



Heiner Fangerau | Silke Fehleemann |
Sylvia Wagner | Carolin Ehlke |
Carolin Oppermann | Wolfgang Schröer (Hrsg.)

**Missbräuchlicher Einsatz
von Medikamenten an
Kindern und Jugendlichen
in Nordrhein-Westfalen
seit der Gründung des Landes
bis in die 1980er Jahre**

BELTZ JUVENTA

Auftraggeber:

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Der Text dieser Publikation wird unter der Lizenz **Creative Commons Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International (CC BY-SA 4.0)** veröffentlicht. Den vollständigen Lizenztext finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/deed.de>

Verwertung, die den Rahmen der **CC BY-SA 4.0 Lizenz** überschreitet, ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Die in diesem Werk enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Quellenangabe / Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.



Dieses Buch ist erhältlich als:

ISBN 978-3-7799-9358-2 Print

ISBN 978-3-7799-9359-9 E-Book (PDF)

DOI 10.3262/978-3-7799-9359-9

1. Auflage 2026

© 2026 Beltz Juventa

Beltz Verlagsgruppe GmbH & Co. KG

Werderstraße 10, 69469 Weinheim

service@beltz.de

Einige Rechte vorbehalten

Satz: Datagrafix, Berlin

Druck und Bindung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza

Beltz Grafische Betriebe ist ein Unternehmen mit finanziellem Klimabeitrag

(ID 15985-2104-1001)

Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor:innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

1.	Definition, Forschungsüberblick, Vorbedingungen und Methode <i>Heiner Fangerau, Silke Fehleemann, Sylvia Wagner, Carolin Ehlke, Carolin Oppermann, Wolfgang Schröer</i>	10
1.1	Definition: „Missbräuchlicher Einsatz von Medikamenten“	11
1.2	Allgemeiner Forschungsüberblick und Ausgangspunkt der Studie	14
1.3	Konzeptioneller Rahmen	17
1.3.1	Zugang: Das Recht der Betroffenen auf Aufarbeitung und die Anerkennung ihrer Leid- und Unrechtserfahrungen	17
1.3.2	Verantwortungskonstellationen	21
1.4	Forschungsmethodisches Vorgehen	25
1.4.1	Die Perspektive von Betroffenen und Zeitzeug:innen in Interviews und einer Onlinebefragung in einem Betroffenen- und Zeitzeug:innenportal – die forschungsmethodischen Zugänge	
	Betroffenenperspektive Zeitzeuginneninterview <i>Carolin Ehlke, Carolin Oppermann, Wolfgang Schröer</i>	26
	Betroffenen und Zeitzeug:innenportal <i>Karsten Laudien</i>	33
1.4.2	Dokumenten- und Aktenanalyse <i>Silke Fehleemann, Sylvia Wagner, Heiner Fangerau</i>	35
2.	Rechtliche, ethische, kulturelle und organisatorische Bedingungen des Medikamentenmissbrauchs	40
2.1	Rechtliche Rahmenbedingungen <i>Silke Fehleemann, Sylvia Wagner, Heiner Fangerau</i>	40
2.1.1	Missbräuchliche Gabe von zugelassenen Medikamenten, Aufklärung und Einwilligung	42
2.1.2	Vorgaben und gesetzliche Regelungen bei „neuartigen Heilbehandlungen“ und wissenschaftlichen Versuchen	51
2.1.3	„Anwendungsbeobachtungen“, „Anwendungsstudien“ und ähnliche Begriffe	57
2.1.4	Einwilligungspraxis	60

2.2	Kulturelle Vorbedingungen: Allgemeiner Umgang mit Arzneimitteln, rechtliche Stellung von Kindern und Jugendlichen, kulturgeschichtlicher Umgang mit „schwierigen“ jungen Menschen <i>Silke Fehleemann, Sylvia Wagner</i>	62
2.3	Heilpädagogik und der Umgang mit Medikamenten und medizinischen Behandlungsmethoden <i>Carolin Ehlke, Carolin Oppermann, Wolfgang Schröer</i>	64
3.	Bisherige Forschungen zum Medikamentenmissbrauch mit dem Schwerpunkt NRW <i>Silke Fehleemann, Sylvia Wagner</i>	66
3.1	Ergebnisse aus den Bundes- und Länderstudien (Niedersachsen und Schleswig-Holstein)	67
3.1.1	Studie „Leid und Unrecht“	67
3.1.2	Studie zu Niedersachsen	68
3.1.3	Studie zu Schleswig-Holstein	69
3.2	Ergebnisse aus früheren Studien zu NRW	70
3.2.1	KJP Viersen-Süchteln	70
3.2.2	KJP Düsseldorf-Grafenberg	70
3.2.3	KJP Gütersloh	71
3.2.4	Franz-Sales-Haus (FSH) Essen	71
3.2.5	Haus Hall bei Gescher	74
3.2.6	Stiftung Bethel	76
3.2.7	„Neu-Düsselthal“	78
3.2.8	St. Johannes Stift Marsberg	81
3.2.9	Kinder- und jugendpsychiatrische Klinik in Bonn	82
3.2.10	Medikamenteneinsatz bei jungen Menschen aus sog. „Kur- und Verschickungsheimen“	83
4.	Betroffeneninterviews <i>Carolin Ehlke, Carolin Oppermann, Wolfgang Schröer</i>	85
4.1	Überblick über die Interviews und die Betroffenen	85
4.2	Erzählungen der Betroffenen	86
4.2.1	Betroffener 1	86
4.2.2	Betroffener 2	89
4.2.3	Betroffener 3	92
4.2.4	Betroffene 4	96
4.2.5	Betroffene 5	98
4.2.6	Betroffener 6	103
4.2.7	Betroffene 7	105
4.2.8	Betroffener 8	107

4.3	Medikamentenmissbrauch erleiden und überleben – eine zusammenfassende Betrachtung der Interviews mit Betroffenen	111
4.3.1	Missbräuchlicher Medikamenteneinsatz	111
4.3.2	Medizinische Diagnosen als Legitimierung und Legalisierung der missbräuchlichen Medikamentenvergabe und der missbräuchlichen Anwendung von Behandlungsmethoden und Testungen	113
4.3.3	Verflechtung des Medikamentenmissbrauchs mit anderen Gewaltformen	114
4.3.4	Personen(gruppen), Organisationen und Institutionen als involvierte Akteur:innen	115
4.3.5	Verschweigen und Verdecken des Medikamentenmissbrauchs und anderer Gewalt	116
4.3.6	Die Bearbeitung, Verarbeitung und Aufarbeitung der gewaltvollen Erfahrungen in der Gegenwart	121
5.	Zeitzeuginneninterview <i>Carolin Ehlke, Carolin Oppermann, Wolfgang Schröer</i>	123
6.	Betroffenen- und Zeitzeug:innenportal <i>Carolin Ehlke, Carolin Oppermann, Wolfgang Schröer</i>	125
6.1	Deskriptive Auswertung des Onlinefragebogens im Portal	125
6.2	Auswertung der Freitexte: Große Verunsicherung hinsichtlich der Vergabe von Medikamenten	130
6.2.1	Was wurde mit den Betroffenen in ihrer Kindheit und Jugend in den Einrichtungen gemacht?	130
6.2.2	Wie wurde entschieden, welche Medikamente die Betroffenen bekommen haben?	132
6.2.3	Erleben der Medikamentengabe als Teil einer grenzüberschreitenden gewaltvollen Erziehung und Betreuung	133
6.2.4	Bedürfnis, sich über die Erfahrungen auszutauschen und Anerkennung für das Leid zu erfahren	134
7.	Formen der missbräuchlichen Medikamentenvergaben am Beispiel von Aktenauswertungen verschiedener Einrichtungen <i>Silke Fehleemann, Sylvia Wagner, Heiner Fangerau</i>	137
7.1	Missbräuchliche Handhabung registrierter Medikamente (am Beispiel der KJP Gütersloh, KJP Hamm, Wittekindshof bei Bad Oeynhausen, KJP Viersen-Süchteln, Hephata Mönchengladbach)	137
7.1.1	KJP Gütersloh	137

7.1.2	KJP Hamm	148
7.1.3	Wittekindshof	150
7.1.4	KJP Viersen-Süchteln	153
7.1.5	Hephata Mönchengladbach	157
7.2	Medikamententestungen in der KJP Gütersloh, KJP Hamm und in der KJP Viersen-Süchteln	167
7.2.1	KJP Gütersloh	167
7.2.2	KJP Hamm	173
7.2.3	KJP Viersen-Süchteln	174
7.3	Impfstoffproben an Kindern und Jugendlichen (am Beispiel der Landesimpfanstalt Düsseldorf)	187
7.4	Erprobungen und Missbrauch von Medikamenten in Kinderheilstätten und Kurheimen (am Beispiel der Kinderheilstätte Aprath, der Kinderkurklinik Bad Oeynhaus und Godeshöhe und Bad Waldliesborn)	195
7.4.1	Medikamentenerprobungen in der Kinderheilstätte Aprath	195
7.4.2	Kurklinik für Kinder und Jugendliche Bad Oeynhaus	202
7.4.3	Medikamente/Tuberkulostatika in der Kinderheilstätte Godeshöhe	204
7.4.4	Kinderkurheim Bad Waldliesborn, Kinderheim „Haus Bernward“ und weitere Einrichtungen	206
7.5	Hormonelle Schwangerschaftstests im Mädchenheim Tecklenburg	211
7.6	Der probeweise Einsatz von Nahrungsergänzungsmitteln im Grenzbereich zur Arzneimittelstudie (am Beispiel des St. Vinzenz-Kinderheims Aachen, Neu-Düsselthal und KJP Gütersloh)	217
7.6.1	St. Vinzenz-Kinderheim Aachen	217
7.6.2	Diskussion um einen Versuch mit Nahrungsergänzungsmitteln	218
7.6.3	Versuche mit Glutaminsäure in der KJP Gütersloh	223
7.7	Auffälligkeiten im medizinischen Umgang mit Kindern und Jugendlichen neben Arzneimittelgaben (KJP Viersen-Süchteln und des Mädchenheims Ratingen)	224
7.7.1	Stereotaktische Operationen in Viersen-Süchteln	224
7.7.2	Evangelisches Mädchenheim Ratingen	227

8.	Fazit: Verantwortung auf allen Ebenen erkennen und übernehmen <i>Heiner Fangerau, Silke Fehlemann, Sylvia Wagner, Carolin Ehlke, Carolin Oppermann, Wolfgang Schröer</i>	231
8.1	Missbräuchlicher Einsatz von Arzneimitteln	231
8.2	Verantwortungskonstellationen	235
8.3	Fragen an heutige in Verantwortung stehende Institutionen und Personen	240
9.	Danksagung	243
10.	Literatur- und Quellenverzeichnis	245
11.	Abbildungsverzeichnis	259

1. Definition, Forschungsüberblick, Vorbedingungen und Methode

Heiner Fangerau, Silke Fehleemann, Sylvia Wagner,
Carolin Ehlke, Carolin Oppermann, Wolfgang Schröer

Im Juli 2023 wurde gegen den Bonner Psychiater Michael Winterhoff Anklage erhoben, weil er in großem Umfang Neuroleptika an junge Menschen in stationären Erziehungshilfen unter der Verwendung umstrittener Diagnosen verabreicht bzw. verordnet haben soll. Es handelte sich offenbar vor allem um das lang bekannte Medikament Pipamperon. Winterhoff verteidigt sein Vorgehen mit dem Argument, er habe das Medikament nur verabreicht, wenn Kinder „von Aggressionen, Stimmungslabilität und Verwirrtheit beherrscht“¹ gewesen seien.

Der Fall Winterhoff zeigt, dass die Frage, in welchem Umfang, unter welchen Bedingungen und ob überhaupt jungen Menschen psychotrope Medikamente gegeben werden sollten, keinesfalls nur ein historisch relevantes Thema ist. Die Frage, wie viel Abweichung von der Norm eine Gesellschaft bereit ist, zu ertragen, und wie viel Abweichung Kindern und Jugendlichen selbst zugemutet werden kann, ist weiterhin virulent, wird aktuell in den Medien diskutiert und wird laufend zu überprüfen sein. Begleitet wird diese Abwägung von der Frage, welche Medikamente in welchem Umfang und in welchen Kombinationen an (minderjährige) junge Menschen gegeben werden sollen. Die Verordnung von Psychopharmaka an Kinder und Jugendliche ist in den letzten Jahrzehnten angestiegen und bleibt auf hohem Niveau konstant (Abbas u. a. 2016). Die Beurteilung, ob eine Medikamentengabe moralisch gerechtfertigt, medizinisch indiziert und gesellschaftlich sowie in pädagogischen Konstellationen akzeptiert ist, bleibt

1 <https://www.tagesschau.de/investigativ/wdr/kinderpsychiater-winterhoff-anklage-100.html> [Letzter Zugriff 18.10.2023]. Der Vorgang wird aufgearbeitet in einem aktuellen Projekt unter der Leitung von Michael Kölch und dem ISA (Institut für soziale Arbeit) e. V. sowie SOCLES International unter dem Titel „Verantwortung zwischen Jugendamt, freien Trägern und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) im Rahmen der Gesundheitsfürsorge – Fall- und Organisationsanalysen für das Jugendamt Bonn“ (Kurztitel: Fallstudie Kooperation KJH – KJP Bonn), siehe Näheres unter: <https://www.socles.org/fallstudie-kooperation-kjh-kjp-bonn> [Letzter Zugriff 18.10.2023]. Dokumentiert wurde der Fall in der dreiteiligen WDR-Reihe: Der Kinderpsychiater – Die Macht des Dr. Winterhoff, in: <https://www.ardmediathek.de/serie/der-kinderpsychiater-die-macht-des-dr-winterhoff/staffel-1/Y3JpZDovL3dkci5kZS9kZXJraW5kZXJwc3ljaGlhdGVyZHJ3aW50ZXJob2Zm/1> [Letzter Zugriff 13.03.2025]. Die Stellungnahmen seiner Rechtsanwälte zur Berichterstattung finden sich hier: <https://www.hoecker.eu/news/pressemitteilung-zur-strafrechtlichen-haupt-verhandlung-gegen-dr-michael-winterhoff> [Letzter Zugriff 02.03.2025].

insofern eine dynamische Frage und ist auch aktuell der steten Verhandlung unterworfen. Darüber hinaus existierten und existieren medizinische Leitlinien und juristische Vorgaben sowie festgelegte Dosierungsempfehlungen in den jeweiligen Zeitläufen.¹

Dieses Spannungsfeld zwischen den tradierten Praktiken und Routinen des Medikamentierens einerseits und den ethischen, juristischen und medizinischen Grundlagen des Medikamentenkonsums andererseits bestimmt auch den Begriff des „missbräuchlichen Einsatzes“ von Medikamenten. Im vorliegenden Aufarbeitungsforschungsprojekt wurde der missbräuchliche Einsatz von Medikamenten in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der stationären Behindertenhilfe und Psychiatrien sowie in Heilstätten und Kurheimen im Land Nordrhein-Westfalen (NRW) definiert, erfasst und beschrieben. Damit ist noch einmal ein besonderer Fokus gelegt. Es handelt sich insgesamt um Einrichtungen und Orte des Alltags von jungen Menschen, die unter öffentlicher Verantwortung standen, bestimmten Auflagen und Kontrollen unterlagen sowie dem Kindeswohl dienen sollten. Entsprechend steht nicht nur die Analyse von Alltagspraktiken in ihren jeweiligen historischen Kontexten im Fokus, sondern die Rekonstruktion eines öffentlich verantworteten organisierten und durch spezifische Verfahrensabläufe rekonstruierten Alltags. Der zeitliche Horizont liegt zwischen 1946, der Gründung des Landes NRW, und 1980 mit Ausblicken in die Zeit davor und danach. In dem Aufarbeitungsforschungsprojekt werden missbräuchliche Arzneimittelgaben rekonstruiert, die Wahrnehmung von Betroffenen und Zeitzeug:innen wird untersucht und Verantwortungsstrukturen werden herausgearbeitet. Wir markieren im Folgenden mit dem Begriff „Betroffene“ Personen, die durch missbräuchlichen Arzneimittel Einsatz Leid und Unrecht erfahren haben. Als „Zeitzeug:innen“ bezeichnen wir Personen, die missbräuchlichen Arzneimittel Einsatz erlebt oder beobachtet haben oder die in irgendeiner Weise selbst beteiligt waren. Dabei kann es Schnittmengen zwischen beiden Gruppen geben.

1.1 Definition: „Missbräuchlicher Einsatz von Medikamenten“

Als Arzneimittel/Medikamente werden im Projekt der Definition im Arzneimittelgesetz von 1961 folgend „Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen [verstanden], die vom Hersteller oder demjenigen, der sie sonst in Verkehr bringt, dazu

1 Allerdings gab es auch zahlreiche Medikamente, für die keine Dosierungsempfehlungen für Kinder vorlagen. In der roten Liste von 1963 wird nur für Truxaletten-Saft eine Dosierungsempfehlung für Kinder angegeben, vgl. z. B. Hartig (2020, S. 91). Dabei kann nicht davon ausgegangen werden, dass Kinder „kleine Erwachsene“ waren, man konnte also die nötige Menge nicht einfach vom Gewicht her herunterrechnen, sondern man hätte die abweichende Physiologie und Pathophysiologie und die noch nicht abgeschlossene Entwicklung der Heranwachsenden etc. berücksichtigen müssen, vgl. dazu Wagner (2020, S. 168).

bestimmt sind, durch Anwendung am oder im menschlichen Körper 1. die Beschaffenheit, den Zustand oder die Funktionen des Körpers oder seelische Zustände erkennen zu lassen oder zu beeinflussen, 2. vom menschlichen oder tierischen Körper erzeugte Wirkstoffe oder Körperflüssigkeiten zu ersetzen oder 3. Krankheitserreger, Parasiten oder körperfremde Stoffe zu beseitigen oder unschädlich zu machen“ (Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz) vom 16. Mai 1961, S. 533f.).

Der missbräuchliche Einsatz von Arzneimitteln oder „Arzneimittelmissbrauch“ liegt nach dem Verständnis des Forschungsteams vor, wenn der Einsatz oder der Umfang der Medikamentenvergabe die Menschenwürde oder die jeweiligen zeitgenössischen Grenzen der ethischen, juristischen oder medizinischen Norm verletzte oder erkennbar mehr Schaden als Nutzen für das Kind bzw. den/die Jugendliche:n mit sich brachte (Fangerau 2014). Dabei sollte – wenn möglich – auch die zeitgenössisch übliche Praxis der Medikamentenvergabe berücksichtigt werden. Mit im Blick der Studie ist ein Zwangskontext, in dem das Ausgeliefertsein in der Unterbringung in den o.g. Einrichtungen nicht berücksichtigt oder ausgenutzt wurde oder in dem der Einsatz anderen Zielen und Zwecken als dem Wohl der jungen Menschen diente. Hierzu gehören auch medizinische Versuche, Behandlungen sowie Testungen a) ohne Aufklärung und Einwilligung der (gesetzlichen) Sorgeberechtigten und der Kinder und Jugendlichen oder b) ohne individuellen Nutzen für die jungen Menschen oder c) ohne Berücksichtigung oder unter Ausnutzung und Erzeugung von Vulnerabilität (ten Have 2023). Über die historische Einordnung hinaus kann im Sinne der Betroffenen auch rückblickend thematisiert werden, ob eine Verordnung von Medikamenten aus aktueller Sicht fragwürdig oder missbräuchlich ist. Zudem ist offen, ob die Gesellschaft der Erwachsenen den Leidenserfahrungen von Kindern und Jugendlichen bereits differenziert genug Gehör schenkt.

In diesem Bericht werden für die Betroffenen zum Teil die Begriffe „Heimkinder“ und „Verschickungskinder“ verwendet, da die zentralen Betroffenenverbände (z.B. Verein ehemaliger Heimkinder e.V. und 1. Heimkinder-Community NRW e.V. oder die Initiative Verschickungskinder) diese Begriffe als Selbstbezeichnung nutzen. Diskussionen, bspw. im Rahmen des „Zukunftsforums Heimerziehung“, weisen allerdings explizit auf das stigmatisierende Potenzial hin und fordern, zusammen mit betroffenen Selbstorganisationen und Heimräten die Begrifflichkeit zu reflektieren (Zukunftsforum Heimerziehung 2021). Diese Diskussionen beziehen sich auf die aktuelle Kinder- und Jugendhilfe. In dieser Studie wird der Bezeichnung der Selbstorganisationen gefolgt, „Heimkinder“ oder andere Bezeichnungen wie „Verschickungskinder“ und „Kurkinder“ werden aber in Anführungszeichen gesetzt.

Bislang haben sich in der Forschung **vier wesentliche Formen** des Medikamentenmissbrauchs gezeigt, die mitunter nicht trennscharf voneinander zu betrachten, sondern auch in Kombination aufgetreten sind (Lenhard-Schramm 2017, S. 27).

1. Experimente mit pharmakologisch wirksamen Stoffen oder medizinische Erprobungen von neuartigen Medikamenten (oder Impfstoffen) ohne Einwilligung der Kinder bzw. Jugendlichen, ihrer Sorgeberechtigten oder ihrer gesetzlichen Vormünder:innen bzw. Erprobungen von bereits zugelassenen Medikamenten für neue Einsatzmöglichkeiten oder zur Erforschung von Nebenwirkungen. Inzwischen ist in der Forschung eine lebhafte Diskussion um die Begrifflichkeit der „Erprobungen“, „Studien“, „Versuche“ oder „Experimente“ entstanden. So wird kritisiert, dass der Begriff „Arzneimittelstudie“ eine wissenschaftliche Anlage der Testungen nahelege (Kaminsky/Klöcker 2020, S.XIII), der Begriff der „Menschenversuche“ hingegen eine zu enge Verbindung zu den Menschenversuchen in den NS-Konzentrationslagern ziehe. (Die Frage nach dem Begriff der Anwendungsbeobachtung bzw. -studie wird in Kapitel 2.1.3 tiefergehend adressiert).
2. Massive Überdosierungen und problematische Kombinationen von handelsüblichen und zugelassenen Medikamenten.
3. Einsatz von Medikamenten zur Strafe und zur Disziplinierung bzw. ohne medizinische Indikation. In diese Rubrik gehören auch Fälle, in denen Medikamente als pädagogisches (Sanktions-)Mittel oder zur Unterstützung einer pädagogischen Intervention oder Konstellation eingesetzt wurden. Hierbei ist auch die Frage zu diskutieren, ob es missbräuchlich war, wenn Medikamente zur Ruhigstellung eingesetzt worden sind, wenn etwa die Kinder und Jugendlichen sich selbst oder andere Heranwachsende gefährdeten² oder wenn Medikamente als Instrumente dienten, um Organisationslogiken zu erhalten, wenn etwa in Kinderkurkliniken zur Bekämpfung von Tuberkulose (TBC) die Patient:innen Beruhigungsmittel erhielten, damit sie möglichst lange liegen konnten.
4. Interviews mit Betroffenen und Berichte ehemaliger „Heimkinder“/„Kurkinder“/„Verschickungskinder“ weisen darauf hin, dass es auch noch eine vierte Form des Missbrauchs von Medikamenten gab: Als „Vorbereitung“ für sexuelle³ Gewalt gegen Minderjährige in Einrichtungen (Kaminsky/Klöcker 2020, S. 73) sowie zur Verstärkung anderer Gewaltanwendungen. Daran wird deutlich, dass der missbräuchliche Einsatz von Medikamenten Teil eines größeren

2 Hierauf weist auch die neuere Studie zum Medikamentenmissbrauch im Franz-Sales-Haus hin (Kaminsky/Klöcker 2020, S. 63–74).

3 Im vorliegenden Bericht wird einerseits von sexueller Gewalt und andererseits von sexualisierter Gewalt gesprochen. Es wird im Folgenden die Begrifflichkeit „sexuelle Gewalt/Übergriffe“ verwendet, wenn sich auf konkrete Erzählungen der Betroffenen bezogen wird. In Gesprächen mit Betroffenen wurde geäußert, dass diese Bezeichnung als passend für die eigenen Erfahrungen von sexueller Gewalt gesehen werden, da sexuelle Gewalt eine besondere Form von Gewalt darstellt. Hingegen fokussiert die Begrifflichkeit „sexualisierte Gewalt/Übergriffe“ stärker auf einen Machtmissbrauch, der sexualisiert ist bzw. durch sexualisierte Gewalt umgesetzt wird. Dieser Begriff wird daher in dem Bericht bei allgemeinen, nicht betroffenenbezogenen Beschreibungen von Grenzverletzungen durch sexualisierte Gewalt verwendet.

Komplexes von Gewaltanwendungen ist und nicht losgelöst von diesen betrachtet werden kann.

1.2 Allgemeiner Forschungsüberblick und Ausgangspunkt der Studie

In den späten 1960er Jahren hatte der Psychiater Asmus Finzen bereits davor gewarnt, dass es Arzneimitteltestungen an „Heimkindern“ gäbe, allerdings verhallten seine Warnrufe noch weitgehend ungehört (Finzen 1969). Die Kritik an Medikamentengaben in der Psychiatrie und an der Unterbringung in Heimen allgemein gehörte allerdings zum Repertoire der Medizin- und Gesellschaftskritik seit den späten 1960er Jahren. Doch erst in den 1980er Jahren begann die Geschichtswissenschaft, sich dem Thema der Unterbringung und Versorgung von Kindern und Jugendlichen in sogenannten Fürsorgeheimen vertiefter zu widmen. Die Zugänge kamen aus zwei unterschiedlichen Richtungen: Zum einen wurde intensiv an der Geschichte des Sozialstaats (Sachße/Tennstedt 1980–2012, Hockerts 2006, Geyer 2008) und den Fürsorgepolitiken geforscht und vor dem Hintergrund wurden wohlfahrtshistorische Arbeiten wie etwa von Detlev Peukert (1986), Markus Köster (1999), Jürgen Blandow (1986), Carola Kuhlmann (2008) und vielen anderen veröffentlicht. Zum anderen stand die Geschichte institutioneller Gewalt auf der Agenda. Diese Forschung war inspiriert von den Thesen Erving Goffmans (1973) zur „totalen Institution“. Damit verbunden stand die Frage nach den Kosten des Fortschritts, nach den Ambivalenzen der Moderne im Raum (Peukert 1986). Innerhalb dieser an der Jugend- und Gewaltgeschichte orientierten Ansätze wurden durch das aufrüttelnde Werk von Peter Wensierski „Schläge im Namen des Herrn“ (2006) auch junge Menschen aus Heimeinrichtungen als Betroffene von Gewalt identifiziert und dementsprechend auch skandalisiert. Vor diesem Hintergrund trat im Jahre 2009 der von der Bundesregierung initiierte Runde Tisch Heimerziehung (RTH) zusammen (Runder Tisch Heimerziehung 2010; Kröger/Schrapper 2009). Mit der Einrichtung des RTH hatte nicht nur eine wissenschaftliche, sondern auch eine politische Auseinandersetzung eingesetzt, galt es auch darum, Ausgleichs- und Entschädigungsfragen zu verhandeln. Dass vom RTH die Frage des Medikamentenmissbrauchs und der Medikamentenversuche weitgehend ausgeklammert wurde, führte von Beginn an zu Enttäuschung bei den Betroffenen (Kappeler 2012, S. 97f.).

In NRW bemühten sich daraufhin vor allem die Landschaftsverbände (Landschaftsverband Westfalen Lippe (LWL) und Landschaftsverband Rheinland (LVR), die Träger überproportional vieler Einrichtungen insbesondere von heilpädagogischen Einrichtungen gewesen waren und zugleich als Landesjugendämter auch die Heimaufsicht innegehabt hatten, um die historische Bearbeitung der Heimerziehung und der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Bei einer dieser Arbeiten

entdeckte Uwe Kaminsky (2011) einen Versuch mit Truxal/Chlorprothixen bei den Kindern in den Düsselthaler Anstalten in Düsseldorf-Wittlaer (Neu-Düsseldorf). Ebenso hatte Bernhard Frings in seiner Studie über das Franz-Sales-Haus auf Medikamentenmissbrauch aufmerksam gemacht (Frings 2012, S. 92f.). Aber auch diejenigen historischen Studienautor:innen, die sich mit Gewalt in heilpädagogischen Heimen und Kinder- und Jugendpsychiatrien auseinandersetzten, thematisierten nun auch Medikationspraktiken und -versuche (Schmuhl/Winkler 2011, 2012 und 2013; Fehleemann/Sparing 2017; Kersting/Schmuhl 2018; Fangerau et al. 2021). Vor allem die Arbeiten der Pharmaziehistorikerin Sylvia Wagner beschäftigen sich intensiv mit Medikamentenversuchen und konnten zahlreiche Erprobungen u. a. in NRW identifizieren (Wagner 2016, 2019, 2020, Wagner/Wiebel 2020). In dieser intensiveren Forschung wurde neben der Identifizierung von Arzneimittelstudien, deren gesetzliche und ethische Zulässigkeit immer wieder in Frage gestellt wurde, deutlich, dass auch Medikationsmissbräuche bereits registrierter Medikamente hinsichtlich der Dosierungen, Dauer und Zwecke an der Tagesordnung waren und dass Medikamente zu Straf- und Disziplinierungszwecken eingesetzt wurden (Frings 2012; Fehleemann/Sparing 2017; Kersting/Schmuhl 2018; Fangerau et al. 2021). Darüber hinaus ließ sich ein weitgespanntes Netz von medizinischen Eingriffen identifizieren, deren medizinische Indikation häufig nicht nachvollziehbar schien, wie etwa Pneumenzephalographien (vgl. Klinda 2010).⁴

Im Vergleich zu Eingriffen wie Pneumenzephalographien oder gewaltnahen Fixierungen wie etwa durch „Zwangsjacken“ ist das Thema des Medikamentenmissbrauchs deutlich undurchsichtiger für die Betroffenen, weil ihre Erinnerungen hier oftmals unklarer sind, da sie z. B. die Inhaltsstoffe der Medikamente kaum kennen konnten. Die Nachwirkungen solcher Einnahmen konnten aber das ganze spätere Leben vorhalten. Vor diesem Hintergrund ließen einige Bundesländer Medikamentenmissbräuche bzw. -versuche in Kinderheimen, heilpädagogischen Heimen und Kinderpsychiatrien durch Studien untersuchen, darunter vor allem Niedersachsen (Hähner-Rombach/Hartig 2019; Hartig 2020) und Schleswig-Holstein (Beyer et al. 2021). Sowohl für das Franz-Sales-Haus in Essen und für die Stiftung Bethel als auch für Viersen liegen seit 2020 bzw. 2022 für NRW sogar eigene Studien vor, die sich ausschließlich mit der Frage des Medikamentenmissbrauchs beschäftigen (Kaminsky/Klöcker 2020; Lenhard-Schramm et al. 2022;

4 Die Pneumenzephalographie war ein radiologisches Verfahren, das dazu dienen sollte, Hirnveränderungen zu zeigen. Bei dem Verfahren wurde zunächst der Liquor cerebrospinalis durch eine Lumbalpunktion abgesogen und durch Luft ersetzt, um die Hirnventrikel im Röntgenbild abbildbar zu machen. Hirnstrukturen sind ohne Kontrastmittel auf einer Röntgenaufnahme nicht zu erkennen. Zu den Risiken der Methode zählten „starke Kopfschmerzen, lang andauernde Übelkeit, Erbrechen“ (Klinda 2010, S. 12), Blutdruck-, Blutzucker- und Herzreizleitungsveränderungen (Hockerts/Ströder 1953). Anfang der 1970er Jahre wurde das Verfahren durch die Computertomographie abgelöst.

Sparing 2020). Diese sind neben den grundlegenden Arbeiten von Sylvia Wagner (Wagner 2016, 2019, 2020, Wagner/Wiebel 2020) im Kontext der vorliegenden Studie als besonders ergiebig hervorzuheben. Da insbesondere die Forschungslage zu NRW sich in den letzten Jahren als äußerst produktiv erwiesen hat, werden diese Spezialforschungen zum Medikamentenmissbrauch überblicksartig in einem extra Kapitel vorgestellt, soweit sie das Bundesland NRW betreffen (vgl. Kap. 3).

Mit Blick und Bezug auf den Forschungsstand wird in diesem Bericht die Perspektive in dreifacher Hinsicht ausgeweitet:

- So werden (1) die Erfahrungen der Betroffenen in den Vordergrund gestellt, auch unabhängig davon, ob die Medikamentenvergabe unethisch oder ungesetzlich bzw. illegal war. Auch wenn frühere Studien ebenfalls Betroffene einbezogen haben (Kaminsky/Klöcker 2020; Kersting/Schmuhl 2018), stand doch bislang vor allem die Frage im Vordergrund, ob die bislang identifizierten Arzneimittelstudien ungesetzlich oder unethisch waren. Die Diskussion um diese Frage ist schon weit fortgeschritten und es ist zu erwarten, dass auch in NRW diese Perspektive nicht zu grundsätzlich neuen Ergebnissen führen würde. Insofern soll die deutliche Priorisierung der Betroffenenperspektive ihr Recht auf Anhörung deutlich machen und die Sicht über die juristischen und ethischen Fragen hinaus erweitern. In diesem Zusammenhang ist zu reflektieren, dass Bewertungen oft aus einer Perspektive von Erwachsenen vorgenommen wurden. Diese Perspektive birgt die Gefahr des „Adultismus“, d.h. eines Machtungleichgewichts, das von einer festen hierarchischen Beziehung zwischen Erwachsenen und Kindern ausgeht, die auf der Annahme fußt, dass Erwachsene Kindern in allen Eigenschaften überlegen seien. Die Folge davon ist, dass kindliche Belange nicht beachtet, nicht gehört oder nicht ernst genommen werden (Flasher 1978; LeFrancois 2014).
- Darüber hinaus ist der Blick nicht nur auf Versuche, sondern (2) auch auf Medikamentengaben gerichtet worden, da gerade in Berichten von Betroffenen deutlich wurde, dass langjährige Medikamentengaben in teils zu hohen Dosierungen oder in fragwürdigen Kombinationen einen sehr langfristigen negativen Effekt auf das Wohlbefinden der Kinder und Jugendlichen sowie späteren Erwachsenen hatten und haben, da insbesondere Nebenwirkungen wie etwa irreversible Spätdyskinesien auftreten können, die durch abnorme, häufig stereotype Bewegungen gekennzeichnet sind (s. u.).
- Zuletzt sind (3) auch „Kinderkuren“ und Heilstätten mit einbezogen worden, da die vertiefte historische Betrachtung dieses Themas während der letzten 20 Jahre durch die Betroffenen selbst noch einmal eine erhebliche Vertiefung und Dynamisierung erfahren hat. So wurde deutlich, dass auch während der „Kinderkuren“ missbräuchliche Medikamenteneinsätze erfolgten, dieser Aspekt bislang aber noch kaum historisch aufgearbeitet wurde (Wagner/

Wiebel 2020). Ein weiterer Grund für die vertiefte Betrachtung ist auch die Überschneidung zwischen den Gruppen, da im Verlauf der bisherigen Recherchen deutlich wurde, dass viele ehemalige „Heimkinder“ ebenfalls zur Kur verschickt wurden. Darüber hinaus gab es, wie bei Anja Röhl (2022) herausgestellt wird, auch die Konstellation, dass Kinder und Jugendliche zur „Erholung“ in Säuglings- und Kinderheime verschickt wurden. Insofern wurden die Arbeiten der Sonderpädagogin und Publizistin Anja Röhl (2022) sowie die neueste Publikation zu „Kinderkuren“ der DAK von Hans-Walter Schmuhl (2023) und von Sylvia Wagner und Burkhard Wiebel (2020) ausgewertet.⁵ Ergänzt werden diese Befunde durch eigene Aktenfunde im Hinblick auf Medikamentenmissbrauch an „Verschickungskindern“ und in Lungenheilstätten in NRW. Die Kinder sind aus NRW eher in entferntere Erholungsgebiete weggeschickt worden (Miquel, v. 2021), weswegen in der vorliegenden Studie nur die Kinderkurkliniken Bad Oeynhausen und Aprath, die „Godeshöhe“ in Bad Godesberg, das Kinderkurheim Bad Waldliesborn sowie das „Haus Bernward“ in Bonn-Oberkassel berücksichtigt wurden. Die Frage der „Verschickungskinder“ kann allerdings nur in einem engen Rahmen thematisiert werden, da die Ressourcen des Projekts begrenzt waren. Die umfassende Situation in NRW müsste in einem bundesweiten, länderübergreifenden Projekt noch einmal weiter vertieft und konzeptioniert werden.

1.3 Konzeptioneller Rahmen

1.3.1 Zugang: Das Recht der Betroffenen auf Aufarbeitung und die Anerkennung ihrer Leid- und Unrechtserfahrungen

Die vorliegende Aufarbeitung geht von einem Recht der Betroffenen auf Aufarbeitung von Gewalt aus, die in öffentlicher Verantwortung geschehen ist (Baader et al. 2022; Meysen et al. 2023). Dieses Recht besteht auch, wenn Übergriffe samt deren Legitimation oder Duldung schon weiter zurückliegen. Auch wenn bisher juristisch (noch) kein Recht auf Aufarbeitung existiert, so besteht – aus Sicht der Wissenschaftler:innen – ein moralisches Recht auf Aufarbeitung und damit für die Organisationen eine Verpflichtung, in ihrer Verantwortung zugefügtes Leid und Unrecht aufzuarbeiten.

Wissenschaftliche Aufarbeitungsforschung kann komplexe organisationale Zusammenhänge und Kontexte sowie Diskurse um den missbräuchlichen Einsatz von Medikamenten und anderen Gewalterfahrungen und Grenzverletzungen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe, der Behindertenhilfe, in

5 Unmittelbar vor Drucklegung erschien auch die Studie von Nützenadel et al. (2025) zur Geschichte der Kinderkuren in der Bundesrepublik Deutschland.

Psychiatrien und in sog. Verschickungsheimen für die Betroffenen und für die Öffentlichkeit erschließen und rekonstruieren. Dafür bedarf es verschiedener Forschungsperspektiven, die institutionelle, medizinische und erzieherische Dokumentationen ebenso einschließen wie die Perspektiven von Betroffenen und Zeitzeug:innen – wobei letztere einen zentralen bzw. den zentralen Stellenwert in Aufarbeitungen darstellen, da sie in einer eigenen Form als Maßstab der Bewertung anzuerkennen sind. Die Rekonstruktion von Leiderfahrungen und ihre Anerkennung in der sozialen Wirklichkeit sind für die Sozial- und Geschichtswissenschaften eine besondere Herausforderung, da Leid- und Unrechtserfahrungen häufig als subjektive Empfindungen und Konstruktionen der jeweiligen Betroffenen abgewertet oder unsichtbar gemacht werden. Dabei hat schon Müller-Lyer (1914) in dem Versuch, eine Soziologie der Leiden zu verfassen, darauf hingewiesen, dass Leiden letztlich nur über die Erzählungen der betroffenen Menschen wissenschaftlich zu analysieren und anzuerkennen sei und darüber als Teil der sozialen Wirklichkeit rekonstruiert werden könne.

Wenn es in Studien zur Aufarbeitung allein um die Frage der Legalität und damit um die Frage, ob bestimmte Akteur:innen oder organisationale Strukturen gegen zeitgenössische Gesetze und/oder ethische Normen verstießen, geht, dann besteht die Gefahr, dass die Leiderfahrungen der Betroffenen mitunter übergangen oder unsichtbar gehalten werden, auch weil sie in Akten nicht in klaren Worten dokumentiert wurden. Anders als die Rechtswissenschaften, die juristisch festgeschriebenes Recht und Unrecht erkennen sollen, können und sollen Studien zur Aufarbeitung aber die Grauzonen von Leid, Recht und Unrecht, von Verantwortung, organisationalen Wirklichkeiten und Selbstverstrickung ausloten und beschreiben, in denen verschiedene gesellschaftliche Akteur:innen agierten. Dabei ist es wiederum unabdingbar, dass Aufarbeitung immer auch kritisch darauf blickt, was die Konjunkturen der Aufmerksamkeit steuert und welche Rolle der wissenschaftlichen Aufarbeitung hier von den beteiligten Akteur:innen und Auftraggebern zugeschrieben wird (Göllnitz/Mecking 2022; Holst 2023; Jessen 2020; Schildt 2018). Mit dieser Ambiguitätstoleranz wird es möglich, individuelle Leiderfahrungen in ihrem historischen und aktuellen Kontext anzuerkennen. In diese Richtung hat es bereits erste Schritte gegeben. Indem z. B. in der Aufarbeitung der sog. Behindertenhilfe und Psychiatrie der BRD und DDR von „Leid und Unrecht“ gesprochen wurde (Fangerau et al. 2021), wurde die Anerkennung des Leidens prioritär gesetzt und erst dann im Begriff des „Unrechts“ die juristisch-ethische Perspektive eingenommen. „Nicht jedes Unrecht erzeugt Leid und nicht jedes Leid ist auf Unrecht zurückzuführen. Leid als subjektive Erfahrung kann am ehesten aus persönlichen Schilderungen rekonstruiert werden oder sich in Erfahrungen von Menschen in vergleichbaren Situationen mit vergleichbaren Erfahrungen spiegeln“ (ebd., S. 19).

Der ausschließliche Blick auf die Legitimität und Legalität von Handlungen hat folglich eine doppelte Begrenzung:

Erstens sind die juristischen und wissenschaftlichen Quellen zu den kollektiven Normen der jeweiligen Zeiten stark durch eine adultistische Perspektive geprägt (Winkler 2016). Sie nehmen kaum die Erfahrungen von jungen Menschen auf, die Leid- und Unrechtserfahrungen gemacht haben, und auch nicht die Frage, wie sie mit ihrer Kindheit und Jugend in ihrem Lebensverlauf weiter, z.B. durch die Nichtanerkennung ihrer Leiderfahrungen, konfrontiert werden. In den Quellen und Daten, die von Erwachsenen verfasst wurden, sind entsprechend subjektive Leid- und Unrechtserfahrungen junger Menschen häufig nicht oder nur z.B. aktenförmig zugerichtet zu finden (Zaif 2011). Letztlich sind wissenschaftliche Studien zur Aufarbeitung selbst wieder durch Denkvoraussetzungen geprägt: Miranda Fricker (2007) hat mit dem Begriff der „epistemischen Ungerechtigkeit“ und ihren Formen der testimonialen und hermeneutischen Ungerechtigkeit einerseits das Phänomen bezeichnet, dass Betroffenen entweder zur Zeit des erlebten Leids nicht zugehört wurde oder ihnen das Zeugnisrecht verweigert wurde, weil sie, wie z.B. als Kinder in einer von der Erwachsenenwelt geprägten (adultistischen) Gesellschaft leben und damit als wenig glaubwürdig oder auch nicht zeugnisfähig betrachtet wurden. Andererseits weist sie mit dem Begriff darauf hin, dass in der Vergangenheit vielfach auch die Denkvoraussetzungen fehlten, das, was heute als Leid und Unrecht begriffen wird, damals als solches zu sehen oder zu erfassen (Fricker 2007; Winkler 2016). Diese Ungerechtigkeiten drohen, in Aufarbeitungsstudien wiederholt zu werden, denn konkret sind Letztere zwar einerseits um professionelle Distanz bemüht, aber andererseits oftmals Teil des wissenschaftlichen oder fachlichen Milieus, das Leiderfahrung produziert hat (Oppermann/Schröder 2024). Die Forschenden stehen – z.B. aus der Perspektive von Menschen mit Heimerziehungserfahrungen oder missbräuchlichem Arzneimitteleneinsatz – als Vertreter:innen der akademischen Disziplinen wie z.B. Sozialpädagogik oder Medizin im Zweifel den Personenkreisen näher, die in der Vergangenheit das aufgedeckte Unrecht erst produziert haben (Baader et al. 2024). Von Gewalt betroffene Kinder und Jugendliche können deshalb (wie andere Gruppen auch) als „fragile epistemische Subjekte“ (Hänel 2024, S. 176ff.) bezeichnet werden. Erzählungen und Dokumente von Betroffenen über ihr Leid und Unrecht in ihrer Kindheit und Jugend sind darum für die Aufarbeitung umso bedeutender, auch um neue Lesarten von Daten und Quellen zu eröffnen. Weiterhin lassen sich erst über das Sichtbarmachen der Erfahrungen der Menschen auch neue Zugänge zu anderen Quellen finden und Unrecht weiter entschlüsseln.

Zweitens sind die Unrechtskonstellationen der Vollzugswirklichkeiten (Wolff 2008) von Organisationen im Kindes- und Jugendalter nicht allein aus einer gesetzlichen Perspektive zu betrachten, da die organisationalen Praktiken und z.B. Rechte von Kindern und Jugendlichen nicht rechtlich ausdefiniert waren oder – wie der Begriff des Kindeswohls als unbestimmter Rechtsbegriff

(Görge/Söhner/Fangerau 2018) – stark der jeweiligen historischen Konstellation verhaftet sind. So kann eine Handlung, die ein junger Mensch in der Vergangenheit als ungerecht erfahren hat und die heute als unangemessen oder sogar strafbar gelten würde, damals in der vorherrschenden Vollzugswirklichkeit von Organisationen aber auch als legitim angesehen worden oder gar legal gewesen sein (Fangerau et al. 2021). Weiterhin können organisationale Praktiken jenseits der Rechtswirklichkeit vorherrschend sein, die selbst wiederum Gewalt, Unrecht und Leid hervorbringen können, wie z.B. das Übergehen von Leid in der Aktenführung. Auch diese Enttäuschung kann eine Aufarbeitung hervorbringen (Oppermann/Schröder 2024).

Deshalb wird hier argumentiert, dass wissenschaftliche Aufarbeitung ihre Aufgabe nur angemessen erfüllen kann, wenn sie einen Zugang verfolgt, der nicht nur politische und gesetzliche Bedingungen historisiert, sondern auch das Erleben, Gefühle und das Leiden der Betroffenen und gerade auch die Betroffenheit von jungen Menschen in einer historischen Perspektive betrachtet. So muss hier berücksichtigt werden, dass für die Betroffenen die Vorstellung, sie seien Opfer von Medikamentenerprobungen/-versuchen oder -überdosierungen gewesen, offenbar besonders traumatisierend wirkte und wirkt, da sie sich vor dem Hintergrund einer üblichen regelmäßigen Medikamentengabe an solche Eingriffe häufig nicht explizit oder nur schemenhaft erinnern. Körperliche und psychische Gewalt (z.B. in Form von Isolierungen, Demütigungen oder sexualisierten Übergriffen) waren im Vergleich dazu eher „fassbar“ (vgl. hierzu die Überlegungen von Holst 2023). In den Interviews und Gesprächen mit Betroffenen und der Zeitzeugin (vgl. Kap. 4 und 5), aber auch über das Betroffenen- und Zeitzeug:innenportal (vgl. Kap. 6) wurde deutlich, was es für die Betroffenen in der konkreten historischen Situation emotional bedeutet hat, wenn bspw. ein unbekannter Mann ihnen in einer unbekannten Umgebung eine unbekannte Substanz gegeben hat (s.u.). Um das als beängstigend zu erleben, musste die Medikamentengabe nicht ungesetzlich gewesen sein. Das heißt, es wird auch auf das Erleben und die Gefühle der Betroffenen in der Kombination der historischen Faktoren wie „beängstigende Umgebung“, Isolation oder „unbekannte Betreuer“ etc. geblickt.

An diesen Punkten setzt auch der Zugang zu den Betroffenen in diesem Projekt an, indem es zunächst um die Anerkennung und das Sichtbarmachen des Leidens und Unrechts geht, wie es damals und heute erfahren wird und wie es als Zugang und Erfahrung zur Kindheit und Jugend dient und diesen ermöglicht. So wird das Leid auch als Ausdruck sozial-emotionaler Wirklichkeit verstanden, das wiederum ebenfalls den Blick für verdeckte oder nicht dokumentierte Unrechtskonstellationen eröffnen kann. Aufarbeitung ist damit auch in einen emotionshistorischen Kontext zu setzen, ohne die Berichte oder Erfahrungen der Betroffenen allein auf eine gefühlbasierte Wirklichkeitskonstruktion zu reduzieren (Fehleemann/Fangerau 2025; Kohut 2023). Dabei wird auch reflektiert,

dass Emotionen nicht einfach nur da sind, sondern in einem komplexen Zusammenspiel zwischen Körper und Geist, Biologie, sozialem Empfinden und kulturellem Erleben geprägt werden. Es geht also nicht um eine Emotionalisierung der Betroffenen, die in gewisser Weise eine Individualisierung und auch Relativierung des von ihnen erlebten Leids und Unrechts insinuiieren würde. Vielmehr geht es um eine Geschichte der Gefühle, die Emotionen als Gegenstand und Treiber kultureller und gesellschaftlicher Prozesse sowie politischer Entscheidungen ernst nimmt. Emotionen, Erinnerungen und Erfahrungen können in Aufarbeitungsstudien einbezogen werden, wenn reflektiert wird, dass Emotionen auch geschaffen, geformt, mobilisiert und kommuniziert worden und damit historisierbar sind (Frevert/Pahl 2023).

Ziel der in dieser Studie zur Aufarbeitung durchgeführten Interviews mit Betroffenen und des Betroffenen- und Zeitzeug:innenportals ist zum einen, einen Raum herzustellen, in denen die Betroffenen von ihren Leid-, Gewalt- und Unrechtserfahrungen berichten können und in denen ihr Leid Anerkennung findet. Zum anderen geht es in den Interviews und in dem Portal dieser Studie darum, ihre Perspektiven auf das Geschehen, die bisher nicht in dieser Form in den Vordergrund gestellt wurden, und damit auch ihre Perspektiven auf die Geschichten der Einrichtungen, die bisher nicht ausreichend in den Blick genommen wurden, sichtbar zu machen.

1.3.2 Verantwortungskonstellationen

Zentral für die Frage der Aufarbeitung von missbräuchlichem Arzneimitteleinsatz ist mit Blick zurück und in die Zukunft auch die Frage nach Verantwortlichkeiten und Verantwortungsübernahme. Verantwortung wird dabei als ein mehrdimensionales Konzept verstanden. Es handelt sich um die Zuschreibung einer Pflicht an eine Person, Gruppe, Organisation oder auch soziale Formation gegenüber einer anderen Person, Gruppe, Objekte und soziale Konstellationen etc. Handlungen entlang dieser Pflicht sind häufig einer Instanz gegenüber zu rechtfertigen. Diese kann z. B. das Gesetz sein, das eigene Gewissen oder eine Moralvorstellung (Werner 2006). Zuallererst sind Personen für ihre Handlungen selbst verantwortlich, aber auch ganze Gruppen, Organisationen oder Gesellschaften können zur Verantwortung gezogen werden, wenn sie als Kollektiv oder sog. Verantwortungsgemeinschaft agieren. Verantwortung hat dabei zuletzt eine qualitative Dimension, die fragt, wer wie (aktiv, passiv, virtuell) verantwortlich ist, und eine temporale Dimension, die fragt, wer wann (prospektiv oder retrospektiv) verantwortlich ist oder war (Birnbacher 1995; Spaemann 2007).

Die historische Frage nach Verantwortung ist dabei zu trennen von der juristischen Frage, auch wenn sie häufig damit verflochten ist. Das Recht bemüht sich, über Zurechnung und z. B. über Strafe Verantwortungsnormen legal, z. B.

im Sinne einer ausgleichenden Gerechtigkeit zu adressieren. Die Geschichte muss sich bemühen zu rekonstruieren, wie in einer gewissen Zeit rechtliche und ethisch-moralische Verantwortungsverhältnisse und -beziehungen gesehen wurden und welche Folgen das für in der Verantwortung oder unter Verantwortung stehende Personen/Gruppen/Objekte hatte.

Es wird in dieser Studie zur Aufarbeitung der Versuch unternommen, die Verantwortungen für Leid und Unrecht vielschichtig zu erschließen und Zugänge herauszuarbeiten, die zu einer Thematisierung dieser Verantwortungen führen können. Es geht darum, epistemische Ungerechtigkeiten in Studien zu Aufarbeitungsprozessen zumindest zu reflektieren, in dem sie die Lesarten und das Reden über Verantwortung nicht entscheiden, sondern durch unterschiedliche Positionierungen und Lesarten öffnen. Dabei ist zu thematisieren, wie Verantwortungen für Medikamentenmissbrauch wissenschaftlich unsichtbar gemacht wurden und werden. Individuell stellt sich das z. B. so dar, dass ein Kind, das nach Erfahrungen sexualisierter Gewalt nervös ist, sediert wird. Ist der:die Täter:in in der Nähe, wird es trotz Sedierung nervöser. Die Konsequenz ist die Gabe einer erhöhten Dosis des Medikaments, nicht die Frage an das Kind, was passiert ist. Fälle wie dieser erlebten wenig Widerspruch von den Beteiligten. Die Verantwortung reicht hier von den das Medikament anordnenden Ärzt:innen bis hin zu den Betreuer:innen in den jeweiligen Einrichtungen sowie deren Verfahren und den organisationalen Strukturen, die die Gabe ermöglichten, beobachteten und keine Fragen stellten.

Die Figur des „innocent bystander“ gerät hier an ihre Grenzen, wenn im Grunde die Chance da war, zum Wohl eines jungen Menschen zu handeln (Imbusch 2017). Als Bystander wird eine Person bezeichnet, „die von einem grenzverletzenden bzw. gefährlichen Geschehen weiß, jedoch nicht interveniert“ (Baader et al. 2024, S. 15). Dabei geht die Haltung dieser Person auf die „[...] Leugnung von Verantwortung bzw. der Zurückweisung von Verpflichtungen einem möglichen Opfer gegenüber“ zurück (Imbusch 2017, S. 50f.). Hier ist es wichtig, dass es keine „blinden Flecken“ und kein aktives „Wegsehen“ sind, die am Ende allein die Verantwortung konstituieren, sondern die Beteiligung an der Herstellung von Missbrauchspraktiken, -prozessen und -strukturen. Es ist folglich das Anliegen der folgenden Ausführungen, unterschiedliche Ebenen – vor allem systembezogener, organisationaler und professioneller und persönlicher sowie alltäglicher Verantwortungsarbeit – herauszuarbeiten, um Leid und Unrecht nicht in den Grauzonen einer Historisierung, z. B. über die Rede einer damals so scheinbar akzeptierten Praxis, verschwinden zu lassen. Wichtig erscheint, die Entscheidung und Einschätzung über Verantwortungen nicht denjenigen institutionellen Vertretungen und ihren Nachfolgeinstitutionen zu überlassen, die selbst machtvoll Teil des Medikamentenmissbrauchs waren: die Jugend-, Sozial- und Gesundheitsfürsorge, die Träger von Einrichtungen, Wissenschaft, die Fachverbände, Kammern, Pharmaindustrie etc. So

wird der Versuch unternommen, verschiedene sozial situierte Formen von Verantwortungskonstellationen zu beschreiben und die Diskussionen darüber zu eröffnen, wer welche Verantwortungsarbeit wie wahrgenommen hat und wie diese prozessiert und auch missbraucht wurde. Gerade wenn eine eindeutige Klärung von Verantwortung nicht darstellbar ist, ist die Auffächerung von Verantwortungen weiterführend, um nicht einer vorschnellen historischen Relativierung, die Leid durch geltendes zeitgenössisches Recht und vermeintlich übliche organisationale, erzieherische und professionelle Praktiken verdeckt, das Wort zu reden.

Zudem ist zu berücksichtigen, dass die in dieser Studie rekonstruierten Konstellationen sich auf den Alltag von Kindern und Jugendlichen beziehen, der in öffentlicher Verantwortung stattfand. Auch wenn die Personenberechtigten, häufig die Eltern, dem Aufenthalt der Kinder und Jugendlichen in den jeweiligen Einrichtungen oder z. B. zu einem Kuraufenthalt und mitunter auch der Fürsorgeerziehung zustimmten (bzw. zustimmen mussten), so galt für Infrastrukturen, Einrichtungen und Angebote in öffentlicher Verantwortung doch gerade, dass sie einer rechtlichen, fachlichen und professionellen Überprüfbarkeit unterliegen und auch damals das Kindeswohl zum Maßstab nehmen mussten sowie eine gegebenenfalls bisher erlebte Gewaltpraxis in den Familien nicht wiederholen sollten. Somit wurde diesbezüglich auch damals den Institutionen ein gewisses Vertrauen entgegengebracht.

Bereits seit einigen Jahren wird in der sozialwissenschaftlichen Forschung danach gefragt, wie gerade in Zeiten gesellschaftlicher Transformation etwa in den 1990er Jahren (Wagenblast 2004) ein solches Vertrauen in soziale Institutionen und Dienstleistungen entstehen kann (Tiefel/Zeller 2012; BMFSFJ 2024). Auch wenn die diesbezügliche Forschung sich insbesondere auf Modernisierungsprozesse sozialer Dienstleistungen in den vergangenen 40 Jahren bezieht und mitunter herausgestellt wird, dass junge Menschen in den 1950er und 1960er Jahre eher als „Objekte“ autoritärer Erziehungspraktiken gesehen wurden, greift dies aus einer Betroffenenperspektive zu kurz, denn die jungen Menschen haben die Verfahren der Kinder- und Jugendwohlfahrtsarbeit und Sozial- und Gesundheitsfürsorge als Subjekte häufig erzwungenermaßen erlebt und erlitten. So hatten zumindest die jungen Menschen vielfach keine Wahl. Sie und auch ihre Eltern mussten diesen Organisationen „vertrauen“ und die Einrichtungen mussten dieses Vertrauen verantworten. Wer vertraut, geht ein Risiko ein, heißt es in der Vertrauensforschung (Tiefel/Zeller 2012). So stellt sich auch für den Untersuchungszeitraum der vorliegenden Studie die Frage, wie dieses erzwungene Vertrauen in die Einrichtungen der Kinder- und Jugendwohlfahrtsarbeit sowie Gesundheitsfürsorge hergestellt wurde. Inwieweit die jungen Menschen und die Sorgeberechtigten dabei um das Risiko des Missbrauchs wussten, lässt sich kaum rekonstruieren. Doch es lässt sich die Frage danach stellen, wie das Risiko des Missbrauchs kontrolliert oder bewusst in Kauf genommen wurde bzw. wer

die Verantwortung dafür trug. Es geht also darum zu analysieren, durch welche diesbezügliche Verantwortungsarbeit Medikamentenmissbrauch und das Leid und Unrecht der jungen Menschen ermöglicht, mitunter machtvoll unsichtbar gemacht oder gar gerechtfertigt wurde. Diese Frage(n) der öffentlichen Verantwortung gegenüber Kindern und Jugendlichen lässt sich nur historisieren, wenn die unterschiedlichen Verantwortungskonstellationen in ihrer komplexen historischen Situiertheit betrachtet werden.

Wagenblass (2015) schlägt für die Vertrauensarbeit vor, sie auf einer Makro-, Meso- und Mikroebene zu betrachten:

„1. Auf der Makroebene steht das generalisierte Vertrauen bzw. das Systemvertrauen [...]. 2. Auf der Mesoebene wird das Vertrauen in interprofessionellen Kooperationen, also das Vertrauen zwischen unterschiedlichen Expertensystemen diskutiert [...]. 3. Und auf der Mikroebene schließlich wird das Vertrauen in Interaktionsbeziehungen zwischen den Professionellen und den AdressatInnen untersucht“ (Wagenblass 2015, S. 1830).

In Anlehnung an diese Dreiteilung sollen anhand der vorliegenden Quellen, der Interviews und der Ergebnisse aus dem Betroffenen- und Zeitzeug:innenportal Verantwortungskonstellationen von Medikamentenmissbrauch analysiert werden, um reflektieren zu können, welche Widersprüche sich abzeichnen und wie diese in der Verantwortungsarbeit genutzt oder übergangen wurden und wie letztlich junge Menschen verletzt oder ihnen durch Medikamentenmissbrauch Leid zugefügt wurde.

- *Erstens* wird auf der systemischen oder generalisierten Ebene gefragt, wie grundsätzlich auf einer systembezogenen Ebene Medikamentenmissbrauch in den Verantwortungskonstellationen im Umgang mit Medikamenten möglich wurde, welche gesetzlichen Regulierungen wie missachtet wurden und welche institutionellen Ordnungen z.B. durch Intransparenz oder Verantwortungsabschottungen (z.B. der Medizin gegenüber Fürsorgeorganisationen etc.) dieses ermöglichten.
- *Zweitens* wird auf einer organisationalen und inter- sowie intraprofessionellen Ebene gefragt, welche organisationalen Verfahren (wie z. B. Aufsichtsformen), Einrichtungskonzepte oder -praktiken sowie Formen der Kooperation- und Arbeitsteilung Medikamentenmissbrauch ermöglicht haben.
- Schließlich wird *drittens* gefragt, welche persönlichen und professionellen Beziehungen und Interaktionen zwischen Professionellen, jungen Menschen und Eltern Medikamentenmissbrauch (z. B. in der Medikamentengabe oder in der Einholung von Einverständnissen) ermöglicht haben.

1.4 Forschungsmethodisches Vorgehen

Die Studie arbeitet hier nach einem „mixed methods“-Vorgehen. Sie erhebt ihre Befunde durch Interviews mit Betroffenen und Zeitzeug:innen (Kapitel 4 und 5), durch das Erfassen der Perspektiven von Betroffenen und Zeitzeug:innen über eine Onlinebefragung in Form eines sog. Portals (Kapitel 6) und durch die quellenkritisch-hermeneutische Analyse verschiedener historischer Quellenbestände (Kapitel 7).

Eine quantitative Repräsentativität für eine quantifizierende Gesamtgeschichte des Medikamentenmissbrauchs wurde nicht angestrebt, da sie mit dem vorhandenen Quellenmaterial und den vorhandenen Ressourcen kaum zu erreichen ist. Es wird immer wieder betont, dass es keine genauen Zahlen über Häufigkeiten und Mengen des Missbrauchs gibt (Hähner-Rombach/Hartig 2019). Den bisherigen Forschungen kann allerdings überschlagsartig entnommen werden, dass Medikamentenmissbrauch in allen hier angesprochenen Formen sehr konservativ geschätzt und abhängig vom Einrichtungstyp und der in Frage stehenden Jahre mindestens 20 Prozent der Betroffenen betraf (s. u. a. Fangerau et al. 2021; Schepker/Kölch 2021). Genauere Zahlen werden über die Fläche aufgrund der ganz unterschiedlichen Institutionen und Aktenlagen kaum zu ermitteln sein. So wurden in manchen Institutionen wie der Kinderheilstätte Aprath explizit Medikamentenstudien durchgeführt, in anderen waren andere missbräuchliche Vergaben dominant. Es geht in dieser Studie folglich weniger darum, den quantitativen Umfang des Phänomens genau zu erfassen als vielmehr die qualitativen Ausmaße zu beschreiben. Das ist auch durch die Einsicht begründet, dass viele dieser missbräuchlichen Praktiken historisch gesehen in einem rechtlichen Graubereich stattfanden. Somit wird es Studien, die allein auf die Frage der historischen Legitimität oder Legalität abzielen, nicht gelingen, den Bedürfnissen der Betroffenen angemessen zu begegnen, da es kaum möglich sein wird, erstens alle missbräuchlichen Praktiken zu identifizieren und zweitens die Abgrenzung zwischen missbräuchlich und nicht missbräuchlich trennscharf zu ziehen.

Deswegen war es ein wichtiger Ansatz des Projekts, Betroffene und Zeitzeug:innen zu einem hohen Grad mit einzubeziehen. Neben leitfadengestützten Interviews mit Betroffenen und Zeitzeug:innen wurde ein Betroffenen- und Zeitzeug:innenportal erstellt. Dabei waren folgende Fragen zentral: Was bedeutet es für die Betroffenen, wenn ihnen als Kinder und Jugendliche unbekannte Medikamente von unbekannten Menschen in einer unbekannten Umgebung gegeben wurden? Was bedeutet es heute für sie, zu wissen, dass sie als junge Menschen möglicherweise unbekannte Psychopharmaka bekommen haben oder vielleicht Erprobungen an ihnen durchgeführt wurden, deren langfristige Folgeschäden vielleicht bis heute anhalten und die dazu führen, dass sie ihren Alltag nur schwerlich bewältigen können?

Die vorliegende Studie möchte auch diese Erfahrungen in den Blick nehmen, obwohl auch das Forschungsteam es kaum vermag, den Betroffenen ihre