



^b
**UNIVERSITÄT
BERN**

Medikamentenversuche an der Psychiatrischen Klinik Königsfelden 1950–1990

**Pilotstudie mit Empfehlungen im Auftrag des Regierungsrats
des Kantons Aargau**

Dr. Urs Germann

Bern, 31. Mai 2020

Universität Bern
Institut für Medizingeschichte
Bühlstrasse 26
3000 Bern 9

Inhaltsverzeichnis

1	Kurzzusammenfassung	3
2	Einleitung	4
2.1	Auftrag und Fragestellung	4
2.2	Zum Stand der aktuellen Forschung	6
2.3	Quellenauswahl und Vorgehen	8
3	Setting und institutioneller Rahmen	12
3.1	Beschleunigter Wandel: die Psychiatrische Klinik Königsfelden 1950–1990	12
3.2	Königsfelden und die pharmakologische Wende in der Psychiatrie	15
3.3	Königsfelden als Ort der klinischen Forschung	19
3.4	Die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Aargau	23
3.5	Späte Regulierungen: der rechtliche Rahmen für Medikamentenversuche	25
4	Ergebnisse der Abklärungen	31
4.1	Quellenkritische Vorbemerkungen zu den Patientendokumentationen	31
4.2	Präparate und Ausmass der Medikamentenversuche	33
4.3	Auswahl der Versuchspatientinnen und -patienten	36
4.4	Aufklärung und Einwilligung	41
4.5	Nebenwirkungen und Behandlungsabbrüche	47
4.6	Befunde zur Kinder- und Jugendpsychiatrie	50
4.7	Exkurs: Medikamententests im Schulheim Schürmatt	52
4.8	Beziehungen zu Pharmaunternehmen	55
4.9	Wahrnehmung der Aufsicht durch die zuständigen Behörden	57
5	Schlussfolgerungen und Empfehlungen	59
6	Bibliografie	65
7	Anhang: Liste der Versuchspräparate	70

1 Kurzzusammenfassung

Der Bericht fasst die Ergebnisse der Pilotstudie über Medikamentenversuche an der Psychiatrischen Klinik Königsfelden von 1950–1990 zusammen, die das Institut für Medizingeschichte der Universität Bern im Auftrag des Regierungsrats des Kantons Aargau durchgeführt hat. Die Pilotstudie beruht auf einer beschränkten Quellengrundlage und ermöglicht eine erste Einschätzung.

Die Studie bestätigt die Vermutung, dass in Königsfelden – wie in anderen psychiatrischen Kliniken der Schweiz – Versuche mit nicht zugelassenen Präparaten an Patientinnen und Patienten durchgeführt wurden. Es sind 31 Präparate nachgewiesen worden, die als Versuchsmedikamente bezeichnet werden können. Grösstenteils handelt es sich um Präparate, die zur Zeit der Verschreibung (noch) nicht zugelassen waren. Zwei Präparate gelangten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Einsatz. Die Medikamentenversuche erstreckten sich über den ganzen Untersuchungszeitraum. Besonders häufig kamen Medikamententests in der zweiten Hälfte der 1950er-Jahre vor. Der Anteil der Patientinnen und Patienten, die ein Versuchspräparat erhielten, dürfte sich im tieferen einstelligen Prozentbereich bewegt haben. Dieser Anteil ist mit demjenigen anderer Kliniken vergleichbar. Schätzungsweise wurden in Königsfelden mehrere Hundert Patientinnen und Patienten mit Medikamenten behandelt, die damals nicht zugelassen waren. Behandlungen mit Psychopharmaka waren vielfach von Nebenwirkungen begleitet. Traten diese in massiver Form auf, wurden Versuchsbehandlungen in der Regel abgebrochen. Todesfälle in direkter Folge von Medikamententests sind nicht bekannt.

Es gibt keine Hinweise darauf, dass bestimmte Patientengruppen bezüglich Alter, sozialer Herkunft und Aufnahmezustand besonders häufig von Medikamentenversuchen betroffen waren. Betroffene von fürsorgerischen und medizinischen Zwangsmassnahmen waren zwar in Medikamentenversuche involviert, sie bildeten aber keine Gruppe, die gezielt dafür ausgewählt wurde. Klinische Studien fanden vereinzelt auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie statt. Vor den 1980er-Jahren gibt es keine schriftlichen Belege dafür, dass die Patientinnen und Patienten umfassend über klinische Versuche informiert wurden und die Möglichkeit hatten, ihr Einverständnis zu geben oder eine Behandlung abzulehnen. Wie an anderen Kliniken fanden die Medikamentenversuche in Königsfelden in einem rechtlichen Graubereich statt. Erst ab den 1970er-Jahren erfolgte eine zunehmende Regulierung. Daraus darf jedoch nicht geschlossen werden, dass die Versuche aus damaliger Sicht unproblematisch waren. Vielmehr stellt sich die Frage, welche Möglichkeiten Patientinnen und Patienten in psychiatrischen Institutionen hatten, um ihre Rechte und ihre Selbstbestimmung tatsächlich wahrzunehmen.

Dass in Königsfelden nicht zugelassene Medikamente getestet wurden, war weder innerhalb der Fachöffentlichkeit noch in Verwaltung und Politik ein Geheimnis. Gleichzeitig zeigt sich, dass die kantonalen Instanzen ihre Kontrollaufgaben in medizinischen Belangen zumindest bis in die 1980er-Jahre äusserst locker und oberflächlich interpretierten, der Klinikleitung grösstmögliche Autonomie zugestanden und im Gegenzug auf deren Kompetenz vertrauten.

Die Pilotstudie formuliert drei Empfehlungen. Sie empfiehlt, die Archivsituation bezüglich der historischen Unterlagen der Psychiatrischen Klinik Königsfelden zu verbessern, die Forschungsanstrengungen im Zusammenhang mit Medikamentenversuchen in der Psychiatrie gesamtschweizerisch zu bündeln und einzelne Aspekte zum Kanton Aargau in weiterführenden Projekten vertieft zu untersuchen.

2 Einleitung

Dieser Bericht beschäftigt sich mit Medikamententests an Patientinnen und Patienten der Psychiatrischen Klinik Königsfelden von 1950–1990. Er präsentiert die Ergebnisse einer Pilotstudie, die das Institut für Medizingeschichte der Universität Bern vom Herbst 2019 bis in den Frühling 2020 im Auftrag des Regierungsrats des Kantons Aargau und unter Einbezug der Psychiatrischen Dienste Aargau (PDAG) durchgeführt hat. Der Auftrag steht im Kontext der aktuellen Diskussionen über fürsorgliche und medizinische Zwangsmassnahmen. Konkret geht es um den Vorwurf, dass ab den 1950er-Jahren nicht zugelassene Psychopharmaka zu Versuchszwecken an Patientinnen und Patienten verabreicht wurden, ohne dass diese darüber informiert wurden und ihre Zustimmung geben konnten. 2012 wurde aus den Medien bekannt, dass der Münsterlinger Psychiater und «Entdecker» des ersten Antidepressivums Roland Kuhn nicht zugelassene Präparate an Heimkinder verschrieben hatte. Der Kanton Thurgau gab daraufhin eine umfassende Untersuchung in Auftrag. Parallel dazu veranlassten weitere Kantone Abklärungen. Die Ergebnisse zeigen, dass Münsterlingen kein Ausnahmefall war. Tatsächlich wurden an vielen psychiatrischen Kliniken der Schweiz ähnliche Medikamentenversuche durchgeführt.

2.1 Auftrag und Fragestellung

Auch im Kanton Aargau stand eine Aufarbeitung der Problematik seit Längerem zur Diskussion. Im März 2019 verlangte das Postulat Florian Vock vom Regierungsrat eine unabhängige wissenschaftliche Studie, welche die Frage von Medikamentenversuchen in psychiatrischen Anstalten sowie in heilpädagogischen Schulen und Heimen untersucht und aufarbeitet. Der Postulant bezog sich dabei auf die 2007 publizierte Autobiografie des Kinderpsychiaters Heinz Stefan Herzka, der – nach eigenen Aussagen – in den 1960er-Jahren an klinischen Prüfungen von Medikamenten an Kindern im Schulheim Schürmatt in Zetzwil beteiligt war. Der Regierungsrat erklärte sich am 22. Mai 2019 bereit, das Postulat entgegenzunehmen und das weitere Vorgehen gemeinsam mit den Psychiatrischen Diensten Aargau zu klären.¹ Im November 2019 entschied der Regierungsrat, das Institut für Medizingeschichte der Universität Bern mit einer Pilotstudie zu beauftragen. Die Kosten der Untersuchung belaufen sich auf 38'000 Franken.²

Die Pilotstudie soll abklären, inwiefern und in welchem Umfang Patientinnen und Patienten der Psychiatrischen Klinik Königsfelden von Medikamententests betroffen waren. Dabei handelt es sich um eine vorläufige Analyse aufgrund einer beschränkten Quellenauswahl. Die Studie bietet zugleich Gelegenheit, eine Einschätzung des Quellenmaterials vorzunehmen, das im Archiv der Psychiatrischen Dienste Aargau und im Staatsarchiv des Kantons Aargau in Aarau überliefert ist. Sie schafft eine Grundlage, um entscheiden zu können, inwieweit es nötig und möglich ist, die Aufarbeitung der Aargauer Psychiatriegeschichte zu vertiefen, dies insbesondere im Hinblick auf das 2022 anstehende

¹ Postulat Florian Vock, SP, Baden, vom 5. März 2019 (GR 19.44), <https://www.ag.ch/gross-rat/grweb/de/195/Detail%20Gesch%C3%A4ft?ProzId=4153141> (letzter Zugriff 1. März 2020).

² Rund zwei Drittel werden durch den Swisslos-Fonds finanziert. Die Psychiatrischen Dienste Aargau beteiligen sie sich mit einem Drittel an den Studienkosten und übernehmen zudem die Kosten der Vorabklärungen.

Jubiläum des 150-jährigen Bestehens der Psychiatrischen Klinik Königsfelden. Der vorliegende Bericht hat deshalb ebenfalls die Aufgabe, Empfehlungen für das weitere Vorgehen zu formulieren.

Die Pilotstudie geht von ähnlichen Fragestellungen aus, wie sie den bereits abgeschlossenen Untersuchungen zu anderen Kliniken in der Schweiz zugrunde liegen. Dabei stehen medizinethische Fragen besonders im Fokus. Diese sollen in einem breiten historischen und institutionellen Kontext thematisiert werden:

- Wann und in welchem Umfang war die Psychiatrische Klinik Königsfelden in Menschenversuche mit psychoaktiven Substanzen involviert? Welche Substanzen wurden getestet? Wie wurden die Verschreibungen und Wirkungsüberprüfungen in den Patientendokumentationen festgehalten?
- Unter welchen Bedingungen wurden Medikamentenversuche durchgeführt? Welche Möglichkeiten hatten die betroffenen Patientinnen und Patienten, ihre Rechte zur Selbstbestimmung auszuüben? Gab es bestimmte Patientengruppen, die besonders tangiert waren?
- Wie gestaltete sich die Zusammenarbeit zwischen der Klinik, den beteiligten Pharmaunternehmen und – insbesondere im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie – allfälligen weiteren medizinischen oder sozialpädagogischen Einrichtungen?
- Inwiefern waren die politischen Behörden über die Praxis der klinischen Forschung informiert und nahmen ihre Aufsichtsfunktion wahr?

Dem Mandat entsprechend, liegt der Hauptfokus der Pilotstudie auf der stationären Erwachsenenpsychiatrie, die sich im Untersuchungszeitraum auf die Klinik Königsfelden konzentrierte. Ebenfalls in die Untersuchung einbezogen wurde die Beobachtungsstation Rüfenach, die Kinder bis 15 Jahre für eine beschränkte Zeit aufnahm. Zwischen 1944 und 1975 war die Beobachtungsstation administrativ der Psychiatrischen Klinik unterstellt. Anschliessend lag die Verantwortung beim neu geschaffenen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD). Die übrigen Einrichtungen des KJPD konnten aus Zeit- und Ressourcengründen nur am Rand berücksichtigt werden. Dies gilt auch für die sonderpädagogischen Einrichtungen, die von Ärzten und Ärztinnen der Klinik und des KJPD konsiliarisch begleitet wurden. Aufgrund der Abklärungen lässt sich jedoch abschätzen, welche Aspekte zusätzlich vertieft untersucht werden sollten.

Ein Exkurs der Pilotstudie beschäftigt sich mit dem Schulheim Schürmatt, das im Postulat von Florian Vock vom März 2019 ebenfalls erwähnt wird (siehe Kapitel 4.7). Die Schürmatt ist bis heute eine eigenständige Einrichtung, die ausserhalb des Verantwortungsbereichs der Psychiatrischen Klinik Königsfelden respektive der Psychiatrischen Dienste Aargau liegt. Das aktuelle Interesse an den Vorgängen in der Schürmatt und die vergleichsweise gute Quellenlage rechtfertigen es jedoch, den Fokus punktuell zu erweitern.

Die Pilotstudie deckt grob den Zeitraum von 1950–1990 ab. 1953 kamen die ersten Neuroleptika auf den Markt. Das Jahr 1953 markiert damit den Beginn der modernen Psychopharmakologie und den Anfang einer intensiven und kaum regulierten Phase der klinischen Forschung am Menschen. Damit einher ging ein wachsender Einfluss der pharmazeutischen Industrie. Das Ende des Untersuchungszeitraums bilden die 1980er-Jahre. In dieser Phase war die klinische Forschung bereits stark reguliert und verrechtlicht. Aus einer medizinethischen Perspektive betrachtet, war sie damit gleichsam in der Gegenwart angekommen. Aufgrund der Erkenntnisse aus anderen Untersuchungen kann man davon

ausgehen, dass Praktiken, die aus heutiger Sicht problematisch erscheinen, vor allem im Zeitraum zwischen diesen beiden Endpunkten verbreitet waren.

2.2 Zum Stand der aktuellen Forschung

Medikamentenversuche in der schweizerischen Psychiatrie waren in den letzten Jahren Gegenstand verschiedener Untersuchungen. Diese wurden teils durch einzelne Kliniken, teils durch die zuständigen Kantone in Auftrag gegeben. Die umfangreiche Studie, die ein Team von zwei Autorinnen und einem Autor im Herbst 2019 im Auftrag des Kantons Thurgau zur Klinik Münsterlingen vorgelegt hat, bildet dabei insofern eine Ausnahme, als mit dem Nachlass von Roland Kuhn eine ausgezeichnete Quellenbasis zur Verfügung stand. Zudem verfügte das Forschungsteam über vergleichsweise grosszügige Ressourcen (knapp 1 Million Franken, verteilt auf drei Jahre). Bei den übrigen Untersuchungen handelt es sich um Pilotstudien auf der Basis einer limitierten Quellenauswahl. Das methodische Vorgehen und der Kontextualisierungsgrad der einzelnen Arbeiten ist unterschiedlich. Während sich einige auf die Sichtung von Krankenakten und Fachpublikationen beschränken, bemühen sich andere um eine Einordnung in den internationalen Forschungsstand.³

Trotz dieser Unterschiede erlauben die Untersuchungen, ein Gesamtbild zu zeichnen. Dieses weist zwar noch viele Lücken und Leerstellen auf, lässt aber doch einige klare Konturen erkennen. Die Hauptkenntnisse, an welche die vorliegende Studie anknüpfen kann, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Die bisherigen Untersuchungen zeigen, dass der «Fall Münsterlingen» keine Ausnahme darstellte, auch wenn die Rolle, die Roland Kuhn als «Erfinder» des ersten Antidepressivums spielte, in verschiedener Hinsicht aussergewöhnlich gewesen sein mag. Inzwischen liegen Untersuchungen zu den Universitätskliniken Basel-Stadt⁴, Zürich⁵ und Bern⁶ sowie zu den kantonalen Kliniken Herisau (AA)⁷, Münsterlingen (TG)⁸, St. Urban (LU)⁹ und Liestal (BL)¹⁰ vor. Ein laufendes Forschungsprojekt zur Psychiatriegeschichte des Kantons Graubünden wird das Thema Medikamentenversuche ebenfalls streifen. Eine Untersuchung zu Medikamentenversuchen in der Klinik Marsens (FR) ist derzeit im Gang, während ähnliche Untersuchungen in den Kantonen Waadt und Neuenburg aus politischen Gründen sistiert respektive auf andere Fragestellungen ausgerichtet wurden.
- Die Abgabe nicht zugelassener Medikamente an Patientinnen und Patienten gehörte in der Schweizer Psychiatrie ab den 1950er-Jahren zum Normalfall. Die Forschung verortet diese Feststellung übereinstimmend im Kontext der «pharmazeutischen Wende» in der Psychiatrie

³ Zum internationalen Forschungsstand, auf dessen ausführliche Referenzierung hier verzichtet wird: Hess/Hottenrott/Steinkamp 2016; Moncrieff 2013; Balz 2010; Healy 2002; Healy 1997.

⁴ Germann 2017.

⁵ Rietmann/Germann/Condrau 2018; Brandenberger 2012.

⁶ Manser 2019; Schoefert 2015.

⁷ Kanton Appenzell Ausserrhoden 2018.

⁸ Meier/König/Tornay 2019; Tornay 2016; Brandenberger 2012.

⁹ Richli 2019.

¹⁰ Lienhard/Condrau 2019; Ott 2017.

und der Medizin allgemein.¹¹ Ab der Mitte der 1950er-Jahre brachte die pharmazeutische Industrie in rascher Folge eine grosse Zahl von Medikamenten auf den Markt, welche die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen stark und nachhaltig veränderte. Humanexperimente mit neuen Wirkstoffen bildeten eine wichtige Voraussetzung dafür, dass neue Präparate zur Marktreife gebracht werden konnten. Die grossen therapeutischen und kommerziellen Erwartungen, die mit den neuen Psychopharmaka verbunden waren, führten vor allem in den 1950er- und 60er-Jahren zu einer exzessiven Versuchspraxis mit vielen Patientinnen und Patienten. Soweit man dies bereits beurteilen kann, lassen sich die Entwicklungen in den einzelnen Kliniken als lokale Variationen dieser Geschichte interpretieren. Dies dürfte im Fall der Klinik Königsfelden nicht anders sein.

- Die Verwendung des Begriffs «Medikamentenversuch» ist weder in den Quellen noch in der historischen Forschung eindeutig. Meist wird damit die Abgabe von Präparaten gemeint, die von den Regulationsbehörden (noch) nicht zugelassen und mit einem Industriekürzel bezeichnet waren (z. B. G 22355). Klinische Forschung wurde aber auch mit bereits zugelassenen Medikamenten betrieben. Zudem konnten sich die Verwendungskontexte von nicht registrierten Medikamenten je nach Zeitpunkt und Setting unterscheiden. Medikamentenversuche konnten sowohl in Form von relativ breiten, wenig differenzierten Verschreibungen als auch in Form von kontrollierten Versuchsreihen oder individuellen Heilversuchen stattfinden.
- Auch wenn die Grenzen nicht eindeutig sind, zeigen die Untersuchungen, dass Medikamentenversuche in Psychiatriekliniken zumindest teilweise eine therapeutische Komponente hatten. Dies heisst, die geprüften Präparate wurden an Patientinnen und Patienten abgegeben, die grundsätzlich als behandlungsbedürftig galten. Behandlungsbedürftigkeit ist dabei aus der Sicht der zeitgenössischen Psychiater und Psychiaterinnen zu verstehen. Dazu konnte zum Beispiel die Sedierung von Patientinnen und Patienten gehören, die den Betrieb auf den Stationen störten oder herausforderndes Verhalten zeigten, oder im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Behandlung von vermeintlich verhaltensauffälligen Kindern, für die keine ausreichende heilpädagogische Betreuung zur Verfügung stand. In solchen Fällen ist es aus heutiger Sicht fraglich, ob von einem therapeutischen Nutzen im engeren Sinn die Rede sein kann. Besonders die Verabreichung von nicht zugelassenen Präparaten zur Prüfung der Verträglichkeit, wie es in Münsterlingen vorkam, stellt in dieser Hinsicht einen Grenzfall dar. Denn in der Regel wurden solche Verträglichkeitsstudien an gesunden Probandinnen und Probanden durchgeführt.¹² Dennoch ist es beim derzeitigen Stand der Forschung sinnvoll, Medikamentenversuche, die sich im Kontext einer weit verstandenen therapeutischen Legitimation verorten lassen, von Humanexperimenten zu unterscheiden, die an gesunden Häftlingen oder Insassinnen und Insassen von geschlossenen Einrichtungen durchgeführt wurden. Dazu gehören nicht nur die mörderischen Experimente von deutschen Ärzten in den Konzentrationslagern, sondern auch die in US-amerikanischen Gefängnissen oder in deutschen Kinderheimen über den Zweiten Weltkrieg hinaus verbreiteten Tests von Malariamitteln oder Impfstoffen.¹³

¹¹ Vgl. dazu: Greene/Condrau/Watkins 2016.

¹² Vgl. Meier/König/Tornay 2019, S. 104 f., 275 f.

¹³ Vgl. dazu: Hähner-Rombach/Hartig 2019; Wagner 2016; Campbell/Stark 2015; Hornblum et al. 2013; Comfort 2009; Hornblum 1998.

Ob solche Experimente auch in schweizerischen Einrichtungen vorkamen, ist bisher noch kaum bekannt.

- Schliesslich zeigen die vorliegenden Untersuchungen, dass die betroffenen Patientinnen und Patienten respektive ihre Angehörigen bis in die 1980er-Jahre hinein kaum je umfassend über die Teilnahme an klinischen Versuchen aufgeklärt wurden. Allfällige Einwilligungen sind bis zu diesem Zeitpunkt kaum schriftlich dokumentiert. Gleichzeitig ist bekannt, dass der Wissensstand der Patientinnen und Patienten über die Medikation und ihre Haltung gegenüber der Behandlung sehr unterschiedlich waren. Es kam einerseits vor, dass Ärzte und Ärztinnen mit ihren Patientinnen und Patienten über die Behandlung sprachen und an deren Einschätzung interessiert waren. Andererseits wurden Versuchs- und Standardmedikamente ohne grosse Unterscheidung auch mit physischem Zwang verabreicht. Die Tatsache, dass Einwilligungen in Versuchsbehandlungen nicht systematisch dokumentiert wurden, zeigt, dass die Autonomie der Patientinnen und Patienten lange eine untergeordnete Rolle spielte und ein paternalistisches Arzt-Patienten-Verhältnis vorherrschte. Generell dürften die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung in der stationären Psychiatrie eng begrenzt gewesen sein. Offen bleibt, inwiefern sich die Situation in der Psychiatrie, wo der Anteil der handlungsunfähigen und unfreiwilligen Patientinnen und Patienten hoch war, in dieser Hinsicht von der somatischen Medizin unterschied.

Die Klinik Königsfelden war bislang nur punktuell Gegenstand historischer Forschungen. Neben älteren Jubiläumsschriften haben sich in neuerer Zeit einige Lizentiats- und Masterarbeiten mit ausgewählten Aspekten beschäftigt. Dazu gehören die Mitwirkung der Klinik an eugenisch und sozial indizierten Sterilisationen sowie das Krankheits- und Therapieverständnis des langjährigen Klinikdirektors Arthur Kielholz (1922–1944). Untersuchungen, die sich mit der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg und der Modernisierung der Klinik beschäftigen, liegen dagegen nicht vor.¹⁴

2.3 Quellenauswahl und Vorgehen

Die bisherigen Untersuchungen zeigen, dass die Aussagekraft der Ergebnisse stark vom Umfang und der Qualität der Quellenüberlieferung abhängt. Eine wichtige Erkenntnis, welche die Studie zu Münsterlingen eindrücklich bestätigt, besteht darin, dass sich Medikamentenversuche allein aufgrund von Patientendokumentationen und Publikationen nur sehr bedingt rekonstruieren und kontextualisieren lassen. Um Aussagen über das Ausmass und die Ausrichtung von klinischen Forschungsaktivitäten sowie die Zusammenarbeit mit der Industrie zu machen, ist es nötig, zusätzlich auf Forschungs- und Verwaltungsunterlagen zurückzugreifen.

Die Quellenlage für die Psychiatrische Klinik Königsfelden ist in dieser Hinsicht eher ungünstig. Zwar sind die Patientendokumentationen seit der Klinikgründung (1872) vollständig erhalten. Dies gilt ebenso für die Heimakten der Kinderstation Rüfenach und teilweise für die Patientendokumentationen

¹⁴ Zimmermann 2008; Dubach 1999; Bressler 1972; Kielholz 1937. Zum Kloster Königsfelden als «Geschichts-ort»: Teuscher/Modellmog 2012.

der Zweigstellen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes.¹⁵ Die Unterlagen, die Verwaltung und Forschung betreffen, sind jedoch lückenhaft. Diesbezüglich deckt sich die Archivsituation in Königsfelden mit derjenigen vieler schweizerischer Psychiatriekliniken. Es kann sein, dass Ärzte und Ärztinnen Forschungsunterlagen bei einem Stellenwechsel oder bei der Pensionierung mitnahmen. Es kann aber auch sein, dass die Unterlagen im Lauf der Zeit entsorgt wurden. Hinzu kommt, dass es in den Archiven von Königsfelden keine Übersicht über die Klinikpublikationen gibt. Vor allem der Zeitraum zwischen 1970 und 1990 ist, was klinische Forschungsaktivitäten anbelangt, somit schlecht dokumentiert. Für diese beiden Jahrzehnte fehlen im Klinikarchiv auch die Protokolle der Aufsichtskommission. Ebenfalls nicht überliefert sind die Unterlagen der 1982 eingesetzten ethischen Kommission der Klinik.¹⁶ Unterlagen zu klinischen Studien sind im Klinikarchiv erst für die Zeit nach 2000 vorhanden, und auch in diesem Fall wirkt die Überlieferung eher zufällig. Die erhaltenen Archivbestände sind im Klinikareal ausserdem auf verschiedene Räume verteilt, nicht erschlossen und teilweise in einem konservatorisch schlechten Zustand.

Angesichts der Überlieferungslücken müssen die Erwartungen an die vorliegende Pilotstudie realistisch angesetzt werden. Die Untersuchung weist den Charakter einer Spurensuche auf, die sich in erster Linie auf Krankenakten stützt. Den Kern bildet die Auswertung einer Stichprobe von rund 830 Patientendokumentationen aus der Erwachsenen- und Kinderpsychiatrie aus dem Zeitraum von 1950–1990 (siehe Kasten auf S. 10). Diese Unterlagen werden im Kapitel 4.1 detailliert vorgestellt. Eine weitere wichtige Quelle stellen die Apothekenbücher der Klinik dar, die bis 1960 überliefert sind. Sie dokumentieren, welche Medikamente die Klinikapotheken an die Stationen auslieferte. Ergänzend wurden die Bestände im Klinikarchiv gesichtet sowie die gedruckten Jahresberichte und die Klinikzeitung «Herbstgruss aus Königsfelden» ausgewertet. Ebenfalls wurde eine Recherche nach Fachpublikationen von Ärzten und Ärztinnen, die in Königsfelden tätig waren, durchgeführt.¹⁷

Eine wichtige Ergänzung zu den Archivbeständen der Klinik bilden die Unterlagen des Gesundheitsdepartements und des Kantonsärztlichen Dienstes, die sich im Staatsarchiv Aargau befinden. Sie enthalten Informationen zu betrieblichen, finanziellen und personellen Aspekten sowie zur kantonalen Aufsicht, die im Klinikarchiv nicht dokumentiert sind. Ebenfalls hilfreich sind die Unterlagen der Gesundheitsdirektion aus der Zeit 1990–1995, die im Zusammenhang mit der Erteilung von Bewilligungen für klinische Studien aufgrund des Gesundheitsgesetzes von 1988 entstanden. Zwar sind keine Bewilligungsgesuche der Klinik Königsfelden nachgewiesen. Dennoch erlauben die Unterlagen Rückschlüsse auf die Standards der klinischen Forschung am Ende des Untersuchungszeitraums. Die Unterlagen der Aufsichtskommission der Klinik Königsfelden für die Jahre 1971–1987 sind allerdings

¹⁵ Die Überlieferungssituation in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist je nach Zweigstelle unterschiedlich. Vom Zeitraum her relevant sind die Zweigstellen Konsiliardienst Erziehungsberatung Wohlten (Gesamtüberlieferung 1976–1981), Ambulatorium Aarau (Gesamtüberlieferung 1973–2015), Ambulatorium Baden (Teilüberlieferung 1977–1990) und Ambulatorium Wohlten (Teilüberlieferung ab 1989).

¹⁶ Weder das Staatsarchiv Aargau noch die Ethikkommission Nordwestschweiz verfügen über Hinweise auf den Verbleib der Protokolle der 1982 eingerichteten ethischen Kommission der Klinik.

¹⁷ Bei der Recherche wurden 14 Oberärzte und -ärztinnen sowie die folgenden Zeitschriften berücksichtigt: Schweizerische Medizinische Wochenschrift, Therapeutische Umschau, Praxis, Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie und Pharmakopsychiatrie/Pharmacopsychiatrie. Für den Zeitraum nach 1974 sind die Publikationen der Klinikärzte und -ärztinnen teilweise in den Jahresberichten nachgewiesen (JB PKK 1981, S. 56–62, und 1984, S. 17f.).

weder im Staatsarchiv noch beim Gesundheitsdepartment auffindbar.¹⁸ Die Wahrnehmung der staatlichen Aufsicht lässt sich deshalb nicht vollständig rekonstruieren.

Zusammensetzung der ausgewerteten Stichprobe

Im Archiv der Psychiatrischen Dienste Aargau sind aus dem Zeitraum von 1950–1980 ungefähr 11'300 Patientendokumentationen nachgewiesen. Die Ablage erfolgt chronologisch nach Aktennummern. Massgebend für die Vergabe Nummer ist das Datum des ersten Eintritts. Hinzu kommen eine unbekannte Anzahl von Krankenakten, die Personen betreffen, die vor 1950 zum ersten Mal in die Klinik eintraten. Aus dem Zeitraum 1950–1980 sind 1168 Patientendokumentationen der Beobachtungsstation Rüfenach überliefert.

Aus dieser Gesamtüberlieferung wurde für die Pilotstudie eine Stichprobe von knapp 830 Krankenakten aus dem Zeitraum von 1950–1980 gezogen. Auf eine Erweiterung der Stichprobe über das Jahr 1980 hinaus wurde aus Zeit- und Ressourcengründen verzichtet. In den Akten dokumentierte Klinikaufenthalte, die in die 1980er-Jahre fallen, wurden jedoch in die Auswertung einbezogen. Die Stichprobe umfasst drei Teile:

Erstens eine *systematische Auswahl* von 200 Patientendokumentationen der Klinik Königsfelden aus dem Zeitraum von 1950–1980. Dabei wurden aus der Patientenkartei nach dem Zufallsprinzip je 100 Frauen und Männer gezogen, deren Nachname mit dem Buchstaben «B» beginnt, die sich zwischen 1950 und 1980 in der Klinik aufhielten und auf deren Karteikarte entweder die Diagnose Schizophrenie (inklusive Unterformen) oder einer affektiven Störung (Depression, manisch-depressive Erkrankungen) vermerkt ist. Die Beschränkung auf zwei Diagnosen erlaubt es, gezielt auf Krankenakten zuzugreifen, in denen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit Medikamentenversuche dokumentiert sind. Der Nachteil ist, dass Patientinnen und Patienten, die eine andere Diagnose erhielten, nicht erfasst werden. Obwohl die systematische Stichprobe keine statistische Repräsentativität beanspruchen kann, erlaubt sie eine grobe Schätzung, wie viele Patientinnen und Patienten betroffen waren.

Zweitens wurde eine *erweiterte Stichprobe* von 579 Patientendokumentationen aus dem Zeitraum von März 1956 bis Februar 1959 ausgewertet. Dieser Zeitraum wurde gewählt, weil es damals zu gehäuftem Medikamententests kam. Die erweiterte Stichprobe umfasst Patientinnen und Patienten, die damals zum ersten Mal in die Klinik eintraten. Spätere Klinikaufenthalte wurden ebenfalls in die Auswertung einbezogen. Trotz ihrer einseitigen Zusammensetzung hat sich die Erweiterung der Stichprobe als sehr nützlich erwiesen. Sie erlaubt es, die Quellenbasis für die qualitative Auswertung zu erweitern und den Erkenntnisgewinn abzuschätzen, den eine zusätzliche Erweiterung der Stichprobe in einem Folgeprojekt haben könnte.

Drittens wurde eine Stichprobe von 50 Patientendokumentationen der Kinderbeobachtungsstation Rüfenach ausgewertet. Der Zeitraum wurde auf die Jahre von 1953–1980 festgelegt, da nicht zu erwarten war, dass Psychopharmaka vor der Einführung in der Erwachsenenpsychiatrie verschrieben wurden. Von den 1168 Akten wurde nach dem Zufallsprinzip jedes 23. Dossier ausgewählt (von 43 Knaben und 7 Mädchen).

Im Weiteren wurde verstreuten Hinweisen auf Unterlagen in anderen Archiven nachgegangen. Aus dem Nachlass des Psychiaters Roland Kuhn (Staatsarchiv Thurgau) konnten vier Dossiers berücksichtigt werden.¹⁹ Aus dem Vorlass des Zürcher Kinderpsychiaters Heinz Stefan Herzka (Archiv für Zeitgeschichte) konnte ein Dossier ausgewertet werden, das Medikamentenversuche im Schulheim Schürmatt in Zetzwil betrifft. Die Stiftung Schürmatt stellte dem Verfasser zudem verschiedene Dokumente aus ihrem Archiv zur Verfügung. Dagegen musste aus Zeitgründen davon abgesehen werden, Zugang zu den Archiven von Pharmaunternehmen (Novartis, Roche) zu beantragen.

¹⁸ Mitteilung des Rechtsdiensts des Gesundheitsdepartements an den Verfasser, 1. April 2020; Bericht des Staatsarchivs zur Quellsituation betreffend PDAG, Aufsichtskommission, Informationsfluss Klinik-GD für den Zeitraum 1950–1990, 18. Juni 2019.

¹⁹ Der Verfasser dankt Prof. Marietta Meier und Staatsarchivar André Salathé für die Hinweise auf Unterlagen, die Königsfelden und die Schürmatt betreffen, und für die unbürokratische Zugangsgewährung.

Ergänzt werden die schriftlichen Zeugnisse durch Interviews mit Zeitzeugen, die zum Teil mündlich, zum Teil schriftlich geführt wurden (siehe Bibliografie). Herr Otto Buchs, ehemaliger Pfleger und Museumsverantwortlicher, gewährte dem Verfasser überdies Einsicht in seine private Dokumentation.

Der vorliegende Bericht gliedert sich in drei Teile. Das *Kapitel 3* bietet eine Übersicht über die Entwicklung der Klinik Königsfelden und die rechtlichen Rahmenbedingungen. Dieses Kapitel erlaubt es, die Ergebnisse der Stichprobe im Hinblick auf die gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und institutionellen Entwicklungen zu kontextualisieren. Das *Kapitel 4* präsentiert die Ergebnisse, welche die Auswertung der Stichprobe ergeben hat. Das *Kapitel 5* fasst die Ergebnisse in einem knappen Fazit zusammen und formuliert Empfehlungen für das weitere Vorgehen.

Sämtliche Patientennamen wurden bereits an der Quelle vollständig anonymisiert. Der Bericht beschränkt auch die Kontextangaben auf das absolute Minimum, um auszuschliessen, dass einzelne Personen identifiziert werden können. Die Namen von Verantwortungsträgern und -trägerinnen werden genannt, sofern dies für das Verständnis nötig ist. Da es sich dabei grösstenteils – aber nicht ausschliesslich – um Männer handelte, wird die männliche Form jeweils vorangestellt (Ärzte und Ärztinnen).

Wie oben dargelegt, ist die Bedeutung des Begriffs «Medikamentenversuch» nicht eindeutig und stark vom jeweiligen Kontext abhängig. Eindeutige analytische Abgrenzungen sind nicht möglich und vermutlich nicht hilfreich. Die Begriffe «Medikamentenversuch», «Versuchsbehandlung», «Medikamententest», «klinische Prüfung», «klinische Studie» werden im vorliegenden Bericht deshalb weitgehend synonym verwendet. Nach Möglichkeit wird jeweils deutlich gemacht, um welche Art von Behandlungen es sich handelt. Ebenfalls synonym verwendet werden die Begriffe «Patientendokumentation» und «Krankenakte».

3 Setting und institutioneller Rahmen

Die Problematik der Medikamentenversuche in der Aargauer Psychiatrie, die in diesem Bericht untersucht wird, ist eng mit dem Aufkommen und der klinischen Einführung neuer Psychopharmaka ab den 1950er-Jahren verbunden. Dabei handelte es sich um eine dynamische und vielschichtige Entwicklung, die von verschiedenen Faktoren geprägt war und ihrerseits neue, teils auch paradoxe Dynamiken freisetzte. Allgemeine Entwicklungstrends und lokale Kontexte griffen dabei auf komplexe Weise ineinander. Dieses Kapitel zeigt auf, in welchem Setting und unter welchen Rahmenbedingungen an der Psychiatrischen Klinik Königsfelden zwischen 1950 und 1990 nicht registrierte Medikamente an Patientinnen und Patienten getestet wurden. Beleuchtet werden die Entwicklung der Klinikorganisation, die Bedeutung der klinischen Forschung sowie die Regulierungsbemühungen auf der politisch-rechtlichen Ebene.

3.1 Beschleunigter Wandel: die Psychiatrische Klinik Königsfelden 1950–1990

Die Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, die 1872 auf dem früheren Spital- und Klosterareal eröffnet wurde, ist eine typische Repräsentantin des «Irrenhausbooms» des 19. Jahrhunderts. Die Kantone nahmen sich damals mit grossem Engagement der «Irrenpflege» an. Leitend war ein therapeutischer Optimismus, der stark von liberalem Gedankengut geprägt war. Menschen mit psychischen Schwierigkeiten sollten unter ärztlicher Leitung geheilt und wieder zu freien und nützlichen Bürgerinnen und Bürgern gemacht werden. Die neuen Anstalten bildeten zugleich die Grundlage für die Psychiatrie als medizinische Disziplin. Wie andere Heil- und Pflegeanstalten der Schweiz hatte Königsfelden bald mit der Zunahme der Patientinnen und Patienten und mit überfüllten Krankenstationen zu kämpfen. Zwischen 1905 und 1909 wurden deshalb zwei neue Gebäude erstellt. Ab 1909 entlastete zudem das Kranken- und Pflegeheim Muri (AG) die psychiatrische Anstalt.²⁰

Unter diesen Umständen verflog der Optimismus der Anfangszeit bald. Die Heilanstalt wandelte sich immer mehr zu einer Versorgungsanstalt. Vor allem nach dem Ersten Weltkrieg verstärkte sich der Ausgrenzungsdruck auf psychisch auffällige oder kranke Menschen. Präventionsanliegen und eugenische Vorstellungen erhielten Auftrieb, und die Psychiatrie sah ihre Aufgabe zunehmend darin, die Gesellschaft vor vermeintlich «minderwertigen» Menschen zu schützen. In der Ära von Direktor Arthur Kielholz (1920–1944) gewann die ordnungspolitische Funktion der Klinik an Gewicht, etwa bei Begutachtungen für Gerichte und Behörden, bei der Bekämpfung des Alkoholismus oder bei Entscheiden über Sterilisationen und andere fürsorgerische Zwangsmassnahmen.²¹ Therapeutisch hatte die damalige Psychiatrie wenig vorzuweisen. Überwachung und Arbeitstherapie bildeten die Grundpfeiler der Anstaltsbehandlung. In den 1930er-Jahren weckten neu eingeführte Insulin- und Elektroschockkuren die Hoffnung, bald zu den Standards der somatischen Medizin aufschliessen zu können. Die neuen Therapien waren allerdings mit grossen Belastungen und Nebenwirkungen verbunden und blieben auch in ihrer Wirkung umstritten. Dies galt ebenfalls für psychochirurgische Eingriffe, die ab den

²⁰ Zur Klinikgeschichte: Zimmermann 2008; Gnriss 1978; Bressler 1972; Kielholz 1934.

²¹ Zimmermann 2008, S. 86–97. Zur Sterilisationspraxis in Königsfelden: Dubach 1999.

1940er-Jahren bei «austherapierten» Kranken angewandt wurden, die den Anstaltsbetrieb störten oder gewalttätig wurden.²²

Der Zeitraum von 1950–1990, der hier im Fokus steht, war für Königsfelden eine Zeit des beschleunigten Wandels, die durch personelle und institutionelle Kontinuitäten gekennzeichnet war. Den Hintergrund der Klinikgeschichte bildete der wirtschaftliche Aufschwung der Nachkriegszeit, der Mitte der 1960er-Jahre in eine Phase der gesellschaftlichen Liberalisierung und Öffnung mündete. 1965 ändert man, dem allgemeinen Zeitgeist folgend, die Bezeichnung Heil- und Pflegeanstalt in Psychiatrische Klinik Königsfelden (PKK). Die Klinik stand in dieser bewegten Zeit unter der Leitung der Direktoren und Chefärzte Peter Mohr (1944–1970) und Fritz Gnirss (1970–1990). Administrativ war die Klinik der Direktion respektive dem Departement des Gesundheitswesens unterstellt. Die Aufsicht wurde durch eine Kommission unter der Leitung des jeweiligen Departementsvorstehers ausgeübt. Die wichtigste Rechtsgrundlage für den Betrieb der Klinik bildete das Organisationsdekret von 1908, das erst 1981 durch das Dekret über die Organisation der Psychiatrischen Klinik Königsfelden und der ihr angeschlossenen ambulanten Dienste abgelöst wurde.²³

Die Klinik, die ursprünglich für 300 Kranke ausgelegt war, umfasste in der Nachkriegszeit konstant 800 Betten. Erst in den 1980er-Jahren wurde die Zahl der Betten auf 650 reduziert.²⁴ Trotz der Umfassung durch eine Steinmauer bildete das Klinikareal nie einen vollständig abgeschotteten Bereich. 1927 wurde die Familienpflege ins Leben gerufen. Sie ermöglichte es, entlassene Patientinnen und Patienten ausserhalb der Anstalt nachzubetreuen.²⁵ Mitte der 1930er-Jahre folgte die Eröffnung von Beratungsstellen in Aarau, Brugg und Baden, die vor allem nach dem Zweiten Weltkrieg auf eine wachsende Nachfrage stiessen. Die Zahl der jährlichen Konsultationen stieg zwischen 1950 und 1970 von 840 auf 2485.²⁶ Zu dieser Vorform der Sozialpsychiatrie, die auch als «kleine Psychiatrie» bezeichnet wurde, kam die Konsiliartätigkeit in zahlreichen Spitälern, Anstalten und Heimen des Kantons.²⁷ Im Zeichen der gesellschaftlichen Öffnung und Modernisierung erfolgte Mitte der 1960er-Jahre der Abbruch der Klinikmauern. Ende der 1960er-Jahre kam es zu einer durchgreifenden Erneuerung der Infrastruktur. 1969 konnten die Krankenpavillons der ersten Bauetappe eröffnet werden. Mit ihrem funktionalen Erscheinungsbild sollten sie das Leitbild des psychiatrischen Krankenhauses unterstreichen. 1974 folgte die zweite Bauetappe mit zwei weiteren Pavillons. In der Folge konnten Stationen vermehrt offen geführt werden. Zu Beginn der 1980er-Jahre fiel schliesslich die Geschlechtertrennung auf den Stationen.²⁸

²² Bressler 1972, S. 93f. Gemäss Bressler wurden nach dem Zweiten Weltkrieg bei zwei bis drei Dutzend Königsfelder Patientinnen und Patienten psychochirurgische Eingriffe vorgenommen. Vgl. Meier 2015, S. 318 f., wo, bedingt durch fehlende Angaben in den Jahresberichten der Klinik, keine Fälle aus Königsfelden aufgeführt sind.

²³ Dekret über die Organisation der Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, 4. Dezember 1908, Aargauische Gesetzessammlung, 1, S. 586; Dekret über die Organisation der Psychiatrischen Klinik Königsfelden und der ihr angeschlossenen ambulanten Dienste, 6. Januar 1981, Aargauische Gesetzessammlung, 10, S. 299.

²⁴ Protokoll der Aufsichtskommission, 8. Dezember 1988, StAAG, ZWA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 35.

²⁵ Zimmermann 2008.

²⁶ Bressler 1954; JB PKK 1950, 1970.

²⁷ Vgl. zur «kleinen Psychiatrie»: JB PKK 1955, S. 18. Eine Liste der betreuten Institutionen befindet sich in Departement des Gesundheitswesens 1972, S. 146.

²⁸ JB PKK 1965, 1967, 1969, 1974, 1975, 1981.

Einen wichtigen Einschnitt in der Klinikgeschichte bildete die Reorganisation von 1972, die auf der damaligen Spitalkonzeption des Kantons beruhte und die Organisationsstruktur bis in die 1990er-Jahre hinein prägte.²⁹ Sie trug sowohl den Ausdifferenzierungstendenzen der zeitgenössischen Psychiatrie als auch dem gewandelten Führungsverständnis Rechnung. Zu den Kernelementen gehörte die Schaffung des selbständigen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes sowie – unter dem Dach der Psychiatrischen Klinik – die Reorganisation der Beratungsstellen zu einem Ambulatorium mit mehreren Standorten, die Einrichtung einer Forschungsabteilung und der Aufbau eines Sozialpsychiatrischen Dienstes (SPD). Letzterer war in Zusammenarbeit mit der Invalidenversicherung und den Sozialdiensten für die Eingliederung ins Arbeits- und Gesellschaftsleben zuständig. Zu diesem Zweck betrieb der SPD teilstationäre Angebote (Tages- und Nachtkliniken), Wohnheime, Aussenwohngruppen, geschützte Werkstätten und eine Drogenberatungsstelle. Ebenfalls zu den Aufgaben gehörte die Schaffung therapeutischer Gemeinschaften.³⁰ Mit der Revision des Organisationsdekrets von 1981 wurden die kooperativen Führungsstrukturen weiter gestärkt. Die Führung der Klinik oblag nun einer Klinikleitung, welcher der ärztliche Direktor (Chefarzt) und dessen Stellvertreter, der Leiter der Verwaltung und der Leiter des Pflegedienstes angehörten. Der medizinische Bereich war zusätzlich in Departemente und Dienste gegliedert, die von Leitenden Ärzten oder Oberärzten geführt wurden.³¹ 1983 erfolgte in diesem Rahmen die Aufwertung der Forensik zu einem Dienst mit eigener Leitung.³²

Die Modernisierung der Klinik widerspiegelt sich in der Entwicklung der Patienten- und Personalbestände sowie des Budgets. Obwohl der Bettenbestand lange konstant war, stieg die Zahl der jährlich aufgenommenen Patientinnen und Patienten zwischen 1950 und 1985 von knapp 300 auf rund 1400. Frauen waren dabei mit etwa 55 Prozent der Hospitalisierten immer leicht übervertreten. Dementsprechend nahm die Patientenfluktuation zu und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer verringerte sich. Bezogen auf die ausgewiesenen Verpflegungstage, nahm die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Jahr von 265 Tagen (1950) auf 198 (1970) und schliesslich auf 106 (1985) ab, wobei der stärkste Rückgang in die Zeit nach 1965 fällt.³³ Gemäss einer Erhebung verliessen 1973 40 Prozent der Patientinnen und Patienten die Klinik bereits nach einem Monat, 74 Prozent nach drei Monaten und 84 Prozent nach sechs Monaten.³⁴ Die gestiegene Fluktuation und der damit einhergehende Drehtür-Effekt änderten indes nichts daran, dass in der Klinik eine Gruppe von Langzeitpatientinnen und -patienten lebte, die über Jahre hospitalisiert blieben. Dazu gehörten Menschen mit Behinderungen oder altersbedingten Erkrankungen. Über die Jahrzehnte hinweg lässt sich auch eine Veränderung des Diagnoseprofils der Hospitalisierten beobachten. Bis in die 1960er-Jahre bildeten Schizophreniekranken die grösste Gruppe unter den Hospitalisierten. Zu Beginn der 1970er-Jahre machten organische, vielfach

²⁹ Die nächste grundlegende Reorganisation der Aargauer Psychiatrie erfolgte 1995 mit der Schaffung der Psychiatrischen Dienste Aargau.

³⁰ JB PKK 1972.

³¹ Dekret über die Organisation der Psychiatrischen Klinik Königsfelden und der ihr angeschlossenen ambulanten Diensten, 6. Januar 1981, Aargauische Gesetzessammlung, 10, S. 299.

³² JB PKK 1984, S. 14–16.

³³ JB PKK 1950, 1970, 1985. Die angegebenen Zahlen beziehen sich auf die Anzahl Verpflegungstage dividiert durch die Anzahl der pro Jahr verpflegten Patientinnen und Patienten. Es handelt sich um eine rein rechnerische Grösse, die Längs- und Quervergleiche erleichtert. Wie eine klinikinterne Zusammenstellung der Aufenthaltstage pro Patient/-in von 1990 zeigt, können die Daten je nach Berechnungsmodell voneinander abweichen. Vgl. Beilage zum Protokoll der Aufsichtskommission, 13. November 1991, StAAG, ZwA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 35.

³⁴ JB PKK 1974, S. 11.

altersbedingte Erkrankungen den grössten Anteil aus. In den 1980er-Jahren, als die Versorgungslandschaft vielfältiger geworden war, nahm schliesslich der Anteil der psychoreaktiven und neurotischen Störungen (inklusive Suchterkrankungen) markant zu.³⁵

Ein wichtiges Kennzeichen des Wandels war die Erweiterung des Personalbestands. 1950 betreuten acht Ärzte und eine Ärztin sowie rund 130 Pflegerinnen und Pfleger die knapp 800 Patientinnen und Patienten. 1970 beschäftigte die Klinik 15 Ärzte und Ärztinnen sowie rund 180 Pflegekräfte. Zu einem markanten Anstieg dieser Zahlen kam es in den Folgejahrzehnten. 1990 standen rund 40 Arzt- und 280 Pflege-Vollzeitstelle auf dem Personaletat der Klinik, wobei Teilzeitbeschäftigungen nicht mehr selten waren. Parallel zum Personalausbau stiegen die Ausgaben der Klinik. Die Betriebsrechnung belief sich 1950 auf nominal 2,6 Millionen Franken, 1970 auf 8,9 Millionen Franken und 1990 auf 44,0 Millionen Franken (ohne Landwirtschaftsbetrieb). Selbst unter Berücksichtigung der Teuerung bedeutet dies eine Vervierfachung innerhalb von 40 Jahren. Der Kantonsbeitrag zur Deckung des Defizits stieg in dieser Zeit von 27 auf 48 Prozent der Gesamtausgaben.³⁶ Die Entwicklung widerspiegelt die allgemeine Kostenexplosion im Gesundheitswesen, die in den 1960er-Jahren eingesetzt hatte. Der Kostensprung machte sich in der Psychiatrie allerdings später und weniger ausgeprägt als in der somatischen Medizin bemerkbar.³⁷

3.2 Königsfelden und die pharmakologische Wende in der Psychiatrie

Treibende Faktoren für die Entwicklung der Nachkriegspsychiatrie stellten das Aufkommen der modernen Psychopharmaka und – eng damit verbunden – die zunehmende kommerzielle Durchdringung des psychiatrischen Tätigkeitsfelds dar. Zu den neuen Medikamenten gehörten Neuroleptika wie das 1953 eingeführte Phenothiazin Chlorpromazin (Handelsname Largactil) oder das Indolalkaloid Reserpin (Serpasil) sowie trizyklische Antidepressiva wie Imipramin (Tofranil) und MAO-Hemmer, die ab 1958 in den Handel gelangten. Viele dieser Präparate waren zuerst für andere Bereiche der Medizin (z. B. Anästhesie, Kardiologie) entwickelt worden und gelangten eher per Zufall in die Psychiatrie. Die Medikamente, die je nach Wirkstoff dämpfend, antipsychotisch oder stimmungsaufhellend wirkten, dominierten bald das Behandlungsrepertoire in der Psychiatrie und verdrängten nach und nach die risikoreichen somatischen Kuren. Zugleich stärkten sie das (Selbst-)Bild der Disziplin als einer modernen Krankenhausmedizin. Ab Ende der 1950er-Jahre nahm die Zahl der Präparate, die von den Pharmaunternehmen auf den Markt gebracht wurden, rasant zu. Versuche an Patientinnen und Patienten waren in dieser Phase ein wichtiges Mittel, um das Wissen über die Wirkungsprofile der neuen Stoffe zu erweitern. Zu einer Standardisierung der klinischen Forschung mittels kontrollierter Versuchsanordnungen und statistischer Methoden kam es erst Mitte der 1960er-Jahre. Zur gleichen Zeit bot die Neurotransmitterhypothese erstmals plausible Erklärungsansätze für die Wirkung auf das zentrale Nervensystem.³⁸

³⁵ JB PKK 1950, 1960, 1969, 1970, 1980.

³⁶ JB PKK 1950, 1960, 1970, 1980, 1990. Die Indexierung erfolgt auf der Basis des Konsumentenpreisindex mit Swisstoval (Zieljahr 1990), www.swisstoval.ch, Stand: 8. Februar 2020.

³⁷ Gemäss einem Bericht der Aargauer Zeitung vom 6. Oktober 1973 betragen die Tageskosten im Vorjahr im Kantonsspital 216 Franken, in der Psychiatrischen Klinik Königsfelden 44 Franken.

³⁸ Zur Entwicklung und Einführung der Psychopharmaka: Tornay 2016; Braunschweig 2013; Moncrieff 2013; Brandenberger 2012; Balz 2010; Healy 2002; Healy 1997.

In der psychiatriehistorischen Forschung wird das Aufkommen der Neuroleptika und Antidepressiva oft als «pharmakologische Wende» bezeichnet.³⁹ Die Entwicklung der Psychiatrie wird dabei in den Kontext der «therapeutischen Revolution» der somatischen Medizin gestellt. Diese beruhte unter anderem auf der Erwartung, Krankheiten mit gezielten pharmakologischen Interventionen – sogenannten «magic bullets» – heilen zu können. Als Muster diente dabei die erfolgreiche Bekämpfung von Infektionskrankheiten durch Antibiotika.⁴⁰ Tatsächlich bestärkten die neuen Psychopharmaka die alte Hoffnung der Psychiatrie, mit der somatischen Medizin gleichziehen zu können. Diese Erwartungen wurden von vielen Kranken und Angehörigen geteilt. Mit den neuen Wirkstoffen, die vergleichsweise gut verträglich und im Klinikalltag einfach zu handhaben waren, rückte ein freiheitlicherer Umgang mit Psychischkranken und eine Verkürzung der Hospitalisierungsdauer in Reichweite.⁴¹

De facto verlief die Entwicklung keineswegs so bruchlos und gradlinig, und Veränderungen nahmen mehr Zeit in Anspruch, als es nachträglich den Anschein macht. Historikerinnen und Historiker haben darauf hingewiesen, dass psychiatrische Kliniken bereits lange vor Largactil industriell hergestellte oder aufbereitete Medikamente (Amphetamine, Barbiturate, Insulin) bezogen.⁴² Auch ist festgestellt worden, dass die Anwendung der neuen Präparate zunächst einer Suchbewegung glich, die sich an herkömmlichen Medikationspraktiken (z. B. der Verschreibung von Barbituraten) orientierte und erst nach und nach zu sicheren Indikationsstellungen gelangte.⁴³ Schliesslich ist darauf hingewiesen worden, dass die anfängliche Euphorie bald Dämpfer erhielt. Auf Erwartungen folgten Enttäuschungen.⁴⁴ Dazu trugen neben hohen Behandlungskosten und einer unübersichtlichen Marktentwicklung vor allem die Nebenwirkungen bei, die die Patientinnen und Patienten belasteten. Neuroleptika wie Chlorpromazin oder Reserpin konnten parkinsonähnliche Symptome oder Bewegungsstörungen hervorrufen oder zu Kreislaufproblemen und Gewichtszunahme führen. Die Nebenwirkungen wurden von den Ärzten bis zu einem gewissen Grad als Zeichen der «neuroleptischen Potenz» der Präparate in Kauf genommen, mussten aber oft mit Zusatzmedikamenten behandelt werden. Auch Antidepressiva konnten Begleiterscheinungen wie Müdigkeit, Mundtrockenheit, Schweissausbrüche oder Schwindel haben. Die Bedeutung solcher Nebenwirkungen war umso bedenklicher, als sich rasch zeigte, dass die neuen Medikamente – anders als Antibiotika in der somatischen Medizin – über Jahre hinweg in Form von «Erhaltungsdosen» eingenommen werden mussten.

Auch wenn sich Brüche und Kontinuitäten vielfach überlagerten, trugen die Psychopharmaka wesentlich dazu bei, dass sich die Psychiatrie ab den 1950er-Jahren langfristig veränderte. Die somatischen Therapien konnten reduziert werden, die Abteilungen wurden ruhiger, erregtes oder aggressives Verhalten trat seltener auf. Das Aufkommen der Depot-Neuroleptika in den 1970er-Jahren förderte ambulante (Dauer-)Behandlungen. Wie die Entwicklung in Königfelden zeigt, waren die Auswirkungen auf die Patientenfluktuation zunächst nicht so eindeutig. Tatsächlich nahm die durchschnittliche Hospitalisierungsdauer bis Mitte der 1960er-Jahre nur langsam ab. In der Tat war die Zunahme der Patientenfluktuation immer auch von finanz- und sozialpolitischen Faktoren abhängig. Dazu gehörten die

³⁹ Zum Beispiel: Brandenberger 2012, S. 24.

⁴⁰ Vgl. dazu: Greene/Condrau/Watkins 2016.

⁴¹ Henckes 2016.

⁴² Rasmussen 2006.

⁴³ Majerus 2010.

⁴⁴ Pieters/Snelders 2005.

Ausstattung der Krankenstationen oder die Verfügbarkeit von ambulanten und sozialpsychiatrischen Angeboten, die für die Nachbetreuung und wohnortnahe Begleitung der Ausgetretenen nötig waren. Die Reorganisation der Klinik von 1972 und der Ausbau der Sozialpsychiatrie sind auch in diesem Kontext zu sehen.

Das erste, zunächst als «Neuroplegicum» bezeichnete Neuroleptikum Chlorpromazin (Handelsname Largactil) gelangte in der Schweiz ab dem Frühjahr 1953 zur Anwendung. Den Anfang machte die Psychiatrische Universitätsklinik Basel, die über direkte Beziehungen zum französischen Hersteller Rhône-Poulenc verfügte.⁴⁵ Weitere psychiatrische Kliniken folgten bald. In Königsfelden ist die erste Verschreibung von Largactil im August 1953 belegt. Die Einführung auf der Frauen- und der Männerseite erfolgte in kurzen Abständen.⁴⁶ Im November des gleichen Jahres erhielt die Klinik die erste Charge Reserpin (Serpasil), ab Januar 1954 war dann auch dieses Präparat in regelmässigem Gebrauch.⁴⁷ Offiziell registriert wurden Largactil und Serpasil von der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel erst im Februar respektive im September 1954. Wie in vielen Kliniken erfolgte in Königsfelden die Einführung somit vor der Registration.

1954 wurden die neuen Therapien erstmals im Jahresbericht der Klinik erwähnt.⁴⁸ Der Tenor der Berichterstattung war verhalten positiv. Dies änderte sich auch in den Folgejahren nicht. 1955 hiess es etwa: «Dank neuer Behandlungsmethoden haben wir sowohl auf der Männer- wie auf der Frauen-Seite immer genügend Betten für die Notfälle bereithalten können. Es ist auch durch diese neuen Largactil- und Serpasil-Kuren auf den unruhigen und Wachabteilungen eine spürbare Beruhigung eingetreten.»⁴⁹ Die Berichterstattung von 1958 zeigt, dass die Medikamente in Königsfelden rasch einen Teil der somatischen Kuren ersetzten, ohne diese allerdings ganz obsolet zu machen, und sich reibungslos in den Anstaltsbetrieb integrierten: «Selbstverständlich handelt es sich bei diesen neuartigen Medikamenten nicht um Wundermittel. Sie können zwar weitgehend die früheren körperlichen Behandlungsmethoden ersetzen, keineswegs aber die psychotherapeutischen Bemühungen und die Arbeitstherapie, die nach wie vor von fundamentaler Wichtigkeit bei der Betreuung unserer Kranken sind.»⁵⁰ Mit mehr Pathos äusserte sich Oberarzt Hans Günther Bressler 1960 in der Hauszeitung «Herbstgruss»: «Was Sulfonamide und Antibiotika für den Körperarzt bedeuten, das sind für uns heute die Largactil, Serpasil und wie sie alle heissen.»⁵¹ Im Vergleich zur Einführung der ersten Neuroleptika spielte Königsfelden bei der «zweiten Welle» von Psychopharmaka, die in der zweiten Hälfte der 1950er-Jahre vom Labor in die Klinik gelangten, eine aktivere Rolle. Königsfelden gehörte nach Münsterlingen (TG) zu den ersten Kliniken der Schweiz, die im Sommer 1956 den Wirkstoff G 22355, das spätere Antidepressivum Imipramin, an Patientinnen und Patienten testeten. Verantwortlich für die Versuche mit dem «Geigy-Mittel», wie das Präparat des Basler Pharmaunternehmens intern bezeichnet wurde, war der

⁴⁵ Germann 2017.

⁴⁶ Apothekenbuch, Frauenseite, Eintrag vom 26. August 1953; Apothekenbuch, Männerseite, Eintrag vom 14. September 1953.

⁴⁷ Apothekenbuch, Männerseite, Einträge vom 23. November 1953 und 20. Januar 1954; Apothekenbuch, Frauenseite, Eintrag vom 14. Januar 1954. An der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, die zu den wichtigsten Promotoren von Reserpin in der Schweiz gehörte, wurde der Wirkstoff ebenfalls im Herbst 1953 eingeführt.

⁴⁸ JB PKK 1954, S. 13.

⁴⁹ JB PKK 1954, S. 1.

⁵⁰ JB PKK 1958, S. 11.

⁵¹ Herbstgruss aus Königsfelden, 35, 1960, S. 15 f.

stellvertretende Direktor und Oberarzt Heinz Brunold. Ab Herbst 1957 testete die Klinik unter Brunolds Regie ebenfalls die Wirkstoffe Thioridazin von Sandoz (späterer Handelsname Melleril) und Chlorprothixen von Hoffmann-La Roche (Taractan). Bis Mitte der 1960er-Jahre, als Brunold krankheitsbedingt aus dem Dienst ausschied, kam eine Reihe weiterer Versuchspräparate zum Einsatz. Auf die Umstände dieser Medikamentenversuche wird im Kapitel 4 näher eingegangen.

Die neuen Psychopharmaka etablierten sich in Königsfelden ab Mitte der 1950er-Jahre rasch in der klinischen Praxis.⁵² Wie die Verschreibung des «Geigy-Mittels», des späteren Tofranil, und des Melleril-Vorläufers «Sandoz» zeigt, verlief der Übergang von Versuchs- zu Standardtherapien vielfach fließend. Die neuen Mittel und herkömmliche Barbiturate und Opiate, die ebenfalls sedierend wirkten, wurden zunächst noch nebeneinander eingesetzt. Und selbst als die antipsychotischen und stimmungsaufhellenden Wirkungen der neuen Psychopharmaka stärker in den Blick gerieten, folgte die Medikation oft dem Muster der früheren Kuren. (Haupt-)Medikamente wurden dabei meist über längere Zeit in konstanter Dosis verabreicht. Ab Mitte der 1970er-Jahre wurde die Verschreibungspraxis kurzfristiger und situativer. Medikamente, die sich gegen bestimmte Zielsymptome richteten, wurden nun häufiger miteinander kombiniert.⁵³

Die Königsfelder Patientenakten hinterlassen den Eindruck, dass das Spektrum der verwendeten Medikamente im Vergleich zu anderen (Universitäts-)Kliniken eher schmal war. Es stand zwar immer eine Vielzahl von Präparaten zur Verfügung, der Grossteil der Patientinnen und Patienten erhielt jedoch meist ein klassisches Neuroleptikum wie Largactil oder Melleril. Ab den 1970er-Jahren kamen das hochpotente Neuroleptikum Haldol (Wirkstoff Haloperidol) und das Depotpräparat Dapotum (Fluphenazin) hinzu. Sogenannt atypische Neuroleptika wie Leponex (Clozapin) tauchen in den Patientendokumentationen erst relativ spät (das heisst in den späten 1970er-Jahren) auf. Bei der Behandlung der – klinisch eher seltenen – Depressionen stellten Tofranil (Imipramin) und Tryptizol (Amitriptylin) lange Zeit die Medikamente der Wahl dar. Ob die Beschränkung auf einige Medikamente einen gezielten Entscheid darstellte, lässt sich nicht sagen. Auffallend ist ebenfalls, dass im untersuchten Sample eine Reihe von Langzeitpatientinnen und -patienten, mehrheitlich Männer, vertreten ist, die sich über Jahrzehnte in der Klinik aufhielten, jedoch erst in den 1970er-Jahren, dann aber gleichsam von einem Tag auf den anderen und dauerhaft, mit Neuroleptika behandelt wurden.⁵⁴

Einen weiteren Faktor, der den Umgang mit den neuen Psychopharmaka beeinflusste, bildeten die hohen Kosten der kommerziell vermarkteten Medikamente. Die Untersuchungen zur Klinik Münsterlingen und zur Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich zeigen, dass die Kostenfolgen Ärzte und Aufsichtsgremien bereits früh umtrieben. In beiden Fällen war die Kooperation mit der Pharmaindustrie zeitweise auch durch die Aussicht motiviert, Kosten einsparen und bestimmte Medikamente gratis oder zu Vorzugskonditionen beziehen zu können.⁵⁵ In Königsfelden war die Situation insofern eine andere, als die Kosten für Kuren und andere teure Medikamente den Patientinnen und Patienten respektive den Angehörigen, Krankenkassen oder Sozialdiensten bis Mitte der 1970er-Jahre separat in

⁵² Siehe hierzu auch das Vortragsmanuskript von Oberarzt Hans Georg Schmid mit dem Titel «Die Psychopharmaka» vom November 1967, das in einer Abschrift (Archiv PDAG, Raum H7-109, Schrank 1) überliefert ist.

⁵³ Vgl. Brandenberger 2012, S. 183f.

⁵⁴ Als Beispiele: KA 9725 und KA 9728.

⁵⁵ Meier/König/Tornay 2019, S. 176f.; Rietmann/Germann/Condrau 2018, S. 241; Meier 2015, S. 280f.; Brandenberger 2012, S. 65–71.

Rechnung gestellt wurden.⁵⁶ Die Klinik verlangte beim Eintritt oder beim Behandlungsbeginn eine Kostengutsprache für «Spezialleistungen». In den 1950er-Jahren wurden Psychopharmaka wie Largactil oder Tofranil einzeln abgerechnet. In den 1960er-Jahren erfolgte eine Pauschalisierung. Die Verrechnung erfolgte nun anhand von drei Preiskategorien, gemäss denen die Patientinnen und Patienten aufgrund ihres Medikamentenverbrauchs eingestuft wurden. Erst 1973 wurden die Praxis der Sondervergütung durch eine Änderung des Tax-Dekrets abgeschafft und die Kosten für «Spezialleistungen» in die Verpflegungstaxe integriert.⁵⁷ Fallbeispiele aus dem untersuchten Sample zeigen, dass die Königsfelder Ärzte Therapien tatsächlich abbrachen, wenn sich Angehörige oder Heimatgemeinden weigerten, für die Behandlungskosten aufzukommen.⁵⁸ Dokumentiert sich auch Fälle, in denen die Klinik den Angehörigen entgegenkam, indem die verschriebene Dosis reduziert oder eine Preisreduktion gewährt wurde.⁵⁹

Diese Verrechnungspraxis wirkte sich in verschiedener Hinsicht aus. Auf der einen Seite führte sie dazu, dass es zwischen der Klinik und den Kostenträgern zu langwierigen Auseinandersetzungen um die Abgeltung der Zusatzkosten kam. So erwähnte Bressler 1960, dass es nicht immer leicht sei, die Zahler von der Notwendigkeit einer kostenpflichtigen Behandlung zu überzeugen. Dies sei umso bedauerlicher, als die Verkürzung des Klinikaufenthalts und das dank der «neuen Wunderdrogen» vermiedene Leid den «momentanen Mehrpreis» ideell wie materiell aufwiegen würden.⁶⁰ Möglicherweise waren solche Restriktionen mitunter sogar ein Grund dafür, dass einzelne Langzeitpatientinnen und -patienten erst Mitte der 1970er-Jahre Zugang zu modernen Psychopharmaka erhielten. Auf der anderen Seite hatte die Klinik keine finanziellen Anreize, teure Medikamente durch nicht zugelassene Gratispräparate zu ersetzen oder auf günstige Lieferkonditionen zu pochen. Vielmehr verschob sich der Anreiz, solche Präparate einzusetzen, auf eine andere Ebene. Versuchspräparate, die der Klinik unentgeltlich zur Verfügung gestellt wurden, erlaubten es, eine medizinisch indizierte Behandlung auch dann durchzuführen, wenn die Zahlungspflichtigen nicht bereit oder nicht in der Lage waren, für eine reguläre Behandlung aufzukommen. Wie im Kapitel 4.3 gezeigt wird, konnte diese Konstellation bei der Auswahl von Versuchspatientinnen und -patienten durchaus eine Rolle spielen.

3.3 Königsfelden als Ort der klinischen Forschung

Inwiefern betrieben die Königsfelder Ärzte und Ärztinnen im Zusammenhang mit dem Aufkommen von neuen Psychopharmaka klinische Forschung? Dabei ist zu bedenken, dass es in der schweizerischen Psychiatrie nie ein einheitliches Konzept der klinischen Forschung gab. Je nach Zeit und Klinik gestaltete sich das Verhältnis von therapeutischem Handeln und allgemeiner Erkenntnisgenerierung

⁵⁶ Eine ähnliche Praxis ist aus der Klinik Hasenbühl in Liestal bekannt (Lienhard/Condrau 2019, S. 24 f.).

⁵⁷ Vgl. Dekret über die Verpflegungstaxen der Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, 30. Oktober 1947, Aargauische Gesetzessammlung, 18, S. 105, mit den nachfolgenden Taxanpassungen von 1960, 1967 und 1970; Dekret über die Kostenvergütung in der Psychiatrischen Klinik Königsfelden, 7. März 1972 (Änderung 19. Dezember 1973), Aargauische Gesetzessammlung, 8, S. 649; StAAG, ZwA 2003.0036 (2003-00061), Position 734, Akten 11726 und 14543; Protokoll der Aufsichtskommission, 3. Juli 1962, Archiv PDAG, Raum H7-109, Schrank 2, Ordner Protokolle Aufsichtskommission 1944–1970.

⁵⁸ KA 14159, Einträge vom 9. März 1959 und 1. April 1959.

⁵⁹ KA 14157, Eintrag vom 22. Mai 1963, Schreiben der Klinik an die Mutter des Patienten, 7. Mai 1965.

⁶⁰ Herbstgruss aus Königsfelden, 35, 1960, S. 16.

unterschiedlich.⁶¹ Forschung konnte heissen, dass der einzelne Arzt klinische Beobachtungen erfasste und Befunde an Pharmaunternehmen rapportierte oder in einer Fachzeitschrift veröffentlichte. Forschung konnte auch die Durchführung einer kontrollierten, allenfalls multizentrischen Studie bedeuten, der ein Forschungsplan mit detaillierten Protokollen zugrunde lag. Die Vielfalt betrifft ebenfalls die organisatorische Einbettung. Bis in die 1960er-Jahre blieben Forschungstätigkeiten weitgehend Teil des Klinikbetriebs. Erst um 1970 richteten Universitätskliniken wie Basel oder Zürich eigene Forschungsabteilungen ein und reagierten so auf die zunehmende Standardisierung und Internationalisierung der psychiatrisch-psychopharmakologischen Forschung.⁶² Zugleich konnten sich «unzeitgemässe Prüfer» wie der Münsterlinger Psychiater Roland Kuhn, die sich dem Standardisierungs- und Akademisierungsdruck entzogen, in Nischen der Forschung behaupten und enge Beziehungen zur Industrie pflegen.⁶³ Wegen Überlieferungslücken lässt sich die Forschungstätigkeit in Königsfelden nur anhand von Publikationen und Angaben in den Jahresberichten der Klinik rekonstruieren. Anders als an Universitätskliniken gab es nie eine Sammlung der Klinikpublikationen, und die Jahresberichte enthalten lange kaum Angaben über Forschungsaktivitäten. Erst für die Zeit nach 1975 ist die Forschungs- und Publikationstätigkeit besser dokumentiert.⁶⁴

Von Direktor Arthur Kielholz (Amtszeit 1920–1944) ist bekannt, dass er sich rege als populärwissenschaftlicher Publizist betätigte. Kielholz' Fachpublikationen umfassen vor allem Arbeiten zur forensischen Psychiatrie, zur Bekämpfung des Alkoholismus sowie eine bekannte Pathographie.⁶⁵ Aus der Ära von Direktor Mohr (1944–1970) sind nur wenige Forschungspublikationen von Königsfelder Ärzten nachgewiesen. Die bekannten Veröffentlichungen beschäftigen sich mit Themen wie Sexualneurosen, «geistig abnormen» Elternpaaren, Bettnässen oder psychischen Störungen bei Schwerhörigkeit.⁶⁶ Im Lauf der Recherchen konnten lediglich drei Publikationen zu psychopharmakologischen Themen eruiert werden. Dazu gehören ein Beitrag von Boris Pritzker über Tests mit Dehydroergotamin (DHE 45) an 34 Schizophreniekranken (1947), ein Beitrag von Heinz Brunold über die Versuche mit Thioridazin («Sandoz», Handelsname Melleril) an 89 Patientinnen und Patienten (1959) sowie ein Beitrag von Brunolds Nachfolger, Heinrich Hoffet, über die erste Versuchsreihe mit dem Antiandrogen Cyproteronacetat (SH 714, Handelsname Androcure), in die 13 Patienten und 2 Patientinnen der Klinik sowie 5 Insassen der Strafanstalt Lenzburg und verschiedener Männerheime involviert waren (1968). Alle drei Publikationen betrafen Präparate, die in Kooperation mit Pharmaunternehmen getestet wurden und später auf den Markt gelangten.⁶⁷ Bezeichnend für die eher zurückhaltende Positionierung der Klinik in der Forschung ist überdies, dass Königsfelden am Largactil-Symposium vom Herbst 1953 in Basel, auf dem die Schweizer Psychiater ihre Erfahrungen mit dem Wirkstoff

⁶¹ Brandenberger 2012, S. 95.

⁶² Rietmann/Germann/Condrau 2018; Germann 2017.

⁶³ Meier/König/Tornay 2019, S. 152–157.

⁶⁴ Siehe die Publikationsverzeichnisse in den JB PKK, 1981 und 1984.

⁶⁵ Zimmermann 2008, 23–29. Im Archiv der PDAG, Raum H7-109, Schränke 6 und 8, befindet sich eine Sammlung der Publikationen Kielholz samt Publikationsliste. Ebenfalls überliefert sind Publikationen von Hans Günther Bressler, die jedoch keine psychopharmakologischen Themen betreffen (Schränk 2).

⁶⁶ Bressler 1962; Brunold 1962; Schmid 1969; Schmid 1962.

⁶⁷ Pritzker 1947 sowie Pritzker-Ehrlich 1997, S. 23–43; Brunold 1959, Hoffet 1968; Hoffet 1968a. Pritzker wechselte 1948 an die Psychiatrische Klinik Realta (GR) und leitete später die Forschungsabteilung des Pharmaunternehmens Cilag AG in Schaffhausen. Hoffet verliess Königsfelden Anfang 1968 nach drei Jahren und führte anschliessend eine Privatpraxis.

Chlorpromazin breit diskutierten, als eine der wenigen grossen Kliniken nicht vertreten war.⁶⁸ Ebenfalls nicht beteiligt war die Klinik an den einschlägigen Studien zur Einführung der ersten Depotneuroleptika zu Beginn der 1970er-Jahre, an denen zahlreiche Kliniken der Schweiz teilnahmen.⁶⁹

Die erwähnten Publikationen beruhten auf Forschungsvorhaben, die durch persönliche Interessen und Beziehungen zu einzelnen Pharmaunternehmen geprägt sowie institutionell nur lose verankert waren. Die Forschungspraxis, die darin erkennbar wird, war kaum standardisiert und stark kasuistisch orientiert. Zu einer Institutionalisierung der klinischen Forschung kam es erst mit dem Aufbau einer Forschungsabteilung nach dem Amtsantritt von Direktor Fritz Gnirss 1970. Gnirss, der zuvor die Psychosomatische Abteilung der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel geleitet hatte, erhielt bei seinem Amtsantritt die Zusage der Aargauer Regierung, in Königsfelden Forschung betreiben zu können. Zudem versah er ab 1972 eine Professur an der Universität Basel. Die Forschungsabteilung wurde von einem Arzt geleitet und verfügte über wissenschaftliches Hilfspersonal. Die Existenz einer solchen Abteilung ausserhalb der Universitätskliniken war damals schweizweit einzigartig.⁷⁰ Sie zeugt von der Bereitschaft des Kantons Aargau, finanzielle Mittel – wenn auch in einem bescheidenen Umfang – in die psychiatrische Forschung zu investieren. Nach einer Anschubfinanzierung, an der sich neben dem Kanton mit einem Betrag von 217'500 Franken die Firma Ciba-Geigy beteiligte, wurden die Sachkosten in der Höhe von jährlich 30'000-60'000 Franken durch den kantonalen Lotteriefonds gedeckt.⁷¹ Dennoch erreichte die Abteilung bezüglich ihrer personellen und finanziellen Dotierung nie den Status einer Universitätsklinik. Der Leiter der Abteilung versah immer auch Aufgaben als Oberarzt in der Klinik.

In den ersten 15 Jahren legte die Forschungsabteilung unter der Leitung von Oberarzt Dietrich Schneider-Helmert den Schwerpunkt auf Untersuchungen zu psychophysiologischen Regulationsvorgängen des Nervensystems, insbesondere während des Schlafs. Schneider-Helmert war zuvor Assistent in Basel gewesen und wechselte mit Gnirss nach Königsfelden. Das Kernstück der neuen Abteilung bildete das erste Schlaflabor der Schweiz. Hinzu kam der Betrieb eines EDV-Systems zur Speicherung und Auswertung von Messdaten und zum Aufbau einer Patientenstatistik. Das Schlaflabor, das mit einem Polygraphen zur Messung von Vitalfunktionen ausgestattet war, diente sowohl experimentellen Zwecken als auch der Diagnostik bei (ambulanten) Patientinnen und Patienten, die an Schlafstörungen litten.⁷² Bezüglich der Ausrichtung knüpften Gnirss und Schneider-Helmert an das Forschungsverständnis der Basler Universitätsklinik unter der Leitung von Paul Kielholz an. Gnirss hatte sich in Basel, wo die Beziehungen zu lokalen Pharmaunternehmen traditionell eng waren, ebenfalls mit

⁶⁸ Largactil-Symposium der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel am 23. November 1953, Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 73, 1954, S. 289–369.

⁶⁹ Angst/Burner 1975; Uchtenhagen/Heimann 1973. Zur Anwendung von Depot-Neuroleptika in Königsfelden: Saameli 1981.

⁷⁰ Mündliche Auskünfte von Dr. Mario Etzensberger und Dr. Fritz Ramseier an den Verfasser, 27. Januar und 12. März 2020.

⁷¹ Botschaft des Regierungsrats an den Grossen Rat, 29. April 1970, StAAG, ZwA 2003.0036 (2003-00061), Position 731, Dossier 13789. Die Finanzierung durch den kantonalen Lotteriefonds bis 1987 ist in den Dossiers 13789, 20116, 20740, 21102, 21107, 22128, 22487 dokumentiert.

⁷² JB PKK 1977, S. 17–19; Botschaft des Regierungsrats an den Grossen Rat, 29. April 1970, StAAG, ZwA 2003.0036 (2003-00061), Position 731, Dossier 13789.

pharmakologischen Themen beschäftigt (u. a. mit LSD).⁷³ Gnirss selbst beschäftigte sich ab den 1970er-Jahren besonders mit Fragen der Psychotherapie sowie mit dem Konzept der therapeutischen Gemeinschaft.⁷⁴

Zu den hauptsächlichen Forschungsgegenständen der Abteilung gehörte der Einfluss psychoaktiver Substanzen auf das Schlafverhalten.⁷⁵ Man wollte neue Therapien gegen Schlafstörungen entwickeln. Nach 1979 rückten experimentelle Untersuchungen mit der körpereigenen Aminosäure L-Tryptophan und dem Neuropeptid DSIP (Delta-Sleep-Inducing-Peptide) ins Zentrum der Forschungstätigkeit. Vor allem Therapieversuche mit dem Neuropeptid DSIP, das 1974 von einer Basler Forschergruppe im Gehirn von Ratten entdeckt worden war, weckten Hoffnungen, Schlafverhalten positiv beeinflussen zu können. Schneider-Helmert, der in zahlreichen Publikationen und an Kongressen über seine Forschung berichtete, ging davon aus, dass DSIP weit mehr als eine «Schlafsubstanz» sei, sondern sich auch günstig auf die Bewältigung von Stress auswirkte. Weitere psychoaktive Substanzen und Beta-blocker wurden ebenfalls bezüglich ihrer Wirkung auf das Schlafverhalten untersucht. 1984 war zum Beispiel vorgesehen, die Prüfsubstanzen CGP 12103A und CGP 12104A der Firma Ciba-Geigy an sechs gesunden Probanden zu prüfen.⁷⁶ Soweit bekannt ist, griff man für diese Experimente auf gesunde Probandinnen und Probanden sowie auf ambulante Patientinnen und Patienten mit Schlafstörungen zurück. Gemäss den Erinnerungen des damaligen Leiters der Forschungsabteilung handelte es sich dabei um informierte Patientinnen und Patienten. Dies wird durch Angaben in zeitgenössischen Publikationen und durch den Umstand bestätigt, dass ab Mitte der 1980er-Jahre in den Budgets der Forschungsabteilung auch Entschädigungen für die Probandinnen und Probanden vorgesehen waren.⁷⁷

Wie Dietrich Schneider-Helmert dem Verfasser dieser Studie mitteilte, war die Forschungsabteilung ausserhalb der Schlafforschung nicht in Versuche mit Psychopharmaka involviert. Solche Untersuchungen seien damals vom Direktor der Klinik mithilfe der zuständigen Stationsärztinnen und -ärzte durchgeführt, jedoch im Jahresbericht der Forschungsabteilung aufgeführt worden.⁷⁸ Tatsächlich sind etwa im Bericht von 1977 «vier eingehende Prüfungen» von neuen Psychopharmaka erwähnt, die gestützt auf «Voruntersuchungen im Labor unserer Forschungsabteilung» durchgeführt worden seien.⁷⁹ Vermutlich gehörten dazu auch die Versuchsreihen mit den Neuroleptika «P» (GP 53724) und «Q»

⁷³ Herbstgruss aus Königsfelden, 47, 1970, S. 12f.

⁷⁴ Mündliche Auskunft von Dr. Mario Etzensberger an den Verfasser, 27. Januar 2020. Bezeichnend für die vielfältige Ausrichtung der Klinik ist auch die Königsfelder Sondernummer der Therapeutischen Rundschau von 1978 (Bd. 35/1), die Beiträge zur Psychotherapie und Schlafforschung – sowie zahlreiche Reklamen für einschlägige Psychopharmaka – enthält.

⁷⁵ Vgl. JB PKK 1972–1986. 1975 führte die Forschungsabteilung zudem eine grossangelegte Befragung der Klinikpatientinnen und -patienten bezüglich des individuellen Schlafverhaltens durch (Gnirss et al. 1978).

⁷⁶ Schreiben von Schneider-Helmert an Gnirss, 28. Februar 1984, StAAG, ZWA 2003.0036 (2003-00061), Position 731, Dossier 21102. Ob die Prüfungen tatsächlich durchgeführt wurden, geht aus den Dokumenten nicht hervor.

⁷⁷ Vgl. zu den Probandinnen und Probanden: Schneider-Helmert et al. 1981; Schneider-Helmert/Gnirss/Schönenberger 1981; Schneider-Helmert/Gnirss/Schenker 1981; JB PKK 1977, S. 17; 1979, S. 18f.; 1980, S. 19f.; 1982, S. 12–14; Mail von PD Dr. Dietrich Schneider-Helmert an den Verfasser, 22. März 2020. Zur Probandenentschädigung: Schreiben von Schneider-Helmert an Gnirss, 28. Februar 1984, StAAG, StAAG, ZWA 2003.0036 (2003-00061), Position 731, Dossier 21102. Auch in den Folgejahren enthalten die Budgets der Forschungsabteilung jeweils einen Posten für Probandenentschädigungen.

⁷⁸ Mails von PD Dr. Dietrich Schneider-Helmert an den Verfasser, 22. und 31. März 2020.

⁷⁹ JB PKK 1977, S. 18. Siehe auch die Hinweise in JB PKK 1975, S. 16; 1976, S. 16; 1983, S. 13 f.

(GP 50302), die damals in der Klinik stattfanden.⁸⁰ Im Zusammenhang mit einer klinischen Studie mit dem Versuchsmedikament CGP 19486, die 1986, also bereits nach dem Wechsel in der Leitung der Forschungsabteilung, durchgeführt wurde, ist die Beteiligung der Forschungsabteilung dagegen erwiesen. In diesem Fall besprach der Abteilungsarzt die Weiterführung der Versuchsbehandlung mit der Forschungsabteilung.⁸¹

1985 verliess Schneider-Helmert Königsfelden. Seine Nachfolge trat Oberarzt Reinhold Thomann an.⁸² Dieser führte die Schlafforschung in einem kleineren Rahmen fort. Dazu gehörten weiterhin Untersuchungen zu den Wirkungen von Psychopharmaka auf das Schlafverhalten. Auch klinische Studien mit Neuroleptika und Antidepressiva wurden weiterhin durchgeführt. In einer Übersicht über die Tätigkeit zuhanden der Aufsichtskommission von 1989 ist zum Beispiel die «klinische Pharmakostudie SA/PS 33» aufgeführt.⁸³ Zum Arbeitsschwerpunkt entwickelte sich in dieser Zeit jedoch vor allem die Untersuchung von molekularen Stoffwechselfvorgängen mittels der Positronen-Emissions-Tomographie (PET). Dabei arbeitete die Klinik mit dem Schweizerischen Institut für Nuklearforschung in Villigen (heute Paul-Scherrer-Institut), mehreren Universitätsinstituten und der Firma Ciba-Geigy zusammen. Das Ziel bestand darin, mithilfe von radioaktiv markierten Substanzen und bildgebenden Verfahren die Pharmakokinetik von Neurotransmittern und den Energieumsatz bestimmter Hirnareale zu untersuchen.⁸⁴ Die PET erlaube es, so hiess es 1986 im Jahresbericht der Klinik, gleichsam «einen Blick ins tätige Gehirn zu tun».⁸⁵ Eine erste Versuchsreihe wurde 1990 abgeschlossen. Dann beschloss die Klinikleitung, vorläufig nicht mehr an PET-Projekten teilzunehmen. Als Grund wurde der grosse Aufwand angegeben, den insbesondere die erhöhten regulatorischen Anforderungen verursachten.⁸⁶

3.4 Die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Kanton Aargau

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie entwickelte sich in der Schweiz ab den 1920er-Jahren zu einer Spezialdisziplin, wobei die Entwicklung je nach Kanton stärker durch die Psychiatrie oder die Pädiatrie geprägt war. Wichtige Impulse gingen von der Einführung des Schweizerischen Strafgesetzbuches (1942) aus, das die Beobachtung von straffälligen Kindern und Jugendlichen vorschrieb. Die Kantone hatten die Kapazitäten für solche Abklärungen zur Verfügung zu stellen. Nach 1960 erfolgte ein weiterer Schub durch die Einführung der Invalidenversicherung. Diese übernahm unter anderem die Kosten für die Sonderschulung und verlangte eine vorgängige Abklärung der betroffenen Kinder und Jugendlichen.

Im Kanton Aargau, wo lange ein Mangel an praktizierenden Kinderpsychiatern und -psychiaterinnen herrschte, bildeten die Beratungsstellen, welche die Klinik Königsfelden in Aarau, Baden und Brugg unterhielt, die ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote. Nach dem Zweiten Weltkrieg

⁸⁰ KA 19298 (Substanz P), KA 20009 (Substanz P), KA 21331 (Substanz Q).

⁸¹ KA 13913, Eintrag vom 25. August 1986.

⁸² JB PKK 1985, S. 15.

⁸³ Folienbeilage zum Protokoll der Aufsichtskommission, 8. November 1989, StAAG, ZWA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 35. Offen bleibt, ob das Kürzel ein Präparat oder die Nummer der Studie bezeichnet.

⁸⁴ JB PKK 1986–1989; Folienbeilage zum Protokoll der Aufsichtskommission, 8. November 1989, StAAG, ZWA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 35.

⁸⁵ JB PKK 1986, S. 14.

⁸⁶ JB PKK 1990, S. 13f.

machten Minderjährige bereits knapp die Hälfte der Patientinnen und Patienten aus.⁸⁷ Ebenfalls betreuten die Ärzte von Königsfelden aus Kinder- und Erziehungsheime im Kantonsgebiet, zum Beispiel die Erziehungsanstalt Aarburg.⁸⁸ 1944 entstand im Gebäude des früheren Meyer'schen Armenhauses in Rüfenach eine Kinderbeobachtungsstation.⁸⁹ Die Station nahm 12–15 Kinder beider Geschlechter im Alter von 4–15 Jahren für eine Beobachtungszeit von einigen Monaten auf. Die Einweisungen erfolgten durch die Schul-, Vormundschafts- oder Justizbehörden oder durch die Eltern. Ab 1960 wurden Kinder vermehrt im Auftrag der Invalidenversicherung abgeklärt. Die Anstalt wurde von einem Vorsteherpaar geleitet und verfügte über eine Heimschule. Die medizinische Betreuung und Gesamtleitung lag bei der Direktion von Königsfelden. Therapeutische Bestrebungen und die Abgabe von Medikamenten standen in Rüfenach vorerst nicht im Zentrum. Die Auswertung von 50 Heimakten aus dem Zeitraum von 1950–1980 zeigt, dass die Abgabe von Medikamenten oder Empfehlungen für eine medikamentöse Behandlung bis Mitte der 1970er-Jahre Ausnahmen blieben.⁹⁰ Nachdem 1966 eine Sanierung der Beobachtungsstation gescheitert und es zu Beginn der 1970er-Jahre zu Spannungen zwischen der Heimleitung und dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst gekommen war, wurde Rüfenach 1975 aus dem Zuständigkeitsbereich der Klinik herausgelöst und dem neu gegründeten Dienst unterstellt. Die Funktion der Station änderte sich dabei nicht, auch wenn die Kinder im Schnitt länger im Heim blieben und therapeutische Bemühungen eine grössere Bedeutung erhielten. Verschiedene Ausbaupläne konnten in den 1980er-Jahren wegen der rückläufigen Nachfrage nach Beobachtungsplätzen und infolge von Finanzengpässen nicht umgesetzt werden. Erst Mitte der 1990er-Jahre wurde die Beobachtungsstation umfassend erneuert.

Im Rahmen der kantonalen Spitalkonzeption entstand 1974 der Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienst (KJPD), der administrativ dem Kantonsspital Aarau angegliedert war. Der Aufbau wurde von der Klinik Königsfelden, dem Kantonsarzt und der Kinderpsychiatrischen Klinik der Universität Zürich unterstützt und begleitet. Die Aufsicht lag bei einer eigenen Kommission.⁹¹ Der Dienst war von Beginn an dezentral organisiert und betrieb Ambulatorien in Aarau (ab 1974, Umzug innerhalb der Stadt 1978), Baden (ab 1977, 1981 Umzug nach Wettingen) und Wohlen (ab 1981). Hinzu kamen psychiatrische Konsiliardienste an Erziehungsberatungsstellen, schul- und jugendpsychologischen Diensten und Kinderheimen. Das Ambulatorium Aarau war auch für die psychiatrische Betreuung der Kinderklinik zuständig. Nach einer Übergangsfrist, während der der KJPD von Gundel Grolimund(-Kostron) geleitet wurde, übernahm 1976 Peter Bachmann die Leitung des Dienstes. Bachmann wurde 1986 von Gian Andreas Fueter abgelöst.

⁸⁷ Bressler 1954.

⁸⁸ Vgl. die Liste der konsiliarisch betreuten Institutionen in: Gesundheitsdepartement 1972, S. 146. Zur psychiatrischen Betreuung der Zöglinge der Erziehungsanstalt Aarburg, die sich um 1950 etablierte: Heiniger 2016, S. 233, 395.

⁸⁹ Vgl. JB Rüfenach 1945–1980; StAAG, ZWA 2003.0036 (2003-00061), Position 74, diverse Unterlagen; StAAG, ZWA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 35, Protokolle der Aufsichtskommission des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, 1975–1990. Die Aufsichtskommission des KJPD war seit 1977 auch für die Kinderbeobachtungsstation Rüfenach zuständig.

⁹⁰ Im Sample sind zwei Fälle dokumentiert. In einem Fall aus dem Jahr 1954 empfahl Mohr die Behandlung eines Kindes mit einer Entwicklungsstörung mit Glutaminsäure. Zehn Jahre später riet er bei einem Kind zur Therapie mit dem Neuroleptikum Melleril. Vgl. Archiv PDAG, Heimakten Rüfenach, Akten 382 und 819.

⁹¹ JB KJPD 1974–1990. Im Staatsarchiv Aargau befinden sich verschiedene Unterlagen, die die Entwicklung des KJPD und die Konflikte in den 1980er-Jahren dokumentieren: StAAG, ZWA 2003.0036 (2003-00061), Positionen 36 und 740, Dossier 13740; StAAG, ZWA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 27, 29 und 30.

Unter Grolimund und Bachmann dominierte ein eher klassisches Therapieverständnis, das psychotherapeutische und biologisch-pharmakologische Ansätze kombinierte. Vor allem in den Anfangsjahren des KJPD war die Verschreibung von Medikamenten relativ weit verbreitet. In den 1980er-Jahren ging der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die mit Psychopharmaka behandelt wurden, wieder zurück.⁹² Ein Grund dafür war sicher, dass die Medikation bei Kindern in dieser Zeit zunehmend umstritten war. 1989 kritisierte etwa der «Aargauer Kurier» die Verschreibung von Ritalin durch den KJPD für Kinder mit einem Psychoorganischen Syndrom. Ritalin sei ein «suchterzeugendes Mittel», schädige das Nervensystem und verursache Wachstumsstörungen.⁹³ Bereits 1982 hatte es Stimmen aus antipsychiatrischen Kreisen gegeben, die Bachmann vorwarfen, ein veraltetes naturwissenschaftliches Psychiatrieverständnis zu propagieren.⁹⁴ Nach dem Amtsantritt von Fueter schlitterte der auf knapp 20 Stellen angewachsene Dienst in eine eigentliche Krise. Fueter hatte bei seinem Amtsantritt stark auf familientherapeutische und systemische Ansätze gesetzt, was innerhalb des Teams jedoch Widerstände und Vorwürfe der Einseitigkeit hervorrief. Es kam zu einer Kündigungswelle und die Aufsichtskommission schaltete sich ein. Gegenstand der Auseinandersetzungen waren neben unterschiedlichen Auffassungen über die therapeutische Ausrichtung vor allem das Führungsverständnis des Chefarztes und persönliche Differenzen. Der schwelende Konflikt wurde Anfang 1990 durch Medienberichte über «illegale» Videoaufnahmen von Therapiesitzungen zusätzlich angeheizt. Die eingeleiteten Abklärungen ergaben, dass – entgegen ausdrücklicher Weisungen – in einigen Fällen die Zustimmung der gefilmten Patientinnen und Patienten tatsächlich erst nachträglich eingeholt worden war. Die Krise wurde im April 1990 mit einem Untersuchungsbericht der Gesundheitsdirektion sowie Empfehlungen für eine Organisations- und Personalentwicklung beigelegt.⁹⁵

3.5 Späte Regulierungen: der rechtliche Rahmen für Medikamentenversuche

Die Dynamik, die der medizinisch-pharmazeutische Fortschritt nach dem Zweiten Weltkrieg auslöste, zog mit Verzögerungen neue Regulierungsversuche nach sich.⁹⁶ Diese konzentrierten sich zunächst auf die nationalstaatliche Ebene, nahmen, bedingt durch die Tätigkeit der Pharmaunternehmen, jedoch zunehmend internationale Dimensionen an. Regulierungslücken wurden nach und nach mit einem komplexen Geflecht von Normen und Standards überzogen. Medikamentenversuche fanden in der Schweiz lange in einem Graubereich zwischen Arzneimittel-, Patienten- und Strafrecht statt. Dabei überlagerten sich kantonale und nationale Normen. Erst das Heilmittelgesetz von 2000 regelte die Durchführung klinischer Versuche auf Bundesebene. Es wurde 2011 durch das heute geltende

⁹² Vgl. JB KJPD 1982, S. 5–12; Schreiben des KJPD an die Kantonsärztin, 30. Januar 1990, StAAG, ZWA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 30. Der Eindruck, dass in den 1970er-Jahren Kinder und Jugendliche relativ häufig medikamentös behandelt wurden, wird durch die kursorische Durchsicht von 250 Patientendokumentationen des Konsiliardienstes an der Erziehungsberatung Wohlten bestätigt.

⁹³ Aargauer Kurier, 11. Januar 1990, mit Verweis auf einen 1989 publizierten Artikel der gleichen Zeitung. Vgl. StAAG, ZWA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 27. Zur umstrittenen Medikation bei Kindern siehe auch: Protokoll des Aargauischen Grossen Rat 1989–1993, 3. April 1990, Art. 548, S. 928 und 931.

⁹⁴ Bürgerblatt, Juli 1982.

⁹⁵ Vgl. dazu: Bericht der Gesundheitsdirektion, Beantwortung der Interpellationen Gschwend-Hauser, Wieser und Meier betr. den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst vom 16. Januar 1990, 1. März 1990, StAAG, ZWA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 27; Protokoll des Aargauischen Grossen Rats 1989–1993, 3. April 1990, Art. 548, S. 924–933.

⁹⁶ Die nachfolgenden Abschnitte folgen Rietmann/Germann/Condrau 2018, S. 217–220.

Humanforschungsgesetz (HFG) abgelöst. Die unübersichtliche Rechtslage betraf im Untersuchungszeitraum nicht nur die Psychiatrie, sondern auch andere medizinische Disziplinen. In der Psychiatrie, die nebst ihren therapeutischen Aufgaben immer auch gesellschaftliche Ordnungsinteressen wahrzunehmen hatte, bekamen rechtlich-ethische Fragen jedoch eine besondere Brisanz. Vielfach waren Patientinnen und Patienten betroffen, die sich unfreiwillig in der Obhut der Kliniken befanden oder deren Handlungsfähigkeit eingeschränkt war. Dies dürfte mit ein Grund dafür sein, dass die Psychiatrie heute stärker dem Generalverdacht ausgesetzt ist, in der Vergangenheit ihre Ordnungsfunktion zulasten der Patientinnen und Patienten missbraucht zu haben.⁹⁷

Die Zuständigkeit für die Zulassung neuer Arzneimittel lag in der Schweiz bis ins Jahr 2000 bei den Kantonen. Die 1900 auf dem Konkordatsweg geschaffene Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) überprüfte zwar neue Heilmittel, hatte jedoch nur eine empfehlende Funktion und erteilte keine Vertriebsbewilligungen. 1942 revidierten die Kantone die IKS-Vereinbarung. Ab dann musste ein Medikament von der IKS geprüft und registriert werden, bevor es in den Kantonen zugelassen werden konnte.⁹⁸ Wie andere Kantone stellte der Kanton Aargau auf die Beurteilung durch die IKS ab. Der Vertrieb pharmazeutischer Spezialitäten war nur nach der Registrierung durch die IKS möglich.⁹⁹

Humanversuche mit nicht registrierten Präparaten wurden durch die Zulassungsregelungen allerdings nicht erfasst. Sie waren somit auch nicht verboten. Indem die IKS Anforderungen an die Registrierung definierte, legte sie fest, wie Pharmaunternehmen, die ein neues Präparat auf den Markt bringen wollten, dieses vorgängig an Patientinnen und Patienten testen mussten. Indirekt nahm die IKS damit Einfluss auf die Standards der klinischen Forschung. Im Nachgang zum Contergan-Skandal von 1962 erhöhten die Regulatorsbehörden vieler Länder die Anforderungen an die Arzneimittelsicherheit. Auch die IKS verschärfte die Zulassungsrichtlinien und verlangte von den Herstellern genauere Auskünfte über die Wirkungsweisen und Nebenwirkungen von neuen Präparaten.¹⁰⁰ 1977 erhöhte die IKS die Anforderungen erneut. Klinische Untersuchungen am Menschen waren nun als kontrollierte Studien durchzuführen, wobei ein neuer Wirkstoff gegen ein bekanntes Präparat oder gegen ein Placebo zu prüfen war.¹⁰¹

Die wachsende Bedeutung von klinischen Studien für die Zulassung hatte Regulierungslücken zur Folge, die sich zulasten der betroffenen Versuchspatientinnen und -patienten auswirkten. Die Richtlinien der IKS machten nämlich keine Vorgaben, wie Versuchspersonen zu schützen waren. Das Schweizerische Strafgesetzbuch von 1942 stellte zwar rechtswidrige Eingriffe in die körperliche Integrität und individuelle Freiheit unter Strafe. Zudem gebot der zivilrechtliche Persönlichkeitsschutz das Einholen der Einwilligung der Patientinnen und Patienten. Juristisch gesehen, war es im Grundsatz unbestritten, dass bei einem medizinischen Eingriff die Einwilligung der betroffenen Person oder des gesetzlichen Vertreters einzuholen war. Was Tests von nicht zugelassenen Medikamenten anbelangte,

⁹⁷ Vollmann 2000.

⁹⁸ Fischer 1975.

⁹⁹ Gesundheitsgesetz, 10. November 1987, Art. 43, Abs. 4, Aargauische Gesetzessammlung, 12, S. 533; Verordnung über den Verkehr mit Heilmitteln, 17. Dezember 1973, Art 12, Aargauische Gesetzessammlung, 8, S. 627; Verordnung über den Verkehr mit Heilmitteln und Giften, 16. Mai 1941, Art. 20, Aargauische Gesetzessammlung, 3, S. 149.

¹⁰⁰ IKS 1963, S. 2–7. Zum internationalen Kontext: Hess/Hottenrott/Steinkamp 2016, S. 39–48; Balz 2010, S. 426; Rothman 1991, S. 85–100.

¹⁰¹ IKS 1977.

blieben in der Praxis jedoch – auch mangels einer einschlägigen Rechtsprechung – viele Fragen offen.¹⁰² Das Gleiche gilt im Übrigen für Zwangsbehandlungen. Erst 1993 verlangte das Bundesgericht für Zwangsmedikationen im Rahmen fürsorgerischer Freiheitsentziehungen eine ausdrückliche Rechtsgrundlage.¹⁰³

Der Nürnberger Kodex (1947) und die Deklaration des Weltärztebunds von Helsinki (1964) verankerten das Prinzip der aufgeklärten Einwilligung (*informed consent*) in der Medizinethik. Sie stiessen in der Schweiz jedoch nur langsam auf Resonanz. Zudem blieb die Rezeption einseitig auf die Fürsorgepflicht des ärztlichen Handelns bezogen. 1961 beschäftigte sich zum Beispiel die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie mit der Thematik. Die Problematisierung beschränkte sich allerdings auf Forschungsuntersuchungen an handlungsunfähigen Personen ausserhalb eines therapeutischen Kontexts.¹⁰⁴ Eine Klärung brachten erst die Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) von 1970, die im Folgejahr in Kraft traten. Die SAMW-Richtlinien, die als *soft law* lediglich Empfehlungscharakter hatten, folgten der Helsinki-Deklaration und unterschieden zwischen Forschungsuntersuchungen im Interesse der behandelten Patientinnen und Patienten und «anderen Forschungsuntersuchungen», die keinen Nutzen für die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer versprachen. Bei therapeutischen Forschungsuntersuchungen wurde der Arzt verpflichtet, die Patientinnen und Patienten «in dem Mass, in dem dies möglich und der psychologischen Verfassung des Kranken angemessen ist», aufzuklären und deren «freie Zustimmung» einzuholen. Bei nicht handlungsfähigen Personen war die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters nötig. Ausserdem enthielten die Richtlinien Anforderungen an die Dokumentation. Einwilligungen in Forschungsuntersuchungen mussten protokolliert und in der Krankengeschichte vermerkt werden. Weiter empfahlen die Richtlinien «Konsultationsgremien» zu schaffen, denen Forschungsuntersuchungen vorgängig unterbreitet werden konnten. In der überarbeiteten Fassung von 1981 war die Empfehlung zur Einsetzung und Konsultation einer klinikinternen «medizinisch-ethischen Kommission» deutlicher formuliert.¹⁰⁵ Die SAMW-Richtlinien von 1970 und 1981 waren erste Versuche, die Rechte der Patientinnen und Patienten zu stärken. Sie widerspiegeln den Wandel des Grundrechtsverständnisses, der sich seit der Mitte der 1960er-Jahre in vielen Bereichen beobachten lässt. Langfristig verschob sich der Akzent von der paternalistischen Fürsorgepflicht des Arztes zum Recht der Versuchsperson auf Selbstbestimmung. Im Bereich der klinischen Forschung kam es erst nach 1990, das heisst nach dem Untersuchungszeitraum der vorliegenden Studie, zu einem weiteren Regulierungsschub.¹⁰⁶

¹⁰² Vgl. Hinderling 1963; Schwander 1952, Nr. 175. Bis zu einem Grundsatzentscheid des Bundesgerichts von 1973 blieb strittig, ob ein *legis artis* durchgeführter Heileingriff den Tatbestand einer Körperverletzung erfüllen konnte (BGE 99 IV 210). 1980 anerkannte das Bundesgericht das Prinzip der aufgeklärten Einwilligung definitiv als Teil der *doctrine suisse* und verwies hierzu auf die rechtswissenschaftliche Lehre, die sich bereits seit 1945 mit der Frage auseinandergesetzt hatte (BGE 105 II 287).

¹⁰³ BGE 125 III 169.

¹⁰⁴ Müller/Eggis 1961.

¹⁰⁵ SAMW 1970, Ziff. III (Aufklärung und Zustimmung), Ziff. II.7 (Konsultationsgremien), Ziff. II.9 (Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht); SAMW 1981, Ziff. II.7 (medizinisch-ethische Kommissionen). Zum Status der SAMW-Richtlinien: Jenni 2011, S. 33f.

¹⁰⁶ Dazu gehörte insbesondere das IKS-Reglement über die Heilmittel im klinischen Versuch von 1993. Es griff auf die Regeln der Guten Praxis der klinischen Versuche der Europäischen Gemeinschaft und die Richtlinien der SAMW zurück und regelte detailliert das Vorgehen bei der Aufklärung und Einwilligungseinholung von Versuchspersonen.

Im Kanton Aargau führten in den 1980er-Jahren verschiedene Interventionen im Grossen Rat dazu, dass die klinische Forschung stärker reguliert wurde. Im Gegensatz zu den Richtlinien der SAMW hatten diese Normen Gesetzescharakter. Der wachsende Regulierungsdruck zeigt, dass das Bewusstsein für die Vulnerabilität und die Rechte von Patientinnen und Patienten in dieser Zeit zunahm. Ebenfalls zeigen die Diskussionen, wie das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Forschung in den Blick der institutionellen Politik geriet. Auch in einer weiteren Hinsicht ist die Debatte interessant. Sie belegt nämlich, dass damals einer breiteren Öffentlichkeit bekannt war, dass die Klinik Königsfelden wie andere kantonale Spitäler Tests und Studien mit noch nicht registrierten Präparaten durchführte.

Durch Medienberichte über einen Pharmazie-Skandal an der Kieler Kinderklinik alarmiert, verlangte im September 1980 eine Kleine Anfrage Auskunft zu den Fragen, ob an den aargauischen Kantons- und Regionalspitälern ebenfalls «Versuche mit Medikamenten» an Patientinnen und Patienten durchgeführt würden und ob die betroffenen Personen vorgängig über die Tests informiert würden.¹⁰⁷ In ihrer Antwort verwies die Regierung auf Abklärungen durch den Kantonsarzt. Rückfragen bei den kantonalen Spitälern und Kliniken – darunter bei der Psychiatrischen Klinik – hätten ergeben, dass an allen kantonalen Spitälern und einzelnen Regionalspitälern «klinische Erprobungen» von noch nicht registrierten Medikamenten vorgenommen würden. Dabei handle es sich aber ausschliesslich um bereits «vorgetestete Medikamente». Die Richtlinien der SAMW seien den befragten Kliniken bekannt und würden angewandt. Die Patientinnen und Patienten würden über die Durchführung einer Erprobung informiert und ihre Zustimmung werde mündlich oder in besonderen Situationen schriftlich eingeholt. Bei nicht handlungsfähigen Personen würden die Eltern oder gesetzlichen Vertreter orientiert.¹⁰⁸ Offenbar vermochte die regierungsrätliche Entwarnung die Bedenken nicht vollständig zu zerstreuen. Parallel zur Behandlung des erwähnten Vorstosses nahm der Grosse Rat nämlich einen Zusatz in das revidierte Organisationsdekret der Klinik Königsfelden auf. Darin wurden zum einen die Forschungsaufgaben der Klinik näher umschrieben. Zum andern hielt die ergänzte Bestimmung fest, dass Patientinnen und Patienten, die in ein Forschungsprogramm einbezogen wurden, darüber zu orientieren waren und das Recht hatten, ihre Mitwirkung zu verweigern. Zudem war vorgeschrieben, dass die Aufsichtskommission periodisch über das Forschungsprogramm zu informieren war.¹⁰⁹ Das Prinzip der aufgeklärten Zustimmung wurde damit rechtlich verankert. Dabei scheint das liberale Anliegen, die Patientenrechte zu stärken, im Vordergrund gestanden zu haben. Psychiatriekritische Stimmen, wie sie zu dieser Zeit in anderen Kantonen laut wurden, waren damals im Aargau kaum verbreitet.¹¹⁰

¹⁰⁷ Protokoll des Aargauischen Grossen Rats 1977–1981, 2. September 1980, Art. 1827, S. 2358. Dem Kieler Mediziner Claus Simon wurde vorgeworfen, nicht zugelassene Antibiotika an gesunden Säuglingen und Kindern ohne Wissen und Einwilligungen der Eltern getestet zu haben. Vgl. Der Spiegel, 35/1980, 25. August 1980.

¹⁰⁸ Protokoll des Aargauischen Grossen Rats 1977–1981, 20. Januar 1981, Art. 2042, S. 2710. Abklärungen des Staatsarchivs haben keine Hinweise auf weitere Unterlagen des kantonsärztlichen Dienstes zu den Antworten der einzelnen Kliniken ergeben.

¹⁰⁹ Dekret über die Organisation der Psychiatrischen Klinik Königsfelden und der ihr angeschlossenen ambulanten Dienste, 6. Januar 1981, Art. 1, Aargauische Gesetzessammlung, 10, S. 299; Protokoll des Aargauischen Grossen Rats 1977–1981, 6. Januar 1981, Art. 2040, S. 2702–2704.

¹¹⁰ Mündliche Auskunft von Dr. Mario Etzensberger gegenüber dem Verfasser, 27. Januar 2020. Die einzigen psychiatriekritischen Spuren, die sich im Lauf der vorliegenden Untersuchung finden liessen, betreffen zwei Artikel des politisch links stehenden «Bürgerblatt» (Ausgaben Juli und August 1982), das gegen die «bürgerliche Psychiatrie» Stellung bezog.

Dass ethisch-juristische Aspekte in den 1980er-Jahren an Gewicht gewannen, zeigt sich auch darin, dass die Klinikleitung von Königsfelden 1982 eine medizinisch-ethischen Kommission einsetzte, wie sie in den Richtlinien der SAMW vorgesehen war. Dabei handelte es sich um ein klinikinternes Gremium, das in einer ersten Phase vom ärztlichen Direktor geleitet wurde, in dem jedoch auch externe Fachleute vertreten waren. Die Kommission hatte die Aufgabe, laufende und künftige Forschungsprojekte zu beurteilen.¹¹¹ Über die Tätigkeit der Kommission ist mangels Quellenüberlieferung leider kaum etwas bekannt. Offenbar scheint es zu Unterbrüchen gekommen zu sein. Anfang 1991 wurde die Kommission gemäss dem Jahresbericht der Klinik wieder «retabliert».¹¹² 2004 ging sie, dem Trend zur Ablösung der (ärztlich-klinischen) Selbstregulation durch staatliche Organe folgend, in der kantonalen Ethikkommission auf.¹¹³

Mitte der 1980er-Jahre geriet die Frage der Patientenrechte im Zusammenhang mit klinischen Forschungen erneut auf die politische Agenda. Den Rahmen bildete die Revision des Gesundheitsgesetzes. Anders als 1981 bei der Revision des Organisationsdekrets ging es jetzt nicht spezifisch um die Psychiatrie. Die besondere Situation von Psychiatriepatientinnen und -patienten prägte die Debatte aber trotzdem stark. Hauptpunkte der Reform waren die Verankerung der Bewilligungspflicht für klinische Versuchen an Menschen und die Stärkung der Patientenrechte insbesondere bezüglich chirurgischer Eingriffe wie Sterilisationen, Kastrationen oder Transplantationen, in Unterricht und Forschung sowie im Zusammenhang mit der Sterbehilfe. Das Prinzip der aufgeklärten Einwilligung war dabei unbestritten.¹¹⁴

Kontrovers diskutiert wurde im Grossen Rat die Frage, ob klinische Forschung an handlungsunfähigen Patientinnen und Patienten generell verboten werden sollte, wie dies von der Fraktion der Evangelischen Volkspartei gefordert wurde. Die Diskussion ist insofern interessant, als die Gegner ausdrücklich auf die Einschränkungen hinwiesen, die ein solches Verbot für die Psychiatrie mit ihrem hohen Anteil an handlungsunfähigen Patientinnen und Patienten haben würde. So argumentierte der freisinnige Grossrat und Arzt Emil Külling: «Die Bedeutung der Untersuchung von neuen Substanzen, von sog. Psychopharmaka, an der Klinik Königsfelden ist eben doch sehr, sehr gross. Wir selbst in diesem Rat sind jedesmal stolz, wenn wir die Geschäftsberichte der Spitäler behandeln und dann unter «Klinik Königsfelden» vermerken, dass auch in der Klinik Forschung betrieben wird.» Külling mobilisierte dabei die einschlägigen Argumente, mit denen klinische Studien mit Psychopharmaka seit Langem gerechtfertigt wurden. Demnach mussten Psychopharmaka notwendigerweise am Menschen erprobt werden. Zudem dienten Forschungsuntersuchungen in Königsfelden «ausschliesslich den Patienten und nicht der eigentlichen medizinischen Forschung».¹¹⁵ Der Rat blieb schliesslich bei der Fassung, die Forschungen an urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten mit der Zustimmung des gesetzlichen

¹¹¹ JB PKK 1982, S. 6. Mündliche Auskünfte von Dr. Mario Etzensberger und Jürg Härdi gegenüber dem Verfasser, 27. Januar 2020 respektive 9. Januar 2020.

¹¹² JB PKK 1990, S. 18.

¹¹³ Jenni 2011, S. 70f.

¹¹⁴ Gesundheitsgesetz, 10. November 1987, Art. 49–54, Aargauische Gesetzessammlung, 12, S. 533; Protokoll des Aargauischen Grossen Rats 1985–1989, 2. September 1986, Art. 699, S. 1053–1055 und 28. Oktober 1986, Art. 784, S. 1214–1219.

¹¹⁵ Protokoll des Aargauischen Grossen Rats 1985–1989, 28. Oktober 1986, Art. 784, S. 1215.

Vertreters zuliess.¹¹⁶ Dieser Grundsatz fand ebenfalls Eingang in das Patientendekret von 1990, das der Grosse Rat im Anschluss an das Gesundheitsgesetz von 1987 erliess. Zu den Kernpunkten des Dekrets gehörten die Aufklärung und die Einwilligung der Patientinnen und Patienten. Es regelte des Weiteren detailliert die Durchführung von Forschungsuntersuchungen an Menschen.¹¹⁷

¹¹⁶ Gesundheitsgesetz, 10. November 1987, Art. 53, Aargauische Gesetzessammlung, 12, S. 533 (in Kraft ab 1. Mai 1988).

¹¹⁷ Dekret über die Rechte und Pflichten der Krankenhauspatienten, Art. 22, 21. August 1990, Aargauische Gesetzessammlung, 13, S. 283 (in Kraft ab 1. September 1990).

4 Ergebnisse der Abklärungen

Nach einem Überblick über die historischen und institutionellen Rahmenbedingungen präsentiert dieses Kapitel die Ergebnisse der Abklärungen, die im Rahmen der Pilotstudie unternommen wurden. Den Ausführungen, die sich an den eingangs formulierten Fragestellungen orientieren, ist ein Unterkapitel vorangestellt, das näher auf die ausgewerteten Patientendokumentationen eingeht. Diese stellen die wichtigsten Quellen der Untersuchung dar.

4.1 Quellenkritische Vorbemerkungen zu den Patientendokumentationen

Bedingt durch die Überlieferungssituation, stützt sich die vorliegende Pilotstudie grösstenteils auf Krankenakten der Klinik Königsfelden. Es handelt sich dabei um eine Spurensuche, die auf einer fragmentarischen Überlieferung beruht. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, vorab einige Bemerkungen zur Form und zur Aussagekraft dieser Quellen zu machen. Insgesamt konnten 46 Patientendokumentationen, die Hinweise auf Versuchspräparate enthalten, in die Pilotstudie einbezogen und qualitativ ausgewertet werden. Davon stammen 44 Dokumentationen aus dem Sample (davon 11 aus der systematischen Stichprobe). Diese betreffen 16 Frauen und 28 Männer. Eine weitere Dokumentation, die eine Patientin betrifft, wurde aufgrund eines Hinweises in den Apothekenbüchern berücksichtigt. Hinzu kommt eine Patientendokumentation der Beobachtungsstation Rüfenach, auf die im Kapitel 4.6 gesondert eingegangen wird.

Die Patientendokumentationen der Klinik Königsfelden sind vielgliedrige Akten, die von verschiedenen Personen bearbeitet wurden und Unterlagen unterschiedlicher Provenienz enthalten. Sie geben primär die Sicht der Institution wieder. Aussagen von Patientinnen und Patienten tauchen nur vereinzelt auf, etwa in Briefen an die Klinikleitung oder an Angehörige. Ansonsten handelt es sich um mittelbare Aussagen, die vom Personal der Klinik schriftlich festgehalten wurden. Diesen Umstand muss man bei der Auswertung im Kopf behalten.

Die Patientendokumentationen sind fortlaufend nummeriert. Sie bestehen aus einer Mappe, auf der die Aktennummer, der Name und die Anzahl Eintritte vermerkt sind. Akten für Männer liegen in einer grünen, Akten für Frauen in einer beige Mappe. Bei jedem Eintritt wurde ein Aufnahmedossier angelegt, das in den 1950er- und 60er-Jahren aus einem grauen und später aus einem weissen Umschlag besteht.¹¹⁸ Auf den vorgedruckten Umschlägen befinden sich Angaben zu Personalien, zur Diagnose, zur Aufnahmeanamnese, zu Therapien sowie häufig ein kurzer Verlaufsbericht. Die Krankenjournale, die von den Stationsärzten und -ärztinnen geführt wurden, befinden sich lose in den Umschlägen. Ebenfalls lose in den Umschlägen abgelegt sind Medikationsblätter, körperliche Befundaufnahmen, Labor- und EEG-Berichte, Formulare zu «Heredität und familiären Verhältnissen» sowie Lebensläufe, die von den Patientinnen und Patienten verfasst wurden. Aus der Zeit nach 1960 sind vermehrt Besuchsberichte und Pflegerapporte erhalten, die vom Pflegepersonal verfasst wurden. Auch Kardex-Mappen, die seit 1981 auf den Stationen geführt wurden, befinden sich in den Umschlägen. Neben den nummerierten Aufnahmedossiers enthalten die Patientendokumentationen einen Schnellhefter, in dem

¹¹⁸ Bis zu Beginn der 1950er-Jahre wurden weisse Aufnahmebogen im Folioformat verwendet.

administrative Korrespondenzen mit Angehörigen, Kranken- oder Sozialversicherungen und anderen Behörden abgelegt wurden. Hinzu kommen lose in die Mappe gelegte Gutachten, Kopien von Krankengeschichten anderer Kliniken oder zurückbehaltene Briefe.

Therapien mit Psychopharmaka sind meist auf zweifache Weise dokumentiert. Die Angaben zu den Versuchspräparaten unterscheiden sich dabei nicht von denjenigen zu den zugelassenen Standardmedikamenten. Angaben zur Medikation befinden sich zum einen in den Krankenjournalen, die von der Ärzteschaft geführt wurden. Die Angaben sind teils in den Lauftext integriert, teils mittels Leerzeilen abgesetzt. Meist enthalten die Einträge auch Informationen über die Dosierung. Oft sind aber nur die Hauptmedikamente angegeben. Journaleinträge können, auch wenn sie auf einen bestimmten Tag datiert sind, Beobachtungen über einen längeren Zeitraum zusammenfassen. Vielfach ist es schwierig, die Kadenz der Einträge nachzuvollziehen. Im Fall eines Patienten, der im Spätsommer an einem Doppelblindversuch mit dem Präparat IS 884 teilnahm, führte der Stationsarzt das Krankenjournal sogar erst Monate später nach.¹¹⁹ «[Die Krankenakte] erreicht mich erst spät, sodass Einträge im Nachhinein erfolgen und aus losen Notizen rekonstruiert werden müssen», heisst es 1975 in einem undatierten Eintrag zu einem anderen Patienten.¹²⁰

Die abgegebenen Medikamente sind zum anderen auf separaten Medikationsblättern dokumentiert, die vom Pflegepersonal auf den Stationen nachgeführt wurden.¹²¹ Dabei handelt es sich um vorgedruckte Verlaufsblätter im A4-Querformat, auf denen auch die Körpertemperatur und Angaben zu Vitalfunktionen (Puls, Blutdruck, Stuhl, Urin) vermerkt wurden. Die Medikamente, welche die Patientinnen und Patienten erhielten, sind im unteren Bereich der Vordrucke tages- oder wochenweise von Hand eingetragen. Sofern sie vollständig überliefert sind, erlauben die Medikationsblätter eine präzise Rekonstruktion einzelner Behandlungszyklen. Die Blätter wurden ab 1981 durch Kardex-Karten abgelöst, auf denen die Medikation chronologisch in tabellarischer Form dokumentiert wurde.

Die Angaben der Medikationsblätter beschränken sich auf die Bezeichnung eines Präparats und die Dosierung. Die Informationen in den Krankenjournalen sind – etwa im Vergleich zu den anamnестischen Erhebungen – meist ebenfalls rudimentär. Auch diesbezüglich gibt es kaum Unterschiede zwischen Versuchs- und Standardbehandlungen. «Beginn mit Geigymittel», heisst es zum Beispiel 1957 in einem Eintrag.¹²² 1966 notierte ein Arzt zu einem weiteren Patienten: «Therapie: TPO 33 200 mg. pro Tag.»¹²³ Die Überlegungen und Umstände, die zur Verschreibung eines Versuchspräparats führten, und die Reaktionen und Haltungen der Patientinnen und Patienten lassen sich nur in gut dokumentierten Ausnahmefällen rekonstruieren.

Nur ausnahmsweise erkennbar ist zudem, inwiefern Versuchsbehandlungen Teil von Forschungstätigkeiten waren. Differenzierte Wirkungsbeobachtungen kommen in den Krankenjournalen kaum vor. Eigentliche Forschungsunterlagen befinden sich in den untersuchten Patientendokumentationen

¹¹⁹ KA 14395, Eintrag vom 14. Januar 1969.

¹²⁰ KA 20009, undatiertes Eintrag von (April oder September) 1975.

¹²¹ Mündliche Auskunft von Jürg Härdi gegenüber dem Verfasser, 9. Januar 2020. Demnach wurden die Krankenjournalen von der Ärzteschaft im Büro geführt und aufbewahrt, die Medikationsblätter und später die Kardex-Bogen dagegen vom Pflegepersonal auf den Stationen. Beim Austritt wurden beide Dokumentationen zusammengefügt und im Archiv abgelegt.

¹²² KA 13833, Eintrag vom 28. Januar 1957.

¹²³ KA 15851, Eintrag vom 2. Februar 1966.

ebenfalls kaum. Wenn solche Unterlagen vorhanden waren, müssen sie – wie an anderen Kliniken – separat geführt und abgelegt worden sein.¹²⁴ In der Krankenakte einer Frau, die im September 1956 das neue «Geigy-Mittel» G 22355 erhielt, ist ein blaues «Kurheft» überliefert. Es enthält handschriftliche Notizen, die das Befinden der Patientin minutiös festhalten. Welchen Zweck die Beobachtungen hatten und ob es sich um einen Ausnahmefall handelt, lässt sich indes nicht sagen.¹²⁵ In der Krankenakte des Mannes, der 1967 mit SH 714 behandelt wurde, ist ein Durchschlag eines Fragebogens erhalten, den der Versuchsleiter nach den Vorgaben des Pharmaunternehmens Schering ausfüllte.¹²⁶ In der Patientendokumentation eines Mannes, der 1986 mit CGP 19486 behandelt wurde, findet sich ein zweiseitiger «Schlussbericht», der den Verlauf und die Ergebnisse der Versuchsbehandlung gesondert festhält.¹²⁷ Es gibt keine Hinweise darauf, dass in Königsfelden im Untersuchungszeitraum das Erfassungssystem der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMDP) verwendet worden wäre. Mit diesem System wollten führende Pharmakopsychiater ab den 1960er-Jahren die Wirkungserfassung von Psychopharmaka standardisieren.¹²⁸

4.2 Präparate und Ausmass der Medikamentenversuche

Schon vor dem Aufkommen der modernen Psychopharmaka wurden in Königsfelden vereinzelt psychoaktive und andere Medikamente getestet, die von den Arzneimittelbehörden noch nicht registriert und zugelassen waren. Es ist bereits auf die Versuche von Boris Pritzker mit DHE 45 in den 1940er-Jahren hingewiesen worden.¹²⁹ Aus den frühen 1950er-Jahren sind Schriftwechsel zwischen der Klinik und Pharmaunternehmen über die Abgabe eines neuen Vitaminpräparats (Neuronitrit B12) und eines Antituberkulotikums im Versuchsstadium (Rimifon Ro-3973/B-7) überliefert.¹³⁰ Unklar ist, ob es sich dabei um Einzelfälle handelte und in welchem Entwicklungsstadium sich die Präparate befanden. Ein relativ konsistentes Bild lässt sich erst mit dem Aufkommen der modernen Psychopharmaka ab 1953 zeichnen.

Die Auswertung aller verfügbaren Quellen zeigt, dass in Königsfelden über den ganzen Untersuchungszeitraum hinweg nicht zugelassene Psychopharmaka verabreicht wurden. Die erste Medikation ist für 1953, die letzte für 1986 nachgewiesen. Insgesamt konnten 31 Substanzen eruiert werden, die – bei allen begrifflichen Unschärfen – als Versuchspräparate bezeichnet werden können (Liste im Anhang). Sicher ist, dass mindestens zwei weitere Substanzen im Versuchsstadium im Umlauf gewesen sein müssen.¹³¹ Unter den 31 Präparaten befinden sich fünf Medikamente, die bei der Einführung bereits als Referenzprodukte galten oder unmittelbar vor der Zulassung standen. Dabei handelt es sich

¹²⁴ Meier/König/Tornay 2019, S. 13 f.; Rietmann/Germann/Condrau 2018, S. 224; Germann 2017, S. 34–36.

¹²⁵ KA 13762.

¹²⁶ KA 14157.

¹²⁷ KA 13913. Ähnliche Berichte gab es in der Zürcher Klinik. Vgl. Rietmann/Germann/Condrau 2018, S. 224 f.

¹²⁸ Mündliche Auskunft von Dr. Fritz Ramseier gegenüber dem Verfasser, 12. März 2020, und Mail von PD Dr. Dietrich Schneider-Helmert an den Verfasser, 31. März 2020. Zum AMDP-System: Tornay 2016, S. 183–189.

¹²⁹ Pritzker 1947.

¹³⁰ Schreiben der Chepha-Handels AG an die Kantonale Heil- und Pflegeanstalt, 1. Dezember 1951; Schreiben der Direktion von Königsfelden an Hoffmann-La Roche, 23. Juni 1952, Archiv PDAG, Raum P06.U.116, Ordner Anstalt 1951–1952. Aus den Schriftwechseln geht nicht hervor, ob die beiden Präparate wirklich an Patientinnen und Patienten abgegeben wurden.

¹³¹ JB PKK 1977, S. 18.

um die Neuroleptika Largactil (1953) und Serpasil (1953), das Depot-Neuroleptikum Dapotum (1970), sowie das Nootropikum Nootropil (1976) und das Mutterkornalkaloid Hydergin (1980). Die zwei letztgenannten Präparate wurden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verabreicht, obwohl sie damals primär für die Anwendung bei Erwachsenen vorgesehen waren (siehe Kapitel 4.6). Mindestens vier weitere Substanzen kamen in der Schlafforschung zur Anwendung, darunter die körpereigenen Stoffe L-Tryptophan und Delta-Sleep-Inducing-Peptide. Unter Berücksichtigung dieser Grenzfälle kann man davon ausgehen, dass in Königsfelden zwischen 1950 und 1990 mindestens 25–30 Versuchspräparate, davon der grosse Teil vor der Registrierung, in Gebrauch waren. Da die Auswertung auf einem kleinen Sample beruht, ist davon auszugehen, dass es insgesamt noch mehr waren. Eine Unsicherheit besteht namentlich in Bezug auf die Präparate der Firma Sandoz, die in Königsfelden in mit Laufnummern (Sandoz 1, Sandoz 2, Sandoz 3, Sandoz 12, Sandoz 23) im Umlauf waren. Wenn es sich dabei um eine durchlaufende klinikinterne Nummerierung handelte, dürfte die Zahl der getesteten Medikamente sogar deutlich höher gewesen sein.

Um was für Präparate handelte es sich? Soweit feststellbar, ging es mehrheitlich um Neuroleptika, teilweise auch um Antidepressiva. Hinweise auf sogenannte Tranquilizer ergab die Recherche keine. Zum Teil waren es Präparate, die – wie Tofranil, Melleril oder Taractan – nach der Zulassung über Jahrzehnte zu den Standardmedikamenten in der Psychiatrie gehörten. Einige wurden auch in mehreren Varianten verschrieben. Sowohl von «Sandoz», dem späteren Melleril, als auch von «Roche», dem späteren Taractan, gab es je drei Varianten, in den Unterlagen als Sandoz 1, Sandoz 2 und Sandoz 3 respektive Roche A, Roche B und Roche C bezeichnet. Vermutlich dürfte es dabei darum gegangen sein, chemisch verwandte Stoffe miteinander zu vergleichen. Andere Präparate sind dagegen nur unter ihren Industriekürzeln bekannt – etwa GT 98, Sandoz 23, NPL 82, Substanz P oder CGP 19486. Ob diese Stoffe je über das Versuchsstadium hinaus kamen, lässt sich nicht sagen. Bei Industriekürzeln wie MH 532/1, die nur in den Apothekenbüchern nachgewiesen sind, bleibt sogar ganz offen, um was für Wirkstoffe es sich handelt. Sicher ist, dass in Königsfelden auch einzelne Versuchspräparate zur Behandlung somatischer Beschwerden eingesetzt wurden.¹³²

Die erfassten Versuchsbehandlungen verteilen sich ungleichmässig über den untersuchten Zeitraum. Die ersten Medikationen mit Largactil und Serpasil fanden in der zweiten Jahreshälfte 1953 statt, wobei beide Präparate, wie das Basler Largactil-Symposium vom September 1953 zeigt, rasch zu Standardbehandlungen wurden. Ab September 1956 folgt eine weitere Phase, in der nicht zugelassene Psychopharmaka getestet wurden. Dabei handelte es sich um eine besonders intensive Testphase, die bis Mitte 1959 dauerte und vermutlich am ehesten mit der Praxis in Münsterlingen verglichen werden kann. In dieser Zeit waren mindestens 13 noch nicht zugelassene Präparate in Königsfelden im Umlauf. Die Erprobung der Substanzen G 22355, Sandoz 2 (Sandoz TP 21) und Roche A ging nahtlos in die Verschreibung der Markenprodukte Tofranil, Melleril und Taractan über. Oberarzt Heinz Brunold spielte bei diesen Versuchsreihen eine treibende Rolle. Er gehörte zu einer kleinen Gruppe von Ärzten, die G 22355 mit dem Wirkstoff Imipramin aufgrund von Roland Kuhns Testberichten von der Firma Geigy zur Verfügung gestellt erhielten. Die Gründe, warum gerade Brunold zu dieser Gruppe gehörte, lassen sich nicht klären. Möglich ist, dass er über persönliche Beziehungen zur Firma Geigy oder zu

¹³² Wie ein Zufallsfund zeigt, wurde das Präparat PH 203 zur Behandlung einer Beckenvenenthrombose verschrieben (KA 13988). Dieses Präparat ist in der Liste von 31 Präparaten im Anhang nicht berücksichtigt.

anderen beteiligten Ärzten verfügte.¹³³ Zwei Jahre später publizierte Brunold einen der ersten Fachbeiträge über die Erfahrungen mit Melleril.¹³⁴ Nach 1960 scheinen Medikamentenversuche in Königsfelden eher sporadisch durchgeführt worden zu sein. Zwar gab es immer wieder Tests mit noch nicht registrierten Medikamenten, zum Teil auch mit mehreren Präparaten gleichzeitig oder im Rahmen von Doppelblindversuchen. In den 1970er- und 80er-Jahren handelte es sich gemäss den Erinnerungen eines ehemaligen Arztes vor allem um exploratorische und offene Studien an einer kleinen Anzahl Patienten.¹³⁵ Unter diesen Umständen kann man kaum von einer flächendeckenden Praxis sprechen. Wie das jüngste Beispiel aus dem Sample belegt, wurden aber noch Mitte der 1980er-Jahre nicht zugelassene Neuroleptika in der Klinik getestet. Das Beispiel von Königsfelden zeigt somit, dass klinische Studien auch dann, als die Standardisierung der klinischen Forschung bereits weit vorangeschritten war, nicht auf Kliniken mit Universitätsstatus beschränkt waren.¹³⁶

Die Zahl der betroffenen Personen lässt sich nicht abschliessend beziffern. Ähnlich wie für andere Kliniken ist nur eine grobe Schätzung möglich. Die Auswertung der systematischen Stichprobe von 200 Patientinnen und Patienten ergibt, dass in dieser Gruppe 13 Personen (9 Männer und 4 Frauen) einmal oder mehrfach in Medikamentenversuche involviert waren.¹³⁷ Die Stichprobe ist allerdings nur bedingt repräsentativ. Zum einen erfasst sie nur Patientinnen und Patienten, bei denen eine Schizophrenie oder eine affektive Störung diagnostiziert wurde. Patientinnen und Patienten mit anderen Diagnosen sind nicht berücksichtigt. Es ist davon auszugehen, dass diese ebenfalls, wenn auch in einem geringeren Ausmass tangiert waren. Zum andern waren Versuche mit neuen Psychopharmaka nicht gleichmässig über den ganzen Untersuchungszeitraum verteilt. Die erweiterte Stichprobe für die Jahre 1956–1959 und die Auswertung der Apothekenbücher zeigen, dass in dieser Phase sehr häufig Versuchspräparate verschrieben wurden. Es ist fraglich, ob die kleine Stichprobe solche Spitzen und Schwankungen ausreichend abbildet. Bei aller Unschärfe lässt sich festhalten, dass sich der Anteil der Klinikpatientinnen und -patienten, die zwischen 1950 und 1990 von Medikamententests betroffen waren, im tieferen einstelligen Prozentbereich bewegt haben dürfte. In bestimmten Phasen, vor allem in der zweiten Hälfte der 1950er-Jahre, dürfte er allerdings deutlich höher gewesen sein. Bezogen auf die Zahl der hospitalisierten Personen lässt sich auf dieser Basis schätzen, dass zwischen 1950 und 1990 mehrere Hundert Frauen und Männer von Medikamentenversuchen betroffen waren.¹³⁸

Das Bild, das die Stichprobe ergibt, deckt sich im Wesentlichen mit den Erkenntnissen zu anderen Kliniken. Eine Untersuchung zur Klinik Hasenbühl in Liestal kommt ebenfalls auf einen Anteil im tiefen einstelligen Prozentbereich.¹³⁹ An den Universitätskliniken Zürich und Basel dürfte der Anteil der

¹³³ Liste der G 22355-Prüfer (Mental Drug), 4. April 1957, StATG, 9'40, 5.0.3/7; Tornay 2016, 141.

¹³⁴ Brunold 1959.

¹³⁵ Mail von PD Dr. Dietrich Schneider-Helmert an den Verfasser, 31. März 2020.

¹³⁶ Roland Kuhn führte in Münsterlingen bis Ende der 1980er-Jahre Tests mit Versuchspräparaten durch. Vgl. Meier/König/Tornay 2019, S. 246–252. Für die Klinik Liestal sind nach 1972 keine Tests mehr bekannt. Vgl. Lienhard/Condrau 2019, S. 17.

¹³⁷ Darunter befindet sich je eine Verschreibung von Largactil und Dapotum, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht registriert waren, aber bereits als Referenzmedikamente galten. Ein Patient des systematischen Samples war während der Aufenthalte in Königsfelden von zwei Medikamentenversuchen betroffen.

¹³⁸ Die Zahl der im Untersuchungszeitraum in Königsfelden hospitalisierten Personen ist nicht bekannt. Im Zeitraum von 1950–1980, der für die Bildung des Sample massgebend war, wurden rund 11'300 neue Krankenakten angelegt. Die Zahl der Patientinnen und Patienten aus diesem Zeitraum, die vor 1950 zum ersten Mal in die Klinik eintraten, lässt sich nicht eruieren.

¹³⁹ Lienhard/Condrau 2019, S. 20.

Versuchspersonen etwas höher gewesen sein.¹⁴⁰ Für die Klinik Münsterlingen, für welche die Quellenlage vergleichsweise gut ist, gehen die Autorinnen und der Autor der einschlägigen Studie von einer deutlich höheren Fallzahl aus, ohne sich jedoch auf eine prozentuale Schätzung festzulegen.¹⁴¹ Ähnlich präsentiert sich das Bild bezüglich der Anzahl Versuchspräparate. In Münsterlingen und an der Universitätsklinik Zürich dürften markant mehr (67 respektive 55), in den Universitätskliniken Basel (33) und Bern (33) geringfügig mehr und in Liestal (17) etwas weniger Präparate ohne Handelsnamen verschrieben worden sein. Direkte Vergleiche sind allerdings schwierig, da die Datenlage und die Betrachtungszeiträume von Klinik zu Klinik unterschiedlich sind.

4.3 Auswahl der Versuchspatientinnen und -patienten

Sieht man von der Frühphase in den 1950er-Jahren ab, war nur ein kleiner Teil der Königsfelder Patientinnen und Patienten in Medikamentenversuche involviert. Umso mehr stellt sich die Frage, wie die Ärzte und Ärztinnen die betroffenen Versuchspersonen auswählten. Da keine Prüfpläne überliefert und die Angaben in den Patientendokumentationen lückenhaft sind, lassen sich die Erwägungen, die im Einzelfall den Ausschlag für eine bestimmte Medikation gaben, nur ansatzweise rekonstruieren. Die Patientenakte eines Mannes, der 1967 zur Dämpfung des Sexualtriebs mit dem Antiandrogen SH 714 (Cyproteronacetat) behandelt wurde, ist diesbezüglich eine seltene Ausnahme. In diesem Fall lassen sich die Indikationsstellung und die Haltung des Patienten aufgrund der Unterlagen gut nachvollziehen.¹⁴² In den meisten Fällen müssen die Erwägungen, die zu einer bestimmten Behandlung führten, dagegen aus verstreuten Hinweisen in den Akten oder aus dem Kontext erschlossen werden. Manchmal lassen sich die Fragen, die sich dabei stellen, gar nicht beantworten.

Ein breites Spektrum von Betroffenen

Untersuchungen zu anderen Kliniken zeigen, dass die Frage nach der Patientenauswahl nicht einfach zu beantworten ist. Offenbar beeinflussten zahlreiche und nicht immer dokumentierte Faktoren die Entscheide der Ärzte und Ärztinnen, ein Versuchspräparat zu verschreiben. Das Spektrum der Versuchspatientinnen und -patienten bezüglich Geschlecht, sozialer Herkunft, Aufnahmezustand, Behandlungsdauer und Diagnose war überall breit. Für einzelne Kliniken gibt es Hinweise darauf, dass Frauen und Langzeitpatientinnen und -patienten übervertreten waren. Ob es sich dabei um generelle Trends oder um einzelne Abweichungen handelte, ist schwer zu beurteilen.¹⁴³

Die genannten Befunde treffen im Wesentlichen auch auf Königsfelden zu. Das ausgewertete Sample zeigt ein breites Spektrum von Patientinnen und Patienten. Es gibt keine Hinweise darauf, dass bestimmte Patientengruppen bezüglich Alter, sozialer Herkunft und Aufnahmezustand häufiger von Medikamentenversuchen betroffen waren als der Durchschnitt der Klinikpopulation. Auffallend ist jedoch, dass bezogen auf die Stichprobe Männer häufiger als Frauen in Medikamentenversuche involviert

¹⁴⁰ Rietmann/German/Condrau 2018, S. 212; Germann 2017, S. 46.

¹⁴¹ Meier/König/Tornay 2019, S. 272.

¹⁴² KA 14157.

¹⁴³ Meier/König/Tornay 2019, 103; Lienhard/Condrau 2019, S. 21 f.; Manser 2019, S. 19–24; Rietmann/Germann/Condrau 2018, S. 236; Germann 2017, S. 46.

waren. Es gab allerdings deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Versuchsreihen.¹⁴⁴ Über die Gründe, warum Männer in Königsfelden – im Gegensatz zu den Kliniken Basel, Zürich, Bern und Liestal – vergleichsweise stärker tangiert waren, lässt sich nur spekulieren. Ein Grund könnte sein, dass in Königsfelden Antidepressiva und Tranquilizer, die tendenziell häufiger an Frauen verschrieben wurden, eher selten getestet wurden. Es ist nicht auszuschliessen, dass sich das Ungleichgewicht bei einer Erweiterung des Samples korrigieren würde.

Das Aufnahmeverfahren war in Königsfelden bis zur Einführung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (FFE) 1981 nur rudimentär geregelt. Unabhängig davon, dass die Aufnahme durch Behörden, auf Wunsch der Angehörigen oder auf eigenes Begehren erfolgte, war das Vorliegen eines ärztlichen Zeugnisses Bedingung.¹⁴⁵ Aus diesem Grund ist es schwierig, eindeutig zwischen freiwilligen und zwangsweisen Klinikeintritten zu unterscheiden. Mitte der 1980er-Jahre erfolgte knapp jeder fünfte Klinikeintritt im Rahmen einer FFE.¹⁴⁶ Sicher ist, dass auch bei der Einweisung von Patientinnen und Patienten, die während des Klinikaufenthalts nicht zugelassene Medikamente erhielten, rechtliche und physische Zwangsmomente im Spiel waren. Es kam etwa zu Einweisungen durch Vormunde, Bezirks- oder Spitalärzte. Vier Patienten des Samples befanden sich im Rahmen von administrativ- oder strafrechtlichen Massnahmen in der Klinik. Vor allem Männer wurden gegen ihren Willen von der Polizei in die Klinik gebracht. Viele Patientinnen und Patienten kamen mit Angehörigen oder sogar ohne Begleitung nach Königsfelden, wollten aber, sobald sie einmal dort waren, rasch wieder nach Hause. Fluchten und Fluchtversuche sind ebenfalls dokumentiert. Auch diesbezüglich zeigt sich kein Muster, in dem sich Versuchspatientinnen und -patienten signifikant unterscheiden. Anders gesagt: Versuchspatientinnen und -patienten waren wie andere Patientinnen und Patienten auch von Zwangshospitalisierungen und anderen medizinischen und fürsorgerischen Zwangsmassnahmen betroffen. Betroffene solcher Zwangsmassnahmen bildeten aber keine Gruppe, die gezielt für Medikamentenversuche ausgewählt worden wäre.

Wenig eindeutig ist das Kriterium der Diagnose. Die Aussagekraft der systematischen Stichprobe, die auf bestimmte Diagnosen fokussiert, ist in dieser Hinsicht allerdings beschränkt. Die erweiterte Stichprobe, die dieser Einschränkung nicht unterworfen ist, bestätigt jedoch den Befund der Forschung, der durch zeitgenössische Publikationen gestützt wird.¹⁴⁷ Demnach gehörten vor allem Patientinnen und Patienten, bei denen eine Schizophrenie oder affektive Störungen diagnostiziert wurden, zu den

¹⁴⁴ Brunold bezog sich in seiner Publikation (Brunold 1959) über die Prüfung von Thioridazin (Melleril) auf eine Gruppe von 49 Männern und 25 Frauen. Dieses Verhältnis stimmt ungefähr mit dem Sample überein. Bezogen auf das Sample, wurde Imipramin etwa gleich häufig an Frauen (8) wie an Männer (7) verschrieben.

¹⁴⁵ Vgl. JB PKK 1987, S. 44. Detaillierte Aufnahmemodalitäten enthält das Reglement der Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, 25. Juli 1910 (Aargauischen Gesetzessammlung, IX, S. 92). Im Rahmen der Pilotstudie konnte nicht geklärt werden, bis wann das Reglement in Kraft war und durch welche Norm es allenfalls abgelöst wurde. Das Reglement von 1910 wird im systematischen Register der Gesetzessammlung von 1944, jedoch nicht in jener von 1969 aufgeführt. Auch der Änderungserlass zum Einführungsgesetz zum Schweizerischen Zivilgesetzbuch vom 28. Oktober 1980 betreffend die Einführung der fürsorgerischen Freiheitsentziehung (Aargauische Gesetzessammlung, 10, S. 305) enthält keine Hinweise auf Aufnahmebestimmungen, die zu diesem Zeitpunkt ausser Kraft gesetzt worden wären. Interessant ist, dass sogenannte Freiwilligenscheine, mit denen Patientinnen und Patienten die Freiwilligkeit des Eintritts bestätigen, in den untersuchten Krankenakten erst in den 1980er-Jahren auftauchen. In anderen Kliniken der Schweiz waren solche Bescheinigungen ab den 1940er-Jahren verbreitet.

¹⁴⁶ JB PKK 1983 und 1984. Zur FFE auch: JB PKK 1987, S. 43–46.

¹⁴⁷ Lienhard/Condrau 2019, S. 23; Rietmann/Germann/Condrau 2018, S. 236–238.

Zielgruppen klinischer Versuche. Vielfach wurden aber neue Präparate zusätzlich an einzelnen Patientinnen und Patienten getestet, die diesem Diagnoseschema nicht entsprachen.

Interessant ist die Erprobung von Imipramin (G 22355) und Thioridazin («Sandoz») in Königsfelden. Der Wirkstoff G 22355 wurde im Herbst 1956 mehrheitlich an Schizophreniekranken verschrieben. Dies dürfte eine Folge davon gewesen sein, dass Geigy die beteiligten Prüfarzte im Glauben liess, G 22355 sei ein Präparat mit ähnlichen Eigenschaften wie Largactil. Erst aufgrund einer Intervention von Roland Kuhn aus Münsterlingen änderte die Firma Anfang 1957 den Prüfplan.¹⁴⁸ Tatsächlich überwiegt in der Gruppe der Königsfelder Patientinnen und Patienten, die «Geigy» erst im Frühling 1957 erhielten, die Diagnose Depression. Allerdings wurde das Präparat weiterhin auch an einzelne Schizophreniekranken und Patienten mit Intelligenzminderungen abgegeben. Das Beispiel zeigt, dass der Indikationsbereich des Präparats in dieser Zeit keineswegs fest definiert war. Bei «Sandoz», das im Spätsommer 1957 zur Prüfung gelangte, standen dagegen Schizophreniekranken von Beginn an im Zentrum. Dennoch wurde «Sandoz» auch an einzelnen Schlaganfallpatientinnen und Patienten mit Intelligenzminderungen oder Depressionen getestet.¹⁴⁹ Aufschlussreich ist ebenfalls der Fall einer jungen Frau, die 1958 im Alter von 17 Jahren nach Königsfelden kam. Die Frau mit einer Intelligenzminderung wurde ab 1963 mit dem Versuchspräparat Sandoz 12 behandelt. Das Neuroleptikum wurde in erster Linie zur Dämpfung und Behandlung von Erregungszuständen eingesetzt. Psychotische Symptome sind in der Krankenakte keine erwähnt.¹⁵⁰ Die Anwendung des Versuchspräparats widerspiegelt die damalige Praxis, nichtpsychotische Patientinnen und Patienten bei Bedarf mit niedrig dosierten Neuroleptika zu sedieren.¹⁵¹ Die lange Applikationsdauer und die unspezifische Behandlungsintention lassen vermuten, dass die Medikation im Fall der jungen Patientin keiner präzisen Indikation folgte und die beteiligten Ärzte das Präparat situativ nutzten.

Kontingente Faktoren: ärztliche Erwägungen und Behandlungsverläufe

Hilfreich für die Rekonstruktion der ärztlichen Praxis ist eine Analyse der Behandlungsverläufe, in denen Versuchspräparate eingesetzt wurden. Eine solche Analyse kann Rückschlüsse auf die Erwägungen der Ärzte und Ärztinnen geben. Zugleich zeigt sie, dass in der Klinik neben medizinischen Indikatoren pragmatische Überlegungen eine Rolle spielten. Die Behandlungen mit Versuchspräparaten in Königsfelden lassen sich grob drei Mustern zuordnen.

Ein *erstes Muster* zeigt sich bei Patientinnen und Patienten, die unmittelbar oder kurz nach dem Klinikeintritt – und oft ohne dokumentierte Begründung – mit einem Versuchspräparat behandelt wurden. Ein 52-jähriger Hilfsarbeiter wurde im Oktober 1956 mit dem Krankenwagen erstmals nach Königsfelden gebracht. Seit einigen Wochen hatte der Mann nicht mehr gearbeitet und schlecht geschlafen. In der Klinik erhielt er für die ersten Nächte Veronal und Opium. Am dritten Tag nach der Aufnahme begannen die Ärzte mit einer «Geigy-Kur», ohne diesen Entscheid in der Krankenakte weiter zu begründen.¹⁵² Der Mann war einer der ersten Patienten, die in Königsfelden «Geigy» erhielten. Er war keine

¹⁴⁸ Vgl. Meier/König/Tornay 2019, S. 71.

¹⁴⁹ Vgl. Brunold 1959, S. 90.

¹⁵⁰ KA 14159. Aus KA 14021, Eintrag vom 31. Oktober 1963, geht hervor, dass es sich bei Sandoz 12 um einen «Verwandten von Melleril» handelte, also vermutlich um ein Phenothiazin mit neuroleptischer Wirkung.

¹⁵¹ Vgl. Majerus 2010, S. 65.

¹⁵² KA 13784, Eintrag vom 10. Oktober 1956.

Ausnahme: auch in anderen Fällen wurde das Versuchspräparat gleich nach der Erstaufnahme verschrieben. Ein abgewandeltes Muster zeigt sich bei Patientinnen und Patienten, die bereits früher in Königsfelden oder einer anderen Klinik hospitalisiert gewesen waren. Ein 55-jähriger Fabrikarbeiter trat im September 1958 zum fünften Mal in die Klinik ein. Seit 1954 war er bereits viermal mit Largactil behandelt und jeweils wieder entlassen worden. Nicht so diesmal: «Bei dem altbekannten Patienten wurde sofort mit einer Sandoz-Kur begonnen, auf die er gut anspricht.» Aus der Patientendokumentation geht nicht hervor, warum gerade bei diesem Eintritt auf die (bewährte) Largactil-Kur verzichtet wurde. Denn bereits bei der Aufnahme im Herbst 1957 hätte die Möglichkeit bestanden, auf «Sandoz» zu wechseln.¹⁵³ Ähnlich ist der Fall eines 60-jährigen Technikers, der 1976 in die Klinik eintrat. Der Mann hatte sich seit Jahren wegen Depressionen mehrheitlich ambulant behandeln lassen. Die Ehefrau, die den Mann begleitete, zeigte sich gegenüber einer weiteren medikamentösen Behandlung skeptisch und wünschte eine Psychotherapie für ihren Ehemann. Der zuständige Arzt verschrieb schliesslich eine Woche nach dem Eintritt das Versuchspräparat «Q». Aus der Krankenakte geht nicht hervor, ob die gescheiterten Therapieversuche oder die Skepsis der Ehefrau gegenüber den bekannten Standardmedikamenten den Ausschlag für den Entscheid gaben, oder – so die naheliegende Vermutung – schlicht der Umstand, dass das «Präparat Q» zu diesem Zeitpunkt gerade zur Verfügung stand.¹⁵⁴

Ein *zweites Muster* zeigt sich bei Patientinnen und Patienten, die ein Versuchspräparat erhielten, nachdem sie schon längere Zeit und vielfach ohne spezifische Behandlung in der Klinik hospitalisiert waren. Zu dieser Gruppe gehörte die erwähnte junge Frau, die 1958 in Königsfelden eintrat und zunächst mit Largactil und Nozinan behandelt wurde. Nachdem der Vater sich geweigert hatte, die Kosten weiterhin zu tragen, setzten die Ärzte 1959 die Medikamente ab und sedierten die Frau bei Bedarf mit niedrigen Serpasil-Dosen. Dies änderte sich erst Mitte 1963. «Wird seit einiger Zeit mit einem neuen Mittel der Firma Sandoz behandelt», notierte der Stationsarzt in der Krankenakte ohne weitere Begründung. Die Behandlung mit Sandoz 12 wurde fünf Jahre lang weitergeführt. Anschliessend erfolgte ein Wechsel auf Standard-Neuroleptika. Die Ergebnisse der langjährigen Behandlung mit Sandoz 12 waren zwiespältig. Zwar erholte sich die Patientin zeitweise und konnte in der Wäscherei beschäftigt werden. Dennoch traten immer wieder Erregungszustände auf und das Personal fixierte die Patientin phasenweise mit dem Bettgurt.¹⁵⁵ Dass in Königsfelden, wie in Münsterlingen, gezielt auf Langzeitpatientinnen und -patienten zurückgegriffen wurde, um neue Präparate zu testen, zeigen die Krankenakten von drei Männern im fortgeschrittenen Alter, die ab Ende Januar 1958 «Sandoz» erhielten. Alle lebten bereits über ein Jahr in der Klinik und hatten bisher keine Neuroleptika bekommen. «Fleißiger, ruhiger Patient, der keinerlei Schwierigkeiten macht [...]. Beginn einer Kur mit dem neuen Neuroplegicum Sandoz 2, das speziell blutdrucksenkend wirken soll», lautete der Eintrag in einer Patientendokumentation.¹⁵⁶ Im Gegensatz zu der jungen Frau, die in den 1960er-Jahren Sandoz 12 bekam, stellten diese Männer für das Pflegepersonal keine besondere Herausforderung dar. Ein zwingender Grund, nach einer derart langen behandlungsfreien Zeit eine medikamentöse Therapie einzuleiten, ist nicht

¹⁵³ KA 13389, Eintrag vom 18. Oktober 1958.

¹⁵⁴ KA 21331, Eintrag vom 11. November 1976.

¹⁵⁵ KA 14159, Einträge vom 23. September 1963 und 20. März 1965.

¹⁵⁶ KA 13750, Eintrag vom 29. Januar 1958. Siehe auch KA 13735 und KA 13804.

erkennbar.¹⁵⁷ Vielmehr dürften die Männer vor allem als Versuchspatienten interessant gewesen sein. Brunold betonte in der Publikation über die Königsfelder Versuche mit «Sandoz» denn auch, dass er das Präparat überwiegend an «chronischen und Pflegefällen» getestet habe, «die sich früheren therapeutischen Bemühungen als refraktär erwiesen oder bei denen sich deren Wirkung erschöpft hatten».¹⁵⁸ Diese Behauptung, die Brunold auch gegenüber dem Pharmaunternehmen Sandoz machte, deckt sich allerdings nur bedingt mit der Auswertung der Patientendokumentationen.¹⁵⁹ Tatsächlich wurden die drei Varianten von «Sandoz» ebenso bei Akut- wie bei Dauerpatientinnen und -patienten getestet, und längst nicht alle Versuchspatientinnen und Patienten hatten vorgängig eine Therapie mit einem Standardmedikament wie Largactil oder Serpasil erhalten.

Ein *drittes Muster* lässt sich in den Fällen feststellen, wo Versuchspräparate als Alternativen zu bestehenden Behandlungsoptionen ins Spiel kamen. Gerade in solchen Konstellationen erwies sich die Grenze zwischen Humanexperiment und Heilversuch als fließend. Bei einem Patienten, der an einer Depression litt, wechselten die Ärzte im September 1956 auf das «Geigy-Mittel», nachdem zuvor eine Opiumkur mangels Erfolgs abgebrochen worden war.¹⁶⁰ Ein junger Mann, der in einer anderen Klinik bereits mit Largactil, Elektroschocks und Insulin behandelt worden war, erhielt in Königsfelden zunächst eine Serpasil-Kur verschrieben. Als diese wenig Wirkung zeitigte, entschlossen sich die Ärzte im September 1957 zu einem «Versuch mit dem neuen Sandoz-Mittel TP 21, das Largactilwirkung zeigt [...]».¹⁶¹ In beiden Fällen erweiterten die neu eingetroffenen Versuchsmedikamente die Behandlungsoptionen, die Mitte der 1950er-Jahre noch eng begrenzt waren. Auch später, als die Zahl der verfügbaren Psychopharmaka grösser und die Wirkungsprofile verfeinert worden waren, wurden Versuchspräparate eingesetzt, wenn handelsübliche Medikamente nicht die erwünschten Wirkungen zeigten. Eine Patientin mit einer Schizophrenie mit depressiver Komponente, die 1975 zum vierten Mal in Königsfelden hospitalisiert war, hatte Largactil, Nozinan und Lidanil erhalten. Als das «bekannte Bild der agitierten Depression mit wahnhaften Ideen» nicht verschwand, verschrieb der Stationsarzt eine vierwöchige Behandlung mit der «Substanz P». Anschliessend folgte ein Wechsel auf Melleril und später auf Fluanxol.¹⁶² Bei «P» handelte sich gemäss einer Krankenakte um eine «neuroleptische, aktivierende, anfänglich sedierende, antiautistische Substanz».¹⁶³ Einen Grenzfall innerhalb des Musters stellt der Behandlungsverlauf des erwähnten 60-jährigen Langzeitpatienten dar, der 1986, knapp 20 Jahre nach dem Eintritt in Königsfelden, an einer klinischen Studie mit dem Wirkstoff CGP 19486 teilnahm. Im Lauf seines Klinikaufenthalts war er bereits mit zahlreichen Neuroleptika, Lithium und Elektroschocks behandelt worden. Nach einer akuten Verschlechterung, bei welcher der Patient Vergiftungs- und Verstümmelungsideen äusserte, entschloss sich der behandelnde Arzt zu einer «Versuchsbehandlung» und ersetzte die hohe Haldol-Dosis durch ein Testpräparat der Firma Ciba-Geigy.¹⁶⁴ Nicht erkennbar ist, was man sich in diesem Fall vom Wechsel auf ein Versuchspräparat (im

¹⁵⁷ Zwei der drei Männer starben 1960 respektive 1961 im Alter von 73 und 81 Jahren in der Klinik. Der dritte Mann blieb bis 1971 hospitalisiert und wurde dann im Alter von 72 Jahren in ein Spital entlassen.

¹⁵⁸ Brunold 1959, S. 90.

¹⁵⁹ Übersicht TP 21, Abteilung klinische Forschung Sandoz, September 1958, StATG, 9'40, 5.0.8/1.

¹⁶⁰ KA 13738, Eintrag vom 11. September 1957.

¹⁶¹ KA 13961, Eintrag vom 27. September 1957.

¹⁶² KA 19298, Eintrag vom 25. November 1975. Bei Lidanil (Mesoridazin) handelt es sich um ein eher selten verwendetes Neuroleptikum, das chemisch mit Thioridazin (Melleril) verwandt ist.

¹⁶³ KA 20009, Eintrag vom Juni/Juli 1975.

¹⁶⁴ KA 13913, Eintrag vom 30. Mai 1986.

Vergleich zu einem anderen zugelassenen Standardmedikament) genau erhoffte. Ebenfalls nicht klar ist, warum die Behandlung mit CGP 19486 nach dem Abschluss der Studie fortgeführt und die Dosis erhöht wurde, obwohl sich der Zustand des Patienten kaum besserte.¹⁶⁵

In bestimmten Konstellationen stellten Versuchspräparate auch aus Kostengründen eine Alternative zu teureren Standardmedikamenten dar, dies zumindest so lange, bis die Kosten für Medikamente in den 1970er-Jahren in die Tagespauschale integriert wurden und Krankenkassen den Grossteil der Hospitalisierungskosten deckten (siehe Kapitel 3.2). So war eine der ersten Behandlungen mit G 22355, die in Königsfelden 1956 durchgeführt, unter anderem von Kostenüberlegungen motiviert. Beim 30-jährigen Patienten war ursprünglich eine Largactil-Kur vorgesehen. Als die Krankenkasse die Kostenbeteiligung ablehnte, nutzte der behandelnde Arzt (vermutlich Heinz Brunold) die Chance, die das neue Präparat bot: «Nunmehr heute Beginn mit dem soeben eingetroffenen und uns gratis zur Verfügung stehenden Geigy-Mittel (Largactil-Ersatz) im Sinn einer grossen Kur [...]»¹⁶⁶ 1959 erhielt eine Patientin das Präparat Roche A, weil der Ehemann gemäss dem Austrittsbericht «haupts[ächlich] aus finanziellen Gründen keine der üblichen Kuren zahlen wollte [...]».¹⁶⁷ Umgekehrt erfolgte 1958 der Wechsel bei einer Patientin von «Sandoz», das keine Wirkung gezeigt hatte, auf Largactil erst, nachdem der Ehemann eine Kostengutsprache unterschrieben hatte.¹⁶⁸ Auch im Fall der jungen Patientin, die ab 1963 mit Sandoz 12 behandelt wurde, ist es denkbar, dass finanzielle Überlegungen oder der Unwille der Klinikverwaltung, einen alternativen Kostenträger zu verpflichten, den Ausschlag für die Verschreibung gaben.¹⁶⁹

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Personen, die in Königsfelden hospitalisiert waren, aus ganz unterschiedlichen Gründen zu Versuchspatientinnen und -patienten werden konnten. Die Versuchsbehandlungen folgten keinen fixen Schemata oder harten medizinischen Kriterien. Vielfach trugen kontingente Faktoren – die zufällige Verfügbarkeit eines Präparats in der Klinik, das Ausbleiben eines Therapieerfolgs, der zeitweise Bedarf an geeigneten Testpersonen oder schlicht finanzielle Gründe – zur Entscheidung bei, ob jemand ein Versuchs- oder ein Standardpräparat erhielt oder überhaupt mit Psychopharmaka behandelt wurde.

4.4 Aufklärung und Einwilligung

Inwieweit waren die betroffenen Patientinnen und Patienten darüber informiert, dass sie Versuchspräparate erhielten? Welche Möglichkeiten hatten sie, ihre Zustimmung zu geben oder die Behandlung zu verweigern? Es ist erwähnt worden, dass ab den 1970er-Jahren das herkömmliche paternalistische Arzt-Patienten-Verhältnis langsam durch ein autonomiebezogenes Verständnis von Patientenrechten abgelöst wurde. Für die klinische Forschung bildeten die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) von 1970 einen wichtigen Meilenstein. Wie die politischen Diskussionen im Kanton Aargau zeigen, setzte sich das neue Rechtsverständnis aber erst in den 1980er-Jahren auf breiter Basis durch (siehe Kapitel 3.5). Obwohl im Grundprinzip (und vor allem bei

¹⁶⁵ KA 13913, Einträge vom 11. und 15. Juli 1986.

¹⁶⁶ KA 13739, Eintrag vom 5. September 1956.

¹⁶⁷ KA 14204, Austrittsbericht, 3. März 1960.

¹⁶⁸ KA 14021, Eintrag vom 14. Februar 1958.

¹⁶⁹ KA 14159.

chirurgischen Eingriffen) unbestritten, wurde die ärztliche Aufklärungspflicht noch lange mit verschiedenen Einschränkungen versehen (z. B. bezüglich sogenannter Aufklärungsschäden).¹⁷⁰ Die Situation in der Psychiatrie war dabei insofern ein Spezialfall, als hier viele Patientinnen und Patienten in ihrer Kommunikations- und Handlungsfähigkeit eingeschränkt und oft nicht freiwillig hospitalisiert waren.

Vor den 1980er-Jahren gibt es in den untersuchten Quellen keine schriftlichen Belege dafür, dass Königsfelder Patientinnen und Patienten umfassend über klinische Versuche informiert wurden und die Möglichkeit hatten, ihr Einverständnis zu geben oder eine Behandlung abzulehnen. Formulierungen wie «es wird beschlossen» oder «es ist vorgesehen» kommen in den Krankenakten häufig vor. Sie deuten an, dass die Entscheidungsmacht bei der Ärzteschaft lag. Der erste und einzige Eintrag in einer Patientendokumentation aus dem Sample, in dem die Aufklärung und die Einwilligung ausdrücklich dokumentiert sind, stammt von 1986. Der Vermerk hält fest, dass der Patient im Beisein einer Pflegerin über die geplante Versuchsbehandlung informiert wurde und sein Einverständnis gab. Ebenfalls vermerkt ist die telefonisch eingeholte Zustimmung des Vormunds. Ob die Aufklärung mittels eines vorgefertigten Patientenmerkblatts erfolgte, wie dies damals zum Standard wurde, geht aus den Unterlagen nicht hervor.¹⁷¹

Die Selbstverständlichkeit, mit welcher der Regierungsrat 1980 erklärte, dass die SAMW-Richtlinien in den kantonalen Spitälern und Kliniken befolgt würden, ist deshalb erstaunlich. Zumindest was die Dokumentationspflicht anbelangt, wurden die Richtlinien in Königsfelden Mitte der 1970er-Jahre nicht konsequent umgesetzt.¹⁷² Ob die betroffenen Patientinnen und Patienten im Regelfall mündlich aufgeklärt wurden, wie dies die regierungsrätliche Antwort andeutet oder aus Erinnerungen von Zeitzeugen hervorgeht, muss hier mangels schriftlicher Quellen offenbleiben.¹⁷³ Sicher ist jedoch, dass in den 1970er- und 80er-Jahren ein Wandel bezüglich der Sensibilität gegenüber den Rechten der Patientinnen und Patienten stattfand. Wann diese Veränderungen genau einsetzten und welche Auswirkungen sie in der Klinik hatten, lässt sich aufgrund der Quellen jedoch nicht feststellen.

Die Praxis in Königsfelden bezüglich Aufklärung und Einwilligung unterschied sich kaum von derjenigen in anderen schweizerischen Psychiatriekliniken. Die aktuellen Forschungsbefunde zeigen, dass der Grossteil der (Versuchs-)Patientinnen und -patienten in der Psychiatrie bis in die 1980er-Jahre hinein kaum je umfassend über die Art der Medikation informiert wurde. Und selbst wenn im Einzelfall eine mündliche Aufklärung und Einwilligung erfolgte, hielten es Ärzte und Ärztinnen nicht für nötig,

¹⁷⁰ Vgl. Hitzer 2018.

¹⁷¹ KA 13913, Eintrag vom 30. Mai 1986 und Abschlussbericht über die Versuchsbehandlung. Merkblätter zur Patienteninformation und Einwilligungserklärungen waren seit Mitte der 1970er-Jahre standardmässig Bestandteil von *case report forms*. Vgl. Hess et al. 2016, S. 181. Die Unterlagen des Gesundheitsdepartements, das nach 1988 für die Bewilligung klinischer Studien zuständig war, belegen, dass solche Patienteninformationen jeweils in Absprache mit den Ethikkommissionen geprüft wurden. Vgl. StAAG, ZWA 2003.0036 (2003-00061), Position 626, Gesuchsdossiers ab 1990. Siehe auch die Folienbeilage zum Protokoll der Aufsichtskommission, 8. November 1989, StAAG, ZWA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 35, wo der Prozess zur Durchführung und Begutachtung klinischer Studien dargestellt wird.

¹⁷² Vgl. insbesondere die KA 19298 (1975), KA 20009 (1976), KA 21331 (1976), in denen sich keine Vermerke über eine erfolgte Aufklärung und Einwilligung befinden.

¹⁷³ Der Leiter der Forschungsabteilung, Dietrich Schneider-Helmert, erinnert sich, dass Direktor Fritz Gnirss immer sehr auf eine gründliche Information der Patientinnen und Patienten bedacht war. Mail von PD Dr. Dietrich Schneider-Helmert an den Verfasser, 31. März 2020.

die Willensäußerung der Patientinnen und Patienten in den Krankenakten zu protokollieren.¹⁷⁴ Wie für andere Kliniken muss dieser allgemeine Befund allerdings auch für Königsfelden in verschiedener Hinsicht präzisiert werden.

Frühe Information der Angehörigen

Eine erste Präzisierung betrifft den Einbezug der Angehörigen. Anders als in anderen Kliniken war es in Königsfelden bis in die 1960er-Jahre üblich, vor dem Beginn medikamentöser Kuren von den Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern eine schriftliche Einwilligungserklärung unterzeichnen zu lassen. Solche Erklärungen waren in der Psychiatrie Mitte der 1940er-Jahre im Zusammenhang mit risikoreichen somatischen Therapien (Elektroschock- und Insulinkuren, psychochirurgischen Eingriffen) aufgekommen. Die Aufklärung erfolgte meist in Form eines Merkblatts, das über Chancen und Risiken der Behandlungen informierte und einen perforierten Abschnitt mit einer Einwilligungserklärung aufwies, die von den Angehörigen unterzeichnet werden musste. Die «Kurbewilligungen» dienten nicht zuletzt der rechtlichen Absicherung der Ärzte.¹⁷⁵ Königsfelden ist beim gegenwärtigen Kenntnisstand die einzige Klinik der Schweiz, wo diese Praxis auch bei Behandlungen mit Psychopharmaka zur Anwendung kam.¹⁷⁶ Soweit bekannt, benutzten andere Kliniken vorgefertigte Einwilligungserklärungen ab den 1950er-Jahren weiterhin für somatische, nicht jedoch für medikamentöse Behandlungen. Die Forschung hat das behandlungsspezifische Vorgehen vor allem mit dem Routinecharakter und der geringen Invasionstiefe von Psychopharmaka-Therapien erklärt.¹⁷⁷ Das Beispiel von Königsfelden zeigt, dass offenbar auch «Haustraditionen» eine Rolle spielen konnten.

Bei den in Königsfelden gebräuchlichen Kurbewilligungen handelte es sich um die Abrisse von Merkblättern, zum Teil auch um hektografierte Vordrucke in Schreibmaschinenschrift. Oft war die Bewilligung mit einer Kostengutsprache kombiniert, die teilweise von Hand ergänzt wurde. Auf den Vordrucken waren oft alle möglichen Kuren vermerkt, teils auch unter Nennung von Versuchspräparaten (zum Beispiel «Elektro-, Insulin-, Largactil-, Geigy- oder Sandoz- oder Serpasil-Kur»)¹⁷⁸. Die Vordrucke waren für Angehörige und Vormunde bestimmt. Sie kamen de facto einer Blankovollmacht gleich. Mit ihrer Unterschrift bezeugten die Unterzeichnenden weniger, dass sie mit der Abgabe eines Versuchspräparats einverstanden waren, denn eine generelle Einwilligung in eine (kostenpflichtige) Behandlung, deren Ausgestaltung Sache der Klinik war. Ob die Angehörigen realisierten, dass es sich bei einer «Sandoz-Kur» oder einem «modernem Medikament» um ein Versuchspräparat handelte, und wie sie mit dieser Information umgingen, ist schwer zu sagen.

Das Bemühen um Transparenz und Risikoabsicherung ist offensichtlich. Hingegen wird man kaum von einer informierten Zustimmung im Sinn des Nürnberger Kodex von 1946 oder der späteren SAMW-Richtlinien sprechen können. Zudem war die Praxis nicht einheitlich. Kurbewilligungen sind nur in etwa der Hälfte der untersuchten Patientenakten überliefert. In einigen weiteren Fällen kann

¹⁷⁴ Vgl. dazu: Meier/König/Tornay 2019, S. 112; Lienhard/Condrau 2019, S. 24; Manser 2019, S. 40; Rietmann/Germann/Condrau 2018, S. 230; Germann 2017, S. 49f.; Tornay 2016, S. 143.

¹⁷⁵ Vgl. dazu: Lienhard/Condrau 2019, S. 23f; Manser 2019, S. 39; Gawlich 2018, S. 245–247; Meier 2015, S. 196.

¹⁷⁶ Eine ähnliche Praxis ist aus der Universitätsklinik Heidelberg bekannt. Vgl. Balz 2010, S. 161.

¹⁷⁷ Meier/König/Condrau 2019, S. 280 f.; Rietmann/Germann/Condrau 2018, S. 233.

¹⁷⁸ KA 14086, Einverständniserklärung, 2. April 1958.

man davon ausgehen, dass Angehörige auf andere Weise über die Behandlung und mögliche Nebenwirkungen informiert wurden.¹⁷⁹ Gleichzeitig kam es vor, dass eine Kurbewilligung erst eingeholt wurde, wenn der Wechsel von einem Versuchs- zu einem kostenpflichtigen Standardmedikament anstand.¹⁸⁰ Das Beispiel eines 20-jährigen Patienten aus dem Jahr 1958 zeigt, dass die Absicherungspraxis im Einzelfall indes durchaus Wirkung zeitigen konnte. Bei diesem Patienten brachen die Ärzte eine Sandoz-Kur ab, nachdem der Vater des jungen Mannes die Unterschrift verweigert hatte. Erst eine Aussprache mit dem Direktor bewog den Vater dazu, auf den Entscheid zurückzukommen und die Einwilligung nachträglich zu erteilen. Die Kur wurde daraufhin wieder aufgenommen.¹⁸¹ Aus der Zeit nach 1962 sind keine Einwilligungserklärungen für Psychopharmaka-Kuren mehr in den Patientendokumentationen überliefert.¹⁸² Die Gründe für den Praxiswandel respektive die Angleichung an andere Kliniken sind nicht bekannt. Es ist denkbar, dass die wachsende Routine im Umgang mit den Psychopharmaka, die Abkehr von kurmässigen Medikationsschemen oder der Wechsel zur Pauschalverrechnung eine Rolle spielten.

Kooperation und Zwang im Klinikalltag

Eine zweite Präzisierung betrifft das Verhältnis von Wissen und Nichtwissen, von Kooperation und Zwang im Klinikalltag. Auch dabei handelt es sich um Feststellungen, die nicht spezifisch für Königsfelden sind. Sie betreffen vielmehr die generelle Möglichkeit zur Selbstbestimmung und die besondere Vulnerabilität von Menschen in einer geschlossenen Einrichtung, die von asymmetrischen Machtbeziehungen geprägt ist.¹⁸³ Tatsächlich trägt der Fokus der aktuellen Aufarbeitungsdiskussion auf das normativ aufgeladene Konstrukt des *informed consent* den historischen Bedingungen, unter denen seit den 1950er-Jahren Psychopharmaka getestet wurden, nur zum Teil Rechnung. Diese Differenzierung dient keineswegs dazu, ein Entlastungsargument zu konstruieren. Es soll aber darauf hingewiesen werden, dass die Handlungskonstellationen, in denen Psychopharmaka – ob zugelassene oder nicht zugelassene – verabreicht wurden, oft vielschichtig und vieldeutig waren. Dabei dürfte es keinen grossen Unterschied gemacht haben, ob die Patientinnen und Patienten ein Versuchs- oder ein Standardmedikament erhielten. Statt von einer schematischen Gegenüberstellung von rechtfertigender Freiwilligkeit und illegitimem Zwang sollte man eher von einem breiten Spektrum von institutionellen Abhängigkeiten und situativen Zwangslagen ausgehen.¹⁸⁴

Selbst in Fällen, wo ausdrückliche Hinweise auf eine Aufklärung und Einwilligung fehlen, muss man den Wissensstand und die Haltung der betroffenen Patientinnen und Patienten differenziert beurteilen. Dabei wäre es falsch zu meinen, dass die Patientensicht in den Krankenakten unverstellt zum

¹⁷⁹ KA 13762; KA 13961.

¹⁸⁰ KA 13804.

¹⁸¹ KA 13661, Eintrag vom 9. Juli 1958.

¹⁸² Soweit anhand des Samples überprüfbar, wurde die Einwilligung der Angehörigen in somatische Therapien nach 1962 weiterhin sorgfältig in den Akten festgehalten, so etwa im Fall einer Leukotomie 1964.

Vgl. KA 14157, Eintrag vom 15. Dezember 1964.

¹⁸³ Der Soziologe Erving Goffman hat 1961 für geschlossene Psychiatriekliniken, Strafanstalten, Heime etc. den Begriff der «totalen Institution» geprägt. Zentrale Merkmale «totaler Institutionen» sind nach Goffman «Beschränkungen des sozialen Verkehrs mit der Aussenwelt sowie der Freizügigkeit», die Aufhebung der Schranken, die normalerweise zwischen den Lebensbereichen Arbeit, Schlafen und Freizeit bestehen, sowie eine fundamentale Unterscheidung zwischen «Insassen» und «Aufsichtspersonal». Vgl. Goffman 1973.

¹⁸⁴ Vgl. Meier et al. 2007.

Ausdruck kommt. Die Akten geben vor allem die Perspektive der Ärzteschaft und des Pflegepersonals wieder. Dennoch ist es anhand von Einzelbeispielen möglich, die Bandbreite zwischen Wissen und Nichtwissen, zwischen Kooperation und Widerstand auszuloten.

Relativ gut fassbar ist zum Beispiel die Haltung des bereits erwähnten Langzeitpatienten, der 1958 an einem Versuch mit «Sandoz» teilnahm, sich 1964 einer Leukotomie unterziehen musste und 1967 wegen «sexueller Spannungen» mit dem Antiandrogen SH 714 (Cyproteronacetat) behandelt wurde. Kurz nach der Aufnahme 1958 notierte der behandelnde Arzt: «[Patient] nimmt das Sandoz-Mittel ohne Weiteres und ohne Gegenwehr, betonte sogar [...] bei der gestrigen Abendvisite spontan, dass er das Gefühl habe, dasselbe tue ihm gut.» Hier darf man davon ausgehen, dass der junge Mann wusste, dass es sich bei «Sandoz» um ein Versuchspräparat handelte, und dem rapportierenden Arzt sein Befinden bereitwillig mitteilte. Auch aus späterer Zeit enthält die Akte Bemerkungen, die auf ein präsenten Wissen und eine gewisse Kooperationsbereitschaft schliessen lassen. 1967 vermerkte ein Arzt, dass sich der Patient «selbst seit langem eine wirksame sexuell dämpfende Behandlung» wünsche. In der Folge werden die Aussagen allerdings widersprüchlicher: auf der einen Seite beklagte sich der Patient, dass ihn die verschriebenen Neuroleptika (darunter das Versuchspräparat NPL 82) müde machten und das Antiandrogen seine sexuellen Antriebe kaum dämpfe. Auf der anderen Seite äusserte er wiederholt Befürchtungen über schädigende Folgen. Als er später ausserhalb der Klinik bei seiner Mutter wohnte, setzte er das Medikament phasenweise sogar auf eigene Initiative ab.¹⁸⁵

Das Beispiel zeigt, dass sich Behandlungen mit (Versuchs-)Medikamenten zu vielschichtigen Auseinandersetzungen zwischen Arzt und Patienten entwickeln konnten. Patienten verfügten dabei über ein gewisses Wissen und ein Mass an Selbstbestimmung. Dies war insbesondere dann der Fall, wenn sie Medikamente ambulant oder tagsüber ohne Aufsicht einnehmen mussten.¹⁸⁶ Elemente eines *shared decision making* prägten ebenfalls die Behandlung eines Patienten, der im Spätsommer 1968 an einem Doppelblindversuch mit IS 884 teilnahm. Auch hier vermerkte der Arzt eine positive Einschätzung, die eine gewisse Kenntnis der Medikation voraussetzte: «Schon nach einigen Kapseln erklärte Pat. sich stimmungsmässig deutlich besser zu fühlen, sei unternehmungslustiger u. spüre mehr Antrieb. Zugleich falle ihm auf, dass er gar keine Lust zum Rauchen mehr verspüre.» Auch zur Anschlussbehandlung mit Melleril sind positive Reaktionen dokumentiert. Gemeinsam mit einem Stationsarzt, der sozialpsychiatrische Ansätze aktiv förderte, beteiligte sich der Mann einige Jahre später an der Entwicklung eines Rehabilitationsplans. Dieser sollte ihm nach mehrjähriger Hospitalisierung schrittweise eine Tätigkeit ausserhalb der Klinik erlauben.¹⁸⁷

Die Krankenakten enthalten allerdings auch zahlreiche Hinweise auf Situationen, in denen sich Patientinnen und Patienten gegen die Verabreichung von Versuchspräparaten sträubten oder sogar physisch wehrten. Oft bleibt unklar, ob sich der Widerstand gegen die Behandlung, insbesondere gegen schmerzhaftes Injektionen, oder spezifisch gegen das verabreichte Präparat richtete. Viele Patientinnen und Patienten dürften die Medikation als Teil eines Kontinuums von Einschränkungen wahrgenommen haben: von der Hospitalisierung und deren konfliktreiche Vorgeschichte, über die eingeschränkte

¹⁸⁵ KA 14157, Einträge vom 8. August 1958, 15. Januar 1967, 2. August 1968, 15. März 1969 und 27. Februar 1970.

¹⁸⁶ Vgl. Meier/König/Tornay 2019, S. 110, 114 f.

¹⁸⁷ KA 14395, Einträge vom 14. Januar 1969, 28. Mai 1973 und 15. Juni 1973.

Bewegungsfreiheit und vorgegebene Tagesstruktur bis zur fehlenden Privat- und Intimsphäre auf den Krankenstationen. Ärzte und Ärztinnen sahen in eigensinnigem oder herausforderndem Verhalten vielfach ein Zeichen fehlender Krankheitseinsicht und Kooperationsbereitschaft. Sie hielten es für legitim, in solchen Situationen Behandlungsimperative mit Zureden, Druck oder mit physischem Zwang durchzusetzen.¹⁸⁸ In den Patientendokumentationen sind Fälle erwähnt, in denen renitente Patientinnen und Patienten isoliert, auf andere Abteilungen versetzt oder mit dem Bettgurt fixiert wurden. Patientinnen und Patienten, die ihre Tabletten nicht schluckten, wurden die Mittel eingeflösst oder ins Essen gemischt.¹⁸⁹ Nur in den wenigsten Fällen gelang es Patientinnen und Patienten, die Oberhand zu behalten und sich durchzusetzen.¹⁹⁰ Auch diesbezüglich dürfte sich die Vorgehensweise bei der Abgabe von Versuchs- und Standardpräparaten kaum grundlegend unterschieden haben.

Zur Ausübung von subtilem Druck kam es im Fall eines Patienten, der 1956 als einer der Ersten das «Geigy-Mittel» erhielt. Der 30-jährige Mann zeigte sich gemäss dem Bericht des Arztes zunächst «sehr ablehnend» und weigerte sich, eine Injektion über sich ergehen zu lassen. «Ergibt sich dann aber grollend», heisst es in der Krankengeschichte, ohne dass klar wird, wie der Patient zur Kooperation bewogen wurde. Der Patient unterzog sich der Kur auch in der Folgezeit nur widerwillig. Er verlangte, entlassen zu werden, und wollte die Medikamente zu Hause einnehmen. Er klagte dabei auch über Magenbeschwerden, die er mit dem Versuchspräparat in Verbindung brachte.¹⁹¹ Nicht nur mit Worten, sondern auch physisch wehrte sich eine Patientin, die 1959 Roche A erhielt: «Es wurde versucht, ihr gütlich zureden, mit dem Erfolg, dass sie die Medizin verweigerte. Man versuchte zu spritzen, sie wehrte sich aber derart, dass Versetzung ins [Pavillon] notwendig wurde.»¹⁹² Dass sich die Ärzte berechtigt sahen, zur Durchsetzung einer Behandlung zu physischem Zwang zu greifen, belegt ebenfalls ein Eintrag in einem Pflegerapport von 1975: «[Die Patientin] hat am Morgen gut gegessen, die Tabletten aber wieder verweigert, mit der Begründung, dass sie den ganzen Tag schlafen würde. Dr. [S.] sagte, sie müsse das Med. P unbedingt nehmen, im Notfall muss man sie dazu zwingen.»¹⁹³ Gemäss den Eintragungen in der Krankenakte standen weder die Weigerung der Patientin, noch das Insistieren des Arztes in einem direkten Zusammenhang mit dem Umstand, dass es sich beim Medikament P um ein Versuchspräparat handelte.

Die Problematik eingeschränkter Handlungsmöglichkeiten zeigt sich auch im Fall eines Patienten, der 1986 nach seiner Einwilligung das Präparat CGP 19486 erhielt. Wie bereits erwähnt, setzten die Ärzte die Versuchsbehandlung in diesem Fall aus nicht geklärten Gründen über das Studienende fort. Gemäss der Krankenakte weigerte sich der Mann nach zwei Monaten, in denen er der ärztlichen Verordnung anstandslos gefolgt war, das Versuchspräparat weiterhin zu nehmen. Dieses sei «Gift» für ihn. Er

¹⁸⁸ Interessant ist in diesem Zusammenhang der Werbe- und Lehrfilm «Das vierte Bett» von Andreas Fischer, der 1973 im Auftrag der Schweizerischen Zentrale für praktische Psychiatrie in Königsfelden gedreht wurde. In einer Szene (02:49) ist zu sehen, wie ein Pfleger einem Patienten mit Nachdruck Medikamente in den Mund drückt. Ich danke Otto Buchs, dass er mir diesen Film zugänglich gemacht hat.

¹⁸⁹ Vgl. dazu: KA 14157, Einträge vom 10. August 1958 und 23. November 1959 (Bettgurt); KA 14159, Einträge vom 2. August 1958 und 20. März 1965 (Bettgurt); KA 13784, Eintrag vom 8. Juli 1957 (Auflösen der Tabletten).

¹⁹⁰ So etwa: KA 14086, Eintrag vom 29. April 1958.

¹⁹¹ KA 13739, Einträge vom 5. September 1956, 7. September 1956, 8. Oktober 1956 und 12. Oktober 1956.

¹⁹² KA 14204, Eintrag vom 24. September 1959.

¹⁹³ KA 19298, Pflegerapport, Eintrag vom 11. Oktober 1975. Eine ähnliche Konstellation ist in KA 17204, Eintrag vom 24. September 1959, dokumentiert.

gab an, wieder Stimmen zu hören. Zudem beklagte er sich über Beschwerden in den Beinen. Der Arzt interpretierte die Weigerung zunächst als Zeichen von Frust, bedingt dadurch, dass dem Patienten das nötige Geld fehlte, um an den Kiosk in der Klinik zu gehen. Gleichzeitig versuchte er den Patienten zu überzeugen: «Nach gutem Zureden hat er die Medi schliesslich genommen, sagte, dies sei das letzte Mal gewesen.» Einen Monat später spitzte sich der schwelende Konflikt erneut zu. Der Patient klagte wieder über Probleme in den Beinen. Das Medikament mache ihm «Schatten um die Füsse». Zudem seien die «alten Medi» besser für ihn gewesen. Selbst skeptisch gegenüber der Wirkung der Versuchsbehandlung geworden, stellten die behandelnden Ärzte die Medikation daraufhin auf das Standardmedikament Haldol um. Obwohl der Patient angab, sich besser zu fühlen, verweigerte er auch das neue Medikament. «Er habe jetzt 20 Jahre gedoktert und habe genug Medikamente bekommen», heisst es in der Krankenakte. Die Weigerung blieb allerdings folgenlos. Die involvierten Ärzte setzten die beschlossene Therapie mit Haldol durch. Einen Monat nach der Neueinstellung hielt der Stationsarzt fest, dass der Mann seine Medikamente wieder bereitwillig nehme.¹⁹⁴

Das Beispiel zeigt die ambivalente Weise, wie im Klinikalltag mit Willensäusserungen von Patientinnen und Patienten umgegangen wurde. Zunächst versuchte der Arzt, die Klagen des Patienten zu banalisieren. Erst als der erhoffte Effekt des Versuchspräparats ausblieb, nahm die Bereitschaft zu, das Medikament zu wechseln. Dem Langzeitpatienten wurde dabei durchaus eine gewisse Kompetenz bei der Wahl seiner Medikation zugestanden. Kein Gehör fand dagegen die Forderung, ganz auf Medikamente zu verzichten. Zugleich zeigt das Beispiel, dass mit der Befolgung des *informed consent* die Selbstbestimmung im Klinikalltag keineswegs gesichert war. Obwohl der besagte Patient formell auf freiwilliger Basis an der Studie mit CGP 19486 teilnahm, war sein Einfluss auf den Abbruch der Behandlung und die Fortsetzung der Therapie mit einem anderen Medikament eng begrenzt.

4.5 Nebenwirkungen und Behandlungsabbrüche

In der Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten und dem Klinikpersonal spielten belastende Nebenwirkungen von Psychopharmaka eine wichtige Rolle. Viele Patientinnen und Patienten klagten zeitweise über Magenbeschwerden, Müdigkeit, Gliederschmerzen, Übelkeit oder Appetitlosigkeit. Bei anderen stellten die Ärzte zu hohe oder zu tiefe Blutdruckwerte oder Veränderungen im Blutspiegel fest. Oder Erkrankte, die mit Neuroleptika gedämpft wurden, fielen durch ihre Steifigkeit auf. In einigen Fällen kam es zu schwerwiegenden Komplikationen. Dazu gehörten Kreislaufprobleme, Sehstörungen oder Gelbsucht. Parkinsonähnliche Bewegungsstörungen (Dyskinesien), die zu den häufigen Nebenwirkungen von Neuroleptika gehörten, kamen in der Stichprobe dagegen nur selten vor. Dass Neuroleptika einschneidende Nebenwirkungen hatten, die zusätzliche Medikamente nötig machten, war seit der Einführung von Largactil bekannt. Lange galten extrapyramidale und andere Nebenwirkungen sogar als notwendige Begleiterscheinungen, die mit der neuroleptischen Potenz eines Präparats korrelierten.¹⁹⁵ Die Beobachtung und Bewertung solcher Begleiterscheinungen war eine wichtige Funktion von klinischen Versuchen. Gleichzeitig wurde der Umgang mit Nebenwirkungen, die für die Patientinnen und Patienten belastend waren, zu einem medizinischen und ethischen Problem.

¹⁹⁴ KA 13913, Einträge vom 29. Juli 1986, 29. August 1986, 2. und 3. September 1986.

¹⁹⁵ Vgl. Moncrieff 2013, S. 40.

Beispielhaft zeigt der Fall einer 45-jährigen Patientin, die ab Oktober 1957 mit zwei verschiedenen Sandoz-Präparaten behandelt wurde, wie belastende Momente von Fall zu Fall gewichtet wurden. Bereits zu Beginn der Behandlung mit «Sandoz II» klagte die Patientin über starke Müdigkeit. Sie wurde deshalb zunächst halbtägig im Bett behalten. Von einer Änderung der Behandlung war jedoch nie die Rede. Im Gegenteil: gemäss den Eintragungen im Krankenjournal waren die Ärzte mit der Wirkung von «Sandoz» zufrieden. Die Patientin wirke ruhiger und ihr «lästiges Heimdrängen» sei verschwunden. Die Tatsache, dass die Frau «recht steif und stumpf» wirkte, und die vom Ehemann monierte «Schwerfälligkeit» der Frau wurden auf den Effekt des Sandoz-Mittels zurückgeführt, das mit 600 Milligramm pro Tag hoch dosiert war. Erst als die Patientin von einem Urlaub mit einer «gelblichen Hautveränderung» und deutlichem Gewichtsverlust nach Königsfelden zurückkehrte, erfolgte die Überweisung ins Kantonsspital. Dort wurde ein «Largactilikterus» (Gelbsucht) festgestellt und das Medikament abgesetzt. Nach fünf Wochen kehrte die Patientin nach Königsfelden zurück, wo sie trotz anhaltender psychotischer Symptome innerhalb von wenigen Tagen entlassen wurde.¹⁹⁶ Das Beispiel macht zwei Aspekte deutlich: erstens zeigt es, dass Ärzte und Ärztinnen den Klagen von Patientinnen und Patienten über geringfügigere Beeinträchtigungen und dem Wunsch nach Absetzung eines Präparats zunächst nur wenig Bedeutung beimassen. Beschwerden wurden bis zu einem gewissen Grad in Kauf genommen. Dabei ging es sicher auch darum, die Prüfung neuer Wirkstoffe nicht vorschnell abbrechen zu müssen. Ins Gewicht fiel ausserdem der Umstand, dass etablierte Standardpräparate ähnliche Nebenwirkungen aufwiesen. Das Beispiel zeigt zweitens, dass Behandlungen abgebrochen wurden, wenn schwere Komplikationen auftraten oder dauernde Schädigungen drohten. Wo die Grenze genau gezogen wurde, war jedoch Sache der Ärzteschaft. Dass der erwähnte Ikterus-Zwischenfall sehr wohl ernst genommen wurde, zeigt ein Warnhinweis, den der Arzt auf dem Umschlag des Aufnahmefeldossiers anbrachte: «Cave Phenothiazine».¹⁹⁷

Zu einem Worst-Case-Szenario entwickelten sich Mitte der 1950er-Jahre Versuche mit dem Sandoz-Neuroleptikum NP 207, das in verschiedenen Kliniken der Schweiz getestet wurde. Dieses Präparat löste bei Patientinnen und Patienten der Universitätsklinik Basel schwere Sehstörungen aus. Die Tests mussten abgebrochen werden. Damit traten aber die Risiken, die von den neuen Stoffen ausgingen, schlagartig ins Bewusstsein der Fachöffentlichkeit, vergleichbar mit den ernüchternden Erfahrungen mit dem «atypischen» Neuroleptikum Leponex in den 1970er-Jahren.¹⁹⁸ NP 207 wurde, soweit bekannt ist, in Königsfelden nicht getestet. Dennoch hallten die gescheiterten Versuche in der Klinik nach. Im Oktober 1958 mussten sich alle 69 Patientinnen und Patienten, die damals «Sandoz» erhielten, zur Sicherheit einer augenärztlichen Kontrolle unterziehen. Als bei einem 26-jährigen Patienten, der zuvor in Basel hospitalisiert gewesen war, Ablagerungen an der Retina festgestellt wurden, beschlossen die Ärzte, die «Sandoz»-Kur zu sistieren, und behandelten den jungen Mann mit einer kombinierten Elektroschock-Serpasil-Kur und später mit dem neu zugelassenen Neuroleptikum Nozinan weiter.¹⁹⁹ Die Geschichte mit NP 207 trieb die Königsfelder Ärzteschaft und den Hersteller Sandoz jedoch noch länger um. 1961 liess man den gleichen Patienten, der zum dritten Mal in der Klinik

¹⁹⁶ KA 13988, Einträge vom 28. Januar 1958 und 3. Juni 1958, Befund Kantonsspital vom 15. Juli 1958.

¹⁹⁷ Das lateinische Wort «cave» bedeutet «Hüte dich!» und wird in der Medizin im Sinn einer Warnung verwendet. Chlorpromazin und Thioridazin gehören beide zur Stoffgruppe der Phenothiazine.

¹⁹⁸ Vgl. dazu: Labhardt 1956; Meier/König/Tornay 2019, S. 67; Rietmann/Germann/Condrau 2019, S. 208; Tornay 2016, S. 183 f., 191.

¹⁹⁹ KA 13891, Eintrag vom 23. August 1958.

hospitalisiert war, erneut augenärztlich untersuchen. Behandelt wurde er zunächst aus Vorsichtsgründen mit Largactil, bevor ein Wechsel auf Melleril (vormals «Sandoz») erfolgte. Zwei Jahre später liess Sandoz den Mann sogar nochmals untersuchen.²⁰⁰

Von den 44 Patientinnen und Patienten des Samples starben elf in Königsfelden oder kurz nach der Entlassung. Bei sieben handelte es sich um Langzeitpatienten. Von zwei Ausnahmen abgesehen, starben alle Patientinnen und Patienten Jahre oder Jahrzehnte nach der Behandlung mit Versuchspräparaten. Viele waren in der Zwischenzeit mit anderen Psychopharmaka behandelt worden. Bei den Ausnahmen handelte es sich um zwei Männer. Ein 54-jähriger Mann, der 1975 an einer klinischen Studie mit der Substanz P teilgenommen hatte, beging drei Monate nach dem Wechsel auf ein Standardmedikament Suizid.²⁰¹ Beim 60-jährigen Patienten, der im Sommer und Herbst 1986 mit CGP 19486 behandelt wurde, verschlechterte sich der Allgemeinzustand drei Wochen nach dem Ersetzen des Versuchspräparats durch Haldol. Wegen Verdachts auf eine gastrointestinale Blutung wurde der Patient Anfang November 1986 ins Kantonsspital Baden verlegt. Dort verstarb er innerhalb weniger Tage. Als Todesursache ist in der Patientenakte ein perforiertes Geschwür an der Speiseröhre (perforiertes Ulcus pepticum des Oesophagus) angegeben. Zusammenhänge mit der Langzeit- und der Versuchsbehandlung mit Psychopharmaka wurden dabei keine hergestellt.²⁰²

Abbrüche von Versuchsbehandlungen waren keineswegs selten. Das Auftreten von Nebenwirkungen war dafür nur ein Grund. Mit dem Aufkommen kontrollierter Studienprotokolle wurde die Beobachtungsdauer ohnehin limitiert. Zuvor war es üblich, dass Patientinnen und Patienten auch nach der Entlassung mit Versuchspräparaten aus der Klinik versorgt wurden. Wie Beispiele zeigen, konnten zeitliche Begrenzungen allerdings auch später noch unterlaufen werden, wenn sich die Ärzte und Ärztinnen von einer Fortsetzung über das Studienende hinaus positive Wirkungen erhofften und genügend Testpräparate zur Verfügung standen. Die Beispiele des Samples zeigen, dass Versuchsbehandlungen in vielen Fällen wegen fehlender Wirkungslosigkeit abgebrochen wurden, teils auch in Kombination mit Nebenwirkungen. «Ende der Sandoz-Kur, von der sich kein merklicher Effekt feststellen lässt», heisst es in einer Krankenakte von 1958.²⁰³ 1976 lautete eine Begründung für den Wechsel des Medikaments: «Das Q-Präparat wird abgesetzt, weil Pat. wiederum von seinen Erinnerungen geplagt und ermüdet wird.»²⁰⁴

Behandlungsabbrüche und -wechsel konnten sich im Einzelfall zu einem regelrechten Trial-and-Error-Verfahren entwickeln. Bei einer 70-jährigen Patientin begannen die Ärzte im Oktober 1957 eine Opiumkur, nachdem die Behandlung mit dem «Präparat 22355» (Imipramin) keinen sichtbaren Erfolg gezeigt hatte. Für April 1958 ist in der Krankenakte der Beginn einer erneuten Kur mit «Geigy-Mittel» vermerkt. Offenbar hatte auch die mehrmonatige Opiumkur nicht zu befriedigenden Ergebnissen geführt. Im Dezember 1958 erfolgte ein «Behandlungsversuch mit Roche-Phenothiazin-Mittel». Dabei handelte es sich vermutlich um Roche A, das spätere Taractan. Der Versuch schlug jedoch ebenfalls fehl und das Präparat wurde abgesetzt. Anschliessend wurde die Patientin in rascher Folge mit den Standardmedikamenten Tofranil (das inzwischen zugelassene «Geigy-Mittel»), Serpasil, Melleril und

²⁰⁰ KA 13891, Eintrag vom 30. Oktober 1961 und Gutachten vom 14. Januar 1963.

²⁰¹ KA 20009, Eintrag vom 27. September 1975.

²⁰² KA 13913, Eintrag vom 14. November 1986, Abschlussbericht vom 30. Mai 1987.

²⁰³ KA 14117, Eintrag vom 9. August 1958.

²⁰⁴ KA 21331, Eintrag vom 11. November 1976.

Largactil behandelt. Dazwischen eingeschoben war ein «einwöchiger Versuch» im Februar 1959 mit Marsilid, einem sonst kaum verwendeten MAO-Hemmer.²⁰⁵ Eine andere Patientin erhielt ab Sommer 1963 neben Melleril das Versuchspräparat Sandoz 12. Die Dosis wurde nach dem Behandlungsbeginn schrittweise erhöht. Die Ärzte zeigten sich zunächst zufrieden. Die Patientin wurde gemäss den Einträgen im Krankenjournal unter Sandoz 12 «sichtlich ruhiger» und sprach nicht mehr von Stimmen. Als einige Tage später doch wieder Stimmen auftraten, wurde die Dosis nochmals erhöht. Dennoch besserte sich der psychische Zustand der Frau nicht. Nach zwei Monaten ersetzte der Arzt Sandoz 12 durch Luvatren, ein erst kurz zuvor auf den Markt gekommenes Neuroleptikum.²⁰⁶ Das Beispiel zeigt, dass Behandlungsabbrüchen Experimentierphasen vorausgehen konnten, während denen die Ärzte einzelne Parameter der Medikation – in diesem Fall die Dosierung – wiederholt anpassten. Auch hier blieben die Grenzen zwischen Experiment und dem Ausschöpfen von therapeutischen Optionen fließend.

4.6 Befunde zur Kinder- und Jugendpsychiatrie

Zusätzlich zu den Unterlagen aus der Erwachsenenpsychiatrie wurde im Rahmen der Pilotstudie eine Auswahl von 50 Heimakten der Beobachtungsstation Rüfenach aus dem Zeitraum von 1953–1980 ausgewertet. Die Beobachtungsstation befand sich bis 1975 im Zuständigkeitsbereich der Psychiatrischen Klinik Königsfelden, danach ging die Verantwortung an den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KJPD) über (siehe Kapitel 3.4). Aus Zeit- und Ressourcengründen nicht in die Pilotstudie mit einbezogen wurden Patientendokumentationen der übrigen Zweigstellen des KJPD. Eine cursorische Durchsicht von rund 250 Fallakten des Konsiliardienstes an der Erziehungsberatung Wohlen aus der Zeit zwischen 1977 und 1980 bestätigt die Einschätzung, dass für eine vertiefte Analyse der Medikationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie eine eigene Untersuchung nötig ist, dies auch deshalb, weil sich die Problematik bei Kindern und Jugendlichen komplexer ausnimmt und von der (psychiatrie-)historischen Forschung noch kaum untersucht worden ist.²⁰⁷ Tatsächlich stellt sich nicht nur die Frage nach Versuchen mit nicht zugelassenen Präparaten, sondern auch die Frage nach der (Off-Label-) Verschreibung von Medikamenten, die bereits für Erwachsene zugelassen waren, sowie generell die Frage nach der Bedeutung von Psychopharmakotherapien bei Kindern und Jugendlichen.

In der Auswahl von 50 Heimakten ist ein einziger Fall nachgewiesen, der für die vorliegende Fragestellung relevant ist. Dabei handelt es sich um einen zehnjährigen Jungen, der 1980 in Rüfenach beobachtet wurde und dort in eine klinische Studie mit dem Medikament Hydergin (Wirkstoff Codergocrin) involviert war. Beim Wirkstoff Codergocrin handelt es sich um ein Mutterkornalkaloid, das von der Firma Sandoz seit den 1940er-Jahren unter dem Handelsnamen Hydergin vertrieben und zur Behandlung von Störungen der zerebralen Leistungsfähigkeit bei Arteriosklerose, also primär bei

²⁰⁵ KA 13985, Einträge vom 12. Dezember 1957, 28. April 1958 und 10. Dezember 1958.

²⁰⁶ KA 14021, Einträge vom 31. Oktober 1963, 8. November 1963, 17. November 1963, 23. Februar 1964 und 5. April 1964. Das Medikament Luvatren (Methylperidol) wurde am 15. Juli 1963 durch die Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel registriert.

²⁰⁷ Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen wird auch in der Untersuchung zu Münsterlingen nur am Rande gestreift. Vgl. Meier/König/Tornay 2019, S. 105 f.). Vgl. zur Kinderpsychiatrie in der Schweiz nach dem Zweiten Weltkrieg: Gerard 2017; Köhnlein 2010. Im Rahmen des laufenden Nationalen Forschungsprogramms NFP 76 «Fürsorge und Zwang» beschäftigen sich verschiedene Projekte mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Erwachsenen, eingesetzt wurde.²⁰⁸ Der betroffene Junge war von der Lehrerin und dem Kinderarzt zur Abklärung eines Sonderschulbedarfs in Rüfenach angemeldet worden. Die Kosten für die Beobachtung übernahm grösstenteils die Invalidenversicherung. Als Gründe für die Überweisung wurden Probleme bei der Einordnung in die Klassengemeinschaft, provokatives und störendes Verhalten und schwache Schulleistungen angegeben. Das Kind sei, so die Einschätzung, für seine Klasse «fast untragbar». Die Familienverhältnisse wurden in der Anmeldung ebenfalls als schwierig beschrieben.²⁰⁹ Folgt man dem ausführlichen Verlaufsbericht, verlief der Aufenthalt des Jungen in Rüfenach wechselhaft. Positive Phasen lösten sich mit Phasen der Bedrückung ab. Gut zwei Monate nach dem Eintritt erhielt der Junge jeweils morgens eine halbe Tablette Hydergin. Nach einer Woche wurde die Dosis verdoppelt. Acht Wochen später wurde das Medikament abgesetzt. Weitere acht Wochen später verliess das Kind das Beobachtungsheim und trat in ein Schulheim über.²¹⁰

Drei Punkte sind in diesem Fall relevant. Erstens: In der Heimakte finden sich keine expliziten Begründungen für die Medikation. Aus dem Studienbericht an die Firma Sandoz, von dem sich in Kopie im Dossier befindet, lässt sich ableiten, dass Hydergin bezüglich der Wirkung auf eine «hyperkinetische Symptomatik» geprüft wurde.²¹¹ Tatsächlich hatte bereits das Überweisungsschreiben auf eine auffällige «Bewegungsunruhe» des Jungen hingewiesen. Weitere Hinweise auf die Frage, warum Hydergin gerade bei diesem Kind geprüft wurde, gibt es nicht. Im Studienbericht an Sandoz wird darauf hingewiesen, dass es sich um den «ersten Fall» handle. Man muss also davon ausgehen, dass weitere Kinder in der medizinischen Obhut des KJPD in die Hyderginstudie involviert waren. Zweitens: Verstreute Bemerkungen im Verlaufsbericht weisen darauf hin, dass die Eltern und weitere Verwandte über die Medikation informiert waren und beim Kind positive Veränderungen registrierten. Hinweise darauf, dass die Eltern umfassend über die Teilnahme ihres Sohns an einer klinischen Studie aufgeklärt worden waren, fehlen allerdings. Jedenfalls ist keine Einwilligungserklärung überliefert.²¹² Hinzu kommt, dass die standardisierten Fragebogen, die für die Eltern bestimmt waren, in diesem Fall von den Erzieherinnen und einer Lehrerin ausgefüllt wurden. Das stationäre Setting, in dem die Studie durchgeführt wurde, erschwerte somit den Einbezug der Eltern zusätzlich.²¹³ Zumindest was die Dokumentationspflicht anbelangt, dürften die SAMW-Richtlinien in diesem Fall nicht vollständig eingehalten worden sein. Drittens: Die Einschätzungen der Beteiligten bezüglich der Wirksamkeit der Medikation deckten sich keineswegs. Erwähnten die Eltern gegenüber dem Personal in Rüfenach die beruhigende Wirkung des Medikaments, stellte der Studienbericht «weder eine positive noch Nebenwirkungen fest». Vielmehr sei es sogar zu einer «Zunahme der hyperkinetischen Symptomatik»

²⁰⁸ Gemäss der Packungsbeilage war Hydergin im Jahr 1980 für die Behandlung von Symptomen (u. a. Störung der geistigen Beweglichkeit, Konzentrationsschwächen, Gedächtnisstörungen) im Zusammenhang mit zerebralen Durchblutungsstörungen bei Arteriosklerose zugelassen. Die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen war nicht ausdrücklich vorgesehen. Die 1980 gültige Packungsbeilage ist im Archiv von Swissmedic nur in Entwurfsform überliefert. Vgl. Auskunft von Swissmedic, 6. April 2020.

²⁰⁹ Archiv PDAG, Heimakten Rüfenach, Akte Nr. 1440, Anmeldung, 5. Oktober 1979, Schreiben des KJPD an die Schulpflege, 20. September 1979.

²¹⁰ Archiv PDAG, Heimakten Rüfenach, Akte Nr. 1440, handschriftlicher Verlaufsbericht.

²¹¹ Archiv PDAG, Heimakten Rüfenach, Akte Nr. 1440, Schreiben des KJPD an Sandoz, 11. Juli 1980.

²¹² Archiv PDAG, Heimakten Rüfenach, Akte Nr. 1440, handschriftlicher Verlaufsbericht, Einträge vom 1. Mai, 8. Mai, 17./18. Mai und 24.–26. Mai 1980.

²¹³ Archiv PDAG, Heimakten Rüfenach, Akte Nr. 1440, Schreiben des KJPD an Sandoz, 11. Juli 1980.

gekommen.²¹⁴ Die Beobachtungen deuten somit darauf hin, dass zumindest in diesem Fall keine belastenden Nebenwirkungen auftraten.

Die Auswertung von Heimakten der Beobachtungsstation Rüfenach hat den Charakter einer Sondierbohrung. Man kann davon ausgehen, dass neben dem bekannten Fall eines zehnjährigen Jungen weitere Kinder von der klinischen Studie mit Hydergin betroffen waren. Offen ist, ob auch andere Medikamente getestet wurden. Bei der cursorischen Durchsicht von Patientenakten des Konsiliardienstes bei der Erziehungsberatung Wohlen fällt zum Beispiel auf, dass dort das Medikament Nootropil ab November 1976 wiederholt verschrieben wurde.²¹⁵ Nootropil, ein Präparat mit dem Wirkstoff Piracetam, wurde erst im April 1977 und zunächst nur für die Anwendung bei Erwachsenen zugelassen. Es bezweckte die Aktivierung des Zentralnervensystems.²¹⁶ Die Hintergründe für die Verschreibung von Nootropil und allfälligen weiteren Testpräparaten können im Rahmen der Pilotstudie nicht geklärt werden. Um in diesen Punkten Klarheit zu schaffen, ist es notwendig, die Medikationspraxis in der Aargauer Kinder- und Jugendpsychiatrie im Rahmen einer eigenen Studie vertieft zu untersuchen.

4.7 Exkurs: Medikamententests im Schulheim Schürmatt

In der aktuellen Diskussion ist auch die Stiftung Schürmatt in Zetzwil in den Blick geraten.²¹⁷ Der Kinderpsychiater Heinz Stefan Herzka berichtet in seiner 2007 publizierten Autobiografie «Unterwegs im Zwischen», dass er in der Schürmatt eine «kleine Reihe wissenschaftlicher Medikamentenprüfungen» durchgeführt habe. Er arbeitete dabei vor allem mit dem Pharmaunternehmen Wander (ab 1967 Sandoz, heute Novartis) zusammen. Dieses habe als Gegenleistung die Kosten für den medizinischen Dienst im Heim übernommen. Herzka bezeichnet die Abgabe der Präparate, die noch nicht im Handel waren, im Rückblick als «fragwürdig». Genaue Angaben zu den eingesetzten Präparaten macht er in seiner Autobiografie jedoch nicht.²¹⁸

Das Schulheim Schürmatt wurde 1963 von der reformierten Landeskirche des Kantons Aargau gegründet. Die heute noch bestehende Stiftung nahm Kinder und Jugendliche mit kognitiven und Mehrfachbehinderungen auf und förderte die praktische Ausbildung. Finanzierungsträger des Schulheims waren in erster Linie die Invalidenversicherung und der Kanton Aargau. Die medizinisch-psychiatrische Betreuung erfolgte zunächst durch die Kinderklinik des Kantonsspitals Aarau, wo Herzka bis 1964 als Assistenzarzt tätig war. Herzka führte die Konsiliartätigkeit in der Schürmatt nach seinem Wechsel an die Zürcher Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo er für die Regionalstellen und die Tagesklinik zuständig war, bis 1971 weiter. Auch danach pflegte er weiterhin enge Beziehungen mit dem

²¹⁴ Archiv PDAG, Heimakten Rüfenach, Akte Nr. 1440, Schreiben des KJPD an Sandoz, 11. Juli 1980.

²¹⁵ Archiv PDAG, Raum P8.U.105, Patientendokumentationen des Konsiliardienstes an der Erziehungsberatungsstelle Wohlen, u. a. Akten 33 (25. November 1976) und 60 (6. Mai 1977).

²¹⁶ Gemäss den Packungsbeilagen wurde Nootropil 1977 für Erwachsene und 1985 auch für die Anwendung bei Kindern und Jugendlichen registriert. Die Packungsbeilage von 1977 ist im Archiv von Swissmedic nur in Entwurfsform überliefert. Vgl. Auskunft von Swissmedic, 3. März 2020.

²¹⁷ Vgl. Postulat Florian Vock, SP, Baden, vom 5. März 2019 (GR 19.44), <https://www.ag.ch/gross-rat/grweb/de/195/Detail%20Gesch%C3%A4ft?ProzId=4153141> (letzter Zugriff 1. März 2020).

²¹⁸ Herzka 2007, S. 63f.

Aargau. Zu Beginn der 1970er-Jahre unterstützte er etwa den Aufbau des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensts (KJPD) als Berater.²¹⁹

Bei der Schürmatt handelt es sich um eine eigenständige Stiftung, die bis heute ausserhalb des Verantwortungsbereichs der Psychiatrischen Dienste Aargau liegt. Ärztinnen und Ärzte aus Königsfelden versahen zeitweise konsiliarische Dienste im Schulheim.²²⁰ In den 1980er-Jahren wurde eine engere Zusammenarbeit zwischen der Stiftung und dem KJPD wiederholt diskutiert. Soweit die Quellen Aussagen erlauben, kam es im Untersuchungszeitraum jedoch zu keiner Vereinbarung über die Zusammenarbeit.²²¹ Die klinischen Studien, die Herzka als Mitarbeiter des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich in der Schürmatt durchführte, gehen deshalb über den Fokus der Pilotstudie, der auf die Klinik Königsfelden gerichtet ist, hinaus. Es müsste im Rahmen eines erweiterten Auftrags abgeklärt werden, ob in weiteren Aargauer Heimen Medikamentenversuche durchgeführt wurden. Unterlagen aus Herzkas Vorlass und dem Nachlass von Roland Kuhn²²² sowie Unterlagen, welche die Stiftung dem Verfasser zur Verfügung gestellt hat, erlauben immerhin eine erste Einschätzung der Situation in der Schürmatt.

Nachweislich getestet wurde in der Schürmatt das Präparat Loxapin der Firma Wander. Gemäss den Quellen verschrieb Herzka ab Herbst 1967 in der Schürmatt 17 Kindern mit kognitiven Behinderungen (im zeitgenössischen Sprachgebrauch als «imbecile und idiotische» Patienten bezeichnet), die starke Bewegungsunruhe zeigten, das Präparat mit dem Industriekürzel SUM 3170. Bei diesem handelte es sich um ein hochpotentes Neuroleptikum mit stark dämpfender, bewegungshemmender und antipsychotischer Wirkung. Das Präparat wurde in der zweiten Hälfte der 1960er-Jahre in mehreren Schweizer Universitätskliniken an Erwachsenen getestet, gelangte jedoch vermutlich auch wegen der schweren Nebenwirkungen damals nicht zur Marktreife.²²³

Als Hauptindikation von SUM 3170 bezeichnete Herzka «benigne Hyperkinesen». Bei Kindern, die an solchen Bewegungsauffälligkeiten litten, erziele das Präparat bei optimaler Dosierung «beste Ergebnisse» und verbessere die Aufmerksamkeit, Ausdauer und Konzentration sowie die Möglichkeiten für eine praktische Ausbildung. Allerdings traten auch in der Schürmatt schwere Nebenwirkungen auf. Bei vier Kindern stellte Herzka Dyskinesien (Bewegungsstörungen), bei je einem weiteren Kind Schlundkrämpfe mit Zungenschwellung, eine parkinsonähnliche Gangstörung und eine Leukopenie (Verminderung der weissen Blutkörperchen) fest. Nach der Unterbrechung der Medikation und der Reduktion der Dosis wurde die Therapie bei den vier Kindern, bei denen es zu Dyskinesien gekommen war, wieder aufgenommen. Aufgrund der befriedigenden Ergebnisse führte Herzka die Medikation bei einigen Kindern nach der Beendigung der «initialen Prüfung» fort. Diese Kinder erhielten SUM 3170 während mehr als 20 Monaten verabreicht, da sie sonst für die Institution «nicht tragbar»

²¹⁹ Vgl. dazu: JB KJPD 1984, S. 6–9; StAAG, ZwA 2003.0036 (2003-00061), Position 74, Dossier 13740.

²²⁰ 1972 versah zeitweise eine Assistenzärztin von Königsfelden den Konsiliardienst in der Schürmatt. Vgl. Schreiben von Herzka, 16. März 1972, Archiv für Zeitgeschichte, Nachlass Stefan Heinz Herzka, 46 (A).

²²¹ Protokolle der Aufsichtscommission, 5. Juli 1978, 18. März 1982, 7. Juli 1988, StAAG, ZwA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 27. Unterlagen zum Konsiliardienst in der Schürmatt sind im Archiv der PDAG erst für die Zeit nach 2011 überliefert.

²²² Vgl. Meier/König/Tornay 2019, S. 273, Anm. 16.

²²³ Rietmann/Germann/Condrau 2018, S. 214; Angst et al. 1970. Der Wirkstoff Loxapin wurde in der Schweiz 2016 unter dem Handelsnamen Adasuve zugelassen. Die Sicherheit und Wirksamkeit bei Kindern unter 18 Jahren gilt heute als nicht erwiesen. Vgl. <https://epha.ch/kompendium/fi/de/65461/> letzter Zugriff, 2. März 2020).

gewesen seien. Die Veränderungen der Blutwerte, die bei den Kindern auftraten, betrachtete Herzka als vertretbar.²²⁴

Sicher ist, dass in der Schürmatt 1968/69 auch das Antidepressivum Noveril und 1970 das Neuroleptikum HF 1854 an Kindern mit kognitiven Behinderungen getestet wurden. Noveril war von Wander bereits 1964 auf den Markt gebracht worden.²²⁵ Um 1970 testete Herzka zusammen mit einer Doktorandin HF 1854 auch im Kanton Zürich an Kindern, die an Schlafstörungen litten.²²⁶ HF 1854 respektive der Wirkstoff Clozapin wurde erst 1972 unter dem Namen Leponex zugelassen. Dieses Mittel war eines der ersten «atypischen» Neuroleptika. Das Medikament musste 1976 in mehreren Ländern wegen schwerer Blutbildveränderungen vom Markt genommen werden.²²⁷ Das Ausmass der Versuche mit diesen Präparaten lässt sich ohne Durchsicht der Heimakten nicht abschätzen. Ebenfalls lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen, ob in der Schürmatt weitere Medikamente getestet wurden. In den überlieferten Unterlagen finden sich Hinweise auf das Antidepressivum IB 503 oder das Antiandrogen SH 714 (Cyproteronacetat, Androcur), ohne dass der Bezug zur Schürmatt jedoch geklärt ist.²²⁸ Sicher ist indes, dass die Firma Wander 1969 der Schürmatt zeitweise eine Arztstelle finanzierte. Die Kosten der Stelle wurden anschliessend von der Invalidenversicherung übernommen.²²⁹

Die Medikamententests in der Schürmatt waren Teil des Versuchs, die Behandlung von Kindern mit kognitiven Behinderungen nach modernen medizinischen Grundsätzen zu gestalten. Heilpädagogische und pharmakologische Herangehensweisen sollten dabei kombiniert werden. Herzkas Ziel war es, die Schürmatt zu einem «Modellfall für ein Ausbildungsheim für schwachsinnige Kinder» zu machen. Zu diesem Zweck wollte er ein «konsiliarisches Team von Fachleuten» aufbauen, das nicht nur die medizinische Betreuung sicherstellte, sondern auch Forschung an den Kindern betrieb. Dazu gehörten etwa systematische Eintrittsuntersuchungen, die anschliessend mittels EDV verarbeitet wurden.²³⁰ Das Vorhaben wurde nicht nur durch Pharmaunternehmen, sondern auch durch die Invalidenversicherung

²²⁴ Herzka 1969; Abschlussbericht [Wander] über die Anwendung von SUM 3170 in der Neuro-Psychiatrie, 6. Juni 1969, StATG, 9'10, 9.5/4. Der Hinweis auf die Weiterführung der Behandlung nach dem Abschluss der initialen Prüfung fehlt in der Publikation Herzkas.

²²⁵ Schreiben an Wander, 5. Oktober 1968 und 16. September 1969 (Noveril), Schreiben von Wander an Herzka, 30. September 1968 (HF 1854), Archiv für Zeitgeschichte, Nachlass Stefan Heinz Herzka, 46 (A). Die Stiftung Schürmatt verfügt über Belege, dass HF 1854 mindestens an einem Mädchen getestet wurde. Vgl. Auskunft der Stiftung Schürmatt gegenüber dem Verfasser, 13. März 2020.

²²⁶ Strebel-Schlegel 1975. Die Arbeit untersucht die Wirkung von Clozapin auf das Schlafverhalten von 24 Kindern, die in den Zweigstellen Winterthur und Uster des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes des Kantons Zürich behandelt wurden.

²²⁷ Vgl. dazu: Healy 2002, S. 238–244.

²²⁸ Vgl. Sandoz an Herzka, 10. Oktober 1969 und 18. März 1970 (IB 503), Kinderspital Zürich an Herzka, 7. Juli 1972 (SH 714), Archiv für Zeitgeschichte, Nachlass Stefan Heinz Herzka, 46 (A). Nachweislich erhielt Herzka mehrere Testchargen von IB 503. Nicht sicher ist jedoch, ob diese auch in der Schürmatt abgegeben wurden. Gemäss den Quellen interessierte sich Herzka mehrfach für die Anwendung von SH 714 bei Jugendlichen in der Pubertät. Ob er das Präparat tatsächlich verschrieb, geht aus den Quellen jedoch nicht hervor.

²²⁹ Wander an Herzka, 3. September 1969 und 20. Oktober 1969, Archiv für Zeitgeschichte, Nachlass Stefan Heinz Herzka, 46 (A); Notiz Arbeitsauftrag von Herrn Dr. Kalensky im Kinderheim Schürmatt, [Herbst 1969], Archiv Stiftung Schürmatt (Kopien im Besitz des Verfassers).

²³⁰ Schreiben von Herzka an Wander, 10. Oktober 1968, Archiv für Zeitgeschichte, Nachlass Stefan Heinz Herzka, 46 (A).

unterstützt. Inwieweit der Stiftungsrat und die Eltern über Versuche mit nicht zugelassenen Medikamenten im Bild waren, muss durch weitere Untersuchungen geklärt werden.²³¹

4.8 Beziehungen zu Pharmaunternehmen

Mit der «pharmakologischen Wende» in der Psychiatrie (siehe Kapitel 3.2) wurde die Pharmaindustrie zu einem immer wichtigeren Einflussfaktor auf die Psychiatrie. Marktmächtige Unternehmen wie Geigy, Sandoz oder Hoffmann-La Roche spielten eine wichtige Rolle bei der Entwicklung und Verbreitung der neuen Therapien. Im Verbund mit staatlichen Regulationsbehörden trieben sie die Standardisierung der klinischen Forschung voran und gaben einem naturwissenschaftlichen Krankheitsverständnis Auftrieb. Die Marketingstrategien der Unternehmen prägten das Verständnis von Krankheitsbildern wie die «larvierte Depression» oder die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) massgeblich mit.²³² Kritiker wie der Psychiater und Historiker David Healy sprechen deshalb davon, dass die Psychiatrie – wie andere Fachrichtungen der Medizin – ab den 1960er-Jahren Teil eines «medizinisch-pharmazeutischen Komplexes» geworden sei.²³³

Aufgrund der lückenhaften Quellenlage und des beschränkten Umfangs der Pilotstudie ist es nicht möglich, die Beziehungen zwischen der Klinik Königsfelden und einzelnen Pharmaunternehmen vertieft zu untersuchen. Damit ist es auch nicht möglich, Aussagen darüber zu machen, ob die Kontakte ähnlichen Logiken folgten, wie sie für die vergleichsweise gut dokumentierten Kliniken Münsterlingen und Zürich herausgearbeitet worden sind.²³⁴ Allein die Tatsache, dass in Königsfelden zwischen 1950 und 1990 Medikamentenversuche und klinische Studien mit Psychopharmaka durchgeführt wurden, lässt darauf schliessen, dass die Beziehungen zur Industrie zumindest phasenweise eng gewesen sein müssen.

Um nicht den Eindruck einer falschen Vollständigkeit zu erwecken, werden die bruchstückhaften Erkenntnisse in Form einer Auflistung wiedergegeben:

- In den 1950er-Jahren gehörte der damalige Oberarzt und stellvertretende Direktor der Psychiatrischen Klinik Königsfelden Heinz Brunold zu einem kleinen Kreis von Prüfärzten, die für Pharmaunternehmen Medikamententests an Patientinnen und Patienten durchführten. Vom wem die Initiative für die Zusammenarbeit ausging, lässt sich nicht mit Bestimmtheit sagen. Auch in der Folge dürften solche Einzelkontakte eine wichtige Rolle gespielt haben, so etwa im Fall der Prüfung des Antiandrogens Cyproteronacetat (SH 714) durch Brunolds Nachfolger, Oberarzt Heinrich Hoffet. Mit dem Direktionswechsel zu Fritz Gnirss (1970) und mit dem Aufbau der Forschungsabteilung wurde vor allem das Verhältnis zur Firma Ciba-Geigy enger. Welche Qualität die Beziehung im Lauf der Zeit annahm, ist jedoch schwer zu sagen.

²³¹ Aufgrund der Protokolle des Stiftungsrates, welche die Stiftung Schürmatt dem Verfasser dieses Berichts zugänglich gemacht hat, ist zu vermuten, dass das Gremium zwar über die Zusammenarbeit mit der Firma Wander, nicht jedoch über die Versuche mit nicht zugelassenen Präparaten informiert war.

²³² Vgl. dazu: Meier/König/Tornay 2019; Gerber/Gaudillière 2016; Healy 1997. Dieser Abschnitt folgt Rietmann/Germann/Condrau 2018, S. 238.

²³³ Healy 2002, S. 2.

²³⁴ Meier/König/Tornay 2019; Rietmann/Germann/Condrau 2018.

- Mangels überlieferter Unterlagen ist es schwer zu beurteilen, was die involvierten Ärzte im Einzelfall dazu bewog, sich auf eine Zusammenarbeit mit Pharmaunternehmen einzulassen. Ebenfalls nicht sagen lässt sich, ob die Ärzte – ähnlich wie in Basel oder Zürich – im Gegenzug auch Bedenken gegen die Prüfung einzelner Präparate äusserten. Des Weiteren ist nicht bekannt, in welcher Form die Ärzte ihre Prüfungsbefunde den beteiligten Pharmaunternehmen rapportierten. Im Fall von TP 21 ist dokumentiert, dass Brunold die Prüfergebnisse zu 89 Patientinnen und Patienten der Abteilung für klinische Forschung von Sandoz mitteilte. Dabei verwies er auf die Vorteile gegenüber einer Behandlung mit Chlorpromazin und die aufgetretenen Nebenwirkungen, insbesondere einen Fall von Ikterus (Gelbsucht).²³⁵ Für die klinischen Studien mit SH 716 (1967) und Hydergin (1980) kamen teilweise standardisierte Fragebogen zur Erfassung der beobachteten Wirkungen zur Anwendung. Dies bestätigt den Befund der Forschung, dass die Pharmaunternehmen ab der zweiten Hälfte der 1960er-Jahre klinische Versuche stärker zu kontrollieren und zu vereinheitlichen begannen.²³⁶
- Wenig lässt sich über allfällige Finanzflüsse zwischen Pharmaunternehmen und der Klinik sagen. Wie andere Kliniken erhielt Königsfelden die benötigten Versuchspräparate von den beteiligten Pharmaunternehmen zur Verfügung gestellt. In welchem Umfang Gratislieferungen über den Prüfbedarf und die Prüfdauer hinaus erfolgten, lässt sich nicht mit Sicherheit sagen. Aus der Korrespondenz mit Angehörigen und Sozialdiensten ist bekannt, dass Melleril (ehemals «Sandoz 2») und Tofranil («Geigy-Mittel») nach der Zulassung in Einzelfällen noch knapp ein Jahr lang gratis abgegeben wurde.²³⁷ Auch Ärztemuster neu zugelassener Medikamente, welche die Klinik von den Herstellerfirmen erhielt, wurden während einer beschränkten Zeit ohne Verrechnung abgegeben.²³⁸ Wie erwähnt, eröffneten solche Gratispräparate den Königsfelder Ärzte und Ärztinnen Handlungsspielräume in therapeutischer Hinsicht (siehe Kapitel 4.3). Bekannt ist schliesslich, dass der Aufbau der Forschungsabteilung von der Firma Ciba-Geigy mit Sachleistungen unterstützt wurde (siehe Kapitel 3.4). Ob die finanzielle Unterstützung darüber hinaus ging und ob Gelder an einzelne Ärzte und Ärztinnen flossen, ist nicht bekannt. In den ausgewerteten Quellen sind diesbezüglich auf jeden Fall keine Hinweise zu finden.²³⁹

²³⁵ Übersicht TP 21, Abteilung klinische Forschung Sandoz, September 1958, StATG, 9'40, 5.0.8/1. In einer ebenfalls überlieferten Übersicht der Abteilung klinische Forschung von Sandoz, die ebenfalls vom September 1958 datiert, wird demgegenüber ausdrücklich festgehalten, dass bisher bei der Anwendung von Melleril kein Fall von Ikterus beobachtet worden sei.

²³⁶ Meier/König/Tornay 2019, S. 153.

²³⁷ KA 13842, Schreiben an die Gemeinde, 7. Januar 1959; KA 13857, Schreiben an den Vormund, 5. März 1959.

²³⁸ KA 14159, Schreiben an die Eltern, 20. Februar 1959.

²³⁹ Gemäss den im Archiv der PDAG überlieferten Studienunterlagen aus den 2000er-Jahren war es damals üblich, dass Pharmaunternehmen die Kliniken für die Durchführung klinischer Studien entschädigten. In den Unterlagen zur Close-Studie (Clopixol, Seroquel) von 2000 ist etwa eine Entschädigung von 40'000 Franken vermerkt (Archiv PDAG, Raum P8.U109). Gemäss mündlicher Auskunft von Dr. Mario Etzensberger gegenüber dem Verfasser vom 27. Januar 2020, ist es für den Zeitraum nach 1990 ausgeschlossen, dass Gelder von Pharmaunternehmen an einzelne Ärzte oder Ärztinnen flossen.

4.9 Wahrnehmung der Aufsicht durch die zuständigen Behörden

Dass in Königsfelden nicht zugelassene Medikamente an Patientinnen und Patienten getestet wurden, war kein Geheimnis. Sowohl die Jahresberichte der Klinik als auch die wenigen Publikationen von Königsfelder Ärzten enthalten eindeutige Hinweise. Mit dem Aufbau der Forschungsabteilung ab 1970 wurden die Forschungstätigkeiten der Klinik gegen aussen sogar ausdrücklich sichtbar gemacht. In der öffentlichen Debatte über Patientenrechte, die im Kanton Aargau in den 1980er-Jahren aufkam, wurden Forschungsuntersuchungen in der Psychiatrie, insbesondere an handlungsunfähigen Personen, kritisch diskutiert. Zu einer grundsätzlichen Infragestellung der Praxis kam es dabei allerdings nicht. Stattdessen wurden die Bedingungen, unter denen solche Untersuchungen durchgeführt werden durften, präzisiert und die Informationspflicht der Klinikleitung erhöht (siehe Kapitel 3.5). In der Regel ebenfalls offengelegt wurden Behandlungen mit nicht zugelassenen Präparaten in den Austrittsberichten der Klinik an praktizierende (Haus-)Ärzte. 1957 hiess es in einem solchen Bericht: «Unter Verabreichung eines neuen Neuroplegicums der Firma Geigy, das noch nicht im Handel ist und largactilähnliche Wirkung zeigt, trat allmählich eine ordentliche Lockerung und Beruhigung auf.»²⁴⁰ Ende 1976 wurde ein Hausarzt wie folgt über die Teilnahme an einer klinischen Studie informiert: «Wir verabreichten [dem Patienten] ein neues neuroleptisches Präparat (Substanz Q) in aufsteigender Dosis [...]. Später Umstellung auf Halperidol-Tropfen, die Patient besser vertrug.»²⁴¹ Immer wieder finden sich Hinweise, dass den Patientinnen und Patienten respektive ihren Hausärzten Versuchspräparate für die Zeit nach dem Klinikaustritt mitgegeben wurden.

Nur wenige Spuren hinterliessen Medikamentenversuche in den Protokollen und Unterlagen der Kommission, die für den Kanton die Aufsicht über die Klinik Königsfelden wahrnahm. Geleitet wurde die Kommission durch den jeweiligen Vorsteher der Gesundheitsdirektion respektive des Gesundheitsdepartements. Der Kommission gehörten weitere Vertreter und Vertreterinnen kantonaler Behörden (Oberrichter, Grossräte) und der Ärzteschaft an. Von 1969 bis 1981 amtierte Paul Kielholz, Psychiatrieprofessor in Basel und Sohn von alt Direktor Arthur Kielholz, als medizinisches Gewissen der Kommission. Das revidierte Organisationsdekret von 1981 verpflichtete die Klinikleitung, die Aufsichtskommission regelmässig über die Forschungstätigkeit zu informieren. Die Unterlagen der Kommission für die Jahre 1971–1987 sind allerdings weder in den Archiven noch in der Ablege der Kantonsverwaltung auffindbar.

Anders als in anderen Kliniken war das Aufkommen der modernen Psychopharmaka und die dadurch bedingten Veränderungen im Klinikalltag in der Aufsichtskommission für Königsfelden kaum ein Thema. Die Kommission beschäftigte sich über Jahrzehnte hinweg vor allem mit administrativen und personellen Angelegenheiten.²⁴² Die Ausnahmen, die hier relevant sind, lassen sich an einer Hand abzählen. 1962 behandelte die Kommission die Frage der Verrechnung der Kosten für «Spezialkuren», ohne jedoch auf Versuchsbehandlungen einzugehen. 1964 war die Pflicht zum Bezug grosser Medikamentenmengen über die Kantonsapotheke ein Thema.²⁴³ 1969 hielt eine Informationsnotiz für die Mitglieder der Kommission fest: «Punkto pharmakologische Kuren sind keine grossen Änderungen

²⁴⁰ KA 13891, Austrittsbericht, 28. Mai 1957.

²⁴¹ KA 21331, Austrittsbericht, 28. Dezember 1976.

²⁴² Vgl. dazu: Meier/König/Tornay 2019, S. 174–177; Rietmann/Condrau/Germann 2018, S. 218.

²⁴³ Protokolle der Aufsichtskommission, 3. Juli 1962 und 18. November 1964, Archiv PDAG, Raum H7.U.09, Schrank 2, Ordner Protokolle Aufsichtskommission 1944–1970.

eingetreten, wenige Mittel stehen im Versuchsstadium. Es kann darüber noch nichts Bestimmtes gesagt werden.»²⁴⁴ Ob diese Information eine Folge der Forderung eines Kommissionsmitglieds aus dem Vorjahr war, künftig stärker über «aktuelle medizinisch-psychiatrische Probleme» informiert zu werden, muss hier offenbleiben.²⁴⁵ Dies ist jedenfalls der einzige Hinweis auf Medikamentenversuche in den Kommissionsunterlagen aus dem Zeitraum vor 1970. Für die Zeit von 1971–1987 lassen sich, wie bereits erwähnt, mangels Quellenüberlieferung keine Aussagen machen. Aus den Protokollen für die nachfolgenden Jahre geht hervor, dass Direktor Gnirss und der Leiter der Forschungsabteilung, Oberarzt Thomann, die Aufsichtskommission im November 1989 über die Schwerpunkte und aktuellen Tätigkeiten der Forschungsabteilung informierten. Dabei verwiesen sie auf die klinische Pharmakostudie SA/PS 33, bei der ein Neuroleptikum ohne Ermüdungserscheinungen und mit wenigen Nebenwirkungen geprüft werden sollte. Auf einem Handout, das den Mitgliedern der Kommission abgegeben wurde, war der vorgesehene Ablauf der Durchführung solcher Studien aufgezeichnet. Dazu gehörte auch die Konsultation der ethischen Kommission der Klinik. Ebenfalls verwies das Handout auf die Richtlinien der SAMW von 1970, die Deklaration von Helsinki sowie auf eine Erklärung des Europarats von 1978. Zu den Rahmenbedingungen, die in diesem Zusammenhang erwähnt wurden, gehörte ausdrücklich die Aufklärung der Patientinnen und Patienten.²⁴⁶

²⁴⁴ Informationsnotiz für den Zeitraum vom 1. April bis am 2. Juli 1969, Archiv PDAG, Raum P.06.U.116, Stapel mit Unterlagen der Aufsichtskommission. Da keine durchgängige Serie solcher Notizen überliefert ist, lässt sich nicht sagen, ob die Kommission bereits früher in ähnlicher Form informiert wurde.

²⁴⁵ Protokoll der Aufsichtskommission, 6. Juni 1968, Archiv PDAG, Raum H7.U.09, Schrank 2, Ordner Protokolle Aufsichtskommission 1944–1970.

²⁴⁶ Protokoll der Aufsichtskommission und Beilagen, 8. November 1989, StAAG, ZWA 2003.0018 (2003-00017), Ordner 35.

5 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Dieser Bericht fasst die Ergebnisse der Pilotstudie über Medikamentenversuche in der Psychiatrischen Königsfelden von 1950–1990 zusammen, die das Institut für Medizingeschichte der Universität Bern im Auftrag des Regierungsrats des Kantons Aargau im Herbst 2019 und Frühjahr 2020 durchgeführt hat. Die Pilotstudie beruht auf einer beschränkten Quellenauswahl. Die Beschränkung ist einerseits durch das limitierte Mandat, andererseits durch die unbefriedigende Quellenlage bedingt. Die Überlieferung der Verwaltungs- und Forschungsunterlagen der Psychiatrischen Klinik Königsfelden aus dem Untersuchungszeitraum weist grosse Lücken auf. Zudem sind die Klinikarchive nicht erschlossen und teilweise in konservatorisch schlechtem Zustand. Dem Auftrag entsprechend, liefert die Pilotstudie eine erste Einschätzung zum Umfang von Medikamentenversuchen in Königsfelden und zu den Bedingungen, unter denen diese stattfanden. Sie formuliert Empfehlungen, inwiefern es nötig ist, die historische Aufarbeitung weiterzuführen.

Ausmass und Dokumentation von Medikamentenversuchen in Königsfelden

Die Ergebnisse bestätigen die Vermutung, dass in Königsfelden, wie in anderen psychiatrischen Kliniken der Schweiz, Versuche mit nicht zugelassenen Präparaten an Patientinnen und Patienten durchgeführt wurden. Es sind 31 Präparate nachgewiesen worden, die als Versuchsmedikamente bezeichnet werden können. Diese Zahl ist als Minimum zu verstehen. Grösstenteils handelt es sich um Präparate, die zur Zeit der Verschreibung (noch) nicht zugelassen waren. Zwei Präparate, die damals primär für Erwachsene zugelassen waren, gelangten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zum Einsatz. Die Medikamentenversuche erstreckten sich über den ganzen Untersuchungszeitraum. Die erste Versuchsbehandlung mit Psychopharmaka ist für 1953, die letzte für 1986 nachgewiesen. Besonders häufig kamen Medikamententests in der zweiten Hälfte der 1950er-Jahre vor. In dieser unregulierten Frühphase der Psychopharmakologie wurden in Königsfelden gleichzeitig mehrere Varianten verschiedener Stoffe geprüft. In den Folgejahrzehnten hatten Tests von neuen Präparaten eher sporadischen Charakter. In den 1980er-Jahren wurden psychoaktive Medikamente zu Versuchszwecken in der Schlaforschung eingesetzt, die damals zu den Spezialgebieten der Klinik gehörte. Diese Experimente sind, was das Setting und das Patientenspektrum anbelangt, jedoch nicht mit Versuchsbehandlungen im stationären Bereich vergleichbar. Weiter gibt es Hinweise darauf, dass in Königsfelden einzelne Versuchspräparate zur Behandlung von somatischen Beschwerden eingesetzt wurden.

Die Zahl der betroffenen Patientinnen und Patienten lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen. Anders als im Fall der Kliniken Münsterlingen und Zürich sind keine Übersichten oder Listen überliefert, die Aufschluss über das Ausmass von Behandlungen mit nicht zugelassenen Psychopharmaka in Königsfelden geben. Die einzige Möglichkeit, betroffene Patientinnen und Patienten zu eruieren, ist die Auswertung einer Stichprobe der erhaltenen Patientendokumentationen. Aufgrund einer Zufallsstichprobe von 200 Krankenakten lässt sich darauf schliessen, dass sich der Anteil der Patientinnen und Patienten, die einmal oder mehrmals ein Versuchspräparat verschrieben erhielten, im tieferen einstelligen Prozentbereich bewegt. Dieser Anteil ist mit anderen Kliniken der Schweiz vergleichbar. Schätzungsweise wurden in Königsfelden im Untersuchungszeitraum mehrere Hundert Patientinnen und Patienten mit Medikamenten behandelt, die damals nicht zugelassen waren.

Patientinnen und Patienten, Nebenwirkungen und Möglichkeiten der Selbstbestimmung

Die Patientinnen und Patienten, die von Medikamentenversuchen betroffen waren, bildeten ein breites Spektrum. Es gibt keine Hinweise darauf, dass bestimmte Patientengruppen bezüglich Alter, sozialer Herkunft und Aufnahmezustand besonders häufig von Medikamentenversuchen betroffen waren. Versuchspatientinnen und -patienten waren wie andere Patientinnen und Patienten von Zwangshospitalisierungen und anderen medizinischen und fürsorgerischen Zwangsmassnahmen betroffen. Betroffene solcher Zwangsmassnahmen bildeten aber keine Gruppe, die gezielt für Medikamentenversuche ausgewählt wurde. Die Auswertung der Krankenakten zeigt, dass Personen, die in Königsfelden hospitalisiert waren, aus unterschiedlichen Gründen zu Versuchspatientinnen und -patienten werden konnten. Die Versuchsbehandlungen folgten keinen fixen Schemata oder harten medizinischen Kriterien. Vielfach trugen kontingente Faktoren – die zufällige Verfügbarkeit eines Präparats in der Klinik, das Ausbleiben eines Therapieerfolgs, der zeitweise Bedarf an geeigneten Testpersonen oder schlicht finanzielle Gründe – dazu bei, dass jemand ein Versuchs- oder ein Standardpräparat erhielt oder überhaupt mit Psychopharmaka behandelt wurde.

Die Ergebnisse zeigen, dass auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Medikamente getestet wurden. Die Auswertung einer Stichprobe von 50 Heimakten der Beobachtungsstation Rüfenach ergibt, dass ein damals 10-jähriger Junge in eine klinische Studie involviert war. Vermutlich waren weitere Kinder betroffen. Ebenfalls gibt es Hinweise darauf, dass im Zuständigkeitsbereich des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Ende der 1970er-Jahre ein Medikament eingesetzt wurde, bevor dieses für Kinder und Jugendliche zugelassen war. Bestätigt hat sich auch die Vermutung, dass im Schulheim Schürmatt in Zetzwil Ende der 1960er-Jahre Psychopharmaka an Kindern mit kognitiven Behinderungen getestet wurden. Nachgewiesen sind mindestens drei Testreihen mit hochpotenten Neuroleptika und Antidepressiva zur Behandlung von Bewegungsstörungen und Kontaktschwierigkeiten. Diese Tests erfolgten unter der Regie des Kinderpsychiaters Heinz Stefan Herzka, der damals für den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons Zürich tätig war.

Behandlungen mit Psychopharmaka waren vielfach von Nebenwirkungen begleitet. Bei Versuchspräparaten war die Unsicherheit bezüglich allfälliger Begleiterscheinungen naturgemäss grösser. Die Krankenakten zeigen, dass die Ärzte und Ärztinnen Nebenwirkungen bis zu einem gewissen Grad in Kauf nahmen. Wo diese unerwartet oder massiv auftraten oder wo bleibende Schädigungen drohten, wurden Behandlungen abgebrochen. Häufiger wurden Versuchspräparate allerdings abgesetzt, weil die erhofften Wirkungen ausblieben. Ein Viertel der 44 Patientinnen und Patienten, die Teil der Stichprobe sind, starben in der Klinik Königsfelden oder kurz nach der Verlegung in eine andere Einrichtung. Zwei dieser Todesfälle erfolgten wenige Woche nach dem Absetzen der Versuchsmedikation. Der eine Patient beging Suizid, beim anderen führte gemäss den Angaben in der Patientendokumentation ein Geschwür an der Speiseröhre zum Tod. Hinweise auf direkte Zusammenhänge mit der vorgängigen Versuchsbehandlung gibt es keine.

Für die Zeit vor 1980 gibt es keine schriftlichen Belege, dass in Königsfelden Patientinnen und Patienten umfassend über klinische Versuche informiert wurden und die Möglichkeit hatten, ihr Einverständnis zu geben oder eine Behandlung abzulehnen. Bis Anfang der 1960er-Jahre war es üblich, vor Behandlungen mit Psychopharmaka und vor anderen somatischen Kuren die Zustimmung der Angehörigen einzuholen. Die Praxis war aber uneinheitlich und eng mit der Pflicht zur Kostenübernahme der Medikamente verbunden. Warum später auf solche Kurbewilligungen verzichtet wurde, lässt sich

nicht abschliessend sagen. Bezüglich der Verabreichung von Psychopharmaka gab es im Klinikalltag ein breites Spektrum von Wissen und Nichtwissen, von Kooperation und Zwang. Diesbezüglich unterschieden sich Behandlungen mit Standard- und Versuchsmedikamenten kaum voneinander. In der Stichprobe sind Beispiele dokumentiert, in denen Versuchspräparate im Wissen und mit offensichtlicher Zustimmung der betroffenen Patientinnen und Patienten abgegeben wurden. Es gibt aber auch Beispiele, in denen Versuchspräparate mit physischem Zwang verabreicht wurden. Dem paternalistischen Fürsorgeverständnis der damaligen Zeit entsprechend, lag die Entscheidungsmacht bei den Ärzten und Ärztinnen. Es gibt nur wenige Beispiele von Patientinnen und Patienten, die sich den Behandlungsversuchen entziehen konnten. Mit Blick auf die historische Realität in einer geschlossenen psychiatrischen Institution muss man die Bedeutung des *informed consent* indes generell hinterfragen. Ein Fallbeispiel aus den 1980er-Jahren zeigt, dass selbst Patientinnen und Patienten, die umfassend über die Teilnahme an einer klinischen Studie aufgeklärt worden waren und eingewilligt hatten, de facto kaum die Möglichkeit hatten, eine Behandlung abzubrechen oder Einfluss auf die nachfolgende Medikation zu nehmen.

Klinische Versuche fanden bis in die 1970er-Jahre in einem rechtlichen Graubereich statt. Daraus darf allerdings nicht geschlossen werden, dass die Versuche aus damaliger Sicht unproblematisch waren. Tatsächlich war der Grundsatz, dass ärztliche Behandlungen ohne Aufklärung und Einwilligung der Patientinnen und Patienten rechtswidrig und unter Umständen strafbar waren, seit Langem anerkannt. Erst um 1980 setzte im Kanton Aargau indes eine breite politische Debatte über die Rechte von Patientinnen und Patienten ein. In der Folge wurden die regulatorischen Anforderungen an die klinische Forschung verschärft. In der Praxis blieben aber viele Fragen offen, insbesondere was die Dokumentationspflicht anbelangt. Dies gilt umso mehr für die stationäre Psychiatrie, wo der Anteil der handlungsunfähigen und unfreiwilligen Patientinnen und Patienten hoch war. Aufgrund der ausgewerteten Unterlagen bleiben gewisse Zweifel darüber, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt die regulatorischen Vorgaben im Klinikalltag von Königsfelden befolgt worden. Offen bleibt in diesem Zusammenhang auch die Rolle der ethischen Kommission der Klinik, deren Unterlagen nicht mehr vorhanden sind. Aus heutiger Sicht ist es allerdings wenig ergiebig, danach zu fragen, ob die damaligen Ärzte und Ärztinnen gegen bestimmte Normen verstiesen. Zielführender ist die Diskussion der Frage, warum den Psychatriepatientinnen und -patienten lange so wenige Rechte und Möglichkeiten der tatsächlichen Selbstbestimmung zugestanden wurden.

Zusammenarbeit zwischen Klinik und Pharmaindustrie

Aufgrund der Quellenlage ist es unmöglich, die Beziehungen zwischen der Klinik und einzelnen Pharmaunternehmen im Detail nachzuzeichnen. Damit ist es auch nicht möglich, Aussagen darüber zu machen, ob die Kontakte ähnlichen Mustern folgten, wie sie für die Kliniken Münsterlingen und Zürich bekannt sind. Allein die Tatsache, dass in Königsfelden zwischen 1950 und 1990 Medikamentenversuche und klinische Studien mit Psychopharmaka durchgeführt wurden, lässt darauf schliessen, dass die Beziehungen zur Industrie phasenweise eng gewesen sein müssen.

Es ist davon auszugehen, dass mehrere Königsfelder Ärzte enge Kontakte zu Pharmaunternehmen wie Geigy, Sandoz, Hoffmann-La Roche oder Schering unterhielten. Dazu gehörten die Oberärzte Heinz Brunold (Amtszeit 1944–1964), Heinrich Hoffet (1965–1968) und Dietrich Schneider-Helmert (1971–1985). Letzterer war Leiter der 1970 neu eingerichteten Forschungsabteilung, deren Aufbau von der

Firma Ciba-Geigy mit Sachleistungen unterstützt wurde. Die Forschungsabteilung und Ciba-Geigy unterhielten noch in den 1980er-Jahren enge Beziehungen. Wie anderswo stellten Pharmaunternehmen der Klinik Testmedikamente und Ärztemuster gratis zur Verfügung. Da in Königsfelden moderne Psychopharmaka den Patientinnen und Patienten separat verrechnet wurden, war der Entlastungseffekt für den Klinik-Etat eher gering. Gratismedikamente erweiterten aber den therapeutischen Spielraum der Ärzteschaft. Belege dafür, dass darüber hinaus Geldmittel direkt an einzelne Ärzte und Ärztinnen geflossen wären, haben sich im Lauf der Abklärungen keine ergeben.

Wissen und Aufsicht der Behörden

Dass in Königsfelden nicht zugelassene Medikamente an Patientinnen und Patienten getestet wurden, war kein Geheimnis. Sowohl die Jahresberichte der Klinik als auch Publikationen von Königsfelder Ärzten enthalten eindeutige Hinweise. Mit dem Aufbau der Forschungsabteilung ab 1970 wurden die Forschungstätigkeiten der Klinik gegen aussen stärker sichtbar gemacht. In der öffentlichen Debatte über Patientenrechte in den 1980er-Jahren wurden Forschungsuntersuchungen in der Psychiatrie, insbesondere an handlungsunfähigen Personen, kritisch diskutiert. Ebenfalls offengelegt wurden Behandlungen mit nicht zugelassenen Präparaten gegenüber nachbehandelnden Hausärzten.

Die Aufsicht über die Klinik Königsfelden wurde im Untersuchungszeitraum durch eine Aufsichtskommission unter der Leitung des zuständigen Regierungsmitglieds wahrgenommen. Faktisch bezog sich die Aufsicht der Kommission vor allem auf betriebliche, personelle und finanzielle Aspekte. Ab 1981 war die Klinikleitung ausdrücklich gehalten, die Kommission regelmässig über laufende Forschungstätigkeiten zu informieren. Die Unterlagen der Aufsichtskommission sind in den Archiven und der Ablage der Kantonsverwaltung nur teilweise auffindbar. Im Rahmen der Abklärungen sind lediglich die Protokolle für die Jahre 1950–1977 und 1988/89 ausgewertet worden. Aus der Zeit vor 1970 findet sich in den Kommissionsunterlagen ein einziger kursorischer Hinweis auf Medikamentenversuche. Ein Protokoll von 1989 belegt, dass die Klinikleitung zu diesem Zeitpunkt ihrer Informationspflicht bezüglich klinischer Studien nachkam. Für den Zeitraum von 1971–1987 lassen sich keine Aussagen machen. Insgesamt dominiert der Eindruck, dass die Aufsichtskommission ihre Kontrollaufgabe in medizinischen Belangen lange äusserst locker und oberflächlich interpretierte, der Klinikleitung grösstmögliche Autonomie zugestand und im Gegenzug auf deren Kompetenz vertraute.

Empfehlungen für das weitere Vorgehen

Gemäss ihrem Mandat soll sich die Pilotstudie dazu äussern, inwiefern es nötig ist, die Aufarbeitung der Aargauer Psychiatriegeschichte zu erweitern und weiterzuführen, dies auch im Hinblick darauf, dass die Klinik Königsfelden in zwei Jahren das 150-jährige Jubiläum ihres Bestehens feiern wird. Bei der Beantwortung dieser Frage gilt es vorab zu bedenken, dass historische Forschung ein kontinuierlicher und offener Prozess ist. Der Blick der Gegenwart auf die Vergangenheit ändert sich ständig. Zusammen mit den Erkenntnissen der bestehenden Forschung führt er zu neuen Problematisierungen und Fragestellungen, die ihrerseits zu neuen Antworten und weiteren Fragen führen. Unter diesen Umständen ist es kaum möglich, einen abschliessenden Katalog von noch aufzuarbeitenden Fragestellungen aufzustellen.

Eine Herausforderung für die weitere Forschung stellt die lückenhafte Überlieferung dar, insbesondere was die schlecht erschlossenen Archive der Psychiatrischen Klinik Königsfelden betrifft.

Problematisch ist das weitgehende Fehlen von Verwaltungs- und Forschungsunterlagen aus dem Untersuchungszeitraum, die es erlauben, die patientenbezogenen Unterlagen in einen weiteren Kontext zu stellen. Die Sicherung und Erschliessung der noch vorhandenen Unterlagen ist deshalb eine wichtige Voraussetzung dafür, dass weitere Forschungen überhaupt möglich sind. Dies gilt ebenso für potenzielle Projekte im Zusammenhang mit dem anstehenden Jubiläum.

Erste Empfehlung: Die nichtpatientenbezogenen Unterlagen mit historischem Charakter, die sich in den Archivräumlichkeiten der Psychiatrischen Dienste Aargau befinden, sind schnellstmöglich zu sichern, sofern nötig konservatorisch zu behandeln, zu erschliessen und der Forschung an einem geeigneten Ort zugänglich zu machen. Dies geschieht idealerweise unter der Aufsicht des Staatsarchivs. In einem zweiten Schritt sollten die Grundlagen für die dauerhafte Sicherung der Patientendokumentationen geschaffen werden.

Angesichts der lückenhaften Quellenlage nicht abschliessend beantworten lässt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, die vorliegende Stichprobe und die Untersuchung der Medikamentenversuche in Königsfelden zu erweitern. Sicher ist, dass ein erweitertes Sample Hinweise auf weitere Versuchspräparate und weitere Patientinnen und Patienten ergeben wird, die von Medikamentenversuchen betroffen waren. Mit der erweiterten Quellengrundlagen werden sich die Befunde der Pilotstudie differenzieren und möglicherweise in einigen Punkten korrigieren lassen. Dennoch ist wenig wahrscheinlich, dass sich das Gesamtbild, das durch die Befunde zu anderen Kliniken gestützt wird, grundlegend verändern wird. Aus wissenschaftlicher Sicht wäre es zielführender, die Problematik von Medikamententests in der Psychiatrie mit einem gesamtschweizerischen Fokus und unter stärkerer Berücksichtigung der Entwicklung in anderen medizinischen Fachgebieten fortzusetzen. Allerdings ist bei einer Entscheidung über das weitere Vorgehen die Verantwortung mit zu berücksichtigen, die Gesellschaft und Politik gegenüber den betroffenen und teilweise noch lebenden Personen haben. Ob es aus dieser Perspektive angebracht ist, die vorliegende Untersuchung auszuweiten, ist letztlich eine (erinnerungs)politische Frage.

Zweite Empfehlung: Aus wissenschaftlicher Sicht ist es sinnvoll, die Problematik der klinischen Medikamentenforschung in der Psychiatrie und anderen medizinischen Fachgebieten mit einem gesamtschweizerischen Fokus fortzuführen. Der Kanton Aargau soll sich bereit erklären, ein solches Vorgehen politisch und finanziell zu unterstützen.

Die Pilotstudie hat Hinweise auf verschiedene Aspekte ergeben, die bei vergleichsweise guter Quellenlage vertieft abgeklärt werden sollten. Dies kann im Rahmen von Projekten oder von universitären Qualifikationsarbeiten (Masterarbeiten, Dissertationen) geschehen. Dabei handelt es sich um Punkte, die aus heutiger Sicht als problematisch angesehen werden müssen. Dazu gehört erstens die Durchführung von Versuchen an Psychiatriepatienten und Häftlingen von Straf- und Übergangsheimen mit antiandrogenen Wirkstoffen Ende der 1960er-Jahre. Aufgrund der bisherigen Erkenntnisse kann man davon ausgehen, dass die Klinik Königsfelden in dieser Hinsicht schweiz- oder sogar europaweit eine führende Rolle spielte. Zweitens sollte die Medikationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ab den 1960er-Jahren näher untersucht werden. Die Abklärungen haben punktuelle Hinweise darauf ergeben, dass auch in der Aargauer Kinder- und Jugendpsychiatrie klinische Studien durchgeführt wurden. Dennoch sollte bei der Weiterverfolgung der Thematik den Fokus nicht ausschliesslich auf diesen Aspekt gerichtet werden, sondern das gesamte Behandlungsspektrum und die damit zusammenhängenden wissenschaftlichen und öffentlichen Diskussionen abdecken. Drittens sollte die pädiatrisch-psychiatrische Versorgung der Kinder-, Erziehungs- und Schulheime im Kanton Aargau vertieft

untersucht werden. Es bleibt abzuklären, ob die Versuche mit hochpotenten Neuroleptika im Schulheim Schürmatt eine Ausnahme bildeten oder ob es vergleichbare Fälle gab. Zu fragen wäre insbesondere, inwieweit die Erziehungsberechtigten informiert und einbezogen wurden. Auch in diesem Fall wäre der Fokus zu erweitern und die Zusammenarbeit mit den Schul-, Vormundschafts- und Strafverfolgungsbehörden, Beratungs- und Fachstellen sowie mit der Invalidenversicherung einzubeziehen. Es ist allenfalls sinnvoll, die Untersuchungen zum zweiten und dritten Punkt im Rahmen eines grösseren Projekts gemeinsam durchzuführen.

Dritte Empfehlung: Die Pilotstudie hat Hinweise auf verschiedene Einzelaspekte ergeben, die aus heutiger Sicht als problematisch einzustufen sind und vertieft abgeklärt werden sollten. Dazu gehören erstens Versuche mit antiandrogenen Substanzen an Patientinnen und Patienten der Klinik Königsfelden und Häftlingen der Strafanstalt Lenzburg, zweitens die Medikationspraxis in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie drittens die pädiatrisch-psychiatrische Versorgung von Kinder-, Erziehungs- und Schulheimen, insbesondere des Schulheims Schürmatt. Diese Aspekte sollten im Rahmen von Projekten oder universitären Qualifikationsarbeiten vertieft untersucht werden.

6 Bibliografie

Ungedruckte Quellen

Archiv der Psychiatrischen Dienste Aargau (Königsfelden)

Patientendokumentationen Erwachsenenpsychiatrie, Raum P8.U105

Patientendokumentationen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Raum P8.U105

Archivunterlagen (ohne Verzeichnisse), Räume H7.U09, H7.U07, P6.U116, P8.U109, Verwaltungsgelände U07

Staatsarchiv Aargau (Aarau)

ZwA 2003.0036 (2003-00061): Generalsekretariat Gesundheitsdirektion:

Pos. 36: Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst KJPD, 1974–1984

Pos. 62: Heilmittelverkehr und klinische Studien, 1990–1993

Pos. 73: Psychiatrische Dienste Aargau PDAG, 1967–1999

Pos. 74: Kinderstation Rüfenach, 1945–2000

ZwA 2003.0018 (2003-00017): Kantonsärztlicher Dienst:

Aufsichtskommission Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Kinderstation Rüfenach, 1975–1994

Aufsichtskommission Klinik Königsfelden/PDAG, 1989–1996

Gesetzessammlungen, Protokolle des Aargauischen Grossen Rates (Drucksachen)

Staatsarchiv Thurgau (Frauenfeld)

Psychiatrische Klinik Münsterlingen:

9'10, 9.5/4, Abschlussbericht über die Anwendung von SUM-3170 in der Neuro-Psychiatrie, 6. Juni 1969

Nachlass Roland Kuhn:

9'40, 5.0.3/6, Liste von Schmidlin, 16. August 1957, mit beiliegenden Berichten

9'40, 5.0.3/6, Klinische Berichte, 29. November 1956 und 16. August 1957

9'40, 5.0.3/7, Liste der G 22355-Prüfer, 4. April 1957

9'40, 5.0.8/1, Übersicht TP 21 von Sandoz, September 1958

Archiv für Zeitgeschichte (Zürich)

Nachlass Heinz Stefan Herzka:

46 (A): Korrespondenz mit Pharmaunternehmen, 1961–1975 (–1987)

Persönliche Dokumentation Otto Buchs

Dokumentation Klinikgeschichte (Synopsis Jahresberichte)

Datei mit Film «Das vierte Bett» (1973)

Archiv der Stiftung Schürmatt (Zetzwil)

Auszüge aus den Protokollen und Unterlagen des Stiftungsrats

Interviews mit Zeitzeugen

Otto Buchs, 6. Februar 2020 (als Pfleger in der Klinik tätig 1972–2008)

Dr. Mario Etzensberger, 27. Januar 2020 (als Arzt in der Klinik seit 1981 tätig, Chefarzt 1990–2005)

Jürg Härdi, 9. Januar 2020 (als Pfleger in der Klinik tätig 1975–1978, 1990–2008)

Dr. Fritz Ramseier, 12. März 2020 (als Arzt in der Klinik seit 1987 tätig, stellvertretender Chefarzt 1999–2012)

PD Dr. Dietrich Schneider-Helmert, 22. und 31. März 2020 per Mailwechsel (Leitender Arzt Forschungsabteilung 1970–1985)

Gedruckte Quellen

Angst, Jules; Burner, Marcel (1975): Schweizerische Studie über Depotneuroleptika, Bern.

Bressler, Hans Günther (1962): Geistig abnorme, internierte Elternpaare, in: Praxis, 51, S. 971–975.

Bressler, Hans Günther (1954): Entwicklung und Tätigkeit unserer Psychiatrischen Beratungsstellen, in: Herbstgruss aus Königsfelden, 29, S. 14–20.

Brunold, Heinz (1962): Beobachtungen über katamnestiche Feststellungen nach im Kindesalter erlittenen Sexualtraumen, in: Praxis, 51, S. 965–971.

Brunold, Heinz (1959): Erfahrungen mit einem neuen Phenothiazinderivat («Melleril» Sandoz), in: Therapeutische Umschau, 16, S. 90–92.

Departement des Gesundheitswesens Kanton Aargau (1972): Die Spitalkonzeption für den Kanton Aargau, Aarau.

Gnirss, Fritz et al. (1978): Schlafstörungen bei psychisch Kranken, in: Der Nervenarzt, 49, S. 394–401.

Herbstgruss aus Königsfelden (Klinikzeitung), diverse Jahrgänge.

Herzka, Heinz Stefan (2007): Unterwegs im Zwischen. Emigrantenkind, Kinderpsychiater, Schalmeiensucher. Eine Autobiografie, Frauenfeld.

Herzka, Heinz Stefan (1969): Symptomatologie und Pharmakotherapie der Bewegungsunruhe erethischer Kinder, in: Acta Paedopsychiatrica, 36, S. 90–93.

Hinderling, Hans (1963): Persönlichkeit und Recht. Die ärztliche Aufklärungspflicht, Basel.

Hoffet, Heinrich (1968): Über die Anwendung des Testosteronblockers Cyproteronazetat (SH 714) bei Sexualdelinquenten und psychiatrischen Anstaltspatienten, in: Praxis, 57, S. 221–230.

Hoffet, Heinrich (1968a): Die medizinischen Behandlungsmöglichkeiten von Sexualdelinquenten, in: Schweizerische Zeitschrift für Strafrecht, 85, S. 378–394.

[IKS 1977] Richtlinien der IKS betreffend Anforderungen an die Dokumentation für die Registrierung von Arzneimitteln der Humanmedizin (Registrierungs-Richtlinien), 16. Dezember 1977, Bern.

[JB KJPD] Jahresbericht des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Aargau, 1974–1990.

[JB PKK] Jahresbericht der Psychiatrischen Klinik Königsfelden, 1950–1990.

- Labhardt, Felix (1956): Erfahrungen mit einem neuen Neurolepticum, in: Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 77, S. 481–485.
- Largactil-Symposium der psychiatrischen Universitätsklinik Basel am 23. November 1953, Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 73, 1954, S. 289–369.
- Müller, Christian; Eggis, H. de (1961): A propos de l'expérimentation en psychiatrie, in: Schweizerisches Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 92, S. 231–234.
- Pritzker, Boris (1947): Die Beeinflussung der psychomotorischen Erregung unter Dihydroergotamin (DHE 45), in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 77, S. 985–987.
- Saameli, W. (1981): Ambulante Langzeitbehandlung mit Depot-Neuroleptika, in: Schweizerische Rundschau Medizin. Praxis, 70, S. 206–210.
- [SAMW 1970] Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.): Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen, Basel.
- [SAMW 1981] Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hg.): Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen, Basel.
- Schmid, Hans Georg (1969): Psychische Störungen bei Schwerhörigkeit, in: Praxis, 58, S. 1611–1614.
- Schmid, Hans Georg (1962): Erfahrungen mit Bettnässern in einer psychiatrischen Beratungsstelle, in: Praxis, 51, S. 978–981.
- Schneider-Helmert, Dietrich et al. (1981): Acute and Delayed Effects of DSIP (Delta Sleep Inducing Peptide) on Human Sleep Behavior, in: International Journal of Clinical Pharmacology, Therapy and Toxicology, 19, S. 341–345.
- Schneider-Helmert, Dietrich; Gnirss, Fritz; Schönenberger, G. A. (1981): Effects of DSIP Application in Healthy Adults and Insomniac Adults, in: Koella, W. P. (Hg.): Sleep 1980. Fifth European Congress von Sleep Research, Amsterdam 1980, Basel, S. 417–420.
- Schneider-Helmert, Dietrich; Gnirss, Fritz; Schenker, J. (1981): Successful Treatment of Insomnia by Interval Therapy with L-Tryptophan, in: Koella, W. P. (Hg.): Sleep 1980. Fifth European Congress of Sleep Research, Amsterdam 1980, Basel, S. 421–423.
- Strebel-Schlegel, Barbara (1975): Schlafstörungen im Kindesalter – erste Behandlungsergebnisse mit Clozapin, Dissertation, Universität Zürich, Zürich.
- Uchtenhagen, Ambros; Heimann, Hans (Hg.) (1973): Fluphenazin Decanoat. Davoser Symposium, München.

Literatur

- Balz, Viola (2010): Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980, Bielefeld.
- Brandenberger, Katharina (2012): Psychiatrie und Psychopharmaka. Therapien und klinische Forschung mit Psychopharmaka in zwei psychiatrischen Kliniken der Schweiz, 1950–1980, Dissertation, Universität Zürich, Zürich.
- Braunschweig, Sabine (2013): Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflgeanstalt Friedmatt, 1886–1960, Zürich.
- Bressler, Hans Günther (1972): Königsfelden 1872–1972. Zentenarschrift einer Psychiatrischen Klinik, Aarau.
- Campbell, Nancy D; Stark, Laura (2015): Making up Vulnerable People: Human Subjects and the Subjective Experience of Medical Experiments, in: Social History of Medicine, 25, S. 825–848.
- Comfort, Nathaniel (2009): The Prisoner as Model Organism. Malaria Research at Statesville Penitentiary, in: Studies in the History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences, 40, S. 190–203.

- Dubach, Roswitha (1999): Die Verhütung «minderwertiger» Nachkommen über den Zugriff auf den Frauenkörper. Sterilisationsdiskurs und -praxis in der Deutschschweiz bis 1945, Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Zürich.
- Fischer, Peter (1975): Werdegang, Aufgaben und Organisation der Interkantonalen Kontrollstelle für Heilmittel, in: 75 Jahre Interkantonale Heilmittelkontrolle, Bern, S. 33–50.
- Gawlich, Max (2018): Eine Maschine, die wirkt. Die Elektrokrampftherapie und ihr Apparat, 1938–1950, Paderborn.
- Gérard, Noëlla (2017): «konzentriert, etikettiert, abgestempelt?» Zur Debatte um den Bau einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik im Zürich der 1980er Jahre, Masterarbeit, Universität Zürich, Zürich.
- Gerber, Lucie; Gaudillière, Jean-Paul (2016): 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, S. 455–490.
- Germann, Urs (2017): Medikamentenprüfungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel. Pilotstudie mit Vorschlägen für das weitere Vorgehen. Bericht zuhanden der Universitären Psychiatrischen Kliniken Basel, Bern, http://www.img.unibe.ch/forschung/medikamentenpruefungen_an_der_puk_basel/index_ger.html (letzter Zugriff 5. März 2020).
- Gnirss, Fritz (1978): Psychiatrie im Aargau, in: Aspekte des aargauischen Gesundheitswesens – ein Beitrag zum 175jährigen Jubiläum des Kantons Aargau, Aarau, S. 119–125.
- Goffman, Erving (1973): Asyle, Frankfurt am Main.
- Greene, Jeremy; Condrau, Flurin; Watkins, Siegel (Hg.) (2016): Therapeutic Revolutions. Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century, Chicago.
- Hähner-Rombach, Sylvelyn; Hartig, Christine (2019): Medikamentenversuche an Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Heimerziehung in Niedersachsen. Forschungsbericht im Auftrag des Niedersächsischen Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung, o. O.
- Healy, David (2002): The Creation of Psychopharmacology, Cambridge (MA).
- Healy, David (1997): The Antidepressant Era, Cambridge (MA).
- Henckes, Nicolas (2016): Magic Bullet in the Head? Psychiatric Revolutions and their Aftermath, in: Greene, Jeremy; Condrau, Flurin; Watkins, Siegel (Hg.): Therapeutic Revolutions. Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century, Chicago, S. 65–96.
- Hess, Volker; Hottenrott, Laura; Steinkamp, Peter (2016): Testen im Osten. DDR-Arzneimittelstudien im Auftrag westlicher Pharmaindustrie 1964–1990, Berlin.
- Hitzer, Bettina (2018): Von der Krankheit wissen. Der Wandel emotionaler Interaktionen zwischen Arzt und Patient im 20. Jahrhundert, in: Pofertl, Angelika; Pfadenhauer, Michaela (Hg.): Wissensrelationen. Beiträge und Debatten zum 2. Sektionskongress der Wissenssoziologie, Weinheim, S. 55–67.
- Hornblum, Allen M. (1998): Acres of Skin. Human Experiments at Holmesburg Prison, New York.
- Hornblum, Allen M. et al. (2013): Against their Will. The Secret History of Medical Experimentation on Children in Cold War America, New York.
- Jenni, Christoph (2010): Forschungskontrolle durch Ethikkommissionen aus verwaltungsrechtlicher Sicht. Geschichte, Aufgaben, Verfahren, Zürich.
- [Kanton Appenzell Ausserrhoden 2018] Aktennotiz Kantonskanzlei Appenzell Ausserrhoden Medikamentenversuche 1957 in der «Appenzell Ausserrhodischen Heil- und Pflegeanstalt», 5. November 2018.
- Kielholz, Arthur (1932): Die aargauische Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, Zürich.
- Köhnlein, Frank (2010): «Dieses neue Tätigkeitsgebiet entspricht einem dringenden Bedürfnis und wird bald weiterausgebaut werden müssen.» Beitrag zur Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Basel, in: Universität Basel 1460–2010, <https://unigeschichte.unibas.ch/fakultaeten-und-faecher/medizinische-fakultaet/juengste-entwicklungen-der-medizinischen-fakultaet/kinder-und-jugendpsychiatrie.html> (letzter Zugriff 7. März 2020).
- Lienhard, Marina; Condrau, Flurin (2019): Psychopharmakologische Versuche in der Psychiatrie Baselland zwischen 1950 und 1980. Bericht zuhanden der Psychiatrie Baselland, Liestal.

- Majerus, Benoît (2010): Une stabilisation difficile. La chlorpromazine dans les années 1950 en Belgique, in: *Gesnerus*, 67, S. 57–72.
- Manser-Egli, Julia (2019): Klinische Prüfung nicht zugelassener Präparate an der Psychiatrischen Universitätsklinik Waldau zwischen 1950 und 1970, Dissertation, Universität Bern, Bern.
- Meier, Marietta (2015): Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg, Göttingen.
- Meier, Marietta; König, Mario; Tornay, Magali (2019): Testfall Münsterlingen. Klinische Versuche in der Psychiatrie, 1940–1980, Zürich.
- Meier, Marietta et al. (2007): Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich 1870–1970, Zürich.
- Moncrieff, Joanna (2013): *The Bitterest Pills. The Troubling Story of Antipsychotic Drugs*, London.
- Ott, Lukas (2017): Man geht hinein, um wieder herauszukommen! Geschichte der Psychiatrie des Kantons Basel-Landschaft, Basel.
- Pieters, Toine; Snelders, Stephen (2005): Mental Ills and the Hidden History of Drug Treatment Practices, in: Gijswijt-Hofstra, Marijke et al. (Hg.): *Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches*, Amsterdam, S. 381–401.
- Pritzker-Ehrlich, Marthi (1997): «Sehnsucht nach der Erfüllung». Forschungen zu Psychose und Psychopharmaka von Dr. med. Boris Pritzker, Berlin.
- Rasmussen, Nicolas (2006): Making the First Anti-Depressant: Amphetamine in American Medicine, 1929–1950, in: *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 61, S. 288–323.
- Richli, Paul (2018): Bericht über den Umgang mit Arzneimittelversuchen in der Luzerner Psychiatrie in den Jahren 1950–1980 aus rechtlicher Sicht, Luzern, URL: https://newsletter.lu.ch/inxmail/html_mail.jsp?id=0&email=newsletter.lu.ch&mail-ref=000ex600000ti00000000hw4eux34el (letzter Zugriff 5. März 2020).
- Rietmann, Tanja; Germann, Urs; Condrau, Flurin (2018): «Wenn ihr Medikament eine Nummer statt eines Markennamens trägt». Medikamentenversuche in der Zürcher Psychiatrie 1950–1980, in: Gnädinger, Beat; Rothenbühler, Verena (Hg.): *Menschen korrigieren. Fürsorgerische Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen im Kanton Zürich bis 1981*, Zürich, S. 201–254.
- Rothman, David J. (1991): *Strangers at the Bedside. A History of How Law and Bioethics Transformed Medical Decision-Making*, o. O.
- Schoefert, Anna Kathryn (2015), *The View from the Psychiatric Laboratory. The Research of Ernst Grünthal and his Mid-Twentieth-Century Peers*, Dissertation, University of Cambridge, Cambridge (UK).
- Schwander, Vital (1952): *Das schweizerische Strafrecht unter besonderer Berücksichtigung der bundesgerichtlichen Praxis*, Zürich.
- Teuscher, Simon; Modellmog, Claudia (Hg.) (2012): *Königsmord, Kloster, Klinik. Königsfelden. Baden*.
- Tornay, Magaly (2016): Zugriffe auf das Ich. Psychoaktive Stoffe und Personenkonzepte in der Schweiz zwischen 1945 und 1980, Tübingen.
- Wagner, Sylvia (2016): Ein unterdrücktes und verdrängtes Kapitel der Heimgeschichte. Arzneimittelstudien an Heimkindern, in: *Sozial.Geschichte Online*, 19, S. 61–113, <http://sozialgeschichteonline.wordpress.com> (letzter Zugriff 5. März 2020).
- Vollmann, Jochen (2000): *Aufklärung und Einwilligung in der Psychiatrie*, Darmstadt.
- Zimmermann, Nora: «Vorbeugen ist besser als Heilen». Das psychiatrische Krankheits- und Therapieverständnis des Arztes und Psychiaters und ehemaligen Leiters der Klinik Königsfelden Arthur Kielholz (1879–1962), Lizentiatsarbeit, Universität Zürich, Zürich 2008.

7 Anhang: Liste der Versuchspräparate

- Präparate, die bereits vor der Registrierung als Referenzpräparate galten oder kurz vor der Registrierung durch die Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel an Patientinnen und Patienten abgegeben wurden, sind mit einer Klammer gekennzeichnet.
- Präparate, bei denen nicht sicher ist, ob es sich um Psychopharmaka handelt, sind mit einem Fragezeichen in Klammern gekennzeichnet.

	Industriekürzel	Interne Bezeichnung	Wirkstoff	Handelsname	Hersteller	Zulassung	Erste Anwendung	Bemerkungen
(1)		Largactil	Chlorpromazin	Largactil	Spécia	11. 2. 1954	09. 1953	
(2)		Serpasil	Reserpin	Serpasil	Ciba	11. 9. 1954	11. 1953	
3	G 22355	Geigy(-Mittel)	Imipramin	Tofranil	Geigy	13. 3. 1958	09. 1956	
4	KS 75	Sandoz 1			Sandoz		09. 1957	
5	TP21	Sandoz 2 Sandoz(-Mittel)	Thioridazin	Melleril	Sandoz	13. 2. 1959	09. 1957	
6	SC 19	Sandoz 3			Sandoz		09. 1957	
7	MH 532/1 (?)						08. 1958	
8	Ro 1-9569-15	Roche A	Chlorprothixen	Taractan	Hoffmann-La Roche	20. 4. 1960	10. 1958	
9		Roche B			Hoffmann-La Roche		09. 1959	
10		Roche C			Hoffmann-La Roche		12. 1959	
11	JT-290 Sandoz (?)						11. 1958	
12	GT 98						04. 1959	
13	GS 95						01. 1959	
14	PM-671		(Antiepileptikum)				10. 1959	

	Industriekürzel	Interne Bezeichnung	Wirkstoff	Handelsname	Hersteller	Zulassung	Erste Anwendung	Bemerkungen
15		Sandoz 23			Sandoz		07. 1963	
16		Sandoz 12			Sandoz		09. 1963	
17	TPO 33						02. 1965	
18	SH 714		Cyproteronacetat	Androcur	Schering	13. 10. 1972	01. 1967	
19	NPL 82				Sandoz		01. 1967	
20	IS 884				Sandoz		09. 1968	
(21)		Dapotum D	Fluphenazin	Dapotum D		10. 12. 1971	10. 1971	
22	GP 53724	Substanz P			Ciba-Geigy		06. 1975	
23	GP 50302	Substanz Q			Ciba-Geigy		11. 1976	
(24)		L-Tryptophan	L-Tryptophan				1979	Schlaflabor
(25)		DSIP	Delta Sleep Inducing Peptide				1979	Schlaflabor
26	CGP 12103A				Ciba-Geigy		1984	Schlaflabor
27	CGP 12104A				Ciba-Geigy		1984	Schlaflabor
28	CGP 19486				Ciba-Geigy		05. 1986	
29	SA/PS 33 (?)						1989	
(30)		Hydergin	Codergocrin	Hydergin	Sandoz	1949	05. 1980	KJPD
(31)		Nootropil	Piracetam	Nootropil	UCB-Pharma	13. 4. 1977	11. 1976	KJPD