

Prof. Dr. Cornelius Borck
Vortrag Ochsenzoller Nachmittag
9.5.2022

Stagnation oder Neuanfang Medikamentenversuche und die Frage nach Kontinuitäten in der Psychiatrie vor und nach 1945

Wir haben heute Vormittag den Lern- und Gedenktort in Alsterdorf eingeweiht. Heute Nachmittag sind wir hier in Ochsenzoll zusammengekommen, um der nationalsozialistischen Euthanasie-Opfer zu gedenken. Fast 6.000 Menschen mit geistiger Behinderung oder psychischen Erkrankungen wurden aus Hamburg in Tötungs- und Verwahranstalten deportiert, die meisten von hier aus – und nur wenige überlebten. Diese grausame Geschichte, die von unseren Vorfahren aktiv vorangetrieben wurde, hat sich in diesen Ort eingeschrieben, aber sie wird erst seit wenigen Jahren aktiv erinnert. Die Erinnerung an die damaligen Ereignisse bleibt allein schon deswegen eine Zukunftsaufgabe.

Diesen Zusammenhang mit dem heutigen Tag, also die Frage nach Kontinuitäten in der Psychiatrie, möchte ich herausstellen, auch wenn Sie mich aufgrund unserer Studie zu Medikamentenversuchen in der Nachkriegszeit angesprochen haben, speziell zu Fragen der Forschung an psychiatrischen Patient*innen zu sprechen.

Deshalb bitte ich Sie um etwas Geduld, denn ich werde erst im zweiten Teil auf die Medikamentenversuche eingehen. Die Geschehnisse während der Zeit des Nationalsozialismus bilden dabei zugleich nur einen kleinen Ausschnitt aus der Geschichte der Psychiatrie, für die dieser Ort hier einsteht. Z.B. schuf der Abtransport der psychiatrischen Patient*innen Ende 1943 den Platz dafür, dass Ochsenzoll in ein Allgemeines Krankenhaus umgewandelt werden konnte. Gleichwohl behielt es seinen psychiatrischen Schwerpunkt, wobei sich an deren desolater Unterbringung nach 1945 nichts änderte.

Erst im Zuge der Psychiatrie- Reform in den 1970er Jahren wurde renoviert und kräftig neu gebaut. Es entstand eine eigene Welt für die Patient*innen, die immer größer und immer perfekter wurde – bis auch diese Phase vorbei war und die De-Hospitalisierung begann. Viele der damals neu gebauten Funktions- und Freizeitbauten sind inzwischen wieder abgerissen. Die Bettenzahl wurde massiv reduziert und die Patientenversorgung auf die neugebauten Bettenhäuser konzentriert, während im vorerst letzten Schritt die Altbauten

denkmalgerecht saniert und als gehobene Wohnimmobilien privatisiert wurden: Was für eine Zeitgeschichte hat dieser Ort in sich aufgespeichert!

Entstanden war Ochsenzoll 1893 als sogenannte Irrenkolonie, als landwirtschaftliche Selbstversorgungseinrichtung draußen vor den Toren der Stadt in Langenhorn, weil damals die einzige andere Einrichtung für psychiatrische Patient*innen in Hamburg, die Staatsirrenanstalt Friedrichsberg aus allen Nähten platzte. Das lag zum einen am Wirtschaftsaufschwung der Gründerzeit, als die Großstädte enorm wuchsen.

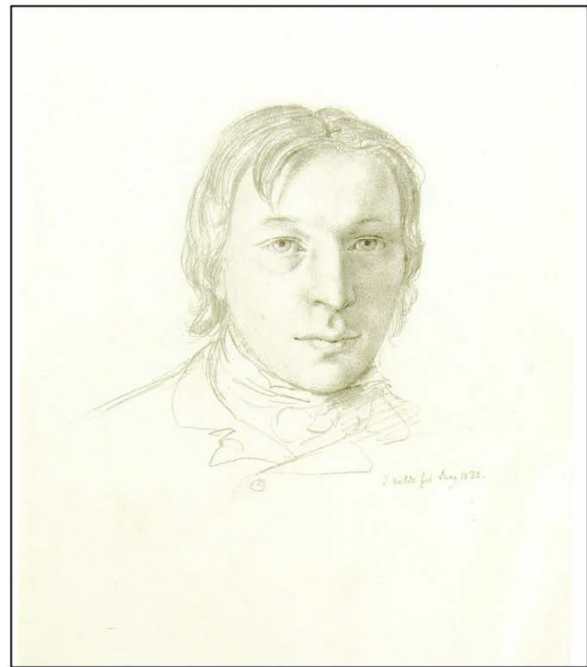
In den Jahrzehnten um die Gründung von Ochsenzoll verdoppelte sich die Einwohnerzahl Hamburgs. Zum anderen manifestierte sich darin ein gesellschaftlich veränderter Umgang mit Geisteskrankheiten; gegen Ende des 19. Jh. wurden weltweit psychisch Kranke in immer größerer Zahl in Irrenanstalten abgeschoben. Selbst in Neuseeland wurde damals eine Anstalt für über 500 Menschen gebaut – das größte Gebäude auf der ganzen der Insel. Aber immerhin partizipierten psychiatrische Patient*innen auf diese Weise am Fortschritt, waren vom Wohnstandard oft besser untergebracht als an ihrem Zuhause.

Das änderte sich vor allem in Deutschland radikal mit dem Ersten Weltkrieg, als schnelle Siege ausblieben, aber keine Versorgung vorgeplant war. Die Notlage der Verteilung von Lebensmitteln führte erstmals zu einem Aufrechnen des vermeintlich zweifelhaften Nutzens psychisch Kranker gegen die Kosten für ihre Versorgung. Ihre Lebensmittelrationen wurden gekürzt bis unter die Grenze des Lebensnotwendigen, ab 1916 kam es zu einem Hungersterben in den Anstalten.

Der Erste Weltkrieg hatte noch in einer zweiten Hinsicht fatale Folge für psychiatrische Patient*innen. Denn während sie abgeschoben und unbeachtet in den Anstalten verhungerten, starben im Krieg und unter größter Anteilnahme der Bevölkerung gesunde junge Männer, die Zukunft der Nation. Der bereits im 19. Jh. gesäte Gedanke, dass Staaten und Völker nicht nur wirtschaftlich, sondern auch biologisch in einem Wettkampf ständen, bei dem sich nur der Stärkere durchzusetzen vermöge, wurde dadurch zum Argument für die Ausgrenzung von psychisch Kranken und Behinderten. Ihre Versorgung kostete nicht nur Ressourcen, die an anderer Stelle dringender benötigt würden, sondern diese Versorgung wäre auch schädlich für die Zukunft der Nation. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ konnte nur deswegen am 14. Juli 1933, also wenige Monate nach der sogenannten Machtergreifung, verabschiedet werden, weil es bereits vom preußischen Gesundheitsministerium vorbereitet worden war. Damit begann bekanntlich die systematische Ausgrenzungspolitik, die im Krankenmord enden sollte, dessen wir heute

gedenken und bei deren Durchführung all jene Techniken implementiert und erprobt wurden, die dann aufskaliert im Holocaust eingesetzt wurden.

Um das historische Gewicht dieser Ereignisse besser ermessen zu können, halte ich einen Blick noch weiter zurück für wichtig.



Porträts eines psychiatrischen Patienten, gezeichnet von Carl Julius Milde, 1830 und 1833

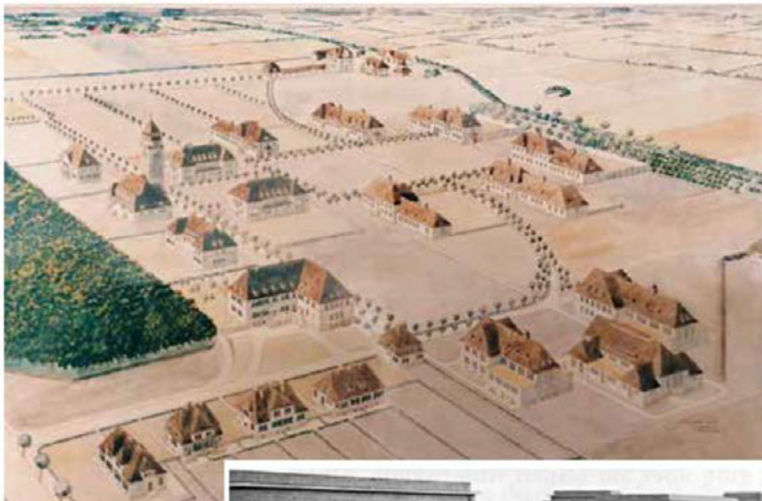
Diese beiden Porträtzeichnungen, die den Korbflechter Wöbber zeigen, sind genau hundert Jahre vor dem Sterilisationsgesetz entstanden, und zwar im ersten Hamburger Krankenhaus, in dem auch psychiatrische Patient*innen betreut wurden, das Allgemeine Krankenhaus St. Georg. Es war 1823 neu errichtet worden, denn den Vorgängerbau hatte Napoleon schleifen lassen, weil ihm ein Exerzier- und Schießplatz wichtiger gewesen war. Als seine Truppen endlich vertrieben waren, baute man in Hamburg das St. Georg-Krankenhaus nach technisch und medizinisch neuesten Gesichtspunkten und nahm auch psychisch kranke Menschen auf, denn man war sich sicher, dass sie genauso von diesem neuen Ort profitieren könnten, wie die organisch Kranken. Deshalb ließ man den jungen Carl Julius Milde, den man als medizinischen Zeichner angeheuert hatte, damit der den Erfolg chirurgischer Eingriffe dokumentiere auch „vorher/nachher“-Porträts von psychiatrischen Patient*innen anfertigen.¹

¹ Vgl. Julia Diekmann, *Gestalten der Wahrheit – Carl Julius Mildes Porträtzeichnungen von Psychiatriepatienten*, Diss. Georg-August-Universität Göttingen 2021.

Damals herrschte eine Aufbruchsstimmung. Die bürgerliche Gesellschaft erfand sich selbst neu, beim Krankenhaus kamen Erfindungen wie Wasser-Closett und Luftheizung zum Einsatz – und die Porträts von Carl Julius Milde scheinen noch nichts vom Schubladen-Denken der späteren Psychiatrie zu kennen.

Ich kenne diese Zeichnungen, weil Milde später der erste Denkmalpfleger von Lübeck wurde. Viele seiner Zeichnungen befinden sich heute im Lübecker St. Annen- Museum. Einige Reproduktionen hängen auch im Besprechungsraum der Psychiatrischen Klinik in Lübeck. Diese Klinik ist aus der dortigen Irrenanstalt hervorgegangen, die drei Jahrzehnte nach Ochsenzoll nach denselben Prinzipien und aus ähnlichen Gründen gebaut worden war. Die Verbindungen zwischen beiden Orten wurden noch viel enger, als auch Ochsenzoll der Platz nicht mehr ausreichte. Hamburg brauchte mehr Betten für seine psychiatrischen Patient*innen. Auf dem Lübecker Anstaltsgelände hingegen war noch reichlich Platz vorhanden und die beiden Hansestädte waren eng miteinander verbunden. Deshalb baute Hamburg 1928 in Lübeck einen Erweiterungsbau für seine psychiatrischen Patient*innen, die sogenannten „Hamburger Häuser“.

Zeichnung zum Neubau der Heilanstalt Strechnitz 1912



Erweiterungsbau
„Hamburger Häuser“ 1929



Das war aus Lübecker Sicht übrigens ein profitables Geschäft, denn die Hamburger Pflegesätze waren höher, als die Kosten, die Lübeck im laufenden Betrieb entstanden. Diese kostengünstige Unterbringung wurde auch dadurch möglich, dass die Patient*innen weniger großzügig untergebracht waren – eine

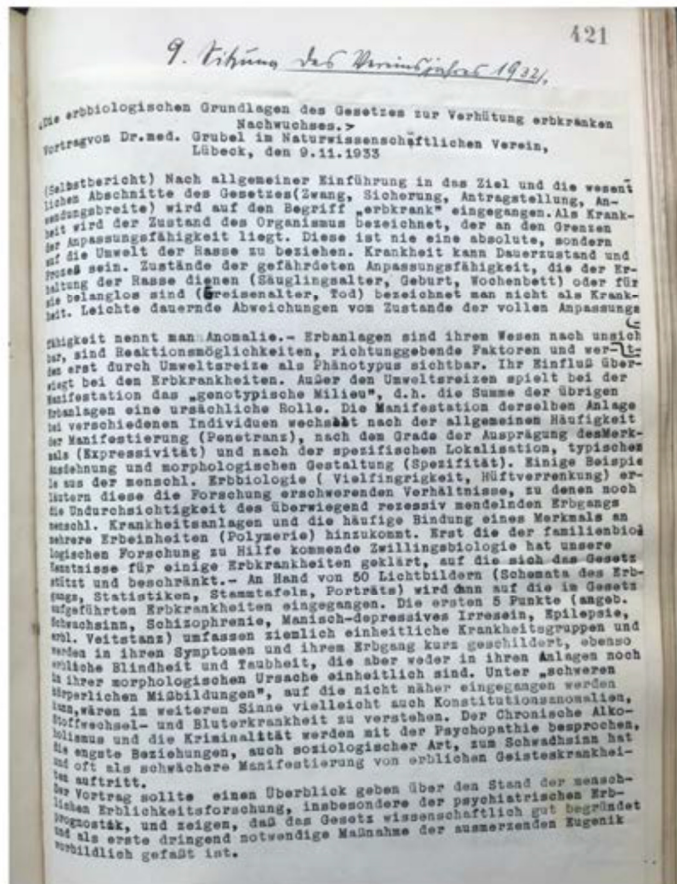
Nachwirkung des psychiatriehistorischen Umschlagpunkts mit dem Ersten Weltkrieg.

Aber das war nur eine erste Andeutung dessen, was folgen sollte. Einen Einblick erlaubt die Zusammenfassung eines Vortrags über das neue Sterilisationsgesetz des NS-Staates, den Rudolf Grubel, Assistenzarzt der Lübecker Anstalt, im November 1933 vor Lübecker Honoratioren im Naturwissenschaftlichen Verein gehalten hat. Der Titel lautet scheinbar unverfänglich: „Die erbbiologischen Grundlagen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“.

Vortrag von Dr. Rudolf Grubel,
Lübeck 9.11.1933



„Aufklärungsplakat“ der
NS-Volkswohlfahrt 1934



Das Dokument ist so erschreckend, weil es nicht etwa vor Rassismus oder Antisemitismus strotzt, sondern weil der Vortrag vermeintlich rein objektiv-medizinisch argumentierte. Grubel fing bei ganz selbstverständlich klingenden Tatsachen an: „Als Krankheit wird der Zustand des Organismus bezeichnet, der an den Grenzen der Anpassungsfähigkeit liegt.“, und mündete dann in den apodiktischen Schlusssatz: „Der Vortrag sollte einen Überblick geben über den Stand der menschlichen Erblichkeitsforschung, insbesondere der psychiatrischen Erbprognostik, und zeigen, dass das Gesetz wissenschaftlich gut begründet und als erste dringend notwendige Maßnahme der ausmerzen-den Eugenik vorbildlich gefasst ist.“

In der Tat sollten weitere Maßnahmen folgen. Nach den Zwangssterilisationen kam die erbbiologische Erfassung der Familienmitglieder. Dann wurden zuerst die jüdischen Patient*innen in die Vernichtung deportiert, und mit Kriegsbeginn startete der systematische Krankenmord. Diese sogenannte Euthanasie-Aktion war zwar die einzige biopolitische Maßnahme des NS-Staates, die auf öffentlichen Protest hin offiziell gestoppt wurde, aber das Morden ging weiter. Das Schicksal von Irmgard Borchers steht hier stellvertretend für die vielen Tausend: Die junge Hamburgerin hatte nach der Volksschule eine Anstellung als Hausangestellte gefunden, geriet aber kurz vor ihrem 30. Geburtstag in eine psychische Krise, in der sie Stimmen hörte und ohne erkennbaren Anlass zu schimpfen anfang. Ende 1940 wurde sie in die Psychiatrische Nervenlinik in der damals noch ganz jungen Hamburger Universität eingeliefert, von dort kam sie am 3. Februar 1941 in die Heil- und Pflegeanstalt nach Langenhorn, also Ochsenzoll.

Noch im Laufe desselben Jahres wurde sie in die Lübecker Anstalt Strecknitz verlegt, und man muss annehmen, dass das von vornherein nur als Durchgangsstation geplant war. Denn schon zwei Wochen später, bei dem großen Sammeltransport vom 23. September 1941, mit dem die Lübecker Anstalt aufgelöst wurde, kam sie nach Eichberg im Rheingau, wo sie binnen weniger als einem Monat zu Tode kam.

Über ihr Sterben lässt sich nichts mehr in Erfahrung bringen, weil in ihrer Patientenakte aus der Eichberger Zeit nur noch vermerkt ist: „24.9.41 aufgenommen. 17.10.41 gestorben.“ Umso erschütternder sind Einträge aus der kurzen Zeit in Lübeck, auch wenn das ebenfalls nur zwei Einträge sind: Im ersten maschinenschriftlichen Eintrag wurde festgehalten, dass die junge Frau körperlich gesund war, aber „schon sehr störte“, allerdings fährt der Arzt dann fort, dass die Patientin eine relativ gute Krankheitseinsicht zeige, örtlich und zeitlich orientiert sei und im Reden „ziemlich geordnet“.

Die abschließende Beurteilung vermischt in charakteristischer Weise psychiatrische Diagnostik mit einer abwertenden Beurteilung ihres Verhaltens. Sie lautet: „Die Patientin zeigt ein Gemisch von schizophrenen Symptomen: Stimmen, Negativismus, sinnloses Aufbegehren, Widersprüche etc. und gleich daneben relative Einsicht und einen Rapport, der zeitenweise sicher nicht ganz schlecht ist. Es scheint sich wirklich um einen schizophrenen Prozess bei einer cyclothym belasteten Patientin zu handeln.“

Mit Datum vom 23.9.41., also dem Tag der Deportation schreibt ein Dr. Hahn handschriftlich: „Die erwähnten Symptome besserten sich im Laufe der nächsten Tage insofern, als Patientin einen ausgeglichenen Rapport hat, gibt willig Aufschluss über sich, beantwortet Fragen sinngemäß, wirkt überhaupt im allg. ruhiger als am Tage der Aufnahme, im Affekt bekundet sie jedoch eine

erhebliche Labilität. In Anbetracht der kurzen Dauer des Krankheitsbildes ist jedenfalls mit einem prognostisch günstigen Verlauf der Erkrankung zu rechnen. Wird heute verlegt.“

Den prognostizierten „günstigen Verlauf“ durfte Irmgard Borchers nicht mehr erleben, und wir müssen davon ausgehen, dass Dr. Hahn vom bevorstehenden Schicksal wusste. Aber warum machte er dann einerseits diesen Eintrag und bereitete andererseits die Deportation vor? Wozu diese professionelle Routine, ja: Zuversicht, im Angesicht des ausgezwungenen Sterbens?

Die verstörende Brutalität des Nationalsozialismus liegt nicht allein im Ausmaß der Verfolgungen und Tötungen, in der unfassbar großen Zahl der Ermordeten, sondern in der präzisen Rationalität, mit der noch banale Details akkurat verwaltet wurden.

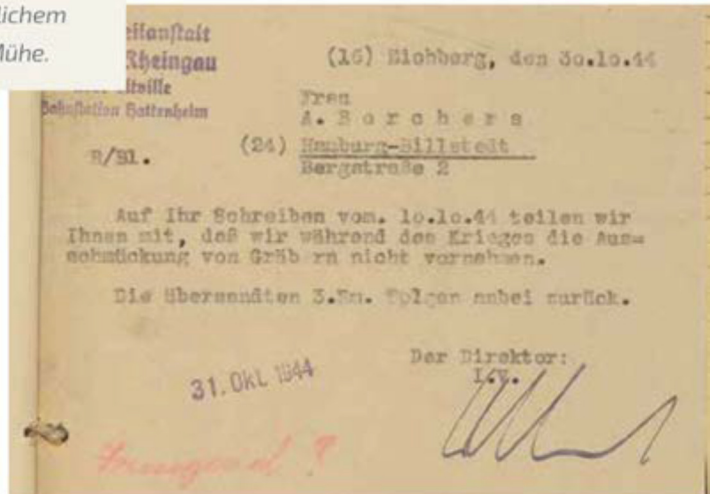
Hannah Arendt hat das anhand ihrer Beobachtungen beim Eichmann-Prozess in Jerusalem in die Formel von der „Banalität des Bösen“ gefasst, die ja gerade nicht heißen sollte, dass der Holocaust banal war, sondern dass er durchgeführt werden konnte, weil er in Tausende rationale Organisationsschritte zerlegt war. Zum Sterben von Irmgard Borchers finden sich keine Hinweise, aber auch ihre Ermordung wurde geplant und ihr Fall sorgfältig standesamtlich protokolliert und verwaltungstechnisch verarbeitet.

Zum dritten Todestag wollten die Eltern das Grab ihrer Tochter in der Ferne mit Blumen schmücken lassen und schickten dazu Geld an den Anstaltsleiter. Ihr Brief ist mitsamt dem Antwortschreiben sorgfältig in der Akte abgeheftet: „Auf Ihr Schreiben vom 10.10.44 teilen wir Ihnen mit, daß wir während des Krieges die Ausschmückung von Gräbern nicht vornehmen. Die übersandten 3 RM folgen anbei zurück.“



Billstedt d. 10.10.44

Geehrter Herr Direktor.
 Bitte Sie hiermit zu
 veranlassen, daß das
 Grab unserer Tochter
 Irmgard am 16. des
 Monats mit Blumen
 geschmückt wird.
 Beiliegend 3 Reichs-
 mark. Mit herzlichem
 Dank für Ihre Mühe.



Menschen gezielt ermorden und 3 RM akkurat zurückschicken – das ist die Rationalität der Biopolitik des Nationalsozialismus. Die Akteure verschleierten zwar die genauen Umstände der Tötungen, aber die Deportationen fanden keineswegs im Geheimen statt. Das wissen wir aus Zeitzeugenberichten vom Abtransport der Lübecker Patient*innen. Ein Anstaltsmitarbeiter sagte zu seiner Frau: „Stell dir vor, die sind am Güterbahnhof verladen worden, da wo das Vieh verladen wird. Die sind alle in Waggons reingekommen. Die sehen wir nicht mehr wieder.“ Und die Lübeckerinnen und Lübecker guckten dabei zu, wie sich eine Krankenschwester erinnert, die beim Transport mitgeholfen hatte:

„Beim Bahnhof war die ganze Brücke voller Menschen. Der Bahnhof selbst war abgesperrt, da kam niemand durch. Dann ging das rein in den Zug, raus aus dem Zug und die nächste. Wir waren froh, als wir alle im Zug hatten und wieder nachhause konnten. [...] Das waren vielleicht Gestalten, 30 Jahre in der Anstalt, und dann die Klamotten, Hüte, lange Kleider, das war vielleicht ein Anblick, also das sah toll aus, fürchterlich, das hat uns sehr bedrückt, wie die Leute aussahen. Geredet haben wir aber nicht darüber, wir mussten ja erstmal alles aufräumen.“²

² Beide Zitate nach Peter Delius: *Das Ende von Strecknitz. Die Lübecker Heilanstalt und ihre Auflösung 1941*, Kiel: Neuer Malik Verlag 1988, S. 73., S. 73 u. S. 72.

Die Einen mussten aufräumen und die Anderen haben zugeguckt: Es gibt m.E. keine knappere Zusammenfassung für den Schuld- und Versagenszusammenhang der Deutschen im Nationalsozialismus. Das gilt vor allem für die mörderische Biopolitik des Nationalsozialismus, die dem systematischen Aufräumen im Namen einer angeblich wissenschaftlich begründeten, besseren und gesünderen Zukunft galt. Beim Töten von psychisch Kranken und Behinderten ging es nicht um blinden Rassenwahn, sondern um vermeintlich harte biologische Wahrheiten.

Diese Hypothek wirkte in der Bundesrepublik fort. Von den Tötungen distanzierte man sich rasch, aber an den dahinterstehenden, angeblichen biologischen Wahrheiten orientierte man sich weiter – mit katastrophalen Folgen für die Betroffenen. Das ist die zentrale Einsicht unserer Studien zur Psychiatrie der Nachkriegszeit.³

³ Christof Beyer, Cornelius Borck, Jonathan Holst, Gabriele Lingelbach: *Wissenschaftliche Untersuchung der Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in den Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975*. Lübeck 2021, https://www.imgwf.uni-luebeck.de/fileadmin/medien/Dokumente/Abschlussbericht_Medikamentenversuche_komprimiert.pdf

Christof Beyer
Cornelius Borck
Jonathan Holst
Gabriele Lingelbach

Wissenschaftliche Untersuchung
der Praxis der Medikamentenversuche
in schleswig-holsteinischen Einrichtungen
der Behindertenhilfe sowie in den
Erwachsenen-, Kinder- und Jugend-
psychiatrien in den Jahren 1949 bis 1975



UNIVERSITÄT ZU LÜNEBURG
INSTITUT FÜR MEDIZINISCHES
UND WISSENSCHAFTSFORSCHUNG



Schleswig-Holstein
Ministerium für Soziales,
Gesundheit, Jugend, Familie
und Senioren

Studie zu Medikamenten- versuchen

Menschen mit geistigen Behinderungen und psychischen Erkrankungen wurden nicht nur weiterhin stigmatisiert, ausgegrenzt und systematisch benachteiligt, sondern sie wurden auch nach 1945 als ein biopolitisches Versorgungsproblem wahrgenommen. Das zeigt sich exemplarisch an den Medikamentenversuchen, die ab Mitte der 1950er Jahre flächendeckend in deutschen Anstalten, Heimen und Kliniken durchgeführt wurde. Diese Experimente haben in den vergangenen Jahren viel Aufmerksamkeit gefunden, und zahlreiche Einrichtungen haben daraufhin Studien zur Erforschung dieser Ereignisse in Auftrag gegeben.

Der Auslöser für die öffentliche Erregung war 2016 eine Doktorarbeit von Sylvia Wagner, in der sie anhand zeitgenössischer Fachpublikationen zusammengetragen hat, welche Medikamentenversuche an welchen Patientengruppen damals publiziert worden waren.⁴ Der Hintergrund war die Entwicklung der Psychopharmaka; 1953 kam mit Chlorpromazin ein Medikament auf den Markt, das als starkes Beruhigungsmittel auch eine antipsychotische Wirkung zeigte, ein sogenanntes Neuroleptikum. In der

⁴ Sylvia Wagner: *Arzneimittelversuche an Heimkindern zwischen 1949 und 1975*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag 2020

Folgezeit entwickelten pharmazeutische Unternehmen immer weitere Substanzen, die in großem Stil an Anstalten, Heimen und Kliniken getestet wurden.

Diese Versuche fanden keineswegs im Geheimen statt, sondern viele Personen beteiligten sich und die Ergebnisse wurden öffentlich zugänglich publiziert. Diesen Befund konnten wir für Schleswig-Holstein nur bestätigen, nachdem wir 2018 vom Sozialministerium den Auftrag erhalten hatten, die Praxis der Medikamentenversuche in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe sowie in den Erwachsenen-, Kinder- und Jugendpsychiatrien zu erforschen. Insgesamt konnten wir 43 Medikamentenerprobungen und 37 Anwendungsbeobachtungen von Arzneimitteln nachweisen, die in den Landeskrankenhäusern Schleswig, Neustadt und Heiligenhafen, in den kirchlichen Einrichtungen in Rickling und Kropp sowie in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Kiel und dem Städtischen Krankenhaus Lübeck vorgenommen worden waren. An diesen Medikamentenversuchen haben in Schleswig-Holstein mindestens 3.000 Patient*innen teilgenommen.

In Archiven konnten wir viele Hintergrundinformationen gewinnen, aber die genauesten Angaben zur Zahl der Versuche und der daran beteiligten Probanden fanden sich auch hier in den zeitgenössischen Publikationen. Die Erprobung neuer Medikamente an geistig Behinderten und psychisch Kranken war also eine übliche und öffentlich bekannte Praxis.

Nun muss man natürlich gleich hinzufügen, dass Medikamentenversuche an sich nicht verwerflich sind, sondern ein notwendiger Schritt, um neue und vielversprechende Medikamente in die ärztliche Praxis einführen. Aber in ethischer Hinsicht sind zwei Grundprinzipien entscheidend, nämlich erstens eine umfassende Aufklärung und explizite Einwilligung der Betroffenen bzw. ihrer gesetzlichen Vertreter, sofern die Betroffenen nicht selbst entscheiden können, und zweitens eine sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken im einzelnen Fall. Hier ist eindeutig ein ethisches Versagen zu konstatieren. Denn Hinweise auf Einwilligungen oder eine Aufklärung über die Anwendung neuer Medikamente ließen sich in keinem einzigen Fall finden, obwohl dies bereits die damaligen ethischen Normen vorgeschrieben hatten.

Diese ethischen Erfordernisse waren auch den beteiligten Ärzt*innen bekannt; das lässt sich daraus ableiten, dass sie selbstverständlich eine Einwilligung schriftlich dokumentierten, wenn es nicht um einen Medikamentenversuch, sondern z.B. um eine Operation ging. Es stimmt zwar, dass erst 1976, also nach dem Contergan-Skandal mit dem neuen Arzneimittelgesetz genaue Vorschriften erlassen wurden, wie Medikamentenprüfungen vorzunehmen sind. Aber daraus folgt nicht, dass Medikamentenversuche zuvor in einem rechtsfreien Raum stattfanden.

Vielmehr hatten ärztliches Fehlverhalten und Arzneimittelskandale bereits schon im Kaiserreich für intensive gesellschaftliche Diskussionen und in der Weimarer Republik bzw. beim Nürnberger Ärzteprozess zur Formulierung von Regeln geführt, in denen Einwilligung und Abwägung als strikte Erfordernisse festgehalten waren. – So das Ergebnis des rechtshistorischen Beitrags in unserer Studie von Prof. Sebastian Graf v. Kielmansegg. Gleichwohl ist es wichtig, die Medikamentenversuche in ihrem historischen Kontext zu untersuchen und zu bewerten. Und hier liegen die aus meiner Sicht als Zeithistoriker noch viel erschütternden Ergebnisse. Die Medikamentenversuche fanden unter gleich in mehrfacher Hinsicht desolat zu nennenden Rahmenbedingungen statt. In vielen Einrichtungen hatten Kriegsschäden nur notdürftig repariert werden können, die baulichen Verhältnisse waren absolut unzureichend.

Dennoch wurden die zentralen Großeinrichtungen schnell wieder aufgefüllt, man verzichtete auf den Aufbau dezentraler und ambulanter Versorgungsstrukturen. Außerdem fehlte es an Personal, das obendrein schlechter bezahlt wurde und kaum fachlich qualifiziert war. Diese Zustände bestanden in der Bundesrepublik erschreckend lange fort, sie waren so eklatant, dass eigens der Bundestag eine Untersuchungskommission einrichtete, die erste Enquete-Kommission überhaupt. Sie veröffentlichte 1973 ein vernichtendes Urteil über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik:

„Eine sehr große Anzahl psychisch Kranker und Behinderter muss in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen leben.“

Diese zeitgenössischen Umstände entschuldigen die Praxis der Medikamentenversuch aber keineswegs, vielmehr belegen sie das umfassende Versagen der Verantwortlichen und der Gesellschaft insgesamt im Umgang mit geistig Behinderten und psychisch Kranken: Die NS-Zeit, in der sie als „Ballastexistenzen“ verunglimpft worden waren, wirkte fort. Sie blieben Menschen zweiter Klasse – man muss sagen, Menschen dritter Klasse, denn sie wurden selbst im Vergleich mit sozial Schwachen noch systematisch benachteiligt. Die Dokumente lassen im Einzelfall daran zweifeln, ob sie überhaupt als Menschen wahrgenommen wurden, jedenfalls wurden sie als Mitmenschen ausgeschlossen. Die Praxis der Medikamentenerprobung und der Medikamenteneinsatz insgesamt waren Teil einer umfassenden Missachtung von Menschenrechten und einer gewalttätigen Ausgrenzung von Pflegebedürftigen.

In dieser Situation erschienen die neuen Medikamente vor allem als ein probates Mittel, um einen kaum zu bewältigenden Stationsalltag geschmeidiger

zu machen. Und genau dazu wurden sie auch vornehmlich eingesetzt, wie die folgenden archivalischen Quellen belegen:

„Eine Ruhigstellung ist auch bei schwersten Erregungszuständen in kürzester Zeit bei intramuskulärer Injektion möglich, die gegebenenfalls wiederholt werden kann. Dies ist u.E. ein Fortschritt [...], da sich durch die Injektion des neuen Präparates Sitz-wachen am Bett der unruhigen Patienten und eine Fixierung der Kranken in der früher üblichen Weise im allgemeinen jetzt erübrigen. Dies erscheint uns bei dem herrschenden chronischen Mangel an gutem Pflegepersonal als ein wesentlicher Gesichtspunkt.“⁵

„Patientin 1 schimpft zeitweise laut, dann wieder sitzt sie herum und weint. Die Megaphen Tropfen wurden abgesetzt und dafür 2x2 Drag. Bayer 1213 verordnet, die Pat. macht Schwierigkeiten beim Einnehmen. Patientin 2 hat Patientin 3 geschlagen, daraufhin wurde sie für 1 Std. isoliert. Megaphen-Tr. und Luminaletten wurden abgesetzt und 2x2 Drag. Bayer 1213 verordnet. Sie schluckte mittags die Drag. nicht runter, als sie den Mund aufmachen sollte, schlug sie der Pflegerin den Medikamentenkasten aus der Hand, sie bekam für 2 Std. die Handmuffe um.“⁶

Das war aber nur die eine Seite dieses problematischen Medikamenteneinsatzes. Denn die Medikamentenversuche verselbständigten sich schnell zu einem sich wechselseitig stabilisierenden System. Die Medikamente erleichterten nicht nur den Pflegealltag, weshalb sie vermehrt zu disziplinierenden und sedierenden Zwecken eingesetzt wurden, sondern umgekehrt stellten die großen Anstalten auch ein ideales Testfeld für die Pharma-Firmen dar, weil dort die Wirkungen neuer Substanzen an großen Gruppen unter dauerhafter Kontrolle beobachtet werden konnten. Zugleich entwickelten sich die Anstalten zu Großabnehmern der neuen Medikamente, zunächst in Form von kostenlosen Musterpräparaten, dann in Anstaltspackungen. Ärzt*innen publizierten als Studienleiter und bekamen persönlich oder für ihre Einrichtungen „Aufwandsentschädigungen“; es entstand ein enges Geflecht gegenseitige Verbindlichkeiten.

Das folgende Zitat veranschaulicht, wie in diesem Kontext aus der Psychiatrie heraus ein neues Verständnis für die statistischen Zusammenhänge von Medikamentenerprobungen erwuchs, aber keineswegs eine höhere Sensibilität für ethische Belange – im Gegenteil: Um bessere Kenntnisse von den Wirkungsprofilen neuer Substanzen zu bekommen, vereinbarte man Massentestungen nach dem „Schema Schleswig“, das man auf dem Rücken der Betroffenen implementierte.

⁵ Helmut Neumann (Psychiatrische Universitätsklinik Kiel): „Neurocil, ein neues Phenotiazin-Derivat in der Psychiatrie“, in: *Medizinische Klinik* 55, H. 5 (1960), S. 188-190

⁶ Stationsberichtsbuch, Ricklinger Anstalten, Eintrag 1.8.1958, Archiv Rickling.

⁷ Prüfungsdiskussion im Pharma-Büro Bremen am 5.2.1965 zu Bayer 1433 mite, Bayer Archives, Leverkusen

„Eine Indikation läßt sich also noch nicht angeben. Wie schon [...] ausgeführt, ist bei einer Merkmalsprüfung nach dem Schema Schleswig eine Ausdehnung auf 350 Fälle notwendig, um dann Rückschlüsse auf eine phänomenologische Auslegung ziehen zu können. In der weiteren Prüfung müssen beide Wege weiter beschritten werden, d.h. es ist sowohl eine Merkmalsprüfung erforderlich, wobei einfach jeder aufgenommene Patient mit Bayer 1433 behandelt wird – Behandlungsdauer mindestens 10-14 Tage –, als auch die kasuistische Einzelbeschreibung. Es wird abgestimmt, dass die Anstalts-Arbeitsgruppe [...] eine Merkmalsprüfung nach dem Schema Schleswig neben der Erfassung auf den Prüfbogen für Psychopharmaka (für eine spätere Auswertung) beginnt. [...] Dr. Eckmann will hinsichtlich der Dosis zwischen den Anstalten abstimmen, dass ein Teil 2x1 Tabl. Bayer 1433 mite mittags und abends, der andere Teil die doppelte Dosis verabfolgt.“⁷

Verbesserung der Statistik unter expliziter Hintanstellung aller ethischen Belange. Die Ärzte und die Pharma-Firma nutzten die idealen Testbedingungen der Anstalten gezielt für eine fremdnutzige Forschung, die schon damaligen ethischen Prinzipien widersprach. Etwaige Bedenken wurden von keiner Seite geltend gemacht, auch nicht von der Aufsichtsbehörde, der diese Praxis bekannt war. Dabei kooperierten die Ärzte mit anderen Anstalten aus dem Bundesgebiet, gemeinsam nutzten sie die ihnen anvertrauten Patient*innen ohne deren Wissen als Versuchskaninchen in großen Testreihen. Vor allem in unseren Gesprächen mit Betroffenen, aber auch aus den von uns untersuchten Archivquellen geht eindeutig hervor, dass diese Praxis der Substanzenprobung wie auch der Medikamenteneinsatz insgesamt nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern in einen Alltag von Leid und Gewalt in den Einrichtungen eingeordnet werden müssen. Deshalb haben wir die Forderung der Betroffenen nach einer gezielten Untersuchung speziell auch dieser Formen von Leid und Unrecht nachdrücklich unterstützt. Für diese zweite Studie erhielten wir im Herbst 2019 den Auftrag vom Sozialministerium und auch hier konnten wir inzwischen den Abschlussbericht vorlegen.⁸

Aus forschungspragmatischen Gründen haben wir uns dabei auf drei Einrichtungen für Kinder und Jugendliche beschränkt, den Hesterberg in Schleswig, das Haus Schöneberg für schwer geistig Behinderte in Wyk auf Föhr und die Landesgehörlosenschule in Schleswig, außerdem konnten wir die

⁷ Prüfungsdiskussion im Pharma-Büro Bremen am 5.2.1965 zu Bayer 1433 mite, Bayer Archives, Leverkusen.

⁸ Christof Beyer, Cornelius Borck, Nils Kühne, Gabriele Lingelbach, Nils Löffelbein: Wissenschaftliche Untersuchung zu Formen von Leid und Unrecht bei der Unterbringung von Kindern und Jugendlichen in schleswig-holsteinischen Einrichtungen der Behindertenhilfe und der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den Jahren 1949 bis 1990. Lübeck 2021, https://www.imgwf.uni-luebeck.de/fileadmin/medien/Dokumente/Abschlussbericht_Leid_und_Unrecht.pdf.

Vorwerker Diakonie einbeziehen, die parallel im Rahmen der Bundesstudie untersucht worden war. Ein weiteres Merkmal unserer Studie war, dass wir den Untersuchungszeitraum auf die Jahre bis zur Wiedervereinigung ausdehnen konnten, so dass nun erstmals für ein westdeutsches Bundesland auch die Phase der Psychiatriereform – für Schleswig-Holstein muss man sagen, Jahre einer Verschleppung und Verzögerung von Reformen – untersucht wurde.

Aus allen untersuchten Einrichtungen berichteten uns die Zeitzeug*innen von alltäglichen Gewalterfahrungen, die Mehrheit hatte persönlich Gewalt erlitten. Körperliche Gewalt in Form von Fixierungen und teilweise exzessiven Prügelregimen, Gewalt bei der Nahrungsaufnahme durch Essenentzug und Zwangsmahlzeiten, sexuelle Gewalt bis hin zu Vergewaltigungen durch Personal oder Mitpatienten, seelisches Leid, Zwang zur Mitarbeit in der Pflege, auf der Station, in der Küche oder der Landwirtschaft, Vorenthalten von Förderung, Beschulung und dringend gebotenen medizinischen oder physiotherapeutischen Maßnahmen.

„Und wenn du abends geschnackt hast im Bett, wurdest du aufgeschrieben und am nächsten Morgen konntest du dir einen Stuhl nehmen, in dem Essenraum in die Mitte stellen und dann nackig dahin stellen und warten bis ein Pfleger, eine Pflegerin kam und dich mit der Heizungsbürste drei-, viermal auf dem nackten Hintern gekloppt hat. Und wenn du früher aufstehst, kriegtest du immer einen Schlag mehr. Da macht sich keiner einen Begriff drauf, das ist menschenunwürdig.“

(Hesterberg, Interview mit D.F.)

„Warst du drei, vier Tage in einer Zelle oder über eine Woche. Hast nur einmal am Tag Essen gekriegt. Hab Hunger gehabt. Ich habe Durst gehabt. Ich hab meinen eigenen Urin getrunken. Das kann man nicht vergessen sowas. [...] Du saßt nur da, hast nur immer so geschaukelt, wie so ein Bekloppter. Konntest nicht einmal kacken, hast ja nichts zu essen gehabt. [...] Pinkel habe ich so immer, habe so getrunken, meine eigene Pisse, weil ich Durst hatte.“

(Hesterberg, Interview mit K.L.)

„Dann mussten wir die Kinder wickeln, müssen Kindern Essen geben und auch putzen, saubermachen. Mit Nachthemd, ohne Puschen, ohne Hausschuhe. Unser Nachthemd war voll Kacke und unsere Hände waren voll. Erst wenn wir fertig waren, haben wir andere Nachthemden gekriegt. Mussten wir nach unten und dann durften wir uns anziehen und dann wieder dasselbe.“

(Hesterberg, Interview mit B.U.)

„Ja, an dem Wochenende gab es immer Erbsensuppe mit Speck. Früher war das richtig Speck mit Haaren drauf. [...] Mir wurde... mein ganzer Magen hat

sich umgedreht. Ich habe sofort alles rausgespuckt. Und dann hat man mich am Bett angebunden. Mit einer Schelle. Ich konnte die Arme und Beine nicht bewegen. Und man hat mir das Essen gegeben, das ich rausgekotzt hatte. Das kann ich nicht vergessen, diese ganzen Essensgeschichten.“
(Hesterberg, Interview mit B.U.)

„Uns wurde das Essen hineingezwungen. Bis zum geht nicht mehr. Bis wir nicht mehr konnten. Und dann mussten wir trotzdem sitzen bleiben und weiter essen. Hände auf den Rücken festgebunden... am Stuhl. Konnte man sich nicht dagegen wehren.“
(Haus Schöneberg, Interview mit B.G.)

„Das Essen mochte er nicht, musste es essen. Es wurde zugeteilt und es gab häufig Suppen, die er nicht mochte. Saß manchmal 2 Stunden vor dem kalten Essen. Ein paarmal haben sie sogar seinen Kopf in das Essen gedrückt, damit er endlich isst. Erbrochen hat er auch. Es war eine große Qual für ihn.“
(Gehörlosenschule, Dokumentationsbogen 19-407) ⁹

Über Jahrzehnte herrschten Missachtung und Mangel. Die Situation änderte sich nur sehr allmählich und in kleinen Schritten, erschwerend kam hinzu, dass das Land sich aus parteitaktischen Gründen nicht am Modellprogramm Psychiatrie des Bundes beteiligte, aber auch keine eigenen Projekte initiierte, sondern teilweise die Bedingungen im Rahmen von Sparrunden sogar noch verschlechterte. Seither hat sich viel verändert, wieviel sich getan hat, zeigt sich nicht zuletzt an dem Erschrecken, das die Berichte über die damaligen Verhältnisse heute auslösen. Das war früher anders: Konfrontiert mit dem Vorwurf, dass schwerstbehinderte Kinder auf dem Hesterberg nie ihre Station verlassen, hatte der Staatssekretär im Innenministerium noch im Jahr 1979 öffentlich im Interview des Norddeutschen Rundfunks erklären können, dass „das Verbringen an die Sonne keinen besonderen therapeutischen oder psychologischen Nutzen“ mehr habe, da diese Kinder ja ohnehin „außergewöhnlich schwerstbehindert“ seien.¹⁰

Dass der Hesterberg damals schon die längste Zeit seiner Nachkriegsexistenz als Langzeiteinrichtung hinter sich haben sollte, konnte sich schlicht keiner vorstellen, denn die Landesregierung hielt eisern an ihrer Politik einer zentralisierten Unterbringung fest. In Hamburg wurde damals immerhin

⁹ Genauere Angaben zu den Interviews sowie weitere Aussagen finden sich im angegebenen Abschlussbericht. Mein Dank gilt allen Mitarbeiter:innen im Team. Unser besonderer Dank gilt allen Betroffenen, die zu einem Gespräch mit uns bereit waren. Für Hilfe und Unterstützung danken wir Frau Tölch und Frau Andresen von der Anlaufstelle der Stiftung Aufarbeitung und Hilfe in Neumünster

¹⁰ NDR 1 Welle Nord, Personalsituation im Landeskrankenhaus Schleswig, 16.7.1979, NDR-Archiv Nr. 8004281.

schon kräftig investiert, aber es waren die Jahre des Ausbaus der psychiatrischen Anstalten zu abgeschotteten Kleinstädten mit Schwimmbad und Kegelbahn. Immerhin fing man an, sozialpsychiatrische Versorgungsnetze aufzubauen und ein breiteres Spektrum an Therapeut:innen in die Einrichtungen zu holen. Aber dass sogar die 9 Genauere Angaben zu den Interviews sowie weitere Aussagen finden sich im angegebenen Abschlussbericht. Aber dass sogar Alsterdorfer Anstalten einmal aufgelöst und das Gelände zum Zentrum eines neuen lebendigen Quartiers würde, blieb vorerst undenkbar. – Ende gut alles gut?

Der Slogan der Behindertenbewegung „behindert ist man nicht, behindert wird man“ verweist darauf, wie schwer es ist, Inklusion Wirklichkeit werden zu lassen. Denn so ist es mit der Erinnerung, sie verknüpft die Gegenwart mit der Vergangenheit, um Zukunft zu eröffnen. Die spezifischen Probleme von Anstalten konnten durch deren Auflösung beseitigt werden, denn stationäre Großeinrichtungen fördern Gewaltanwendung; das ist das übereinstimmende Ergebnis der inzwischen vorliegenden Studien.

Aber die veränderte Situation stellt uns als Gesellschaft vor neue Herausforderungen: Drei seien hier abschließend genannt.

Erstens bleibt die Integration von psychisch Kranken und von Menschen mit Behinderungen weiterhin schwierig.

Zweitens wurden zwar die stationären Großeinrichtungen inzwischen weitgehend aufgelöst, aber ein anderer Bereich nicht. Und hier vor Ort in Ochsenzoll steht einem das eindrucksvoll vor Augen: Die forensischen Bereiche blieben bislang komplett ausgeklammert; im Gegenteil sie wuchsen sogar oft im Gegenzug zur Dehospitalisierung.

Und drittens schließlich wurde uns bei den Gesprächen mit den Betroffenen im Rahmen unserer Studien vor allem immer wieder deutlich, wie lebensprägend ihre Leiderfahrungen waren. Keiner berichtete lediglich von lang zurückliegenden Ereignissen aus der Vergangenheit, sondern alle waren gezeichnet von ihren Erfahrungen, die oft bis heute weiterwirken. Viele wurden durch jahrzehntelange Vernachlässigung in ihrer Entwicklung behindert und zeigen heute dauerhafte Schäden. Viele haben große Schwierigkeiten, soziale Kontakte und Beziehungen einzugehen. Viele leiden bis heute unter ihren Traumatisierungen. Sie fordern über die geleisteten Abgeltungszahlungen hinaus eine volle Anerkennung des ihnen angetanen Leids. Viele von ihnen benötigen dauerhafte Hilfe und sie kommen jetzt in ein Alter, in dem höherer Pflegebedarf entsteht. Ihr größter Wunsch ist es, nicht wieder in ein Heim abgeschoben zu werden. Vorerst bleibt völlig offen, wie wir als Gesellschaft hier einen Ausweg finden.