Bestimmungen zur Durchführung von Arzneimittelstudien. Dies heißt aber nicht, dass keine weiteren zeitgenössischen normativen Vorstellungen wirksam waren. Hierzu gehörten

---

<sup>399</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 13.1.1959, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 05779.

<sup>400</sup> Schreiben an den Bezirksfürsorgeverband der Heimatgemeinde, 19.2.1959, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 05779.

<sup>401</sup> Medikamentenkurve, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 05779.

<sup>402</sup> Medikamentenkurve, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 03840.

<sup>403</sup> Jugendpsychiatrischer Bericht vom 23.11.1962, NLA, H, Nds. 330 Wunstorf Acc. 2006/087 Nr. 03840.

wissenschaftliche und fachliche Standards zur Durchführung von klinischen Studien und ethische Normen zum Schutz von Versuchspersonen.

Gemeinsames Element der hier untersuchten Arzneimittelstudien war, dass kein einheitliches Studiendesign zu erkennen ist. Aussagen zu den von Hans Heinze sen. und von Clarita Dames durchgeführten Studien sind nicht möglich, da hier keine, bzw. nur eine Krankenakte recherchiert werden konnte.

Bei allen Versuchen variierten die Behandlungsdauer und die Dosierung. Die zu erprobenden Arzneistoffe wurden zusammen oder im schnellen Wechsel mit weiteren Präparaten gegeben. Dies schränkte die Beurteilung der Wirksamkeit des Prüfstoffes stark ein. Negative Prüfergebnisse wurden in Publikationen verschwiegen. Auch durch weitere Strategien wurde die Wirksamkeit von Arzneistoffen in Publikationen beschönigt, so im Fall von Encephabol durch den Verweis darauf, dass eine Wirkung erst bei Daueranwendung eintrete. Nebenwirkungen wurden wie bei Ciatyl teils bewusst in Kauf genommen und in den Publikationen nur unvollständig dargestellt. Darüber hinaus erhielten Kinder und Jugendliche bereits präventiv Antiparkinsonmittel, um die häufigste Nebenwirkung, nämlich extrapyramidale Begleiterscheinungen, von vornherein zu minimieren. Auch kreislaufstabilisierende Medikamente wurden parallel zu Versuchspräparaten verabreicht, um Nebenwirkungen bei Überdosierung zu verringern.

Zu jenen fachlichen und wissenschaftlichen Empfehlungen, die schon vor dem AMG von 1976 zur Durchführung von Arzneimittelstudien existierten, gehörten die Richtlinien zur Prüfung von Arzneimitteln von 1965. Sie forderten einen dreiphasigen Versuchsaufbau, Kontrollgruppen, eine statistische Auswertung, die vollständige Dokumentation von Nebenwirkungen und die Festlegung des Indikationsbereiches vor der Markteinführung. Zudem sollten an Minderjährigen nur solche Präparate geprüft werden, die für den Einsatz in der Pädiatrie bestimmt waren.<sup>404</sup> D. h. diese Empfehlungen galten bereits bei der Prüfung von Psicosoma und den Atosil-Bromverbindungen. Allerdings setzten sich die darin formulierten Standards bei Arzneistoffen, die in der Bundesrepublik auf den Markt gebracht werden sollten, auch in anderen Fällen nur langsam durch. Anfang der 1970er Jahre beschleunigte sich diese Entwicklung, als das Bundesgesundheitsamt entschied, nur solche Medikamente zuzulassen, bei deren Prüfung die inhaltlich sehr ähnliche Richtlinie für die klinische Prüfung von Arzneimitteln vom 1. Juni 1971 zur Anwendung gekommen war.<sup>405</sup> Eine fehlende gesetzliche

---

<sup>404</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 48ff.

<sup>405</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 49.

Regelung begünstigte also in den 1960er Jahren die Missachtung fachlicher und wissenschaftlicher Standards in der Bundesrepublik. Für die internationale Zulassung von Arzneistoffen waren aber bereits zu diesem Zeitpunkt strengere Standards etabliert, die auch von deutschen Pharmaunternehmen beachtet werden mussten, wollten sie die entsprechenden Prüfverfahren erfolgreich durchlaufen.<sup>406</sup> Erst die rückständige deutsche Rechtslage ermöglichte es also Pharmaunternehmen und Prüfkliniken, international akzeptierte Standards innerhalb der Bundesrepublik bewusst zu missachten.

Normative Maßstäbe über die Rechte von Versuchspersonen wurden durch den Nürnberger Kodex von 1947 und durch die Deklaration von Helsinki von 1964 und ihre Revisionen formuliert.<sup>407</sup> Zwei Aspekte sind für eine ethische Bewertung der hier vorgestellten Arzneimittelstudien zentral. Die Frage, ob und ggf. wie über die Medikamentenstudien aufgeklärt wurde, und ob ein Einverständnis der Erziehungsberechtigten für die Teilnahme an einem Versuch vorlag. Ein informiertes Einverständnis zu medizinischen Versuchen, wie es in der Weimarer Republik nötig war, und wie es auch im Nürnberger Kodex von 1947 festgehalten wurde, war in keiner der Akten dokumentiert.<sup>408</sup> Lediglich im Fall von Encephabol ist anzunehmen, dass hier in Einzelfällen darüber informiert wurde, dass Kinder mit einem noch nicht zugelassenen Arzneistoff behandelt wurden und zwar dann, wenn ihnen ein solcher Arzneistoff zur weiteren Behandlung mitgegeben wurde. Doch auch in diesen Fällen ist zu bezweifeln, dass über die Art und Weise der Versuchsdurchführung und seine Risiken angemessen aufgeklärt wurde. Zwar war ein solches Einverständnis nicht gesetzlich bindend und ein Fehlen konnte theoretisch auch bedeuten, dass ein Einverständnis mündlich eingeholt wurde. Doch ließen sich für ein solches Vorgehen keine Anhaltspunkte in den Krankenakten finden. Auch gemäß der Deklaration von Helsinki konnte bei therapeutischen Versuchen unter bestimmten Bedingungen, die an die Versuchsperson geknüpft waren, auf Aufklärung und Zustimmung verzichtet werden<sup>409</sup>, doch galt dies nicht bei Versuchen ohne Heilabsicht. Es ist demnach davon auszugehen, dass die in ethische Standards gekleideten Rechte von Betroffenen ebenso missachtet wurden wie zeitgenössische fachliche Standards. Dies schränkt auch nach zeitgenössischen Maßstäben die Legitimität der Studien ein. Wurden Versuche ohne Indikation und ohne Einverständnis durchgeführt, galten diese bereits zeitgenössisch als illegal. Aufgrund der nur fragmentarischen Quellenlage, die nicht zuletzt fehlender gesetzlicher Regelungen zur

---

<sup>406</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 72f.

<sup>407</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 56f.

<sup>408</sup> Siehe hierzu Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 56f.

<sup>409</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 58.

Dokumentation von Arzneimittelversuchen geschuldet ist, kann ein fehlender therapeutischer Wille im Einzelfall jedoch nur schwer nachgewiesen werden.

## 5. Arzneimittelstudien an weiteren Einrichtungen

Neben den Aktenfunden zu Arzneimittelstudien in der KJP Wunstorf wurden auch Dokumente über die Prüfung von Psicosa in dem Kinderheim Linerhaus in Altencelle bei Hannover sowie von Decantan im Oldenburgischen Landeskrankenhaus Wehnen recherchiert. Zudem konnte eine Publikation von Fritz Held identifiziert werden, in der er über seine Erfahrungen mit Esucos berichtete.<sup>410</sup> Wie gezeigt werden soll, handelte es sich aller Wahrscheinlichkeit nach im letzten Fall jedoch nicht um eine Arzneimittelstudie im Sinne des hier vorgelegten Berichts, da weder ein Versuchsaufbau vorhanden war noch Fragen verfolgt wurden, die nach heutigem Verständnis Teil von Arzneimittelstudien sind.

### 5.1 Versuche mit Psicosa außerhalb der KJP Wunstorf

Hans Heinze jun. gab in seiner 1969 erschienenen Publikation zu der Bromverbindung Psicosa an, diese „bei 220 Patienten in einer jugendpsychiatrischen Klinik und in der Ambulanz verschiedener größerer anstaltsähnlicher Einrichtungen für verhaltensgestörte bzw. geistig behinderte Kinder und Jugendliche eingesetzt“<sup>411</sup> zu haben. Um welche Einrichtungen es sich handelte, geht aus der Publikation nicht hervor. Anhand von Krankenakten aus der KJP Wunstorf konnte eruiert werden, dass Heinze jun. den 1969<sup>412</sup> auf den Markt gebrachten Arzneistoff seit spätestens 1965 prüfte.<sup>413</sup> Unsere bisherige Forschung legte nahe, dass Hans Heinze jun. zwei Wege nutzen konnte, um Arzneimittelprüfungen an anderen Einrichtungen durchzuführen. Erstens die Rücküberweisungen von Kindern und Jugendlichen, die aus Heimen zur Aufnahme an die KJP Wunstorf kamen.<sup>414</sup> In diesen Fällen würde es sich um die zufällige Integration von Heimen handeln, da die Versuche bereits an der KJP Wunstorf begonnen hatten. Zweitens betreute Heinze jun. sowohl in seiner Eigenschaft als Medizinalbeamter des Landes als auch privat Fürsorgeheime und Einrichtungen der Behindertenhilfe. Hierzu gehörten das private Heilpädagogische Kinder- und Jugendheim Brunnenhof in Rehburg-Loccum in dem Heinze jun. nach eigenen Angaben die

---

<sup>410</sup> Held (1964).

<sup>411</sup> Heinze (Psicosa), S. 1006.

<sup>412</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 39.

<sup>413</sup> Siehe Kap. 2.1 Die KJP Wunstorf.

<sup>414</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 128f.

Bromverbindung Psychoverlan prüfte. Bei Psychoverlan handelte es sich nach Auskunft des Pharmaunternehmens um die 1973 erfolgte Umregistrierung von Psicosoma.<sup>415</sup> Ferner betreute Hans Heinze jun. bis Mitte der 1960er Jahre das Heim Gutshof Hudemühlen, Hodenhagen, das ebenfalls eine Einrichtung der Behindertenhilfe war<sup>416</sup>, und ab Mitte der 1960er Jahre bis mindestens 1977 das Mädchenheim Linerhaus in Hannover Altencelle.<sup>417</sup> Nach Auskunft der Tochter von Hans Heinze jun. begutachtete ihr Vater ebenso Bewohnerinnen und Bewohner aus zwei weiteren Heimen, diese Einrichtungen konnten jedoch nicht identifiziert werden.<sup>418</sup>

Die gute Überlieferung von Einzelfallakten der Bewohnerinnen des Linerhauses im Landeskirchlichen Archiv Hannover erlaubte es, anhand von zwei Aufnahmejahren aus dem Studienzeitraum zu überprüfen, ob Mädchen aus dieser Einrichtung mit dem Prüfstoff behandelt wurden. Mehrheitlich lassen Heimakten kaum Aussagen über die medizinische Behandlung von Heimkindern zu, da die psychiatrische Betreuung entweder von externen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder durch Heimpsychiaterinnen und -psychiatern durchgeführt wurde, deren Aktenführung getrennt von der Heimakte erfolgte.<sup>419</sup> Für das Linerhaus sind jedoch in den Akten der Mädchen von Mitte der 1960er bis mindestens Mitte 1977 regelmäßig Berichte über jugendpsychiatrische Untersuchungen überliefert, die Hans Heinze jun. in diesem Heim durchführte. Teilweise sind dort auch Empfehlungen zur Verschreibung von Medikamenten zu finden. In einer dieser Akten ist dokumentiert, dass Hans Heinze jun. 1966, also während der Erprobung von Psicosoma, ein 13jähriges Mädchen mit dem Versuchsstoff behandelte. Insgesamt wurden in dieser nicht-repräsentativen Stichprobe die Aufnahmejahre 1965/66 ausgewertet und dabei 83 Akten gesichtet.

Bei dem dreizehnjährigen Mädchen hatte ein niedergelassener Psychiater der Heimatgemeinde 1963 eine schwere Neurose aufgrund einer Milieuschädigung diagnostiziert.<sup>420</sup> Anlass waren ‚Erziehungsschwierigkeiten‘ und das Urteil der Schule, dass das Mädchen dort nicht tragbar sei.<sup>421</sup> Nach einer psychiatrischen Begutachtung im Wichernstift im Sommer 1964 wurde schließlich die Heimunterbringung empfohlen und zu Behandlung mit dem Neuroleptikum Esucos geraten. Die Aufnahme der Jugendlichen im Linerhaus erfolgte ein Jahr später, 1965.

---

<sup>415</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 130.

<sup>416</sup> Eine Anfrage vom 3.5.2019 an die Einrichtung, ob Akten der Bewohnerinnen und Bewohner des Heims überliefert sind, blieb unbeantwortet.

<sup>417</sup> Hähner-Rombach/Hartig, S. 127.

<sup>418</sup> Telefonische Auskunft Hildegund Winkelmann, 4.7.2019.

<sup>419</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 22f.

<sup>420</sup> Arztbrief, November 1963, LkhA, D 23 II: 106.

<sup>421</sup> Antrag auf Gewährung auf FEH des Landesjugendamts Braunschweig, 13.12.1963; Jugendpsychiatrischer Befundbericht der Jugendpsychiatrischen Klinik Delmenhorst – Wichernstift, 6.8.1964, LkhA, D 23 II: 886.



Dort wurde sie dem betreuenden Jugendpsychiater Hans Heinze jun. vorgestellt, der die Minderjährige erneut begutachtete als ihr Verhalten im Heim Anlass zur Klage bot. Hierzu ließ er auch ein EEG anfertigen. Auf dieser Grundlage ging er von einer Hirnschädigung bei dem Mädchen aus, die die „Verhaltensstörungen“<sup>422</sup> beeinflusste und bat um eine Wiedervorstellung drei Monate später. Die Behandlung mit Esucos setzte er fort. Aus dem Bericht über die erneute Untersuchung im März 1966 geht hervor, dass laut der Heimleitung „keinerlei Besserung im Gesamtverhalten“<sup>423</sup> eingetreten sei. Ferner konstatierte Heinze jun. eine „latente Protesthaltung“<sup>424</sup> gegenüber der Heimunterbringung und hielt fest: „Mit weiteren Schwierigkeiten muß gerechnet werden, wobei auf die Kombination zwischen Milieuschädigung und organisch bedingten Auffälligkeiten hinzuweisen ist.“ Nun empfahl Heinze jun.: „Neben Esucos (3 x 10 mg) noch eine Zusatzbehandlung mit Psychosoma<sup>425</sup> (lt.) Schema) [sic] einzuleiten“ und wünschte eine baldige Wiedervorstellung. Das Schema ist in der Akte nicht enthalten. Deutlich wird aber auch ohne weitere Informationen zur Behandlung mit dem Versuchsstoff, dass das Linerhaus zu jenen Einrichtungen gehörte, an denen Hans Heinze jun. Psicosoma prüfte. Die zitierten Dokumente legen auch in diesem Fall nahe, dass die Medikation mit dem Versuchspräparat aufgrund des devianten Verhaltens des Mädchens erfolgte. Eine Einverständniserklärung ist analog zu dem Vorgehen in der KJP Wunstorf nicht überliefert.

## 5.2 Prüfung von Decentan an Kindern im Oldenburgischen Landeskrankenhaus Wehnen

Im Oldenburgischen Landeskrankenhaus Wehnen (heute Karl-Jaspers-Klinik Wehnen) existierte seit Herbst 1941 eine Kinderstation, die nach Umbauarbeiten 1954 wiedereröffnet wurde. Dabei handelte es sich jedoch nicht, wie in Königslutter oder Wunstorf, um eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik. Die Forschungen von Gerda Engelbracht zeigen, dass hier Kinder mit teils schwerwiegenden Behinderungen, aber auch Minderjährige in Fürsorgeerziehung mitunter mehrere Jahre unter prekären Bedingungen untergebracht waren.<sup>426</sup> Im Sommer 1958, zeitgleich zu den Versuchen von Hans Heinze sen. an der KJP Wunstorf, wurde am Landeskrankenhaus Wehnen eine „Prüfung [...] von Decentan-Suppositorien“ durchgeführt. Die Versuche seien, so ein ärztlicher Kurzbericht aus der Klinik an die wissenschaftliche Abteilung von Merck, „leider ganz negativ verlaufen.“<sup>427</sup> Über den

---

<sup>422</sup> Jugendpsychiatrische Untersuchung von Dr. Hans Heinze jun., 30.11.1965.

<sup>423</sup> Jugendpsychiatrische Untersuchung von Dr. Hans Heinze jun., 7.3.1966.

<sup>424</sup> Jugendpsychiatrische Untersuchung von Dr. Hans Heinze jun., 7.3.1966.

<sup>425</sup> Siehe zu dieser Schreibweise Kap. 2.1.

<sup>426</sup> Engelhardt (2020), S. 40ff.

<sup>427</sup> Schreiben an die Wissenschaftliche Abteilung vom 11.8.1958, MA L10/160.

Versuch sind nur wenige Angaben überliefert: Es wurden acht „schwer schwachsinnige Kinder“<sup>428</sup> im Alter von drei bis zehn Jahren mit den Zäpfchen behandelt, die zuvor Megaphen „zur Dämpfung“ erhalten hätten und darauf „gut reagierten“.<sup>429</sup> Demgegenüber sei die Medikation mit den Decantan-Zäpfchen „ohne irgendeinen sichtbaren Erfolg“<sup>430</sup> gewesen. Dem Bericht fehlte jedoch, wie sich auch einer handschriftlichen Anmerkung entnehmen lässt, eine Angabe zur Dosierung. Offenbar waren die Zäpfchen in einer Konzentration von vier oder acht Milligramm verfügbar. Je nach Konzentration hatte die Tagesdosis bei den Versuchen demnach bei 12 oder 24 mg gelegen. Bei oraler Gabe lag die von Merck 1958 empfohlene Tagesdosis bei Kindern über acht Jahre bei maximal 16 mg, zwischen vier und acht Jahren bei sechs bis acht Milligramm und zwischen eins und vier Jahren bei 4 Milligramm. Es ist demnach nicht auszuschließen, dass es auch im Oldenburgischen Landeskrankenhaus Wehnen zu Überdosierungen gekommen war. Der an Merck übermittelten Bericht enthielt hierzu keine Angaben. Im Vordergrund dieses Versuches schien die Darreichungsform als Suppositorium gelegen zu haben.

Da sich der hier vorgelegte Bericht gemäß dem Forschungsauftrag auf die beiden zeitgenössisch bereits existierenden KJPs in Königslutter und Wunstorf konzentrierte, konnten auch aus forschungspragmatischen Gründen keine Krankenakten aus dem damaligen Oldenburgischen Landeskrankenhaus Wehnen gesichtet werden. Diese Akten sind jedoch im Landesarchiv Niedersachsen (Standort Oldenburg) überliefert.<sup>431</sup>

### 5.3 Erfahrungsbericht versus Arzneimittelstudie – Eine Publikation zu Esucos aus der KJP Königslutter

Der Vollständigkeit halber soll abschließend kurz auf eine Publikation von Fritz Held, dem Leiter der KJP Königslutter, aus dem Jahr 1964 eingegangen werden, in der er über „Das psychomotorische Kind und seine Behandlung“<sup>432</sup> berichtete. Ähnlich wie in den Publikationen von Hans Heinze jun. standen auch hier „erethisch-schwachsinnige Kinder“<sup>433</sup> und hirngeschädigte Kinder im Fokus, bei denen „die allgemeinen psychischen Steuerungs- und Hemmungsfunktionen [betroffen sind], und die durch ihre Unruhe, Konzentrationsschwäche, Ermüdbarkeit und Verstimmbarkeit nicht nur pädagogisch unzugänglich und auch

---

<sup>428</sup> Schreiben an die Wissenschaftliche Abteilung vom 11.8.1958, MA L10/160.

<sup>429</sup> Schreiben an die Wissenschaftliche Abteilung vom 11.8.1958, MA L10/160.

<sup>430</sup> Schreiben an die Wissenschaftliche Abteilung vom 11.8.1958, MA L10/160.

<sup>431</sup> Bestand Rep 635. Diese Akten unterliegen wie alle Krankenakten strengen datenschutzrechtlichen Schutzfristen.

<sup>432</sup> Held (1964).

<sup>433</sup> Held (1964), S. 1659.

gemeinschaftswidrig sind [...], sondern auch leistungsmäßig so beeinträchtigt sind, daß oft ein substanzieller Intelligenzdefekt vorgetäuscht wird, wo es sich in Wirklichkeit nur um eine funktionelle Intelligenzstörung handelt.“<sup>434</sup> Beide Gruppen stellten, so Held weiter, für ihre Eltern und in Heimen aufgrund der hohen Intensität der notwendigen Betreuung eine Belastung dar. Wünschenswert sei daher „diese Kinder medikamentös ruhigzustellen, ohne diese Ruhigstellung mit einer Narkotisierung erkaufen zu müssen.“<sup>435</sup> Solchermaßen könnten die betroffenen Kinder, so Held weiter, sowohl im Elternhaus als auch in Heimen besser betreut und eine „Mobilisierung ihrer Intelligenz“<sup>436</sup> erreicht werden. Neben einem therapeutischen Ziel standen auch in diesem Aufsatz Aspekte der Betreuung und Unterbringung von Kindern mit auffälligem Verhalten im Vordergrund. Nachdem Held auf diese Weise die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie begründete, formulierte er im Anschluss Anforderungen an ein geeignetes Medikament (Dämpfung ohne Narkotisierung, geringe Nebenwirkungen auch bei Dauertherapie, günstiger Preis, gute Applizierbarkeit). Vor diesem Hintergrund stellte er schließlich fest: „Ein Medikament, das wir in Klinik und Ambulanz unseres jugendpsychiatrischen Dienstes [...] seit einem halben Jahr eingehend prüften und das diese Forderungen dabei weitgehend erfüllte, ist Esucos.“<sup>437</sup> Das schwach potente Neuroleptikum Esucos wurde von UCB-Chemie, Köln-Braunfeld 1962 auf den Markt gebracht.<sup>438</sup> Zum Zeitpunkt der Publikation war eine Indikation bei Kindern laut Roter Liste von 1963 in folgenden Fällen gegeben: „charakterlicher Instabilität und Erregungszustände, gestörtes soziales Anpassungsvermögen, Anorexie, Schlaflosigkeit, Angstzustände bei Klinikaufnahme, neurovegetative Dystonien.“<sup>439</sup> D. h. das Indikationsgebiet umfasste auch soziale Indikationen. Eine Dosierungsempfehlung für das neue Medikament enthielt die Rote Liste von 1963 ebenso wenig wie die beiden nachfolgenden Bände. Fritz Held empfahl bei akuten Fällen eine Dosis zwischen 10 mg und 150 mg pro Tag.<sup>440</sup> Ferner tätigte er Angaben zur Erhaltungsdosis im Fall einer Daueranwendung. Hier empfahl Held bei erethischen Kleinkindern eine Erhaltungsdosis von zwei- bis dreimal 25 mg, bei älteren Kindern mitunter bis zu 150 mg als Tagesdosis. Für hirngeschädigte Kinder riet er bei Minderjährigen bis zu sechs Jahren zu einer Erhaltungsdosis von zwei- bis dreimal 10 mg und bei älteren Kindern zu zwei- bis dreimal 25 mg pro Tag. Diese Empfehlung lag etwas über jener in einer zeitgleich vorgelegten Publikation von Waldemar

---

<sup>434</sup> Held (1964), S. 1659.

<sup>435</sup> Held (1964), S. 1659.

<sup>436</sup> Held (1964), S. 1659. Hervorhebung im Original.

<sup>437</sup> Held (1964), S. 1660.

<sup>438</sup> Linde (1992), S. 63.

<sup>439</sup> Rote Liste (1963).

<sup>440</sup> Held (1964), S. 1660.

Strehl, dem Heimarzt des Franz-Sales-Haus, der eine Höchstdosis von 100 mg pro Tag bei unruhigen und störenden Verhalten vorschlug<sup>441</sup>, ohne, wie Held, nach den Ursachen eines solchen Verhaltens zu differenzieren. Bezüglich der Nebenwirkungen gab Held an, dass es in einem Fall zu extrapyramidalen Erscheinungen gekommen sei, die nach der Gabe des Antiparkinsonmittels Atubal zurückgegangen sind.

Obleich gewisse Ähnlichkeiten zu der Publikation von Hans Heinze jun. zu Ciatyl aus dem Jahr 1967 existieren<sup>442</sup>, wie die Ausdehnung des Indikationsgebietes von Neuroleptika auf verhaltensauffällige Kinder und obgleich Held ebenfalls Dosierungsempfehlungen nannte, wird vorgeschlagen, die von Held berichteten Erfahrungen mit Esucos nicht als medizinischen Versuch einzuordnen. Erstens tätigte keinerlei Angaben zu einem eventuellen Versuchsaufbau. Dies unterschied seine Publikation jedoch nicht von den Forschungsberichten von Heinze jun. Zweitens lagen aber für Esucos zeitgleich bereits weitere Publikationen zur Indikation und Dosierung des Arzneistoffs bei Kindern vor<sup>443</sup> und auch die Rote Liste aus dem Jahr 1963 beschrieb bereits die Anwendung in der Pädiatrie. Die Publikation von Heinze jun. zum Einsatz von Ciatyl in der Kinder- und Jugendpsychiatrie war hingegen über lange Zeit singulär. Drittens ließen sich in der aus Krankenakten der KJP Königslutter gezogenen Stichprobe keine Medikation mit Esucos nachweisen. Es bleibt also auch unter diesem Gesichtspunkt unklar, wie die quantitative Grundlage von Helds Beobachtungen war.

## 6. Schlussbemerkung

Gegenüber dem vorangegangenen Bericht wurde die Quellenbasis stark erweitert.<sup>444</sup> Aus den Krankenakten der beiden niedersächsischen KJPs in Wunstorf und der in Königslutter wurden repräsentative Stichproben gezogen und auch die Datenbasis zur Universitäts-Psychiatrie Göttingen wurde verbreitert. Zusätzlich konnten weitere Dokumente recherchiert werden, die die jeweiligen Studien in ihren breiteren Kontext einordnen. In dem Fazit werden die Ergebnisse der Analyse dieser Quellen in zwei Schritten dargestellt. Zunächst stehen die Arzneimittelstudien im Fokus. Im zweiten Teil werden die Befunde zur Durchführung von Pneumenzephalographien an den beiden KJPs in Wunstorf und Königslutter sowie an der Universitäts-Psychiatrie Göttingen zusammengefasst.

---

<sup>441</sup> Wagner (2019), S. 102.

<sup>442</sup> Siehe Kapitel 4.1.1 Ausweitung des Indikationsgebietes und Dosisklä rung.

<sup>443</sup> Wagner (2019), S. 101.

<sup>444</sup> Siehe hierzu Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 17-20.

## Arzneimittelstudien

Die in diesem Bericht vorgestellten Resultate zu Arzneimittelstudien an Heimkindern und Minderjährigen in (kinder-)psychiatrischen Einrichtungen betreffen vor allem die KJP Wunstorf. Dies ist zum einen der für diese Einrichtung herausragenden Aktenlage geschuldet. Insbesondere der Vergleich mit der KJP Königslutter legt jedoch nahe, dass darüber hinaus die Aufgeschlossenheit von Hans Heinze sen. und Hans Heinze jun. gegenüber Arzneimittelstudien und die für Hans Heinze jun. zu konstatierende breite Akzeptanz organischer Erklärungsmodelle von Verhaltensauffälligkeiten die Attraktivität dieser Klinik für Pharmaunternehmen steigerte.

## Ausmaß und Umfang

Lediglich für die KJP Wunstorf können quantifizierende Angaben zum Ausmaß und Umfang der im Untersuchungszeitraum durchgeführten Arzneimittelstudien getroffen werden. Demnach erhielten ca. vier Prozent der zwischen 1953 und 1976 aufgenommenen Kinder und Jugendlichen Versuchsstoffe oder solche Arzneistoffe, die zwar bereits auf dem Markt waren, aber mit dem Ziel verabreicht wurden, solche Fragen zu untersuchen, die heute Teil von Arzneimittelstudien sind. Hierzu gehören die Ausweitung des Indikationsbereiches und die Dosisfindung. In mehreren Fällen wurden Minderjährige wiederholt in Arzneimittelstudien integriert. Ein Mädchen erhielt zwei Versuchspräparate und war zudem in eine Anwendungsstudie integriert. Nach vorsichtigen Schätzungen lag die Anzahl der Minderjährigen, die an diesen Studien teilnahmen im niedrigen dreistelligen Bereich. Die meisten in einer repräsentativen Stichprobe aufgefundenen Arzneimittelstudien fallen in den Tätigkeitsraum von Hans Heinze jun. In der Zeit zwischen November 1961 und März 1969 erhielten ca. neun Prozent der aufgenommenen Minderjährigen Arzneistoffe, die noch nicht auf dem Markt waren oder solche Präparate, die mit neuen Fragestellungen geprüft wurden. Aus der Schweiz liegen medizinhistorische Untersuchungen zur Durchführung von Medikamentenversuchen an der Universitätsklinik Zürich und der Psychiatrischen Klinik Basel Land vor, in denen überwiegend Erwachsene behandelt wurden. Nach ihnen lag der Anteil der von Arzneimittelversuchen betroffenen vorwiegend erwachsenen Patientinnen und Patienten „im mittleren einstelligen Prozentbereich.“<sup>445</sup> Die geringen Unterschiede zu den hier vorgestellten Ergebnissen lassen demnach vermuten, dass psychiatrische Kinder- und

---

<sup>445</sup> Rietmann/Germann/Condrau (2018), S. 212. Siehe ebenso: Lienhard/Condrau (2019); S. 20.

Jugendabteilungen als Studienorte keinen Sonderstatus einnahmen und dass Minderjährige nicht als besonders schützenswert wahrgenommen wurden.

Ein quantitativer Vergleich zur KJP Königslutter und zur Universitäts-Psychiatrie Göttingen ist aufgrund der unterschiedlichen Überlieferungszeiträume der Krankenakten nicht möglich. Die erzielten Ergebnisse legen jedoch nahe, dass die Bereitschaft und/oder die Kapazität der leitenden Ärztinnen und Ärzte in den untersuchten Einrichtungen, Arzneimittelstudien durchzuführen, differierte. In den neu gezogenen Stichproben der KJP Königslutter und der Universitäts-Psychiatrie Göttingen wurden keine durch Kürzel gekennzeichneten oder durch Publikationen bekannten Arzneimittelstudien in den Krankenakten aufgefunden.<sup>446</sup> Auch publizierte Berichte über Arzneimittelstudien liegen aus diesen Einrichtungen nicht im gleichen Maße vor. Es ist also davon auszugehen, dass die Anzahl der Versuche, die an den verschiedenen Kliniken mit Minderjährigen erfolgten, differierte. Einschränkend muss jedoch darauf verwiesen werden, dass erstens die Mehrzahl der für die KJP Wunstorff recherchierten Arzneimittelstudien in den 1960er Jahren angesiedelt waren. Aus diesem Zeitraum sind aus den beiden anderen Kliniken keine Akten mehr überliefert. Zweitens wurde an der KJP Wunstorff mitunter gerade dann nicht über Arzneimittelstudien berichtet, wenn sie mit Versuchspräparaten erfolgten. D. h., dass ein geringeres Publikationsaufkommen nicht zwangsläufig auf eine niedrigere Anzahl von Studien mit Versuchspräparaten verweist. Dass in den neu gezogenen Stichproben keine Arzneimittelstudien aufgefunden wurden, lässt also keineswegs die Aussage zu, dass im gesamten Untersuchungszeitraum keine Studien an der Universitätsklinik Göttingen und der KJP Königslutter angesiedelt waren. So führte beispielsweise Ernst Bönisch Mitte der 1960er Jahre an der Universitäts-Kinderklinik eine Studie zu Encephabol durch und vor 1971 wurde Androcur von Günter Ritzel an der Universitäts-Psychiatrie Göttingen getestet.<sup>447</sup> Bei anderen Studien konnte nicht entschieden werden, ob diese lediglich an Erwachsenen oder auch mit Kindern durchgeführt wurden. Eine medizinhistorische Untersuchung zu einer weiteren Schweizer Klinik, der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, unterstreicht aber ebenfalls, dass die Anzahl der von Arzneimittelstudien betroffenen Patientinnen und Patienten stark von dem persönlichen Engagement der leitenden Ärztinnen und Ärzte abhing. So ist für die Klinik Münsterlingen, an der Roland Kuhn lange einer der profiliertesten Prüfer für die später zusammengeschlossenen Pharmaunternehmen Ciba und Geigy war, von einer deutlich höheren Beteiligung von Patienten und Patientinnen an

---

<sup>446</sup> Es sei aber auf die Ergebnisse der nichtrepräsentativen Stichproben aus beiden Kliniken verwiesen. Siehe hierzu Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 34.

<sup>447</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 33.

Arzneimittelstudien auszugehen als die bisher genannten Schätzungen, die sich alle im mittleren einstelligen Prozentbereich bewegen.

Dass sich die Durchführung von Arzneimittelstudien an Minderjährigen in niedersächsischen Einrichtungen des Landes nicht auf die beiden KJPs in Wunstorf und Königslutter sowie die Universitäts-Psychiatrie Göttingen beschränkte, zeigt ein Kurzbericht über eine Arzneimittelstudie zu Decentan am Oldenburgischen Krankenhaus Wehnen. Ferner konnte gezeigt werden, dass Heinze jun. im Rahmen seiner Begutachtung von Bewohnerinnen des Kinderheims Linerhaus in Altencelle die Bromverbindung Psicosoma prüfte. Es erscheint naheliegend, dass insbesondere die Recherche in den Krankenakten weiterer Kliniken zusätzliche Arzneimittelstudien zu Tage fördern würde. Aufgrund des zeitlichen Rahmens dieses Forschungsprojektes wurden jedoch die drei Einrichtungen untersucht, die als KJP bzw. als Universitäts-Psychiatrie über den gesamten Untersuchungszeitraum existierten. Bezüglich der Heime beschränkten entweder die Qualität der Überlieferungen oder aber restriktive Nutzungsbedingungen die Berücksichtigung weiterer Einrichtungen.<sup>448</sup>

#### Durchführung von Arzneimittelstudien

Die Analyse der Wunstorfer Krankenakten bestätigt die Vorergebnisse<sup>449</sup>, dass den hier untersuchten Arzneimittelstudien aus den Jahren 1962 bis 1967 kein einheitliches Studiendesign zugrunde lag. Zu den von Hans Heinze sen. und von Clarita Dames durchgeführten Studien können keine diesbezüglichen Aussagen getroffen werden, da keine bzw. nur eine Krankenakte aufgefunden wurde. Zudem wird erkennbar, dass nicht allein die an der KJP Wunstorf tätigen Ärztinnen und Ärzte Kenntnis von den Versuchen hatten, sondern auch das Pflegepersonal.

Ein einheitliches Studiendesign, wie es wissenschaftliche Standards und internationale Richtlinien auch schon zeitgenössisch forderten, war bei keinem der Versuche erkennbar. Bei allen Medikamentenstudien variierten die Behandlungsdauer und die Dosierung. Vielfach wurden die zu erprobenden Arzneistoffe zusammen oder im schnellen Wechsel mit weiteren Präparaten gegeben. Dies schränkt die Beurteilung der Wirksamkeit des Prüfstoffes stark ein. Negative Prüfergebnisse wurden in Publikationen verschwiegen. Auch durch weitere Strategien wurde die Wirksamkeit von Arzneistoffen in Publikationen beschönigt, so im Fall von Encephabol durch den Verweis darauf, dass eine Wirkung erst bei Dauieranwendung eintrete.

---

<sup>448</sup> Siehe zu einem Überblick der recherchierten Heimakten Hähner-Rombach/Hartig (2019), Anhang 3.

<sup>449</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 71f.

Nebenwirkungen wurden wie bei Ciatyl und Psicosoma bewusst in Kauf genommen und in den Publikationen nur unvollständig dargestellt. Darüber hinaus erhielten Kinder und Jugendliche in diesen Fällen bereits präventiv weitere Medikamente, um Nebenwirkungen von vornherein zu minimieren.

Gesetzliche Regelungen zur klinischen Durchführung von Arzneimittelstudien wurden in der Bundesrepublik zwar erst mit dem AMG von 1976 verbindlich, doch existierten bereits zuvor fachliche Empfehlungen. Hierzu gehören die Richtlinien zur Prüfung von Arzneimitteln von 1965, die einen dreiphasigen Versuchsaufbau, Kontrollgruppen, eine statistische Auswertung, die vollständige Dokumentation von Nebenwirkungen und die Festlegung des Indikationsbereiches vor der Markteinführung forderten. Zudem sollten an Minderjährigen nur solche Präparate geprüft werden, die für den Einsatz in der Pädiatrie bestimmt waren.<sup>450</sup> Diese Richtlinien galten bereits für die Prüfung von Psicosoma, wurden aber ebenso wie vorangegangene wissenschaftliche Standards missachtet. Eine fehlende gesetzliche Regelung begünstigte also in den 1960er Jahren die Missachtung fachlicher und wissenschaftlicher Standards in der Bundesrepublik. Dieser Umstand tritt besonders deutlich hervor, wenn man berücksichtigt, dass deutsche Pharmaunternehmen diese Standards im Fall internationaler Medikamentenzulassungen durchaus beachteteten.<sup>451</sup>

Die meisten an der KJP Wunstorf angesiedelten Arzneimittelstudien wurden mit dem Ziel der Ausdehnung des bisherigen Indikationsbereiches und zu damit oft einhergehenden Fragen der Dosierung durchgeführt. Dies entspricht den Ergebnissen anderer medizinhistorischer Forschungen.<sup>452</sup> Die Analyse der Wunstorfer Krankenakten zeigt aber auch, dass es nicht allein im Fall von Neuroleptika und Bromverbindungen zur Ausdehnung des Indikationsgebietes kam, sondern auch bei Barbituraten und offenbar auch bei einem Antidepressivum. So wurden Neuroleptika bei der Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Fall von hirnorganischen Erkrankungen oder bei Minderjährigen mit Intelligenzminderungen geprüft, das Barbiturat Vesparax mite und Bromverbindungen wie Psicosoma und H 1466 bzw. H 1466 forte unter anderem um die starken Nebenwirkungen von Neuroleptika zu kompensieren, und so deren Einsatz in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu erleichtern. Das Antidepressivum Insidon kam als Versuchsstoff vermutlich mit dem Ziel zum Einsatz, zur Festigung der zeitgenössisch noch wenig verbreiteten Diagnose der kindlichen Depression beizutragen.

---

<sup>450</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 48ff.

<sup>451</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 72f.

<sup>452</sup> Wagner (2016); Wagner (2019).



Insbesondere für das Neuroleptikum Ciatyl, aber auch für das Barbiturat Vesparax mite und die Bromverbindungen Psicosoma und H 1466 bzw. H 1466 forte, konnte zudem gezeigt werden, dass die Arzneistoffe unter nichttherapeutischen Fragestellungen erprobt wurden, nämlich um die Betreuung und Unterbringung von Minderjährigen zu erleichtern. In diesen Fällen wurde regelmäßig über die Dosisempfehlungen der Hersteller hinausgegangen.

Die Befunde dieses Berichts zeigen eindeutig, dass die Sedierung von Kindern und Jugendlichen zum Erreichen eines institutionell erwünschten Verhaltens an der KJP Wunstorf Teil der Krankenhausroutine war und dass Medikamentenversuche auch mit dem Ziel durchgeführt wurden, eine solche Sedierung – im günstigen Fall unter Verringerung der Nebenwirkungen – zu erreichen. Die Beispiele aus den Krankenakten heben zudem hervor, dass eine medikamentöse Sedierung sich nicht auf einige wenige Minderjährige beschränkte, die aus Sicht des Personals das System zu sprengen drohten. Vielmehr wurde in den Krankenakten eine breite Palette von Verhaltensweisen als Medikationsanlässe aufgezählt, die eine stärkere personelle Zuwendung erforderten bzw. gegen Krankenhausroutinen verstießen. Das Beispiel eines Jungen, der wochenlang hochdosierte Neuroleptika, darunter auch Ciatyl, erhielt, schließlich aber ruhiger wurde, als eine Aufsicht gefunden werden konnte, die ihm ein Spielen im Freien ermöglichte, unterstreicht, dass die Schwelle, Kinder medikamentös zu sedieren, niedrig lag. Die Ursachen hierfür sind nicht zuletzt in einem absolut unzureichenden Personalschlüssel zu suchen.

Bezüglich der Interessenslagen von Prüffärztinnen und Prüffärzten und von Pharmaunternehmen lassen sich keine pauschalen Ergebnisse formulieren. Vielmehr geben die analysierten Versuche zu erkennen, dass unterschiedliche Motivationen den Ausschlag zur Prüfung von Arzneistoffen geben konnten. Eine Heilabsicht der Prüffärzte war in mehreren Fällen erkennbar. Insbesondere Studien zu Arzneistoffen, die eine Erleichterung des Klinikalltags versprachen, korrespondierten angesichts der schlechten Ausstattung von kinderpsychiatrischen Einrichtungen in den 1960er Jahren mit den Wünschen des Pflegepersonals der KJP Wunstorf und von Hans Heinze jun., der Arzneimittelprüfungen ohnehin aufgeschlossen gegenüberstand. Solche Einrichtungen waren für Pharmaunternehmen, die Neuroleptika, Schlafmittel und Bromverbindungen im pädiatrischen Bereich prüfen lassen wollten, besonders attraktiv. Dosierungsempfehlungen der Prüffärzte wurden teils von den Pharmaunternehmen aufgegriffen oder durch Publikationen innerhalb der Ärzteschaft verbreitet. Anders lag der Fall bei dem Versuchsstoff zum Antidepressivum Insidon. Hier legen die überlieferten Quellen nahe, dass es vor allem die Prüffärzte waren, die auf eine Ausweitung des Indikationsbereiches drangen,

während das Pharmaunternehmen einem solchen Vorhaben zunächst mit Zurückhaltung begegnete. Bei Encephabol wiederum wurde die Prüfung vonseiten des Pharmaunternehmens vorrangig durchgeführt, um das Produkt auf dem Markt bekannt zu machen. Ein Erkenntnisinteresse von Hans Heinze jun. oder des Pharmaunternehmens ließ sich in diesem Fall nicht erkennen.

Zu keiner der Arzneimittelstudien wurden in den betreffenden Krankenakten Hinweise auf ein informiertes Einverständnis gefunden. Lediglich im Fall des später rezeptfrei erhältlichen Encephabols lässt sich darauf schließen, dass ein Teil der Eltern von der Behandlung ihrer Kinder mit Versuchspräparaten wusste, da ihnen diese mitunter zur weiteren Behandlung mitgegeben wurde.<sup>453</sup> Bis zum AMG von 1976 forderten die gesetzlichen Regelungen nicht, über Arzneimittelversuche zu informieren und ein diesbezügliches Einverständnis einzuholen. Daher lässt sich aus fehlenden Einverständniserklärungen nicht automatisch schlussfolgern, dass nicht dennoch eine Aufklärung und Zustimmung erfolgt war, wie sie ethische Standards gleichwohl vorsahen.<sup>454</sup> Aber auch die in Krankenakten wiederholt aufscheinende Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten über andere Einverständniserklärungen, wie beispielsweise für Pneumenzephalographien, lässt sich im selben Maße nicht für Arzneimittelstudien finden. Von daher kann davon ausgegangen werden, dass nicht regelhaft über die Durchführung von Arzneimittelstudien informiert und ein Einverständnis eingeholt wurde. Eine nichtindizierte Erprobung von Medikamenten ohne Zustimmung der Erziehungsberechtigten wurde aber auch schon zeitgenössisch als Körperverletzung gewertet.<sup>455</sup>

Da die Analyse der Wunstorfer Krankenakten erkennen lässt, dass mehrfach erst über die Ergebnisse von Prüfungen in zeitgenössischen Fachzeitschriften berichtet wurde, als das Präparat bereits auf dem Markt war, muss davon ausgegangen werden, dass auch in anderen Fällen sogenannte Anwendungsstudien auf vorangegangene Prüfungen mit Versuchspräparaten verweisen. Es ist also naheliegend, dass die Anzahl von Versuchspersonen für einen noch nicht auf dem Markt eingeführten Arzneistoff weit höher lag, als durch Fachpublikationen erkennbar wird.

---

<sup>453</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 75.

<sup>454</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 74.

<sup>455</sup> Plenarprotokoll (1970), S. 1684.

## Vulnerable Gruppen

Die Analyse der Krankenakten lässt Aussagen darüber zu, ob bestimmte Faktoren die Wahrscheinlichkeit beeinflussten, dass Minderjährige an der KJP Wunstorf für Arzneimittelstudien berücksichtigt wurden. Dabei wird deutlich, dass Heimkinder keine besonders vulnerable Gruppe waren. Dieser Befund wird durch vergleichbare Ergebnisse der medizinhistorischen Untersuchung zur Klinik Münsterlingen in der Schweiz gestützt.<sup>456</sup> Auch Minderjährige in Fürsorgeerziehung waren nicht in besonderer Weise von Arzneimittelstudien betroffen. Ferner ist davon auszugehen, dass die Länge des Aufenthaltes ebenfalls keinen entsprechenden Einfluss nahm.

Es gibt jedoch Indizien, dass an der KJP Wunstorf Mädchen und junge Frauen bei Arzneimittelversuchen überrepräsentiert waren. Dies wurde von Heinze jun. bei der Prüfung von Vesparax mite auch explizit hervorgehoben. Ebenso fanden sich einzelne Hinweise, dass Mädchen, bei denen sexuelle Handlungen beobachtet wurden oder bei denen die Aktenlage auf sexuelle Erfahrungen hindeutete, Versuchspräparate wie Psicosoma erhielten. Ein abschließendes Urteil, ob Mädchen gefährdeter waren, Versuchspräparate zu erhalten oder in Anwendungsstudien eingeschlossen zu werden, kann aufgrund der kleinen Fallzahlen jedoch nicht getroffen werden. Aufgrund der Ausweitung des Indikationsbereiches von Arzneistoffen aus dem Bereich der Neuroleptika, Barbiturate und Bromverbindungen auf Verhaltensauffälligkeiten, ist ferner davon auszugehen, dass besonders betreuungsintensive Kinder und Jugendliche (darunter solche mit Intelligenzminderung) verstärkt für Studien rekurriert wurden. Auch hier war es aufgrund der kleinen Fallzahlen nicht möglich, zu quantifizierenden Aussagen zu gelangen.

## Mögliche (Mit-)verantwortung von Einrichtungen des Landes an Missständen

Für Impfstudien konnte bereits gezeigt werden, dass Angehörige des Sozialministeriums, aber auch von weiteren staatlichen Einrichtungen, Kenntnis von rechtswidrigen Versuchen hatten.<sup>457</sup> Im Unterschied zur Durchführung von Impfstudien existierten bis zum AMG von 1976 nur vage Bestimmungen über die Durchführung von Arzneimittelversuchen. Daher liegen die Hürden für eine juristische Mitverantwortung staatlicher Einrichtungen für eventuelle Missstände bei Arzneimittelstudien höher. Dessen ungeachtet lassen sich Aussagen zu möglichen Handlungsräumen treffen. Bereits die bisherigen Erkenntnisse zeigen, dass

---

<sup>456</sup> Meier/König/Tornay (2019), S. 106.

<sup>457</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 122f.

Einzelpersonen in staatlichen Einrichtungen durchaus Kenntnis über Arzneimittelstudien in (Kinder-)psychiatrischen Einrichtungen besaßen.<sup>458</sup> In den analysierten Krankenakten lassen sich wiederholt Hinweise finden, dass im Vorfeld der Einweisung von Kindern und Jugendlichen in die KJP Wunstorf staatliche Einrichtungen wie das Landessozialamt Hannover oder Heime wie der Birkenhof auf eine neue medikamentöse Einstellung drangen, ohne dass eine medizinische Indikation ersichtlich war. Zu diesem erweiterten Kreis von Institutionsangehörigen, die an der Erziehung von Kindern beteiligt waren, gehörten ebenso Schulpsychiaterinnen und -psychiater sowie das Lehrpersonal. Das in diesem Bericht zitierte zeitgenössische Schrifttum zur Entwicklung von Insidon und die Forschungen von Wagner lassen entsprechende Interventionen aus dem schulischen Umfeld gut erkennen. Solchermaßen wurde ein Klima der Akzeptanz geschaffen, dass die medikamentöse Ruhigstellung von Kindern förderte und mitunter sogar einforderte. Eine solche Interessenslage wurde durch die an der KJP Wunstorf durchgeführten Arzneimittelstudien befriedigt.

Ferner ist nicht auszuschließen, dass die Entscheidung staatlicher Stellen, ob ein Kind in der KJP Wunstorf oder in der KJP Königslutter begutachtet wurde, die Wahrscheinlichkeit beeinflusste, in eine Arzneimittellstudie eingeschlossen zu werden. Wie gezeigt, war der Anteil der Heimkinder unter den an der KJP Wunstorf aufgenommenen Minderjährigen vor 1961 deutlich höher als an der KJP Königslutter. Es ist davon auszugehen, dass diese Unterschiede auch nach 1961 nicht nivelliert wurden. Vor diesem Hintergrund kann geschlussfolgert werden, dass auch dann, wenn Heimkinder in der KJP Wunstorf nicht bevorzugt zu Arzneimittelstudien ausgewählt wurden, die Präferenz des Landesjugendamts Hannover für die KJP Wunstorf auch die Gesamtzahl der Heimkinder beeinflusste, die in der Wunstorfer Klinik Versuchspräparate erhielten oder an denen bereits auf dem Markt befindliche Arzneistoffe im Rahmen von Anwendungsstudien getestet wurden.

### Pneumenzephalographien

Eine Analyse der Krankenakten der drei untersuchten Kliniken zeigt, dass Umfang und Indikation der Pneumenzephalographien jeweils differierten. Allerdings lassen die unterschiedlichen Laufzeiten der überlieferten Krankenakten nur sehr bedingt Vergleiche zu. In der KJP Wunstorf stieg der Anteil der Kinder, bei denen eine Pneumenzephalographie durchgeführt wurde, seit den 1950er Jahren bis in die 1970er Jahre hinein kontinuierlich von gut 15 auf knapp 70 Prozent. An den beiden anderen Kliniken lag der Anteil der durchgeführten

---

<sup>458</sup> Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 114 und 140.

Pneumenzephalographien im Bereich von ca. 40 Prozent. Allerdings reicht der Überlieferungsraum der Krankenakten der Göttinger Universitäts-Psychiatrie lediglich bis 1955 und der Krankenakten der KJP Königslutter nur bis 1962. Es fanden sich keine Indizien, dafür, dass der für die KJP Wunstorf zu konstatierende Anstieg der Pneumenzephalographien auf die Durchführung medizinischer Versuche zurückzuführen ist. Vielmehr lässt sich die Zunahme der durchgeführten Pneumenzephalographien an der KJP Wunstorf mit der Ausweitung der Diagnose einer frühkindlichen Hirnschädigung ab den 1960er Jahren erklären. Bis Mitte der 1970er Jahre stieg der Anteil der Kinder, bei denen eine solche Diagnose gestellt wurde, auf ca. 50 Prozent. Als eine Ursache kann die Revision des JWG von 1961 angesehen werden, die die Gründe, Minderjährige von der Jugendfürsorge auszuschließen, auf medizinische Ursachen einschränkte. Ein Vergleich mit den beiden anderen untersuchten Einrichtungen war aufgrund unterschiedlicher Überlieferungszeiten der Krankenakten ebenfalls nur eingeschränkt möglich. Differierende personelle Entwicklungen in den KJPs und eine Präferenz des Landesjugendamtes Hannover für die Wunstorfer Klinik legen nahe, dass sich die Verläufe in den beiden KJPs zumindest graduell unterschieden. Stärker waren die Differenzen zur Universitäts-Psychiatrie Göttingen. An der Universitäts-Psychiatrie Göttingen überwogen im Überlieferungszeitraum der Akten bis Mitte der 1950er Jahre die klassischen Indikationen für Pneumenzephalographien, nämlich der Verdacht auf Epilepsie und auf raumfordernde Prozesse. Dies unterstreicht, dass in den KJPs vorwiegend Kinder mit abweichenden Verhalten Aufnahme fanden. Möglicherweise glichen sich die beiden Kliniktypen später in der Zusammensetzung ihrer Patientinnen und Patienten an. Dies lässt die Entwicklung an der Bremer Nervenklinik vermuten, an der erst ab Mitte der 1950er Jahre ein Anstieg der Diagnose frühkindlicher Hirnschädigungen verzeichnet ist. Weitere Erkenntnisse versprechen hier laufende Forschungen.<sup>459</sup> Schon jetzt kann aber davon ausgegangen werden, dass die therapeutische Ausrichtung der leitenden Ärztinnen und Ärzte die Anzahl der durchgeführten Pneumenzephalographien beeinflusste.

Wie bei den Medikamentenversuchen stellten Heimkinder auch in Bezug auf die Durchführung von Pneumenzephalographien an keiner der Einrichtungen eine vulnerable Gruppe dar. Sie waren weder an der KJP Wunstorf noch an der KJP Königslutter überdurchschnittlich häufig von der Anwendung dieses Diagnoseinstrumentes betroffen, an der Universitäts-Psychiatrie Göttingen war der Anteil der Heimkinder im Überlieferungszeitraum ohnehin zu vernachlässigen.

---

<sup>459</sup> Siehe hierzu Hähner-Rombach/Hartig (2019), S. 8.

An allen untersuchten Einrichtungen wurden in den 1950er Jahren Pneumenzephalographien durchgeführt, ohne dass ein schriftliches Einverständnis in den Krankenakten überliefert ist. Im Fall von Minderjährigen war die Zustimmung der Erziehungsberechtigten zwingend vorgeschrieben. Ab den 1960er Jahren lag ein Einverständnis in der Regel vor. Allerdings ist zu konstatieren, dass in den drei untersuchten Einrichtungen Mängel bezüglich der Aufklärung bestanden. D. h., dass die Einverständniserklärungen nicht den zeitgenössischen Standards entsprachen. Nicht nur die oftmals fehlende oder unzureichende Aufklärung lassen Zweifel an der Legitimität der auf diese Weise eingeholten Zustimmungen aufkommen. In einigen Fällen wurde an beiden KJPs zudem Druck auf Eltern oder weitere Sorgerechtsinhaberinnen und -inhaber ausgeübt, ihr Einverständnis zur Durchführung einer Pneumenzephalographie zu erteilen. Diese Praktiken reichten von dem Versuch, das elterliche Einverständnis durch ein solches vom Vormundschaftsgericht zu ersetzen oder durch Entzug des Sorgerechts zu erzwingen bis zu drängend formulierten Anschreiben an die Eltern.

Die Analyse der Krankenakten der KJP Wunstorf legt ferner nahe, dass die Revision des JWG 1961 weitreichende Folgen hatte. Da die Fürsorgeerziehung nun lediglich aufgrund medizinischer Ursachen aufgehoben werden konnte, erhöhte sich offenbar die Akzeptanz organischer Erklärungsansätze für Verhaltensauffälligkeiten in Schulen und Heimen. Die genannten Institutionen konnten, indem sie die Begutachtung von Minderjährigen in die Wege leiteten, mit einer solchen Diagnose den Ausschluss von besonders betreuungsintensiven Kindern forcieren. Niedergelassene Psychiaterinnen und Psychiater und Erziehungsberatungsstellen flankierten diese Initiativen. Landesjugendämter sahen es ebenfalls als Entlastung, wenn Kinder mit einer solchen Diagnose keine Heimplätze ‚blockierten‘. Für die Psychiaterinnen und Psychiater ermöglichte ein organisches Erklärungsmodell von Verhaltensauffälligkeiten wiederum, sich im zeitgenössisch geführten Grabenkampf gegen die Psychologie behaupten zu können. Für die betroffenen Kinder ging eine solche Diagnose jedoch mit einer Einschränkung gesellschaftlicher Teilhabe und persönlicher Entwicklungsmöglichkeiten einher. Bis in die 1970er Jahre hinein lässt sich demnach von einer strukturellen Benachteiligung der betroffenen Kinder durch Diagnosebildung sprechen. Die hier dargestellten machtpotenzierenden Verhältnisse entstanden jedoch gleichsam nebenbei. Keine der beteiligten Institutionen zielte an sich auf eine Zurücksetzung der betroffenen Minderjährigen. Indem die unterschiedlichen Akteurinnen und Akteure in staatlichen Einrichtungen aber jeweils ihre institutionellen Handlungsmöglichkeiten nutzten, schufen sie ein Exklusionssystem für Kinder mit unerwünschten Verhalten. Die Pathologisierung von devianten Verhalten schuf zugleich einen Absatzmarkt für Arzneimittel, die zunächst für die

Anwendung bei Erwachsenen entwickelt worden waren, in kinderpsychiatrischen Einrichtungen und Heimen aber vermehrt zur Ruhigstellung von Kindern eingesetzt wurden, die das ohnehin knappe Personal zusätzlich belasteten.

## Abkürzungsverzeichnis

AMG	Arzneimittelgesetz
d. h.	d. h.
Dr.	Doktor
Drag.	Dragee
etc.	et cetera
ggf.	gegebenenfalls
i. d. R.	in der Regel
jun.	junior
JWG	Jugendwohlfahrtsgesetz
KJP	Kinder- und Jugendpsychiatrie
LKH	Landeskrankenhaus
mg	Milligramm
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
sen.	senior
u. a.	unter anderem / und andere
z. B.	zum Beispiel



## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Überlieferungszeiträume der Krankenakten	S. 10
Tab. 2: Angaben zu Versuchspersonen in Publikationen von Heinze jun.	S. 14
Tab. 3: Verteilung (Verdachts-)Diagnosen und PEGs auf untersuchte Kliniken	S. 26
Tab. 4: Anteil Heimkinder bei Pneumenzephalographien	S. 27
Tab. 5: KJPs: Einweisende Instanzen und Diagnosebildung	S. 31
Tab. 6: Zustimmung zur Durchführung von Pneumenzephalographien	S. 39

## Quellen- und Literaturverzeichnis

### Archive

Handarchiv Dr. Kersting

Bericht über Besichtigung des Nds. LKH Wunstorf durch Mitglieder des Arbeitskreises Sozialpolitik der SPD-Fraktion im Nieders. Landtag am 27.1.1975.

Kellerarchiv Waldweg, Institut Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Göttingen  
Krankenakten

Klinisches Archiv Novartis Pharma, Basel

B68 348 13P

B69 1810 7P

B69 1826 3P

B70 1349

B71 00922

Niedersächsisches Landesarchiv, Standort Hannover (NLA HA)

Nds. 120 Hannover

Nds. 330 Wunstorf

Niedersächsisches Landesarchiv, Standort Wolfenbüttel (NLA WO)

4 Nds. Zg. 2011/022, Nr. 102

28 Nds. 2

Merck-Archiv (MA)

Bestand L10/65

L 10/80b

Staatsarchiv des Kantons Thurgau (StATG)

9'40, 503/26

### Publikationen zu Arzneimittelstudien

Anton, Alfred: Ergebnisse einer klinischen Prüfung des Neuroleptikums Ciatyl. In: Die Medizinische Welt 12 (1962), S. 665-669.

Fervers, Josef: Die Behandlung von Erregungszuständen und Delirien bei Suchtkranken mit Clopenthixol (Ciatyl). In: Der Nervenarzt 35 (1964), S. 177-178.

Heinze, Hans: Zur Pharmakotherapie bei verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen. Erfahrungen bei verhaltensgestörten Kindern und Jugendlichen. Erfahrungen mit der Magnesium-Bromverbindung Psicoma. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 111 (1969), S. 1006-1009.

Heinze, Hans: Klinischer Beitrag zur Langzeitbehandlung endo- und exogener Schwachsinnzustände bei Kindern. In: Concilium Paedopsychiatricum. Verhandlungen über den 3. Europäischen Kongress für Pädopsychiatrie, Wiesbaden, Mai 1967. Basel u. a. 1968, S. 309-315.

Heinze, Hans: Schlafmittel in einer jugendpsychiatrischen Klinik. In: Medizinische Klinik 62 (1967), S. 1542-1544.

Heinze, Hans: Klinisch-jugendpsychiatrische Erfahrungen mit Ciatyl. In: Medizinische Klinik 62 (1967), S. 426-428.

Heinze, Hans; Stöckmann, Fritz: Jugendpsychiatrische Erfahrungen über die Wirkung von Pyriithoxin. In: Medizinische Klinik 59 (1964), S. 1913-1915.

Held, Fritz: Erfahrungen aus der Praxis. Das psychomotorisch unruhige Kind und seine Behandlung. In: Ärztliche Praxis 40 (1964), S. 1659-1660.

Hildebrand, Hans-Joachim: Ergebnisse und Erfahrungen mit dem Neuroleptikum Ciatyl. In: Medizinhistorisches Journal 15 (1964), S. 243-246.

Kuhn-Gebhardt, Verena: Erfahrungen mit einem neuen Antidepressivum bei der Behandlung von Kindern. In: Kielholz, Paul (Hg.): Depressive Zustände. Erkennung, Bewertung, Behandlung. Bern/Stuttgart/Wien 1972, S. 230-234.

Marx, H.: Über die neuroleptische Behandlung der Psychosen und die Bedeutung der Dauermedikation. In: Die Medizinische Welt 9 (1966), S. 446-450.

Pöldinger, Walter: Klinische Erfahrungen mit dem Iminostilbenderivat G 33040, Therapeutische Umschau 1 (1962) S. 34-36.

Ravn, J.: Über die Behandlung 60 schizophrener Patienten mit Ciatyl. In: Medizinische Klinik 37 (1962), S. 1227-1228.

## **Literatur**

Castell, Rolf: Einleitung. In: Ders. (Hg.): Hundert Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie. Biografien und Autobiografien, Göttingen 2008, S. 9-16.

Bergmann, Anna: Genealogien von Gewaltstrukturen in Kinderheimen. In: Ralser, Michaela; Sieder, Reinhard (Hg.): Die Kinder des Staates (= Österreichische Zeitschrift für Geschichtswissenschaft 25 (2014), S. 82-116.

Engelbracht, Gerda: Kein Platz – Nirgendwo. Studie zur Situation von Bremer Kindern und Jugendlichen in den stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie zwischen 1949 und 1975. Berlin 2020.

Enke, Willi: Mehrdimensionale Diagnostik bei erziehungsschwierigen Kindern. In: Zeitschrift für Psychotherapie und Medizinische Psychologie 5 (1955), S. 260-275.

Fehlemann, Silke; Sparing, Frank: Gestörte Kindheiten. Lebensverhältnisse von Kindern und Jugendlichen in Psychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland (1945-1975). Berlin 2017.

Fengler, Christa; Fengler, Thomas: Alltag in der Anstalt. Wenn Sozialpsychiatrie praktisch wird. 2. Aufl. Bonn 1994.

Hähler-Rombach, Sylvelyn: Patientinnen und Patienten der Kinderbeobachtungsstation Innsbruck: Einweisung und Aufenthalt zwischen 1949 und 1989 im Spiegel der Krankenakten. In: *Medizinhistorisches Journal* 52 (2017), S. 308-351.

Harnack, E.-W.: Zur Aufklärungspflicht, insbesondere bei pauschaler Einwilligungserklärung des Patienten. In: *Medizinische Klinik* 59 (1964), S. 1071-1074.

Heinze, Hans: Aspekte der Planung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Ein Überblick. In: Lempp, R.; Veltin, A. (Hg.): *Kinder- und Jugendpsychiatrie. Eine Bestandsaufnahme*. Köln 1985. S. 125-135.

Held, Fritz: *Das schulschwierige Kind*, München 1975.

Held, Fritz: *Jugendpsychiatrische Studien. Aus Theorie und Praxis für Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Juristen, Sozialarbeiter, Heimerzieher und andere soziale Berufe*. Berlin-Spandau 1966.

Linde, O. K.: Historischer Abriss. Geschichte der Psychopharmaka. In: Riederer, Peter; Laux, Gerd; Pödlinger, Walter (Hg.): *Neuro-Psychopharmaka. Ein Therapie-Handbuch. Band 1: Allgemeine Grundlagen der Pharmakopsychiatrie*. Wien 1992, S. 41-65.

Meier, Marietta; König, Mario; Tornay, Magaly: *Testfall Münsterlingen. Klinische Versuche in der Psychiatrie, 1940-1980*. Zürich 2019.

Müller, H.; Battegay, R.; Gehring, A. (1969): Die orthostatische Dysregulation, eine Begleiterscheinung der Therapien mit Neuroleptika, und der Versuch ihrer Kompensation mit Effortil-PL und Dihydroergot. In: *Praxis* 58/1969, S. 851-855.

Neuhäuser, G.: Diagnostik und Therapie hirngeschädigter Kinder. In: *Physikalische Medizin und Rehabilitation* 13 (1972), S. 322-333.

Rietmann, Tanja; Germann, Urs; Condrau, Flurin: ‚Wenn Ihr Medikament eine Nummer statt eines Markennamens trägt‘. Medikamentenversuche in der Züricher Psychiatrie 1950-1980. In: Gnädiger, Beat; Rothenbühler, Verena (Hg.): *Menschen korrigieren. Fürsorgerische Zwangsmassnahmen im Kanton Zürich bis 1981*. Zürich 2018, S. 201-285.

Rote Liste (verschiedene Jahrgänge), hrsg. vom Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie.

### **Internetpublikationen**

O. A. Wissenschaftliche Aufarbeitung. Siehe <http://www.stiftung-erkennung-und-hilfe.de/DE/Aufarbeitung/aufarbeitung.html>, zuletzt aufgerufen: 29.12.2019.

Beyer, Christof: *Personelle Kontinuitäten in der Psychiatrie Niedersachsens nach 1945 – Abschlussbericht* (2018). Siehe [http://www.ms.niedersachsen.de/download/131576/Abschlussbericht\\_zur\\_Studie.pdf](http://www.ms.niedersachsen.de/download/131576/Abschlussbericht_zur_Studie.pdf), zuletzt aufgerufen: 29.12.2019.

Fangerau, Heiner: 1 Vortrag der Forschergruppe zur „Wissenschaftlichen Aufarbeitung und Anerkennung von Leid und Unrecht“ im Rahmen der Veranstaltung „Zeit, über das Leid zu sprechen“ am 13.05.2019 in Berlin. Siehe [http://www.stiftung-erkennung-und-hilfe.de/SharedDocs/Downloads/DE/vortrag-fangerau.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](http://www.stiftung-erkennung-und-hilfe.de/SharedDocs/Downloads/DE/vortrag-fangerau.pdf?__blob=publicationFile&v=2), zuletzt aufgerufen: 29.12.2019.

Friedmann, Ina: Eine Epiphysankur ist angezeigt.“ Die Verabreichung des Hormonpräparates Epiphysan durch Maria Nowak-Vogl. In: Dietrich-Daum, Elisabeth; Ralser, Michaela; Rupnow, Dirk (Hg.): Studie betreffend die Kinderbeobachtungsstation der Maria Nowak-Vogl. Interdisziplinäre Zugänge. Innsbruck 2017. Siehe <https://www.uibk.ac.at/iezw/forschungen-zur-kinderbeobachtungsstation/dokumente/studie-kinderbeobachtungsstation-nowak-vogl-2017.pdf>, zuletzt aufgerufen: 8.2.1020.

Germann, Urs: Medikamentenprüfungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel 1953–1980. Pilotstudie mit Vorschlägen für das weitere Vorgehen. 2017. Siehe [https://www.pbl.ch/fileadmin/user\\_upload/pbl-website/Broschueren\\_und\\_Flyers/Unternehmenspublikationen/Medikamententests/Universitaet\\_Zuerich\\_Studie\\_Medikamentenversuche.pdf](https://www.pbl.ch/fileadmin/user_upload/pbl-website/Broschueren_und_Flyers/Unternehmenspublikationen/Medikamententests/Universitaet_Zuerich_Studie_Medikamentenversuche.pdf), zuletzt aufgerufen: 29.12.2019.

Hähler-Rombach, Sylvelyn; Hartig, Christine: 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 2019. Siehe [https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitspsychiatrie\\_und\\_psychologische\\_hilfen/versorgung-psychisch-kranker-menschen-in-niedersachsen-14025.html](https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitspsychiatrie_und_psychologische_hilfen/versorgung-psychisch-kranker-menschen-in-niedersachsen-14025.html), zuletzt aufgerufen: 29.12.2019.

Kaufung, C., Holtkamp, M., Boege, I.: 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.

Lenhard-Schramm, Niklas: Vorstudie zur Erforschung des Medikamenteneinsatzes in Kinderheimen, Einrichtungen der Öffentlichen Erziehung und heilpädagogischen und psychiatrischen Anstalten. Erstellt im Auftrag des MGEPA NRW. Münster 2017. Siehe <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMI17-20.pdf>, zuletzt aufgerufen: 13.2.2020.

Linhard, Marina; Condrau, Flurin: Psychopharmakologische Versuche in der Psychiatrie Baselland zwischen 1950 und 1980. Bericht zuhanden der Psychiatrie Baselland, Liestal 2019. Siehe [https://www.pbl.ch/fileadmin/user\\_upload/pbl-website/Broschueren\\_und\\_Flyers/Unternehmenspublikationen/Medikamententests/Universitaet\\_Zuerich\\_Studie\\_Medikamentenversuche.pdf](https://www.pbl.ch/fileadmin/user_upload/pbl-website/Broschueren_und_Flyers/Unternehmenspublikationen/Medikamententests/Universitaet_Zuerich_Studie_Medikamentenversuche.pdf), zuletzt aufgerufen: 29.12.2019.

Plenarprotokoll Deutscher Bundestag — 6. Wahlperiode — 34. Sitzung. Bonn, Donnerstag, den 26. Februar 1970 <http://dipbt.bundestag.de/doc/btp/06/06034.pdf>, zuletzt aufgerufen: 12.2.2020.

Richli, Paul: Bericht über den Umgang mit Arzneimittel- versuchen in der Luzerner Psychiatrie in den Jahren 1950 -1980 aus rechtlicher Sicht im Auftrag des Gesundheits- und Sozialdepartements des Kantons Luzern. Unter Mitarbeit von Petros Evangelides, Bern 2018. Siehe [https://www.lu.ch/-/media/Kanton/Dokumente/GSD/Publikationen/2018\\_11\\_23\\_Bericht\\_1\\_Arzneimittelversuche\\_A4.pdf?la=de-CH](https://www.lu.ch/-/media/Kanton/Dokumente/GSD/Publikationen/2018_11_23_Bericht_1_Arzneimittelversuche_A4.pdf?la=de-CH), zuletzt aufgerufen: 29.12.2019.

Roelcke, Volker: Durchführung von Pneumencephalographien für Forschungszwecke am Hessischen Brüderhaus Anstalt Hephata in der Dienstzeit von Prof. Dr. Willi Enke (1950–1963) und in den Folgejahren (bis 1975). Abschlussbericht. Siehe <https://www.hephata.de/wir-ueberuns/Weitere-Aufarbeitung.php>, zuletzt aufgerufen: 29.12.2019.

Universität zu Lübeck Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung: Zusammenfassung: Zwischenbericht zur wissenschaftlichen Untersuchung der Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie der Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975. Siehe [https://www.imgwf.uni-luebeck.de/fileadmin/oefentlich/Aktuelles/Zwischenbericht\\_Medikamentenversuche\\_Uni\\_Luebeck.pdf](https://www.imgwf.uni-luebeck.de/fileadmin/oefentlich/Aktuelles/Zwischenbericht_Medikamentenversuche_Uni_Luebeck.pdf), zuletzt aufgerufen: 13.2.2020.

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. Diss. Univ. Düsseldorf 2019. Siehe <https://docserv.uni-duesseldorf.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-54600/Diss%20Sylvia%20Wagner-1.pdf>, zuletzt aufgerufen: 29.12.2019.

Wagner, Sylvia: Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte: Arzneimittelstudien an Heimkindern. In: Sozial.Geschichte Online 19 (2016), S. 61-113. Siehe [https://duepublico.uniduisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-42079/04\\_Wagner\\_Heime.pdf](https://duepublico.uniduisburg-essen.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-42079/04_Wagner_Heime.pdf), zuletzt aufgerufen: 29.12.2019.