Zeitschrift: Schweizerische Zeitschrift für Geschichte = Revue suisse d'histoire = Rivista storica svizzera

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Geschichte

Band: 72 (2022)

Heft: 1

Artikel: Medikamentenversuche in der Deutschschweizer Psychiatrie 1950-1990 : zum aktuellen Stand der Forschung

Autor: Germann, Urs

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-981254

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 14.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Medikamentenversuche in der Deutschschweizer Psychiatrie 1950–1990: Zum aktuellen Stand der Forschung

Urs Germann

Drug Trials in Swiss-German Psychiatry 1950–1990: On the Current State of Research

Between 1950 and 1980 at least 10'000–20'000 patients of Swiss psychiatric institutions were involved in clinical trials of non-certified neuroleptics and antidepressants. Most of them were not informed about their medication and could not give their consent. The article summarizes the results of recent studies for the German-speaking part of Switzerland. It is argued that problematic clinical trials must be seen in the context of the «therapeutic revolution» in psychiatry and general medicine in the post-war era rather than in the context of repressive welfare policies. In fact, available data suggest that particularly vulnerable people (children in residential homes, administrative detainees etc.) were not systematically included. Analysis of patients' files also show that in clinical trials experimental and therapeutic rationales of treatment often overlapped. Nevertheless, it will be important for future research to consider the implications of psychiatric hospitalizations and interventions on welfare practices more systematically.

Medikamentenversuche in der Psychiatrie beschäftigen die schweizerische Öffentlichkeit und die historische Forschung seit einigen Jahren.[1] 2012 machten Medienberichte publik, dass der Psychiater Roland Kuhn in den 1960er Jahren an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (TG) nicht zugelassene Medikamente an Heimkindern getestet hatte – ohne Information und Zustimmung der Betroffenen und ihrer Erziehungsberechtigten.[2] Die «Experimente von Münsterlingen» schlugen in der Öffentlichkeit nicht zuletzt deshalb hohe Wellen, weil Kuhn als Pionier der modernen Psychopharmakalogie galt. Er hatte 1957 die stimmungsaufhellende Eigenschaft von Imipramin beschrieben. Wenig später brachte das Basler Pharmaunternehmen Geigy den Wirkstoff unter dem Namen Tofranil als eines der ersten Antidepressiva auf den Markt. Obwohl zeitlebens eine umstrittene Figur, zählte Kuhn, Oberarzt und Klinikdirektor von Münsterlingen sowie Titularprofessor an der Universität Zürich, zu den Lichtgestalten seiner Disziplin.[3] Die Vorwürfe unethischen Handelns trafen deshalb nicht nur

1 Ich danke den anonymen Reviewer*innen sowie Hubert Steinke und Magaly Tornay für die hilfreichen Hinweise.

2 Tages-Anzeiger, 20.11.2012, 18.1.2013; Der Beobachter, 3/2014; SRF DOK «Auf der Seeseite. Die Medikamentenversuche von Münsterlingen» (2018, Liz Horowitz).

3 Vgl. Daniel Hell, Nachruf auf Roland Kuhn, in: Universität Zürich (Hg.), Nekrologe der Universität Zürich 2005, Zürich 2006, S. 29f.

seine Person; einige Exponent*innen des Fachs sahen darin auch eine grundsätzliche Kritik an der modernen Psychiatrie.[4]

Die Forschung zur Geschichte der modernen Psychopharmaka steckte in der Schweiz beim Erscheinen der Medienberichte über Kuhn erst in den Anfängen.[5] Die öffentliche Debatte entwickelte sich in der Folge rasch zu einem Seitenstrang der historischen Aufarbeitung von fürsorgerischen Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen.[6] Der Kanton Thurgau gab 2015 eine Untersuchung in Auftrag. Die 2019 publizierte Studie von Marietta Meier, Mario König und Magaly Tornay konnte den gut dokumentierten Nachlass Roland Kuhns im Staatsarchiv Thurgau sowie die Archive der Klinik Münsterlingen und verschiedener Pharmaunternehmen auswerten.[7] Parallel dazu veranlassten weitere Kantone Abklärungen, an denen der Verfasser dieses Beitrags teilweise beteiligt war. Inzwischen liegen Untersuchungen zu einer Reihe von Kliniken vor, die meist auf den Zeitraum zwischen 1950 und 1980 fokussieren: Königsfelden (AG), Herisau (AR), Bern-Waldau (BE), Basel-Friedmatt (BS), Liestal (BL), Beverin und Waldhaus (GR), St. Urban (LU), Zürich-Burghölzli (ZH).[8] Für weitere Kli-

4 Der Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Erich Seifritz, erklärte zum Beispiel im Tages-Anzeiger vom 31.1.2020: «Auch bei der Diskussion um Therapieversuche in den 1950er-Jahren stürzt sich alles auf die Psychiatrie. Eine vergleichbare Aufarbeitung in der somatischen Medizin muss man suchen.»

5 Vgl. Magaly Tornay, Zugriffe auf das Ich. Psychoaktive Stoffe und Personenkonzepte in der Schweiz, 1945 bis 1980, Tübingen 2016; Katharina Brandenberger, Psychiatrie und Psychopharmaka. Therapien und klinische Forschung mit Psychopharmaka in zwei psychiatrischen Kliniken der Schweiz, 1950–1980, Dissertation, Zürich 2012.

6 Béatrice Ziegler, Gisela Hauss, Martin Lengwiler (Hg.), Zwischen Erinnerung und Aufarbeitung. Fürsorgerische Zwangsmassnahmen an Minderjährigen in der Schweiz im 20. Jahrhundert, Zürich 2018. Das Bundesgesetz über die Aufarbeitung fürsorgerischer Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen vor 1981 vom 30.9.2016 nennt als eine mögliche Opfereigenschaft auch die Betroffenheit durch Zwangs- oder Versuchsmedikationen.

7 Marietta Meier, Mario König, Magaly Tornay, Testfall Münsterlingen. Klinische Versuche in der Psychiatrie, 1940–1980, Zürich 2019.

8 AG: Urs Germann, Medikamentenversuche an der Psychiatrischen Klinik Königsfelden 1950–1980. Pilotstudie mit Empfehlungen im Auftrag des Regierungsrats des Kantons Aargau, Bern 2020; AR: Kantonskanzlei Appenzell Ausserrhoden, Notiz Medikamentenversuche 1957 in der Appenzell Ausserrhodischen Heil- und Pflegeanstalt, 5.11.2018; BE: Julia Manser-Egli, Klinische Prüfung nicht zugelassener Präparate an der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau zwischen 1950 und 1970, Dissertation, Bern 2018; BL: Marina Lienhard, Flurin Condrau, Psychopharmakologische Versuche in der Psychiatrie Baselland zwischen 1950 und 1980. Bericht zuhanden der Psychiatrie Baselland, Liestal 2019; BS: Urs Germann, Medikamentenprüfungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Pilotstudie mit Vorschlägen für das weitere Vorgehen. Bericht zuhanden der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Bern 2017; GR: Silas Gusset, Loretta Seglias, Martin Lengwiler, Versorgen, behandeln, pflegen. Geschichte der Psychiatrie in Graubünden, Chur 2021, S. 190–196; LU: Paul Richli, Bericht über den Umgang mit Arzneimittelversuchen in der Luzerner Psychiatrie in den Jahren 1950–1980 aus rechtlicher Sicht, Luzern 2019; ZH: Tanja Rietmann, Urs Germann, Flurin Condrau, «Wenn ihr Medikament eine Nummer statt eines Markennamens trägt». Medikamentenversuche in der Zürcher Psychiatrie 1950–1980, in: Beat Gnädinger, Verena Rothenbühler (Hg.), Menschen korrigieren. Fürsorgerische Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen im Kanton

niken gibt es Hinweise, dass dort ebenfalls Medikamente getestet wurden.[9] Eine Untersuchung zu den Kliniken Cery (VD), Marsens (FR), Préfargier (NE) und Perreux (NE) in der Romandie steht vor der Publikation.[10] Im Gegensatz zur Arbeit über Münsterlingen haben diese Untersuchungen den Charakter von Pilotstudien, die auf einer beschränkten Quellenbasis beruhen und in kürzerer Zeit erarbeitet wurden. Sie stützen sich meist auf zeitgenössische Publikationen und Stichproben in Krankenakten.

Trotz ihrer unterschiedlichen Tiefe ist es inzwischen möglich, die Erkenntnisse der Untersuchungen zur deutschsprachigen Schweiz in ein Gesamtbild einzuordnen und Bezüge zum internationalen Forschungsstand herzustellen. Versuche mit Medikamenten an Menschen wurden bislang vor allem am Beispiel von Strafanstalten in den USA, Kinderheimen in Deutschland und Österreich, von Arzneimittelstudien westlicher Pharmaunternehmen in der DDR und im kolonialen Kontext untersucht.[11] Die Schweizer Forschung hat demgegenüber bislang stark auf die (stationäre) Erwachsenenpsychiatrie fokussiert. Ein Forschungsüberblick bietet ausserdem die Möglichkeit, die Thematik von der Person Kuhns und vom erinnerungspolitischen Kontext der Debatte über die staatliche Zwangsfürsorge loszulösen und den Blick auf die «Normalität» klinischer Medikamentenversuche in der Nachkriegspsychiatrie zu lenken. Der nachfolgende Überblick fokussiert dabei auf einige zentrale Fragestellungen: Welches Ausmass hatten Medikamentenversuche in der Deutschschweizer Psychiatrie zwischen 1950 und 1980? In welchem Kontext fanden klinische Versuche statt und welche

Zürich bis 1981, Zürich 2018, S. 201–254. Die Ergebnisse eines weiteren Projekts des Kantons St. Gallen dürften 2022 vorliegen.

9 Vgl. Meier, König, Tornay, Testfall, S. 273, Anm. 16.

10 Izel Demirbas, Alexia Cochand, Vincent Barras, La question du consentement dans les essais psychopharmacologiques en Suisse romande (1950–1980), im Erscheinen.

11 Vgl. Beyer Christof et al., 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; Uwe Kaminsky, Katharina Klöcker, Medikamente und Heimerziehung am Beispiel des Franz Sales Hauses, Münster 2020; Niklas Lenhard-Schramm, Dietz Rating, Maike Rotzoll, Göttliche Krankheit, kirchliche Anstalt, weltliche Mittel. Arzneimittelprüfungen an Minderjährigen im Langzeitbereich der Stiftung Bethel in den Jahren 1949 bis 1975, Bielefeld 2022; Frank Sparing, Medikamentenvergabe und Medikamentenerprobung an Kindern und Jugendlichen. Eine Untersuchung zu kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtungen des Landschaftsverbandes Rheinland 1953 bis 1975, Berlin 2020; Sylvia Wagner, Arzneimittelversuche an Heimkindern zwischen 1949 und 1975, Frankfurt am Main 2020; Sarah Ehlers, Europa und die Schlafkrankheit. Koloniale Seuchenbekämpfung, europäische Identitäten und moderne Medizin 1890–1950, Göttingen 2019; Sylvelyn Hähner-Rombach, Christine Hartig, Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen zwischen 1945 und 1978, o. O. 2019; Hemma Mayrhofer et al., Kinder und Jugendliche in der Wiener Psychiatrie von 1945 bis 1989, Wien 2017; Volker Hess, Laura Hottenrott, Peter Steinkamp, Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag westlicher Pharmaindustrie 1964–1990, Berlin 2016; Allen M. Hornblum et al., Against their Will. The Secret History of Medical Experimentation on Children in Cold War America, New York 2013.

Interessen waren dabei massgebend? Wie erfolgte die Auswahl der Versuchspersonen? Wie sind die Bedingungen, unter denen die Versuche stattfanden, mit Blick auf die damalige Regulierung der klinischen Forschung einzuschätzen?

Keine Ausnahme: Medikamentenversuche in der Deutschschweizer Psychiatrie

Der Begriff «Medikamentenversuch» ist weniger eindeutig, als es die aktuelle Debatte vermuten lässt. Bezeichnungen wie «Versuch», «Test», «Prüfung» oder «Studie» tauchen bereits in den Quellen auf. Ihre Bedeutung hängt jedoch vom jeweiligen Kontext ab. In der aktuellen Diskussion werden unter Medikamentenversuchen meist experimentelle Praktiken mit Präparaten verstanden, die (noch) nicht für den Handel zugelassen waren und mit einer Industrienummer (zum Beispiel G 22355 für Imipramin) bezeichnet wurden. Auch die historische Forschung geht von dieser Definition aus. Gleichzeitig weist sie aber auf die Notwendigkeit von Differenzierungen hin: Besonders in der Anfangsphase setzte die routinemässige Anwendung eines Präparats vielfach bereits vor der Registrierung durch die Arzneimittelbehörden ein; zudem wurden auch Präparate, die bereits zugelassen waren, bei Wirkungsbeobachtungen oder ausserhalb anerkannter Indikationen eingesetzt; schliesslich lassen sich experimentelle und therapeutische Zielsetzungen im Klinikalltag nicht immer trennscharf unterscheiden. Ebenso hat sich gezeigt, dass auch die klinische Forschung einer Situierung bedarf. Tatsächlich gab es vor 1980 kein einheitliches Verständnis der klinisch-psychiatrischen Forschung; Praktiken der Wissensgenerierung unterschieden sich vielmehr je nach Kontext.[12]

Erschwert wird die historische Aufarbeitung dadurch, dass die Identifikation von Medikamententests aufgrund des Quellenmaterials nicht einfach ist. Forschungsunterlagen oder Listen von Patient*innen, die in Versuche involviert waren, sind in den Klinikarchiven nur ausnahmsweise überliefert. Privatarchive, die mit demjenigen von Kuhn vergleichbar wären, sind bisher keine bekannt. Und nur ein Teil der Versuchsreihen schlug sich in Fachpublikationen nieder. Unter diesen Umständen bleibt die Analyse eines Samples der überlieferten Krankenakten oft der einzige Weg, um Versuchsbehandlungen zu identifizieren. Ablagesysteme, die sich nach den praktischen Bedürfnissen der Kliniken (und nicht der historischen Forschung) richten, erschweren Stichprobenziehungen zusätzlich.

Die bisherigen Erkenntnisse legen den Schluss nahe, dass es kaum eine psychiatrische Klinik in der Deutschschweiz gab, an der zwischen 1950 und 1980 *keine* Medikamentenversuche durchgeführt wurden. Die Verschreibung von

12 Zur Begrifflichkeit Wagner, Arzneimittelversuche, S. 52; Meier, König, Tornay, Testfall, S. 24; Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 203; Brandenberger, Psychiatrie, S. 53f.

nicht zugelassenen Präparaten stellte bis in die 1970er Jahre hinein eine verbreitete, gleichsam «normale» Praxis dar. Auffallend ist, dass neue Präparate nicht nur an den Psychiatrischen Universitätskliniken (PUK), sondern auch an kleineren Kliniken getestet wurden. Selbst Privatkliniken waren beteiligt. Vielfach waren Ärzt*innen mehrerer Kliniken in die Prüfung eines Präparats involviert.

Bezüglich des Ausmasses und der Zeitdauer gibt es deutliche, zugleich aber schwer zu quantifizierende Unterschiede zwischen den Kliniken. Vor allem in den 1950er Jahren, als erst wenige Standardpräparate auf dem Markt waren, dürfte der Anteil der mit nicht zugelassenen Präparaten behandelten Patient*innen hoch gewesen sein. In Münsterlingen waren zwischen 1954 und 1957 mehr als ein Viertel aller stationären Patienten betroffen, auch in Königsfelden wurden in dieser Zeit viele Versuchspräparate verabreicht.[13] Nach 1970 dürfte die Zahl der Medikamentenversuche dann generell abgenommen haben. Vorsichtige Schätzungen aufgrund der vorliegenden Erhebungen gehen davon aus, dass im Zeitraum von der Einführung der erste Neuroleptika (1953) bis Ende der 1970er Jahre der Anteil der Psychiatriepatient*innen, die in Medikamentenversuche involviert waren, im mittleren einstelligen Prozentbereich lag.[14] Bezogen auf die Gesamtzahl der Patient*innen, die in dieser Zeit in psychiatrischen Kliniken behandelt wurden, würde dies heissen, dass mindestens 10'000 bis 20'000 Personen betroffen gewesen waren. Berücksichtigt man auch ambulante Patient*innen, dürfte die Zahl noch höher sein.[15]

Ebenso schwierig ist es, eine Übersicht über die getesteten Präparate zu geben. Von einigen ist nur die Industrienummer bekannt; viele gelangten vermutlich nie zur Marktreife. Bei anderen handelt es sich um Präparate wie Thioridazin (Markenname: Melleril), Maprotilin (Ludiomil) oder Clozapin (Leponex), die nach der Zulassung standardmässig verwendet wurden. Insgesamt dürften (Depot-)Neuroleptika und Antidepressiva den Grossteil der Versuchspräparate ausgemacht haben. Auch Versuchsreihen mit Tranquilizer sind nachgewiesen. Noch wenig bekannt ist, in welchem Ausmass Psycho-Stimulanzien, Antiepileptika oder Antidementiva getestet wurden. In den 1950er und 1960er Jahren dominierten Präparate von Schweizer Pharmaunternehmen wie Geigy, Ciba, Cilag, Sandoz, Hoffmann-La Roche oder Wander. Einige Kliniken und Prüfärzt*innen scheinen sich auf einzelne Stoffgruppen oder Hersteller konzentriert zu haben. In Münsterlingen, wo Kuhn als «Geigy-Mann» galt, und an der

13 Meier, König, Tornay, Testfall, S. 82; Germann, Königsfelden, S. 35.

14 Germann, Königsfelden, S. 35; Lienhard, Condrau, Baselland, S. 20; Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 212; Germann, Basel, S. 46.

15 Die Psychiatriekliniken der Schweiz verzeichneten in diesem Zeitraum jährlich etwa 35'000 Aufnahmen (vgl. Bundesamt für Statistik, Tabelle, T 14.2.2.1.1). Geht man von durchschnittlich drei Aufnahmen pro Person aus, dürften zwischen 1953 und 1980 rund 315'000 Personen stationär behandelt worden sein. Drei bis sechs Prozent davon ergeben eine Spannweite von 9'500 bis 19'000 Personen.

PUK Basel wurden bevorzugt (potenzielle) Antidepressiva getestet, an der PUK Zürich lag der Schwerpunkt eher auf Neuroleptika.

«Antibiotika der Psychiatrie»: Klinische Versuche als Teil der pharmakologischen Wende

Die Forschung ist sich einig, dass Medikamentenversuche im Kontext der «psychopharmakologischen Wende» verortet werden müssen, wie die Einführung der ersten Neuroleptika und Antidepressiva in den 1950er Jahren in der Psychiatriegeschichte oft bezeichnet wird.[16] Wirkstoffe wie Chlorpromazin (Markennamen Largactil) oder Reserpin (Serpasil) weckten damals bei Ärzt*innen und Gesundheitsbehörden, aber auch bei Angehörigen und Patient*innen grosse Erwartungen. Die Psychiatrie schien kurz davor, mit den Fortschritten der somatischen Medizin gleichzuziehen und die Ära der therapeutischen Machtlosigkeit und der überfüllten Verwahranstalten zu überwinden. «Was Sulfonamide und Antibiotika für den Körperarzt bedeuten, das sind für uns heute Largactil, Serpasil und wie sie alle heissen», hiess es 1960 in der Hauszeitung einer Klinik.[17] Obwohl die «Wundermittel» teils starke Nebenwirkungen hatten und nur kurzzeitig wirkten, setzten sie sich in der Klinik und später in der ambulanten Praxis rasch durch. Mit den sedierend und antipsychotisch wirkenden Medikamenten konnten unruhige Kranke «sozialisiert», der Betrieb auf den Krankenabteilungen normalisiert und mittelfristig auf invasive Insulin- und Elektroschockkuren sowie psychochirurgische Eingriffe verzichtet werden. Später trugen die (Depot-)Präparate und Veränderungen im Versorgungssystem dazu bei, dass mehr Patient*innen in ambulanten oder teilstationären Settings behandelt werden konnten. Ab den 1960er Jahren stieg allerdings auch das Problembewusstsein. Das Suchtpotenzial einzelner Stoffklassen und die Faszination, die Psychedelika auf die Counter Culture ausübten, weckten neue Regulierungsbedürfnisse. Die Anti-Psychiatrie-Bewegung, die im Nachgang zu 1968 aufkam, kritisierte dagegen das repressive Potenzial stark sedierender Neuroleptika («chemischer Knebel»). Die gesellschaftskritische Stossrichtung wurde später seitens der Sozialpsychiatrie aufgegriffen.

16 Vgl. Nicolas Henckes, Magic Bullet in the Head? Psychiatric Revolutions and their Aftermath, in: Jeremy Greene, Flurin Condrau, Siegel Watkins (Hg.), Therapeutic Revolutions. Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century, Chicago 2016, S. 65–96; Sabine Braunschweig, Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 1886–1960, Zürich 2013; Viola Balz, Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980, Bielefeld 2010; David Healy, The Creation of Psychopharmacology, Cambridge (MA) 2002.

17 Herbstgruss aus Königsfelden, 35 (1960), S. 15f.

Selbst in psychiatriekritischen Diskussionen blieb oft ausgeblendet, dass Versuche am Menschen Begleiteffekte und Treiber dieser Entwicklung waren. Die psychoaktiven Wirkungen der neuen Präparate wurden, ganz nach dem Serendipity-Prinzip, oft über Umwege oder per Zufall entdeckt. Plausible Theorien über die Wirkungsmechanismen wie die Neurotransmitterhypothese entstanden vielfach erst im Nachhinein. Chlorpromazin war zum Beispiel für die Anästhesie entwickelt worden, bevor das Präparat in Frankreich an Psychiatriepatient*innen getestet wurde und Anfang 1953 über die Universitätsklinik Basel in die Deutschschweiz gelangte.[18] Auch Kuhn suchte nach dämpfenden Effekten, bevor ihm die stimmungsaufhellende Wirkung von Imipramin auffiel.[19] Zwar waren bereits die risikoreichen Schlaf- und Schockkuren der Zwischenkriegszeit aus einer Kultur des Experimentierens hervorgegangen; auch hatte die Psychiatrie bereits früher Schlafmittel, Sexualhormone oder LSD an Patient*innen getestet.[20] Erst die positiven Erfahrungen mit Largactil setzten aber eine Dynamik in Gang, in deren Folge eine Vielzahl von Präparaten von der Industrie in die Kliniken gelangten, wo sie an Patient*innen auf ihre Wirkungen geprüft wurden. Allein Geigy liess zwischen 1955 und 1962 mindestens 27 psychoaktive Stoffe klinisch prüfen.[21]

Neuere Forschungsansätze plädieren dafür, die Entwicklung und Markteinführung von psychoaktiven Stoffen als Ergebnis von Aushandlungsprozessen zu untersuchen, in deren Verlauf klinische Beobachtungen und Klassifikationsverfahren mit industriellen Vermarktungsstrategien zusammengebracht und zu neuen Narrativen verschmolzen wurden. Beteiligt an diesem *making sense of drugs* waren neben Ärzt*innen, Pflegepersonal und Patient*innen auch Pharmaunternehmen und staatliche Regulationsbehörden.[22] Dabei gelang es der Industrie, medikationsaffine Krankheitsbilder wie «larvierte Depressionen» oder ADHS massgeblich mitzuprägen.[23] Tatsächlich hatte die Psychiatrie für die Pharmaunternehmen lange keine grosse Bedeutung als Absatzmarkt gehabt. Ab den 1950er Jahren entwickelten sich psychiatrische Kliniken – und bald auch Fach- und Hausarztpraxen – dann zu wichtigen Vertriebskanälen. Netzwerke

18 Tornay, Zugriffe, S. 130.

19 Meier, König, Tornay, Testfall, S. 62–77.

20 Anna Kathryn Schoefert, The View from the Psychiatric Laboratory. The Research of Ernst Grünthal and his Mid-Twentieth-Century Peers, Dissertation, University of Cambridge, Cambridge 2015; Marietta Meier, Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg, Göttingen 2015; Hans-Walter Schmuhl, Volker Roelcke (Hg.), «Heroische Therapien». Die deutsche Psychiatrie im internationalen Vergleich, 1918–1945, Göttingen 2013.

21 Meier, König, Tornay, Testfall, S. 81 f.

22 Tornay, Zugriffe, S. 13; Benoît Majerus, Making Sense of the «Chemical Revolution». Patients' Voices on the Introduction of Neuroleptics in the 1950s, in: Medical History 60 (2016), S. 54–66.

23 Lucie Gerber, Jean-Paul Gaudillière, Marketing Masked Depression: Physicians, Pharmaceutical Firms, and the Redefinition of Mood Disorders in the 1960s and 1970s, in: Bulletin of the History of Medicine 90 (2016), S. 455–490; Matthew Smith, Hyperactive. The Controversial History of ADHD, London 2012; David Healy, The Antidepressant Era, Cambridge (MA) 1997.

aus interessierten Klinikärzt*innen gaben den Unternehmen Zugang zu Versuchspatient*innen, an denen die Wirkungen von Präparaten vor der Markteinführung beobachtet werden konnten.

Die Untersuchungen zu Münsterlingen und zur PUK Zürich zeigen, dass die Motive der Ärzt*innen, die in Medikamententests involviert waren, durchaus vielschichtig waren. Im Endeffekt dürfte eine Verschränkung therapeutischer, wissenschaftlicher und finanzieller Interessen massgebend gewesen sein. Vor allem für die Frühphase, als erst wenige Standardpräparate zur Verfügung standen, ist ein breit zu verstehender *therapeutischer Impetus* nicht zu unterschätzen. Die Zusammenarbeit mit der Industrie eröffnete den Kliniken Zugang zu neuen Präparaten, deren Wirkungen vielversprechend erschienen. Zudem signalisierte sie gegen aussen therapeutische Aufgeschlossenheit. Ein Zielkonflikt bestand insofern, als die Kliniken zugleich an Präparaten mit möglichst berechenbaren Wirkungsprofilen interessiert waren. Die unübersichtliche Stoffvielfalt und aggressive Vermarkungspraktiken konnten aus dieser Sicht also auch kontraproduktiv sein.[24]

Die pharmakologischen Fortschritte beflügelten zugleich *wissenschaftliche Interessen* und eröffneten ehrgeizigen Ärzt*innen neue Profilierungsmöglichkeiten. Allerdings lassen sich die Haltungen, die einzelne Psychiater*innen gegenüber der Industrie einnahmen, nicht auf einfache Muster herunterbrechen. Zwischen den Möglichkeiten, die Industriekooperationen boten, und der Behauptung der ärztlichen Autonomie bestand vielfach eine Gratwanderung.[25] Kuhn fällt innerhalb dieses Spektrums zweifellos durch eine industrie- und experimentierfreundliche Haltung auf. Er war nicht nur bereit, über Jahre hinweg Präparaten an vielen Patient*innen zu testen, teilweise sogar ohne vorherige Toxizitäts- und Verträglichkeitsprüfung; er schlug auch selbst Stoffverbindungen und Testreihen vor oder kombinierte auf eigene Faust verschiedene Präparate.[26] Manfred Bleuler, Direktor der PUK Zürich, zeigte sich im Vergleich zurückhaltender; nachweislich lehnte er Anfragen der Industrie ab, wenn ihm die Risiken zu gross schienen. Dennoch veröffentlichten die Ärzt*innen der PUK Zürich unter seiner Leitung zahlreiche klinische Studien; tatsächlich war die Kooperation mit der renommierten Klinik für die Industrie ein wichtiger Marketingfaktor.[27]

Publikationen und Forschungsunterlagen geben den Eindruck einer zunächst wenig einheitlichen und stark auf kasuistischen Beschreibungen basierenden Forschungspraxis. In den 1960er Jahren setzte sich dann eine Gruppe von Universitätspsychiatern um Jules Angst (Zürich), Hans Heimann (Bern/

24 Tornay, Zugriffe, S. 175.

25 Vgl. Nicolas Rasmussen, The Drug Industry and Clinical Research in Interwar America: Three Types of Physician Collaborator, in: Bulletin of the History of Medicine 79 (2005), S. 50–80.

26 Meier, König, Tornay, Testfall, S. 277 f.

27 Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 218, 224, 239 f.

Lausanne), Paul Kielholz (Basel) und Walter Pöldinger (Basel/Wil) zusammen mit der Industrie für eine Systematisierung der Medikamentenpalette und eine Standardisierung der Forschung ein. Kontrollierte Studien, die auf randomisierten Auswahlverfahren mit deutlich kleineren Probandengruppen und EDV-kompatiblen Datenerfassungen beruhten, setzten neue Standards. Hintergrund der Entwicklung war der Rückgang der industriellen Innovationszyklen bei gleichzeitig steigenden regulatorischen Vorgaben und Entwicklungskosten. Unter diesen Umständen begannen die Pharmaunternehmen, die Versuchsreihen stärker zu kontrollieren. Um 1970 richteten die PUK Basel und Zürich eigene Forschungsabteilungen ein, die mit der Industrie zusammenarbeiteten, zugleich aber die Autonomie der Kliniken stärkten. Auch in Königsfelden entstand 1972 eine kleine Abteilung, die sich auf die Schlafforschung spezialisierte.[28] Einiges deutet darauf hin, dass Kliniken ohne Universitätsanbindung diesen Wandel nur bedingt nachvollzogen. Kuhn entwickelte sich in den 1970er Jahren zu einem «anachronistischen Prüfer» (Meier, König, Tornay), der standardisierte Prüfmethoden ablehnte. In Königsfelden wurden in dieser Zeit nur noch sporadische Tests an Klinikpatient*innen durchgeführt. Für Liestal und St. Urban sind ab Mitte der 1970er Jahre keine Medikamententests mehr dokumentiert.[29]

Schliesslich waren sowohl seitens der Kliniken als auch der Prüfärzt*innen *finanzielle Interessen* im Spiel; allerdings wäre es falsch, darin die alleinige Motivation zu sehen. Die Industrie stellte den Kliniken grosse Mengen an Versuchs- und Standardmedikamenten gratis zur Verfügung, teilweise auch weit über die Testphasen hinaus. Für die psychiatrischen Kliniken, die traditionell als Stiefkinder der Gesundheitsversorgung galten und unter Spardruck standen, ergaben sich willkommene Entlastungseffekte; zugleich liessen sich die Versuche gegenüber den vorgesetzten Behörden einfacher rechtfertigen. Anders sah es in Kliniken wie Liestal oder Königsfelden aus, wo Psychopharmaka den Patient*innen lange separat in Rechnung gestellt wurden. Hier dürften Gratispräparate eher die Handlungsspielräume der Ärzt*innen erweitert haben.[30] Die Untersuchungen zu Münsterlingen und Zürich zeigen, dass auch Prüfärzt*innen finanziell entschädigt wurden. Ebenfalls leisteten Pharmaunternehmen Beiträge an Kongresse, Forschungsaufenthalte, medizinische Geräte oder finanzierten einzelne Stellen. Von Kuhn ist bekannt, dass er privat Honorare und Umsatzbeteiligungen in Millionenhöhe bezog. An der PUK Zürich flossen solche Einnahmen – in deutlich geringerer Höhe – dagegen in einen Forschungsfonds.[31]

28 Germann, Königsfelden, S. 19–23; Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 215–217; Tornay, Zugriffe, S. 171–215; Brandenberger, Psychiatrie, S. 106–174.

29 Meier, König, Tornay, Testfall, S. 269; Germann, Königsfelden, S. 35; Lienhard, Condrau, Baselland, S. 19; Richli, Umgang.

30 Germann, Königsfelden, S. 18 f.; Lienhard, Condrau, Baselland, S. 25.

31 Meier, König, Tornay, Testfall, S. 177–187; Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 242 f.

Ein breites Spektrum an Versuchspersonen

Wer war von Medikamentenversuchen betroffen? Die Forschung hat sich bislang vor allem mit stationären Settings der Psychiatrie beschäftigt. Nicht zugelassene Medikamente wurden aber auch in Polikliniken und sogar in Fach- oder Hausarztpraxen abgegeben. Sedierende und triebdämpfende Psychopharmaka wurden ab den 1960er Jahren zudem vermehrt in Strafanstalten, Pflege- oder Erziehungsheimen zur Aufrechterhaltung eines reibungslosen Betriebs eingesetzt.[32] Für Deutschland und Österreich ist bekannt, dass auch in Kinderheimen nicht zugelassene Präparate getestet wurden.[33] Wieweit in der Schweiz psychoaktive Stoffe ebenfalls ausserhalb der Psychiatrie getestet wurden, ist erst ansatzweise untersucht worden. Immerhin gibt es einige Hinweise: in Aargauer Straf- und Versorgungsanstalten wurde zum Beispiel 1967 ein Hormonpräparat zur Verringerung des Sexualtriebs geprüft. Ebenfalls testete der Psychiater Stefan Herzka Ende der 1960er Jahre im Schulheim Schürmatt (AG) Neuroleptika an mehrfachbehinderten Kindern (sowie später an Patient*innen der Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrie).[34]

Was die Psychiatrie anbelangt, zeigen die Untersuchungen, dass ein breites Spektrum von Patienten*innen betroffen war. Ein eindeutiges Profil aufgrund von Alter, Geschlecht, sozialer Herkunft, Gesundheits- oder Aufnahmestatus ergibt sich nicht. Nicht registrierte Präparate sowie Medikamente, die für Erwachsene zugelassen waren, wurden auch bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt, etwa zur Behandlung von Einnässen oder Bewegungsunruhe, aber auch zur Ruhigstellung bei prekären Betreuungsverhältnissen oder zur Vermeidung von Verlegungen in die Erwachsenenpsychiatrie.[35] In einigen Kliniken waren Frauen häufiger in klinische Versuche involviert als Männer. Ob die höhere Prävalenz mit dem Patientenprofil der Kliniken oder der bekannten Beobachtung zusammenhängt, dass hospitalisierte Frauen tendenziell aktiver therapiert wurden, ist schwer zu sagen.[36] In einigen Kliniken gehörten Langzeitpatient*innen zu den bevorzugten Versuchspersonen. Kuhn griff zum Beispiel auf solche Patient*innen zurück, um die Verträglichkeit und Wirkungskomponenten einer Substanz zu prüfen. Für vertiefte Tests bevorzugte er dagegen Patient*innen oder

32 Loretta Seglias et al., Alltag unter Zwang. Zwischen Anstaltsinternierung und Entlassung, Zürich 2019, S. 467–474.

33 Vgl. Beyer et al., Untersuchungen; Wagner, Arzneimittelversuche; Mayrhofer et al., Kinder.

34 Germann, Königsfelden, S. 52–55; Heinz Stefan Herzka, Unterwegs im Zwischen. Emigrantenkind, Kinderpsychiater, Schalmeiensucher, Frauenfeld 2007, S. 63 f.; Barbara Strebel-Schlegel, Schlafstörungen im Kindesalter – erste Behandlungsergebnisse mit Clozapin, Dissertation, Zürich 1975.

35 Germann, Königsfelden, S. 38, 50 f.; Meier, König, Tornay, Testfall, S. 105 f., 132, 141; vgl. Ursina Klauser, Depressive Kinder? Deuten und Behandeln in einem psychiatrischen Ambulatorium um 1960, in: Virus 17 (2018), S. 285–293.

36 Gusset, Seglias, Lengwiler, Graubünden, S. 194; Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 213; Lienhard, Condrau, Baselland, S. 21; Manser-Egli, Waldau, S. 20; Germann, Basel, S. 46.

Pfleger*innen, die zuverlässig über die erfahrenen Wirkungen Auskunft geben konnten.[37]

Insbesondere in der Anfangszeit, als die Wirkungsprofile der Präparate noch unsicher waren, deckten Versuchsreihen oft ein breites Spektrum von Krankheitsbildern ab. Zunächst standen Schizophrenien im Fokus, später kamen – als bedeutsame «Zivilisationskrankheiten» der Nachkriegszeit – affektive Störungen, insbesondere Depressionen, hinzu. Neue Präparate wurden aber auch an anderen Patient*innen geprüft, etwa an Menschen mit kognitiven Behinderungen oder neurologischen Erkrankungen. Die Krankenakten erwecken den Eindruck einer wenig systematischen und nur schwer zu rekonstruierenden Medikationspraxis. Eindeutige Muster bei der Auswahl von Versuchspatient*innen sind kaum festzustellen.[38] Mit der Zeit erfolgte zwar eine gewisse Systematisierung der Prüfpläne. An der PUK Zürich existierten in den 1970er Jahren präzise Studiendesigns; aber selbst hier wurden Prüfpräparate weiterhin auch bei Patient*innen eingesetzt, die nicht dem definierten Profil entsprachen. Auch wurden bei bestimmten Versuchsreihen deutlich mehr Patient*innen mit bestimmten Präparaten behandelt, als in den Publikationen ausgewiesen wurde.[39]

Auch bezüglich der sozialen Herkunft repräsentierten Versuchspatient*innen ein breites Spektrum. Der in der öffentlichen Debatte vermittelte Eindruck, dass Psychiater*innen bei klinischen Versuchen gezielt auf Angehörige der Unterschichten oder besonders vulnerable Personengruppen – wie Heimkinder oder Betroffene fürsorgerischer Zwangsmassnahmen – zurückgegriffen hätten, hat sich nicht erhärtet.[40] Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass noch in den 1970er Jahren ein Grossteil der Eintritte in psychiatrische Kliniken aufgrund ärztlicher Zeugnisse oder behördlicher Anordnungen erfolgte.[41] Dies hiesst, dass sich viele Patient*innen, die in Medikamentenversuche involviert waren, auch wenn sie nicht von Zwangseinweisungen im engen Sinn betroffen waren, nicht (ganz) freiwillig in den damals noch überwiegend geschlossenen Kliniken befanden.

Anhand der Krankenakten lassen sich therapeutische und experimentelle Zielsetzungen oft nicht trennscharf auseinanderhalten. Auch aus diesem Grund ist auch die heute in der Medizinethik gängige Unterscheidung zwischen Heilbehandlung, therapeutischer Forschung und Humanexperiment für die historische Analyse nur bedingt hilfreich. Vielfach bleiben die Erwägungen, die zur Ver-

37 Meier, König, Tornay, Testfall, S. 90f., 104f.; vgl. Germann, Königsfelden, S. 39; Lienhard, Condrau, Baselland, S. 21f.; Manser-Egli, Waldau, S. 21.

38 Z. B. Germann, Königsfelden, S. 37f; Meier, König, Tornay, Testfall, S. 283; Lienhard, Condrau, Baselland, S. 22f.; Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 236f.

39 Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 214, 224, 228.

40 Z. B. Germann, Königsfelden, S. 37; Meier, König, Tornay, Testfall, S. 103f.; Lienhard, Condrau, Baselland, S. 22; Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 236.

41 Gusset, Seglias, Lengwiler, Graubünden, S. 151; Marietta Meier et al., Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870–1970, Zürich 2002, S. 75.

schreibung eines Präparats oder zum Wechsel der Medikation führten, anhand der überlieferten Unterlagen unklar. In vielen Fällen kann man aufgrund von kursorischen Hinweisen zwar annehmen, dass sich Ärzt*innen eine positive Wirkung auf das Befinden und Verhalten der Patient*innen erhofften. Dies etwa dann, wenn ein Versuchspräparat abgegeben wurde, nachdem ein anderes Medikament keine Wirkung gezeigt hatte. Es gab aber auch Patient*innen, die über Jahre hinweg und teils ohne schlüssige Gründe mit (mehreren) Versuchspräparaten behandelt wurden.[42]

Behandlungen mit Standard- und Versuchspräparaten unterschieden sich in der Durchführung nur graduell. Zwar waren Nutzen-Risiko-Abwägungen bei Versuchsbehandlungen unsicherer. Jedoch waren situative Dosisanpassungen, Präparatswechsel oder Wirkstoffkombinationen auch bei Therapien mit zugelassenen Medikamenten verbreitet. Nebenwirkungen wie Bewegungsstörungen, Gewichtszunahme oder Mundtrockenheit wurden auch bei Standardtherapien bis zu einem gewissen Grad in Kauf genommen, oder sogar als notwendiger Teil der Behandlung angesehen (und vielfach mit anderen Medikamenten bekämpft). Bei unerwarteten und schweren Nebenwirkungen, etwa beim Auftreten einer Gelbsucht oder von Sehstörungen, brachen Ärzt*innen Versuchsbehandlungen ab; vereinzelt gab es sogar Nachuntersuchungen.[43] In mehreren Kliniken kam es während oder nach der Behandlung mit Prüfpräparaten zu Todesfällen oder Suiziden. Betroffen waren vielfach Patient*innen in einem schlechten Allgemeinzustand, die über lange Zeit mit Psychopharmaka behandelt worden waren. Direkte Zusammenhänge zu den Behandlungsversuchen lassen sich aufgrund der Akten nicht (mehr) feststellen; deutlich erkennbar ist aber auch, dass Ärzt*innen wenig Interesse zeigten, solche Verbindungen überhaupt in Betracht zu ziehen.[44]

Stärker als ein Zugang über Forschungsunterlagen vermittelt die serielle Auswertung von Krankenakten den Eindruck einer Versuchspraxis, die stark in die pharmakologische Behandlungsroutine der damaligen Psychiatrie eingebettet war. Reine Verträglichkeitstests und indikationsfremde Anwendungen ohne erwarteten Patientennutzen stellten dabei Grenzfälle dar. Überwiegend waren jedoch Patient*innen betroffen, die nach den Massstäben der damaligen Ärzt*innen als behandlungsbedürftig galten. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der Psychiatrie bis in die 1970er Jahre hinein ein stark normalisierendes und wenig risikosensibles Behandlungsverständnis vorherrschend war, das zum Beispiel die Sedierung störender Patient*innen zur Stabilisierung der Anstaltsordnung einschloss. Diese Grundhaltung färbte auch auf die Erprobung neuer Präparate ab. Dennoch sind Vergleiche mit Humanexperimenten an gesunden

42 Z. B. Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 226–230.

43 Z. B. Germann, Königsfelden, S. 48; Meier, König, Tornay, Testfall, S. 148, 224.

44 Germann, Königsfelden, S. 49 (2 Fälle); Meier, König, Tornay, Testfall, S. 230 f. (36 Fälle); Kantonskanzlei Appenzell Ausserhoden, Notiz, S. 2 f. (1 Fall).

Proband*innen, wie sie in deutschen Konzentrationslagern oder in US-amerikanischen Gefängnissen durchgeführt wurden, für das historische Verständnis nur bedingt hilfreich. Ebenso ist es verkürzend, Kliniken, an denen Medikamententests durchgeführt wurden, als «Versuchsstationen» (Meier, König, Tornay) zu apostrophieren.[45] Solche Bezeichnungen widerspiegeln zwar die Bedeutung der Kliniken für die beteiligten Pharmaunternehmen, tragen aber der Tatsache zu wenig Rechnung, dass psychiatrische Einrichtungen Teil der öffentlichen Gesundheitsversorgung und experimentelle Praktiken nahtlos in den klinischen Normalbetrieb integriert waren.

Nachhinkende Regulierungen: Medikamentenversuche und Patientenrechte

Bei der politischen Aufarbeitung spielt die Frage nach der Aufklärung und Einwilligung der Versuchspatient*innen eine zentrale Rolle. Der Grundsatz der informierten Einwilligung gehört seit dem Nürnberger Kodex (1947) und der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki (1964) zu den Grundprinzipien der Forschungsethik. In der Schweiz wurde das Prinzip erstmals 1970 in den Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ausdrücklich genannt.

Die bisherigen Erkenntnisse lassen sich knapp zusammenfassen: Schriftliche Belege, dass Patient*innen über klinische Versuche aufgeklärt wurden und ihre Einwilligung geben konnten, sind, wenn überhaupt, erst aus dem Zeitraum nach 1980 überliefert. Kuhn verzichtete, gemäss eigener Aussage von 1989, sogar bewusst darauf, Patient*innen um ihre Einwilligung zu fragen. Andere Ärzt*innen erklären heute in Zeitzeugeninterviews, dass Patient*innen mündlich aufgeklärt worden seien oder dass man bei freiwillig eingetretenen Personen stillschweigend von einer Zustimmung ausgegangen sei. Wieweit und ab wann Patient*innen mündlich informiert wurden, lässt sich im Einzelfall meist nicht nachprüfen. Klagen über einen Mangel an Versuchspatient*innen, die in den 1970er Jahren aufkommen, deuten immerhin darauf hin, dass in dieser Zeit der Patientenwille stärker berücksichtigt wurde. Offenkundig ist dagegen, dass die Dokumentation des Patientenwillens für das Klinikpersonal lange keine grosse Relevanz hatte.[46]

Verstreute Hinweise in Krankenakten zeigen, dass der Wissensstand der Patient*innen bezüglich ihrer Medikation und die Möglichkeit, auf die Behandlung Einfluss zu nehmen, unterschiedlich waren. Die Bedingungen, unter denen

45 Meier, König, Tornay, Testfall, S. 276.

46 Germann, Königsfelden S. 28, 42; Meier, König, Tornay, Testfall, S. 112, 279 f.; Manser-Egli, Waldau, S. 38; Lienhard, Condrau, Baselland, S. 24; Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 216, 230 f.; Germann, Basel, S. 54.

Versuchspräparate verabreicht wurden, reichten von der Anwendung von physischem Zwang und offener Täuschung über vage Erklärungen und Überredungsversuche bis hin zu subtilen Aushandlungsprozessen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen. In ambulanten Settings hatten Patient*innen tendenziell grössere Handlungsspielräume. Bezeichnenderweise wurde die mangelhafte Compliance von ambulanten Patient*innen von den Ärzt*innen deutlich früher problematisiert. Aber auch im stationären Bereich gab es Patient*innen, die sich erfolgreich gegen die Medikation wehren konnten. In den allermeisten Fällen setzten die behandelnden Ärzt*innen aber ihre Vorstellungen durch; Formulierungen wie «es wird beschlossen» oder «es ist vorgesehen» sind in den Krankenakten häufig anzutreffen.[47] Auch diesbezüglich unterschieden sich Versuchs- und Standardbehandlungen kaum. In beiden Fällen erfolgte die Abgabe von Medikamenten in einem komplexen System von Hierarchien, Zwängen und Formen der Anpassung und Kooperation, wie es für geschlossene Einrichtungen charakteristisch ist. Die «pharmakologische Wende» stellte in dieser Beziehung keine Zäsur dar, vielmehr schloss die Abgabe von Psychopharmaka an eingespielte Praktiken zur chemischen Sedierung und physischen Disziplinierung an.

Bemerkenswert ist, dass die Kliniken seit den 1940er Jahren vor Elektro- und Insulinschockkuren oder psychochirurgischen Eingriffen durchaus die schriftliche Einwilligung der Angehörigen oder des Vormunds einholten. Königsfelden ist, soweit bekannt, die einzige Klinik, die diese Praxis ansatzweise auch bei «Kuren» mit Psychopharmaka fortführte, und zwar unabhängig davon, ob es sich um Standard- oder Versuchspräparte handelte. Ab 1962 verliert sich die Praxis jedoch in den Akten.[48] Das differenzierte Vorgehen zeigt, dass Ärzt*innen in gewissen Situation sehr wohl das Bedürfnis hatten, sich abzusichern. Gleichzeitig wird deutlich, dass der wenig sensible Umgang mit der Aufklärungspflicht und dem Patientenwillen bei Pharmakotherapien sowie der Verzicht auf aufwändige Dokumentationsverfahren auch eine Folge des stark routinierten und vergleichsweise risikoarmen Charakters der «Pillen-Psychiatrie» war.

Der Grundsatz, dass medizinische Eingriffe, von Notlagen abgesehen, der Einwilligung der betroffenen Person oder des gesetzlichen Vertreters bedürfen, war in der schweizerischen Rechtsordnung auch in der Nachkriegszeit anerkannt, ebenso die ärztliche Aufklärungspflicht.[49] Interpretationen, die darauf

47 Meier, König, Tornay, Testfall, S. 113–116; Lienhard, Condrau, Baselland, S. 25f.; Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 230–233; Manser-Egli, Waldau, S. 40–47; Richli, St. Urban, S. 20–32; Germann, Basel, S. 48–54.

48 Germann, Königsfelden, S. 43; vgl. Meier, König, Tornay, Testfall, S. 280f.; Rietmann, Germann, Condrau, Zürich, S. 232; Manser-Egli, Waldau, S. 39; Meier, Spannungsherde, S. 196.

49 Vgl. Hans Hinderling, Die ärztliche Aufklärungspflicht, Basel 1963. Das Bundesgericht anerkannte erst 1973, dass ein ärztlicher Eingriff den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen kann. Nicht ausgeschlossen ist jedoch, dass Gerichte Medikationen ohne informierte Einwilligung als Nötigung oder Persönlichkeitsverletzung beurteilt hätten. Ebenfalls auf den straf- und zivilrechtlichen

hinauslaufen, die damalige Praxis mit dem Hinweis auf eine lückenhafte Spezialgesetzgebung zu entproblematisieren, greifen deshalb zu kurz.[50] Medikamentenversuche waren auch kein Geheimnis. Die Kliniken wiesen in Jahresberichten und Forschungspublikationen darauf hin, dass sie neue Präparate testeten. Jedoch stellten weder die politisch Verantwortlichen noch die Aufsichtsbehörden die Handlungsautonomie der Klinikdirektoren infrage. Das gezielte Wegschauen war auch eine Folge davon, dass in der Medizin bis in die 1970er Jahre ein paternalistisches Handlungsverständnis vorherrschend war und ethische Fragen, wenn überhaupt, vor allem unter dem Aspekt der ärztlichen Fürsorgepflicht verhandelt wurden.

Die Registrierung neuer Arzneimittel fiel seit 1942 in die Zuständigkeit der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel, die im Auftrag der Kantone tätig war. Wie andere Zulassungsbehörden reagierte sie 1963 mit verschärften Registrierungsanforderungen auf den «Contergan-Skandal» in Deutschland. Die steigende Bedeutung von Sicherheits- und Wirksamkeitsnachweisen hatte allerdings zunächst vor allem zur Folge, dass der Bedarf nach klinischen Studien – und damit nach Versuchspatient*innen – noch weiter zunahm. Demgegenüber hinkte der Rechtsschutz der Patient*innen lange – und nicht nur in der Schweiz – deutlich hinterher. Die Richtlinien der SAMW von 1970, welche keinen Gesetzescharakter hatten, wurden in der klinischen Praxis erst nach und nach zur Kenntnis genommen. In der Psychiatrie war dies umso problematischer, als hier viele Patient*innen zwangsuntergebracht waren und ihnen die Einsichts- und Entscheidungsfähigkeit abgesprochen wurde. Erst ab den 1970er Jahren setzte sich unter dem Einfluss von Patientenrechtsbewegungen und internationaler Standards ein autonomiezentriertes Patientenrechtsverständnis langsam durch. Zunächst verbesserten einzelne Kliniken die Patientenaufklärung und setzten Ethikkommissionen zur Beurteilung klinischer Studien ein. Kantonale Spital- und Psychiatriegesetze bauten den Rechtsschutz von Patient*innen dann weiter aus und unterstellten zum Beispiel klinische Versuche der Bewilligungspflicht. In den 1990er Jahren folgten Regelungen zur Zwangsmedikation. Eine umfassende Normierung der klinischen Forschung auf Bundesebene erfolgte jedoch erst mit dem Heilmittelgesetz von 2000.[51]

Rahmen verweist mit Blick auf Deutschland Beyer et al., Medikamentenversuche, S. 60 f. Zur Frage der Staatshaftung: Liliane Minder, Die Unverjährbarkeit von Ansprüchen aus Grundrechts- und Kerngehaltsverletzungen, Zürich 2020.

50 Richli, St. Urban, S. 44.

51 Mit weiteren Verweisen Germann, Königsfelden, S. 25–30; Meier, König, Tornay, Testfall, S. 196–202.

Fazit und weiterführende Fragestellungen

Medikamentenversuche in der Schweizer Psychiatrie fanden bis in die 1970er Jahre hinein in einem Spannungsfeld zwischen therapeutisch-wissenschaftlichem Aufbruch, kommerziellen Interessen und dem Beharrungsvermögen autoritärer, stark normalisierender und wenig grundrechtssensibler Strukturen und Praktiken statt. Versuchspatient*innen hatten kaum Einfluss auf ihre Behandlung und waren in den Kliniken, trotz punktueller Verbesserungen, vielfach belastenden Lebenssituationen ausgesetzt. Experimentelle Praktiken waren dabei eng mit der Behandlungsroutine verflochten. Medikamentenversuche hatten vielfach – wenn auch nicht immer – eine therapeutische Komponente, was eindeutige Abgrenzungen und Beurteilungen aus heutiger Sicht nicht einfach macht. Ihre beträchtliche Verbreitung deutet darauf hin, dass Medikamentenversuche als systemimmanente Begleiteffekte und Treiber der pharmakobasierten Modernisierung der Psychiatrie seit den 1950er Jahren angesehen werden müssen. Ein Stück weit zu relativieren ist deshalb der Konnex, der in der öffentlichen Debatte gemeinhin zwischen Medikamentenversuchen und fürsorgerischen Zwangsmassnahmen hergestellt wird. Vielmehr zeigt sich die Notwendigkeit, die Problematik psychiatrischer Unterbringungen und Interventionen stärker und differenzierter in die Diskussion über die staatliche Zwangsfürsorge einzubeziehen.

Die vorliegende Übersicht hat versucht, aufgrund des Forschungsstands ein Gesamtbild zu skizzieren. Angesichts der disparaten Quellenlage und des Umstands, dass weitere Auswertungen von Krankenakten kaum mehr substanzielle Erkenntnisgewinne versprechen, wird es zielführend sein, weitere Forschungsarbeiten in einem grösseren Verbund und aus einer gesamtschweizerischen oder eher noch transnationalen Perspektive anzugehen.[52] Dabei wäre der Fokus auch auf Aspekte zu legen, die bisher unterbelichtet geblieben sind. Drei Punkte seien in diesem Zusammenhang besonders hervorgehoben: *Erstens* stellt sich die Frage, inwiefern und unter welchen Umständen psychoaktive Stoffe auch in sozialen Einrichtungen ausserhalb der Psychiatrie verabreicht und getestet wurden. Hierzu liegen erst punktuelle Erkenntnisse vor. *Zweitens* ist, was angesichts des Ausgangspunkts der Debatte um Kuhn erstaunt, bislang für die Schweiz noch kaum untersucht worden, inwieweit auch Kinder und Jugendliche in klinische Versuche involviert waren. Nicht davon zu trennen ist die Frage, welche Bedeutung Psychopharmaka generell in der Kinder- und Jugendpsychiatrie hatten. *Drittens* wären die Befunde noch stärker in den Kontext der therapeutischen Innovationsschübe der Nachkriegsmedizin und der damit verbundenen Experimentalpraktiken zu stellen. Wie bereits ein kurzer Blick in einschlägige Fachjournale zeigt, waren klinische Tests auch in der somatischen

52 Vgl. das Postulat Suter Gabriele 21.3328 «Medikamentenversuche an Menschen in der Schweiz umfassend aufarbeiten» vom 18.3.2021.

Medizin weit verbreitet. Zu fragen wäre, ob die Versuchsbedingungen – etwa bezüglich der Zusammenarbeit mit Pharmaunternehmen oder der Respektierung der Patientenrechte – mit denjenigen in der Psychiatrie vergleichbar waren. Eingehender zu untersuchen wären auch die Rolle der staatlichen Arzneimittelbehörde und die Entwicklung der Standards für die Zulassung neuer Medikamente. Damit diese und weitere Fragestellungen weiterverfolgt werden können, ist es allerdings nötig, dass noch bestehende administrative und praktische Hürden zu bekannten Archivbeständen, insbesondere zu den Archiven von Industrieunternehmen und der Arzneimittelbehörde Swissmedic, abgebaut und weitere Quellenbestände wie zum Beispiel allenfalls noch vorhandene Privatnachlässe gesichert und der Forschung zugänglich gemacht werden.

Urs Germann, Universität Bern, Institut für Medizingeschichte, Bühlstrasse 26,
3012 Bern, urs.germann@img.unibe.ch