

# Psychopharmakologische Versuche in der Psychiatrie Baselland zwischen 1950 und 1980

Marina Lienhard, MA, Universität Zürich  
Prof. Dr. Flurin Condrau, Universität Zürich

Bericht zuhanden der Psychiatrie Baselland, Liestal

21. März 2019

## Zusammenfassung:

Die zentrale Aufgabe dieses Berichts ist es, Art, Umfang und Rahmenbedingungen von Versuchen mit Medikamenten an der Psychiatrischen Klinik BL ab ungefähr 1950 bis 1975 zu untersuchen. Seit einigen Jahren existiert ein erhebliches öffentliches Interesse an dieser Frage, so auch in Baselland, wo nach dem Beginn der Arbeiten auch eine Anfrage im Landrat eingereicht wurde. Wir kommen in unserem Bericht zu folgenden Einschätzungen:

1. In der Psychiatrie Baselland wurde – wie wohl in jeder Klinik – die medikamentöse Therapie mit anfänglicher Begeisterung aufgenommen. Gemäss Literaturlage bestanden keine Richtlinien zu ihrem Einsatz.
2. Der Begriff des zugelassenen Medikaments hatte im Untersuchungszeitraum nicht die gleiche Bedeutung wie heute. Für die damals behandelnden Ärztinnen und Ärzte scheint der Begriff keine oder nur eine geringe Rolle gespielt zu haben.
3. Behandlungsversuche mit nicht zugelassenen Medikamenten sind bis in die frühen 1970er Jahre nachweisbar. Eine Schätzung des Umfangs dieser Versuche ist schwierig – wir schätzen den Anteil an entsprechend behandelten Patientinnen und Patienten auf ungefähr 5-10 %. Präzisere Angaben erfordern eine weiterführende Untersuchung.

## Inhalt

<b>1. Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2. Spurensuche und Materiallage</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Vorgehen</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Historisierung der Medikamentenversuche zwischen 1950 und 1980</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Die pharmakologische Wende an der PBL</b> .....	<b>10</b>
5.1. <i>Die ersten Psychopharmaka</i> .....	11
5.2. <i>Therapeutischer Optimismus</i> .....	13
5.3. <i>Ernüchterung</i> .....	14
<b>6. Medikamentenversuche in der Psychiatrie Baselland zwischen 1950–1980</b> .....	<b>16</b>
6.1 <i>Umfang und Art der Versuche</i> .....	16
6.2 <i>Häufigkeit der Versuche</i> .....	20
6.3 <i>„Informed Consent“ oder Zwangsmassnahme?</i> .....	23
6.4 <i>Umgang mit Nebenwirkungen</i> .....	27
6.5 <i>Die Rolle der Industrie</i> .....	28
<b>7. Fazit</b> .....	<b>30</b>
<b>8. Anhang</b> .....	<b>32</b>
<b>9. Bibliographie und Quellenverzeichnis</b> .....	<b>32</b>
9.1 <i>Literatur</i> .....	32
9.2 <i>Archivalische Quellen</i> .....	35
9.3 <i>Gedruckte Quellen</i> .....	36

## 1. Einleitung

Seit einigen Jahren existiert in der Schweiz ein erhebliches öffentliches Interesse an der Geschichte der Psychiatrie während der Phase der pharmakopsychiatrischen Wende. Für die historische Forschung ist es spätestens seit den 1990er Jahren unumstritten, dass die Schweizer Psychiatrie – wie anderswo auch – mit erheblicher Begeisterung auf die damals neuartigen Substanzen reagierte.<sup>1</sup> Die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts war geprägt durch therapeutische Erfolglosigkeit und Enttäuschung, die Zahl der Anstaltsinsassen nahm immer weiter zu.<sup>2</sup> Eine der zeitgenössischen Antworten auf die therapeutische Erfolglosigkeit war die Degenerationshypothese. Ihr zufolge stiegen die Zahlen in den psychiatrischen Anstalten, weil die Bevölkerung insgesamt zur Degeneration neigte.<sup>3</sup> Diese in der weit verbreiteten Eugenik gipfelnde Interpretation ist vollkommen zu Recht und auch umfassend historisch kritisiert worden.<sup>4</sup> Erst mit einiger Verzögerung begann die historische Aufarbeitung der Einführungsphase der neuen Psychopharmaka. Für die historische Forschung ist also weder überraschend noch neu, dass in den 1950er und 1960er Jahren die Gruppe der psychoaktiven Medikamente relativ kurzfristig in die psychiatrische Praxis eingeführt wurde. Ebenfalls seit längerem klar ist, dass die sogenannte Goldene Ära der Medizin, während der in vielen Bereichen neue Wirkstoffe in die klinische Praxis eingeführt wurden, in einer Phase stattfand, während derer kaum oder gar keine rechtlichen oder gar ethischen Rahmenbedingungen für Medikamentenversuche am Menschen existierten.

Im Zuge der öffentlichen Aufmerksamkeit im Zusammenhang mit der Geschichte der Sozialfürsorge im Jugendbereich begann sich die Öffentlichkeit mit den Medikamentenversuchen des Psychiaters Roland Kuhn in Münsterlingen auseinanderzusetzen.<sup>5</sup> Kuhn hatte unter anderem Kinder aus nahen Kinderheimen mit nicht zugelassenen Medikamenten behandelt. Medienstimmen, aber auch Betroffene erhoben schwere Vorwürfe. Der Kanton Thurgau hat daraufhin eine umfangreiche Studie über Medikamentenversuche in Auftrag gegeben, die im Verlaufe des Jahres 2019 fertig gestellt werden sollte. Für die Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel (UPK) existiert ebenfalls eine erste Studie.<sup>6</sup> Etwas umfangreicher, aber immer noch im Stile einer Pilotstudie wurden auch die Versuche an der Psychiatrischen Universitäts-Klinik in Zürich (bekannt als Burghölzli) untersucht.<sup>7</sup> Das

---

<sup>1</sup> Vgl. Balz 2010; Ban, Healy und Shorter 1998; Greene, Condrau und Watkins 2016; Healy 1992; Healy 2002; Henckes 2016; Hess 2007; Majerus 2016; Majerus 2010; Moncrieff 2013; Rasmussen 2006; Swazey 1974 und speziell für die Schweiz: Waser 1989, Brandenberger 2012; Tornay 2012; Tornay 2016.

<sup>2</sup> So auch in der PBL: der Neubau 1934 war unter anderem aus Platzmangel im Kantonsspital und in der Pfrundanstalt entstanden. Vgl. Ott 2017, S. 64.

<sup>3</sup> Vgl. dazu zum Beispiel Ackerknecht 1967.

<sup>4</sup> Vgl. zum Beispiel Schweizer 2001; Leist 2006; Mottier 2007; Ritter 2009; Haus, Cagnazzo und Gallati 2012.

<sup>5</sup> Vgl. u.a. die folgende (kleine) Auswahl an medialen Berichten: Vgl. Tages-Anzeiger, 20. November 2012, 18. Januar 2013; Beobachter, 5. Februar 2014; Thurgauer Zeitung vom 25. Juni 2015; NZZ Online vom 31.10.2016; Thurgauer Zeitung vom 01.11.2016; «Die traurige Geschichte von Walter Emmisberger», in Echo der Zeit (SRF) vom 02.11.2016; TV-Sendung vom SRF «Medikamentenversuche – ‘Ich dachte, dass ich dort sterben werde’» vom 18.01.2018.

<sup>6</sup> Vgl. Germann 2017.

<sup>7</sup> Vgl. Rietmann, Germann und Condrau 2018.

Burghölzli ist insofern ein Sonderfall als man hier sogar die Einrichtung einer eigenständigen Forschungsabteilung beschloss. Insgesamt erhält man den Eindruck, dass sich viele Schweizer Kliniken in der einen oder anderen Form an solchen Medikamentenstudien beteiligten. Auch die Festschrift zur Geschichte der psychiatrischen Klinik in Baselland erwähnt Versuche.<sup>8</sup> Unser Auftrag bestand darin, mit Hilfe einer Auswahl von Patienten- und Patientinnendossiers, die im Staatsarchiv Baselland archiviert werden, eine historische Analyse vorzunehmen, um die Frage zu beantworten, ob und wenn ja in welchem Umfang auch an der PBL Medikamentenstudien vorgenommen wurden. Aufgrund der Rahmenbedingungen einer auf wenige Monate begrenzten Pilotstudie dürfen die Ergebnisse nicht überschätzt werden. Unser Bericht gliedert sich in vier Teile: 1. Welches Material existiert im Staatsarchiv BL überhaupt, mit Hilfe dessen sich allenfalls Medikamentenversuche nachweisen liessen? 2. Was sind eigentlich Medikamentenversuche und welche Bedeutung haben die Grundbegriffe wie etwa Versuch oder Medikament mit/ohne Zulassung während des Untersuchungszeitraums? 3. Wie gestaltete sich die psychopharmakologische Wende in der PBL und lassen sich dabei analoge Ergebnisse zu anderen Studien finden, wonach die ursprüngliche Begeisterung nach wenigen Jahren einer gewissen Ernüchterung wich? 4. Lassen sich mit Hilfe von Publikationen und aus den Patientinnen- und Patienten-Dossiers tatsächlich Versuche mit Medikamenten nachweisen? In welchem Umfang geschah dies und wie schlug sich das in den Akten nieder?

## **2. Spurensuche und Materiallage**

Für diesen Bericht konnten wir auf den Bestand zur Psychiatrie Baselland (PBL) des Staatsarchivs Basel-Landschaft zurückgreifen.<sup>9</sup> Es handelt sich dabei hauptsächlich um Akten aus der Zeit der Psychiatrischen Klinik unter der Leitung von Georg Stutz (1932–1961) und Arnold Tschudin (1961–1978), wobei auch noch einzelne Akten aus der Pfrundzeit (vor 1934) und einzelne aus der Zeit nach 1978 verzeichnet sind. Die Akten wurden zwischen 1985 und 2012 vom Staatsarchiv übernommen und archiviert.

Der Bestand mit der Signatur VR3263 umfasst einerseits Verwaltungsakten, wie beispielsweise Protokolle aus verschiedenen Kommissionen, Korrespondenzen, Presseberichte, Baupläne, Gutachten und verschiedene Akten zur Patientinnen- und Patientenverwaltung (z.B. Ausgangskontrollen). Auch einzelne Publikationen und Referatsnotizen der Direktoren befinden sich unter den Dokumenten. Andererseits umfasst der Bestand rund elftausend Krankenakten von Patientinnen und Patienten, die seit Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts bis in die 1980er Jahre in der Psychiatrie untergebracht oder ambulant untersucht worden waren.

---

<sup>8</sup> Ott 2017, S. 96-101. Nach Projektbeginn, am 14. Juni 2018, reichte SP-Politikerin Miriam Locher ein Postulat im Landrat ein mit der Forderung, dass Medikamententests, welche „an psychisch erkrankten Menschen ohne deren Einwilligung durchgeführt wurden“, aufgearbeitet werden sollen.

<sup>9</sup> An dieser Stelle möchten wir uns ganz herzlich bei den Mitarbeitenden des Staatsarchivs Baselland für ihre tatkräftige Unterstützung bedanken.

Leider sind die Verwaltungsakten in keiner Weise vollständig, so findet sich nur wenige Korrespondenz und Forschungsunterlagen fehlen vollständig.<sup>10</sup> Forschungsunterlagen aus klinischen Studien müssen erst seit 1993 aufbewahrt werden.<sup>11</sup> Insofern ist es nicht verwunderlich, dass diese für den Untersuchungszeitraum fehlen.

Hinweise zum Umgang der Klinik mit Psychopharmaka und insbesondere mit neuen, (noch) nicht zugelassenen Substanzen sind im überlieferten Quellenbestand schwer zu finden, aber dennoch punktuell vorhanden. Gelegentlich werden Medikamentenversuche oder neue Therapiemethoden in den Jahresberichten erwähnt oder finden Eingang in überlieferten Referatsnotizen der Direktoren. Ebenfalls vorhanden sind sechs Publikationen, die aus Medikamentenversuchen resultierten. Leider hat die PBL solche Publikationen weder konsequent archiviert noch eine Bibliographie mit Publikationen ihrer Mitarbeitenden geführt.<sup>12</sup> In den Jahresberichten werden solche Publikationen zwar gelegentlich erwähnt, jedoch fehlen bibliographische Angaben, so dass die Publikationen leider nur schwer zu finden sind.<sup>13</sup>

Die Quellenlage in Baselland unterscheidet sich in einigen Punkten von der Quellenlage, auf welche die Untersuchungen von Germann sowie Rietmann, Germann und Condrau in den Universitätskliniken Basel-Stadt und Zürich zurückgreifen konnten. In den UPK Basel wurden sämtliche Publikationen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik aufbewahrt und bibliographiert.<sup>14</sup> An der PUK Zürich waren nebst den Publikationen der Mitarbeitenden noch Medikationslisten und Korrespondenzen mit der pharmazeutischen Industrie überliefert.<sup>15</sup> Listen von Patientinnen und Patienten, die ein bestimmtes Medikament erhielten oder an einem bestimmten Versuch beteiligt waren, konnten in Baselland keine gefunden werden. Dabei existiert beispielsweise eine Liste mit Patientinnen und Patienten, welche Elektroschockkuren bekamen<sup>16</sup>, oder auch eine Liste mit Personen, an denen in den Jahren 1949 oder 1951 Alkoholentzugskuren durchgeführt wurden.<sup>17</sup> Während von der PBL einzelne Korrespondenzen mit pharmazeutischen Firmen überliefert sind, kann davon ausgegangen werden, dass der Grossteil davon fehlt. In den einzelnen Fällen, in denen wir aufgrund von Publikationen wissen, dass ein Austausch stattgefunden haben muss (z.B. stellte Geigy „in grosser Menge“ Versuchspräparate zur Verfügung, wie in einer Publikation von Arnold

---

<sup>10</sup> In manchen Krankenakten von Patientinnen und Patienten, die an einem Versuch mit Sordinol beteiligt waren, befindet sich ein besonderes Kurlblatt. Dieses sieht aus wie ein Registerblatt und ist jeweils nach der Initiale des Nachnamens benannt. Es ist vorstellbar, dass diese Kurlblätter respektive Registerkarten aus einem separat für den Versuch bzw. die Publikation angelegten Ordner stammten. Insofern ist es möglich, dass Forschungsunterlagen in Liestal getrennt aufbewahrt und später vernichtet wurden.

<sup>11</sup> Vgl. Germann 2017, S. 8.

<sup>12</sup> Auskunft von Noemi Boenzli vom 31.08.2018

<sup>13</sup> Eine Suche nach sämtlichen Namen der in der Klinik tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie nach der Klinik selbst war in den einschlägigen Datenbanken erfolglos. Die meisten Datenbanken enthalten erst Publikationsdaten ab den 1980er oder 1990er Jahren, es sei denn, diese wurden manuell nachgeführt. Dies ist im Fall der Psychiatrie Baselland offensichtlich nicht geschehen.

<sup>14</sup> Vgl. Germann 2017, S. 8

<sup>15</sup> Vgl. Rietmann, Germann und Condrau 2018, S. 203.

<sup>16</sup> Vgl. A.04.03

<sup>17</sup> Vgl. A.04.02

Tschudin vermerkt ist)<sup>18</sup>, sind keine Spuren dieser Vereinbarung vorhanden. Welche Bestände von einer Klinik schliesslich aufbewahrt und den Archiven übergeben werden, ist immer auch kontingent und beeinflusst natürlich stark die historischen Forschungsmöglichkeiten.

Am meisten Informationen liessen sich für die Situation in Baselland aus den Krankenakten herauslesen. Eine typische Akte, die vor Mitte der 1970er Jahre angelegt wurde, ist wie folgt aufgebaut: Auf dem Umschlag befinden sich der Name, der Jahrgang und die Nummer der Patientin oder des Patienten. Für weibliche Patientinnen wurden beige Umschläge verwendet, für männliche Patienten grüne. Auf dem Umschlag befinden sich ausserdem die Eintritts- und Austrittsdaten, nummeriert nach Anzahl der Aufenthalte. Im Innern des Umschlags befindet sich für jede Aufnahme ein weiterer Umschlag aus weissem Papier mit einem vorgedruckten Formular. Hier werden die Personalien (z.B. Adresse und Mündigkeitsstatus, aber auch Familienverhältnisse), Anamnese und Diagnose sowie die Aufnahmemodalitäten festgehalten. Im weissen Umschlag befindet sich die Krankengeschichte: Diese ist maschinengeschrieben und enthält mit Datum und Kürzel des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin versehene Bemerkungen zur Therapie und zum Krankheitsverlauf. Die Häufigkeit der Einträge variiert stark und hing wohl auch von den Gewohnheiten der protokollierenden Person ab. Ausserdem befinden sich im weissen Umschlag noch Unterlagen zu somatischen und psychologischen Untersuchungen und Tests (z.B. EKG, EEG, Labor, aber auch Rorschachtests), spezielle Verlaufsdocumentationen (z.B. Kurbblätter zu bestimmten Medikamenten- oder Elektroschockkuren), Korrespondenzen mit Behörden, zuweisenden Ärztinnen und Ärzten, Angehörigen, Versicherungen sowie teilweise auch private Korrespondenzen, Aufzeichnungen und künstlerische Arbeiten der Patientinnen und Patienten. Den hauptsächlichlichen Inhalt der Krankenakten bildeten jedoch Pflegerapporte, die meist für jeden einzelnen Tag das verabreichte Medikament und die Dosis (nicht aber die Wirkung) protokollierten. Aufbau und Inhalt der Krankenakten der Psychiatrie Baselland sind weitgehend identisch mit jenen der UPK Basel.<sup>19</sup> Allerdings konnte Urs Germann einige zufällig in den Krankenakten abgelegte Durchschläge von Studienprotokollen und Befund- und Wirkungszusammenstellungen finden. Solche Zufallsfunde, die mehr über die Abläufe der Versuche hätten aussagen können, blieben für uns leider aus.

Die erwähnten Pflegeprotokolle in den Krankenakten bieten am meisten Aufschluss über die Verabreichung (noch) nicht zugelassener Präparate an der PBL. (Noch) nicht zugelassene Präparate werden darin genau gleich aufgeführt wie zugelassene Präparate, nur tragen diese keinen Handelsnamen, sondern ein Laborkürzel. Was aus diesen Protokollen leider nicht ersichtlich wird, ist, weshalb ein Medikament verabreicht wurde, wie es wirkte, weshalb es abgesetzt wurde. Es wird nicht erklärt, weshalb das Präparat an diesem Patienten oder dieser Patientin getestet wurde, ob es weiteren Patientinnen und Patienten verschrieben wurde und unter welchen Umständen dies geschah. Wir wissen ebenfalls nicht, ob diese Medikamente von den Patientinnen und Patienten bezahlt oder ob sie von der Pharmaindustrie zur Verfügung gestellt wurden. Mit anderen Worten kann aus solchen Pflegeprotokollen lediglich geschlossen werden, dass nicht zugelassene Präparate verabreicht worden sind, in welchem Zeitraum dies

---

<sup>18</sup> Vgl. Tschudin 1958, S. 5.

<sup>19</sup> vgl. Germann 2017, S. 32.

geschah und, würde man sämtliche Krankenakten systematisch durchsehen, in welchem Umfang dies getan wurde.

Die teilweise in den Akten vorhandenen Kurblätter, auf denen die Wirkung eines bestimmten Medikamentes über einen gewissen Zeitraum festgehalten wurde, können weitere Informationen liefern. Diese Kurblätter wurden unabhängig davon geführt, ob es sich um ein Versuchspräparat handelte oder nicht, und nicht für jede Kur ist ein Kurblatt überliefert. Weitere Hinweise lassen sich ausserdem vereinzelt in den Krankengeschichten finden. Allerdings wird längst nicht jede Entscheidung zum Beginn oder zum Abbruch einer Therapie festgehalten. Was aufgeschrieben wurde, scheint, wie bereits erwähnt, weitgehend von den Gewohnheiten der Protokollierenden beziehungsweise den behandelnden Ärztinnen und Ärzten abzuhängen.

Krankenakten werden in der Medizingeschichte seit den 1980er Jahren als historische Quellen verwendet. Eine Schwierigkeit dieser Quellengattung ist allerdings die Frage, was genau darin ersichtlich ist. Folgt man etwa David Armstrong, so widerspiegeln die Krankenakten vorwiegend ärztliches Denken.<sup>20</sup> Hingegen sind diese Akten oft vielfältig, enthalten bisweilen auch Briefe oder protokollieren direkte Interaktionen zwischen medizinischem Personal und Patientinnen und Patienten.

Im Rahmen dieses Berichts konnten leider keine Unterlagen von Pharmaunternehmen oder der Swissmedic (früher IKS) berücksichtigt werden. Aufgrund der Erfahrungen von Germann sowie Rietmann, Germann und Condrau war nicht davon auszugehen, dass der Zugang zu diesen Akten innert nützlicher Frist gewährleistet werden konnte.<sup>21</sup>

### 3. Vorgehen

Eine weitere Herausforderung stellte der gemessen an der knappen Projektlaufzeit grosse Umfang des vorhandenen Quellenkorpus dar. Insgesamt sind ca. 8'000–10'000 Krankenakten für die Zeit zwischen 1950 und 1980 vorhanden. Alle Akten durchzusehen wäre im vorgegebenen Rahmen einer Pilotstudie nicht möglich und auch nicht zielführend gewesen. Aus diesem Grund entschieden wir uns für ein kombiniertes Verfahren, um eine möglichst aussagekräftige Stichprobe zu ziehen:

Einerseits versuchten wir möglichst viele Krankenakten von Patientinnen und Patienten zu identifizieren, die in einer 1962 publizierten Sordinol-Studie „Erfahrungen mit dem Psychopharmakon 746 (Sordinol)“ involviert waren.<sup>22</sup> Mit Hilfe der Initialen, des Jahrgangs und der Diagnose, welche in der Publikation genannt werden, gelang es uns, 14 Patientinnen

---

<sup>20</sup> Armstrong D. 1984, *The Patient's View*, *Social Science and Medicine*, 18, 737-44 ; Porter R. 1985, *The Patient's View. Doing Medical History from Below*, *Theory and Society*, 14, 175-198; Vgl. Auch Bernet, 2009.

<sup>21</sup> Vgl. Germann 2017, S. 9 und Rietmann, Germann und Condrau 2018, S. 201.

<sup>22</sup> Vgl. Gartner 1962.

und Patienten (9 Männer und 5 Frauen) zu finden. Wir betonen, dass es sich hierbei um ihre Krankenakten, nicht um Forschungsunterlagen handelt. Die Dokumentation der Forschung in diesen Akten war dabei nicht einheitlich: In manchen fehlte sie vollständig (bis auf das Vorkommen der Testsubstanz in den Pflegeprotokollen), in anderen war sie in der Krankengeschichte und/oder auf einem separaten Registerblatt dokumentiert.<sup>23</sup> Bei den 14 weiteren Patientinnen und Patienten (2 Männer und 12 Frauen), deren Akten wir nicht finden konnten, gehen wir davon aus, dass entweder ein Fehler in der Publikation bei den Initialen oder dem Jahrgang gemacht wurde oder dass deren Akten zu jenen gehören, die noch nicht ans Staatsarchiv überliefert wurden, weil sie möglicherweise nach 1980 erneut oder noch immer stationär untergebracht waren, und die Akten zum Zeitpunkt der Übergabe ans Staatsarchiv noch verwendet wurden.

Andererseits wurden zufällig fünf Stichjahre im Fünfjahres Abstand: 1957, 1962, 1967, 1972 und 1977 ausgesucht. Wir haben sämtliche Akten von Patientinnen und Patienten, deren Nachname mit „B“ beginnt und welche in den Stichjahren in der Klinik stationär untergebracht waren, durchgesehen. Auf diese Weise konnten 263 Krankenakten gesichtet werden. Während in den Studien von Germann sowie Rietmann, Germann und Condrau die Auswahl der Stichprobe auch aufgrund von Diagnosen getroffen wurde, haben wir hier bewusst darauf verzichtet, um herauszufinden, ob die neuen Präparate möglicherweise an einem breiteren PatientInnenstamm getestet wurden als bisher angenommen. Zuletzt wurden für qualitative Aussagen noch 6 zufällig ausgewählte Krankenakten einbezogen.

Durch dieses Verfahren konnte ein Sample von insgesamt 47 Krankenakten mit dokumentierten Medikamentenversuchen in der Untersuchung berücksichtigt werden. Dieses Sample ist vergleichbar mit jenem vom Zürcher Bericht (50).<sup>24</sup> Nicht in die Untersuchung miteinbezogen wurden aus Zeitgründen ambulante Patientinnen und Patienten. In den Akten finden sich allerdings Hinweise dafür, dass auch ambulante Patientinnen und Patienten Testsubstanzen erhielten, insofern wäre dies ein guter Ansatzpunkt für eine breiter angelegte Untersuchung.

#### **4. Historisierung der Medikamentenversuche zwischen 1950 und 1980**

Möchte man heute die Wirksamkeit von Medikamenten an Menschen testen, so unterliegt dieses Vorhaben dem Humanforschungsgesetz vom 30. September 2011. Gemäss diesem Gesetz und Artikel 118b der Bundesverfassung dürfen solche „Forschungsprojekte nur durchgeführt werden, wenn die teilnehmenden Personen hinreichend aufgeklärt wurden und ihre Einwilligung erteilt haben“<sup>25</sup>. Ist eine potenzielle Teilnehmerin oder ein potenzieller Teilnehmer nicht selbst urteilsfähig, so müssen vertretungsberechtigte Personen einwilligen. Ist die nichturteilsfähige Person aber klar gegen eine Teilnahme, so wird dieser Wunsch berücksichtigt. Auch dürfen nichturteilsfähige Personen nur dann in Forschung involviert werden, wenn keine vergleichbaren Ergebnisse mit urteilsfähigen Personen zu erhalten sind. Forschungsvorhaben müssen von einer kantonalen Ethikkommission und – sofern nicht

---

<sup>23</sup> vgl. dazu auch die Fussnote 10.

<sup>24</sup> Vgl. Rietmann, Germann und Condrau, S. 220.

<sup>25</sup> Stellungnahme des Bundesrates vom 02.03.2018 zur Interpellation Nr. 17.4217 von Yvette Estermann: «Massnahmen gegen unerlaubte Medikamentenversuche».

zugelassene Arzneimittel getestet werden – auch von der Schweizerischen Zulassungs- und Aufsichtsbehörde für Arzneimittel und Medizinprodukte, Swissmedic, bewilligt werden.

Diese Situation erklärt das öffentliche Interesse an Medikamentenversuchen in der Vergangenheit. Allerdings sah die Situation in den 1950er Jahren, als die ersten Neuroleptika auf den Markt kamen, grundsätzlich anders aus. Zuständig für die Zulassung neuer Medikamente waren bis zum Inkrafttreten des Heilmittelgesetzes 2002 die Kantone. Die 1934 gegründete Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel, IKS (hervorgegangen aus dem seit 1900 bestehenden Heilmittelkonkordat), war allerdings seit 1943 für die vorgängige Begutachtung und Registrierung zuständig.<sup>26</sup> Das Zulassungsverfahren war im Wesentlichen von der Industrie selbst kontrolliert und zielte primär auf die Vertriebs- und Abrechnungsmöglichkeiten. Eine darüber hinausgehende Bedeutung der Zulassung ist zumindest bis in die 1960er Jahre nicht erkennbar.<sup>27</sup>

### **Aufklärungspflicht?**

Die Aufklärung von Patientinnen und Patienten über eine Teilnahme an einem Medikamentenversuch war vor den 1970er Jahren in der Schweiz kein grosses Thema und juristisch offenbar ein Graubereich. Urs Germann schreibt: „Nachweislich äusserten sich viele Schweizer Psychiater bis in die 1980er-Jahre hinein eher skeptisch zur vorgängigen Aufklärung von Patientinnen und Patienten, die in Medikamentenprüfungen involviert waren.“<sup>28</sup> Dies hing auch mit dem damaligen paternalistischen Verhältnis zwischen Ärzten und Ärztinnen und ihren Patientinnen und Patienten zusammen. So erklärte der Zürcher Psychiater Christian Scharfetter 1970, Patientinnen und Patienten hätten „meist ohnehin keine Kenntnis von den [ihnen] verabreichten Medikamenten“<sup>29</sup>.

1963 erliess das IKS Richtlinien „betreffend Anforderungen an Belege für neue Wirkstoffe“. Dies geschah als Reaktion auf den Thalidomid-Skandal: Anlässlich eines Pädiatriekongresses in Düsseldorf wurde 1961 bekannt, dass starke Missbildungen bei Neugeborenen mit dem Wirkstoff zusammenhingen. Die daraus resultierende Kontroverse in der Fachwelt führte zu einer Wende, was die Zulassungsanforderungen für Heilmittel betrifft. Das US-amerikanische Zulassungsverfahren – in den USA war Thalidomid nie zugelassen worden – wurde ab 1963 noch einmal verschärft.<sup>30</sup> In ihren Richtlinien verlangte die IKS bei der Registrierung neuer Wirkstoffe eine genaue pharmakologische, toxikologische und klinische Dokumentation, welche Aufschluss über das gesamte Wirkungsspektrum gibt.<sup>31</sup> Diese neuen Richtlinien hatten einerseits zur Folge, dass mehr Medikamententests durchgeführt werden mussten. Andererseits war die Frage der Information oder gar Zustimmung der Testpersonen weder von der IKS noch sonst wie geregelt worden. Die vom Weltärztebund 1964 beschlossene Deklaration von Helsinki, welche ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen empfahl

---

<sup>26</sup> Vgl. Fischer 1975, S. 38.

<sup>27</sup> Vgl. Rietmann, Germann und Condrau 2018, S. 245.

<sup>28</sup> Germann 2017, S. 48.

<sup>29</sup> Scharfetter 1970, S. 772, zitiert nach: Germann 2017, S. 49.

<sup>30</sup> Vgl. Jones, Grady und Lederer 2016.

<sup>31</sup> Vgl. Fischer 1975, S. 40–42.

und unter anderem das Prinzip der informierten Einwilligung (*informed consent*) nannte, scheint weltweit so gut wie keine Beachtung gefunden zu haben.<sup>32</sup> Wichtiger dürfte die Publikation von Henry Beecher im *New England Journal of Medicine* von 1966 gewesen sein, in der er erstmals einer breiten ärztlichen Öffentlichkeit vorwarf, Forschungsprojekte nicht korrekt durchzuführen.<sup>33</sup> Man kann also sicherlich festhalten, dass die unklare Regulierung klinischer Forschung kein spezifisches Problem einer Klinik, sondern in der Schweiz, in Europa und wohl auch in den USA lange Zeit der Normalfall war.<sup>34</sup> Selbst als die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) 1970 zum ersten Mal Empfehlungen für „Forschungsuntersuchungen am Menschen“ vorschlug, änderte sich die Lage nicht sofort.<sup>35</sup> Erst im Verlauf der 1970er Jahre begann ein Wandel. Verschiedene Fallstudien kommen zum Schluss, dass sich das Prinzip der Zustimmung in den Kliniken ab der zweiten Hälfte der 1970er Jahre vereinzelt und ab Beginn der 1980er Jahre umfassender zur Standardpraxis entwickelte.<sup>36</sup> Klar geregelt wurde der Bereich dann erst 1993 im „Reglement über die Heilmittel im klinischen Versuch“ der IKS.<sup>37</sup>

In Anschluss an Rietmann, Germann und Condrau meinen wir mit den Begriffen „Medikamentenversuche“, „Medikamententests“, „Medikamentenprüfungen“ die Abgabe von Arzneimitteln zu „mehr oder weniger experimentellen Zwecken“ unabhängig davon, ob sie zugelassen waren oder nicht. Als „Versuchspräparate“ bezeichnen wir jene Präparate, welche zum Zeitpunkt der Verwendung noch nicht registriert waren. Es gilt aber zu beachten, dass die Grenzen zwischen Versuchs- und Standardpräparaten zu Beginn der „chemischen Revolution“ fließend waren.<sup>38</sup>

## 5. Die pharmakologische Wende an der PBL

Die 2017 verfasste Festschrift von Lukas Ott bietet einen sehr guten Überblick über die institutionelle Geschichte der Psychiatrie Baselland von ihren Anfängen beziehungsweise Vorläufern bis heute. Bis 1934 wurden die psychisch kranken Patientinnen und Patienten in Baselland im Kantonsspital oder der Pfrundanstalt versorgt. 1934 wurde die Heil- und Pflgeanstalt Hasenbühl in einem eigens dafür errichteten Neubau eröffnet. Die Patientinnen und Patienten wurden nach Geschlecht und sozialem Verhalten getrennt auf verschiedenen Abteilungen behandelt. Chronische Fälle wurden weiterhin an die Pfrundanstalt überwiesen,

---

<sup>32</sup> Vgl. Rietmann, Germann und Condrau 2018, S. 219.

<sup>33</sup> Beecher 1966.

<sup>34</sup> Erstaunlich ist, dass es in Bezug auf die in den 1930er Jahren neu eingeführte Elektrokrampftherapie in der Schweiz bereits seit den 1940er Jahren, in Grossbritannien von sogar Beginn an und in Deutschland wenig später verschiedene Bestrebungen gab, die Informationspflicht zu verbessern. Vgl. Gawlich 2018, S. 246 und S. 250. Vgl. auch weiter unten in diesem Text, S. 23.

<sup>35</sup> Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften: „Richtlinien für Forschungsuntersuchungen am Menschen“, S. 3.

<sup>36</sup> Basel verankerte laut Germann 1981 das Prinzip des „informed consent“ im Spitalgesetz. Vgl. Germann 2017, S. 29.

<sup>37</sup> Reglement über die Heilmittel im klinischen Versuch, 812.24 vom 18. 11. 1993.

<sup>38</sup> Vgl. Condrau, Germann, Rietmann 2018, S. 202–203.

welche dem Hasenbühl unterstand.<sup>39</sup> Die Anstalt stand bis 1947 unter Aufsicht der Finanzdirektion. Anschliessend war sie bis 1982 der Sanitätsdirektion unterstellt.

Als erster Direktor des Hasenbühls wurde Dr. Georg Stutz berufen. Er leitete die Anstalt bis zu seinem Tod 1961. Stutz hatte in Basel, Genf und Zürich studiert und seine Assistenzjahre am Sanatorium Allerheiligen und in Zürich an der Rheinau verbracht. Vor seiner Berufung ans Hasenbühl war er Oberarzt an der Friedmatt und leitete interimistisch die Poliklinik zwischen 1927 und 1932 bis zur Berufung Prof. John Staehelins.<sup>40</sup> Stutz interessierte sich sehr für moderne Behandlungsmethoden und setzte Schlafkuren, Insulin- und Cardiazolkuren sowie ab 1947 Elektroschocktherapien ein. Bei Patientinnen und Patienten, bei denen anhand der genannten Kuren keine Verbesserung erreicht werden konnte, wurden teilweise psychochirurgische Eingriffe, sogenannte Leukotomien, durchgeführt. Wie im folgenden Kapitel ausgeführt werden wird, verloren diese Therapien seit der Einführung der ersten Neuroleptika anfangs der 1950er Jahre allmählich an Bedeutung, wobei sie in der Anfangsphase gerne noch kombiniert wurden. Neben den somatischen Behandlungsmethoden legte Stutz grossen Wert auf Arbeitstherapie und Psychotherapie.<sup>41</sup>

Dr. Arnold Tschudin, der als Assistenz- und Oberarzt in Münsterlingen mit Dr. Roland Kuhn zusammengearbeitet hatte und dann unter Stutz bereits als Oberarzt an der PBL tätig gewesen war, wurde 1961 zu dessen Nachfolger ernannt.<sup>42</sup> Von Anfang an war er bemüht, die Psychiatrische Klinik baulich zu erweitern, um sie an die zeitgenössischen Bedürfnisse anzupassen. 1974 wurde der Neubau eröffnet. Die Klinikleitung versprach dabei eine „Öffnung der Psychiatrie“, diese wurde jedoch nur zögerlich umgesetzt. Die Klinik geriet in der zweiten Hälfte der 1970er Jahre zunehmend in die Kritik. Der Hauptkritikpunkt war dabei, dass die Anstalt nur der Verwahrung diene und nicht der Therapie. Tatsächlich führten unter anderem der Personalmangel und die Budgetknappheit zu einer Diskrepanz zwischen den Wünschen von Klinikleitung, Ärzten, Ärztinnen und der Realität. 1978 wählte der Regierungsrat Dr. Theodor Cahn als Nachfolger Tschudins und stellte damit die Weichen für eine reformorientierte und offene, dezentralisierte Psychiatrie. 1980 verabschiedete der Kanton Basel-Landschaft zudem ein neues Psychiatriekonzept, welches unter anderen auch von Cahn mitverfasst wurde. Ziel war es, die Patientinnen und Patienten verstärkt ambulant behandeln zu können und auch mittels einer Stärkung des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes präventiv einzuwirken.<sup>43</sup>

### 5.1. Die ersten Psychopharmaka

Basierend auf den Jahresberichten der PBL sowie einigen Akten aus dem Direktionsarchiv möchten wir in diesem Abschnitt die sogenannte psychopharmakologische Wende aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte in Baselland nachvollziehen. Wie reagierten sie auf die neuen Stoffe und wie veränderte sich der Klinikalltag nach der Einführung der ersten Psychopharmaka?

---

<sup>39</sup> Vgl. Ott 2017, S. 64.

<sup>40</sup> Vgl. ebd. S. 71–72 und Marti [ohne Datum] im Personenlexikon BL

<sup>41</sup> Mehr dazu vgl. Ott 2017, S. 102–107.

<sup>42</sup> Vgl. Ott 2017, S. 97.

<sup>43</sup> Vgl. Ott 2017, S. 130–151.

Im Sommer 1953 wurden in der Heil- und Pflegeanstalt Hasenbühl zum ersten Mal Neuroleptika eingesetzt.<sup>44</sup> Es handelte sich dabei um den Wirkstoff Chlorpromazin, der unter dem Namen Largactil von der französischen Firma Rhône-Poulenc vertrieben wurde. Die ersten Anwendungen von Largactil und die Jahre, die darauf folgten, waren gekennzeichnet durch die rasche Entwicklung neuer Psychopharmaka und einem damit zusammenhängenden therapeutischen Optimismus. Diese Zeit wurde deshalb häufig als „chemische Revolution“ bezeichnet. In den letzten Jahren ist diese Bezeichnung von der Psychiatriegeschichtsschreibung vermehrt hinterfragt und relativiert worden.<sup>45</sup> Ein wichtiger Vorbehalt ist, dass durchaus Kontinuitäten vom Gebrauch von Beruhigungsmitteln seit dem Ende des neunzehnten Jahrhunderts hin zu den „neuen“ Psychopharmaka ab den 1950er Jahren bestehen. Auch diese Medikamente wurden sehr begrüsst und verschwanden nicht etwa nach der Einführung der Neuroleptika, sondern wurden meist kombiniert verabreicht.<sup>46</sup>

Der Jahresbericht der PBL von 1953 lässt noch nicht auf eine Revolution schliessen. Die ersten Versuche mit Largactil wurden zwar positiv erwähnt, nahmen aber nur wenig mehr Platz ein als der Bericht über die Anwendung von Individual- und Gruppen-Psychotherapien oder zur Behandlung von Alkoholikern und Alkoholikerinnen.<sup>47</sup>

Die Einführung des Largactils veränderte den Klinikalltag nicht von einem Tag auf den andern schlagartig. Vor der „psychopharmakologischen Wende“ wurden die Patientinnen und Patienten des Hasenbühls bevorzugt mit Beruhigungsmitteln, Schlaftherapie, Insulin- und Elektroschock oder Hirnchirurgie behandelt. Chlorpromazin, das ursprünglich als Antiallergikum entwickelt worden war, unterschied sich in seiner Wirkweise nicht radikal von anderen Beruhigungsmitteln und es wurde auch nicht komplett anders angewandt. Laut Klinikdirektor Georg Stutz sei bei der Entdeckung der Phenotiazin-Derivate und bei der Ausarbeitung der weiteren, davon ausgehenden Medikamente hauptsächlich das psychiatrische Bedürfnis, neue Beruhigungsmittel zu finden, massgebend gewesen.<sup>48</sup> Wie bei einer Schlafkur hatte der Patient oder die Patientin während den ersten vierzehn Tagen einer Largactilkur in einem abgedunkelten Raum zu ruhen. Allerdings wurde er im Unterschied dazu für Mahlzeiten geweckt und dazu angehalten, seine Ausscheidungen zu verrichten. Erst ab der dritten Woche durfte sich der Patient oder die Patientin frei bewegen. „Die psychische Wirkung bei unseren Patienten zeigt sich schon nach der ersten Injektion in Somnolenz oder in Schlaf. Dieser Schlaf sieht physiologisch aus, jederzeit kann der Kranke geweckt werden. Sehr viele Kranke schlafen nicht, sie liegen nur ruhig im Bett und dösen vor sich hin“<sup>49</sup>, berichtete Stutz. Nicht nur in

---

<sup>44</sup> Während die PUK Zürich offenbar schon von Beginn an stark auf Reserpin (Serpasil von Ciba) setzte, favorisierte die PBL eher Chlorpromazin (Largactil). 1958 bezeichnete Stutz Largactil als das nach wie vor wichtigste Heilmittel. Serpasil wurde aber auch gelegentlich verschrieben, offenbar besonders gerne bei Alkoholdelirien (vgl. Jahresbericht der PBL 1958).

<sup>45</sup> Vgl. etwa Henckes 2016, Healy 1997, 2002 und 2004, Moncrieff 2008 und Majerus 2013.

<sup>46</sup> Vgl. Henckes, S. 5–6.

<sup>47</sup> Vgl. Jahresbericht 1953

<sup>48</sup> Stutz, Georg: Über den Winterschlaf. Referat für die Ärztesgesellschaft vom 15.12.1955, VR 3263, A.05.01.

<sup>49</sup> Ebd.

Liestal, auch beispielsweise in Münsterlingen wurden die neuen Medikamente zunächst als „grosse Kuren“, zeitlich limitiert und in hoher Dosierung verschrieben.<sup>50</sup> Dieses Verfahren war geprägt durch die damals zur Standardtherapie gehörenden somatischen Kuren wie die Elektroschock- oder Insulinbehandlung, welche ebenfalls punktuell, wenn auch meist seriell, durchgeführt wurden.<sup>51</sup> Im Vordergrund stand in dieser ersten Phase der Anwendung von Chlorpromazin offenbar nicht die antipsychotische, sondern eher die sedative Wirkung.

Im Februar 1954 erklärte Stutz im Bulletin des Rotary-Clubs schon deutlich enthusiastischer als im wenige Monate zuvor verfassten Jahresbericht: „Erstaunliche Erfolge, die praktisch als Heilung imponieren, hat man vor allem auch bei chronischen Schizophrenien erzielt. Die in sich versunkenen, reaktionsarmen und unruhigen Patienten werden ruhig, beginnen Kontakt mit der Umgebung zu suchen und sind vor allem wieder der seelischen Behandlung zugänglich. Halluzinationen und Wahnideen verschwinden sehr häufig oder werden von den Kranken als bedeutungslos empfunden.“<sup>52</sup>

In seinem Referat vor der Ärztesgesellschaft, zwei Jahre nach der Einführung von Chlorpromazin, wurde Stutz richtig euphorisch: „Ich persönlich bin der Meinung, dass Largactil während meiner 30-jährigen Tätigkeit wohl eine der grössten, wenn nicht die grösste Entdeckung bei der Therapie darstellt.“<sup>53</sup> Zugleich betonte Stutz, dass das Largactil gerne in Kombination mit Sedativa verschrieben werde, und, dass Insulin- und Elektrokrampfbehandlungen immer noch zum „alltäglichen Rüstzeug des klinischen Betriebes“ gehörten. Dazu sei die Psychotherapie immer die „Basistherapie“.<sup>54</sup>

## 5.2. Therapeutischer Optimismus

Was hatte sich in diesen zwei Jahren verändert? Die ersten Therapieversuche mit Largactil waren eben dies: Versuche. Das Anwendungsgebiet und die genaue Wirkung auf verschiedene Patientinnen und Patienten waren noch weitgehend unklar. Mit der Erfahrung aus den ersten Versuchen wurde die Indizierung näher ausgearbeitet und es pendelte sich ein Umgang mit dem Präparat und seiner Dosierung ein. Auch brauchte es möglicherweise etwas Zeit, bis sich die Ärzte und Ärztinnen davon überzeugen konnten, dass der Einsatz von Largactil weniger gefährlich war als andere Kuren.<sup>55</sup> „Vom Psychiater aus beurteilt, zeigt keine der geläufigen somatischen Kuren so wenige und so geringe Komplikationen wie die Largactilkur. Wenn wir von den Indikationen der Largactil-Behandlung sprechen, so könnte man fast den Eindruck haben, es handle sich um ein Allheilmittel“, erklärte Stutz der Ärztesgesellschaft. In Stutz'

---

<sup>50</sup> Vgl. dazu auch Brandenberger 2012, S. 183.

<sup>51</sup> Vgl. Tornay 2016, S. 134.

<sup>52</sup> Stutz, Georg: „Künstlicher Winterschlaf bei Nervösen“ für das Rotary-Bulletin vom 13.02.1954. A.05.01

<sup>53</sup> Stutz, Georg: Über den Winterschlaf. Referat für die Ärztesgesellschaft vom 15.12.1955, VR 3263, A.05.01.

<sup>54</sup> Ebd.

<sup>55</sup> Stutz beschreibt im Vortrag vor der Ärztesgesellschaft ausführlich, wie gefährlich Schlaftherapien und Leukotomien seien. A.05.01

Begeisterung zeigte sich auch die Hoffnung, die Psychiatrie könne in die Medizin integriert und als experimentelle Wissenschaft akzeptiert werden.<sup>56</sup>

Die PBL gehörte zu den zahlreichen schweizerischen Kliniken, an welchen versucht wurde, die Wirkung von Chlopromazin auf verschiedene Patienten- und Patientinnengruppen zu beschreiben und infolgedessen einen Anwendungsbereich festzulegen. Die Ergebnisse dieser Bemühungen wurden am 28. November 1953 in einem schweizweiten Symposion diskutiert, welches von der PUK Basel-Stadt organisiert wurde.<sup>57</sup> Insgesamt erhielten 101 stationäre und ambulante Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Diagnosen und Krankheitsverläufen im Laufe dieser experimentellen Phase im Hasenbühl Largactil.

Während also in Liestal nicht von einem schlagartigen Wandel durch die Einführung von Largactil gesprochen werden kann, zeigte sich doch je länger je mehr, dass die neuen psychoaktiven Stoffe den Klinikalltag veränderten. Ein Artikel im „Landschäftler“ berichtet 1964 wie folgt über die neuen Anforderungen des Pflegeberufs:

„Die Behandlungsmethoden der Psychiatrie haben in den letzten 20 Jahren einen so ungeahnten Aufschwung erfahren, dass die Anstalten, die einst mehrheitlich der Internierung galten, zu eigentlichen Spitälern geworden sind. Die meisten in psychiatrischen Anstalten Eingewiesenen können heute erwarten, in kürzester Zeit geheilt entlassen zu werden. Die Dauer der Hospitalisierung ist dank ganz neuer Therapiemöglichkeiten, vor allem der chemischen Heilmittel, von 1940 mit 180 Tagen auf heute weniger als drei Monate gesunken.“<sup>58</sup>

Diese von einem therapeutischen Optimismus geprägte Sichtweise eines Wandels von der Anstalt zur Klinik ist typisch für diese Zeit, und noch heute wird vielerorts in der „chemischen Revolution“ der Beginn einer modernen Psychiatrie gesehen. Allerdings ist bei dieser Interpretation Vorsicht geboten. In Liestal herrschte in den 1960er Jahren und auch später chronischer Personalmangel. Immer wieder wurde in der Zeitung und in Broschüren für den Pflegeberuf geworben. Dabei musste die Klinik sich gegen ein veraltetes und negatives Bild der Psychiatrie wehren. Das Narrativ der modernen Klinik im oben zitierten Zeitungsartikel sollte also auch die Attraktivität des Pflegeberufs steigern. „Die Schwester und der Pfleger sind nicht mehr Hausangestellte, sind nicht nur zum Pflegen, Füttern, Putzen, Überwachen und zu administrativen Aufgaben eingesetzt, sondern sie sind ein integrierender Bestandteil der Heilkunst, sind ärztliche Therapie im weitesten Sinne. [...]“<sup>59</sup> heisst es dann auch weiter im Landschäftler.

### 5.3. Ernüchterung

Während einerseits der positive Einfluss der Medikamente auf die Arbeit der Pflegenden und die Atmosphäre in der Klinik insbesondere in den ersten zwei Jahrzehnten nach der Einführung

---

<sup>56</sup> Vgl. Tornay 2016, S. 95.

<sup>57</sup> Vgl. Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie 73 (1954), Nr. 1/2: Sondernummer zum Largactil-Symposion in der psychiatrischen Universitätsklinik Basel am 28. November 1953.

<sup>58</sup> e.fa: Von der Irrenanstalt zur psychiatrischen Klinik, in: Der Landschäftler vom 23.08.1964,

<sup>59</sup> Ebd.

der ersten Neuroleptika hochgehalten wurde, bestand andererseits schon von Anfang an auch eine gewisse Skepsis, die im Verlauf der späten 1960er Jahre in Ernüchterung umschlagen sollte. Auch wenn die Medikamente wirksam waren, schienen die Ärzte und Ärztinnen im Vorfeld nie mit Sicherheit sagen zu können, welches Präparat bei welcher Patientin beziehungsweise welchem Patient welche Wirkung erzielen sollte. Dazu kam, dass anhand der Medikamente zwar ein kurzfristiges Nachlassen der Krankheitssymptome erzielt werden konnte, dass die Patienten aber oft lebenslängliche Erhaltungsdosen nehmen mussten. Darüber hinaus schien es keine Medikamente zu geben, die ohne grössere Nebenwirkungen auskamen.

Während in den Jahresberichten der PBL zwischen 1953 und 1959 noch euphorisch über die Wirkung einzelner neuer Psychopharmaka geschrieben wurde, lesen sich die Berichte ab Mitte der 1960er Jahre wie ein Tagebuch der Ernüchterung. Die Ausgabe von 1960 verwendet noch drei ganze Seiten, um einen Überblick über die gesamte Entwicklung psychoaktiver Stoffe zu bieten. Stutz führt wie folgt in die Materie ein:

„Seit 10 Jahren wurden in der Psychiatrie die sehr wirksamen sog. Psychopharmaka eingeführt, die heute zu einer fast unübersehbaren Flut angewachsen sind. Man könnte fast sagen, dass jedes Land und jeder Arbeitskreis und vielleicht fast jede grosse chemische Fabrik ihre Mittel entwickelt hat.“<sup>60</sup>

Zum Schluss hält Stutz jedoch fest, dass medikamentöse Behandlungen streng überwacht werden müssten und zusätzliche Psychotherapie unerlässlich sei. In den darauffolgenden Jahren war immer wieder von neuen Medikamenten<sup>61</sup> die Rede oder davon, dass die „Behandlungsmöglichkeiten“<sup>62</sup> hätten, ohne jedoch konkrete Beispiele zu nennen. 1966 wurde der Hinweis auf die neuen Entwicklungen zum ersten Mal mit Kritik gepaart: „Laufend kamen neue Medikamente auf den Markt, die wohl eine willkommene Bereicherung und z. T. auch Fortschritte bringen, die aber noch nicht ausreichen, um in jedem Fall auf kurze Sicht gute und vor allem dauernde Heilung der Leiden zu erreichen.“<sup>63</sup> 1967 klagte der neue Direktor Arnold Tschudin beinahe schon über die Bemühungen der pharmazeutischen Industrie: „Es ergibt sich eine Flut von Publikationen, die gelesen sein muss.“ Und auch wenn sich Liestal durch Publikationen und Medikamentenprüfungen am „gegenseitigen Gedankenaustausch“<sup>64</sup> beteiligen wolle, so sei die Menge an Kongressen für die Ärzte und Ärztinnen schlicht nicht mehr zu bewältigen. 1968 wurde dann zum letzten Mal über die pharmazeutischen Neuerungen geschrieben: „Auf dem Sektor der therapeutischen Möglichkeiten ist [...] nichts Bahnbrechendes zu berichten“, so Tschudin. Leider sei man auch noch immer nicht so weit, „dass man zum vornherein ein bestimmtes Medikament als das einzig wirksame für einen bestimmten Zustand zur Hand“ bekomme.<sup>65</sup>

---

<sup>60</sup> Jahresbericht 1960, S. 59.

<sup>61</sup> Jahresbericht 1964, S. 59.

<sup>62</sup> Jahresbericht 1965, S. 60.

<sup>63</sup> Jahresbericht 1966, S. 64.

<sup>64</sup> Jahresbericht 1967, S. 70.

<sup>65</sup> Jahresbericht 1968, S. 78.

## 6. Medikamentenversuche in der Psychiatrie Baselland zwischen 1950–1980

Drei Fragen waren ausschlaggebend bei unserer Beschäftigung mit den Medikamentenversuchen an der PBL zwischen 1950 und 1980: Erstens wollten wir wissen, in welchem Umfang und mit welchem Ziel geforscht wurde. Zweitens interessierte uns, an wem geforscht wurde. Wie viele Menschen waren betroffen? Waren darunter besonders vulnerable Gruppen? Und schliesslich galt es drittens herauszufinden, ob Patientinnen und Patienten darüber informiert wurden, dass sie (noch) nicht zugelassene Präparate erhielten und inwiefern sie in die Entscheidung involviert waren, an Versuchen teilzunehmen. In diesem Zusammenhang haben wir auch gefragt, wie das medizinische Personal mit unerwünschten Nebenwirkungen von Versuchspräparaten umgegangen ist.

### 6.1 Umfang und Art der Versuche

1961 wurde Arnold Tschudin nach Georg Stutz' überraschendem Tod dessen Nachfolger als Direktor der PBL. Im darauffolgenden Jahresbericht schrieb er einen ausführlichen Nachruf auf seinen Vorgänger, in welchem er auch seine Pionierleistungen im Feld der Psychopharmakaforschung nicht verschwieg:

„Er [Stutz] führte noch in einer Zeit, als es Pionierleistung war, die aufkommenden Schlaf-, Dämmer-, Insulin- und Elektrokuren unverzüglich ein, nahm auch anfangs der 50er-Jahre die aufkommenden Neuroplegicumkuren mit gleicher Begeisterung auf und war auch bereit und glücklich, an deren vorheriger klinischer Erprobung – z.B. des Tofranils, Truxals resp. Taractans – in seiner Klinik massgebend mitgewirkt zu haben. Sein Ziel war, dem Patienten stets die bestmögliche Behandlung angedeihen zu lassen und sein Optimismus war unerschöpflich.“<sup>66</sup>

Der zitierte Nachruf zeigt, dass die Klinik stolz auf ihre Forschung war. Auch in den Jahresberichten ist seit der Einführung von Largactil bis Ende der 1960er Jahre fast in jeder Ausgabe von neuen, getesteten Substanzen die Rede.<sup>67</sup> Dass an der Psychiatrie Baselland (noch) nicht zugelassene Präparate verschrieben wurden, und dass auch Medikamente auf ihre Wirksamkeit hin geprüft wurden, steht also fest und wurde auch offensiv kommuniziert. Folgende Aussagen können basierend auf unseren Recherchen in Bezug auf die Herangehensweise und den Umfang der Versuche gemacht werden:

Es wurden mindestens 17 verschiedene Präparate verabreicht, welche zu diesem Zeitpunkt entweder (noch) nicht zugelassen waren und/oder im Rahmen eines Medikamentenversuchs abgegeben wurden.<sup>68</sup> Zu mindestens sechs dieser Medikamentenversuche wurde publiziert. Bei manchen Substanzen, wie zum Beispiel dem Imipramin von Geigy (Handelsname: Tofranil), ist nicht ganz klar, ob lediglich das Präparat G22355 getestet wurde, oder ob auch verwandte

---

<sup>66</sup> Arnold Tschudin im Jahresbericht 1961 für das Kantonsspital, die Psychiatrische Klinik und das Kantonale Fürsorge- und Alterheim Liestal, S. 43.

<sup>67</sup> Vgl. weiter oben, S. 11f.

<sup>68</sup> Vgl. Tabelle 1, S. 32.

Präparate verabreicht wurden. Grund dafür ist, dass in den Pflegeprotokollen teilweise nur von „NP Geigy“ oder „Neuroplegicum“ die Rede ist. Da die Testphase zwei Jahre dauerte (deutlich länger als bei anderen Präparaten), ist gut denkbar, dass nicht ausschliesslich G 22355 verschrieben wurde. Magaly Tornay zufolge waren zeitgleich mehrere verschiedene Substanzen im Umlauf.<sup>69</sup>

Viele Präparate wurden sehr kurz vor ihrer Zulassung getestet. So zum Beispiel Truxal ab November 1959 (Zulassung 1960), Sordinol 1961 (Zulassung 1962) oder Insidon 1961 (Zulassung im gleichen Jahr).<sup>70</sup> Andere wurden kurz nach ihrer Zulassung geprüft, wie Largactil. Wie erwähnt, wurde Tofranil über einen langen Zeitraum getestet. Liestal gehörte zur Vorhut, die 1955 G 22150 (oder „Geigy weiss“) testete und ab 1956 G 22355 (oder „Geigy rot“).<sup>71</sup> Allerdings waren sie nicht allein. Neben Dr. Tschudin waren folgende Ärzte an Versuchen mit Imipramin beteiligt: Dr. Brunold (Königsfelden), Dr. Gobbi (Mendrisio), Prof. Grünthal (Waldau, Bern), Dr. Harder (Rheinau), Dr. Hermann (Littenheid), Dr. Kuhn (Münsterlingen), Dr. Ludwig (Masans), Dr. Wehrle (Pirminenberg), Prof. Faust (Freiburg im Breisgau) und Dr. Voelkel (Berlin). Nach 1957 kamen sogar noch 12 weitere Ärzte/Kliniken dazu.<sup>72</sup> Andere getestete Substanzen kamen unseres Wissens nie auf den Markt, wie NP207, das, wie Stutz vor der Ärztesgesellschaft 1955 erklärte, „wohl wirksam“ war, „aber sehr schwere Erkrankungen der Retina hervorgerufen“ hat.<sup>73</sup> Oder auch das ab 1964 getestete Präparat der Cilag C 7245-84, die 1967 verschriebene Substanz Wy 3263 oder das Geigy-Präparat G 35259 (Ketimipramin).

Aufgrund der ungleichen Quellenlage lassen sich diese Ergebnisse nur schlecht mit jenen aus der PUK Zürich oder der UPK Basel vergleichen. Auf den ersten Blick scheinen eher weniger Testpräparate verschrieben worden zu sein, insbesondere haben wir in den von uns berücksichtigten Akten in den Pflegerapporten nach 1972 keine Hinweise auf Testsubstanzen mehr finden können. Es sieht ebenfalls so aus, als ob die Psychiatrie Baselland im Gegensatz etwa zu Münsterlingen oder Zürich eher keine Vorreiterrolle in den Tests übernommen hat.

Zumindest ein Beispiel ist uns bekannt, in welchem einem Patienten vom überweisenden Arzt ein Testpräparat verschrieben worden ist (und zwar das Präparat von Hoffmann-La Roche Ro 4-5360/Nitrazepam).<sup>74</sup> Der Arzt schrieb an die PBL: „Es handelt sich um ein Derivat des Librium, das wir seit mehr als zwei Jahren geprüft haben, und mit dem wir gerade auch bei solchen Fällen recht gute Erfolge gesehen haben. Da es noch nicht im Handel ist, und da ich annehme, dass Sie mit meinem Vorschlag einverstanden sind, lasse ich Ihnen 100 Tabletten davon schicken.“ Es ist also durchaus möglich, dass Patientinnen und Patienten, die im

---

<sup>69</sup> Vgl. Tornay 2016, S. 140 f.

<sup>70</sup> Vgl. Tschudin 1960, Gartner 1962, Pat. 2279.

<sup>71</sup> Vgl. zu anderen Tests mit diesen Substanzen Tornay 2016, S. 127 ff., 142; Healy 1997, S. 48 ff., Battegay und Healy 2000, S. 376, 387.

<sup>72</sup> Vgl. Tornay 2016, S. 141.

<sup>73</sup> Stutz, Georg: Über den Winterschlaf. Referat für die Ärztesgesellschaft vom 15.12.1955, VR 3263, A.05.01.

<sup>74</sup> 10.01 Brief vom 3.2.1964 von Dr. med. Landolt (Ärztliche Direktion der Schweizerischen Anstalt für Epileptische Zürich) an Dr. Tschudin.

Hasenbühl untergebracht waren, auch Testpräparate erhielten, welche nicht eigentlich an der Klinik getestet wurden. So bittet beispielsweise auch der Gynäkologe des Kantonsspitals Baselland die Klinik, man möge ihm geeignete Patientinnen für einen Versuch mit einem neuen wehenhemmenden Präparat überweisen.<sup>75</sup> Umgekehrt baten Ärzte und Ärztinnen der Klinik teilweise die Hausärztinnen und -ärzte ihrer entlassenen Patientinnen und Patienten, eine Kur mit Testpräparaten fortzusetzen, oder informierten sie darüber, auf welche im Handel erhältlichen Alternativen sie zurückgreifen konnten.<sup>76</sup> So zum Beispiel im Falle von Lisa Weber<sup>77</sup>. Die Instruktionen an den behandelnden Arzt lauteten: „Wir gaben Pat. bis zuletzt noch täglich 3x2 Tabletten des Neuroplegicum Geigy, das leider noch nicht im Handel ist, sowie abends eine Tablette[n] Doriden. Wir gaben Pat. das Medikament ausreichend für 14 Tage mit. Statt dieses Neuroplegicum[s] könnte später Pascatal oder Largactil gegeben werden.“<sup>78</sup>

### **Periodisierung**

Germann teilt die Vorgehensweise bei Medikamentenversuchen an den UPK Basel in drei Phasen ein. Die erste Phase von der Einführung des Largactils bis Ende der fünfziger Jahre sieht er geprägt durch individuelle Heilversuche und ihre Wirkungsobjektivierung. In den frühen 1960er Jahren stellt er erste Ansätze zu stärker kontrollierten Versuchsanordnungen und ab Ende der 1960er Jahre eine zunehmende Standardisierung auch einhergehend mit der Einführung des AMDP-Systems fest.<sup>79</sup> Eine ähnliche Einteilung nehmen Rietmann, Germann und Condrau für die Versuche an der PUK Zürich vor.<sup>80</sup> Diese Periodisierung lässt sich anhand der Ergebnisse für Baselland bestätigen, aufgrund der Quellenlage allerdings nur mit einer gewissen Zurückhaltung.

1953 erhielten über hundert Patientinnen und Patienten Largactil. In dieser frühen Testphase war es das Ziel, Anwendungsgebiete für das Medikament und mehr über die Wirkweise herauszufinden. Der Versuch war nicht auf bestimmte Patientinnen- oder Patientengruppen eingeschränkt. Bei den Ergebnissen wurde nur auf die Diagnose und Krankheitsdauer eingegangen, nicht auf das Geschlecht oder das Alter der Patientinnen und Patienten. Methodische Überlegungen wurden nicht geschildert, es wurden keine Tabellen oder Graphiken verwendet, um die Ergebnisse zusammenzufassen. Letzteres ist aber auch dem Format geschuldet; beim Bericht über den Largactilversuch handelt es sich um einen Beitrag an einem Symposium.

Imipramin wurde zwischen 1956 und 1958 an 150 stationären und ebenso vielen ambulanten Fällen getestet. Wiederum wurde in der daraus resultierenden Publikation nicht auf die Testgruppe eingegangen (Diagnose, Alter, Geschlecht etc. der Patientinnen und Patienten sind

---

<sup>75</sup> Vgl. A.34.04.05, Brief von Dr. W. Obolensky vom 30.09.1969 an Arnold Tschudin.

<sup>76</sup> Offenbar wurden solche Hinweise in Basel-Stadt eher vermieden. Vgl. persönliche Mitteilung von Urs Germann vom 13.03.2019.

<sup>77</sup> Wir haben uns dazu entschieden den Patientinnen und Patienten zufällig ausgewählte Pseudonyme zu geben, damit sie für den Bericht als Personen greifbarer werden und nicht hinter einer Aktennummer verschwinden.

<sup>78</sup> Vgl. Krankenakte Nr. 5062.

<sup>79</sup> Vgl. Germann 2017, S. 36–45.

<sup>80</sup> Vgl. Rietmann, Germann und Condrau, S. 210–217.

unbekannt). Der Zeitschriftenartikel enthält hingegen eine Vielzahl methodischer Reflexionen wie diese:

„Kann bei einer derartigen Vielfalt einwirkender Faktoren eine einheitliche Wirkung des Medikamentes bei Depressionen überhaupt noch erwartet werden? Dies ist die Frage, die sich ebenso stellt wie diejenige, wie alle diese Momente bei der Prüfung eines Medikamentes berücksichtigt werden sollen, vor allem, wenn man nicht nur die unmittelbare Wirkung auf den momentanen Verlauf der Störung, sondern auch evtl. präventive Wirkungen beurteilen wollte.“<sup>81</sup>

Solche Überlegungen zeigen, dass sich Ende der fünfziger Jahre noch kein ideales Testverfahren etabliert hatte, und man sich bei Medikamentenprüfungen immer noch auf unsicherem Terrain bewegte. Zugleich zeigen diese Überlegungen aber auch, dass nicht (mehr) drauflos getestet wurde (wie vielleicht noch 1953), sondern die Ansprüche an die Vergleichbarkeit und Aussagekraft der Ergebnisse stiegen. Eine andere Frage, die Tschudin aufwarf, war, „über wie viele Fälle man zahlenmässig verfügen muss, bevor man sich über die Wirksamkeit eines Medikamentes überhaupt ein Urteil bilden darf“<sup>82</sup>. Die Antwort darauf gab er gleich selbst: Wichtiger sei es, die einzelnen Fälle genauer zu verfolgen, als eine grosse Anzahl zu haben. So kamen auch die folgenden Medikamentenprüfungen mit viel weniger Testpersonen aus. Bei Truxal (1959) waren es 32, bei Sordinol (1962) 28, bei Centrophenoxy (1966) 24 und bei YG-19-256 (1972) sogar nur noch 15. Über die Gründe lässt sich leider nur spekulieren, so könnten etwa die aufkommenden Multicenter-Studien mit klinikübergreifender Zusammenarbeit die Zahl der Testpersonen reduziert haben.

Es scheint Ende der fünfziger Jahre auch in Liestal eine Verschiebung hin zu normierteren Versuchsanordnungen mit Testpersonen stattgefunden zu haben. Die Publikationen zu Truxal und Sordinol (die in der gleichen Zeitschrift „Praxis“ erschienen), sind gleich aufgebaut. Zu Beginn wird auf bereits vorhandene Publikationen und bereits andernorts durchgeführte Tests verwiesen, dann wird auf die Testgruppe und die Versuchsanordnung eingegangen. Bei der Auswahl der Testpersonen wurde stark auf die Vergleichbarkeit geachtet, die Ergebnisse wurden zudem nach Geschlecht unterschieden. Die Wirkung der Medikamente wurde mittels einer Tabelle zusammengefasst, wobei die Stärke der Wirkung in den einzelnen Bereichen mit den Zeichen „++“, „+“ und „-“ abgestuft wurde. Eine dritte Phase, wie sie für Basel-Stadt und Zürich beschrieben wird, kann für Baselland nicht nachgewiesen werden. Dies liegt einerseits an der fehlenden Dokumentation (der Bericht über den Versuch mit YG-19-256 ist sehr knapp<sup>83</sup>) und andererseits daran, dass keine Hinweise darauf gefunden wurden, dass nach 1972 noch Medikamentenprüfungen in Liestal stattgefunden haben. Möglicherweise konnten beziehungsweise wollten Landkliniken, wie die PBL beim Übergang zu einer hochstandardisierten Forschung nicht mitziehen und überliessen das Feld den Universitätskliniken.

---

<sup>81</sup> Tschudin 1958, S. 7.

<sup>82</sup> Vgl. ebd., S. 10.

<sup>83</sup> Vgl. Roubicek, Klos, und Tschudin 1972.

Auch während der zweiten Phase mit standardisierteren Tests gab es immer noch Versuche, die mehr unter der Kategorie Therapieversuch nach *trial and error*-Verfahren verbucht werden müssen. Dass auch im Rahmen kontrollierter Studien Heilversuche stattfanden, stellten Rietmann, Germann und Condrau auch für Zürich fest.<sup>84</sup> Erika N. zum Beispiel bekam 1964 C 7245-84 verschrieben, nachdem man 14 Tage nach ihrer letzten Kur den Eindruck erhielt, sie leide unter ihrem Zustand. „Anfänglich war Pat etwas ruhiger und vor allem sauberer, d.h. sie hat nicht jeden Tag mit Stuhl geschmiert. Nachdem das Medikament auf 3x2 Tabl umgestellt wurde, ist Pat wieder etwas unruhiger, weniger ansprechbar und schmiert wieder mit Stuhl“, steht wenig später in ihrer Geschichte. Und schliesslich: „Bei Pat wurde das Versuchspräparat C 4275 abgestellt und Nozinan verordnet. Wie bei allen früheren therapeutischen Versuchen wechseln bessere Phasen mit schweren Schüben ab. Man hat den Eindruck, dass es völlig gleichgültig ist, was man ihr gibt.“<sup>85</sup> Dieser letzte Eintrag vermittelt eine gewisse Ernüchterung. Solche sogenannte therapieresistenten Patientinnen und Patienten waren oft deshalb Kandidaten für einen Medikamentenversuch, weil alles andere bereits versucht worden war.

## 6.2 Häufigkeit der Versuche

Im Rahmen unserer Pilotstudie lassen sich keine genauen Zahlen zu den in Versuchen involvierten Patientinnen und Patienten bestimmen. Trotzdem möchten wir im Folgenden versuchen, den Umfang ungefähr einzuschätzen.

Von 263 durchsuchten Krankenakten konnten 28 identifiziert werden, bei denen mindestens ein Präparat ohne Handelsnamen verabreicht worden ist. Das ergibt einen Prozentsatz von rund 10 % Patientinnen und Patienten, denen zwischen 1953 und 1980 – respektive 1972, da keine Hinweise auf Medikamentenprüfungen nach 1972 gefunden wurden – Testpräparate verschrieben wurden.

Sieht man sich hingegen nur an, wie viele Patientinnen und Patienten aus der Stichprobe in den fünf zufällig ausgewählten Stichjahren, also 1957, 1962, 1967, 1972 und 1977 Testpräparate erhielten, kommt man auf durchschnittlich lediglich rund 2 %.

Daraus schliessen wir, dass die Versuche in Baselland ungleich über die Jahre verteilt waren. Das bedeutet, dass in Jahren, in welchen grosse Versuche stattfanden, wie zum Beispiel ab 1956 mit Imipramin, vermutlich teilweise über 10 % der zu diesem Zeitpunkt stationären Patientinnen und Patienten die geprüfte Substanz erhielten. In ihrer Untersuchung der PUK Zürich schätzen Rietmann, Germann und Condrau, dass „sich der Anteil an PUK-Patientinnen und -Patienten, die in Medikamentenversuche involviert waren, im mittleren einstelligen Prozentbereich bewegt“<sup>86</sup>. Diese Schätzung dürfte auch für Baselland zutreffen. Allerdings deuten unsere Untersuchungen darauf hin, dass ab Mitte der 1970er Jahre und seit der Verschärfung der Richtlinien für Medikamentenprüfungen solche kaum noch oder gar nicht mehr in Baselland stattfanden.<sup>87</sup> Auch dies deckt sich mit den Ergebnissen aus Zürich: Die Zahl der involvierten Patientinnen und Patienten in späteren Versuchen ging stark zurück. Einerseits,

---

<sup>84</sup> Vgl. Rietmann, Germann und Condrau 2018, S. 226 ff.

<sup>85</sup> vgl. Krankenakte Nr. 2810.

<sup>86</sup> Rietmann, Germann und Condrau 2018, S. 212.

<sup>87</sup> Vgl. weiter oben S. 8ff.

weil Medikamente eher in kleineren Gruppen getestet wurden, andererseits, weil die Bereitschaft mitzumachen sank. Grössere Durchbrüche in der Forschung blieben aus, Ernüchterung stellte sich ein.<sup>88</sup>

Frauen sind als Versuchspatientinnen gegenüber Männern deutlich übervertreten. In unserem Sample finden sich mehr als doppelt so viele Frauen als Männer (19:8). Auch in den publizierten Medikamentenversuchen wurden – soweit erwähnt – deutlich mehr Frauen als Versuchspatientinnen eingesetzt. Beim Truxalversuch sind es wiederum mehr als doppelt so viele (22:10), beim Versuch mit Sordinol beträgt das Verhältnis von Frauen zu Männern rund 3:2. Dies ist nicht erstaunlich, da bereits Germann für Basel und Rietmann, Germann und Condrau für Zürich ein solches Ungleichgewicht feststellten.<sup>89</sup> In beiden Forschungsberichten wird auf frühere Forschung zur PUK Zürich verwiesen, die zeigt, dass „Frauen aufgrund geschlechtsspezifischer Rollenerwartungen und Normvorstellungen intensiver therapiert wurden“<sup>90</sup>. Dies trifft auf die PBL auch zu. In der Publikation zu Medikamentenversuchen mit Sordinol schreibt der Psychiater K. Gartner, sie hätten das Medikament bei Frauen häufiger absetzen müssen als bei Männern:

„Die Gründe hierfür liegen [...] hauptsächlich in der allgemeinen Wirkung auf Frauen, die nach unserer Meinung bedeutend empfindlicher auf das Mittel reagierten als Männer. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass wir bei unseren Patientinnen im Durchschnitt höher mit der Dosis lagen als bei Männern, so dass das vermehrte Erscheinen von Nebenwirkungen mit der Höhe der Dosis in Beziehung zu setzen ist.“<sup>91</sup>

Diese Erklärung Gartners mutet paradox an. Einerseits schreibt er (ohne näher auf die Gründe dafür einzugehen), dass die Frauen durchschnittlich mit höheren Dosen behandelt worden seien. Andererseits erklärt er, dass Frauen empfindlicher auf das Medikament reagiert hätten. Dass dies mit den höheren Dosen zusammenhängen könnte, entgeht auch ihm nicht, jedoch bringt ihn das dennoch nicht davon ab, die Reaktion der Frauen auf das Medikament, zumindest teilweise, als Ergebnis einer „weiblichen Sonderanatomie“ zu deuten. Überbleibsel dieses Konzepts aus dem 19. Jahrhundert scheinen im ärztlichen Denken noch immer präsent gewesen zu sein, obschon wissenschaftlich diskreditiert.<sup>92</sup>

In Baselland scheinen sogenannt chronische Patientinnen und Patienten bevorzugt mit neuen Präparaten behandelt worden zu sein. Damit waren sowohl Patientinnen und Patienten gemeint, die dauerhospitalisiert waren, als auch solche mit wiederholten, teilweise kürzeren Aufenthalten. Diese Tendenz lässt sich einerseits aus unserem Quellenkorpus herauslesen: Auch wenn es Patientinnen und Patienten gab, die bereits bei ihrer ersten Einweisung ein Testpräparat erhielten,<sup>93</sup> bekamen die meisten erst bei ihrem zweiten, dritten, teilweise gar erst

---

<sup>88</sup> Vgl. ebd. S. 216

<sup>89</sup> Vgl. ebd. S. 213 und Germann 2017, S. 46.

<sup>90</sup> Vgl. ebd. S. 213. Zur früheren Forschung vgl. Meier et al. 2007, S. 111f. und Meier et al. 2002.

<sup>91</sup> Gartner 1962, S. 779.

<sup>92</sup> Vgl. Honegger 1992.

<sup>93</sup> Vgl. Krankenakte Nr. 8460: eine Patientin erhielt noch im Eintrittsjahr Wy 3162.

beim elften oder zwölften Aufenthalt (noch) nicht zugelassene Substanzen. Andererseits wird dies in den publizierten Versuchen so beschrieben: Sordinol wurde hauptsächlich an „chronische Patienten mit einer langen Krankheits- und Hospitalisierungsdauer“ geprüft.<sup>94</sup> Auch beim Versuch mit Centrophenoxin bestand mindestens die Hälfte der Patientinnen und Patienten aus chronischen Fällen. Beim Truxalversuch machten chronische Patientinnen und Patienten zwei Drittel aus. Dass chronische Patientinnen und Patienten in den Versuchen übervertreten waren, lässt sich unterschiedlich erklären. Erstens wurde möglicherweise zuerst versucht Patientinnen und Patienten mit bekannten Therapiemethoden zu behandeln, bevor auf Neues zurückgegriffen wurde. Zweitens war es bei solchen Patientinnen und Patienten, bei denen bereits jeder andere Therapieversuch gescheitert war, besonders opportun, ein neues Präparat einzusetzen. In solchen Fällen handelte es sich mehr um einen Test im Sinne eines neuen Heilversuches. Drittens – und so begründete es Tschudin – kann die Wirksamkeit eines Medikamentes in solchen Fällen besonders gut überprüft werden: „Die Wirksamkeit eines Medikamentes bei chronischen Fällen ist [...] wohl eher höher zu veranschlagen, als ja mit der Dauer der Erkrankung die Therapieresistenz zunehmen dürfte.“<sup>95</sup>

Ansonsten konnten wie auch in den Untersuchungen zu Basel-Stadt und Zürich keine speziellen Muster bei der Auswahl von Patientinnen und Patienten für die Medikamentenversuche festgestellt werden.<sup>96</sup> Es zeigte sich auch nicht, dass sozial besonders vulnerable Patientinnen- und Patientengruppen gehäuft in Versuchen involviert waren. Weder wurden systematisch nur besonders junge noch besonders alte Patientinnen und Patienten berücksichtigt. Die jüngste Patientin, die eine beziehungsweise zwei Testsubstanzen erhielt, war allerdings zwölf Jahre alt. Ihre Diagnose lautete „erethische Imbezilität“. Offensichtlich galt ihr Fall als besonders schwer, da sie noch im gleichen Jahr (1972) für einen psychochirurgischen Eingriff ins Bürgerspital überwiesen wurde.<sup>97</sup> Von den 28 Patientinnen und Patienten des Samples waren 16 entmündigt worden. Das ist zwar leicht mehr als die Hälfte, der Grund dafür ist aber wohl der, dass die in den Versuchen am häufigsten vertretene Diagnose Schizophrenie (und ihre Unterformen Hebephrenie und Katatonie) besonders oft mit einem Entzug der Mündigkeit

---

<sup>94</sup> Gartner 1962, S. 775.

<sup>95</sup> Tschudin 1959, S. 4.

<sup>96</sup> Vgl. Germann 2017, S. 46 und Rietmann, Germann und Condrau 2018, S. 236–238.

<sup>97</sup> Vgl. Krankenakte Nr. 9738. Die psychochirurgischen Eingriffe, die an der Patientin vorgenommen wurden (eine stereotaktische Amygdalotomie links (am 9.6.1972) und rechts (am 26.3.1973) und schliesslich eine rechtsseitige Hypothalamotomie (am 14.12.1973)) sind typisch für die zweite Phase der Psychochirurgie ab den 1970er Jahren, die mir präziseren, selektiveren Techniken arbeitete und anderen Indikationsstellungen folgte. Vgl. dazu Meier 2015, S. 11 und 261. Nach der ersten Operation gab es Komplikationen: Die Patientin hatte einen Infekt und anschliessend einen Hirnprolaps. Nach der dritten Operation trat eine linksseitige Hämiparese auf, die linke Hand der Patientin war gelähmt und das Gehen bereitete ihr Schwierigkeiten. Wie in der Krankengeschichte festgehalten wird, war der Vater der Patientin unzufrieden: Niemand habe ihm gesagt, dass die Operation ein solches Risiko berge. Er fürchte, dass die Patientin nach dieser oder nach der nächsten geplanten Operation (eine linksseitige Hypothalamotomie) zum «Krüppel» werden könne. Die Eltern willigten für weitere Operationen nicht ein. In einer Zusammenfassung ihrer Krankengeschichte von 1982 äussert sich der Verfasser oder die Verfasserin bedauernd über die vergangenen Entwicklungen: Die Verzweiflung der Eltern und der Klinik sei gross gewesen, als die Operationen beschlossen worden seien. Medikamente hätten bei der teils gewalttätigen Patientin damals nicht gewirkt. Fraglich sei, ob die Patientin vor den Operationen an epileptischen Anfällen gelitten habe, welche nicht behandelt oder abgeklärt wurden.

einherging. Im Anschluss an Rietmann, Germann und Condrau ist grundsätzlich festzuhalten, dass „Psychiatriepatientinnen und -patienten an sich schon als eine vulnerable Personengruppe betrachtet werden müssen. Aufgrund ihres Status wurde ihnen eine eingeschränkte Autonomie- und Einwilligungsfähigkeit zuerkannt. Verstärkt wurde diese Vulnerabilität durch eine zwangsweise Hospitalisierung sowie ein grosses Machtgefälle in der Arzt-Patienten-Beziehung.“<sup>98</sup>

Ausser der Schizophrenie kommen in unserem Sample noch folgende Diagnosen je einmal vor: Psychopathie, Imbezillität, Senile Depression, Pick'sche Krankheit, Idiotie, Genuine Epilepsie, arterioskleriotische Demenz, arterioskleriotische Depression und Alkohol Korsakow. Insofern ist die Annahme, die den Studien für Zürich und Basel-Stadt vorangeht, richtig, dass eine Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis die Wahrscheinlichkeit erhöht, eine Testsubstanz zu erhalten. Allerdings zeigt sich auch, dass durchaus auch bei anderen Diagnosen Versuche mit neuen Substanzen gemacht wurden. Der Einsatz gewisser Testsubstanzen wie zum Beispiel Sandoz YG 19-256 hätten ohne die Berücksichtigung sämtlicher Diagnosen nicht nachgewiesen werden können. Ob es sich für künftige Studien anbietet, nur nach einzelnen Diagnosen zu suchen, hängt also vom Erkenntnisinteresse ab. Möchte man einen möglichst breiten Überblick über alle getesteten Substanzen, ist es unerlässlich, die Untersuchung nicht nach Diagnosen einzuschränken.

### 6.3 „Informed Consent“ oder Zwangsmassnahme?

Am 21. Oktober 1946 wandte sich Dr. O. Briner aus Solothurn im Namen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie an Dr. Stutz. Die Gesellschaft sei der Meinung, es müsse in kantonalen Heil- und Pflegeanstalten eine einheitliche Zustimmungserklärung für somatische Kuren verwendet werden, ebenso wie dies die Arbeitsgemeinschaft für psychiatrische Privatanstalten durchgesetzt habe. Dr. Stutz möge doch rückmelden, ob er damit einverstanden sei. Dem Brief beigelegt ist ein Merkblatt der Arbeitsgemeinschaft „über Moderne Heilverfahren bei Gemüts- und Nervenkrankheiten“. Die Erklärung informiert über diverse Kuren: Elektroschock, Insulin-Cardiazol, Schlaf- und Fieberkuren. Diese Methoden seien meist erfolgreich und ermöglichten es vielen Patientinnen und Patienten wieder in ihre Familien zurückzukehren. „Diese bedeutungsvolle und erfreuliche Tatsache rechtfertigt es, die genannten Kuren durchzuführen, obwohl damit – ähnlich wie bekanntlich bei chirurgischen Eingriffen – auch bei sorgfältigster Durchführung ein gewisses Risiko verbunden ist“, lautet die Erklärung weiter. Danach werden mögliche Komplikationen aufgezählt. Zum Schluss wird darum gebeten, ein verantwortlicher Vertreter des Patienten möge mittels seiner Unterschrift seine Einwilligung zur „Durchführung der vom Anstaltsarzt vorgesehenen Kuren“ bestätigen.<sup>99</sup>

Einerseits zeigen die Schreiben der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und das Merkblatt der Arbeitsgemeinschaft für psychiatrische Privatanstalten, dass die Aufklärung der Patientinnen und Patienten respektive ihrer Vertreterinnen oder Vertreter für notwendig gehalten wurde. Andererseits war die Einverständniserklärung eine Art Rundpaket, in dem die Unterzeichnenden letztlich ihre Einwilligung dafür gaben, dass der Arzt oder die Ärztin frei

---

<sup>98</sup> Rietmann, Germann und Condrau, S. 236.

<sup>99</sup> Vgl. A. 04.02.

über die Therapie entscheiden durfte.<sup>100</sup> Es ist uns nicht bekannt, ob eine solche Einverständniserklärung auch am Hasenbühl eingeführt wurde. Zumindest wurden in den Akten keine solchen gefunden. Was es allerdings gab, waren sogenannte Freiwilligenscheine. Diese wurden von Patientinnen und Patienten unterzeichnet, die sich selbst freiwillig in die Klinik einwiesen. Auf dem Schein wird ein Einverständnis dafür gegeben, „alle Anordnungen der Klinikleitung zu befolgen“.<sup>101</sup> Auch an der UPK Basel wurden solche Scheine ausgefüllt. Wie Germann feststellt, gingen „allem Anschein nach [...] viele Schweizer Psychiater bis in die 1970er-Jahre davon aus, dass eine rechtsgültige Einweisung in die Klinik grundsätzlich die Berechtigung zur Anwendung von therapeutischen Massnahmen mit einschloss“<sup>102</sup>.

Bewilligungsformulare oder sonstige Hinweise darauf, dass vor der Verabreichung eines (noch) nicht zugelassenen Präparates die Zustimmung der Patientin oder des Patienten respektive deren oder dessen Angehörigen eingeholt wurde, konnten weder in den Krankenakten noch im Direktionsarchiv gefunden werden. Dies trifft auch auf Therapien mit Standardmedikamenten zu. Es kann natürlich trotzdem sein, dass Scheine unterzeichnet werden mussten und diese lediglich nicht archiviert wurden. Oder es kann sein, dass die Einwilligungen zu medikamentösen Therapien mündlich eingeholt wurden.<sup>103</sup> Allerdings gehen wir auch aufgrund der vergleichbaren Aktenlage in Basel-Stadt, Zürich und Münsterlingen eher davon aus, dass das Einholen einer formellen Einwilligung nicht zur damaligen Praxis gehörte.<sup>104</sup> Dass hingegen Einverständniserklärungen für Elektrokuren oder psychochirurgische Eingriffe vorhanden sind, kann damit erklärt werden, dass diese Kuren als irreversible Eingriffe gesehen wurden, während dies bei Medikamenten nicht der Fall war.<sup>105</sup> Wie Rietmann, Germann und Condrau feststellen: „Die Behandlung mit Medikamenten galt als vergleichsweise risikoarme Routinetherapie.“<sup>106</sup> Auch gehörten Beruhigungsmittel schon seit langem zur Standardtherapie, so dass die neuen Psychopharmaka möglicherweise nicht als etwas kategorisch anderes gesehen wurden.

---

<sup>100</sup> Vgl. zu solchen Erklärungen auch Gawlich 2018, S. 246.

<sup>101</sup> Vgl. z.B. Krankenakte Nr. 4129.

<sup>102</sup> Germann 2017, S. 52. Vgl. dazu auch Rietmann, Germann und Condrau, S. 245f.

<sup>103</sup> Vgl. dazu Germann 2017, S. 49.

<sup>104</sup> Vgl. dazu auch Germann 2017, S. 51: „Zwar ist es plausibel, dass ab einem gewissen Zeitpunkt bei bestimmten Forschungsuntersuchungen spezielle Einwilligungserklärungen eingeholt und separat abgelegt wurden. Deutlich wird aber auch, dass in Bezug auf die Krankenakten die doppelte Dokumentationspflicht der SAMW-Richtlinien von 1970 nur teilweise umgesetzt wurde.“ Eine Publikation der UPK thematisiert Ende der 1970er Jahre zum ersten Mal das Konzept von „informed consent“, vgl. ebd. S. 49. Zu Münsterlingen vgl. Tornay 2016, S. 143. Zu Zürich vgl. Rietmann, Germann und Condrau 2018, S. 230. In Zürich finden sich ab den 1980er Jahren Einverständniserklärungen für die Teilnahme an Studien in Form eines Stempels, vgl. ebd. S. 233.

<sup>105</sup> Vgl. A.04.02 für ein Beispiel eines Formulars für die Einverständniserklärung zu einer Gehirnoperation. Darin enthalten ist auch ein Brief von Manfred Bleuler mit der Anweisung, Patientinnen, Patienten und Angehörige seien über die Risiken einer Operation aufzuklären. „Ich bitte sie herzlich, dies nicht als unnötige bürokratische Massnahme ansehen zu wollen; sie entspringt sehr schwierigen Erfahrungen, namentlich auch in unserer Stellung den Angehörigen gegenüber, deren Patient an der Operation gestorben ist.“

<sup>106</sup> Rietmann, Germann und Condrau 2018, S. 233.

Es gibt allerdings eine Quelle, die einen anderen Aspekt der Einwilligung zur Therapie beleuchtet. 1954 wurden einer Patientin respektive ihrer Tochter fälschlicherweise mehr als doppelt so viele Largactil-Tabletten in Rechnung gestellt, als diese bekommen habe. Die Tochter der Patientin beklagte sich daraufhin: „Ärzte hätten die Pflicht, auf derartig kostspielige Kuren vor ihrem Beginn aufmerksam zu machen.“ Als sich die Buchhaltung wenig später für den Fehler entschuldigte, schrieb sie, man habe es leider unterlassen, „Sie in Kenntnis zu setzen, dass man dieses Medikament verabreicht und dass es separat in Rechnung gestellt wird“. Da offenbar zumindest in der Anfangszeit Medikamente den Patientinnen und Patienten separat in Rechnung gestellt wurden, war die vorherige Aufklärung der Patientinnen, Patienten und Angehörigen auch eine finanzielle Frage.<sup>107</sup>

### **Mitsprachemöglichkeiten im Klinikalltag**

Wenn es so aussieht, dass Patientinnen und Patienten bei der Therapie formell keine Mitsprachemöglichkeiten oder kein Mitspracherecht hatten, bleibt die Frage, wie dies in der Praxis aussah. Inwiefern konnten Patientinnen, Patienten und deren Angehörige Wünsche äussern und auf die Therapie Einfluss nehmen?

Wie Rietmann, Germann und Condrau konstatieren, war die Beziehung zwischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Patientinnen und Patienten bis in die 1970er Jahre stark hierarchisch und paternalistisch.<sup>108</sup> Patientinnen-, Patienten- und Angehörigenorganisationen wurden erst ab den 1970er Jahren gegründet. Das Konzept von „informed consent“ gewann in der Schweiz auch erst in diesem Zeitraum an Bedeutung. Dass dieses Machtgefälle nicht nur durch die Ärzte und Ärztinnen aufrechterhalten wurde, zeigt die folgende Korrespondenz. Ein Vormund schrieb seinem in der Psychiatrie Baselland internierten Mündel 1954 wohl als Antwort auf den Hinweis, dass dieser Largactil gespritzt bekäme: „Dass Sie immer noch Spritzen bekommen, dazu habe ich nichts zu sagen. Das ist ausschliesslich eine Angelegenheit der ärztlichen Anstaltsleitung und der Assistenzärzte. So viel mir bekannt ist, sind die Medikamente, die gespritzt werden, sehr teuer und deshalb darf man ohne weiteres annehmen, dass solche Spritzen nicht verabfolgt werden, wenn sie nicht dringend nötig und für die weitere Heilung des Patienten unerlässlich sind.“<sup>109</sup> Die Entscheidung der Ärztinnen und Ärzte wurde nicht angezweifelt, denn man ging davon aus, dass sie schon wüssten, was sie taten.

Inwiefern Patientinnen und Patienten eine Kur verweigern (ohne dass diese zwangsweise fortgesetzt wurde) oder auf ihre Medikation Einfluss nehmen konnten, dazu liessen sich in den Quellen lediglich Spuren finden.

Bei Peter M. wurde im Rahmen einer Largactilkur 1954 für den vierten Behandlungstag auf dem Kurlblatt vermerkt: „Will die Kur nicht mehr weiter machen[,] weil er sich gesund und

---

<sup>107</sup> Die finanzgeschichtliche Frage, weshalb der Patientin die Medikamente separat verrechnet wurden und inwiefern die Krankenkasse für Psychopharmaka aufkam, muss an dieser Stelle offen bleiben, da sie den Rahmen dieser Untersuchung sprengt.

<sup>108</sup> Vgl. ebd. S. 236.

<sup>109</sup> Krankenakte Nr. 4078.

stark fühlte.“<sup>110</sup> Allerdings wurde die Kur fortgesetzt. Rund ein Monat später wurde die Kur dann allerdings laut Krankengeschichte unterbrochen, weil M. „über sehr starke Schmerzen in den Beinen klagt und der Puls sehr schnell, d.h. Frequenz 130, geworden ist“<sup>111</sup>. Die Kur sollte zehn Tage später wieder aufgenommen werden. M. sagte allerdings, man solle mit der Kur aufhören, da er seine Wahnideen überwunden habe. Dies wurde für Dissimulation gehalten. Als M. daraufhin einen Suizid mit Grundlack versuchte, wurde ihm eine Insulinkur verschrieben. Ein zwingender Grund für das Absetzen eines Medikamentes waren also körperliche Beschwerden und Nebenwirkungen, wie auch eine handgeschriebene Notiz in der Akte von Helga M. zeigt: „Seit 6.6.55 täglich 2x ½ Amp Serpasil, vorher NP0 Sandoz, wegen kleinem Leberschaden damit aufgehört.“<sup>112</sup> Persönliches Empfinden reichte als Grund jedoch nicht unbedingt aus. Dies zeigt auch das Beispiel von Lisette B.: Sie wehrte sich anscheinend mit ganzem Körpereinsatz gegen die erste Gabe einer Taractankur und ging sogar so weit, sich mit einem zerrissenen Leintuch zu strangulieren. Die Kur wurde dennoch fortgesetzt.<sup>113</sup> Gesundheitliche Folgen im Sinn der ärztlichen Fürsorgepflicht wurden also berücksichtigt, die Autonomie der Patientinnen und Patienten hingegen nicht.

Einen Hinweis darauf, dass Patientinnen und Patienten zumindest gelegentlich nach ihrer Meinung zu einer bestimmten Kur gefragt wurden, gibt die Akte von Rita S.<sup>114</sup> Bei der ersten Gabe von G 33040 wurde auf dem Kurlblatt vermerkt: „Pat. ist zufrieden, sagt, sie wisse nicht, was sie zu der Kur sagen soll, sie habe Angst vor den Spritzen.“ Am siebten Kurtag steht dann: „Pat. fürchtet sich vor den Spritzen, möchte aber gleichwohl eine Kur.“ Dass eine Mitbestimmung der Patientinnen und Patienten bei der Medikamentenvergabe aber nicht grundsätzlich vorgesehen war, deutet eine Bemerkung in der Krankengeschichte von Dorothee D. an. 1964 ist vermerkt: „Sie reklamiert nur, wenn ihre Medikamente geändert werden oder sich sonst etwas Ungewohntes ergibt.“<sup>115</sup> Die Formulierung legt nahe, dass D. nicht in die Entscheidung über einen Wechsel der Medikation einbezogen wurde.

Positive Reaktionen einer Patientin auf ihre Medikation wurden von den Ärztinnen und Ärzten durchaus als Bestärkung wahrgenommen. In der Publikation zu den Tofranilprüfungen wird erwähnt, dass eine Patientin zwar nicht vor Rückfällen gefeit war, aber aufgrund der für sie so positiven Wirkung des Tofranils immer wieder freiwillig und schnell in die Klinik zurückkehrte, sobald es ihr schlechter ging. Dies sei eine deutliche Verbesserung, da sie „früher vor der Elektrobehandlung doch zunehmend zurückschreckte [...]“. „Das Schwinden der Depression konnte nicht nur objektiv eindeutig beobachtet werden, sondern wurde auch subjektiv von den Patientinnen registriert und als angenehm empfunden“,<sup>116</sup> lautete das zufriedene Fazit. Interessanterweise bildete der Kontrast von Tofranil zum Elektroschock auch die spätere Werbestrategie von Geigy. In ihren Broschüren stellte die Firma etwa ein

---

<sup>110</sup> Krankenakte Nr. 4129.

<sup>111</sup> Ebd.

<sup>112</sup> Vgl. Krankenakte Nr. 5062.

<sup>113</sup> Vgl. Krankenakte Nr. 5420.

<sup>114</sup> Vgl. Krankenakte Nr. 2779.

<sup>115</sup> Vgl. Krankenakte Nr. 2775.

<sup>116</sup> Tschudin 1958, S. 13.

Elektroschock-Gerät einer Pillenpackung gegenüber.<sup>117</sup> Auch dem Wunsch von Nicole H., die sehr positiv auf Tofranil reagierte, erneut Spritzen zu bekommen, nachdem ihre Kur vollständig auf Tabletten umgestellt worden war, wurde gern entsprochen.<sup>118</sup>

#### 6.4. Umgang mit Nebenwirkungen

Abgebrochen wurden Kuren meist, weil sie keine oder keine genügende Wirkung zeigten. Bei Hildegard K. wurde 1955 über die Kur mit G22150 berichtet: „Abgebrochen, da kein Effekt und Pat. ein eher ‘stammhirngefärbtes’ Zustandsbild zeigt. Sitzt mit offenem Munde speichelnd, steif da, spricht nichts, isst nur unter Drängen.“<sup>119</sup> Allerdings wurde die fehlende Wirkung jeweils von den Ärztinnen und Ärzten konstatiert. Als sich Ella T. am sechsten Kurtag darüber beschwerte, die Kur mit dem Neuroplegicum Geigy wirke bei ihr nicht, wurde die Kur dennoch fortgesetzt.<sup>120</sup>

Auch bei unerwünschten psychischen Nebenwirkungen wurden Kuren mit Versuchspräparaten abgebrochen. Insbesondere waren starke Erregtheit oder übermässige Abgeschlagenheit Gründe für den Abbruch. Über Patricia G. steht in der Krankengeschichte: „Nachdem sie mit Largactil gut eingestellt war und ausser dem Haarausreissen keine schlechten Angewohnheiten zeigte, wurde versuchsweise das Versuchspräparat C 7245 gegeben. Pat. hat darauf mit Unruhe reagiert, sie wälzte sich auf dem Boden, kratzte sich die Stirn auf und zeigte heftigen Bewegungsdrang. Präp. wird abgestellt und nach zwei Tagen Pause wieder Largactil gegeben.“<sup>121</sup>

Wie schwierig es ist, die Frage der Mitsprache von Patientinnen und Patienten anhand der Quellen zu beantworten, zeigt das Beispiel des Sordinol-Versuchs. Das Medikament musste bei vielen Patientinnen abgesetzt werden. Ursache für das Absetzen war meist „Müdigkeit, Schlappeheit und Antriebslosigkeit“. Der Autor der Studie, Assistenzarzt K. Gartner, schildert die Situation wie folgt: „Die Patientinnen waren sehr verlangsamt, z.T. schwach und hilflos und sahen bleich und elend aus. Sie konstatierten diesen Zustand auch fast alle und weigerten sich dann, das Medikament weiter zu nehmen. Im allgemeinen verzichteten wir darauf, den Patientinnen das Mittel weiterhin gegen ihren Widerstand zu geben, und kehrten zur alten Medikation zurück, auch wenn wir festgestellt hatten, dass der psychische Zustand unter N 746 eine Besserung erfahren hatte. Wir stellten dann den besseren Rapport bei verständnisvollem Eingehen auf die Wünsche der Patientinnen in Rechnung.“ Zuerst sagt Gartner, das Medikament hätte aufgrund von unerwünschten, objektiv feststellbaren physischen Nebenwirkungen abgesetzt werden müssen. Dann sagt er, die Patientinnen hätten die Einnahme aufgrund dieser Nebenwirkungen verweigert. Und schliesslich erklärt er, man habe sich zur Erhaltung des guten Rapports dazu entschieden auf die „Wünsche“ der Patientinnen einzugehen

---

<sup>117</sup> Vgl. Werbebroschüre J.R. Geigy, 5. März 1969, abgebildet in: Tornay 2016, S. 135.

<sup>118</sup> Vgl. Krankenakte Nr. 932.

<sup>119</sup> Krankenakte Nr. 2781. Vgl. auch Krankenakte Nr. 2934 einer Patientin deren Behandlung mit C 7245 abgebrochen wurde, oder Krankenakte Nr. 2783, eines Patienten bei dem das 'Neuroplegicum Geigy' keine Wirkung zeigte.

<sup>120</sup> Vgl. Krankenakte Nr. 4263.

<sup>121</sup> Vgl. Krankenakte Nr. 6673.

und daher darauf verzichtet, das Präparat „gegen ihren Widerstand“ weiter zu verabreichen. Wurde die Weigerung der Patientinnen ernst genommen oder nur deswegen als Argument angeführt, weil der Arzt ohnehin schon zum Absetzen der Medikation tendiert hatte? In welchen Situationen wurde Zwang einem guten Rapport vorgezogen?<sup>122</sup>

Auch war es wohl aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte nicht immer einfach, den Willen der Patienten und Patientinnen zu interpretieren. Dies zeigt sich am Beispiel der Patientin Anna H. Die Patientin war gegen ihren Willen in der Klinik und ersuchte durch Briefe immer wieder Behörden um Entlassung.<sup>123</sup> Im März 1959 schrieb sie an ihre Mutter: „Ich lass mir von den Schwestern da eine Kur aufbinden. Es ist mir oft, sie wäre lieber unterblieben. Es meint es keine gut mit mir. Sowas spüre ich schon lange. Die guten Spritzen kriegen die anderen und ich vielleicht Spritzen, oder Schmierseife als Butter. Es geschehen Dinge, da gibt es keine Worte.“<sup>124</sup> Ihre Formulierung zeigt deutlich ihre Abneigung gegen die Kur, sie wurde ihr „aufgebunden“. Allerdings klagt sie auch, dass andere Patientinnen bessere Spritzen bekämen, was wiederum auf eine grundsätzliche Aufgeschlossenheit gegenüber einer psychopharmakologischen Behandlung hindeutet. Diese Ambivalenz – Verweigerung von Tabletten, aber Klagen darüber, dass andere bessere, neuere, wirksamere Medikamente bekämen – zieht sich durch ihre Krankengeschichte durch. Ihr Beispiel zeigt aber auch, dass es grundsätzlich schwierig ist, innerhalb des Settings einer psychiatrischen Klinik über Freiwilligkeit und Mitsprache von Patientinnen und Patienten bei ihrer Behandlung zu urteilen. Wie Rietmann, Germann und Condrau bereits feststellten, erfolgte „die Abgabe von Medikamenten in der geschlossenen Psychiatrie im Untersuchungszeitraum generell – und nicht nur bezogen auf Versuchspräparate – unter stark asymmetrischen Bedingungen [...]. Mehr oder weniger starke Zwangsmomente dürfen eher die Regel als die Ausnahme gewesen sein.“<sup>125</sup> Da die Patientin ohnehin nicht freiwillig in der Klinik war, ist es fragwürdig, inwiefern ihr Einverständnis zu einer Therapie überhaupt je frei von Zwang gewesen wäre. Ihre Formulierung, die Kur werde ihr „aufgebunden“ zeigt genau diese Ambiguität: Die Patientin hat die Kur nicht direkt verweigert, aber ihr auch nicht überzeugt zugestimmt.

## 6.5. Die Rolle der Industrie

Wie bereits erwähnt liessen sich keine Korrespondenzen der Psychiatrie Baselland mit der Basler chemischen Industrie finden, in welchen Bezug auf geplante oder laufende

---

<sup>122</sup> Vgl. Gartner 1962, S. 776. Interessant sind die von Gartner geschilderten Vorkommnisse auch aus einer Geschlechterperspektive. Bei den beiden Männern, welche die Kur ebenfalls verweigerten, wird nicht auf den Rapport eingegangen. Es ist offensichtlich, dass das Geschlecht der Testpersonen die Beurteilung der Wirkung eines Präparats und die zu verabreichende Dosis beeinflussten. Das zeigt sich nicht zuletzt an Formulierungen wie dieser, in der auf die äusserliche Attraktivität der Patientinnen Bezug genommen wird: „Das vermehrte Speicheln – bei den Männern beobachteten wir es nur in einem Fall – war zwar keine gefährliche, aber etwas unangenehme Nebenwirkung, die unsere Patientinnen ziemlich unappetitlich werden liess.“ (vgl. ebd.)

<sup>123</sup> Vgl. Krankenakte 2579. Diese Briefe wurden offenbar zurückbehalten und in die Akte gelegt.

<sup>124</sup> Ebd.

<sup>125</sup> Rietmann, Germann und Condrau 2018, S. 230f.

Kooperationen genommen wird. Nur im Fall von Tofranil ist bekannt, dass die Klinik von Geigy Gratismedikamente erhielt. Allerdings ist davon auszugehen, dass dies auch bei anderen Versuchen der Fall gewesen sein muss. Ganz sicher in jenen Fällen, in denen die Medikamente gar nie auf den Markt kamen.

Die neuen Psychopharmaka waren teuer und dies war in Liestal immer wieder ein Thema. Während im 1967 verfassten Leitbild für 1968/1984 noch gelobt wurde, dass die teuren Psychopharmaka gut eingesetzt werden konnten, da das Budget für Medikamente nicht eingeschränkt sei,<sup>126</sup> musste sich Tschudin 1973 gegenüber dem Direktionssekretär der Kantonalen Sanitätsdirektion Baselland für „die doch gelegentlich überdimensionierten Medikamentenkosten“ rechtfertigen: „Die Kostenexplosion liess sich durch die enorme Therapie-Erweiterung der letzten Dezennien, die kostenmässig durch die damit bewirkten verkürzten Spitalaufenthalte leider noch nicht wettgemacht werden konnten, nicht vermeiden, entspricht aber einem unbedingt nötigen Nachholbedarf und dem Bestreben, aus unsern früheren ‚Anstalten‘ moderne ‚Kliniken‘ zu gestalten.“<sup>127</sup> Auch in der Chefärztekonzferenz wurde im gleichen Jahr die Zunahme der Gesamtkosten für verschriebene Medikamente diskutiert.<sup>128</sup> Die Gesamtkosten für das Jahr 1972 beliefen sich auf 1'213'545.65 CHF gegenüber 727'705.40 CHF noch 1967. Somit wurde, wie im Protokoll vom 16.1.1973 festgehalten wurde, beschlossen, dass Ärzte dazu angehalten werden sollten, Medikamente aus dem Fundus zu verschreiben, da die neuen Medikamente oftmals nicht besser seien und die alten sonst nicht aufgebraucht würden.

Diese Klagen über die Medikamentenkosten können auf zwei Arten interpretiert werden. Einerseits konnte es angesichts des Rechtfertigungsdrucks für die hohen Ausgaben für Psychopharmaka attraktiv sein, sich an Versuchen zu beteiligen, bei denen Gratismedikamente abgegeben werden konnten.<sup>129</sup> Andererseits spricht die Tatsache, dass die Kosten ein derartiges Problem darstellten, eher dafür, dass die Klinik nicht in grossem Masse von der Pharmaindustrie profitierte.

Dass die PBL gelegentlich Angebote für eine Kooperation oder kleine Geschenke von Pharmafirmen erhielt, ist jedoch unbestritten. So stellte beispielsweise Hoffmann-La Roche 1971 ein Verfahren zur Auswertung eines psychologischen Tests (MMPI) teilweise gratis zur Verfügung.<sup>130</sup> Von der Firma Wander bekam die Klinik ein Angebot für kostenlose Entumin-Muster.<sup>131</sup> Die wissenschaftliche Abteilung von Spécia bat in einem Schreiben um die Adressen sämtlicher Ärzte und Ärztinnen. Sandoz offerierte der Klinik ein Gartenschach und Hoffmann-La Roche lud regelmässig zu Betriebsbesichtigungen ein.<sup>132</sup> Es konnten aber keine Hinweise

---

<sup>126</sup> Vgl. Leitbild 1968/1984 vom 7.11.1967, A 34.03.04

<sup>127</sup> Vgl. Brief von Arnold Tschudin vom 11. Mai 1973, A 34.03.04

<sup>128</sup> Vgl. Chefärztekonzferenz vom 12.1.1973, A.34.01.01. Dies betraf allerdings die Medikamente an allen kantonalen Spitälern.

<sup>129</sup> So deutet Tornay die Situation für Münsterlingen, vgl. Tornay 2016, S. 131.

<sup>130</sup> Vgl. A.04.04.

<sup>131</sup> Vgl. A.06.02.

<sup>132</sup> Vgl. A.34.0405.

dafür gefunden werden, dass die Pharmaindustrie für die Finanzierung von Stellen oder Grossprojekten aufgekommen wäre. Aber selbst an der PUK Zürich, wo solche Zahlungen festgestellt werden konnten, wurde von Rietmann, Germann und Condrau eingeräumt, dass die Zuschüsse der Pharmaindustrie gemessen am Gesamtetat der PUK eher bescheiden waren und darüber hinaus immer geringer wurden.<sup>133</sup> Die Attraktivität der Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie dürfte in Liestal, gleich wie in Zürich eher darin gelegen haben, dass die Ärzte und Ärztinnen „zusätzliche Handlungsspielräume“ erhielten und in „ihrem Selbstbild als innovative Wissenschaftler“ bestärkt wurden.<sup>134</sup>

## 7. Fazit

Unsere Studie ergibt als zentrales Ergebnis, dass auch an der Psychiatrie Baselland während unseres Untersuchungszeitraums immer wieder Medikamentenversuche in den Akten nachweisbar sind. Erst ab den frühen 1970er Jahren verlieren sich die Spuren in den Krankenakten, wobei aufgrund der kleinen Stichprobe und der lückenhaften Dokumentation im Verwaltungsbereich nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dass es auch während der 1970er Jahre noch zu vereinzelt Versuchen kam. Der genaue Umfang dieser Versuche lässt sich nur grob schätzen. Analog zur Fallstudie Zürichs ergibt sich ein niedriger einstelliger Prozentbereich als ungefähre Aussage. Allerdings stieg die Wahrscheinlichkeit, mit einem Forschungsmedikament behandelt zu werden mit der Aufenthaltsdauer an. Das deutet darauf hin, dass Forschungsmedikamente eher bei therapieresistenten Patientinnen und Patienten zum Einsatz gekommen sein dürften. Was dann allerdings „therapieresistent“ genau heisst, wäre in einer längeren Studie erst noch zu überprüfen. Unklar geblieben ist für uns die grosse Frage der Kostenübernahme, zumal die Aktenlage aus dem Verwaltungs- beziehungsweise Direktionsbereich der PBL nicht besonders günstig ist. Unsere Studie deutet auf die Lieferung kostenloser Medikamente hin, verweist aber auch darauf, dass die Frage der Kosten respektive der Preisgestaltung der schliesslich zugelassenen Medikamente ein bedeutendes Problem war. Ein weiteres Antriebsmotiv für die Durchführung von Versuchen dürfte in der grundsätzlichen Haltung der behandelnden Psychiater zum Einsatz von Medikamenten liegen. Die ersten Jahre waren an der PBL – wie anderswo auch – von einer grossen Euphorie geprägt. Die Fachdisziplin der Psychiatrie konnte mit Hilfe der Medikamente endlich Anschluss an andere medizinische Disziplinen finden – im wissenschaftlichen ebenso wie im therapeutischen Bereich. Eine wesentliche Frage bei der Einschätzung der psychopharmakologischen Wende dürfte in der Vorperiode liegen: Welche Behandlungen wurden nicht mehr vorgenommen, weil Medikamente eingesetzt werden konnten?<sup>135</sup> Leider müssen wir auch hier auf eine mögliche Fortsetzungsstudie verweisen.

---

<sup>133</sup> Vgl. Rietmann, Germann und Condrau, S. 244.

<sup>134</sup> Ebd.

<sup>135</sup> Ott (2017) schreibt auf S. 92, dass ab 1953 keine Leukotomien an der PBL durchgeführt wurden. Allerdings ist aus den Krankenakten ersichtlich, dass Patientinnen und Patienten für psychochirurgische Eingriffe häufig in andere Anstalten, etwa ins Kantonsspital oder in die PUK Zürich überwiesen wurden. Insofern kann nicht mit Sicherheit gesagt werden, dass nach 1953 keine psychochirurgischen Eingriffe mehr an Patientinnen und Patienten der PBL durchgeführt wurden, wie auch das bereits in Fussnote 97 zitierte Beispiel einer Patientin zeigt (vgl. Krankenakte Nr. 9738).

Aus unserer Sicht könnte eine weitergehende Studie im Kontext einer nationalen Forschungsstrategie zur Geschichte von Medikamentenprüfungen in der Medizin erfolgen. Leider bleibt die Geschichte der Medikamentenforschung und der therapeutischen Verschiebungen in der Schweizer Medizin seit dem Zweiten Weltkrieg weitgehend noch ein Desiderat der Forschung. Auch international wurde bisher wenig über die medizinischen Spezialdisziplinen vergleichend gearbeitet, so dass die Frage offen bleibt, ob sich die Psychiatrie als Spezialfall oder als mehr oder weniger typischer Fall innerhalb der Medizin präsentierte.<sup>136</sup> Im Fall der Psychiatriegeschichte empfehlen wir hingegen, den Schwerpunkt auf alle in einer bestimmten Klinik durchgeführten Therapieanstrengungen zu legen. Im Rahmen einer solchen differenzierten Entwicklungsgeschichte der psychiatrischen Therapieformen für den Zeitraum zwischen 1940 und 1980 lässt sich einschätzen, welche Bedeutung Psychopharmaka für die Psychiatrie haben. Wann wurde welche Therapieform bevorzugt und wie wurden sie miteinander kombiniert? Lösten psychoaktive Substanzen tatsächlich die Hirnchirurgie ab oder handelt es sich lediglich um Verschiebungen? Wie entwickelte sich zum Beispiel die Elektrokrampftherapie im Verhältnis zu den anderen Therapieformen? Und ab wann wurden für welche Therapieformen Zustimmungsregelungen eingeführt? Wie ist das Verhältnis zwischen der Praxis im Klinikalltag und den Therapieformen, zu denen publiziert wurde? Solche Fragen könnten gut anhand eines Quellenbestandes wie dem der PBL untersucht werden, da sämtliche Therapieformen in den Krankenakten protokolliert sind.

Aus historischer Sicht ist es nicht ratsam, die Praxis der Akteure im Untersuchungszeitraum von 1950 bis 1980 an heutigen Massstäben zu messen.<sup>137</sup> Während unseres Untersuchungszeitraums waren Medikamentenversuche in Schweizer Psychiatrischen Kliniken an der Tagesordnung. Die PBL stellte hierbei keine Ausnahme dar. Aufgrund unserer Untersuchungen vermuten wir jedoch, dass die PBL im Vergleich zu anderen Kliniken der Deutschschweiz ein eher unbedeutender Fall war. Die grossen Forschungsleistungen wurden anderswo erbracht. Ebenso wichtig ist uns die Feststellung, dass der Begriff der Forschung sowie die Frage der Zulassung eines Medikaments einem gewaltigen historischen Wandel unterlagen. Erst seit der zweiten Hälfte der 1970er Jahre wurden in der Schweiz offenbar ziemlich flächendeckend rechtliche und ethische Grundlagen für Forschungen am Menschen geschaffen. Das ist nicht besonders aussergewöhnlich, weil die Entwicklung in der Schweiz damit wohl mitten in der europäischen gelegen haben dürfte.

---

<sup>136</sup> Vgl. dazu Greene, et.al., 2016.

<sup>137</sup> Vgl. dazu auch Germann 2017, S. 49.

## 8. Anhang

**Tabelle 1: Medikamentenversuche an der PBL**

Jahr	Handelsname	Substanz	Laborkürzel
1953	Largactil	Chlorpromazin	
1955	Serpasil	Reserpin	
1955		Ridazin	Sandoz NP0 (vermutlich = NP207)
1955		Iminodibenzyl-Derivat	Geigy G 22150
1956–1958	Tofranil	Imipramin	Geigy G 22355
1959	Truxal	Chlorprothixen	
1961	Insidon	Opipramol	Geigy G 33040
1962	Sordinol	Clopenthixol	N 756
1964	Tacitin	Benzoctamin	Ciba 30 803-Ba
1964–1965			Cilag C 7245–84
1966			Roche Ro 4-96
1966	Centrophenoxin	Meclofenoxat	
1967			Wy 3162
1970		Ketimipramin	Geigy G 35259
1971			YF 181
1972			YG 110
1972		4-(1,3,4,9b-tetrahydro-5-methyl-2H-indeno(1,2-c)-pyridyl-2)-butanone	Sandoz YG 19-256

## 9. Bibliographie und Quellenverzeichnis

### 9.1 Literatur

Ackerknecht, Erwin Heinz. *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. 2. verb. Aufl. Stuttgart: Enke, 1967.

Balz, Viola Kristin. „Zwischen Wirkung und Erfahrung - eine Geschichte der Psychopharmaka: Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950 - 1980“. Transcript, 2010.

Ban, Thomas A., David Healy, Edward Shorter, und Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum. *The Rise of Psychopharmacology.: And, the Story of CINP*. Budapest: Animula Pub, 1998.

- Battegay, Raymond, und David Healy. „Forty-four years of psychiatry and psychopharmacology (Interview)“. In *The Psychopharmacologists III*, 371–394. New York, 2000.
- Beecher, Henry K., Ethics and Clinical Research, *New England Journal of Medicine* 274 (1966): 367–372.
- Bernet, Brigitta. „,Eintragen und Ausfüllen‘: Der Fall des psychiatrischen Formulars“. In *Zum Fall machen, zum Fall werden*, 62–91. Frankfurt/New York: Campus Verlag, 2009.
- Brandenberger, Katharina. „Psychiatrie und Psychopharmaka: Therapien und klinische Forschung mit Psychopharmaka in zwei psychiatrischen Kliniken der Schweiz, 1950-1980“. Zürich, 2012. <http://opac.nebis.ch/ediss/20121457.pdf>.
- Gawlich, Max. „Eine Maschine, die wirkt: die Elektrokrampftherapie und ihr Apparat, 1938-1950“. Ferdinand Schöningh, 2018.
- Germann, Urs. Medikamentenprüfungen an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel 1953–1980. Pilotstudie mit Vorschlägen für das weitere Vorgehen, Bern 2017. Zugegriffen 1. März 2019. [http://www.img.unibe.ch/unibe/portal/fak\\_medizin/ber\\_vkhum/inst\\_medhist/content/e40437/e547138/e554300/Bericht\\_Medikamentenpruefungen\\_PUK\\_Basel\\_1953-1980\\_ger.pdf](http://www.img.unibe.ch/unibe/portal/fak_medizin/ber_vkhum/inst_medhist/content/e40437/e547138/e554300/Bericht_Medikamentenpruefungen_PUK_Basel_1953-1980_ger.pdf)
- Jeremy A. Greene, Flurin Condrau, und Elizabeth Siegel Watkins. *Therapeutic Revolutions: Pharmaceuticals and Social Change in the Twentieth Century*. Chicago: The University of Chicago Press, 2016.
- Hauss, Gisela. *Eingriffe ins Leben: Fürsorge und Eugenik in zwei Schweizer Städten (1920-1950)*. Zürich: Chronos, 2012.
- Healy, David. *The Antidepressant Era*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1997.
- Healy, David. *The Creation of Psychopharmacology*. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 2002.
- Henckes, Nicolas. „Magic Bullet in the Head? Psychiatric Revolutions and their Aftermath“. In *Therapeutic revolutions: pharmaceuticals and social change in the twentieth century*, 65–96. Chicago, 2016.
- Hess, Volker. „Psychochemicals Crossing the Wall. Die Einführung der Psychopharmaka in der DDR aus der Perspektive der neueren Arzneimittelgeschichte“. *Medizinhistorisches Journal* 42 (2007): 61–84.
- Honegger, Claudia. *Die Ordnung der Geschlechter: die Wissenschaften vom Menschen und das Weib, 1750-1850*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag, 1991.
- Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel: *75 Jahre interkantonale Heilmittelkontrolle: Jubiläumsschrift zum 75jährigen Bestehen der interkantonalen Vereinbarung über die Kontrolle der Heilmittel*. Bern: Chemie-Verlag Vogt-Schild AG, 1975.

- Jones, David S., Christine Grady, und Susan E. Lederer. „‘Ethics and Clinical Research’ — The 50th Anniversary of Beecher’s Bombshell“. *New England Journal of Medicine* 374, Nr. 24 (16. Juni 2016): 2393–98. <https://doi.org/10.1056/NEJMms1603756>.
- Leist, Anton. *Auguste Forel - Eugenik und Erinnerungskultur*. Zürich: vdf, 2006.
- Majerus, Benoît. „Making Sense of the Chemical Revolution. Patients’ Voices on the Introduction of Neuroleptics in the 1950s“. *Medical History* 60 (2016): 54–66.
- Majerus, Benoît. *Parmi les fous: une histoire sociale de la psychiatrie au XXe siècle*. Histoire. Rennes: Presses Universitaires de Rennes, 2013.
- Majerus, Benoît. „Une stabilisation difficile. La chlorpromazine dans les années 1950 en Belgique“. *Gesnerus* 67 (2010): 57–72.
- Marti, Erwin. „Georg Stutz“, [ohne Datum]. Zugegriffen 1. März 2019. [https://personenlexikon.bl.ch/Georg\\_Stutz](https://personenlexikon.bl.ch/Georg_Stutz).
- Meier, Marietta. *Spannungsherde: Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg*. Göttingen: Wallstein Verlag, 2015.
- Meier, Marietta, und Gisela Hürlimann. *Zwang zur Ordnung: Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870-1970*. Zürich: Chronos, 2007.
- Meier, Marietta, Gisela Hürlimann, Brigitta Bernet, Jakob Tanner, und Zürich (Kanton). Direktion des Gesundheitswesens. *Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870-1970*. Zürich: Gesundheitsdirektion des Kantons Zürich, 2002.
- Moncrieff, Joanna. *The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2008.
- Mottier, Véronique. „Integration und Ausschluss“ Nationales Forschungsprogramm 51, „Intégration et Exclusion“, Programme National de Recherche 51. *Pflege, Stigmatisierung und Eugenik: Integration und Ausschluss in Medizin, Psychiatrie und Sozialhilfe : intégration et exclusion en médecine, psychiatrie et assistance sociale = Soins, stigmatisation et eugénisme*. Zürich: Seismo, 2007.
- Ott, Lukas. *Man geht hinein, um wieder herauszukommen!: Geschichte der Psychiatrie des Kantons Basel-Landschaft*. Basel: Schwabe Verlag, 2017.
- Rasmussen, Nicolas. „Making the First Anti-Depressant: Amphetamine in American Medicine, 1929–1950“. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 61 (2006): 288–323.
- Rietmann, Tanja, Urs Germann, und Flurin Condrau. „Wenn ihr Medikament eine Nummer statt eines Markennamens trägt“. *Medikamentenversuche in der Zürcher Psychiatrie 1950–1980*.

*In Menschen korrigieren: fürsorgliche Zwangsmassnahmen und Fremdplatzierungen im Kanton Zürich bis 1981*, 201–254. Zürich: Chronos, 2018.

Ritter, Hans Jakob. *Psychiatrie und Eugenik: zur Ausprägung eugenischer Denk- und Handlungsmuster in der schweizerischen Psychiatrie, 1850-1950*. Zürich: Chronos, 2009.

Schweizer, Magdalena. „Die psychiatrische Eugenik in Deutschland und in der Schweiz zur Zeit des Nationalsozialismus: ein Beitrag zur geschichtlichen Aufarbeitung mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Schweiz“. Lang, 2001.

Swazey, Judith. *Chlorpromazine in Psychiatry: A Study of Therapeutic Innovation*. Cambridge - Mass: MIT Press, 1974.

Tornay, Magaly. „Zugriffe auf das Ich: psychoaktive Stoffe und Personenkonzepte in der Schweiz, 1945 bis 1980“. Mohr Siebeck, 2016.

Tornay, Magaly. „Psychopharmaka in der psychiatrischen Pflege. Neue Berufsbilder und der Status praktischen Wissens“. *Traverse* 19, Nr. 2 (2012): 83–96.

Peter G. Waser. *Psychiatrie, Psychopharmaka und Drogen in Zürich*. Bd. Stk. 153. Neujahrsblatt auf das Jahr 1990. Zürich: Beer, 1989.

## 9.2. Archivalische Quellen

Staatsarchiv Baselland

VR3263 Kantonale Psychiatrische Klinik

A.04.02 Leukotomie/Apomorphinkur/Emetinkur 1946–1951

A.04.03 Elektroschock 1941–1947

A.04.04 Minnesota Multiphasic Personality Inventory MMPI (Persönlichkeitstest) 1971–1973

A.05.01 Vorträge/Referate von Dr. Georg Stutz (1931–1961)

A.06.02 Kommission betreffend Revision der Vollziehungsordnung zum Bundesgesetz über Betäubungsmittel 1970–1974

A.10.01 Kinderheim Aufgund, Buus/ Kinderheim Waldruh, Böckten 1947–1972

A.32.32 Patientendossiers der Psychiatrischen Klinik ca. 1920– ca. 1975

A. 34.03.04 Sanitätsdirektion: Ein- und Ausgehende Korrespondenz 1961–1978

A.34.03.05 Allgemeine Korrespondenz

AD10 9537 Jahresberichte der Psychiatrie Baselland 1953–1980.

### 9.3. Gedruckte Quellen

„Largactil-Symposion in der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel am 28. November 1953“. *Sondernummer des Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie* 73, Nr. 1/2 (1954).

„Stellungnahme des Bundesrats zur Parlamentarische Initiative 16.478“. Zugegriffen 1. März 2019. <https://www.admin.ch/gov/de/start/dokumentation/medienmitteilungen/bundesrat.msg-id-68693.html>.

e.f.a. „Von der Irrenanstalt zur psychiatrischen Klinik“. *Der Landschäftler*, 23. August 1964.

Gartner, Klaus. „Erfahrungen mit dem Psychopharmakon 746 (Sordinol)“. *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin* 51, Nr. 30 (1962): 774–781.

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Richtlinien für Forschungsuntersuchung am Menschen (1970). Zugegriffen 1. März 2019. [https://www.samw.ch/dam/jcr:03143ecf-db07-428e-9346-a916269736a8/richtlinien\\_samw\\_forschungsuntersuchungen\\_am\\_menschen\\_1970.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:03143ecf-db07-428e-9346-a916269736a8/richtlinien_samw_forschungsuntersuchungen_am_menschen_1970.pdf)

Roubicek, J., Klos, J. und Tschudin, A. „YG19-256, EEG and clinical study in aggressive oligophrenics.“ *Psychopharmacologica* 26, Nr. 1 (1972): 71.

Tschudin, Arnold. „Die Behandlung depressiver Zustände mit Tofranil“. *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin* 47, Nr. 46 (1958): 1100–1104.

Tschudin, Arnold. „Erfahrungen mit dem Psychopharmakon Truxal“. *Praxis. Schweizerische Rundschau für Medizin* 49, Nr. 35 (1960): 840–846.