

**Aus dem Institut für Geschichte der Medizin**

**der Universität Würzburg**

**Vorstand: Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg**

**Megaphen – Die Anwendung im klinischen Alltag in den  
1950er-Jahren am Beispiel der Landesheilanstalt Marburg**

**Dissertation**

**zur Erlangung der Doktorwürde der**

**Medizinischen Fakultät**

**der**

**Julius-Maximilians-Universität Würzburg**

**vorgelegt von**

**Annegret Neupert**

**aus Berlin**

**Würzburg, Juli 2020**

**Referentin:** Prof. Dr. phil. Karen Nolte

**Korreferent:** Prof. Dr. med. Jürgen Deckert

**Dekan:** Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg

**Tag der mündlichen Prüfung:** 10. Juli 2020

**Die Promovendin ist Ärztin**

# **Megaphen – Die Anwendung im klinischen Alltag in den 1950er-Jahren am Beispiel der Landesheilanstalt Marburg**

## **I. Einleitung: Ein neues Medikament erobert den Markt – die pharmakologische Revolution für die Psychiatrie der 1950er Jahre**

1. Einführung	1
2. Fragestellung	3
3. Die Akten der Landesheilanstalt Marburg: Bestand und Struktur	5
4. Sichtung der Akten	7
5. Landesheilanstalt Marburg	8
6. Geschichte der Einführung von Megaphen	15

## **II. Megaphen – Wie ein Neuroleptikum die Behandlung in der Marburger Landesheilanstalt verändert**

1. Ordnung und Aufbau der Akten	18
2. Die Bedeutung des Megaphens für die Aufnahmezahlen	32
3. Megaphen im klinischen Alltag der Landesheilanstalt Marburg	41
3.1 Künstlicher Winterschlaf versus „Umstimmungstherapie“	41
3.2 Indikationen	50
3.3 Kombinationsbehandlungen	58
3.4 Nebenwirkungen	74

## **III. Schlussbetrachtung:**

Megaphen - Fluch oder Segen für die Landesheilanstalt Marburg?	81
--	----

## **IV. Quellenverzeichnis** 87

## **V. Anhang** 94

## **I. Einleitung:**

### **Ein neues Medikament erobert den Markt – die pharmakologische Revolution für die Psychiatrie der 1950er-Jahre**

#### **1. Einführung**

Chlorpromazin ist die erste geläufige Substanz der Medikamentengruppe der Neuroleptika und gilt als Grundstein für die moderne Psychopharmakotherapie. Das Präparat wurde 1953 unter dem Namen „Megaphen“ auf den deutschen Markt gebracht und revolutionierte von da an die Behandlung psychisch Kranker. Jean Delay und Pierre Deniker werden als die Pioniere der modernen Neuroleptikaforschung angesehen, die bereits 1950 auf die angstmindernde Wirkung des neuen Medikamentes aufmerksam machten und es erfolgreich in der Pariser Klinik St. Anne anwendeten. Das Medikament wurde auch in der Landesheilanstalt Marburg als Psychotherapeutikum eingesetzt, aus welcher Klinik die von mir untersuchten Krankenakten stammen. Anhand von Patientenfällen der damaligen Landesheilanstalt Marburg untersuche ich die Einführung von Psychopharmaka mit speziellem Blick auf das neue Medikament Megaphen in den 1950er-Jahren.

Bislang geben nur wenige Studien einen detaillierten Einblick in Fallgeschichten anhand von Patientenakten. Wird speziell die Psychiatriegeschichte nach 1945 betrachtet, so ist die Arbeit der Berliner Wissenschaftshistorikerin Viola Balz zur Einführung des Megaphens in der Heidelberger Universitätsnervenklinik maßgeblich. Sie beschreibt anhand von Fallstudien, wie das neue Medikament Chlorpromazin bisher gängige Therapieformen der Schock- und Krampfbehandlung ablöst. Zentraler Punkt ihrer Arbeit bleibt dabei die Frage, wie sich die therapeutische Effektivität – also die Wirksamkeit des Medikamentes – belegen lässt.

Dabei erkennt sie den Wandel von der etablierten Methode der Zeugenschaft, das heißt durch Ärzte und Pflegepersonal beobachtete Medikamenteneffekte, zum experimentell reproduzierbaren Begriff der Wirksamkeit eines Medikamentes.<sup>1</sup>

Vergleichend zur Arbeit von Viola Balz soll eine Analyse der Aufnahmezahlen der Marburger Klinik um 1950 erfolgen. Anhand von Fallbeispielen wird aufgezeigt, welche Auswirkungen die Einführung des Chlorpromazins für die Behandlung psychiatrischer Patienten mit sich brachte. Im Fokus meiner Analyse stehen Indikationsstellungen, Therapiekonzepte und Kombinationstherapien rund um das neue Medikament Megaphen.

---

<sup>1</sup> Vgl. Viola Balz, *Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950-1980*, Bielefeld 2010; vgl. <http://www.recensio.net/rezensionen/zeitschriften/vierteljahrschrift-fuer-sozial-und-wirtschaftsgeschichte/2012/2/ReviewMonograph668896239>, 22.02.2017.

## 2. Fragestellung

Megaphen – ein Fluch oder ein Segen für die Psychiatrie und deren Patienten zu Beginn der 1950er Jahre? Ob sich diese Frage eindeutig beantworten lässt, soll nachfolgend aufgezeigt werden. So vergleicht Edward Shorter, Professor für Medizingeschichte der Universität Toronto, die Einführung des Chlorpromazins mit der des Penicillins.<sup>2</sup> Dem gegenüber stehen Autoren wie Viola Balz, die der Verwendung des Chlorpromazins kritisch gegenüberstehen und Fallgeschichten von weit weniger revolutionärem Charakter beleuchten.

Der Fokus der Arbeit soll auf den nun folgenden Fragestellungen liegen, jedoch auch abseits dieser Themen interessante Aspekte rund um die klinische Anwendung des neuen Medikamentes herausarbeiten.

Um ein objektivierbares Mittel für die Beurteilung der Wirksamkeit des Megaphens heranzuziehen, liegt eine Betrachtung der Aufnahme- und Verweildauerzahlen der Marburger Klinik nahe. So soll vor allem die Frage im Vordergrund stehen, ob es durch die Einführung des Medikamentes zu einer Maximierung der Neuaufnahmen und zu einer Verkürzung der Aufenthaltsdauer kam, ähnlich wie es Balz bei der Betrachtung der Aufnahmezahlen der Heidelberger Universitätsklinik in Bezug auf die Einführung des Megaphens konstatierte.<sup>3</sup>

Zudem soll untersucht werden, ob sich zwischen den Aufnahmezahlen der Marburger Klinik und der Theorie von Delay und Deniker Parallelen herstellen lassen. Das Forscherteam untersuchte im Jahre 1952 an der Pariser Universitätsklinik die Wirkung des Chlorpromazins auf Manien, Psychosen und Depressionen.<sup>4</sup> Kann deren These von einer schnellen Sedation durch Megaphen, aber einer langwierigen Heilung im Gegenzug, anhand der Aufnahmezahlen der Marburger Klinik gestützt werden?<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Edward Shorter, *Geschichte der Psychiatrie*, Berlin 1999, S. 383.

<sup>3</sup> Vgl. Balz 2010, S. 22.

<sup>4</sup> Pierre Deniker, *Die Geschichte der Neuroleptika. Kurzer Abriss der Konzepte und ihrer Entwicklung*, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 121.

<sup>5</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 121.

Zu den Haupteinsatzgebieten von Megaphen in der Psychiatrie zählen Erkrankungen wie Schizophrenien und Psychosen. Ob diese Diagnosen im Patientenkollektiv der Marburger Klinik vertreten waren oder Megaphen abseits medizinischer Indikationen, beispielsweise zur Disziplinierung und Ruhigstellung, angewandt wurde, muss herausgefunden werden.

Des Weiteren ist zu diskutieren, nach welchen Therapiemethoden und therapeutischen Konzepten die Klinik handelte. Wendete die Marburger Klinik das Megaphen im Sinne einer sogenannten Winterschlafbehandlung an, bei der die Patienten über einige Tage durch externe Kühlung und hohe Megaphendosen in einen künstlichen Heilschlaf versetzt wurden,<sup>6</sup> oder wurden die Patienten nach dem Vorbild von Fritz Flügel, einem Erlangerer Psychiater, der das Megaphen in Deutschland etablierte, behandelt? Er legte seine Vorgehensweise als Umstimmungstherapie aus, bei der die Patienten über eine mehrwöchige Heilungsphase verschiedene Stadien bis hin zur gewünschten psychischen Veränderung durchliefen.<sup>7</sup>

Ein besonderes Augenmerk soll auf die Frage gelegt werden, inwieweit Megaphen in Marburg als Sedativum zur Ruhigstellung bei störenden, lauten und unliebsamen Patienten genutzt wurde. Interessant ist zudem der Aspekt, ob die Verabreichung des Megaphens nach Aufklärung und Einwilligung der Patienten in die Behandlung erfolgte.

In einer Vielzahl der Fälle wurde Megaphen nicht zur Monotherapie genutzt, sondern in Kombination mit anderen Arzneimitteln oder Behandlungsmethoden wie der Elektroschocktherapie eingesetzt.<sup>8</sup> Es bleibt zu klären, wie eine Kombinationsbehandlung an der Marburger Klinik durchgeführt wurde.

Die aufgezählten Fragestellungen sollen im Folgenden als Leitfaden für die Beurteilung der Therapie des Marburger Patientenkollektivs gelten. Dabei soll es zum einen darum gehen, die Vorzüge der neuen Therapie darzustellen, zum anderen soll ein Einblick in die Schattenseiten des neuen Medikamentes Megaphen gewährt werden.

---

<sup>6</sup> K. W. Merz, Grundlagen der Pharmakologie. Für Apotheker, Chemiker und Biologen, Stuttgart 1955, S. 106–107, S. 109.

<sup>7</sup> S. Bleich, L. Breuer, J. Kornhuber, Fritz Flügel (1897–1973). Frühe Forschungen auf dem Gebiet der Neuroleptika, in: Der Nervenarzt, 3/2006, S. 352.

<sup>8</sup> Vgl. Heinz Schott, Rainer Tölle, Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen München 2006, S. 473 ff.

### 3. Die Akten der Marburger Landesheilanstalt: Bestand und Struktur

Die gesichteten Akten, welche ich für mein Dissertationsprojekt verwende, lagern in Kartons im Archiv des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen<sup>9</sup> und stammen aus dem Bestand K 16, der in Summe 20 212 Akten umfasst. Diese sind fortlaufend sortiert und umfassen den Aufnahmezeitraum zwischen 1876 und 1964. Die Akten der Jahrgänge nach 1964 befinden sich im Besitz der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg<sup>10</sup>, der einstigen „Landesheilanstalt Marburg“. Bei der Sichtung musste festgestellt werden, dass viele Akten nicht mehr vorhanden waren, da sie wohl im Laufe der Zeit abhandengekommen sind. Die Gründe hierfür sind leider nicht zu eruieren. Somit ist der reelle Bestand schwierig einschätzbar, dürfte sich vermutlich aber deutlich unter dem Volumen der aufgenommenen Patienten bewegen. Mit einer ähnlichen Problematik sahen sich Balz bei der Untersuchung der Krankenakten der Heidelberger Universitätsklinik und Meier et al. bei der Auswertung der Patientendossiers des Kantons Zürich konfrontiert. So erwähnt Balz als exemplarische Ursache für den geschwundenen Aktenbestand, dass Ärzte Krankenakten mit nach Hause nahmen, um diese dort fertigzustellen oder für wissenschaftliche Arbeiten zu verwenden. Des Weiteren gingen wohl viele Akten bei Versendung an andere Kliniken oder Behörden verloren. Meier et al. nennen als Grund für den Aktenchwund, dass es bereits bei Übergabe der Akten zur Archivierung zu ersten Unstimmigkeiten gekommen sein kann, da lediglich Akten einer gewissen Zeitspanne übergeben und somit der Archivierung zugeführt wurden.<sup>11</sup> Es liegt nahe, dass ähnliche Ursachen auch zu einem Schwund des Krankenaktenbestandes K 16 der Marburger Landesheilanstalt geführt haben. Balz verweist in ihren Ausführungen auf verschiedene Autoren, die einen Aktenschwund von ca. 10–30 % zugrunde legen<sup>12</sup>. Eine ähnliche Soll-Ist-Differenz kann auch bei den Akten des Kasseler Archives erwartet werden.

Die Sortierung der Patientenakten des Bestands K 16 erfolgte getrennt nach Geschlechtern, wobei ein Karton etwa 50 Akten umfasst. Abgelegt wurden die Akten unter den

---

<sup>9</sup> Landeswohlfahrtsverband Hessen, Fachbereich Archiv/Gedenkstätten/Historische Sammlungen.

<sup>10</sup> Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Marburg.

<sup>11</sup> Marietta Meier, Brigitta Bernet, Roswitha Dubach, Urs Germann, Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 89–90, Vgl. Balz 2010, S. 159.

<sup>12</sup> Balz 2010, S. 159.



fortlaufenden Ordnungsnummern, also in Reihenfolge der Aufnahme<sup>13</sup>, welche auch in den Aufnahmebüchern vermerkt sind. Bei Wiederaufnahme wurden alle weiteren fallbezogenen Akten unter der Akte mit Nummer der Erstaufnahme abgelegt.

Das Untersuchungssample für die qualitative Analyse von 84 Krankenakten wurde aus dem Bestand K 16 wie folgt generiert: In einer ersten exemplarischen Auswahl<sup>14</sup> wurde versucht, den Zeitraum der ersten fünf Jahre nach Markteinführung<sup>15</sup> abzudecken, da diese besonders bedeutend für den Konjunkturverlauf eines Medikamentes sind.<sup>16</sup> Megaphen wurde 1953 auf den deutschen Markt gebracht und ab dem Frühjahr 1954 in der Marburger Klinik eingesetzt. Deshalb zog ich bei beiden Geschlechtern die Aufnahmejahre 1953/1954 und 1955/1956 heran, um die Zeit der Einführung des Megaphens abzudecken. Für die Verlaufsbeurteilung wählte ich bei den Männern zudem die Jahre 1958/1959 und bei den Frauen die Jahre 1957/1958 aus.

Zur genaueren Untersuchung wurden jene Akten ausgewählt, welche einen Hinweis zum Einsatz von Megaphen als Therapeutikum enthielten. Im Rahmen der ersten Stichprobe wurden insgesamt 31 Akten en Detail untersucht (16w/15m). Dabei kann der Fokus der Erstuntersuchung auf die Jahre 1956/1957 gelegt werden, da ab diesem Zeitraum in größerem Umfang Megaphen verordnet wurde.

Entsprechend der Jahre mit breitem Megapheneinsatz wurde die Stichprobe in einer zweiten Auswahl ausgeweitet. Bestandteil dieser Probe waren drei Kartons der Frauen und zwei Kartons der Männer aus den Jahren 1956/1957.

Aus jener Stichprobe wurden wiederum alle Patientenakten herausgefiltert, in denen der Einsatz von Megaphen ersichtlich ist. Dabei handelt es sich um insgesamt 53 Akten, davon 34 Frauen- und 19 Männerakten. Die Gesamtstichprobe umfasst danach 84 Patientenakten.

---

<sup>13</sup> Ordnungsprinzip nach Strukturtyp I in Reihenfolge der Aufnahme. Martin Dinges, Michael Wischnath, Anregungen und Empfehlungen. Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten, in: Berichte zur Wissenschaftsgeschichte, 21/1998, S. 53.

<sup>14</sup> Willkürliche Auswahl weniger Einheiten aus einem abgeschlossenen Bestand zur Beurteilung eines therapeutischen Verfahrens. Dinges/Wischnath 1998, S. 54.

<sup>15</sup> Balz 2010, S. 125–126.

<sup>16</sup> Balz 2010, S. 164.

#### 4. Sichtung der Akten

Bei der Sichtung der ausgewählten 84 Akten habe ich mich auf folgende Bewertungsrichtlinien beschränkt:

- Krankengeschichte mit Anamnese,
- Protokoll des Aufnahmegesprächs,
- Tagesberichte,
- Abschlussberichte sowie
- Pflegeberichte und Medikamentennachweise.

Zum Teil war es trotz des zuvor abgesteckten Rahmens schwierig, Aktenverläufe logisch nachzuvollziehen, da Medikamentennachweise, Tages- oder Pflegeberichte teilweise oder vollständig fehlten. Jedoch ist es mir gelungen, aus dem vorhandenen Material Rückschlüsse zu ziehen und die Akten trotz der vorhandenen Widrigkeiten vergleichbar zu machen. Einzelne Aussagen müssen mit den Pflege- beziehungsweise Arztberichten verglichen werden, da an Tagen mit besonderen Vorkommnissen teilweise kein entsprechender ärztlicher beziehungsweise pflegerischer Eintrag vorhanden ist. Zu den Gesichtspunkten, die ich zur Herstellung der Vergleichbarkeit betrachtet habe, zählen

- Aufenthaltsdauer,
- Diagnose,
- Art, Dauer und Dosierung von Megaphen,
- Medikamentenkombinationen und Nebenwirkungen,
- Zwangsmaßnahmen,
- Suizide und Todesfälle,
- Fluchtversuche,
- Arbeitstherapien sowie
- die Familienanamnese.

Diese Aspekte sind beim Vergleich der Akten berücksichtigt worden und sollen maßgeblichen Anteil daran haben, dass meine Ausgangsfragestellungen nachhaltig beantwortet werden können.

## 5. Landesheilanstalt Marburg

Wird die Geschichte der Landesheilanstalt Marburg, aus der die Akten der behandelten Patienten stammen, in den Fokus gerückt, muss sich zunächst auf das Jahr 1806 konzentriert werden. So wird deutlich, dass es bereits in diesem Jahr – weit vor der Eröffnung im Jahre 1876 – Bemühungen zur Errichtung einer Irrenanstalt gab.

Im damaligen Kurhessen hatte Kurfürst Wilhelm I. bereits eine Kommission zur Einrichtung einer solchen Anstalt einberufen, jedoch wurden die frühen Gründungsgedanken durch die Besetzung napoleonischer Truppen zerschlagen.<sup>17</sup> In den folgenden Jahren gab es immer wieder Diskussionen zur Planung einer Einrichtung für die Pflege Geisteskranker, jedoch erfolgte erst im Jahre 1867 nach Annexion Kurhessens durch den Staat Preußen der Auftrag zur Errichtung einer Irrenanstalt, welcher an den kommunalständischen Verband in Kassel gerichtet wurde.<sup>18</sup> Damit wurde beabsichtigt, dass alle Kranken der Region hier aufgenommen und geheilt werden können und die Anstalt in den praktischen Unterricht der Universität Marburg einbezogen wird.<sup>19</sup> Nachdem sich der Kommunallandtag Kassel 1871 für den Standort Marburg entschieden hatte, wurde das Bauprojekt in den Jahren 1872 bis 1876 umgesetzt. Am 7. Juni 1876 wurden schließlich die ersten Kranken in die damalige „Irrenheilanstalt Marburg“ aufgenommen.

---

<sup>17</sup> Christina Vanja, Keine Irren-Heilanstalt für Kurhessen, Psychiatriegeschichte im Spiegel einer ergebnislosen Diskussion zwischen 1806 und 1864, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 23.

<sup>18</sup> Chronik, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 443.

<sup>19</sup> Peter Sandner, Eine Preußische Gründung, Die Entstehung der „Irrenheilanstalt Marburg“ im Spannungsfeld von Staatsinteressen und Selbstverwaltungsbestrebungen (1866-1876), in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 45.

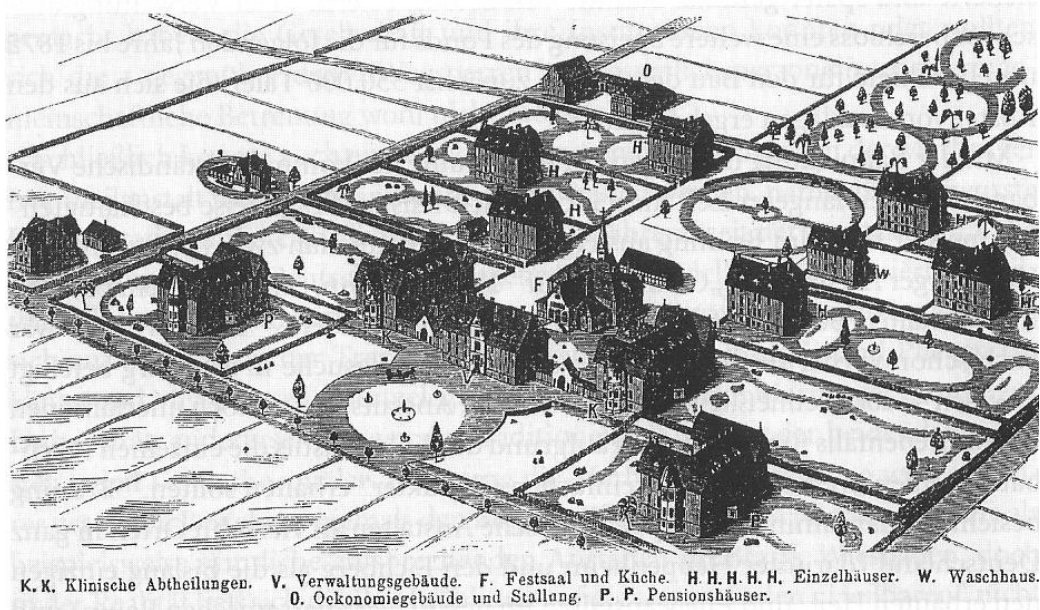


Abbildung 1: Skizze der Landesheilanstalt Marburg von 1873/74<sup>20</sup>

Der erste Direktor, Prof. Dr. Heinrich Cramer, führte die Klinik bis zum Jahr 1893 unter dem „no-restraint-system“, was sinngemäß mit „freier Behandlung“ übersetzt werden kann. Charakterisiert wird dieses System durch den weitgehenden Verzicht auf Zwangsmaßnahmen mit dem Übergang zu humaneren Behandlungsmethoden wie Bäderkuren und Beschäftigung der Kranken. Cramer initiierte in seiner Amtszeit außerdem im Sinne einer weiteren internen Spezialisierung der Klinik den Bau weiterer Gebäude auf dem Gelände, um Patienten mit ähnlichen Krankheitsbildern zusammenzufassen und besser auf deren Bedürfnisse eingehen zu können.<sup>21</sup> Somit legte bereits Cramer als erster Direktor der Anstalt Ende des 19. Jahrhunderts den Grundstein für eine reformorientierte Anstaltspsychiatrie auf dem Boden neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse.<sup>22</sup>

Das zweite Direktorat unter Prof. Dr. Franz Tuczek (1893–1914) war gekennzeichnet durch den Übergang von der Anstalts- zur Universitätspsychiatrie. So führte er die Klinik unter dem Credo, dass Geisteskrankheiten Gehirnkrankheiten seien und orientierte die

<sup>20</sup> Sandner, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 56.

<sup>21</sup> Ulrich Oehlenschläger, „Die freieste Anlage in Deutschland“. Heinrich Cramer, der erste Direktor der Irrenheilanstalt Marburg, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 80 ff.

<sup>22</sup> Oehlenschläger, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 80–81.

Behandlung der Kranken auch im Übergang zum 20. Jahrhundert an wissenschaftlicher Grundlagenforschung. Unter ihm wurde die Klinik in „Landesheilanstalt Marburg“ umbenannt und ein weiterer Bauabschnitt für die Verbesserung der individuellen Behandlung der Patienten begonnen.<sup>23</sup>

In den folgenden 23 Jahren führte Prof. Dr. Jahrmärker die Landesheilanstalt vom Kaiserreich über die Weimarer Republik bis in die Zeit des Nationalsozialismus. Er nahm seine Arbeit im Oktober 1914 auf und wurde endgültig im April 1915 zum Direktor der LHA<sup>24</sup> ernannt.<sup>25</sup> Die Zeit des Ersten Weltkrieges war durch zahlreiche Sparmaßnahmen gekennzeichnet. Des Weiteren verminderten sich mit den Kriegsjahren sowohl das Personal als auch die Belegung der Anstalt. Mit Fortschreiten des Krieges beeinträchtigte zudem ein gravierender Nahrungsmangel den Klinikalltag. Die Folgen waren u. a. Darmerkrankungen und Infektionskrankheiten, darunter auch eine Tuberkulosewelle.<sup>26</sup> Mit Beginn des Krieges wurde in den Gebäuden der Anstalt ein Reservelazarett mit 100 Betten eingerichtet, dessen Patienten zumeist nach Auflösung im Jahr 1921 für Nachbehandlungen übernommen wurden.<sup>27</sup> Die politischen Umbrüche zu Beginn der Weimarer Republik brachten für die Klinik kaum Veränderungen.<sup>28</sup> Die Nachkriegsjahre bedeuteten keine Erholung für die LHA, da durch die beginnende Inflation ein steter Kostendruck auf der Einrichtung lag. Trotz dessen gelang es Jahrmärker, die Einrichtung durch strenge Sparmaßnahmen 1920 und 1923 vor einer drohenden Schließung zu bewahren. Nachdem dies abgewendet werden konnte, erfuhr die Klinik in den 1920er-Jahren einen stetigen Aufschwung und die Zahl der Patienten stieg an.

Bei den Behandlungsmaßnahmen orientierte sich Jahrmärker wie seine Vorgänger an der wissenschaftlich-universitären Ausrichtung und führte neue Behandlungsmethoden wie

---

<sup>23</sup> Gerhard Aumüller, Franz Tuczek und der Bau der Universitätsnervenklinik in Marburg, Der Übergang von der Anstalts- zur Universitätspsychiatrie, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 92 ff.

<sup>24</sup> Landesheilanstalt.

<sup>25</sup> Kornelia Grundmann, Vom Kaiserreich über die Weimarer Zeit bis zum Nationalsozialismus: Die Landesheilanstalt zur Zeit von Prof. Dr. Jahrmärker (1914-1937), in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 249 ff.

<sup>26</sup> Grundmann, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 250–251.

<sup>27</sup> Grundmann, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 253.

<sup>28</sup> Grundmann, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 257.

die Fiebertherapie ein. Auch der Arbeitstherapie der Kranken zur Eingliederung in das Sozial- und Arbeitsleben gab er weiter Auftrieb.<sup>29</sup> Um diesen Bestrebungen nachzugehen, musste die LHA baulich angepasst werden und in den einzelnen Häusern wurden Nähstuben, eine Schuhmacherei und Polsterei, Schneiderei, Schreinerei, Schlosserei, Schmiede, Buchbinderei, Druckerei, Weberei, Bürsten-, Korb- und Rohrmöbelmacherei eingerichtet. Frauen wurden in der Wäscherei und in der Küchenarbeit, die Männer in der Landwirtschaft und Gärtnerei eingesetzt. Als Lohn erhielten die Patienten kleinere Sachleistungen wie Tabak und Süßigkeiten oder sie durften bevorzugt an den Anstaltsfesten teilnehmen.<sup>30</sup> Die Gebäude der Klinik befanden sich durch umfangreiche Sanierungsmaßnahmen Ende der 1920er-Jahre in gutem Zustand. Die Patienten waren mittlerweile in acht Abteilungen für Männer und sieben für Frauen untergebracht. Diese waren mit Zentralheizung, elektrischem Licht und Badeeinrichtungen ausgestattet. Im Untergeschoss der Gebäude befanden sich für die Beschäftigungstherapie der Patienten zahlreiche Werkstätten. Jedes Haus verfügte zudem über einen kleinen Garten.<sup>31</sup>

Es wird deutlich, dass alle drei Direktoren der Klinik an einer permanenten Reformierung des Psychiatriewesens interessiert waren und die Behandlungsmethoden der Klinik an die neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse der jeweiligen Zeit anpassten. Der Reformwille der Klinik wurde jedoch durch die Kriegsjahre und die nationalsozialistischen Verbrechen jäh unterbrochen.

Mit Beginn des Nationalsozialismus übernahmen psychiatrische Einrichtungen die neue Aufgabe der Erb- und Rassenpflege. Auch die LHA Marburg beteiligte sich wohl bereits vor Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ im Jahr 1933 seit 1931 an diesem „Projekt“.<sup>32</sup> Anfang 1934 wurden die offiziell ersten Sterilisationen durchgeführt. Für Frauen erfolgte dies in der Marburger Universitätsfrauenklinik mithilfe einer Salpingektomie<sup>33</sup> und für Männer in der Chirurgischen Universitätsklinik durch

---

<sup>29</sup> Grundmann, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 25 ff.

<sup>30</sup> Grundmann, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 263.

<sup>31</sup> Grundmann, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 247–248.

<sup>32</sup> Grundmann, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 266.

<sup>33</sup> Operative Entfernung der Eileiter.

Vasektomie<sup>34</sup>. Eine exakte numerische Aussage zu den erfolgten Sterilisationen der Patienten der LHA Marburg lässt sich wohl nicht treffen, jedoch wurden in Deutschland bis zu Beginn des Zweiten Weltkrieges schätzungsweise 300 000 Menschen sterilisiert.<sup>35</sup> Im April 1937 wurde Jahrmärker aufgrund seines Alters von Prof. Dr. Albrecht Langeldedeke abgelöst. Dieser, bereits seit 1933 NSDAP-Mitglied und seit 1934 im NS-Ärztebund, ließ im Rahmen der Euthanasie-Verbrechen über 200 Patienten in die Anstalten Eichberg, Scheuern, Herborn und Weilmünster verlegen, die als Zwischenstationen für die Tötung in der Anstalt Hadamar fungierten.<sup>36</sup> Der sogenannten T4-Aktion, einer systematischen Tötung von Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung beziehungsweise Erkrankung, fielen in Deutschland zwischen Januar 1940 und August 1941 etwa 70 000 Psychatriepatienten zum Opfer. Die Patienten der LHA Marburg stellten hierbei keine Ausnahme dar. Bereits ab 1937 erhöhten sich durch erste Einsparungen die Sterblichkeitsraten in vielen Anstalten, darunter auch in Marburg. Ursachen liegen zum einen in der Mangelernährung, zum anderen an hohen Zahlen von Infektionskrankheiten, darunter Tuberkulose. Erste Maßnahmen im Rahmen der „T4-Aktion“ betrafen in Marburg im Juni/Juli 1940 sogenannte Volljuden, die wahrscheinlich in der Tötungsanstalt Brandenburg hingerichtet wurden.<sup>37</sup> In einer ersten Phase der Anstaltsmorde wurden aus Marburg zwischen April und September 1941 mindestens 237 Patienten in die Anstalten Eichberg, Herborn, Idstein, Scheuern und Weilmünster verlegt. Von dort wurden sie dann im Abstand von drei bis sechs Wochen nach Hadamar überstellt, um in Gaskammern getötet zu werden. Im gleichen Jahr wurden aus Marburg auch elf Kinder nach Eichberg verlegt und somit zu Opfern der sogenannten Kindereuthanasie.<sup>38</sup> Die Anstaltsmorde setzten sich in einer zweiten Tötungsphase 1942 fort, allerdings kamen fortan neue Methoden wie Nahrungsreduzierung und Überdosierung von Medikamenten zum Einsatz. Darüber hinaus wurden die Patienten wiederum in Anstalten nach Meseritz-Obrawalde in Pommern oder Hadamar verlegt. Ob in dieser zweiten Phase auch in der LHA Marburg

---

<sup>34</sup> Operative Unterbrechung des Samenleiters.

<sup>35</sup> Grundmann, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 269.

<sup>36</sup> Grundmann, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 270–271.

<sup>37</sup> Georg Lilienthal, Die Opfer der NS-„Euthanasie“-Verbrechen, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 276–279.

<sup>38</sup> Lilienthal, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 280–281.

Tötungen vorgenommen wurden, bleibt jedoch unklar. Allerdings wurden ab 1943 psychisch kranke Zwangsarbeiter und Zwangsarbeiterinnen aus Polen und der Sowjetunion nach Marburg verlegt. Von hier aus wurden die Patienten mit dem Ziel der Tötung verlegt, anstatt wie bisher in ihre Heimatländer zurückgeschickt zu werden.<sup>39</sup>

Prof. Dr. Langelüddeke, Direktor der LHA Marburg von 1937–1946, war selbst der rasenhygienischen Überzeugung, dass die Tötung Geisteskranker für diese eine Erlösung bedeute. Allerdings stand er der „T4-Aktion“ wohl kritisch gegenüber. Es störte ihn, dass die Tötungen ohne Kenntnis der Öffentlichkeit und der Familien stattfanden.<sup>40</sup> In den Nachkriegsprozessen stellte er sich als Gegner der Euthanasiemaßnahmen dar. Er erklärte, er habe mehr Menschen vor der Gaskammer bewahrt, als sie diesem Schicksal auszusetzen, da er seine Ärzte angewiesen habe, Meldebögen zu beschönigen und Kranke bereits vor der Verlegung zu entlassen. So habe er 18,5 % seiner Patienten vor der Tötung bewahrt. Die Grundtendenz dieser Zahl schien belegbar zu sein und führte dazu, dass die Ermittlungen gegen ihn eingestellt wurden.<sup>41</sup>

Die LHA Marburg war in den Nachkriegsjahren dadurch gekennzeichnet, dass viele Gebäude auf dem Gelände der Klinik für andere Zwecke genutzt wurden. So beherbergte das Gelände von 1947–1952 das Landeserziehungsheim für weibliche Jugendliche, ebenfalls von 1947–1952 ein Kriegsgefangenenhospital, von 1947–1951 die Landeslungenheilstätte und von 1949–1958 richtete das Max-Planck-Institut für Hirnforschung eine Abteilung für klinische Psychiatrie und Konstitutionsforschung ein.<sup>42</sup>

Der ursprüngliche Reformcharakter der Klinik hielt nach Ende des Zweiten Weltkriegs wieder Einzug in die Behandlung der Kranken. Deutlich wird dies vor allem daran, dass bereits zu Beginn des Jahres 1954, kurz nach Markteinführung von Megaphen, das Medikament zur Behandlung in der Marburger Klinik eingesetzt wurde.<sup>43</sup>

---

<sup>39</sup> Lilienthal, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 290–292.

<sup>40</sup> Lilienthal, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 297, S. 302.

<sup>41</sup> Lilienthal, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 298 ff.

<sup>42</sup> Chronik, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 444.

<sup>43</sup> Balz 2010, S. 125; LWV Archiv, Krankenakten Bestand K 16.



Im Jahr 1953 übernahm der Landeswohlfahrtsverband Hessen als neuer Träger die Anstalt, welche vier Jahre später in „Psychiatrisches Krankenhaus Marburg“ umbenannt wurde.<sup>44</sup> Die Klinik Lahnhöhe für Kinder- und Jugendpsychiatrie wurde 1974 als zusätzliche Einrichtung erbaut. Dr. Heinrich Koch, der erste Direktor der Klinik (1974–1977) engagierte sich für eine moderne Behandlung mit psychotherapeutischen und heilpädagogischen Ansätzen.<sup>45</sup> Im Jahr 2001 feierte die Klinik ihr 125-jähriges Bestehen.<sup>46</sup> Im folgenden Jahr wurde das ehemalige „Psychiatrische Krankenhaus Marburg“ mit der Gießener Klinik zum „Zentrum für Soziale Psychiatrie Mittlere Lahn“ zusammengeführt. Mittlerweile gehört der Standort Marburg dem Vitos Klinikum Gießen-Marburg an und bildet derzeit das größte Fachkrankenhaus für Psychiatrie in Hessen.<sup>47</sup>

---

<sup>44</sup> Chronik, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 445.

<sup>45</sup> Gert Reichard, Christian Wolf, Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Lahnhöhe, Ihre Geschichte und ihr fortwährender Kampf ums Überleben, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 375 ff.

<sup>46</sup> Chronik, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 445.

<sup>47</sup> <http://www.vitos-giessen-marburg.de/giessen-marburg/unternehmen/historie.html>, 10.12.2017.

## 6. Geschichte der Einführung von Megaphen

Die Entdeckung des Chlorpromazins zu Beginn der 1950er-Jahre glich einer Revolution in der Behandlung psychisch Kranker und zog eine ganze Reihe pharmakologischer Neuerungen nach sich.<sup>48</sup> Bisher stand die Idee im Vordergrund, dass eine psychische Störung Wirkung einer physischen Erkrankung sei.<sup>49</sup> So wurde bis Mitte der 1950er-Jahre vor allem die Insulin- und Krampfbehandlung angewandt, die über eine therapeutisch gesetzte, körperliche Störung wirken sollten.<sup>50</sup> Erst Mitte/Ende des Jahrzehnts setzte sich die Lehrmeinung durch, dass die Bedeutung des Medikamentes nicht mehr von der Hand zu weisen sei, es gar zu einer weit besseren und schnelleren Heilung käme. Es wurde zunächst von einer Bereicherung der Therapieoptionen vor allem in der Behandlung akuter Krankheitsschübe und der langfristigen Heilung von chronisch erkrankten Patienten gesprochen.<sup>51</sup>

Das Phenothiazin<sup>52</sup> Chlorpromazin wurde 1950 erstmals von der französischen Firma Rhône-Poulenc hergestellt und unter dem Namen Largactil 1951 eingeführt.<sup>53</sup> Zunächst wurde es durch den französischen Chirurgen Henry Laborit zur Potenzierung der Narkose und kontrollierten Hypothermie – auch künstlicher Winterschlaf genannt – angewendet.<sup>54</sup> Wie eingangs erwähnt, wurden in der Pariser Klinik St. Anne Jean Delay und Pierre Deniker auf die angstmindernde Wirkung des neuen Medikamentes aufmerksam und wendeten es erfolgreich bei der Behandlung von akuten Psychosen an.<sup>55</sup> Durch ein Abkommen zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch der Firmen Rhône-Poulenc und Bayer, wurde Letzterer der Zugang zum Chlorpromazin gewährt und es wurde 1953 nach

---

<sup>48</sup> Balz 2010, S. 17.

<sup>49</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 119.

<sup>50</sup> Schott/Tölle 2006, S. 473, S. 485.

<sup>51</sup> Eugen Bleuler, *Lehrbuch der Psychiatrie*, Berlin 1955, S. 154, S. 375–376; vgl. Gottfried Ewald, *Neurologie und Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, München 1959, S. 475.

<sup>52</sup> Chemische Stoffgruppe.

<sup>53</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 120; vgl. Egon Rempen, *Megaphen - die Einführung des ersten Neuroleptikums in der Bundesrepublik Deutschland*, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 135.

<sup>54</sup> Schott/Tölle 2006, S. 485–486; vgl. Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 120.

<sup>55</sup> Schott/Tölle 2006, S. 486; vgl. Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 121.

klinischer Prüfung unter dem Namen Megaphen in Deutschland eingeführt.<sup>56</sup> Chlorpromazin ist ein Antihistaminikum<sup>57</sup> der Phenothiazingruppe.<sup>58</sup> Medikamente dieser Wirkstoffgruppe wurden 1955 von Deniker und seinen Mitarbeitern den sogenannten Neuroleptika zugeordnet, was wörtlich übersetzt so viel wie „das Nervensystem weich machen“ bedeutet.<sup>59</sup> Diese Bezeichnung rührt zum einen daher, dass schon kleinere Dosen des Medikamentes zu einer starken Beruhigung und Dämpfung des Patienten führen,<sup>60</sup> zum anderen veranlassten spezifische Nebenwirkungen, auf die an späterer Stelle eingegangen werden soll, zu dieser Bezeichnung. Zu Beginn des Einsatzes nach 1953 hielt Megaphen vor allem in Bezug auf die Narkosepotenzierung Einzug in die zeitgenössische Forschungsliteratur. So berichtet die Zeitschrift *Kinderärztliche Praxis* im Juli 1954, dass Megaphen einerseits durch seine sedative, hypnotische und krampflösende Wirkung und andererseits durch antiemetische<sup>61</sup> und antipyretische<sup>62</sup> Effekte die Wirkung von Medikamentengruppen wie Hypnotika, Narkotika und Analgetika mit dem Zentralen Nervensystem als Angriffspunkt verstärke.<sup>63</sup> Einen ganz ähnlichen Grundtenor schlägt die Fachzeitschrift *Die Medizinische* im Jahr 1954 an. Hier wird in einem klinischen Erfahrungsbericht aus der Chirurgischen Abteilung des Juliusspitals Würzburg von der grundumsatzsenkenden Wirkung des Megaphens berichtet, wodurch die Narkose leichter vonstattegehe und zudem weniger Narkosemittel benötigt werde. So konnte in der Abteilung beim für die Intubation benötigten Curare<sup>64</sup> eine Einsparung von 30 % erreicht werden. Auch postoperative Effekte wie eine über die Narkose anhaltende Analgesie<sup>65</sup> werden positiv erwähnt.<sup>66</sup> Ebenfalls in Bezug auf potenzierende Narkoseeffekte berichten die Fachzeitschriften *Medizinische Klinik*<sup>67</sup> und *Die Ärztliche Fortbildung*<sup>68</sup>. Im Laufe des

---

<sup>56</sup> Rempen, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 134–135.

<sup>57</sup> Antagonist am Histaminrezeptor.

<sup>58</sup> Heinz Lüllmann, Gustav Kuschinsky, *Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie*, Mainz 1964, S. 160.

<sup>59</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 123.

<sup>60</sup> Lüllmann/Kuschinsky 1964, S. 160.

<sup>61</sup> Minderung von Übelkeit und Erbrechen.

<sup>62</sup> Fiebersenkend.

<sup>63</sup> G. Janssen, D. Wilms, *Die Anwendung des Megaphen bei den Enzephalopathien und Meningopathien*, in: *Kinderärztliche Praxis*, 22/1954, S. 289.

<sup>64</sup> Muskelrelaxans.

<sup>65</sup> Schmerzlinderung.

<sup>66</sup> L. Makowsky, E. Kraft, *Der künstliche Winterschlaf*, in: *Die Medizinische*, 16/1954, S. 555–556.

<sup>67</sup> Bräutigam, *Tagungsberichte*, in: *Medizinische Klinik*, 49/1954, S. 569.

<sup>68</sup> L. König, *Schlaftherapie*, in: *Die Ärztliche Fortbildung*, 8/1955, S. 347.

Jahres 1954 und in den kommenden Jahren veränderten sich die Inhalte der Artikel und Fachbuchbeiträge zum Chlorpromazin dahingehend, dass nun vermehrt vom Einsatzbereich der Psychiatrie berichtet wurde. Die *Medizinische Klinik* veröffentlichte bereits im Jahr 1954 einen Erfahrungsbericht Fritz Flügels, aus der neurologisch-psychiatrischen Klinik in Erlangen, zur Anwendung von Megaphen bei Erregungszuständen und Psychosen. Als weitere Einsatzmöglichkeiten werden hier Schizophrenien, organische Psychosyndrome wie Delire, Infektionen oder posttraumatische Syndrome, Neurosen, Schmerzzustände und Erkrankungen aus dem manisch-depressiven Bereich genannt.<sup>69</sup> Flügel, der seiner Zeit als Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Erlangen ein Vorreiter der klinischen Chlorpromazinforschung war, unterschied drei Wirkungsphasen im Verlauf der Behandlung: In der ersten Phase, etwa zwei bis fünf Tage andauernd, steht ein vermehrtes Schlafbedürfnis mit erhöhter Somnolenz im Vordergrund. Gleichgültigkeit und mangelnde Initiative prägen das Bild der zweiten Wirkphase. In der dritten und somit letzten Phase treten die erwünschte Ausgeglichenheit und psychische Veränderung ein. Flügel bezeichnete diese Therapie als „Umstimmungstherapie“.<sup>70</sup> Er und seine Mitarbeiter richteten ihre Forschungen vor allem nach Fragestellungen zur Dosierung, Applikationsart, Therapiedauer und zum Therapieschema des Megaphens aus. Nach Markteinführung des Medikamentes wurde auch die „Schlaftherapie“ oder auch „künstlicher Winterschlaf“ mit zwei- bis dreiwöchigen Chlorpromazinkuren im Sinne einer Heilschlafbehandlung<sup>71</sup> durchgeführt. Flügel hingegen legte seine Behandlung bereits seit 1953 auf eine mehrmonatige, symptomatische Chlorpromazinkur mit Erhaltungsdosis aus.<sup>72</sup> Auch die Heidelberger Klinik, an deren Beispiel Viola Balz die Erprobung des Megaphens darlegt, orientierte sich an den Erkenntnissen Flügels.<sup>73</sup> Sein Konzept der längerfristigen Kurzbehandlung setzte sich in den kommenden Jahren durch, in der zeitgenössischen Literatur wurde die Schlafkur nur noch in Ausnahmefällen empfohlen.<sup>74</sup> Welche Therapiemethode in der Marburger Klinik angewandt und ob sich an den Forschungen Fritz Flügels orientiert wurde, soll die Analyse der Fallgeschichten zeigen.

---

<sup>69</sup> Laborit/Flügel, Tagungsberichte, in: *Medizinische Klinik*, 49/1954, S. 1054.

<sup>70</sup> Flügel, Tagungsberichte, in: *Medizinische Klinik*, 26/1954, S. 1054; vgl. Bleich et al. 2006, S. 352.

<sup>71</sup> Vollständige Rückbildung einer Krankheit.

<sup>72</sup> Bleich et al. 2006, S. 352.

<sup>73</sup> Balz 2010, S. 190.

<sup>74</sup> H. Hoff, *Therapeutische Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie*, Wien/Innsbruck 1960, S. 307 ff.; vgl. Ewald 1959, S. 475.

## **II. Megaphen – Wie ein Neuroleptikum die Behandlung in der Marburger Landesheilanstalt verändert**

### **1. Ordnung und Aufbau der Akten**

Die Geschichte der medikamentösen Behandlung wurde im 19. und 20. Jahrhundert kaum auf Basis von Krankenakten erforscht. Wenige wissenschaftliche Arbeiten zur Psychiatriegeschichte können hier als Bezug angesehen werden. Als weitere wichtige Referenz ist neben der Arbeit von Viola Balz<sup>75</sup>, die ich bereits eingangs charakterisierte, die Studie von Ellen Leibrock zu medikamentösen Therapieverfahren der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu nennen.<sup>76</sup>

Ellen Leibrock untersucht anhand der pfälzischen Anstalt Klingenmünster, welche Rolle die medikamentöse Therapie bei der Behandlung psychisch Kranker in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gespielt hat.<sup>77</sup> Dabei stellt sie fest, dass Arzneimittel meist nur bei Zustandsänderungen wie Unruhe und Schlaflosigkeit genutzt wurden und in der Behandlung überwiegend nicht medikamentöse Maßnahmen wie Bäder, Gartenarbeit oder andere Beschäftigungstherapien angewandt wurden.<sup>78</sup> Ende des 19. Jahrhunderts spielte in der Behandlung von Geisteskrankheiten Opium die zentrale Rolle. Seine dämpfende und schmerzlindernde Wirkung wurde sich in der Anstalt Klingenmünster ebenso wie ein halbes Jahrhundert später in der Marburger Klinik zunutze gemacht. In der Marburger Klinik wurde Opium vorwiegend in Kombination mit Megaphen verwendet. Darauf wird an späterer Stelle genauer einzugehen sein.

Erst in den letzten zwei Dekaden des 20. Jahrhunderts kam ein wachsendes Interesse für Krankenakten als Grundlage der Geschichtsschreibung, insbesondere in der Medizin- und

---

<sup>75</sup> Balz 2010.

<sup>76</sup> Ellen Leibrock, Die medikamentöse Therapie psychisch Kranker in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Eine Untersuchung am Beispiel der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster, Heidelberg 1998.

<sup>77</sup> Leibrock 1998, S. 14.

<sup>78</sup> Leibrock 1998, S. 73, S. 182.

Psychiatriegeschichte, auf.<sup>79</sup> Daher sind die meisten Arbeiten zur Psychiatriegeschichte vor allem in den letzten Jahren entstanden. In diesem Kontext zählen die Studien der folgenden Personen bzw. Autoren als wichtige Referenzen der Forschungsliteratur:

Marietta Meier et al. untersuchen anhand der Züricher Psychiatrie zwischen 1870 und 1970, inwieweit Zwangsmaßnahmen der Herstellung einer Ordnung innerhalb der Anstalt, der inneren Ordnung im Sinne eines Genesungsprozesses, als auch der Wiedereingliederung der Patienten zur Herstellung einer gesellschaftlichen Ordnung dienen. So wird die These aufgestellt, dass Zwangsmaßnahmen vor allem auf die Herstellung der Anstaltsordnung abzielen und erst in zweiter Linie von medizinisch-therapeutischem Nutzen sind.<sup>80</sup> Diese These möchte ich im Verlauf aufgreifen, da sich anhand der Marburger Fälle der Gedanke aufdrängt, dass Medikamentenerhöhungen auch hier als Zwangsmaßnahme zur Ruhigstellung unliebsamer Patienten genutzt wurden.

In *Zwang zur Ordnung* beschreibt Marietta Meier in einem Kapitel, dass die Psychochirurgie bis in die 1970er-Jahre gängiges Mittel war, um Patienten in die Anstalts- und Gesellschaftsordnung einzugliedern. Bei den Eingriffen am offenen Gehirn wurde das Ziel der sozialen Integration höher gewichtet als die körperliche und geistige Integrität des Patienten.<sup>81</sup> Diesem Thema widmet sie sich in *Spannungsherde* erneut, diesmal mit speziellem Fokus auf die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg.<sup>82</sup> In dieser Arbeit hinterfragt Meier vor allem Gründe, die für den Siegeszug der Psychochirurgie nach 1945 ausschlaggebend waren. So stellt sie fest, dass vor allem die Vorstellung der „inneren Spannung“ Grundlage für Geisteskrankheiten gewesen ist. Diese Spannung könne entweder durch therapeutische Maßnahmen wie der Leukotomie<sup>83</sup> entladen werden oder wirke dauerhaft weiter.<sup>84</sup> Zudem wurde nach 1945 die soziale Anpassung höher als die Individualität eines Patienten angesehen. Dies entspricht dem Gedanken, den Meier bereits in *Zwang zur*

---

<sup>79</sup> Sibylle Brändli, Barbara Lüthi, Gregor Spuhler (Hg.), Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts, Frankfurt a. M. 2009, S. 7; vgl. Volker Hess, Krankenakten als Gegenstand der Geschichtsschreibung, in: *Historia Hospitalium*, 27/2011, S. 44–45.

<sup>80</sup> Meier et al. 2007, S. 44.

<sup>81</sup> Marietta Meier, Psychochirurgie: Eingriffe am Gehirn als Massnahme gegen „asoziales“ Verhalten 1945–1970, in: Meier et al., *Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970*, Zürich 2007, S. 270.

<sup>82</sup> Marietta Meier, *Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg*, Göttingen 2015.

<sup>83</sup> Synonym Lobotomie. Dies bezeichnet einen Psychochirurgischen Eingriff, bei dem Nervenfasern zwischen Thalamus und Frontalhirn durchtrennt werden.

<sup>84</sup> Meier 2015, S. 308.

*Ordnung* formulierte. Auch die Psychochirurgie wurde bis Ende der 1960er-Jahre als probates Mittel gebraucht, um „unruhige und lärmende Patienten“ in den Anstaltsalltag oder die Gesellschaft zu reintegrieren.<sup>85</sup> Als Grund für den Rückgang der Eingriffe nennt Meier zum einen das aufkommende Modell, welches die Individualität des Patienten herstellt als dessen soziale Integration. Zum anderen verweist sie auf die Einführung der Neuroleptika. Mit den neuen Medikamenten gab es eine wirksame und mit weniger Schrecken behaftete Möglichkeit, psychische Erkrankungen zu therapieren.<sup>86</sup> Diesen Gedanken werde ich im Zusammenhang mit der Einführung des Megaphens aufgreifen.

Edward Shorter und sein Kollege David Healy charakterisieren in *Shock therapy* den Werdegang der Elektrokrampftherapie. Dabei stehen sie der pharmakologischen Revolution kritisch gegenüber, da durch Chlorpromazin und seine Nachfolger diese Therapieoption zunehmend verdrängt wurde.<sup>87</sup> Mehr zu diesem Thema findet sich im Abschnitt Kombinationsbehandlungen.

In einem Sammelband veröffentlichten Sibylle Brändli et al. Aufsätze zu Fallgeschichten der Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts.<sup>88</sup> Dabei unterteilen sie die Aufsätze in drei Kapitel. Das erste Kapitel zum Thema „Fallformen“ beschreibt den formalen Aufbau von Fallgeschichten. Die sich festigende Gliederung der Krankenakten trug im 19. und 20. Jahrhundert zu einem steigenden Informationsgehalt der Fallgeschichten bei. Des Weiteren wird im Kapitel „Transformation“ die Wandelbarkeit von Fällen charakterisiert. Zwei Autoren beschreiben Patienten, die sich dagegen wehrten, als psychiatrischer Fall instrumentalisiert worden zu sein. Außerdem wird rekonstruiert, wie ein Ereignis oder eine Person Gegenstand einer Fallgeschichte wird. Im letzten Kapitel unter dem Titel „Institutionelle Dynamik“ beschreiben die Autoren, wie das Leben der Patienten durch ambulante und stationäre psychiatrische Einrichtungen geprägt wurde.

Karen Nolte untersucht in *Gelebte Hysterie* ebenfalls Krankenakten der psychiatrischen Landesheilanstalt Marburg. Dabei wertet sie im Zeitraum von 1876 bis 1918

---

<sup>85</sup> Meier 2015, S. 315.

<sup>86</sup> Meier 2015, S. 305.

<sup>87</sup> Shorter Edward, Healy David, *Shock therapy. A history of electroconvulsive treatment in mental illness*, New Brunswick/New Jersey/London 2007.

<sup>88</sup> Brändli 2009.

Krankengeschichten von Patientinnen aus, die an nervösen und hysterischen Erkrankungen litten.<sup>89</sup> Anders als bisherige Studien zum Thema Hysterie analysiert die Studie ein breites soziales Spektrum an Patientinnen. Es zeigt sich, dass in Marburg der Erhebung der persönlichen und sozialen Lebensumstände sowie der subjektiven Krankheitswahrnehmung ein hoher Stellenwert zukam. Die Marburger Psychiater stellten die bis dato geltende gynäkologische Ätiologie der Hysterie infrage und vertraten diese als Nervenkrankheit. Auch hier wird der Reformcharakter der Landesheilanstalt Marburg, den ich zu Anfang beschrieb, ersichtlich.

Thomas Beddies und Andrea Dörries Analyse von Patientenakten der Wittenauer Heilstätten in Berlin ist in erster Linie eine statistische Auswertung.<sup>90</sup> Verglichen werden administrative, soziale und medizinische Informationen. Ein Fokus dieser Arbeit liegt ebenfalls auf der Auswertung der Aufenthaltsdauer und auf dem Vergleich medikamentöser Therapien um 1950. So nimmt in Berlin die Aufenthaltsdauer ab Mitte der 1950er-Jahre ebenso wie an der Marburger Klinik kontinuierlich ab.<sup>91</sup> Dies scheint in beiden Fällen mit einer Zunahme der Verordnung von Neuroleptika ab Mitte der 1950er-Jahre einherzugehen. So versechsfacht sich die Zahl der Therapien von Beginn bis Ende der 1950er-Jahre.<sup>92</sup>

Auch in der Arbeit von Sabine Hanrath wird der Zeitraum nach 1945 psychiatriehistorisch kontextualisiert. Sie behandelt dabei den Abschnitt der Nachkriegszeit bis zum Beginn der Psychiatriereform in den 1960er-Jahren. Sie vergleicht anhand zweier Anstalten die Entwicklung der Psychiatriegeschichte zwischen ehemaliger DDR und der Bundesrepublik.<sup>93</sup> Interessant für meine Arbeit sind zwei Themen: Zum einen hinterfragt Hanrath die Personalpolitik in den jeweiligen Einrichtungen und analysiert die Umsetzung der politischen Säuberung im Sinne der Entnazifizierung. Ebenso wie in Marburg kam es in den Anstalten in diesem Zuge zu klaren personellen Brüchen. Dabei wurde dieser Prozess in der ehemaligen sowjetischen Besatzungszone deutlich früher abgeschlossen als in der

---

<sup>89</sup> Karen Nolte, *Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900*, Frankfurt a. M. 2003.

<sup>90</sup> Thomas Beddies, Andrea Dörries, *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum 2001.

<sup>91</sup> Beddies/Dörries 2001, S. 253.

<sup>92</sup> Beddies/Dörries 2001, S. 377.

<sup>93</sup> Sabine Hanrath, *Zwischen ‚Euthanasie‘ und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1964)*, Paderborn 2002.



Bundesrepublik.<sup>94</sup> Außerdem untersucht sie die therapeutische Praxis. Dabei geht sie der Frage nach, ob es zu einer Fortsetzung gängiger Behandlungsmethoden oder zu einer Neuausrichtung kam. So wurde in beiden Anstalten auf das gängige Verfahren der Schocktherapie zurückgegriffen. Zu Beginn der 1950er-Jahre wurden nahezu zeitgleich in den Kliniken der BRD als auch der DDR Psychopharmaka in die Behandlung eingeführt. Dabei waren die Medikamente in der DDR kaum nutzbar, da sie aus dem Westen importiert werden mussten.<sup>95</sup> In der BRD standen die neuen Psychopharmaka in weit größerem Maß zur Verfügung, weshalb es hier in Analogie zur Marburger Klinik zu einer breiten Anwendung kam.

Werden speziell die Werke zur Psychiatriegeschichte nach 1945 betrachtet, so ist die Arbeit von Viola Balz maßgeblich. Sie beschreibt in ihrem Buch die Erprobung des Megaphens vor allem im Jahre der Einführung 1953 an der Heidelberger Klinik und beleuchtet kritisch die Verwendung des Medikamentes im klassisch paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis der Klinik.

Zweifelsohne stehen Kranken- und Fallakten immer mehr im Fokus wissenschaftlicher Studien. So bemerkten bereits die englischen Forscher Risse und Warner, dass man „mit solchen klinischen Dokumenten [...] nicht nur das, was Doktoren sagten und schrieben, sondern auch die Praxis der Wissenschaft und die Herstellung von Wissen in den Blick nehmen“<sup>96</sup> könne.

Nachdem ein Überblick zur Vergleichsliteratur gegeben wurde, soll es nun um den speziellen Aufbau der Krankenakten aus der Landesheilanstalt Marburg der 1950er-Jahre gehen. Um den Aufbau besser nachvollziehen zu können, findet sich im Anhang eine exemplarische Akte.<sup>97</sup>

Das Quellenmaterial des Bestandes K 16 zeigt einen guten Zustand. Die Akten befinden sich in einem Kartoneinband und beginnen zumeist (73 von 84 Fällen) mit zwei Patientenfotografien, die auf die Kartonage geklebt wurden und auf deren Bedeutung später eingegangen werden soll. Das Papier ist kaum vergilbt oder brüchig, auch die Schrift ist

---

<sup>94</sup> Hanrath 2002, S. 241–242, S. 463.

<sup>95</sup> Hanrath 2002, S. 456, S. 470.

<sup>96</sup> G. Risse, J. Warner, *Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History*, in: *Social history of medicine*, 5/1992, S. 183–205.

<sup>97</sup> Siehe Anhang.

noch immer kräftig und lesbar. Auf dem Deckblatt einer jeden Akte steht an oberster Stelle die Diagnose. Zudem wurden die Patientendaten vermerkt, wozu

- Aufnahme- und Entlassungsdaten sowie
- Geburtsdatum und -ort zählen.

Nachfolgend wurden der Arztbrief des einweisenden Arztes, eine eventuelle richterliche Anordnung oder allgemeine Gründe, die zur Aufnahme geführt haben, angegeben. Das Aufnahmegespräch beziehungsweise die Anamnese wurden protokollarisch mit den Worten des Arztes vermerkt. Dies geschah entweder am Tag der Aufnahme oder bei besonders unruhigen, schwer zu führenden Patienten am darauffolgenden Tag. In manchen Fällen wurde eine genauere Exploration durchgeführt, in der mit kurzen Aufgaben die kognitiven Fähigkeiten des Patienten geprüft wurden. Wenn Angehörige den Patienten zur Aufnahme begleiteten, wurde mit den anwesenden Personen darüber hinaus ein kurzes Gespräch zur Fremdanamnese des Patienten geführt. Nachfolgend wurde die körperliche und neurologische Untersuchung des Patienten dokumentiert. Nach deren Durchführung wurde der psychische Status des Patienten zusammengefasst. Abschließend wurde die vorläufige Diagnose festgehalten, zum Teil auch die angestrebte Therapie. Häufig wurde vermerkt, welches Medikament (inkl. Dosierung) verabreicht werden soll. Im Anschluss folgte das Kernstück der Patientenakte, die Krankengeschichte, die sich aus Arzt- und Pflegeberichten zusammensetzt. Die Arztberichte umfassten je nach Umstand meist nur ein paar Zeilen bis hin zu mehreren Seiten. Die Pflegeberichte wurden meist knappgehalten und fassten in wenigen Zeilen die wichtigsten Vorkommnisse zusammen. Anlass für Einträge beider Parteien war in der Regel eine Zustandsänderung des Krankheitsbildes oder Auffälligkeiten wie unruhiges Verhalten oder Ungehorsam. Abschließend wurden die Medikamentennachweise abgeheftet, die Eintragungen zum Datum der Verabreichung und zur Dosierung des Medikamentes beinhalten. Bei älteren Akten wurden hier ebenso die Nachweise über Elektroschock- und Insulintherapien eingeordnet. Weitere Bestandteile der Akten stellen Briefe von und an ärztliche Kollegen, Briefe von Angehörigen, richterliche Beschlüsse, Konsile etc. dar, die den Inhalt vervollständigen.

Einen ähnlichen Aufbau der Krankenakten beschreibt Karen Nolte, die solche der Landesheilanstalt zwischen 1876 und 1918 untersuchte. Bereits 50 Jahre zuvor zeigten die Marburger Krankenakten einen ähnlich stringenten Aufbau.<sup>98</sup>

Die Einträge des Pflegepersonals und der Ärzteschaft erfolgten nur bei Änderung des Zustandsbildes. Ferner wurden unerwünschtes Verhalten und unpassende Bemerkungen der Patienten dokumentiert. Einträge von Pflegekräften wurden in meist sauberer, gut leserlicher Handschrift geführt, während die ärztlichen Einträge teils handschriftlich, teils per Schreibmaschine erfolgten. Leider sind die handschriftlichen Einträge der Ärzte meist schwierig lesbar und zum Teil in unsauberer Handschrift verfasst, sodass davon ausgegangen werden muss, dass diese größtenteils in Eile geschrieben wurden. Bei Verwendung der Schreibmaschine wurde weniger unter Zeitdruck gearbeitet und die Eintragungen entweder nach reiflicher Überlegung oder während eines ausführlichen Gespräches vorgenommen. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, dass die handschriftlichen Einträge eher situativ und mit zeitlichem Bezug und die Schreibmaschineneinträge sowohl zeitlich als auch lokal distanziert getätigt wurden. In wenigen Ausnahmen wurden Explorationen, das heißt die Aufnahmegespräche mit den Patienten, welche zum Teil in wörtlicher Rede niedergeschrieben wurden, auch per Schreibmaschine verfasst.

Geführt wurden die Akten, um die allgemeine Dokumentationspflicht zu wahren. Im Zweifelsfall konnte so das ärztliche Vorgehen gerechtfertigt und der Krankheitsverlauf des Patienten nachvollzogen werden. In speziellen Fällen wurden die Berichte auch mit dem Ziel verfasst, dass sowohl der Arzt als auch das Pflegepersonal den Verlauf der Behandlung anhand der Mitschriften rekapitulieren konnten.<sup>99</sup> So stellen Hoffmann-Richter et al. vor allem die juristische Bedeutung der Aktendokumentation in den Vordergrund und nennen als Adressaten insbesondere Gutachter, Krankenkassen, Versicherungsträger und die Polizei.<sup>100</sup> Im Rahmen eines Erfahrungsaustausches können jedoch auch medizinische Fachexperten oder Ärzte anderer Kliniken als Zielgruppe Erwähnung finden.<sup>101</sup>

---

<sup>98</sup> Nolte 2003, S. 25.

<sup>99</sup> Ulrike Hoffmann-Richter, Jörg Jeger, Holger Schmidt, Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Theorie, Methodik und Praxis, Stuttgart 2012, S. 246, S. 251.

<sup>100</sup> Hoffmann-Richter et al. 2012, S. 43, S. 47.

<sup>101</sup> Hoffmann-Richter et al. 2012, S. 47, S. 246.

Um eine Kontinuität von Personen und therapeutischen Ansätzen von der NS-Zeit bis in die Nachkriegszeit feststellen zu können, wird untersucht, ob Ärzte, die während der NS-Zeit praktiziert haben, weiterhin in der Klinik tätig waren und ob deren Umgangsweisen im Patientenkontakt sich analog verhielten. Anhand der Krankenakte soll nachvollzogen werden, ob dies signifikante Auswirkungen für die Patienten hatte. Aus den Personalakten<sup>102</sup> des Archivs geht hervor, dass lediglich drei Ärzte, die schon zu Zeiten des Nationalsozialismus in der Klinik beschäftigt waren, auch nach dem Krieg weiterhin tätig wurden bzw. eine neue Anstellung erhielten.

So enthält der Bestand Personalakten von Prof. Dr. Albrecht Langelüddeke (1889–1977), der von 1937 bis 1941 und von 1946 bis 1954 in Marburg als Arzt beschäftigt war. Im Zeitraum von 1941 bis 1945 befand er sich im Krieg und im Anschluss kurzzeitig in Kriegsgefangenschaft. Im Januar 1946 wurde er auf Weisung der amerikanischen Militärregierung aus dem öffentlichen Dienst entlassen, da er als NSDAP-Mitglied fungiert hatte. Seine Wiedereinstellung erfolgte jedoch bereits zum 1. April 1949, ab dem November selbigen Jahres wirkte er sogar erneut als Landesobermedizinalrat. Seine Dienstzeit endete 1954.<sup>103</sup>

Ferner war eine Assistenzärztin von 1939 bis 1948 in Marburg beschäftigt, jedoch erfolgte 1948 ihre Entlassung wegen Morphiummissbrauchs.<sup>104</sup> Außerdem ist die Personalakte von Dr. Hermann Giese (1882–1946) enthalten, der als Landesmedizinalrat tätig war, allerdings bereits am 1. Juni 1946 starb.<sup>105</sup> Es lässt sich festhalten, dass die Klinik auch in den 1950er-Jahren personell von den Einflüssen der NS-Herrschaft geprägt war. Allen voran ist hier die Tätigkeit von Prof. Langelüddeke zu nennen, der bis 1954 als Arzt in der Landesheilanstalt Marburg tätig war. Es wird eine Analogie zu den Erkenntnissen von Sabine Hanrath sichtbar. Sie stellt fest, dass in den Kliniken die personelle Neuorientierung überwog, der endgültige Entnazifizierungsprozess in den Einrichtungen der BRD wesentlich langsamer verlief als in denen der DDR.<sup>106</sup> So überwogen in Marburg die personellen Brüche, eine endgültige Entnazifizierung war jedoch erst mit dem Ende der Dienstzeit Langelüddekes zu verzeichnen.

---

<sup>102</sup> LWV Archiv, Personalakten Bestand 16, Personalakten Bestand 100.

<sup>103</sup> LWV Archiv, Personalakten Bestand 16, Personalakte 314.

<sup>104</sup> LWV Archiv, Personalakten Bestand 16, Personalakte 304.

<sup>105</sup> LWV Archiv, Personalakten Bestand 100, Personalakte H. Giese.

<sup>106</sup> Hanrath 2002, S. 241, S. 463.

Das paternalistische Arzt-Patienten-Modell, das der Beziehung beider Parteien bis Mitte des 20. Jahrhunderts zugrunde lag, zeichnet sich auch in den Krankengeschichten der Marburger Landesheilanstalt ab. Der Arzt ist dabei am besten geeignet, medizinische Entscheidungen zu treffen. Der Patient nimmt weiterhin die passive Rolle ein und dient lediglich dazu, dem Arzt die nötigen Informationen über die wahrgenommenen Krankheitszeichen zu liefern.<sup>107</sup> Der Arzt fungiert weiterhin als vorrangiger Entscheidungsträger, um nach seinen Vorstellungen über das therapeutische Regime des Patienten zu entscheiden. Die Ärzteschaft orientierte sich dabei wohl an bis dahin geltender Rechtsprechung des Reichsgerichts von 1940, wobei auf eine umfassende Aufklärung verzichtet werden kann, wenn der Krankheitsverlauf dadurch beeinträchtigt würde.<sup>108</sup> Erst langsam gab es vermehrt Rechtsurteile zur Aufklärungspflicht der Ärzte. So heißt es in einem Urteil des OLG Frankfurt von 1951, dass die Aufklärung des Patienten über Art und Folgen der Behandlung informieren und nicht dem Ziel der bloßen Einwilligung dienen solle.<sup>109</sup> Helmut E. Erhardt<sup>110</sup> formulierte 1952 den Gedanken vieler Ärzte, dass die zunehmende Zahl an Rechtsurteilen zur ärztlichen Handlungsweise das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient in Mitleidenschaft zöge und die Authentizität des Arztes verloren ginge. Daher war es in dieser Zeit nicht untypisch, dass der Aufklärungspflicht nicht nachgekommen und nationalsozialistisches Vokabular weiterhin genutzt wurde.<sup>111</sup> Im Falle der Marburger Klinik wird diese Handlungsleitlinie vor allem durch die große Zahl an Behandlungen sichtbar, die ohne vorherige Aufklärung über Art und Weise des Vorgehens durchgeführt wurden. Dies führte teilweise dazu, dass Patienten nicht verstanden, warum sie bestimmte Medikamente einnehmen sollten und sich gegen die Behandlung sträubten. So wurde ein Patient beispielsweise aggressiv gegen das Personal, als ihm seine Megaphendosis oral verabreicht werden sollte. Die Dosis wurde daraufhin injiziert, wobei der Patient von mehreren Pflegern festgehalten wurde.<sup>112</sup> Ein anderer Patient, wegen Depression mit Suizidgefahr in Behandlung, verweigerte an einem Tag die Nahrungs- und

---

<sup>107</sup> [http://kurse.fh-regensburg.de/kurs\\_20/kursdateien/inko/2006-01.pdf](http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/inko/2006-01.pdf), S. 3, 29.06.2018.

<sup>108</sup> Thorsten Noack, Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Juristische Entscheidungen, Rechtspolitik und ärztliche Positionen 1890–1960, Berlin 2004, S. 168.

<sup>109</sup> Noack 2004, S. 172.

<sup>110</sup> Helmut E. Erhardt: (1914–1997) Psychiater, seit 1937 Mitglied der NSDAP, Gutachter des Erbgesundheitsgerichts, in der Bundesrepublik Berater bei der Entschädigung Zwangssterilisierter.

<sup>111</sup> Noack 2004, S. 174.

<sup>112</sup> Patient P. F., Bestand K 16, Nr. 12895, Eintrag vom 08.06.1956.

Flüssigkeitsaufnahme, was zur Verabreichung erhöhter Megaphendosen mit anschließender Sedierung führte.<sup>113</sup>

So haftete dem neuen Medikament Chlorpromazin vor allem der Ruf der Ungefährlichkeit und großen therapeutischen Breite an.<sup>114</sup> Der Schreckenscharakter, den die bis dahin geläufige Elektroschocktherapie innehatte, schien verschwunden. Außerdem wurden nun rational-wissenschaftliche und humanitäre Beweggründe für den Einsatz des neuen Medikamentes im Sinne des medizinischen Fortschritts in den Vordergrund gestellt, was rechtfertigen sollte, warum keine explizite Einwilligung mehr in die Behandlungsweise gefordert war.<sup>115</sup>

In wenigen Fällen kam es zu dokumentierten Ablehnungen der Patienten gegenüber Injektionen, Dosiserhöhungen und Zwangsmaßnahmen. In sieben Fällen wurde gar eine erfolgreiche Flucht aus der Klinik beschrieben. So kann in einem Patientenfall ein Zusammenhang zwischen dem Widerstreben gegen die Behandlung und einem Fluchtversuch nachgewiesen werden. Der Patient schien sich in der Klinik sehr unwohl zu fühlen und klagte über die starke Schläfrigkeit unter der Megaphentherapie. Er äußerte mehrfach Entlassungswünsche, denen nicht entsprochen wurde. Letztendlich entwich der Patient nach dreimonatiger Behandlung. Von der Polizei in die Klinik zurückgebracht, forderten nun auch die Angehörigen eine Entlassung des Patienten. Diesem Wunsch wurde auf Druck der Familie stattgegeben.<sup>116</sup> Auch eine 18-jährige Patientin, die von den Ärzten als „debile, affektlabile jugendliche Psychopathin“ beschrieben wurde, reagierte auf die Behandlung in der Marburger Klinik mit Ablehnung und mehrfachen, zum Teil erfolgreichen Fluchtversuchen.<sup>117</sup>

Wie bereits erwähnt, wurden die Einträge zur Krankengeschichte vor allem im Rahmen einer Zustandsänderung des Patienten vorgenommen. Die Berichte wurden je nach Vorkommnissen mit täglichen, wöchentlichen oder monatlichen Einträgen geführt. Nach heutigen Maßstäben wäre eine objektive Darstellung des Patientenzustandes selbstverständlich, sodass in den Akten der Behandlungsfortschritt, Nebenwirkungen sowie

---

<sup>113</sup> Patient B. T.-M., Bestand K 16, Nr. 14134, Eintrag vom 18.03.1957.

<sup>114</sup> Noack 2004, S. 176.

<sup>115</sup> Noack 2004, S. 179; vgl. Meier 2015, S. 305.

<sup>116</sup> Patient R. L., Bestand K 16, Nr. 12923, Arztberichte vom 18./20.07./23.09./19.10.1956.

<sup>117</sup> Patientin P. U., Bestand K 16, Nr. 13922, Epikrise, Arztberichte vom 21.04.1958, 03.07.1958 und 04.08.1958.

Äußerungen des Patienten zur erfahrenen Behandlung als klassische Elemente enthalten sein müssten. In den damaligen Berichten finden sich jedoch kaum Angaben zu etwaigen Nebenwirkungen und ebenso selten zu Äußerungen des Patienten, welche gegen die Behandlung gesprochen hätten. Einträge, aus denen indirekt auf ein Missfallen der Behandlung geschlossen werden kann, führten zu Dosiserhöhungen oder Zwangsmaßnahmen. Begründet wurde dies durch die Verweigerung der Medikation, Unruhe des Patienten oder wie beschrieben, durch teils erfolgreiche Fluchtversuche. So wurde bei einem Patienten<sup>118</sup> nach 10-tägiger Behandlung mit Megaphen notiert, dass er jetzt wieder „öfters Stimmen hörte“<sup>119</sup>. Da er am Abend die Einnahme des Megaphens verweigerte, erhielt er die Dosis per Injektion. In den Pflegeberichten wird die Situation des Patienten häufig situationsnaher dargestellt, da entsprechend häufiger als in den Arztberichten vom Missfallen einer Behandlung oder Entlassungswünschen berichtet wird. So findet sich im eben geschilderten Patientenbeispiel kein entsprechender Eintrag in den Arztberichten. Die regelmäßigen Eintragungen des Pflegepersonals wurden sorgfältig in sauberer Handschrift auf den jeweiligen Stationen geschrieben. Bei den Arztberichten ist zu vermuten, dass die Eintragungen teilweise auf der Station, aber auch außerhalb der Klinik getätigt wurden, da, wie eingangs durch Balz beschrieben, Akten von Ärzten mit nach Hause genommen wurden, um diese fertigzustellen.<sup>120</sup>

Ein anderes Beispiel zeigt auf, wie stark Pflege- und Arztberichte differieren können.<sup>121</sup> So wird bei einem Patienten von ärztlicher Seite am 08.10.1956 eine zunehmende Unruhe in den letzten Tagen bemerkt.<sup>122</sup> Zuvor sind jedoch über einen Zeitraum von 21 Tagen keine ärztlichen Einträge erfolgt, wohingegen sich in dieser Zeitspanne in den Pflegeberichten sieben Einträge finden lassen, die aggressive Handlungen gegenüber Mitpatienten, Auf- und Ablaufen am Fenster oder das Werfen von Seifenstücken auf andere Patienten dokumentieren.<sup>123</sup> Das Patientenbeispiel verdeutlicht, dass die Pflegenden das Alltagsgeschehen mit mehr Nähe verfolgten. Daher war eine Therapieumstellung häufig das Resultat aus den Beobachtungen des Pflegepersonals. Auch in diesem Fall veranlasste es

---

<sup>118</sup> Patient P. G., Bestand K 16, Nr. 12921.

<sup>119</sup> Patient P. G., Bestand K 16, Nr. 12921, Pflegebericht vom 15.07.1956.

<sup>120</sup> Balz 2010, S. 159.

<sup>121</sup> Patient B. K., Bestand K16, Nr. 12935.

<sup>122</sup> Patient B. K., Bestand K16, Nr. 12935, Arztbericht vom 08.10.1956.

<sup>123</sup> Patient B. K., Bestand K16, Nr. 12935, Pflegeberichte vom 18.09.–05.10.1956.

die Ärzte zu einer Verdoppelung der Megaphendosis.<sup>124</sup> Bei selbigem Patienten traten im Oktober 1956 vermehrt Krampfanfälle auf. In den Arztberichten wurde am 16.10.1956 von „sieben schweren Krampfanfällen“ berichtet, wohingegen die Pflegeberichte zusätzlich Krampfanfälle am 13./14.10.1956 protokollierten.<sup>125</sup>

Wie bereits erwähnt, waren kurzfristige Zustandsänderungen für einen Eintrag ausschlaggebend, aber auch dauerhaft anhaltende Verhaltenszustände des Patienten, die in knapper Form beschrieben wurden. Diese Vorgehensweise erläutern auch Hoffmann-Richter et al. So werden Normalbefunde nur summarisch aufgeführt, pathologische Befunde werden hingegen sorgfältig dokumentiert.<sup>126</sup>

Abschließend möchte ich auf die Bedeutung der Patientenfotos sowohl für das Quellenmaterial als auch für die Charakterisierung eines einzelnen Patienten eingehen. Ein Großteil der Akten<sup>127</sup> wird von Patientenfotos eröffnet, wie es etwa seit den 1920er-Jahren für die Psychiatrie typisch ist.<sup>128</sup> Die Patientenfoto soll umfassend das Informationsmaterial Krankenakte ergänzen, um so einen ganzheitlichen Eindruck über den jeweiligen Patienten gewinnen zu können.

So vergleicht Helen Bömelburg Patientenfotos aus den psychiatrischen Heilanstalten Friedrichsberg, Gießen und Göppingen. Sie stellt etwa ab 1920 einen Standardisierungsprozess fest, der den Kopf des Patienten in frontaler Ansicht, meist vor neutralem Hintergrund, zeigt.<sup>129</sup> In den Anstalten Göppingen und Gießen wurden die Patienten in dieser Position bis zur Brust abgelichtet. In Analogie dazu, zeigt sich auch in Marburg diese Darstellungsweise bei den Patientenfotos. (Abb. 2 und 3)

---

<sup>124</sup> Patient B. K., Bestand K16, Nr. 12935, Medikamentennachweise 09.10.1956.

<sup>125</sup> Patient B. K., Bestand K16, Nr. 12935, Arztbericht vom 16.10.1956, Pflegeberichte vom 13.10.1956, 14.10.1956, 16.10.1956.

<sup>126</sup> Vgl. Hoffmann-Richter et al., Stuttgart 2012, S. 38–39.

<sup>127</sup> 73 der 84 untersuchten Akten.

<sup>128</sup> Helen Bömelburg, *Der Arzt und sein Modell. Porträtfotografien aus der deutschen Psychiatrie 1880 bis 1933*, Stuttgart 2007, S. 73, S. 83.

<sup>129</sup> Bömelburg 2007, S. 73, S. 83.





Abbildung 2: Patientin W. H., Aufenthalt 28.03.1956–05.10.1956<sup>130</sup>

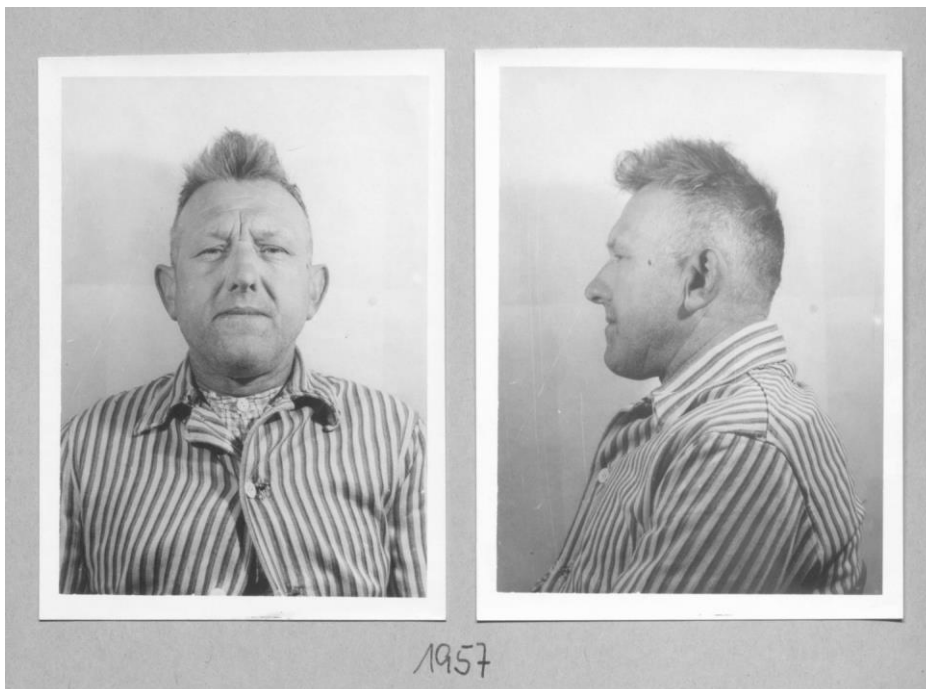


Abbildung 3: Patient K. J., Aufenthalt 12.03.1957–04.06.1957<sup>131</sup>

<sup>130</sup> Pat. W. H., Bestand K 16, Nr. 13.693.

<sup>131</sup> Pat. K. J., Bestand K 16, Nr. 13.128.

Zum einen diente die Patientenfotografie dazu, den Eindruck über den jeweiligen Patienten zu vervollständigen. Zum anderen sollte der Schauplatz für Ort und Entstehung psychischer Krankheiten, nämlich der Kopf des Patienten, in den Fokus der Betrachtung gerückt werden. Daher erinnerten die Fotografien wie auch in der Klinik Friedrichsberg stärker an die Technik der Kriminalfotografien, die bis heute gebräuchlich ist und ab den 1920er Jahren verstärkt in die Psychiatrie Einzug hielt.<sup>132</sup> Typisch für die Kriminalfotografie ist ein Doppelportrait von Kopf und/oder Oberkörper von vorn und im Profil, wobei ein neutraler Hintergrund und Gesichtsausdruck gewählt werden.<sup>133</sup> Da die Marburger Akten von einer Fotografie von vorn und im Profil mit immer gleicher, versteineter Mimik eröffnet werden, können von der Marburger Patientenfotografie Parallelen zur kriminalistischen Technik gezogen werden. Die Anstaltsfotografie glich sich ab diesem Zeitraum immer mehr der Kriminalfotografie an, daher übertrug sich die Stigmatisierung als Kriminelle im bildlichen Sinne ebenfalls auf die Patienten. Durch die Separierung als gesellschaftliche Randgruppe wurden die psychiatrischen Patienten sowohl in Marburg als auch in den Anstalten Göppingen und Gießen in den nachfolgenden Jahren abgesondert. Durch die aufkommende, rassenhygienische Entwicklung des Nationalsozialismus wurde dieser Trend enorm verstärkt.<sup>134</sup>

Aufgezeigt wurde, wie die Krankenakten der Marburger Landesheilanstalt in Bild und Schrift einen umfassenden Einblick in die Praxis der wissenschaftlichen Betrachtung eines Menschen geben und im vorliegenden Fall vor allem Aufschluss über die Anwendung des neuen Medikamentes Megaphen im Anstaltsalltag gewähren.

---

<sup>132</sup> Bömelburg 2007, S. 73–74, 83, 194.

<sup>133</sup> Bömelburg 2007, S. 188–189.

<sup>134</sup> Bömelburg 2007, S. 201–202.

## 2. Die Bedeutung des Megaphens für die Aufnahmezahlen

Um die Auswirkungen der Einführung des Megaphens in der Marburger Klinik beurteilen zu können, ist es in erster Linie von Bedeutung, sich die Aufnahmezahlen anzuschauen, um den Zusammenhang zwischen der Rolle der Neuroleptika und dem Behandlungsgemeindegemeinschaft beurteilen zu können. Dabei steht die Frage im Vordergrund, ob es durch die Einführung des neuen Medikamentes zu einer vermehrten Aufnahme in der Marburger Klinik kam.<sup>135</sup> So zitiert Viola Balz einen Autor, der am Beispiel der Rheinischen Krankenhäuser feststellt, dass die Aufnahmezahlen bis in die 1970er-Jahre stetig zunahmen.<sup>136</sup> Sie stellt bei eigenen Untersuchungen der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg fest, dass die Aufnahmezahlen von 1946 bis 1950 um mehr als ein Drittel pro Jahr stiegen. Nach 1950 sanken sie wieder leicht. Ferner zitiert sie Autoren, die die gesunkenen Aufnahmezahlen der Heidelberger Klinik mit der Einführung des Chlorpromazins in Verbindung bringen.<sup>137</sup>

Um zu prüfen, wie sich die Therapie mit Megaphen auf die Aufnahmezahlen der Landesheilanstalt Marburg ausgewirkt hat, stellt die Auswertung der Aufnahmebücher die Quellenbasis dar. Diese wurden, nach Geschlechtern getrennt, geführt. Um einen groben zeitlichen Überblick zu gewinnen, habe ich drei Aufnahmebücher der Frauen aus den Jahren 1944 bis 1962<sup>138</sup> und drei der Männer aus den Jahren 1943 bis 1964<sup>139</sup> ausgewertet. In den Aufnahmebüchern sind die Patienten mit fortlaufender Aufnahmeummer chronologisch nach Datum der Aufnahme eingetragen.

---

<sup>135</sup> Vgl. Balz 2010, S. 23.

<sup>136</sup> Balz 2010, S. 22.

<sup>137</sup> Balz 2010, S. 167.

<sup>138</sup> LWV Archiv, Aufnahmebücher: 1. Frauen Jahrgang 1944–1951, Bestand K 16, Nr. 945 (10357–12060); 2. Frauen Jahrgang 1951–1957, Bestand K 16, Nr. 946 (12061–14044); 3. Frauen Jahrgang 1957–1962, Bestand K 16, Nr. 947 (14045–16070).

<sup>139</sup> LWV-Archiv, Aufnahmebücher: 1. Männer Jahrgang 1943–1952, Bestand K 16, Nr. 952 (10075–11765); 2. Männer Jahrgang 1952–1959, Bestand K 16, Nr. 953 (11766–13850); 3. Männer Jahrgang 1959–1964, Bestand K 16, Nr. 954 (13851–15390).

Die Einteilung erfolgte nach:

- fortlaufender Aufnahmeummer,
- Namen,
- Geburtsdatum,
- Religion,
- Beruf,
- Geburtsort,
- Wohnort,
- Aufnahme- und Entlassungsdatum,
- Grund der Entlassung,<sup>140</sup>
- Name und Stand der Ehefrau/des Ehemannes,
- Namen und Stand der Eltern,
- Klasse,<sup>141</sup>
- Kostenträger,
- Staatsangehörigkeit und
- Bemerkung.<sup>142</sup>

In den drei ausgewerteten Aufnahmebüchern der Frauen sind die Jahre 1945–1961 und in den drei Büchern der Männer die Jahre 1944–1963 vollständig aufgeführt. Um herauszuarbeiten wie die Aufnahmezahlen in Verbindung mit der Einführung des Megaphens stehen und damit Bezug zu Balz Beobachtungen ziehen zu können, habe ich die Aufnahmezahlen im Zeitraum zwischen 1945 und 1960 verglichen.

---

<sup>140</sup> Zum Beispiel Besserung oder Heilung.

<sup>141</sup> 1. oder 2. Klasse.

<sup>142</sup> Hier wurde die Nummer von vorhergehenden oder zukünftigen Aufenthalten ergänzt.

Die folgenden Diagramme stellen die Aufnahmezahlen entsprechender Jahre dar:

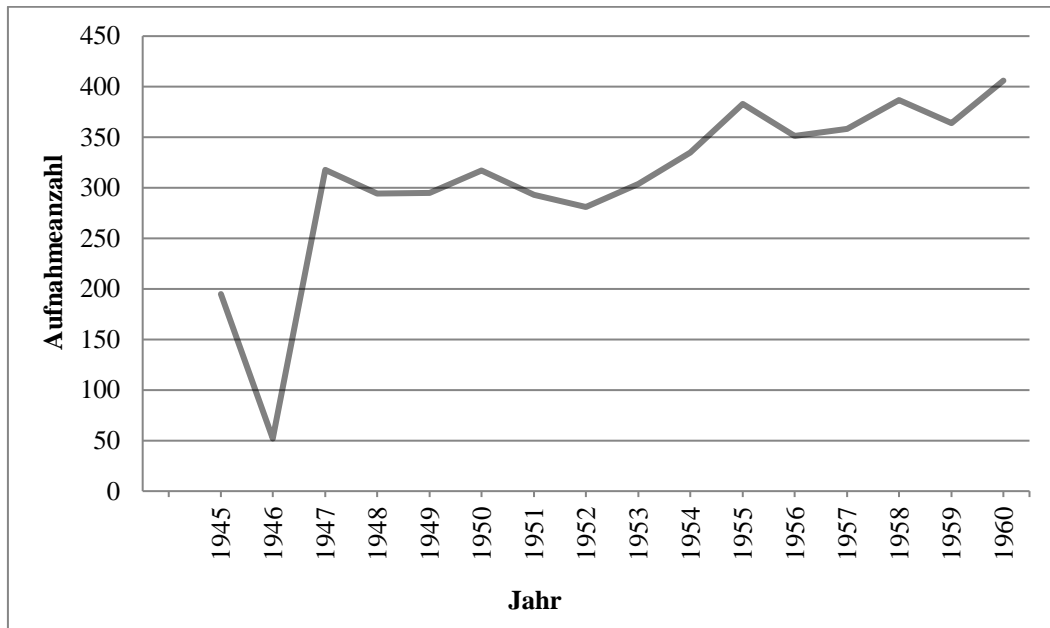


Diagramm 1: Aufnahmezahlen der Frauen 1945–1960<sup>143</sup>

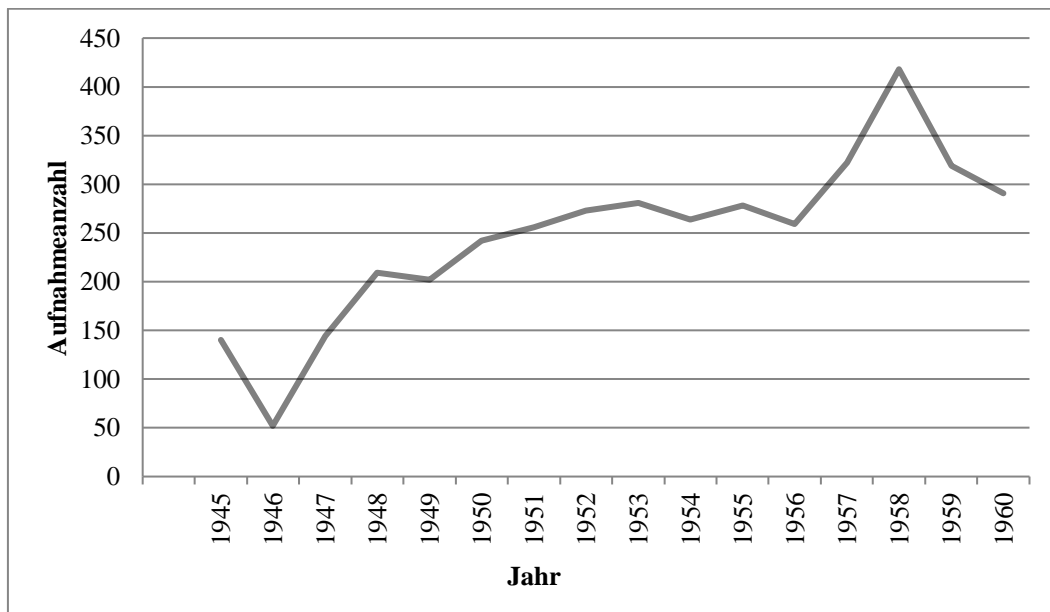


Diagramm 2: Aufnahmezahlen der Männer 1945–1960<sup>144</sup>

<sup>143</sup> Daten erhoben aus den Aufnahmebüchern der Frauen von 1945–1961.

<sup>144</sup> Daten erhoben aus den Aufnahmebüchern der Männer von 1944–1963.

Es ist zu erkennen, dass die Aufnahmezahlen in den Jahren 1945/1946 einen starken Einbruch erlebten und in den folgenden Jahren auf das Fünf- bis Sechsfache anstiegen. Hier lassen sich Parallelen zur Heidelberger Klinik ziehen, da sich das Tief der Aufnahmezahlen in den Jahren 1944–1946 wohl am ehesten mit dem Ende des Zweiten Weltkrieges begründen lässt. Zu dieser Zeit wurde das Gelände der LHA als Lazarett zweckentfremdet, sodass analog die Zahl der in psychiatrischer Behandlung befindlichen Patienten in Verbindung mit der Bettenanzahl gesenkt wurde. Die Anstalt war zunächst für die Behandlung von insgesamt 700 Kranken vorgesehen, in Kriegszeiten wurde diese Zahl auf 300 Kranke reduziert.<sup>145</sup> Der Anstieg der Patientenzahlen kann mit der wirtschaftlichen Erholung des Landes in der Nachkriegszeit in Zusammenhang gebracht werden. Ebenso war eine Nutzung der LHA als Lazarett nicht mehr vonnöten, sodass die Klinik ihren ursprünglichen Zweck verfolgen konnte. Mit Einführung von Megaphen in der Marburger Klinik lässt sich in den 50er-Jahren im Gegensatz zur Heidelberger Klinik kein Abfall der Patientenzahlen beobachten. Auch nach 1954, dem Jahr der Einführung von Megaphen in der Marburger Klinik, kommt es weiterhin zu einem leichten Anstieg der Aufnahmezahlen. Werden die Marburger Aufnahmezahlen insgesamt betrachtet und Zahlen zu Beginn der 50er-Jahre mit denen zu Beginn der 60er-Jahre verglichen, lässt sich eine Erhöhung der Aufnahmen um etwa 25 % erkennen. Allerdings ist der Anstieg der Neuaufnahmen allein kein hinreichender Beleg für die Wirksamkeit von Megaphen. Hierzu ist weiteres Datenmaterial heranzuziehen, wie u. a. die durchschnittliche Aufenthaltsdauer sowie die Zahl der Wiederaufnahmen.

So konstatiert Balz für die Heidelberger Klinik, dass sich die Aufenthaltsdauer verringerte und die Zahl der Wiederaufnahmen mit Einführung von Megaphen anstieg. Sie nennt aber auch andere Autoren, die eine längere Verweildauer unter der neuen medikamentösen Behandlung konstatierten.<sup>146</sup> Ähnliche Beobachtungen wie Balz macht auch Sabine Hanrath in Bezug auf die Westfälischen Landeskrankenhäuser zwischen 1950 und 1955. Auch sie betont, dass es vermehrt zu neuerlichen Einweisungen kam und sich die Aufenthaltsdauer verkürzte.<sup>147</sup>

---

<sup>145</sup> Roland Müller, Keine Irren-Heilanstalt für Kurhessen, Psychiatriegeschichte im Spiegel einer ergebnislosen Diskussion zwischen 1806 und 1864, in: Christina Vanja et al. (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 309.

<sup>146</sup> Balz 2010, S. 22.

<sup>147</sup> Hanrath 2002, S. 322.

Um auch die Aufenthaltsdauer und die Zahl der Wiederaufnahmen in Marburg vergleichen zu können, habe ich die Jahre 1954 und 1956 statistisch erfasst (Tab. 1). Zum einen habe ich das Jahr 1954 gewählt, d. h. das Jahr, in dem Megaphen in die Klinik eingeführt wurde. Auf der anderen Seite habe ich das Jahr 1956 untersucht, da das Medikament seit diesem Jahr großflächig zum Einsatz kam. Die Analyse der Aufnahmedaten hat ergeben, welche Patienten zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgenommen wurden, da unter dem Punkt „Bemerkungen“ in den Aufnahmebüchern die Aufnahmeummern vorheriger und zukünftiger Aufenthalte ergänzt wurden.

	Frauen		Männer	
	1954	1956	1954	1956
durchschnittliche Aufenthaltsdauer	166 Tage	169 Tage	213 Tage	164 Tage
Zahl der Wiederaufnahmen	99 Pat. = 29,5 %	123 Pat. = 35 %	71 Pat. = 27 %	83 Pat. = 32 %

Tabelle 1: Aufnahmedaten Männer/Frauen im Vergleich 1954 mit 1956

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Frauen hat sich, wenn beide Jahre verglichen werden, kaum geändert, wohingegen sie sich bei den Männern um fast ein Viertel verringerte. Eine leichte Verkürzung der Aufenthaltsdauer ist somit erkennbar, lässt sich jedoch nicht in dem von Balz in Heidelberg und Hanrath an den Westfälischen Landeskrankenhäusern beschriebenen Umfang nachweisen. In jenen psychiatrischen Kliniken ist eine deutliche Erhöhung der Wiederaufnahmen erkennbar. Wird die Zahl der Wiederaufnahmen in Marburg herangezogen, so sind die Beobachtungen der Autorinnen zu bestätigen, da die Quote der Wiederaufnahmen bei den Frauen einen Zuwachs von 29,5 % auf 35 % und bei den Männern von 27 % auf 32 % erfuhr. Festzuhalten ist, dass es in Marburg nur

zu einer geringen Verkürzung der Aufenthaltsdauer, aber zu einem deutlichen Anstieg der Wiederaufnahmen im Zeitraum nach Einführung des Medikamentes kam.

Es stellt sich daher die Frage, in welchem Zusammenhang dies mit dem Behandlungserfolg durch Megaphen steht. Die verkürzten Aufenthalte können als Behandlungserfolg im Sinne einer raschen Besserung gewertet werden, wobei die hohe Zahl der Wiederaufnahmen zu der Annahme führen muss, dass eine rasche Besserung im gleichen Zuge nicht zu einer schnellen und dauerhaften Heilung führt. Diese These kann durch Betrachtung erster Chlorpromazinversuche an der Pariser Klinik St. Anne von 1952 untermauert werden. Delay und Deniker stellen fest, dass die Sedation zwar schnell erfolgt, die Heilung jedoch Wochen erfordern würde.<sup>148</sup> Aus der Analyse der erhobenen Zahlen ergibt sich die Vermutung, dass die schnelle Sedation auch in der LHA Marburg im Sinne eines Behandlungserfolges gewertet wurde und die meisten Ärzte zu einer raschen Entlassung veranlasste. Da die endgültige Heilung jedoch ein wochenlanges Prozess war, dem die meisten Patienten im häuslichen Umfeld nicht gewachsen schienen, kam es vermehrt zu Wiederaufnahmen.

Am Beispiel einer Patientin der Marburger Klinik wird verdeutlicht, weshalb der These zuzustimmen ist. Die Patientin<sup>149</sup> wurde im Zeitraum zwischen Mai 1956 und März 1958 insgesamt viermal in die Marburger Klinik aufgenommen. Dabei betrug die durchschnittliche Aufenthaltsdauer etwa einen Monat. Grund für die Aufenthalte war eine depressiv-paranoide Psychose, die sich durch Stimmenhören und Verfolgungsideen sowie eine depressive Grundstimmung seit dem Tod ihres Ehemannes äußerte.<sup>150</sup> Zu Beginn des ersten Aufenthaltes vom 11.05.–17.06.1956 wird der psychische Zustand der Patientin als „ängstlich“ und „gequält“, das Verhalten als „unruhig“ und „störend“ beschrieben. Sie erhielt am zweiten Tag ihres Aufenthalts Megaphen. Bereits einen Tag nach Beginn der Medikation ist den Pflegeberichten zu entnehmen, dass die Patientin unter Megaphengabe bereits viel ruhiger geworden sei.<sup>151</sup> Auch im weiteren Verlauf wird sie unter Megaphen

---

<sup>148</sup> Deniker, in: Otfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 121.

<sup>149</sup> Patientin H. M., Bestand K 16, Nr. 14310.

<sup>150</sup> Patientin H. M., Bestand K 16, Nr. 14310, Angaben der Patientin und Psychischer Befund vom 12.05.1956.

<sup>151</sup> Patientin H. M., Bestand K 16, Nr. 14310, Pflegeberichte vom 11.05.1956–13.05.1956, Bericht zu psychischem Zustand vom 12.05.1956.



als ruhige, freundliche und angepasste Patientin beschrieben, woraufhin die Megaphendosis reduziert wurde. Die schnelle Besserung veranlasste zur baldigen Entlassung, wobei empfohlen wurde, die Megaphendosis in reduzierter Form von dreimal einer Tablette<sup>152</sup> etwa vier bis sechs Wochen weiter einzunehmen.<sup>153</sup> Nicht einmal sechs Wochen später wurde die Patientin erneut aufgenommen, da sie wie zu Beginn der letzten Aufnahme Stimmen hörte und sich in gedrückter Stimmung befand.<sup>154</sup> Auch während des zweiten Aufenthaltes besserte sich der Zustand der Patientin unter der Medikation mit Megaphen rasch. Sie wurde erneut in ausgeglichener, ruhiger Stimmung nach sechswöchigem Aufenthalt als gebessert entlassen. Im Entlassungsbrief des zweiten Aufenthaltes wurde wiederum die Empfehlung gegeben, die reduzierte Megaphendosis von dreimal einer Tablette über den Zeitraum von vier bis sechs Wochen einzunehmen.<sup>155</sup> Bei beiden Aufenthalten kam es zu einer schnellen Entlassung, da sich nach kurzer Behandlungsdauer eine Besserung des psychischen Zustandes einstellte. Nach einem Zeitraum von etwa anderthalb Monaten wurde die Patientin Mitte Oktober 1956 wegen eines depressiven Rückfalls ein drittes Mal aufgenommen. Sie gab an, dass es in der Zwischenzeit zu Schwierigkeiten bei der Medikamenteneinnahme gekommen war, was meine These stützt, dass es durch erhöhte Anforderungen im häuslichen Umfeld zu vermehrten Wiederaufnahmen kam.<sup>156</sup> Auch während des dritten Aufenthaltes, der bis zum 10.11.1956 andauerte, wurde die Patientin mit Megaphen therapiert. Nach erneuter Besserung führte auch dies zu einer raschen Entlassung. Im Entlassungsbrief wurde jedoch die Empfehlung ausgesprochen, die doppelte Erhaltungsdosis von dreimal 50 mg Megaphen einzunehmen, was eine Abweichung zu den vorherigen Empfehlungen darstellte.<sup>157</sup> Die höhere Erhaltungsdosis und eine striktere Einnahme der Medikation legen die Vermutung nahe, dass eine Wiederaufnahme erst nach einem Jahr zustande kam. Diesmal war die bereits im ersten Aufenthalt diagnostizierte Psychose mit Halluzinationen Auslöser für die Aufnahme. Die Schwester der Patientin berichtete, dass die Halluzinationen schon im Oktober 1957 wiedergekehrt

---

<sup>152</sup> 1 Tablette enthält 25 mg Megaphen, aus: Rote Liste, Frankfurt a. M. 1954, S. 516, Eintrag zu Megaphen „Bayer“.

<sup>153</sup> Patientin H. M., Bestand K 16, Nr. 14310, Entlassungsbrief vom 16.06.1956.

<sup>154</sup> Patientin H. M., Bestand K 16, Nr. 14310, Angaben der Schwester und Angaben der Patientin vom 25.07.1956.

<sup>155</sup> Patientin H. M., Bestand K 16, Nr. 14310, Entlassungsbrief vom 05.09.1956.

<sup>156</sup> Patientin H. M., Bestand K 16, Nr. 14310, Bericht vom 19.10.1956.

<sup>157</sup> Patientin H. M., Bestand K 16, Nr. 14310, Entlassungsbrief vom 09.11.1956.

seien.<sup>158</sup> Auch während des vierten und letzten Aufenthalts wurde die Patientin mit Megaphen behandelt, wobei es nicht überrascht, dass auch hier eine rasche Besserung einsetzte. Nach wiederum etwa einem Monat wurde die Patientin mit Empfehlung einer Erhaltungsdosis von dreimal einer Tablette Megaphen pro Tag über mehrere Monate und anschließender Dosisreduzierung entlassen.<sup>159</sup> Nach dem Aufenthalt im Januar/Februar 1958 wurde kein weiterer Aufenthalt der Patientin in der LHA Marburg dokumentiert, sodass vermutet werden kann, dass die Patientin keiner Behandlung mehr bedurfte.

Die Krankengeschichte dieser Patientin belegt eindrücklich die These von Delay und Deniker. Es kam unter Megaphengabe bei jedem der vier Aufenthalte innerhalb weniger Tage zu einer Beruhigung der Patientin, die im Sinne eines Behandlungserfolgs gewertet wurde und zur raschen Entlassung führte. Der endgültige Genesungsprozess, der durch zahlreiche Rückfälle und Wiederaufnahmen gekennzeichnet war, erstreckte sich jedoch über einen Zeitraum von fast zwei Jahren. Es wird deutlich, dass Gründe für Rückfälle und nachfolgende Wiedereinweisungen nicht nur durch einen langwierigen Genesungsprozess erklärbar sind, sondern auch durch inkonsequente Medikamenteneinnahme oder sogar durch deren Nebenwirkungen, die die Patienten zum Absetzen der Medikation bewegt haben könnten, bedingt sind. Auf die zahlreichen Nebenwirkungen, die eine Megaphentherapie mit sich bringen kann, wird an einer anderen Stelle eingegangen.

Um die These eines langwierigen Genesungsprozesses zu untermauern, ist es nötig, eine weitere Fallgeschichte exemplarisch zu analysieren. Die Patientin, um die es im Folgenden gehen soll,<sup>160</sup> wurde am 26.08.1955 nach einem Suizidversuch und depressiver Stimmungslage in die Klinik aufgenommen. Es wurde eine Psychose mit akustischen Halluzinationen diagnostiziert, woraufhin die Patientin seit dem zweiten Tag des Aufenthalts Megaphen erhielt. Zu Beginn der Behandlung schlief sie vor allem viel, was die von Deniker angesprochene Komponente der schnellen Sedation zusätzlich stützt. Bereits nach einer Woche der Behandlung mit Megaphen wurden eine merkliche Besserung des Zustandsbildes sowie das Verschwinden der akustischen Halluzinationen dokumentiert.<sup>161</sup> Im weiteren Verlauf wird die Patientin als ruhig und freundlich beschrieben, was zur

---

<sup>158</sup> Patientin H. M., Bestand K 16, Nr. 14310, Bericht der Schwester vom 05.01.1958.

<sup>159</sup> Patientin H. M., Bestand K 16, Nr. 14310, Entlassungsbrief vom 20.02.1958.

<sup>160</sup> Patientin K. K., Bestand K 16, Nr. 13920.

<sup>161</sup> Patientin K. K., Bestand K 16, Nr. 13920, Attest und Exploration vom 26.08.1955, Arztberichte vom 27.08.1955–03.09.1955.

Reduktion der Dosis führte. Auch nach Senkung der Megaphendosis hielt die Besserung weiter an und die Patientin wurde schließlich am 01.10.1955 mit einer Erhaltungsdosis von drei Tabletten Megaphen pro Tag entlassen.<sup>162</sup> Etwa ein Jahr später, im November 1956, wurde die Patientin aus der Nervenlinik Hephata, etwa vierzig Kilometer nordöstlich von Marburg, in die Landesheilanstalt verlegt. Dort wurde sie nach erneutem Suizidversuch im Rahmen einer Altersdepression mit Cerebralsklerose<sup>163</sup> aufgenommen, ließ sich dort aber auch unter hohen Megaphendosen nicht führen. Sie wurde daher im Anschluss in die geschlossene Abteilung nach Marburg verlegt.<sup>164</sup> Zu Beginn des Aufenthalts in Marburg musste die Patientin zunächst wegen starker Unruhe sediert werden, was auch durch Injektionen eines Sedativums<sup>165</sup> und von Megaphen erfolgte, da die Patientin ihre Tabletten nicht eigenständig einnehmen wollte. Es wurde vermerkt, dass die wenigen Injektionen ausreichten, um die Patientin dazu zu veranlassen, das Mittel letztlich per os einzunehmen.<sup>166</sup> Auch während des zweiten Aufenthalts kam es unter konstanten Megaphendosen zu einer Beruhigung und Besserung des Zustands der Patientin. Da sie sich weiter unauffällig und ruhig verhielt, wurde die Patientin unter reduzierter Megaphendosis am 12.01.1957 entlassen.<sup>167</sup>

Auch dieser Fall verdeutlicht, dass es unter Megaphen zu einer schnellen Beruhigung im Sinne der von Delay und Deniker angeführten Sedation kam. Zudem wurde diese Patientin wegen eines Rückfalls erneut in die Klinik aufgenommen, was für den langwierigen Heilungsprozess, aber auch für eventuelle Einnahmefehler der Patientin und Nebenwirkungen des Medikamentes sprechen kann.

Es lässt sich zusammenfassen, dass es durch die Verwendung von Megaphen zu einer schnellen Besserung des Krankheitsbildes mit folglich leicht verkürzter Aufenthaltsdauer, durch den langwierigen Heilungsprozess, der zudem hohe Anforderungen an den Patienten stellte, jedoch zu einer erhöhten Zahl an Wiederaufnahmen kam.

---

<sup>162</sup> Patientin K. K., Bestand K 16, Nr. 13920, Arztberichte vom 12.09.1955–01.10.1955.

<sup>163</sup> Arteriosklerose der Hirnarterien.

<sup>164</sup> Patientin K. K., Bestand K 16, Nr. 13920, Arztbrief der Nervenlinik der Anstalten Hephata vom 19.11.1956.

<sup>165</sup> Es wurde SEE = Scophedal (wirksame Bestandteile: Scopolamin, Oxycodon und Ephedrin) verwendet.

<sup>166</sup> Patientin K. K., Bestand K 16, Nr. 13920, Arztberichte vom 20.11.1956 und 21.11.1956.

<sup>167</sup> Patientin K. K., Bestand K 16, Nr. 13920, Arztbrief vom 12.01.1957.

### 3. Megaphen im klinischen Alltag der Landesheilanstalt Marburg

Das folgende Kapitel soll klären, nach welchen Therapiemethoden und therapeutischen Konzepten die Klinik handelte, bei welchen Krankheitsbildern Megaphen zum Einsatz kam und wie eine Kombinationsbehandlung mit dem neuen Medikament aussah. Zuletzt soll herausgearbeitet werden, welche Nebenwirkungen bei der Behandlung auftraten und wie mit diesen unerwünschten Erscheinungen an der Marburger Klinik umgegangen wurde.

#### 3.1 Künstlicher Winterschlaf versus „Umstimmungstherapie“

Bei der Durchsicht zeitgenössischer, medizinischer Nachschlagewerke fällt auf, dass in den Anfangsjahren nach Markteinführung des Megaphens um 1954/1955 vor allem chirurgisch-anästhesiologische Indikationen zur Anwendung des Medikamentes im Vordergrund standen. Dies hängt vor allem damit zusammen, dass das Chlorpromazin nach Synthesisierung im Jahre 1950 von der französischen Firma „Rhône-Poulenc“ in enger Zusammenarbeit mit dem Kriegsmarinechirurgen und Universitätsprofessor Henri Laborit getestet wurde.<sup>168</sup> In seinen ersten Veröffentlichungen im Jahr 1952 sprach Laborit bereits von einer speziell angstmindernden und dämpfenden Wirkkomponente des Chlorpromazins.<sup>169</sup> Diese Erkenntnisse machten das Team aus Psychiatern um Delay und Deniker auf das neue Medikament aufmerksam. Sie führten an der Pariser Universitätsklinik eine Studie nach den heutigen Vorstellungen zur klinischen Erprobung eines Medikamentes durch.<sup>170</sup> Eine Gruppe Patienten erhielt das Medikament als Monotherapie. Daraufhin wurden in einer Langzeitbehandlung Wirkungen und Nebenwirkungen erfasst und

---

<sup>168</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 120; vgl. Viola Balz, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht. Die klinische Konstitution eines erfolgreichen Behandlungsfalles an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, in: Nicolas Eschenbruch, Viola Balz, Ulrike Klöppel, Marion Hulverscheidt (Hg.), *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan*, Bielefeld 2009, S. 169.

<sup>169</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 120; vgl. Schott/Tölle 2006, S. 486.

<sup>170</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 120–121.

dokumentiert. Delay und Deniker veröffentlichten nach ihren Erkenntnissen der klinischen Untersuchung Folgendes: Chlorpromazin hat vor allem bei Manien und Psychosen eine rasche antipsychotische Wirkung mit sedativen Effekten.<sup>171</sup> Es kristallisierten sich in den Anfangsjahren durch die Forschungen von Henri Laborit auf der einen Seite sowie Delay und Deniker auf der anderen Seite folgende zwei Hauptanwendungsgebiete heraus: Einerseits wurde Chlorpromazin in der Chirurgie beziehungsweise Anästhesie zur Narkosepotenzierung eingesetzt. Megaphen fand hier explizit Anwendung zur Senkung des Operationsstressses, indem eine negative Stickstoffbilanz<sup>172</sup> abgemildert, Azidosen<sup>173</sup> abgepuffert und Stoffwechselentgleisungen vermindert wurden. Auch in der Prämedikation und zur Senkung des Verbrauchs anderer Narkotika, Analgetika und Hypnotika wurde es eingesetzt.<sup>174</sup> Andererseits wurde Chlorpromazin in der Psychiatrie, zu Beginn vor allem durch Delay und Deniker, bei psychotischen Zustandsbildern genutzt.

Die sogenannte lytische Mischung nach Laborit aus Dolantin<sup>175</sup>, Atosil<sup>176</sup> und Megaphen wurde dabei in beiden Bereichen verwendet.<sup>177</sup> Die Medikamentenmischung wurde in erster Linie nach den lytischen<sup>178</sup> Effekten auf sympathische und parasympathische Mechanismen<sup>179</sup> des Körpers benannt.<sup>180</sup> Durch die Kombination der Medikamente konnten die günstigen Eigenschaften wie die sedativ-hypnotische und die stoffwechsellenkende Wirkung hervorgehoben und die Nebenwirkungen wie Trockenheit der Schleimhäute, Obstipationen und psychotische Reaktionen gemildert werden.<sup>181</sup> So fand die Mischung aus 100 mg = 2 ml Dolantin, 50 mg = 2 ml Atosil und 50 mg = 2 ml Megaphen, zusammen 6 ml, die weiteste Verbreitung. In der Standarddosierung wurden alle drei Stunden 3 ml

---

<sup>171</sup> Schott/Töle 2006, S. 486.

<sup>172</sup> Laborwert, der Aussage über den Eiweißhaushalt zulässt; negativ bei Stoffwechselstress, positiv bei aufbauender Stoffwechsellaage.

<sup>173</sup> Störung im Säure-Basen-Haushalt des Körpers mit pH-Wert < 7.

<sup>174</sup> Pharm.-wiss. Abteilung „Bayer“, Megaphen und andere Phenothiazin-Derivate, Leverkusen 1958, S. 155, S. 159 ff, S. 167.

<sup>175</sup> Starkes Schmerzmittel.

<sup>176</sup> Wie Megaphen ein Neuroleptikum der gleichen Wirkstoffgruppe (Phenothiazine).

<sup>177</sup> Hans-Joachim Haase, Neuroleptika: Fakten und Erlebnisse, in: Otfried K. Linde (Hg.), Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse, Klingenmünster 1988, S. 138.

<sup>178</sup> Auflösend, zersetzend.

<sup>179</sup> Sympathikus und Parasympathikus sind Gegenspieler im Vegetativen Nervensystem, das zur Aufrechterhaltung der lebenswichtigen Vitalfunktionen (z.B. Herzschlag, Atmung, Verdauung, Stoffwechsel) dient.

<sup>180</sup> E. P. Bleiching, K. P. Bopp, Erfahrungen mit Atosil und Megaphen in der Inneren Klinik, in: Medizinische Klinik, 17/1955, S. 746.

<sup>181</sup> Bleiching/Bopp 1955, S. 746–747.

verabreicht.<sup>182</sup> Der „Laborit-Cocktail“ konnte entweder allein oder klassisch nach Laborit in Kombination mit einer Hypothermie angewandt werden.<sup>183</sup> So wurde der Medikamentencocktail in Marburg ohne gleichzeitige Senkung der Körpertemperatur genutzt. Im Falle einer Marburger Patientin erfolgte durch den „Cocktail lytique“, wie ihn der behandelnde Arzt nach dem französischen Vorbild bezeichnete, die Ruhigstellung einer depressiven, gequälten und nachts unruhigen Kranken für acht Tage.<sup>184</sup> Die Dosierung wich von Laborits Vorgaben gering ab.<sup>185</sup> In der Chirurgie wurde die „lytische Mischung“ als Narkoseform mit einer Dauer von wenigen Stunden eingesetzt und die Psychiatrie nutzte sie im Sinne einer Heilschlafbehandlung über mehrere Tage oder Wochen. Vor allem bei der Therapie von Schizophrenien ließen bereits Delay und Deniker das Dolantin und zum Teil auch das Atosil weg. Der Trend hin zur Monotherapie mit Megaphen setzte sich in den kommenden Jahren auch bei anderen Krankheitsbildern fort. Schon in Marburg fand der klassische „lytische Cocktail“ keine Anwendung mehr. Megaphen wurde hier als Monotherapie, zum Teil noch in Kombination mit Atosil oder bereits in Kombination mit dem Neuroleptikum Reserpin eingesetzt, welches ab 1954 bei psychisch Kranken Anwendung fand.<sup>186</sup> In Deutschland hielten vor allem die beschriebenen Anwendungsgebiete in den ersten Jahren nach Markteinführung Einzug in die Fach- und Forschungsliteratur. So lassen sich in der Erstnennung des Megaphens in der Roten Liste von 1954 als Indikationsgebiete die Narkosepotenzierung, kontrollierte Hypothermie und die Behandlung von Angst- und Erregungszuständen finden.<sup>187</sup>

Anfänglich wurde die kontrollierte Hypothermie vor allem zur postoperativen Schockbekämpfung angewandt. Dabei stand der Gedanke einer grundumsatzsenkenden Wirkung des Chlorpromazins im Vordergrund. Dieser Effekt wurde durch eine Lagerung des Patienten auf Eisbeuteln mit Senkung der Körpertemperatur auf 30–32 °C ergänzt.<sup>188</sup> Dieses Vorgehen in Kombination mit Phenothiazinen wurde zunehmend auch in der Psychiatrie

---

<sup>182</sup> „Bayer“ 1958, S. 157–158.

<sup>183</sup> Haase, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 138.

<sup>184</sup> Patientin B. R., Bestand K 16, Nr. 13916, Arztbericht vom 01.12.1956.

<sup>185</sup> Patientin B. R., Nr. 13916, Medikamentennachweise.

<sup>186</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 122.

<sup>187</sup> Rote Liste, 1954, S. 516, Eintrag zu Megaphen.

<sup>188</sup> Merz 1955, S. 106–107.

im Sinne eines Heilschlafes durchgeführt. Daher rührt auch der Begriff des „künstlichen Winterschlafs“ durch mehrwöchige Megaphenkuren.<sup>189</sup>

Die Grundlage für den Heilschlafgedanken der Psychiatrie in den 1950er-Jahren bildete die Schlaftheorie nach Iwan Petrowitsch Pawlow, der den Schlaf als einen Hemmungsprozess im Gehirn beschrieb, der dieses vor Überlastung schützen sollte. Pawlow, seines Zeichens russischer Mediziner und Psychologe, legte wichtige Grundlagen für die Verhaltensforschung und entdeckte das Prinzip der klassischen Konditionierung. Nach seiner Theorie unterliegt das Gehirn zwei Prozessen: der Hemmung und der Erregung. Durch Erregungszustände, wie sie auch bei psychiatrischen Erkrankungen ausgelöst werden können, gelangt dieses Gleichgewicht außer Kontrolle. Ein Heilschlaf soll durch eine länger andauernde Hemmung das Gehirn wieder in ein Gleichgewicht bringen.<sup>190</sup> Vor Einführung von Phenothiazinen wie Megaphen wurde ein künstlicher Heilschlaf vor allem durch Barbiturate, Bromsalze und Scopolamin herbeigeführt.<sup>191</sup>

In der Psychiatrie wurde die Schlaftherapie unter Verwendung des „lytischen Gemisches“ nach Laborit entweder in Kombination mit einer kontrollierten Hypothermie oder als alleinige medikamentöse Schlaftherapie durchgeführt. Viola Balz berichtet von einer Patientin aus Heidelberg, bei der die Megaphenbehandlung in Kombination mit einer Hypothermie eingesetzt wurde. Dabei wurde der Patientin der „lytische Cocktail“ aus Dolantin, Atosil und Megaphen zugeführt. Nach Infusion der Medikamente schloss sich eine externe Kühlung mit Eisbeuteln für drei Tage an.<sup>192</sup> Die Hypothermiebehandlung in der Psychiatrie war zum Zeitpunkt der Durchführung in der Heidelberger Klinik 1956 noch ein neues Verfahren, das in dieser Weise nur in der französischen Psychiatrie durch Delay und Deniker erprobt wurde. So veranlassten die Kasuistik der oben genannten Patientin und ein weiteres Beispiel der gesteuerten Hypothermie zur Veröffentlichung der Forschungsergebnisse in der Fachzeitschrift *Der Nervenarzt* von 1957.<sup>193</sup>

In Marburg fand die neue Methodik der Hypothermiebehandlung keine Anwendung. Die Marburger Therapie glich den Behandlungsmaßstäben von Fritz Flügel, der entgegen der

---

<sup>189</sup> Merz 1955, S. 109.

<sup>190</sup> L. König, Schlaftherapie, in: Die Ärztliche Fortbildung, München, 8/1955, S. 346.

<sup>191</sup> König 1955, S. 347.

<sup>192</sup> Balz 2010, S. 254–256.

<sup>193</sup> Meyer, Rösler, Schmitt, Die gesteuerte Hypothermie mit zusätzlicher Unterkühlung bei Infektios-toxischen Psychosen, in: *Der Nervenarzt*, 28/1957, S. 216 ff.

zwei- bis dreiwöchigen Megaphenkuren eine dauerhafte „Umstimmungstherapie“ in drei Phasen einleitete.<sup>194</sup> Eine solche symptomatische Therapie mit anschließender Erhaltungstherapie bildete die Grundlage für die Behandlung der Marburger Patienten mit dem neuen Medikament Megaphen. In der ersten Behandlungsphase – etwa zwei bis fünf Tage andauernd – wurde der Patient mit Dosen von durchschnittlich 100–500 mg pro Tag behandelt, aber auch höhere Dosen von bis zu 500 mg waren keine Seltenheit. Dadurch stellte sich initial ein vermehrtes Schlafbedürfnis mit erhöhter Somnolenz ein. Sowohl Flügel als auch die Marburger Ärzte kombinierten in den ersten Tagen die orale Medikamenteneinnahme mit intramuskulären Injektionen. Traten die gewünschte Ausgeglichenheit und psychische Veränderung ein, so wurde meist auf eine orale Gabe mit 3–4 Dosierungsintervallen pro Tag umgestellt. Auch eine anschließende Erhaltungstherapie von 100–150 mg Megaphen pro Tag nach Empfehlung Flügels setzten die Ärzte in Marburg um.<sup>195</sup> Ursächlich für die Anlehnung der Marburger Behandlungsverfahren an Flügels Behandlungsregime ist der Umstand, dass Fritz Flügel der erste deutsche Autor nach Laborit und Delay/Deniker war, der bereits 1953 seine Ergebnisse zur Chlorpromazinforschung in Deutschland veröffentlichte.<sup>196</sup> Er war damit ein Vorreiter in der nationalen Neuroleptikaforschung und ein willkommenes Vorbild für reformorientierte Kliniken wie Marburg, die ihr klinisches Wirken an neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen anlehnen wollten.

Der im Folgenden geschilderte Fall soll die Analogie der Marburger Behandlung zu Flügels Methodik verdeutlichen. Ein 28-jähriger Patient wurde im Jahr 1956 wegen einer „akuten Psychose“ mit „hochgradigen Erregungszuständen“ in die Marburger Landesheilanstalt aufgenommen.<sup>197</sup> Bereits bei einem Vorgespräch klagte der Patient über Vergiftungsideen, Verfolgungsgedanken und Nervosität. Er konnte zu diesem Zeitpunkt noch nicht von einer Megaphenbehandlung überzeugt werden, musste aber kurze Zeit später notfallmäßig in einem stark unruhigen und verängstigten Zustand in die Klinik aufgenommen werden.<sup>198</sup> Er erhielt an den ersten beiden Tagen Megapheninjektionen von insgesamt 100 mg/d und bereits ab dem zweiten Behandlungstag zusätzliche orale

---

<sup>194</sup> Siehe dazu: Einleitung, Geschichte der Einführung von Megaphen.

<sup>195</sup> Bleich et al. 2006, S. 352.

<sup>196</sup> Bleich et al. 2006, S. 353.

<sup>197</sup> Patient H. D., Bestand K 16, Nr. 12809, Epikrise vom 26.01.1956.

<sup>198</sup> Patient H. D., Bestand K 16, Nr. 12809, Bericht vom 03.02.1956.



Megaphendosen von 200 mg.<sup>199</sup> Hier gingen die Marburger Ärzte analog zu Flügels Praktik vor, der in den Anfangstagen intramuskuläre Injektionen und die orale Medikamentengabe kombinierte.<sup>200</sup> In den folgenden Wochen wurde dem Patienten wegen stark unruhigem Verhalten mit Sachbeschädigungen in kleinen Einzeldosen Gesamttagesmengen von 450–500 mg Megaphen verabreicht. Flügel berichtet hier ebenfalls über Tagesdosen bis 500 mg. In dieser Zeit beschrieben die Ärzte einen Dämmerzustand mit zunehmender Interessenlosigkeit, welcher der zweiten Wirkphase nach Flügel gleicht.<sup>201</sup> Nach einer achtwöchigen Behandlung mit anhaltend hohen Megaphendosen sprachen die behandelnden Ärzte von einer „zufriedenstellenden Beruhigung“ des Patienten mit subjektivem Wohlbefinden, was im Einklang mit der dritten Wirkphase nach Flügel steht.<sup>202</sup> Zu diesem Zeitpunkt lässt sich auch in den Medikamentennachweisen eine Dosisreduktion auf 250–300 mg täglich finden. Im folgenden Monat liegen keine Einträge vor, die auf eine Zustandsverschlechterung schließen lassen. Der Patient wurde letztendlich mit einer Erhaltungsdosis von 150 mg nach Hause entlassen. In den folgenden Monaten stellte sich der Patient regelmäßig wieder vor, wobei stets positiv über dessen Genesung berichtet wurde. Die von Flügel empfohlene Erhaltungsdosis (100–150 mg) wurde auch noch bis zum letzten Eintrag im Oktober desselben Jahres fortgeführt.<sup>203</sup> Auch am Beispiel eines weiteren Patienten, der vom 28.03.1957 bis zum 27.06.1957 wegen Schizophrenie in Behandlung war<sup>204</sup>, lässt sich Flügels Behandlungsregime erkennen. Es zeigen sich in den ersten fünf Behandlungswochen Megaphendosen von 450–600 mg pro Tag, die dann nach Erreichen eines stabilen Zustandes des Patienten langsam auf eine Erhaltungsdosis von 150 mg pro Tag reduziert wurden.<sup>205</sup> Zudem wurden die oralen Gaben von einzelnen intramuskulären Injektionen unterstützt.<sup>206</sup>

Kritisch beleuchtet werden muss der Umstand, dass Anlass für Injektionsbehandlungen in Marburg ebenfalls unruhiges oder störendes Verhalten war. Die These, dass Injektionsbehandlungen in Marburg nicht nur zu Beginn der Behandlung im Sinne des

---

<sup>199</sup> Patient H. D., Bestand K 16, Nr. 12809, Medikamentennachweis vom 03./04.02.1956.

<sup>200</sup> Bleich et al. 2006, S. 352.

<sup>201</sup> Bleich et al. 2006, S. 352.

<sup>202</sup> Patient H. D., Bestand K 16, Nr. 12809, Arztberichte vom 22.–24.04.1945.

<sup>203</sup> Patient H. D., Bestand K 16, Nr. 12809, Arztberichte vom Mai–Oktober 1956.

<sup>204</sup> Patient S. W., Bestand K 16, Nr. 13146.

<sup>205</sup> Patient S. W., Bestand K 16, Nr. 13146, Medikamentennachweise.

<sup>206</sup> Patient S. W., Bestand K 16, Nr. 13146, Pflegeberichte April 1957.

Behandlungsschemas nach Flügel durchgeführt wurden, sondern mitunter auch zur Beruhigung und Sedierung bei störenden, unbequemen Patienten angewendet wurden, soll durch drei Patientenbeispiele untermauert werden. Als Erstes ist das Beispiel eines Patienten zu nennen, der vom 10.01.1959 bis zum 10.03.1959 aufgrund einer Psychose richterlich untergebracht wurde.<sup>207</sup> Am dritten Aufenthaltstag erhielt er wegen nächtlicher Unruhe eine einmalige, intramuskuläre Megapheninjektion, die ihren Sinn zumindest so weit erfüllte, dass sich der Patient den Rest der Nacht ruhig verhielt.<sup>208</sup> Bei einem weiteren Patienten, der wegen einer Schizophrenie in Behandlung war, ist in der dritten Woche seines Aufenthaltes im Pflegebericht von einer „Spritze Megaphen“ zu lesen. Der Patient erhielt diese nach Angaben des Berichtes vom 31.12.1953 wegen nächtlicher Unruhe und Manipulation an seinem Verband.<sup>209</sup> Auch in diesem Beispiel wurde das Medikament als Sedativum missbraucht, da der Patient nach Injektion wie gewünscht gut geschlafen habe. Auch im letzten Beispiel, bei dem der Patient am dritten und vierten Tag seines Klinikaufenthaltes mehrfache Injektionen Megaphen erhielt, wird deutlich, dass diese in erster Linie bei unerwünschtem und lautem Verhalten verwendet wurden. Der Patient wurde am 01.06.1956 durch einen richterlichen Beschluss wegen paranoider Psychose untergebracht.<sup>210</sup> Bereits am zweiten Behandlungstag äußerte er Entlassungswünsche und legte gegen die richterliche Einweisung Widerspruch ein. Die Unzufriedenheit über den Aufenthalt in der Marburger Klinik kam dadurch zum Ausdruck, dass der Patient am 03.06.1956 handgreiflich wurde und am darauffolgenden Tag seine Medikamenteneinnahme verweigerte.<sup>211</sup> Als Reaktion wurden insgesamt vier Megapheninjektionen verabreicht.<sup>212</sup> Dabei fällt abermals ins Auge, dass sich bei den genannten Patientenbeispielen häufig nur in den Pflegeberichten Eintragungen zu entsprechenden Ereignissen finden. Zum einen unterstreicht dies die These, dass sich das Pflegepersonal näher am Alltagsgeschehen der Patienten befand. Zum anderen ist davon auszugehen, dass es sich um keine akute Verschlechterung des Krankheitsbildes handeln konnte, da diese in den Arztberichten Erwähnung gefunden hätte. Es lässt sich festhalten, dass Injektionsbehandlungen

---

<sup>207</sup> Patient A. F., Bestand K 16, Nr. 13802.

<sup>208</sup> Patient A. F., Bestand K 16, Nr. 13802, Pflegebericht vom 12./13.01.1959.

<sup>209</sup> Patient F. G., Bestand K 16, Nr. 12230, Pflegebericht vom 31.12.1953.

<sup>210</sup> Patient H. E., Bestand K 16, Nr. 12901, Deckblatt Krankengeschichte.

<sup>211</sup> Patient H. E., Bestand K 16, Nr. 12901, Arztbericht vom 02.06.1956, Pflegeberichte vom 03./04.06.1956.

<sup>212</sup> Patient H. E., Bestand K 16, Nr. 12901, Medikamentennachweise 03./04.06.1956.

häufig bei unruhigem oder störendem Verhalten, weniger aus medizinischen Gründen wie psychischen Zustandsverschlechterungen erfolgten. Auch Dosiserhöhungen fanden sich analog zu Injektionsbehandlungen bei unerwünschtem Verhalten.

Sehr eindrücklich belegt dies der Fall einer jungen Patientin. Hier wirkt es so, als ob die Megaphendosierung nicht aufgrund von psychischen Beschwerden erhöht wurde, sondern es wurde versucht, das vorlaute Verhalten einer pubertierenden 17-Jährigen mit Megaphen zu therapieren.<sup>213</sup> Die junge Frau wurde wegen jugendlicher Psychopathie aufgrund eines Fürsorgebeschlusses aus dem Kinderheim zur „Gewöhnung an mechanische Arbeit“ in Marburg untergebracht. Sie stamme aus einem einfachen Elternhaus und sei das sechste von elf Geschwistern. Es lässt sich bei Durchsicht der Krankenakte der Eindruck gewinnen, dass die Patientin in ihrer geistigen Entwicklung zwar verzögert und zu allerlei Streichen aufgelegt ist, ein konkreter Anhaltspunkt für eine psychische Erkrankung lässt sich jedoch nicht finden. So ist in den Arztberichten vor allem von „widerpenstigem“ und „ungezogenem“ Verhalten die Rede.<sup>214</sup> Die Pflegerinnen beschreiben B. I. als „ungezogen“ und „übermütig“. In den Tagesberichten ist zu lesen, dass sich die junge Patientin unerlaubt Ausgang verschafft und Kontakt zu den männlichen Patienten der Anstalt gehabt habe.<sup>215</sup> Dieses unerwünschte Verhalten war im Aufenthalt von Februar bis Oktober 1958 des Öfteren Anlass für eine Dosiserhöhung des Megaphens. Im April 1958 beispielsweise „trieb sie Unfug und polterte im Saal umher“, was eine vorübergehende Sedierung mit Megaphen nach sich zog.<sup>216</sup> Auch im Juli 1958 wurde die Megaphendosis von 75 mg auf 150 mg erhöht, weil die Patientin nicht folgsam und frech zur Schwester gewesen sei.<sup>217</sup> Ebenso bei der Patientin R. W.<sup>218</sup>, wegen Schizophrenie in Behandlung, kam es zu mehrfachen Dosiserhöhungen bis auf 600 mg pro Tag wegen „störenden“ und „unruhigen“ Verhaltens. Zudem sei die Patientin „sehr laut“ gewesen und habe mit Gesang, Klatschen und Pfeifen die Nachtruhe gestört.<sup>219</sup> So lassen sich

---

<sup>213</sup> Patientin B. I., Bestand K 16, Nr. 14342.

<sup>214</sup> Patientin B. I., Bestand K 16, Nr. 14342, Arztbericht vom 16.04.1958.

<sup>215</sup> Patientin B. I., Bestand K 16, Nr. 14342, Pflegebericht vom 30.06.1958.

<sup>216</sup> Patientin B. I., Bestand K 16, Nr. 14342, Arztbericht vom 16.04.1958.

<sup>217</sup> Patientin B. I., Bestand K 16, Nr. 14342, Pflegebericht vom 17.07.1958.

<sup>218</sup> Patientin R. W., Bestand K 16, Nr. 13938.

<sup>219</sup> Patientin R. W., Bestand K 16, Nr. 13938, Arztbericht vom 10.02.1957, Pflegebericht vom 12.02.1957, Medikamentennachweise Januar–Februar 1957.

etliche Patientenbeispiele finden, bei denen es im Fall von „unruhigem Verhalten“ zu Megapheninjektionen oder Dosiserhöhungen kam.

Insgesamt sind im Rahmen von Unruhezuständen bei 14 der 84 Patienten Injektionen von Megaphen und bei 16 von 84 Patienten eine Erhöhung der täglichen Chlorpromazindosis zu konstatieren. Bei einer Rate von 12 % an Injektionen und 13,5 % an Dosiserhöhungen bei unerwünschten Verhaltensmustern wird deutlich, warum von einem Missbrauch des Megaphens als Sedativum und Schlafmittel gesprochen werden kann. In Analogie zur Indikationsstellung für eine Megaphenbehandlung oder Dosiserhöhung kommt auch Marietta Meier bezüglich des Einsatzes von Lobotomien zu dem Ergebnis, dass nichtmedizinische Gründe wie Unruhe und Aggressivität Entscheidungsgrundlage für eine Therapie waren. Ähnlich zu den Marburger Fällen reichte das Symptomspektrum, welches Grundlage für eine Behandlung war, von Selbst- oder Fremdgefährdung, Drohen, Schreien, Unreinlichkeit bis hin zu Zerreißen von Textilien und Nahrungsverweigerung.<sup>220</sup>

Es lässt sich zusammenfassen, dass das Marburger Therapiekonzept vor allem einer mehrwöchigen Umstimmungstherapie mit anschließender Erhaltungsdosis nach den Maßstäben von Fritz Flügel gleicht. Kritisch ist jedoch die häufige Verwendung von Megaphen als Sedativum bei unliebsamen und störenden Patienten einzuschätzen, die auch Balz in Heidelberg beobachten konnte.<sup>221</sup> Welche medizinischen Indikationsstellungen im Vordergrund der Behandlung standen, soll im folgenden Abschnitt erläutert werden.

---

<sup>220</sup> Meier 2015, S. 146–147.

<sup>221</sup> Balz 2010, S. 277.

### 3.2 Indikationen

Bereits erwähnt wurde die Verwendung des Chlorpromazins zur kontrollierten Hypothermie, auch Schlaftherapie genannt. Im Folgenden soll nochmals genauer auf das Prinzip der Narkosepotenzierung eingegangen werden und weitere Anwendungsgebiete des neuen Medikamentes, vor allem im Bereich der Psychiatrie, aufgezeigt werden. Den potenzierenden Effekt auf die Narkosemedikamente erklärte Laborit durch die grundumsatzsenkende Wirkung des Chlorpromazins. Er hielt auf dem Zentraleuropäischen Anästhesiekongress in München im April 1954 fest, dass

„durch pharmakodynamische Substanzen, die selbst keine oder nur sehr geringe narkotische Eigenschaften haben, der Organismus in eine Lage gebracht wird, in der schwache Narkotika in geringer Dosierung eine wirksame Narkosetiefe gewähren“.<sup>222</sup>

So berichten die Chirurgen des Juliusspitals Würzburg, L. Makowsky und E. Kraft, in der Fachzeitschrift *Die Medizinische* von 1954 über ihre Erfahrungen mit den potenzierenden Effekten bei Curare, Lachgas-, Äther- und Barbituratnarkosen.<sup>223</sup> Laborit beschrieb zur Potenzierung der Narkose drei Varianten: Zum einen gibt es die Möglichkeit, den „lytischen Cocktail“ aus Megaphen, Atosil und Dolantin am Vorabend als Prämedikation, auch „erleichterte Anästhesie“ genannt, zu verabreichen. Zum anderen können die Patienten den „lytischen Cocktail“ vor Operationsbeginn durch einen intravenösen Zugang oder durch intramuskuläre Injektionen während der Operation erhalten. Dieses Verfahren wurde als „potenzierte Narkose“ bezeichnet. Zuletzt kann eine konstante Zufuhr des „lytischen Cocktails“ in Kombination mit einer Kühlung des Patienten auch als Hibernation, genannt „kontrollierte Hypothermie“, durchgeführt wurden.<sup>224</sup> Die Würzburger Chirurgen beschreiben durch die Narkoseformen eine Einsparung von  $\frac{1}{3}$  bis  $\frac{1}{2}$  des Narkotikums bei Äthernarkosen. Im Falle von Lachgasnarkosen reiche ein Lachgas-Sauerstoff-Gemisch von 1:1, statt üblicherweise 4:1 aus, um eine endotracheale Intubation aufrechtzuerhalten. Auch eine Einsparung des Muskelrelaxans Curare um 30 % lasse sich

---

<sup>222</sup> Laborit, Tagungsberichte, in: *Medizinische Klinik*, 49/1954, S. 1126.

<sup>223</sup> Vgl. Makowsky/Kraft, in: *Die Medizinische*, 16/1954, S. 555–556.

<sup>224</sup> „Bayer“ 1958, S. 5.

erreichen.<sup>225</sup> Sie sahen den Vorteil der Megaphenprämedikation vor allem in einer kreislaufstabilisierenden Wirkung und sprachen sogar davon, dass die Narkoseprotokolle aufgrund geringerer Blutdruck- und Pulsfrequenzschwankungen „eintönig“ seien und kaum Veränderungen aufwiesen.<sup>226</sup>

Megaphen gehört zusammen mit Atosil, welches ebenfalls im „lytischen Cocktail“ nach Laborit verwendet wird, zur Substanzgruppe der Phenothiazinderivate. Phenothiazine zeichnen sich durch ihre stark antihistaminerge<sup>227</sup> Wirkung aus die je nach Wirkstoff mit Zunahme der zentral-nervösen Wirkkomponente abnimmt. Atosil nahm dabei eine Mittelstellung mit sowohl zentral-sedativer als auch antihistaminiger Wirkung ein. Megaphen hingegen ist nur noch schwach antihistaminerg, wirkt aber stark dämpfend.<sup>228</sup> Substanzen dieser Klasse zeichnen sich zudem durch lokalanästhetische, sympatholytische, sedativ-hypnotische, antikonvulsive, temperatur- und stoffwechsellenkende Eigenschaften aus. Ähnlich wie Atosil zeigt Megaphen eine starke Wirkung auf das motorische Stammhirn und das Großhirn.<sup>229</sup> Als interessantester Körper der Phenothiazin-Klasse wird aber das Megaphen bezeichnet, wobei es sich vor allem durch die sedativ-hypnotische, hypothermische und grundumsatzsenkende Wirkung auszeichnet.<sup>230</sup> Zu den beiden Haupteinsatzgebieten zählen in den Anfangsjahren sowohl die Chirurgie mit der Hypothermiebehandlung und der potenzierten Narkose als auch die Psychiatrie.

Flügel berichtete bereits im April 1954 auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in München über seine Erfahrungen mit Megaphen im Bereich der Psychiatrie. Als die drei Hauptindikationen hält er manisch-depressive Zykllothymien<sup>231</sup>, Schizophrenien und organische Psychosen bei Delir und hirnorganischen Prozessen fest.<sup>232</sup> Auch die Firma „Bayer“ behielt diese Indikationen fünf Jahre nach

---

<sup>225</sup> Makowsky/Kraft, in: Die Medizinische, 16/1954, S. 556–557.

<sup>226</sup> Makowsky/Kraft, in: Die Medizinische, 16/1954, S. 557.

<sup>227</sup> Antagonist am Histamin-Rezeptor. Histamin ist als körpereigener Botenstoff an allergischen Reaktionen, der Magensäureregulation und der Regulation des Schlaf-Wach-Rhythmus beteiligt.

<sup>228</sup> Wolfgang de Boor, Pharmakopsychologie und Psychopathologie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1956, S. 174.

<sup>229</sup> De Boor 1956, S. 327.

<sup>230</sup> E. Granzer, „Phenothiazinderivate in der Medizin, in: Medizinische Klinik, 28/1955, S. 1191.

<sup>231</sup> Heute Bipolar affektive Störung genannt (ICD 10, F31).

<sup>232</sup> Flügel, Tagungsberichte, in: Medizinische Klinik, 26/1954, S. 1054.

Markteinführung bei. Lediglich die Subtypen der Erkrankungen werden im Jahr 1958 genauer klassifiziert:<sup>233</sup>

a) Schizophrenien

- hebephrene Form
- paranoide Form
- katatone Form
- Schizophrenia simplex

b) Zykllothymien

- zykllothyme Depression
- zykllothyme Manie

c) Symptomatische Psychosen

- zerebrale Durchblutungsstörungen
- Infektion oder Intoxikation
- posttraumatische Psychosen
- chronischer Alkoholabusus, Delirium tremens
- epileptischer Dämmerzustand
- Entziehungskuren
- Kinderpsychiatrie

Beim Überblicken der Diagnoselisten des Marburger Patientenkollektives fällt auf, dass eine Therapie mit Megaphen sowohl bei den typischen Indikationen wie Schizophrenien (26 Patienten), Psychosen (20 Patienten) und Manien (3 Patienten) durchgeführt wurde, aber auch 34 der insgesamt 84 Patienten mit einer Depression behandelt wurden. Jedoch hielten bereits Delay und Deniker in ihren Veröffentlichungen aus dem Jahre 1952 fest, dass das Medikament keine Wirkung bei einer reinen Depression erzielen würde.<sup>234</sup> Auch die Firma Bayer selbst sah die Anwendung hier kritisch. Lediglich bei Depressionen mit Angst- und Erregungszuständen sowie bei zyklotzheimer Depression<sup>235</sup> zur Beruhigung bei

---

<sup>233</sup> „Bayer“ 1958, S. 194.

<sup>234</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse, Klingenmünster 1988, S. 121.

<sup>235</sup> Ähnlich der Bipolaren Störung, Phasen von Manie und Depression, allerdings weniger stark ausgeprägt.

Unruhezuständen könne eine günstige Beeinflussung möglich sein.<sup>236</sup> Es gilt daher zu beurteilen, inwieweit Marburger Ärzte beim Einsatz des Chlorpromazins nach den Kriterien Flügels und der Firma Bayer eine Depression anhand der genannten Kriterien differenzierten. Kam das Medikament nur bei genannten Formen der Depression zum Einsatz oder wurde es auch abseits der genannten Indikationen eingesetzt?

Dazu ist es notwendig, sich einige der 28 Patienten mit Depression, die unter Megaphenbehandlung standen, genauer anzusehen. So wurde die Patientin A. L. zweimal innerhalb eines Jahres wegen einer endogenen Depression<sup>237</sup> mit wiederholtem Alkohol- und Schlafmittelabusus aufgenommen. Grund für die Depression sei der Tod des Ehemannes gewesen.<sup>238</sup> Bei beiden Aufenthalten erhielt die Patientin Megaphen in einer Dosierung von 75–150 mg. Es bleibt zu klären, warum A. L. trotz einer reinen Depression, die als Indikationsstellung ausgeschlossen wurde, Megaphen erhielt. Im Aufnahmegespräch vom 16.08.1957 schilderte die Patientin, sie habe sich über ihre Kinder geärgert, die sich nicht um sie gekümmert haben. Daher habe sie in den letzten Nächten kaum schlafen können. Ferner bat sie den Arzt, ihr ein Mittel gegen die Unruhe zu geben.<sup>239</sup> Da die Firma Bayer von einer günstigen Beeinflussung bei Unruhezuständen sprach, könnte dies der Grund sein, weshalb sich der behandelnde Arzt für den Beginn einer Megaphenkur entschied. Im Falle der Patientin B. R. handelt es sich ebenfalls um eine Behandlung mit Megaphen bei endogener Depression.<sup>240</sup> Im Einweisungsschreiben des behandelnden Arztes heißt es, die Patientin verweigere seit einiger Zeit die Nahrungsaufnahme, sei misstrauisch gegenüber ihrer Umwelt und lehne die Medikamenteneinnahme ab. Der Ehemann der Patientin beschreibt sie als „ängstlich“ und „unruhig“, auch die Patientin selbst erklärt, schon immer eine ängstliche Person gewesen zu sein.<sup>241</sup> Auch in diesem Fall können die bestehenden Angst- und Unruhegefühle der Patientin Anlass für die Therapie mit Megaphen gewesen sein. Zwei Wochen nach Aufnahme zeigte sie sich so unruhig und gequält, dass hier der „Cocktail lytique“ aus Megaphen, Atosil und Dolantin zum Einsatz kam. Doch erst nach erhöhten Megaphendosen in vorübergehender

---

<sup>236</sup> „Bayer“ 1958, S. 197.

<sup>237</sup> Körperlich nicht begründbare Depression; M. J. Müller, C. Gleixner, S. B. Wirth, Neurologie und Psychiatrie. Für Studium und Praxis, Breisach 2009, S. 327.

<sup>238</sup> Patientin A. L., Bestand K 16, Nr. 14172/14304, Attest vom 15.08.1957.

<sup>239</sup> Patientin A. L., Bestand K 16, Nr. 14172, Exploration vom 16.08.1957.

<sup>240</sup> Patientin B. R., Bestand K 16, Nr. 13916.

<sup>241</sup> Patientin B. R., Bestand K 16, Nr. 13916, Attest, Angaben des Ehemannes und Eigenanamnese.



Kombination mit Serpasil trat eine Besserung ihres Zustandes ein, sodass die Patientin nach sechswöchigem Aufenthalt entlassen werden konnte.

Serpasil, oder auch Reserpin, ist ein Alkaloid<sup>242</sup>, das chemisch den Phenothiazinen ähnelt. Das Medikament, welches ursprünglich als Antihypertensivum<sup>243</sup> verwendet wurde, hat ein ähnliches Wirkprofil und wurde daher gern als Kombinationspartner zum Megaphen eingesetzt. Es wurde ebenfalls zu Beginn der 50er-Jahre in der Psychiatrie erprobt und dann mit erweitertem Indikationsschema vermarktet.<sup>244</sup>

Ein drittes Beispiel soll verdeutlichen, dass die Indikation zur Megaphengabe bei einer reinen Depression sorgfältig gestellt wurde. Der Patient G. W. wurde am 22.06.1956 wegen rezidivierender depressiver Episoden seit 1954 in der LHA Marburg aufgenommen.<sup>245</sup> Die Ehefrau berichtete davon, dass die zur Aufnahme führende Episode seit sieben Wochen bestehe. Ihr Ehemann sei zittrig gewesen und schliefe schlecht. Auch der einweisende Nervenarzt konnte die Beobachtung der Ehefrau stützen und sprach von einem ängstlich-unruhigen Zustandsbild. Der Patient selbst berichtete von plötzlicher Unruhe, Mutlosigkeit und Hemmungen, die über ihn gekommen seien. Die Marburger Ärzte entschieden sich in diesem Fall wiederum für eine Megaphengabe, da auch hier die erweiterten Indikationskriterien für eine Chlorpromazintherapie mit einem ängstlich-unruhigen Zustand bei einer Depression zuträfen. Der Patient erhielt zu Beginn dreimal täglich 100 mg Megaphen, was dann im Verlauf schrittweise bei ruhiger, ausgeglichener und zuversichtlicher Haltung reduziert wurde.<sup>246</sup>

Anhand der drei genannten Beispiele sollte veranschaulicht werden, dass in den Fällen eines Megapheneinsatzes bei Depression immer Hinweise auf einen Einsatz bei Angst- und Erregungszuständen sowie zur Beruhigung bei Unruhezuständen gefunden werden konnten. In seltenen Fällen wurde Megaphen auch ohne Vorliegen dieser Charakteristika

---

<sup>242</sup> Organische Stickstoffverbindung.

<sup>243</sup> Blutdrucksenker.

<sup>244</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse, Klingenmünster 1988, S. 122; vgl. Rote Liste, 1954 und 1957, Eintrag zu Serpasil.

<sup>245</sup> Patient G. W., Bestand K 16, Nr. 12912.

<sup>246</sup> Patient G. W., Bestand K 16, Nr. 12912, Medikamentennachweise, Arztberichte vom 04.07./24.07.1956.

angewendet. Dann wurden jedoch zwei Hauptdiagnosen gestellt, wobei die Diagnose neben der Depression zu einer Chlorpromazingabe berechnete.

Belegt werden kann dies am Fall der Patientin K. K., die wegen eines psychotisch-depressiven Zustandsbildes am 28.06.1955 aufgenommen wurde.<sup>247</sup> Im Explorationsbericht ist zu lesen, dass die Patientin unter akustischen Halluzinationen leide. Sie höre dauerhaft Radiomusik in ihren Ohren und erklärte dem Arzt, welche Lieder sie höre und dass ihr Schwager die Musik in ihrem Ohr ausgelöst habe. Neben der depressiven Grundstimmung der Patientin veranlasste die psychotische Symptomatik die Ärzte, zu Beginn eine Megaphenbehandlung mit 300 mg täglich durchzuführen. Ein Einsatz bei psychotischen Krankheitsbildern ist laut Bayer eines der bevorzugten Einsatzgebiete im Bereich der Psychiatrie. Die Patientin zeigte sich nach fünfwöchiger Behandlung unter Megaphen von den akustischen Halluzinationen befreit und ihre Stimmungslage wurde als ausgeglichen und glücklich beschrieben.<sup>248</sup>

Es lässt sich zusammenfassen, dass außerhalb der klassischen Anwendungsgebiete im Bereich der Psychiatrie, zu denen eine Anwendung von Chlorpromazin bei Schizophrenien, Psychosen und Manien zählt, die Indikationsstellung zur Megaphentherapie an der Marburger Klinik sorgfältig erfolgte. So kam das Medikament nach den Vorgaben von Bayer und Flügel nur bei Depressionen mit Angst- und Erregungszuständen sowie bei zylothymen Depressionen<sup>249</sup> zur Beruhigung der Unruhezustände zum Einsatz. Bereits abgehandelt wurde das Einsatzgebiet des Chlorpromazin bei psychiatrischen Erkrankungen und in der Chirurgie beziehungsweise Anästhesie. Jedoch erstreckt sich die Anwendung über weit mehr als diese drei Gebiete. So fand das Medikament in weiten Teilen der Medizin seinen Einsatz.

Die Firma Bayer postulierte für den Bereich der Inneren Medizin zum Beispiel Anwendungen bei Erbrechen, chronischem Schluckauf, Bluthochdruck und koronarer Herzkrankheit. Auch als Schmerzmittel oder zur Schlafbehandlung bei Tuberkulose könne es genutzt werden.<sup>250</sup> Ein günstiger Einfluss auf das „vegetativ nervöse Syndrom“ bei Schilddrüsenüberfunktion wurde sowohl dem Megaphen als auch dem Alkaloid Reserpin

---

<sup>247</sup> Patientin K. K., Bestand K 16, Nr. 13428.

<sup>248</sup> Patientin K. K., Bestand K 16, Nr. 13428, Arztberichte September–Oktober 1955.

<sup>249</sup> Müller 2009, S. 326.

<sup>250</sup> „Bayer“ 1958, S. 34, S. 35, S. 36, S. 38 ff, S. 86–87.

zugesprochen. Diese wurden mit „ausgezeichnetem Erfolg“ angewendet.<sup>251</sup> Dermatologisch können Phenothiazine zur Symptomlinderung bei Sklerodermie<sup>252</sup>, chronischem Juckreiz, Nesselsucht, der Knötchenflechte und Ekzemen eingesetzt werden.<sup>253</sup> In der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde kann Chlorpromazin zur Behandlung von Schwindel und bei Laryngospasmen<sup>254</sup> verabreicht werden.<sup>255</sup> Auch in der Glaukombehandlung zur Senkung des Augeninnendruckes wird der Einsatz von Megaphen praktiziert.<sup>256</sup> So findet der „lytische Cocktail“ aus Atosil, Megaphen und Dolantin vor allem beim akuten Glaukomanfall seine Anwendung.<sup>257</sup> Vielfältig eingesetzt wurden Phenothiazine auch in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Durch ihre antiemetische Wirkung kam hier die Anwendung bei Schwangerschaftserbrechen infrage. Außerdem sei den Phenothiazinen die Beschreibung eines konservativen Weges bei Schwangerschaftstoxikosen zu verdanken. Der Symptomenkomplex der Schwangerschaftstoxikosen wird heute als Eklampsie<sup>258</sup> beschrieben. Die Symptome Hypertonus, Proteinurie<sup>259</sup>, Ödeme und Krampfanfälle zwangen die Gynäkologen vor allem bei Krampfanfällen zu einer vorzeitigen Beendigung der Schwangerschaft. Mit dem neuen Medikament konnten die Anfälle häufig durchbrochen und die Schwangerschaft bis zur 33. Schwangerschaftswoche aufrechterhalten werden, was damals als Grenze für die Lebensfähigkeit des Fetus galt.<sup>260</sup> Darüber hinaus fand Chlorpromazin bei vorzeitiger Plazentalösung, zur Geburtserleichterung und bei Wochenbettpsychosen Anwendung.<sup>261</sup> Günstige Effekte zur Geburtsanalgesie fand auch Röttger, der die Wirkung als spasmolytisch, analgetisch und potenzierend beschrieb. Allerdings wurde der Geburtsablauf zum Teil ungünstig beeinflusst. So erhöhten sich der Wehenmittelverbrauch und die Frequenz der Zangenentbindung.<sup>262</sup> Außerdem fanden Phenothiazine in der Kinderheilkunde breiten Einsatz. Hier wurden sie vor allem symptomatisch eingesetzt, beispielsweise bei Tetanus neonatorum, um die Muskel-

---

<sup>251</sup> Medizinische Klinik, 2. Halbjahr, 1954, S. 1074.

<sup>252</sup> Kollagenose mit Verhärtung des Bindegewebes.

<sup>253</sup> „Bayer“ 1958, S. 111.

<sup>254</sup> Stimmritzenkrampf.

<sup>255</sup> „Bayer“ 1958, S. 113.

<sup>256</sup> „Bayer“ 1958, S. 115.

<sup>257</sup> Lehringer, Moderne Glaukombehandlung, in: Medizin heute, 6/1957, S. 431.

<sup>258</sup> Krampfanfälle während der Schwangerschaft.

<sup>259</sup> Eiweißausscheidung über den Harn.

<sup>260</sup> „Bayer“ 1958, S. 180 ff.

<sup>261</sup> „Bayer“ 1958, S. 183 ff.

<sup>262</sup> Röttger, Tagungsberichte, in: Medizinische Klinik, 26/1954, S. 568.

kontraktionen zu durchbrechen,<sup>263</sup> um bei einer Pneumonie die Eupnoisierung<sup>264</sup> zu erreichen oder um bei Infektionserkrankungen wie Pertussis die Hustenanfälle zu minimieren.<sup>265</sup> Günter Janssen und Doris Wilms aus der Kinderklinik Düsseldorf beschrieben im Jahr 1954 eine „ausgezeichnete“ Anwendbarkeit bei Enzephalitis und Meningitis. Durch die Medikation mit Megaphen, gegebenenfalls auch in Kombination mit Atosil, können sich die krampflösenden, sedativen und analgetischen Eigenschaften zunutze gemacht werden.<sup>266 267</sup>

Das weitgefächerte Einsatzgebiet des Medikamentes mit „neuartigen therapeutischen Möglichkeiten“<sup>268</sup>, welches sich über das Gebiet der Inneren Medizin, Gynäkologie und Dermatologie bis hin zum Gebiet der Psychiatrie und Neurologie erstreckte, lässt den Versuchscharakter des breiten Chlorpromazineinsatzes erkennen.

---

<sup>263</sup> D. Brück, Kinderheilkunde, in: Medizin heute 5/1956, S. 82.

<sup>264</sup> Senkung der Atemfrequenz auf das Normalmaß.

<sup>265</sup> „Bayer“ 1958, S. 125, S. 127, S. 134.

<sup>266</sup> Janssen/Wilms 1954, S. 290.

<sup>267</sup> Vgl. D. Brück, Neurologie, in: Medizin heute, 4/1955, S. 334.

<sup>268</sup> Meyer, Rösler, Schmitt, Die gesteuerte Hypothermie mit zusätzlicher Unterkühlung bei Infektiös-toxischen Psychosen, in: Der Nervenarzt, 28/1957, S. 216.

### 3.3 Kombinationsbehandlungen

Ziel von Kombinationsbehandlungen war es, die günstigen Eigenschaften eines Medikamentes hervorzuheben und die Nebenwirkungen entsprechend zu minimieren. In diesem Sinne wurden Medikamente wie Atosil, Serpasil oder Opium, aber auch die Elektroschockbehandlung in Kombination mit einer Megaphenbehandlung eingesetzt. Im Folgenden soll aufgezeigt werden wie die Verwendung dieser Kombinationspartner in der Marburger Landesheilanstalt aussah.

Bereits die Firma Bayer stellte fest, dass bei einer Depression die Kombination mit Elektroschockbehandlungen zum Erfolg führen könne.<sup>269</sup> Doch bevor diese Kombinationsmethode anhand der Marburger Fälle beleuchtet werden soll, muss ein Exkurs zur Elektroschocktherapie erfolgen. Diese Behandlung gehört zu den sogenannten Schocktherapieverfahren, die sich seit den 1930er-Jahren etablierten.<sup>270</sup> Zu diesen Verfahren zählen die Insulinkomabehandlung, die pharmakologische Krampfbehandlung mittels Cardiazol, einem Kreislaufmedikament, und die Elektrokrampftherapie. Diese Methoden sollten ihre Wirkung über eine therapeutisch gesetzte Störung indirekt entfalten. Die Elektroschockbehandlung wurde im Jahre 1938 von den Italienern Bini und Cerletti entwickelt. Ab 1939 fand dieses Verfahren auch in Deutschland breiten Anklang in psychiatrischen Kliniken.<sup>271</sup> Der Vorteil gegenüber den anderen Krampfbehandlungen war die leichtere Handhabbarkeit und Dosierung sowie der Bewusstseinsverlust bei den Patienten, der die Behandlung angenehmer machen sollte.<sup>272</sup> Edward Shorter, kanadischer Historiker mit Schwerpunkt Medizingeschichte, und sein Kollege David Healy, seines Zeichens irischer Psychiater, bezeichneten die Elektroschocktherapie gar als das Penicillin für die Psychiatrie.<sup>273</sup> Bei diesem Verfahren wurde Wechselstrom durch das Gehirn des Patienten geleitet und so ein epileptischer Anfall erzeugt. Mit den Jahren wurde die Technik mittels Kurznarkose, Muskelrelaxierung und Kreislaufüberwachung zunehmend verfeinert, vor allem weil lebensbedrohliche Nebenwirkungen wie Hirnschäden, Ateminsuffizienzen

---

<sup>269</sup> „Bayer“ 1958, S. 197.

<sup>270</sup> Hanrath 2002, S. 118.

<sup>271</sup> Shorter/Healy 2007, S. 68.

<sup>272</sup> Schott/Tölle 2006, S. 473 ff.

<sup>273</sup> Shorter/Healy, 2007, S. 3.

und Knochenbrüche auftraten. So sprach Kollé von einem ungefährlichen Verfahren, bei dem es kaum noch Gegenanzeigen gebe. Der Großteil der Patienten erfahre nach 3–4, maximal 8–12 „Heilkrämpfen“ eine Linderung. Einige wenige „Kranke“ seien auch nach dieser „energetischen Prozedur“ nicht gebessert und in selteneren Fällen würde die Erkrankung durch die Anwendungen verschleppt werden.<sup>274</sup> Durch die pharmakologische Revolution in den 1950er-Jahren geriet die Elektrokrampftherapie zunehmend in Vergessenheit. Dies kritisieren vor allem Shorter und Healy, die den Werdegang der Schocktherapie im Laufe des 20. Jahrhunderts verfolgen. Für deren Untergang machen sie vor allem Chlorpromazin und dessen Vermarktung verantwortlich:

„[...] ECT<sup>275</sup> became the object of a great industry-produced silence. Nobody at meetings [...] ever asked: ‘How does this drug compare to ECT?’ [...] ECT has been neglected for many conditions where it can be helpful [...].“<sup>276</sup>

Sie prangern an, dass durch den revolutionären Charakter der neuen Medikamente eine Elektrokrampftherapie als Option bei Therapieversagen oder schwerwiegenden medikamentösen Nebenwirkungen in Vergessenheit geraten sei.<sup>277</sup> So ging nach Einführung der Neuroleptika in den 1950er-Jahren der Einsatz erheblich zurück und das Verfahren kam nur noch bei therapierefraktären Depressionen und Schizophrenien zum Einsatz oder wurde als Kombinationsbehandlung eingesetzt.<sup>278 279</sup>

Anhand eines Patientenbeispiels soll aufgezeigt werden, wie eine solche Kombinationsbehandlung von Chlorpromazin und Elektrokrampftherapie in der Marburger Klinik aussah: Die Patientin F. R. war seit dem 09.12.1953 wegen einer Schizophrenie mit Wahnvorstellungen in der Marburger Klinik in Behandlung. Am 16.12.1953 wurde bei ihr wegen eines unruhigen, ängstlichen Zustandes mit der Elektroschocktherapie begonnen.<sup>280</sup> Nach den Schockbehandlungen stellte sich jeweils nur eine kurzfristige Besserung ein, sodass die Behandlung um 150 mg Megaphen täglich ergänzt wurde. Bei der Patientin wurden die Elektroschockbehandlungen in Blöcken von drei Tagen durchgeführt,

---

<sup>274</sup> Kurt Kollé, *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*, München/Berlin 1955, S. 156.

<sup>275</sup> *Electroconvulsive therapy* – engl. für Elektrokrampftherapie.

<sup>276</sup> Shorter/Healy 2007, S. 179.

<sup>277</sup> Shorter/Healy 2007, S. 177.

<sup>278</sup> Schott/Tölle 2006, S. 476.

<sup>279</sup> Hanrath 2002, S. 119.

<sup>280</sup> Patientin F. R., Bestand K 16, Nr. 12853, Arztberichte vom 15./16.12.1953.

zwischen den einzelnen Behandlungsblöcken lag eine Pause von fünf bis zehn Tagen. Ein Elektroschock wurde mit einer Stärke von 6 oder 7 für 0,7–1,3 Sekunden durchgeführt. Diese Daten wurden in der Patientenakte jeweils mit Datum der Behandlung dokumentiert, wobei vermerkt wurde, ob die Behandlung erfolgreich war und ob Besonderheiten wie eine einseitige Schocktherapie vorlagen.<sup>281</sup> Megaphen und Elektroschockbehandlung wurden bei der Patientin F. R. bis zum Juli 1954 kombiniert, da sich hier eine langfristige Besserung ihres Zustands einstellte, welche die Ärzte im August 1954 zu einer probeweisen Entlassung nach Hause veranlasste. Tragischerweise musste die Patientin bereits kurze Zeit später wegen eines Suizidversuches wiederaufgenommen werden.<sup>282</sup>

Das Beispiel dieser Patientin ist der einzige Fall, bei dem die Elektrokrampftherapie noch in Kombination mit Megaphen erfolgte. Bei allen anderen Fällen mit Aufnahme ab 1954 wurde die Behandlung entweder mit einer Schocktherapie begonnen, die dann zugunsten der Megaphenbehandlung beendet wurde oder es wurde direkt eine Megaphentherapie eingeleitet. Im Gegensatz dazu schien die Kombinationsbehandlung, zur Optimierung der Therapieeffekte und Minderung der Schockangst, in der Heidelberger Klinik ein bewährtes Mittel gewesen zu sein. Hier erreichte die Kombination von Megaphen- und Schockbehandlung in den Jahren 1955 und 1956 ihren Höhepunkt.<sup>283</sup> In der Marburger Klinik überwogen in den meisten Fällen vermutlich die Vorteile der Megaphenbehandlung, so dass die begonnene Schocktherapie durch eine alleinige Therapie mit Chlorpromazin abgelöst wurde.

Veranschaulichen soll dies das Beispiel der Patientin M. K., die am 11.01.1954 bei einer Depression in die Marburger Klinik aufgenommen wurde.<sup>284</sup> Die Patientin zeigte sich mit einer Schockbehandlung einverstanden, die in Abständen von etwa fünf Tagen als Dreierblock durchgeführt wurde. (Abb. 4)

---

<sup>281</sup> Patientin F. R., Bestand K 16, Nr. 12853, Elektroschocknachweise.

<sup>282</sup> Patientin F. R., Bestand K 16, Nr. 12853, Arztberichte August–September 1954.

<sup>283</sup> Balz 2010, S. 176.

<sup>284</sup> Patientin M. K., Bestand K 16, Nr.12887.

Lfd. Nr.	Datum	E-Schock		Erfolg	Bemerkungen u. a. Schockarten, Insulin etc.
		sec.	Volt/Stärke		
1)	12.1.54	0.9/1.0	7	+	Medinal
2)	13.1.54	2x 1.0	7	+	"
3)	14.1.54	2x 1.1	7	+	"
4)	18.1.54	1.1, 1.0, 1.2	7	+	
5)	19.1.54	1.3	7	+	
6.)	20.1.54	1.3	7	+	
7.)	25.1.54	1.3	7	+	
8.)	26.1.54	1.1.	7	+	
9.)	27.1.54	1.2	7	+	

Abbildung 4: Elektroschocknachweis der Patientin M. K.<sup>285</sup>

Auch in diesem Fall wurden die Schocks mit Stromstärke 7 und einer Dauer bis 1,3 Sekunden durchgeführt. Zu den ersten drei Schockbehandlungen erhielt die Patientin zusätzlich Medinal, ein Barbiturat zur Sedierung. Im Arztbericht vom 18.02.1954 ist zu lesen, dass sich die Patientin durch die Schockbehandlung kaum beeinflusst zeigte. Ihr Verhalten wird als „agitiert“, „klagsam“, „laut“ und „primitiv-querulatorisch“ beschrieben. Durch eine Umstellung der Therapie auf 150 mg Megaphen täglich wurde sie am 28.02.1954 in „ruhigem“ und „freundlichem“ Zustand als gebessert entlassen.<sup>286</sup>

Der Eindruck, dass die Elektroschocktherapie schnell durch den Einsatz des Megaphens abgelöst wurde, lässt sich auch im Fall der Patientin H. L. gewinnen, die am 07.01.1954 mit einer endogenen Depression eingewiesen wurde. Deren Elektroschockbehandlung brachte keine wesentliche Besserung zu Tage. Die Patientin zeigte sich ganz im Gegensatz dazu zunehmend verwirrt, eine Wandlung ihrer Depressivität hin zu „Zerfahrenheit“

<sup>285</sup> Patientin M. K., Bestand K 16, Nr. 12887, Elektroschocknachweise.

<sup>286</sup> Patientin M. K., Bestand K 16, Nr. 12887, Arztberichte 18.02.1954, 25.02.1954 und 28.02.1954.



und paranoidem Wahn wird beschrieben. Letztendlich wurde auch hier nach 17 Schockbehandlungen die Therapie zugunsten einer Chlorpromazinbehandlung abgebrochen.<sup>287</sup>

Die Elektroschocktherapie als von Bayer propagiertes Kombinationsmittel zum Megaphen konnte nur in einem Fall beschrieben werden. Die Therapie mit Elektroschocks schien nach Markteinführung des Megaphens eher das Auslaufmodell darzustellen. Auch ein Einsatz als Prämedikation vor Elektroschockbehandlungen zur Minimierung der „Schockangst“, konnte anhand der untersuchten Akten nicht nachgewiesen werden.<sup>288</sup>

Im Falle des Patienten N. J. wurde die Schockbehandlung gar gegen seinen Willen durchgeführt. Dieser wurde im Dezember 1953 mit einer Depression eingewiesen, war jedoch bereits im November desselben Jahres wegen des gleichen Zustandsbildes behandelt worden. Auch damals wurde er mit Elektroschocks therapiert, gegen die er sich gewehrt hatte. Die Marburger Ärzte strebten auch bei der zweiten Behandlung eine Elektroschocktherapie an, mussten diese aber nach drei Sitzungen einstellen, da sich der Patient weigerte, erneute Schockbehandlungen an sich durchführen zu lassen.<sup>289</sup> In den Arztberichten ist zu lesen, dass ohne richterliche Einweisung eine Behandlung gegen den Patientenwillen vorerst nicht möglich sei. In der Zwischenzeit wurde der Patient mit Opium behandelt. Im März 1954 erfolgte dann die richterliche Unterbringung. Der Patient musste daraufhin weitere zehn Schockbehandlungen über sich ergehen lassen, die im Gegensatz zu den ersten drei Behandlungen ohne Sedierung erfolgten.<sup>290</sup> Es wird von einer „guten Verträglichkeit“ mit zeitweiligen „Muskelspannungen“ gesprochen.<sup>291</sup> Wahrscheinlich waren dies Auswirkungen des therapeutisch gesetzten Krampfanfalls.

Die Nachweise der Elektroschocks in den Akten der Marburger Klinik deuten generell darauf hin, dass die Therapie ohne Sedierung oder Muskelrelaxierung durchgeführt wurde. Lediglich im gerade geschilderten Beispiel und im vorhergehenden Fall der Patientin M. K. wurde bei den ersten Behandlungen eine leichte Sedierung verwendet.<sup>292</sup> Folglich muss davon ausgegangen werden, dass diese Therapiemethode in der Marburger Klinik weitestgehend ohne Sedierung, bei vollem Bewusstsein erfolgte und die Patienten

---

<sup>287</sup> Patientin H. L., Bestand K 16, Nr. 12884, Arztberichte vom 29.01.1954 und 27.02.1954.

<sup>288</sup> Balz 2010, S. 81.

<sup>289</sup> Patient N. J., Bestand K 16, Nr. 12222, Angaben der Ehefrau, Arztbericht vom 25.01.1954.

<sup>290</sup> Patient N. J., Bestand K 16, Nr. 12222, Elektroschocknachweis.

<sup>291</sup> Patient N. J., Bestand K 16, Nr. 12222, Arztbericht vom 31.03.1954.

<sup>292</sup> Patientin M. K., Bestand K 16, Nr. 12887, Elektroschocknachweis.

den lebensbedrohlichen Nebenwirkungen ausgesetzt wurden. Da die Elektroschocktherapie eher das Auslaufmodell darstellte, wurden als Kombinationspartner zur Megaphentherapie häufig andere medikamentöse Herangehensweisen gewählt oder die Schockbehandlung zu Gunsten der Megaphentherapie abgelöst. So empfahl bereits der Regensburger Arzt E. Ganzer in seinem Referat, veröffentlicht in der Fachzeitschrift *Medizinische Klinik* von 1955, die Elektroschocktherapie durch eine Megaphenbehandlung zu ersetzen.<sup>293</sup>

Wie dargestellt, wurde in der Marburger Klinik die Kombination von Chlorpromazin mit einer Elektroschocktherapie vermieden. Megaphen wurde hier entweder als Monotherapie oder nach dem Beispiel von Delay und Deniker<sup>294</sup> in Kombination mit Atosil eingesetzt, das als Medikament der gleichen Wirkstoffgruppe als Synergist mit ähnlichem Wirkspektrum bereits im „lytischen Cocktail“ verwendet wurde. Auch das Alkaloid Reserpin, welches ab 1954 von Delay und Deniker Einzug in die Behandlung psychisch Kranker hielt,<sup>295</sup> wurde in Marburg als Kombinationspartner verwendet. Aber auch eine Kombination mit Opium, das schon im Altertum als Betäubungsmittel Verwendung gefunden hatte,<sup>296</sup> war keine Seltenheit. Ellen Leibrock verwies in ihrer Arbeit bereits auf die ausgesprochen schlafmachende und schmerzlindernde Wirkung des Medikamentes.<sup>297</sup> Vor allem die dämpfende Komponente sollte durch eine Kombination mit Megaphen verstärkt werden.

Die stark hypnotische Wirkung des Atosils<sup>298</sup> machte man sich schnell zu Nutzen. So verwendeten die Mainzer Internisten Bleiching und Bopp Megaphen in Kombination mit Atosil. Da die sympatholytische Wirkung des Megaphens durch die vornehmlich parasympatolytische<sup>299</sup> des Atosils ergänzt würde, können die beiden Präparate hervorragend zusammen verabreicht werden. Sie betonen vor allem, dass für die Kombinationstherapie geringe Dosen genügen, was auch das Auftreten von Nebenwirkungen

---

<sup>293</sup> E. Ganzer, Phenothiazinderivate in der Medizin, in: *Medizinische Klinik*, 28/1955, S. 1193.

<sup>294</sup> Haase, in: Otfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 138.

<sup>295</sup> Deniker, in: Otfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 122.

<sup>296</sup> Schott/Tölle 2006, S. 480.

<sup>297</sup> Leibrock 1998, S. 73.

<sup>298</sup> Auch Phenergan genannt; Wirkstoff Promethazin.

<sup>299</sup> Sympathikus und Parasympathikus sind Gegenspieler des vegetativen Nervensystems, das u. a. für die Aufrechterhaltung lebenswichtiger Vitalfunktionen und Stoffwechselfvorgänge notwendig ist.

minimiere.<sup>300</sup> So liege die Dosierung weit unterhalb der üblichen Dosis von Chlorpromazin.<sup>301</sup> Anhand der untersuchten Marburger Akten kann eine Kombinationstherapie von Megaphen und Atosil an elf Fällen nachgewiesen werden. So erhielt beispielsweise die Patientin A. L. 30–60 Tropfen Atosil, was 30–60 mg<sup>302</sup> entspricht, in Kombination mit 75–150 mg Megaphen täglich. Diese Dosierung wurde der Patientin seit Aufnahme im Dezember 1957 bis zu ihrer Entlassung im darauffolgenden November bei einer endogenen Depression verabreicht.<sup>303</sup> Sie wurde in gebessertem Zustand mit einer Erhaltungsdosis der Megaphen-Atosil-Kombination entlassen.<sup>304</sup> Auch der Patient B. J. wurde zu Beginn seines Aufenthaltes im März 1957 für zwei Monate mit Atosil und Megaphen behandelt. Er wurde wegen einer Schizophrenie mit Suizidgedanken in die Marburger Klinik aufgenommen. Im Aufnahmegespräch gibt B. J. an, dass der Grund für seine trüben Gedanken ein Familienstreit gewesen sei. Er glaube, seine Ehefrau betrüge ihn und seine Familie inklusive seiner sechs Kinder wolle ihn „verjagen“.<sup>305</sup> Der ängstlich-depressive Zustand besserte sich auch durch die begonnene Medikation mit 25–50 mg Atosil und durchschnittlich 200 mg Megaphen pro Tag nicht, sodass nach einem Monat der Behandlung zusätzlich Opium verabreicht wurde. Unter Fortführung der Megaphen-Opium-Kombination konnte der Patient in Begleitung der Ehefrau im Juli desselben Jahres nach Hause entlassen werden.<sup>306</sup> Im bereits erwähnten Fall der Patientin B. R., die den „lytischen Cocktail“ für wenige Tage bei stark unruhigem Verhalten erhielt, wurde anschließend mit einer Kombination aus Atosil, Megaphen und Serpasil<sup>307</sup> behandelt. Unter Kombination der drei Medikamente stellte sich eine rasche Besserung des depressiven Zustandes der Patientin ein.<sup>308</sup> Die gemeinsame Verabreichung der drei Medikamente stellte eine gängige Kombination dar, die auch als „Megaphen compositum“ im Handel erhältlich war.<sup>309</sup> Interessant scheint auch die Verwendung der Kombination von Atosil und Megaphen im Falle des ehemaligen Pflegers der Landesheilanstalt Marburg, E. J.,

---

<sup>300</sup> Bleiching/Bopp 1955, S. 746–747.

<sup>301</sup> H. Kleinsorge, K. Rösner, Die Phenothiazinderivate in der Medizin, Jena 1958, S. 162.

<sup>302</sup> Rote Liste, Frankfurt/Main 1957, S. 64–65, Eintrag zu Atosil.

<sup>303</sup> Patientin A. L., Bestand K 16, Nr. 14304, Medikamentennachweise.

<sup>304</sup> Patientin A. L., Bestand K 16, Nr. 14304, Arztbericht vom 17.11.1958.

<sup>305</sup> Patient B. J., Bestand K 16, Nr. 13135, Exploration.

<sup>306</sup> Patient B. J., Bestand K 16, Nr. 13135, Medikamentennachweise.

<sup>307</sup> Auch Reserpin genannt; Rote Liste, 1957, Eintrag zu Serpasil.

<sup>308</sup> Patientin B. R., Bestand K 16, Nr. 13916.

<sup>309</sup> Kleinsorge/Rösner 1958, S. 24.

der wegen eines Schlaganfalls mit halbseitiger Lähmung eingewiesen wurde.<sup>310</sup> Seit Beginn des Aufenthaltes im März 1957 erhielt er in fast unveränderter Dosierung 50 mg Megaphen und 60 mg Atosil täglich. Im Verlauf schien sich der Zustand des Patienten sowohl körperlich als auch geistig immer weiter zu verschlechtern. Es wird von kritischen Durchblutungsstörungen der linken Extremität mit starken Schmerzen sowie zunehmender Verwirrtheit gesprochen. Der Allgemeinzustand des Patienten nehme zusehends ab, er nehme kaum noch Nahrung zu sich und würde sich mit seinem eigenen Kot beschmieren.<sup>311</sup> Auch unter zusätzlicher Medikation mit Convallan, einem Digitalis-ähnlichem Präparat,<sup>312</sup> und Cosaldon, einem Medikament zur Anwendung bei zerebrovaskulärer Insuffizienz, verstarb der Patient im August 1958. Beeindruckend sind des Weiteren die hohen Dosen, die im Falle des jungen Medizinstudenten H. D. verabreicht wurden. Der 29-jährige Patient wurde wegen eines akuten schizophrenen Schubes am 03.02.1956 in Marburg aufgenommen.<sup>313</sup> Bereits in den ersten Tagen wurden tägliche Megaphendosen bis 500 mg verabreicht, die dann zusätzlich mit bis zu 110 mg Atosil kombiniert wurden.<sup>314</sup> Zu solch hohen Dosen veranlassten die Ärzte ein hochpsychotisches Verhalten sowie plötzliche „Erregungszustände“. Der Patient glaubte, er sei der Teufel und habe seine Familie verraten, er habe Vernichtungsideen und höre Stimmen.<sup>315</sup> Erst nach zwei-monatiger Hochdosistherapie mit Megaphen und Atosil distanzierte sich der Patient von seinen Wahnideen und es konnte eine anhaltende Besserung verzeichnet werden. Im Falle des 65-jährigen K. L. wurde die Therapie mit Megaphen bei der „Alzheimer’schen Krankheit“ gewählt. Der Patient zeigte sich bereits bei Aufnahme sehr unruhig und desorientiert.<sup>316</sup> Zunehmende Unruhezustände, bei denen der Patient Wäsche umherschmiss und in „Kollision“ mit Mitpatienten geriet, veranlassten die Ärzte zum Versuch, ihn mit dreimal 60 mg Atosil ruhigzustellen.<sup>317</sup> Sämtliche Versuche der medikamentösen Ruhigstellung, darunter auch mit Sedaraupin<sup>318</sup>, verliefen nicht zufriedenstellend.<sup>319</sup> Im Verlauf

---

<sup>310</sup> Patient E. J., Bestand K 16, Nr. 13139, Attest.

<sup>311</sup> Patient E. J., Bestand K 16, Nr. 13139, Pflegebericht vom 07.08.1958.

<sup>312</sup> Neureiter, Pietrusky, Schütt, Handwörterbuch der Gerichtlichen Medizin und Naturwissenschaftlichen Kriminalistik, Berlin 1940, S. 141.

<sup>313</sup> Patient H. D., Bestand K 16, Nr. 12809.

<sup>314</sup> Patient H. D., Bestand K 16, Nr. 12809, Medikamentennachweise.

<sup>315</sup> Patient H. D., Bestand K 16, Nr. 12809, Arztberichte vom 26.01.1956 und 04.02.1956.

<sup>316</sup> Patient K. L., Bestand K 16, Nr. 12931, Aufnahmebericht.

<sup>317</sup> Patient K. L., Bestand K 16, Nr. 12931, Arztbericht vom 09.08.1956 und 26.08.1956.

<sup>318</sup> Auch Reserpin oder Serpasil genannt, enthalten alle den gleichen Wirkstoff der Rauwolfia serpentina. Rote Liste 1954, Einträge zu den jeweiligen Medikamenten.

<sup>319</sup> Patient K. L., Bestand K 16, Nr. 1293, Arztbericht vom 01.09.1956.

des Aufenthaltes entwickelte der Patient eine Pneumonie, die nicht auf die Behandlung mit Penicillin ansprach. Bei zunehmend schlechterem Allgemeinzustand musste er wegen Nahrungsverweigerung per Sonde ernährt werden. Letztlich verstarb der Patient nach einer fieberhaften Episode im November des Jahres 1956.<sup>320</sup>

Die geschilderten Fälle haben die Diversität der Kombinationsbehandlung von Megaphen und Atosil gezeigt. So wurden die beiden Medikamente in Kombination mit Reserpin und Opium, aber auch mit Dolantin verwendet. Diagnosen wie Depressionen und Schizophrenien, darüber hinaus auch Alzheimer, Medikamentenmissbrauch und ein Schlaganfall, veranlassten die Ärzte zu entsprechenden Medikamentenkombinationen. Außerdem wurde Atosil in höheren Tagesdosen als zur Winterschlafbehandlung genutzt und es zeigt sich in Marburg keineswegs eine Dosisreduktion des Megaphens, wie sie von Bleiching und Bopp bei einer Kombinationsbehandlung von Megaphen und Atosil empfohlen wurde. Die Marburger Patienten erhielten durchgehend Tagesdosen, die oberhalb der üblichen Dosierung lagen. Anhand der geschilderten Fälle entsteht der Eindruck, dass eine Kombinationstherapie nicht durchgeführt wurde, um die Dosis des jeweils anderen Kombinationspartners zu verringern, sondern abermals um eine Sedierung der Patienten in Unruhesituationen herbeizuführen.

Auch bei der Verwendung von Opium im Zusammenspiel mit Megaphen kann eine Diversität des behandelten Patientenkollektives beobachtet werden. Opium wurde bereits Mitte des 18. Jahrhunderts bei Erregungszuständen und bei schwerer Depression eingesetzt. Auch im 19. Jahrhundert galt es als Hauptmittel zur Behandlung psychisch Kranker.<sup>321</sup> Mitte der 1950er-Jahre stellte die Therapie mit Opium ein symptomatisches Verfahren dar, um die Patienten zu beruhigen. Dabei wurde die „Tinctura opii“ erst in aufsteigender, dann in absteigender Dosierung mit bis zu dreimal 20–30 Tropfen pro Tag verabreicht.<sup>322</sup> In der Marburger Klinik kann eine Kombination von Opium und Megaphen in 17 Fällen nachgewiesen werden. Dabei wurde die Kombination vor allem bei Depressionen und zur Beruhigung bei starken Unruhezuständen eingesetzt. Besonders tragisch erscheint hier der Fall der Patientin H. E., die bereits seit 1934 in Behandlung war. Im Januar 1935 musste die Marburger Klinik dem „Erbgesundheitsgericht“ ein

---

<sup>320</sup> Patient K. L., Bestand K 16, Nr. 1293, Arztbericht vom 02.09, 11.09. und 06.11.1956.

<sup>321</sup> Schott/Tölle 2006, S. 481.

<sup>322</sup> Kolle 1955, S. 305.

Gutachten über den Zustand der Patientin erstatten, da der zuständige Kreisarzt den „Antrag auf Unfruchtbarmachung“ stellte. Das Gutachten des leitenden Oberarztes der Marburger Klinik stellte die „schwere erbliche Belastung“ der Patientin fest, würdigte aber auch ihre „sozial-ethische Persönlichkeit“. Er beschrieb sie als „kräftig“, „harmonisch entwickelt“, „wohlgebildet“ und „sittlich wertvollen“ Menschen.<sup>323</sup> Während des Aufenthaltes im Juli 1935 erfolgte eine erneute Meldung beim Kreisarzt wegen eines manischen Erscheinungsbildes. Ob eine Sterilisation erfolgte, kann weder den Akten des Jahres 1935 noch der Exploration des Jahres 1958 entnommen werden. Aber die Patientin hat – trotz festgestellter „erblicher Belastung“ – das nationalsozialistische Regime lebend überstanden.

In Bezug auf den geschilderten Fall, soll ein Exkurs zum Thema der Erbllichkeit von Geisteskrankheiten erfolgen. Bereits 1913 fand Emil Kraepelin heraus, dass Patienten mit Schizophrenien in vielen Fällen positive Familienanamnesen zu verzeichnen hatten. Schon nach dem Zweiten Weltkrieg, tragischerweise nicht unwesentlich durch die Zwillingsforschungen des nationalsozialistischen Regimes vorangebracht, stand fest, dass Schizophrenien und manisch-depressive Erkrankungen zu einem Großteil vererbbar sind.<sup>324</sup> So lässt sich auch am Patientenkollektiv der Marburger Klinik bei 10 % der Patienten eine positive Familienanamnese bei Verwandten 1. bis 2. Grades für psychische Erkrankungen nachweisen.<sup>325</sup>

Anhand von drei weiteren Fällen soll exemplarisch die Kombinationstherapie von Megaphen und Opium dargelegt werden. Im Januar 1958 erfolgte die Aufnahme der Patientin H. E. bei erneuter depressiver Verstimmung zur Megaphen-Opium-Kur infolge einer Einweisung nach Suizidversuch.<sup>326</sup> Bis zum Sommer desselben Jahres verbesserte sich die Stimmungslage der Patientin nur langsam. Unter anhaltend hohen Megaphen- und Opiumdosen, bis 225 mg Megaphen und 90 Tropfen Opium pro Tag, zeigte sich die Patientin „freier im Benehmen“ und zuversichtlich im Hinblick auf eine baldige Entlassung.<sup>327</sup> Mit einer Erhaltungsdosis der Megaphen-Opium-Behandlung wurde die Patientin H. E. im

---

<sup>323</sup> Patientin H. E., Bestand K 16, Nr. 8513, Gutachten Erbgesundheitsgericht.

<sup>324</sup> Edward Shorter, Geschichte der Psychiatrie, Berlin 1999, S. 361, S. 367.

<sup>325</sup> LWV Archiv, Krankenakten Bestand K 16, Familienanamnesen.

<sup>326</sup> Patientin H. E., Bestand K 16, Nr. 14322, Aufnahmeblatt.

<sup>327</sup> Patientin H. E., Bestand K 16, Nr. 14322, Arztbericht vom 09.05.1958 und 21.05.1958.

Juni in die ambulante Weiterbehandlung entlassen.<sup>328</sup> Tragischerweise wurde der Klinik am 31.07.1958 mitgeteilt, dass die Patientin sich erhängt hatte, da sie vermutlich keine Medikamente mehr eingenommen hatte.<sup>329</sup> Im Falle der Patientin K. E. scheint die Krankengeschichte etwas erfreulicher zu sein. So wurde die Patientin am 14.01.1957 von ihrem behandelnden Arzt wegen einer Depression in die Marburger Klinik eingewiesen. Aus der Anamnese geht hervor, dass die Patientin bereits dreimal wegen ähnlicher Phasen von gedrückter Stimmung in der Nervenklinik in Behandlung gewesen war. Ihr Ehemann schreibt dies einer gynäkologischen Operation 1952 zu, bei der der Patientin Uterus und Ovarien entfernt werden mussten.<sup>330</sup> Der behandelnde Arzt beschreibt die Patientin bei Aufnahme als „ängstlich, klagsam, weinerlich“ und ordnet eine Behandlung mit Megaphen und Opium an. Dabei wurde die Megaphen- auf maximal 150 mg und die Opiumdosis auf maximal 45 Tropfen pro Tag gesteigert.<sup>331</sup> Sie wurde als nette und freundliche Patientin beschrieben, die sich bereits an leichten Arbeiten auf der Station beteiligte und guten Kontakt zu ihren Mitpatienten pflegte. Auch ihr Nachtschlaf habe sich unter der medikamentösen Therapie gebessert.<sup>332</sup> Unter der Behandlung schien die Patientin weiterhin Fortschritte zu machen, sodass im Verlauf sowohl die Megaphen- als auch die Opiumdosis langsam reduziert werden konnten. Letztendlich wurde die Patientin in gebesserem Zustand mit einer Erhaltungsdosis von 75 mg Megaphen und 15 Tropfen Opium in die hausärztliche Weiterbehandlung entlassen.<sup>333</sup> Auch im Falle des Patienten R. W. scheint Opium eher zur symptomatischen Therapie verwendet worden zu sein. So sollte mit Megaphen und Opium eine Beruhigung des dementen Patienten herbeigeführt werden, der mit einem Messer mehrfach auf seine Ehefrau losgegangen war.<sup>334</sup>

Anhand der dargelegten Fälle lässt sich deutlich erkennen, dass eine ergänzende Opiumtherapie rein symptomatisch zur Beruhigung und Sedierung der Patienten vorgenommen wurde. Ähnlich der Kombination mit Atosil wurde damit die sedativ-hypnotische Wirkkomponente des Megaphens unterstützt. Der Eindruck, dass die medikamentöse Therapie

---

<sup>328</sup> Patientin H. E., Bestand K 16, Nr. 14322, Entlassungsbrief.

<sup>329</sup> Patientin H. E., Bestand K 16, Nr. 14322, Arztbericht vom 31.07.1958.

<sup>330</sup> Patientin K. E., Bestand K 16, Nr. 13957, Eigenanamnese, Angaben des Ehemannes.

<sup>331</sup> Patientin K. E., Bestand K 16, Nr. 13957, Medikamentennachweis.

<sup>332</sup> Patientin K. E., Bestand K 16, Nr. 13957, Pflegebericht vom 14.02.1957.

<sup>333</sup> Patientin K. E., Bestand K 16, Nr. 13957, Arztbericht vom 12.05.1957.

<sup>334</sup> Patient R. W., Bestand K 16, Nr. 13148, Einweisungsschein.

vor allem zur Ruhigstellung bei lauten und störenden Patienten eingesetzt wurde, verstärkt sich zusehends.

Als Kombinationspartner wurde sehr häufig das bereits erwähnte Alkaloid Reserpin<sup>335</sup> eingesetzt, sowohl im „lytischen Cocktail“ als auch in Kombination mit Atosil und Megaphen. Schon in der indischen Volksmedizin wurde die Schlangenzwurzel, *Rauwolfia serpentina*, bei psychischen Erkrankungen verwendet.<sup>336</sup> Das Alkaloid ist neben Chlorpromazin das Mittel, welches zur Dämpfung des vegetativen Nervensystems verwendet wurde. So zeigt das Medikament sedativ-hypnotische sowie herzfrequenz- und blutdrucksenkende Eigenschaften.<sup>337</sup> In Marburg wurde das Medikament vor allem bei Schizophrenien und Psychosen, selten auch bei depressiven Zustandsbildern verwendet. Ein interessantes Fallbeispiel ist das der 19-jährigen Patientin S. E., die bereits seit ihrem 16. Lebensjahr in psychiatrischer Behandlung gewesen ist. Die junge Frau, deren Mutter verstorben war und deren Vater seit dem Krieg vermisst wurde, ist als Kind aus ihrer Heimat Königsberg vertrieben worden und bei einer Pflegemutter in Schleswig-Holstein aufgewachsen. 1954 ging die Patientin dann zur Tante nach Hanau, bei der sie lebte und in einer örtlichen Metzgerei arbeitete.<sup>338</sup> In der Exploration entsteht der Eindruck, dass eine freundliche, gut erzogene junge Frau dem Arzt gegenüber sitzt. Die Patientin sei initial wegen eines Schwächeanfalls in Behandlung gewesen. In der Abteilung haben ihr die Mitpatientinnen gesagt, sie solle sich das Leben nehmen, was eigentlich nicht ihre Absicht gewesen sei. Dies schien der aktuelle Aufnahmegrund in die psychiatrische Klinik Heppenheim gewesen zu sein, wo die Patientin dann mit der Diagnose „Schizophrenie“ behandelt wurde. Von dort aus wurde sie nach Marburg zur Weiterbehandlung verlegt. Bereits in der Exploration und im Aufnahmezustand wurde die Patientin als „ruhig, freundlich und hilfsbereit“ beschrieben, die zur damaligen Zeit keine psychotischen Symptome zeige.<sup>339</sup> Der Grund für die Behandlung erschließt sich aus der Exploration nicht. Es bleibt fraglich, warum die scheinbar gesunde junge Frau in Marburg aufgenommen wurde. Erst im August 1956, fünf Monate nach Aufnahme im April desselben Jahres, finden sich

---

<sup>335</sup> Auch Serpasil oder Sedaraupin genannt, enthalten alle den gleichen Wirkstoff der *Rauwolfia serpentina*. Rote Liste 1954, Einträge zu den jeweiligen Medikamenten.

<sup>336</sup> De Boor 1956, S. 328.

<sup>337</sup> E. Strauß, J. Hiller, Sympathicolytische Substanzen in der Therapie der Schilddrüsenüberfunktion, in: *Medizinische Klinik*, 27/1954, S. 1073.

<sup>338</sup> Patientin S. E., Bestand K 16, Nr. 13709, Exploration.

<sup>339</sup> Patientin S. E., Bestand K 16, Nr. 13709, Exploration.



Einträge, die nicht zum gewonnenen Eindruck der Patientin passen. Hier ist von eifersüchtigem Verhalten gegenüber der Stationsschwester die Rede und davon, dass die Patientin sich gerne in den Mittelpunkt stelle.<sup>340</sup> Anscheinend war dies Anlass genug, ihr Bettruhe zu verordnen. Es ist nachzuvollziehen, dass ein junger Mensch eine ohne erkennbaren Grund auferlegte Bettruhe nur schwer einhalten kann. Folglich widersetzte sich die Patientin den Anweisungen der Ärzte und des Pflegepersonals. Die ärztliche Reaktion auf ihr Verhalten war eine Therapie mit Megaphen, unter der sich die Patientin wieder „ruhiger“ und „ausgeglichener“ zeigte.<sup>341</sup> Es ist zu vermuten, dass das unpassende Verhalten der sonst friedlichen Patientin prompt mit einer Ruhigstellung durch Megaphen beantwortet wurde. Im Oktober wurde das Medikament dann bei weiterhin ausgeglichenerm Verhalten vorübergehend abgesetzt. Bislang hatte bei der Patientin Megaphen zur Therapie von unerwünscht pubertärem Verhalten gedient. Im Januar 1957 trat erstmals eine rein medizinische Indikation in den Vordergrund. Hier blieb die Patientin nach einer schlaflosen Nacht im Bett liegen, redete verworrene Sätze und sprach von einem „Brennen“ im ganzen Körper.<sup>342</sup> Seitdem erhielt sie in konstanter Dosierung Megaphen und erschien erst im April 1957 wieder geordneter, woraufhin das Megaphen erneut abgesetzt wurde. Bis zum August erfolgten dann ärztlicherseits keine weiteren Einträge, sodass von einem konstant gebesserten Zustand der Patientin ausgegangen werden kann. Im September hieß es dann, sie erhalte weiter keine Medikamente und gehe ihrer Tätigkeit als Haushaltshilfe bei einer Familie in der Stadt nach.<sup>343</sup> Im November kam es zu einer erneuten psychischen Verschlechterung der Patientin. Sie erklärte, dass in letzter Zeit alles so komisch sei, „lacht unmotiviert vor sich hin“ und „tanzt unbekleidet im Zimmer umher“.<sup>344</sup> Aufgrund dieser wiederkehrenden Äußerungen und Verhaltensweisen erhielt die Patientin bereits seit September Megaphen, diesmal eine tägliche Dosis von 300 mg, statt der ursprünglichen 150 mg pro Tag. Der Zustand der Patientin besserte sich auch unter der erhöhten Megaphendosis nicht und schlug ins Manische um. Sie entfernte sich unerlaubt aus der Anstalt und beleidigte Schwestern und Pfleger. Bei der Weihnachtsfeier im Dezember 1957 beherrschte sie ein einfaches Gedicht nicht, obwohl sie im Jahr zuvor eine

---

<sup>340</sup> Patientin S. E., Bestand K 16, Nr. 13709, Arztbericht vom 27.08.1956.

<sup>341</sup> Patientin S. E., Bestand K 16, Nr. 13709, Arztbericht vom 27.08.1956.

<sup>342</sup> Patientin S. E., Bestand K 16, Nr. 13709, Arztbericht vom 14.01.1957.

<sup>343</sup> Patientin S. E., Bestand K 16, Nr. 13709, Arztbericht vom 11.09.1957.

<sup>344</sup> Patientin S. E., Bestand K 16, Nr. 13709, Arztbericht vom 04.11.1957

schwierigere Rolle ohne Probleme gemeistert hatte.<sup>345</sup> Der Eindruck des ehemals freundlichen und umgänglichen Mädchens hatte sich völlig gewandelt. Wegen der anhaltenden Zustandsverschlechterung wurde S. E. nun mit Megaphen und Reserpin behandelt.<sup>346</sup> Die unterschiedlichen Versuche der medikamentösen Ruhigstellung, die fast einer Zähmung oder Bändigung der Patientin glichen, scheiterten. Die Patientin floh im Juni 1958 aus der Marburger Anstalt.<sup>347</sup> Die fast zweijährige Krankengeschichte der Patientin lässt sich mit viel Wehmut betrachten, da aus dem freundlichen, wohlerzogenen Mädchen im Verlauf eine freche, vorlaute Teenagerin geworden ist. Über die Ursache der Entwicklung lässt sich nur spekulieren. Ob es an der fehlenden Obhut und Vertrautheit im Zuhause der Pflegemutter, den Umständen in der Marburger Klinik oder dem Rückfall einer stattgehabten Schizophrenie gelegen hat, bleibt letztendlich ungeklärt. Fakt ist, dass die Marburger Ärzte versucht haben, das vorlaute und unpassende Verhalten der Patientin durch eine medikamentöse Behandlung zu mildern. So lässt sich festhalten, dass Behandlungserfolge häufig im Sinne einer Ruhigstellung gewertet wurden und Misserfolge mit Dosiserhöhungen sowie weiteren Medikamentenkombinationen beantwortet wurden.

Wenige Fälle wie die Krankengeschichte des Patienten F. K. stellen sich dieser These entgegen. Der Patient wurde bereits im Dezember 1958 wegen selbiger Erkrankung, einer paranoiden Schizophrenie, in der Universitätsnervenklinik Göttingen behandelt.<sup>348</sup> Zum Ende des dortigen Aufenthaltes wurde ihm eine Weiterbehandlung in der Marburger Anstalt nahegelegt. Der 24-jährige Jurastudent wurde im Januar 1959 von seinem behandelnden Arzt eingewiesen. Grund dafür waren Briefe an eine Kommilitonin, die Morddrohungen enthielten. Aus der Exploration des Patienten geht hervor, dass der Grund für den Aufenthalt in der Göttinger Nervenklinik Briefe an seine Tante gewesen seien, in denen ebenfalls Morddrohungen geäußert wurden. Sowohl die Tante als auch das Mädchen aus der Universität habe er nicht wirklich umbringen wollen, man habe ihn missverstanden. Er hätte das Mädchen von einem „Klotz“ befreien und das Böse in ihr abspalten wollen.<sup>349</sup> In der gesamten Exploration sind die Gedankenäußerungen des

---

<sup>345</sup> Patientin S. E., Bestand K 16, Nr. 13709, Arztbericht vom 10.12.1957 und vom 03.01.1958.

<sup>346</sup> Patientin S. E., Bestand K 16, Nr. 13709, Medikamentennachweise.

<sup>347</sup> Patientin S. E., Bestand K 16, Nr. 13709, Arztbericht vom 02.06.1958.

<sup>348</sup> Patient F. K., Bestand K 16, Nr. 13811, Auszug Krankenakte der Universitätsnervenklinik Göttingen.

<sup>349</sup> Patient F. K., Bestand K 16, Nr. 13811, Exploration vom 13./14.01.1959.

Patienten zerfahren und ergeben keinen sinnvollen Zusammenhang. Dazu ein Ausschnitt aus der Exploration:

Im Seminar sei ihm aufgefallen, dass, wenn er konsequent seinen Gedanken nachging, er alle Leute totschiagen müsse. Das sei „die Objektsperson“, die man beseitigen müsse. „Diese Konsequenz habe ich schriftlich niedergelegt, weil ich wusste, dass ich das tun könnte. Durch das Niederschreiben war ich frei von diesen Dingen.“<sup>350</sup>

Das hochpsychotische Verhalten des Patienten veranlasste den Beginn einer Megaphen-therapie, die kurze Zeit später durch die tägliche Gabe von Phasein, das u.a. Reserpin als Wirkstoff enthält,<sup>351</sup> ergänzt wurde.<sup>352</sup> Im Verlauf des Aufenthaltes gliederte sich der Patient ohne Probleme in den Anstaltsalltag ein und beteiligte sich auch an Garten- und leichten Hausarbeiten. Er distanzierte sich immer mehr von seinen Äußerungen zu Beginn des Aufenthaltes und sprach davon, dass das „Stadium der Finsternis“ überwunden sei.<sup>353</sup> Der junge Patient beschäftigte sich nun zunehmend auch mit dem Studium juristischer Fachliteratur, spielte wieder Geige und ging in der Stadt spazieren. Die Dosierungen von Megaphen und Phasein konnten immer weiter reduziert werden, sodass im August 1959 die Entlassung anstand. Im Abschlussbericht heißt es, dass sich der Patient bei Aufnahme selbst krank gefühlt hatte und bestürzt gewesen war, was in ihm vorgegangen sei. Der Patient konnte als „gebessert“ durch den „Megaphen-Phasein-Erfolg“ in „hohen Dosen“ entlassen werden.<sup>354</sup> In diesem Fall konnte, im Gegensatz zum vorherigen Patientenbeispiel, ein echter Erfolg bei der Behandlung einer Schizophrenie erreicht werden. Auch Flügel erkannte die große Zahl an Heilerfolgen bei der Kombination von Chlorpromazin und Reserpin im Falle der Behandlung von Schizophrenen. Nach seinen Erfahrungen zeigten sich sogar chronische Fälle von dieser Art der Kombinationstherapie positiv beeinflusst.<sup>355</sup>

Für die Marburger Ärzte verlor die Kombinationsbehandlung mit einer Elektroschock-therapie ihren Stellenwert. Medikamentöse Alternativen standen in großem Maße zur

---

<sup>350</sup> Patient F. K., Bestand K 16, Nr. 13811, Exploration vom 14.01.1959.

<sup>351</sup> Rote Liste, Frankfurt/Main 1959, Eintrag zu Phasein.

<sup>352</sup> Patient F. K., Bestand K 16, Nr. 13811, Medikamentennachweise.

<sup>353</sup> Patient F. K., Bestand K 16, Nr. 13811, Arztbericht vom 28.05.1959.

<sup>354</sup> Patient F. K., Bestand K 16, Nr. 13811, Abschlussbericht.

<sup>355</sup> Flügel, Ergebnisse pharmako-psychiatrischer Forschungen, in: Der Nervenarzt, 28/1957, S. 484–485.

Verfügung und waren mit weit weniger Schreckenscharakter behaftet. Neue Medikamente der gleichen Wirkstoffgruppe, darunter das Reserpin, aber auch altbewährte Substanzen wie Atosil und Opium kamen als Kombinationspartner zum Einsatz. Dabei standen vor allem die sedativ-hypnotischen Eigenschaften, im Sinne einer Dämpfung und Beruhigung, bis hin zu einer medikamentösen Ruhigstellung des Patienten im Vordergrund. Dem stehen wenige Heilerfolge gegenüber, die bei chronisch kranken Patienten erzielt werden konnten.

### 3.4 Nebenwirkungen

Durch einen Eingriff der Medikamente in den dopaminergen Steuerungskreis im Gehirn treten sowohl die gewünschten antipsychotischen Effekte als auch einige unerwünschte Nebenwirkungen auf. Zu den häufigen Erscheinungen im Zusammenhang mit einer Megaphentherapie wurden vor allem allergische Hautreaktionen und Störungen des vegetativen Nervensystems wie eine gesteigerte Herzfrequenz und Kollapsneigung gezählt.<sup>356</sup> Diese häufigen Nebenwirkungen treten auch bei etwa 14 % der untersuchten Marburger Patienten auf. Damit liegt die Zahl etwa bei den Angaben der zeitgenössischen Forschungsliteratur, die von Häufigkeiten um 10 % spricht.<sup>357</sup> In den Marburger Akten war dabei häufig von Schwindelanfällen, Kreislaufproblemen sowie Hautausschlägen mit Juckreiz die Rede. Häufig zeigten sich die Patienten auch benommen und desinteressiert, Handlungen wurden verlangsamt ausgeführt und die Patienten schliefen sehr viel. Zu einem Therapieabbruch beziehungsweise einer Dosisreduktion veranlassten nur allergische Reaktionen sowie starke Kreislaufprobleme. Alle anderen Symptome wurden im Sinne der Umstimmungstherapie nach Flügel als Charakteristika des Heilungsprozesses toleriert. Häufig beobachteten die Marburger Ärzte Appetitsteigerungen und Gewichtszunahmen der Patienten unter einer Chlorpromazintherapie. Die Forschungsliteratur der 1950er-Jahre nannte auch die toxischen Effekte auf das Knochenmark, die sich in Form von Blutbildungsstörungen zeigen können.<sup>358</sup> Ferner waren Lebertoxizität<sup>359</sup>, Austrocknung der Schleimhäute sowie Blasen- und Mastdarmstörungen mit starker Verstopfung<sup>360</sup> bekannt.

Sicherlich zu den am kontroversesten diskutierten Themen um die neuen Medikamente gehörten die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen. Flügel und Bente bezeichneten das Syndrom aus Antriebsminderung und Parkinsonismus als „Akinetisch-abulisches

---

<sup>356</sup> Lüllmann/Kuschinsky 1964, S. 161; vgl. Hoff 1960, S. 308.

<sup>357</sup> Lüllmann/Kuschinsky 1964, S. 161; vgl. K. O. Möller, Pharmakologie. Als theoretische Grundlage einer rationellen Pharmakotherapie, Basel 1958, S. 343.

<sup>358</sup> Kleinsorge/Rösner 1958, S. 84.

<sup>359</sup> G. Kuschinsky, Taschenbuch der modernen Arzneimittelbehandlung, Stuttgart 1963, S. 452.

<sup>360</sup> Bleiching/Bopp 1955, S. 747; vgl. F. Brücke, Angriffsmöglichkeiten der Pharmaka bei fieberhaften Erkrankungen, in: Die ärztliche Fortbildung, 7/1957, S. 283.

Syndrom“ und verknüpften dieses mit der antipsychotischen Wirkung.<sup>361</sup> Bereits 1954 erkannte der Schweizer Neurologe Hans Steck diese Symptome unter Behandlung von Megaphen und Reserpin.<sup>362</sup>

Grundsätzlich gilt es, die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen der Neuroleptika in drei Kategorien einzuteilen. Zu den unwillkürlichen Bewegungsstörungen zählen zum einen die akuten Dystonien<sup>363</sup>, auch Frühdyskinesien<sup>364</sup> genannt, zum anderen die tardiven Dystonien, auch als Spätdyskinesien bezeichnet und zuletzt das Neuroleptika-induzierte Parkinson-Syndrom. Frühdyskinesien manifestieren sich meist in der ersten Behandlungswoche oder nach Dosissteigerungen bzw. -reduktionen. Zu den Symptomen zählen Haltungsanomalien, motorische Störungen im Mund- und Kieferbereich, Schluck- und Sprechstörungen sowie krisenhafte Blickwendungen nach oben.<sup>365</sup> Dagegen treten tardive Dystonien erst im Verlauf der Behandlung auf und sind durch wiederholte, unwillkürliche Bewegungen gekennzeichnet, die Zunge und Lippen betreffen können, was sich durch Fibrillieren der Zunge sowie Kau- und Schmatzbewegungen äußert. Auch im Bereich der Extremitäten kann es sowohl zu unwillkürlichen Beuge- und Streckbewegungen als auch zu schleudernden Bewegungen kommen.<sup>366</sup> Diesen beiden Formen der frühen und späten Neuroleptika-induzierten Bewegungsstörungen steht das Neuroleptika-induzierte Parkinson-Syndrom gegenüber, bei dem es sowohl zu einer psychischen als auch motorischen Retardierung der Patienten kommt. Hauptsymptome können ein maskenhaftes Gesicht und fehlende Mimik sein. Im Bereich der Motorik kann es zu Rigor<sup>367</sup>, Tremor<sup>368</sup> und Akinese<sup>369</sup> kommen. Außerdem zeigen die Patienten häufig Antriebslosigkeit in Verbindung mit Müdigkeit und Apathie.<sup>370</sup> Um die extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen kreisten zur Zeit der Einführung des Megaphens, aber auch in den folgenden Jahren zwei Lehrmeinungen. Breiten Anklang fand die Theorie von Flügel, dass in milder Form extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen in Korrelation mit der

---

<sup>361</sup> Haase, in: Ottfried K. Linde (Hg.), Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse, Klingenmünster 1988, S. 140.

<sup>362</sup> Thomas Jahn, Bewegungsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Berlin/Heidelberg 2004, S. 29.

<sup>363</sup> Dystonie = Bewegungsstörung.

<sup>364</sup> Dyskinesie = Störung im Bewegungsablauf.

<sup>365</sup> Jahn 2004, S. 31, S. 34.

<sup>366</sup> Jahn 2004, S. 48–49.

<sup>367</sup> Muskelsteifheit.

<sup>368</sup> Zitterbewegungen.

<sup>369</sup> Bewegungsarmut.

<sup>370</sup> Jahn 2004, S. 41.

antipsychotischen Wirkung standen.<sup>371</sup> Auf der anderen Seite stand die Lehrmeinung von Delay und Deniker, die Kriterien entwarfen, um diese Arten der Nebenwirkungen zu vermeiden. Dazu zählte sowohl die sorgfältige Auswahl des Medikamentes, eine Beachtung der Tageshöchstdosis als auch eine gründliche Überwachung der Patienten, um Störungen frühzeitig erkennen und dementsprechend reagieren zu können.<sup>372</sup> Wie bereits eingangs erwähnt, führten Delay und Deniker unter anderem die geschilderten eigentümlichen Nebenwirkungen der neuen Medikamente, zur Stoffgruppenbezeichnung der „Neuroleptika“<sup>373</sup> – wörtlich übersetzt: „welche das Nervensystem weich machen“.<sup>374</sup> In den kommenden Jahren diskutierte das Fachpublikum kontrovers über die Notwendigkeit von extrapyramidalen Nebenwirkungen als Wirksamkeitsbeleg für die Neuroleptika.

Ähnliche Kontroversen sind auch aus den Akten der Marburger Patienten ersichtlich. Hier lässt sich nicht klar ablesen, ob die auftretenden Bewegungsstörungen therapeutisch erwünscht waren oder zum Absetzen des Medikamentes veranlassen sollten. Zudem ist retrospektiv schwer zu beurteilen, ob die geschilderten Symptome Nebenwirkungen der Neuroleptika oder psychomotorische Begleiterscheinungen der vorliegenden Grunderkrankung von Schizophrenie oder Depression waren. So kann im Fall der Patientin K. M., die wegen einer endogenen Depression mit Megaphen behandelt wurde, nicht zweifelsfrei belegt werden, ob die verlangsamte Mimik im Rahmen eines Neuroleptika-induzierten Parkinson-Syndroms auftrat oder Symptom der Grunderkrankung war. Die Megaphendosis von 225 mg pro Tag blieb, trotz der geschilderten Symptome, unverändert.<sup>375</sup> Im Falle des Patienten N. H., der wegen einer Depression von der Kurklinik Wittgenstein nach Marburg verlegt wurde, zeigt sich jedoch deutlich, dass Nebenwirkungen in Kauf genommen wurden. Hier wurde im Verlegungsbericht der Kurklinik direkt auf extrapyramidal-motorische Nebenwirkungen unter Megaphentherapie hingewiesen, weshalb dort die Medikation mit Megaphen beendet wurde.<sup>376</sup> Trotz dieses Hinweises wurde eine Woche später die Medikation mit Megaphen wieder aufgenommen. In diesem

---

<sup>371</sup> Bleich et al. 2006, S. 352.

<sup>372</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 129.

<sup>373</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 123.

<sup>374</sup> Hans-Jürgen Möller, *Therapieresistenz unter Neuroleptikabehandlung*, Wien 1993, S. 139.

<sup>375</sup> Patientin K. M., Bestand K 16, Nr. 14352, Pflegebericht vom 17.09.1958 und Medikamentennachweise vom September 1958.

<sup>376</sup> Patient N. H., Bestand K 16, Nr. 12813, Verlegungsbrief.

Beispiel wurde wissentlich in Kauf genommen, dass die Symptomatik erneut auftreten könnte. Im Gegensatz dazu steht der Fall des Patienten J. T., der von 1943 bis 1962 wegen einer endogenen Depression wiederholt in Behandlung war. So wurde am 12.01.1959 berichtet, dass unter Megaphentherapie „motorische Unruhe“, „Gangunsicherheit“ und „Schwindel“ aufgetreten seien, weshalb die Therapie auf das Antidepressivum Tofranil umgestellt wurde.<sup>377</sup> Auch im Falle der Patientin M. E. wurde das Phenothiazin Serpasil bei Auftreten von Frühdiskinesien mit Blickkrämpfen und Parkinsonismus abgesetzt. Den tonischen Blickkrampf beschreiben die Ärzte wie folgt: „Die Patientin verdreht [...] laufend nach oben, sodaß nur das Weiße im Auge zu sehen ist.“<sup>378</sup> Diese okulären Krisen wurden 1957 in Fachkreisen als „Schauanfälle infolge einer Megapheneinwirkung“ beschrieben.<sup>379</sup>

Welches Behandlungsregime die Marburger Klinik nun bei Auftreten von extrapyramidal-motorischen Symptomen bevorzugte, kann anhand der Aktenlage nicht herausgefunden werden. Besonders schwierig ist zudem eine Differenzierung von extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen als Folge der Neuroleptikatherapie und katatonen Symptomen im Rahmen der Grunderkrankung, diese lässt sich anhand der Aktenlage nicht zweifelsfrei vornehmen. Vermutlich wurde sich je nach Fall individuell für oder gegen eine Fortführung der Therapie entschieden.

Erst 1963 wurde mit der Dopaminhypothese eine Erklärung für das komplexe Zusammenspiel zwischen Antipsychotika und neuroleptischer Wirkweise gefunden, die alle Lehrmeinungen in Einklang brachte. So konnten durch die Blockade der Neuroleptika an prä- und postsynaptischen Dopaminrezeptoren sowohl die gewünschten antipsychotischen Effekte als auch die unerwünschten Nebenwirkungen erklärt werden.<sup>380</sup>

Zu den weiteren „Nebenwirkungen“ der Einführung der Neuroleptika gehörten die steigenden Ausgaben für Arzneimittel. So kostete beispielsweise die Packung Megaphen mit 50 Tabletten zu 25 mg 8,40 DM.<sup>381</sup> Bei einer durchschnittlichen Tagesdosis bis 150 mg

---

<sup>377</sup> Patient J. T., Bestand K 16, Nr. 12200, Arztbericht vom 12.01.1959.

<sup>378</sup> Patientin M. E., Bestand K 16, Nr. 13619, Arztbericht vom 10.10.1957.

<sup>379</sup> Jahn 2004, S. 30.

<sup>380</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 127.

<sup>381</sup> Rote Liste 1954, Eintrag zu Megaphen, S. 516.



Megaphen kostete die „Tagesration“ pro Patient bereits 1,01 DM.<sup>382</sup> So ist es kaum verwunderlich, dass der Medikamentenetat in den 50er-Jahren sprunghaft anstieg. Für die Marburger Klinik bedeutete es, dass im Jahr 1949 nur 9.757,35 DM für Arzneien und Verbandstoffe ausgegeben wurden, wohingegen sich die Ausgaben im Jahr 1954, dem Jahr der Einführung von Megaphen in der Klinik, auf 19.889 DM verdoppelten. Schon im Jahr 1956 betragen die Ausgaben das Dreifache des Etats von 1954 mit 59.871 DM.<sup>383</sup> Der sprunghafte Anstieg ist sicherlich mit dem breiten Einsatz von Megaphen und Serpasil ab den Jahren 1955/1956 in der Klinik zu begründen, wobei eine Tagesdosis Serpasil preislich im Bereich der von Megaphen lag.<sup>384</sup> Das Diagramm veranschaulicht die Entwicklung bis zum Jahr 1964.

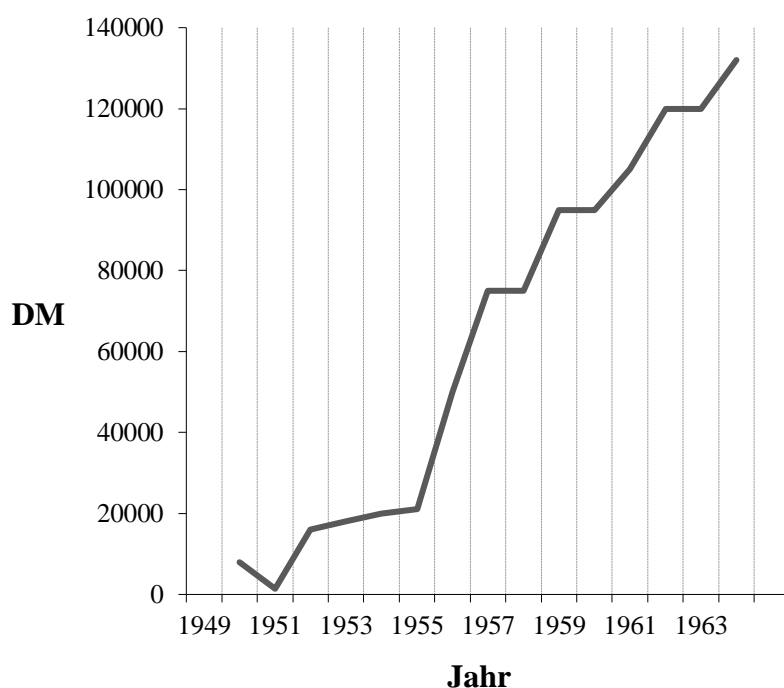


Diagramm 3: Ausgaben Arzneien und Verbandstoffe 1949–1964<sup>385</sup>

<sup>382</sup> L. Heilmeyer, Rezepttaschenbuch, mit ausgewählten Hinweisen auf die nicht medikamentöse Therapie, Stuttgart 1956, S. 522.

<sup>383</sup> Landeswohlfahrtsverband Hessen, Fachbereich Finanzen, Haushaltspläne Marburg: (Jahre 1949–1965), B 16/337, B 16/473, B 16/842, B 40.271, B 40.272, B 40.276, B 40.275, B 40.284, B 40.285, B 40.286, B 40.287, B 40.318.

<sup>384</sup> Rote Liste, 1957, Eintrag zu Serpasil, S. 657.

<sup>385</sup> Diagramm erstellt aus den Daten der Haushaltspläne (Jahre 1949–1965).

Es ist eine rasante Erhöhung des Medikamentenetats in den folgenden Jahren abzulesen. Großen Anteil hatte sicher auch die Erforschung und Synthese neuer Antipsychotika wie die des Haldols, das unter dem Namen R 1625 im Jahre 1958 von B. Hermanns synthetisiert und ein Jahr später auf den Markt gebracht wurde.<sup>386</sup> Haldol und weitere Phenotiazine wie das Perazin<sup>387</sup> wurden in der Marburger Klinik angewendet.<sup>388</sup> Genauso fanden Antidepressiva, mit dem Medikament Imipramin<sup>389</sup> als Prototyp der Klasse, zum Ende der 1950er-Jahre Eingang in die medikamentöse Behandlung der Kranken. Zum Ende des Jahrzehnts zeigte sich durch Anwendung moderner Antipsychotika und Antidepressiva zum einen der reformorientierte Charakter der Klinik, die sich aufgeschlossen gegenüber neuesten Forschungen und Ergebnissen im Bereich der Medikamentenentwicklung zeigte. Zum anderen bleibt die Frage offen, inwieweit auch diese neuen Substanzen experimentell oder zur Sedierung unliebsamer Patienten eingesetzt wurden.

Auch im Bereich der Patientenbeschäftigung konnte zeitgleich mit Einsatz der neuen Psychopharmaka ein Wandel verzeichnet werden. So richtete sich die Arbeitstherapie der Patienten nicht wie in der Nachkriegszeit an rein wirtschaftlichen Interessen aus, sondern es wurden therapeutisch sinnvolle Beschäftigungen ausgewählt, die dem Gesundheitszustand des Patienten und seinen Interessen angemessen waren.<sup>390</sup> Patientinnen wurden in Marburg vor allem zur Stationshilfe, in der Nähstube und der Waschküche eingesetzt. Die männlichen Patienten hingegen wurden bei der Gartenarbeit, beim Herstellen von Klammern und Bastflechten beschäftigt.<sup>391</sup> Ähnlich wie die Gütersloher Patienten erhielten diejenigen in Marburg kleine Taschengeldbeträge für ihre Arbeit, erkennbar daran, dass die Haushaltpläne ebenfalls Ausgaben für Beschäftigungsbelohnungen<sup>392</sup> festhielten. So sollte das Interesse für die Arbeit gefördert und die Leistung der Patienten belohnt werden.<sup>393</sup>

---

<sup>386</sup> C. J. E. Niemegeers, Paul Janssen und die Entdeckung von Haloperidol sowie anderer Neuroleptika, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klagenfurt 1988, S. 159, S. 163.

<sup>387</sup> Handelsname Taxilan.

<sup>388</sup> Patient F. G., Bestand K 16, Nr. 12230, Medikamentennachweise April und Juli 1960.

<sup>389</sup> Handelsname Tofranil.

<sup>390</sup> Hanrath 2002, S. 111–112.

<sup>391</sup> LWV Archiv, Krankenakten Bestand K16.

<sup>392</sup> Haushaltpläne: 1961 B 40.272, 1962 B 40.276.

<sup>393</sup> Hanrath 2002, S. 114.

Sowohl beim Einsatz neuer Medikamente im Verlauf der 1950er-Jahre als auch bei der Arbeitstherapie, mit Auszahlung kleiner Geldbeträge, zeigte sich die Marburger Klinik abermals fortschrittlich. Der reformorientierte Grundtenor, den bereits Langelüdecke Anfang des 20. Jahrhunderts mit einer Beschäftigungstherapie zur Wiedereingliederung der Patienten in das Alltagsleben geprägt hatte, sowie die Ausrichtung der Behandlungsmethoden an neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen wurden in den 1950er-Jahren fortgeführt.

### III. Schlussbetrachtung:

#### **Megaphen – Fluch oder Segen für die Landesheilanstalt Marburg?**

Von einer „pharmakologischen Revolution“<sup>394</sup> sprachen die einen, vom Beginn der „pharmakopsychiatrischen Ära“<sup>395</sup> in der Anstaltspsychiatrie andere. Fest steht, dass mit Einführung des Chlorpromazins in die medikamentöse Therapie neue Möglichkeiten zur Behandlung psychisch kranker Patienten zur Verfügung standen. Die mit hoher Mortalität verbundenen Krampfbehandlungen durch Insulin und Cardiazol, aber auch die Elektrokrampftherapie, wie am Beispiel der Marburger Klinik belegt, wurden immer mehr in den Hintergrund gedrängt. Zudem wurden psychochirurgische Eingriffe mit Freilegung und Operationen am Gehirn, die sich in der Menschheitsgeschichte zu allen Zeiten und in allen Kulturen nachweisen lassen, durch die Einführung der neuen Psychopharmaka in den Schatten gestellt.<sup>396</sup> Die große Gefahr, die die Einführung der neuen Psychopharmaka nach sich zog, war allerdings eine Vernachlässigung der Gruppen-, Arbeits-, und Beschäftigungstherapie in den Heilanstalten.<sup>397</sup> In der Marburger Klinik wurden die Patienten, so es ihr psychischer und körperlicher Zustand zuließ, einer Arbeitstherapie zugeführt. So fand die Klinik die nötige Balance zwischen medikamentöser Behandlung und Beschäftigungstherapie.

Die Einführung des Megaphens im Jahre 1953, als erster Vertreter der neuen Gruppe der Neuroleptika auf dem deutschen Markt, zog in den folgenden Jahren eine ganze Reihe von pharmakologischen Neuerungen nach sich. So wurden in den 1950er-Jahren zahlreiche weitere Neuroleptika, darunter das Perazin aus der Gruppe der Phenothiazine oder 1958 das Haldol, das noch heute als Antipsychotikum den „Goldstandard“ darstellt, eingeführt.<sup>398</sup> Auch die Synthese von Tranquilizern, darunter das Serpasil oder von Antidepressiva wie die des Imipramins gewann in den 1950er-Jahren gewaltigen Einfluss. Dabei

---

<sup>394</sup> Shorter 1999, S. 383.

<sup>395</sup> Schott/Tölle 2006, S. 485.

<sup>396</sup> Schott/Tölle 2006, S. 479.

<sup>397</sup> Hanrath 2002, S. 304.

<sup>398</sup> Balz 2010, S. 18.

wurden all die genannten Substanzen in der Marburger Klinik verwendet, was abermals für den reformorientierten Charakter der Klinik spricht.

Die meisten Parallelen meiner Arbeit lassen sich, wie bereits erwähnt, zum Werk von Viola Balz herstellen. Sie untersuchte die Anwendung des Megaphens am Beispiel der Heidelberger Universitätsklinik und hat in ihrer Arbeit die theoretischen Grundlagen bezüglich Markteinführung, Indikationen, Kombinationstherapien und Nebenwirkungen des Megaphens gelegt und einige Themen mit Fallbeispielen des Heidelberger Patientenkollektivs untermauert. In meiner Arbeit habe ich diese Themen vertieft und neue Aspekte beleuchtet. Mithilfe zahlreicher Patientenbeispiele der Marburger Landesheilanstalt wurde der Klinikalltag einer Psychiatrie in den 1950er-Jahren greifbar gemacht.

## **Fazit**

Bezüglich der Eingangsfrage, wie sich die Zahl der Wiederaufnahmen und die Aufenthaltsdauer zur Zeit der Markteinführung des Megaphens in der Marburger Klinik verhalten, lässt sich festhalten, dass es zu einer geringen Verkürzung der Aufenthaltsdauer, aber zu einem deutlichen Anstieg der Wiederaufnahmen im Zeitraum der Einführung des Megaphens in die Marburger Klinik kam. Erklärt werden kann dies anhand Denikers These, der feststellte, dass die Sedation zwar schnell erfolgt, die Heilung jedoch Wochen erfordern würde.<sup>399</sup> Dies wird durch die Auswertung der erhobenen Zahlen und durch einzelne Fallanalysen dahingehend unterstrichen, dass die schnelle Sedation auch an der Landesheilanstalt Marburg im Sinne eines Behandlungserfolges gewertet wurde und die meisten Ärzte zu einer raschen Entlassung veranlasste. Da die endgültige Heilung jedoch ein wochenlanger Prozess war, kam es vermehrt zu Wiederaufnahmen.

Im Hinblick auf das Behandlungsregime der Marburger Klinik lässt sich Folgendes konstatieren: In Marburg fand weder die Methodik der Heilschlafbehandlung noch die der Hypothermie durch externe Kühlung unter Megaphentherapie Anwendung. Die Therapie

---

<sup>399</sup> Deniker, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 121.

glich den Behandlungsmaßstäben von Fritz Flügel, der eine mehrwöchige Umstimmungstherapie in drei Phasen einleitete. Grund für die Anlehnung der Marburger Behandlungsverfahren an Flügels Beispiel ist der Umstand, dass jener Vorreiter in der nationalen Neuroleptikaforschung und ein willkommenes Vorbild für reformorientierte Kliniken wie Marburg war, die ihr klinisches Wirken an neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen anlehnen wollten.<sup>400</sup> In der ersten Behandlungsphase – etwa zwei bis fünf Tage andauernd – stellte sich ein vermehrtes Schlafbedürfnis mit erhöhter Somnolenz ein. Trat die gewünschte Ausgeglichenheit und psychische Veränderung ein, so wurde meist auf eine orale Gabe mit mehreren Dosierungsintervallen pro Tag umgestellt. Anschließend setzten die Marburger Ärzte eine Erhaltungstherapie nach Empfehlung Flügels um.<sup>401</sup> Eine solche symptomatische Therapie mit anschließender Erhaltungstherapie bildete die Grundlage für die Behandlung der Marburger Patienten mit dem neuen Medikament Megaphen.

Hinsichtlich der Patientenfotografie, die eine Akte in immer gleicher versteineter Mimik eröffnete, kann von der Marburger Patientenfotografie am ehesten eine Parallele zur kriminalistischen Technik gezogen werden. Da sich die Anstaltsfotografie ab den 1920er-Jahren auch in Marburg immer mehr der Kriminalfotografie anglich, übertrug sich die Stigmatisierung zur Kriminalität ebenfalls auf die Patienten. Der Trend zur Separierung als gesellschaftliche Randgruppe wurde durch diese Technik enorm bestärkt.<sup>402</sup>

Anhand einer Vielzahl von Patientenbeispielen konnte nachgewiesen werden, dass Megaphen in der Marburger Klinik auch als reines Beruhigungsmittel bei störenden, lauten und unliebsamen Patienten genutzt wurde. Dabei kam es abseits von rein medizinischen Indikationen zu Injektionen und Dosiserhöhungen, allein um eine Veränderung unerwünschten Verhaltens herbeizuführen. In einigen Fällen wurden die Injektionen und Dosiserhöhungen sogar gegen den Patientenwillen als Zwangsmaßnahme durchgeführt. Hier finden sich erstaunliche Parallelen zur Arbeit von Meier et al., die anhand der Krankenakten der Züricher Psychiatrie ebenfalls einen Missbrauch medizinischer Therapien zur Herstellung der Anstaltsordnung erkannten. Sie konstatierten, dass Zwangsmaßnahmen und Medikamente überwiegend zur Disziplinierung oder im Interesse der Mitpatienten

---

<sup>400</sup> Bleich et al. 2006, S. 353.

<sup>401</sup> Bleich et al. 2006, S. 352.

<sup>402</sup> Bömelburg 2007, S. 201–202.

und des Klinikpersonals erfolgten. Im Hintergrund standen der Selbstschutz, die Interessen des Patienten und die Therapie als solche.<sup>403</sup>

Bei einem Einsatz von Megaphen abseits der klassischen Einsatzgebiete, zu denen Schizophrenien, Psychosen und Manien zählen, wurde die Indikationsstellung zur Megaphentherapie an der Marburger Klinik sorgfältig gestellt. Da der Megapheneinsatz bei einer reinen Depression kontraindiziert war, die Marburger Klinik aber zahlreiche Patienten der Diagnose Depression mit Megaphen behandelte, musste hier ein sorgfältiges Abwägen für oder gegen eine Therapie mit dem neuen Antipsychotikum erfolgen. So kam das Medikament nach den Vorgaben der Firma Bayer und Fritz Flügels nur bei Depressionen mit Angst- und Erregungszuständen sowie bei manisch-depressiven Erkrankungen zur Beruhigung von Unruhezuständen zum Einsatz. Eine Verwendung abseits der bekannten Indikationen ließ sich nicht nachweisen.

Als Kombinationspartner zur Megaphentherapie zeigte sich die zuvor häufig angewandte Elektrokrampftherapie eher als Auslaufmodell. Dabei sollte dieses Verfahren unter Kurznarkose und Muskelrelaxierung sowie einer Kreislaufüberwachung erfolgen, um lebensbedrohliche Nebenwirkungen wie Hirnschäden, Ateminsuffizienzen und Knochenbrüche zu verhindern. Bei Analyse der Marburger Fälle von Elektroschocktherapien ließen sich solche Sicherheitsmaßnahmen nicht nachweisen. Es muss davon ausgegangen werden, dass sich die Marburger Ärzte entweder der potenziellen Gefahren nicht bewusst waren oder diese wissentlich in Kauf genommen wurden.

Kombinationspartner von Megaphen waren vor allem Neuroleptika wie Atosil und Reserpin, aber auch Opium, das seit Jahrtausenden zu medizinischen Zwecken genutzt wird. Jedoch wurden diese Substanzen nicht, wie in der gängigen zeitgenössischen Literatur empfohlen, zur Dosisreduktion angewandt, sondern um die sedative Wirkkomponente des Megaphens zu verstärken und eine Ruhigstellung herbeizuführen.

In Summe bleibt bei der Anwendung des Megaphens in der Marburger Klinik zum einen die reformorientierte Therapieauslegung anhand neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse in Erinnerung, die in einer Vielzahl der Fälle zu einer dauerhaften Heilung führte. Aber auch der Missbrauch des Megaphens als Sedativum bei unbequemen, schlecht

---

<sup>403</sup> Meier et al. 2007, S. 44, vgl. S. 114.

föhrbaren Patienten und denjenigen, die unter zahlreichen Nebenwirkungen des Medikamentes litten, bleiben als bitterer Nachgeschmack der medikamentösen Revolution bestehen. Diese Patienten müssen bei allen Vorteilen, die die neue Medikamentengeneration mit sich brachte, als Gruppe für ein wissenschaftliches Experiment verstanden werden.

Es bleibt zu erwähnen, dass klinische Studien in der evidenzbasierten Medizin, wie wir sie heute kennen, mit der schrittweisen Erprobung und Einführung von Medikamenten zur damaligen Zeit noch nicht existierten. Die entsprechenden Richtlinien lagen den Experten von einzelnen Ärzten, Wissenschaftlern und Pharmazeuten zugrunde.<sup>404</sup> Erst mit dem Contergan Skandal in den 1960er Jahren wurden die Strukturen der „eminentbasierten“ Medizin aufgebrochen. Bisher beschränkte sich die Kommunikation über Nebenwirkungen auf Ärzte und Herstellerfirma. Nur sehr langsam gelangte die Kritik über Fachzeitschriften hinweg an die breite Öffentlichkeit. Mediziner und Politik versuchten lange den Skandal um Fehlbildungen von Neugeborenen, deren Mütter in der Schwangerschaft Thalidomid<sup>405</sup> eingenommen hatten, kleinzuhalten. Erst Ende 1961, vier Jahre nach Markteinführung des Medikamentes, gelangte das Wissen um die schwerwiegenden Nebenwirkungen an die Öffentlichkeit.<sup>406</sup> Der Glaube an harmlose Arzneimittel und deren Gefahren selbst einschätzen zu können, beherrschte bis dato die Öffentlichkeit.<sup>407</sup> Der Skandal war Teil eines tiefgreifenden Umdenkprozesses, der die Bundesrepublik in den 1960er Jahren erfasste. Im Besonderen die Arzneimittelüberwachung und -zulassung stützte sich in den kommenden Jahren auf die Erfahrungen mit Contergan.<sup>408</sup>

Schlussendlich bleibt festzuhalten, dass Krankenakten dokumentieren, was Psychiater und Pflegende für die Verwaltung festhalten wollten oder mussten. Mit welchen Motivationen die beiden Beteiligten gehandelt haben und wie ihre alltägliche Praxis aussah, lässt sich hingegen nicht aus diesen Quellen rekonstruieren. Deshalb ist es stets eine Gradwanderung das Geschriebene richtig zu deuten und bietet nach vielen Seiten Raum für Interpretationen. Mein Ziel war es, die Facetten der neuen Therapie mit Megaphen

---

<sup>404</sup> Vgl. Anne Helen Crumbach, Sprechen über Contergan. Zum diskursiven Umgang von Medizin, Presse und Politik mit Contergan in den 1960er Jahren, Bielefeld 2018, S. 52–53, S.55.

<sup>405</sup> Wirkstoff von Contergan.

<sup>406</sup> Crumbach 2018, S. 14.

<sup>407</sup> Vgl. Crumbach 2018, S. 43.

<sup>408</sup> Vgl. Thomas Großbölting, Niklas Lenhard-Schramm, Contergan. Arzneimittelskandal und permanentes Politikum, in: Thomas Großbölting, Niklas Lenhard-Schramm (Hg.), Contergan: Hintergründe und Folgen eines Arzneimittel-Skandals, Göttingen 2017, S. 11–12.



herauszuarbeiten und anhand einer Vielzahl ausgesuchter Fallbeispiele zu untermalen. Ob die medikamentöse Revolution in der Behandlung psychischer Erkrankungen Fluch oder Segen für die Patienten war, ist letztlich nicht eindeutig zu beantworten. Fakt ist, dass die als barbarisch geltenden Therapiemethoden der Schockbehandlungen und Psychochirurgie in den Hintergrund traten und die Behandlung durch moderne Medikamente ihren Schreckenscharakter verlor. Dem steht eine ganze Generation von Patienten gegenüber, an denen ohne Aufklärung und Einwilligung neue therapeutische Methoden erprobt wurden.

## **IV. Quellenverzeichnis**

### **Archivalische Quellen**

Landeswohlfahrtsverband Hessen, Fachbereich Archiv/Gedenkstätten/Historische Sammlungen, Kölnische Straße 30, 34117 Kassel

Bestand K 16, Frauen Jahrgang 1944–1951, Nr. 945 (Patientenakten Nr. 10357–12060)

Bestand K 16, Frauen Jahrgang 1951–1957, Nr. 946 (Patientenakten Nr. 12061–14044)

Bestand K 16, Frauen Jahrgang 1957–1962, Nr. 947 (Patientenakten Nr. 14045–16070)

Bestand K 16, Männer Jahrgang 1943–1952, Nr. 952 (Patientenakten Nr. 10075–11765)

Bestand K 16, Männer Jahrgang 1952–1959, Nr. 953 (Patientenakten Nr. 11766–13850)

Bestand K 16, Männer Jahrgang 1959–1964, Nr. 954 (Patientenakten Nr. 13851–15390)

Personalakten Bestand 100, Bestand 16

Landeswohlfahrtsverband Hessen, Fachbereich Finanzen,  
Kölnische Straße 30, 34117 Kassel

Haushaltspläne Marburg (Jahre 1949–1965): B 16/337, B 16/473, B 16/842, B 40.271,  
B 40.272, B 40.276, B 40.275, B 40.284, B 40.285, B 40.286, B 40.287, B 40.318

### **Primärliteratur**

„Bayer“, Pharm.-wiss. Abteilung, Megaphen und andere Phenothiazin-Derivate, Leverkusen 1958.

Bleiching E. P., Bopp K. P., Erfahrungen mit Atosil und Megaphen in der Inneren Klinik, in: Medizinische Klinik, 17/1955, S. 746–747.

Bleuler E., Lehrbuch der Psychiatrie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1955.

Bräutigam, Laborit, Flügel, Tagungsberichte, in: Medizinische Klinik, 26/1954, S. 569, S. 1054.

- Brück D., Kinderheilkunde, in: Medizin heute, 5/1956, S. 82.
- Brück D., Neurologie, in: Medizin heute, 4/1955, S.334.
- Brücke F., Angriffsmöglichkeiten der Pharmaka bei fieberhaften Erkrankungen, in: Die ärztliche Fortbildung, 7/1957, S. 283.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Rote Liste, Frankfurt a. M. 1954.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Rote Liste, Frankfurt a. M. 1957.
- Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie, Rote Liste, Frankfurt a. M. 1959.
- De Boor W., Pharmakopsychologie und Psychopathologie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1956.
- Ewald G., Neurologie und Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, München/Berlin 1959.
- Flügel F., Ergebnisse pharmako-psychiatrischer Forschungen, in: Der Nervenarzt, 28/1957, S. 484–485.
- Granzer E., Phenothiazinderivate in der Medizin, in: Medizinische Klinik, 28/1955, S. 1191–1193.
- Heilmeyer L., Rezepttaschenbuch, mit ausgewählten Hinweisen auf die nicht medikamentöse Therapie, Stuttgart 1956.
- Hoff H., Therapeutische Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie, Wien/Innsbruck 1960.
- Kleinsorge H., Rösner K., Die Phenothiazinderivate in der Medizin, Jena 1958.
- Janssen, Wilms, Die Anwendung des Megaphen bei den Enzephalopathien und Meningopathien, in: Kinderärztliche Praxis, 22/1954, S. 289–290.
- König L., Schlaftherapie, in: Die Ärztliche Fortbildung, 8/1955, S. 346–347.
- Kolle K., Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte, München/Berlin 1955.
- Kuschinsky G., Taschenbuch der modernen Arzneimittelbehandlung, Stuttgart 1963.

- Laborit H., Tagungsberichte, in: Medizinische Klinik, 49/1954, S. 1126.
- Lehringer, Moderne Glaukombehandlung, in: Medizin heute, 6/1957, S. 431.
- Lüllmann H., Kuschinsky G., Kurzes Lehrbuch der Pharmakologie, Mainz 1964.
- Makowsky L., Kraft E., Der künstliche Winterschlaf, in: Die Medizinische, 16/1954, S. 555–556.
- Merz K. W., Grundlagen der Pharmakologie. Für Apotheker, Chemiker und Biologen, Stuttgart 1955.
- Meyer, Rösler, Schmitt, Die gesteuerte Hypothermie mit zusätzlicher Unterkühlung bei Infektös-toxischen Psychosen, in: Der Nervenarzt, 28/1957, S. 216–220.
- Möller K. O., Pharmakologie. Als theoretische Grundlage einer rationellen Pharmakotherapie, Basel 1958.
- Neureiter F. v., Pietrusky F., Schütt E., Handwörterbuch der Gerichtlichen Medizin und Naturwissenschaftlichen Kriminalistik, Berlin 1940.
- Röttger, Tagungsberichte, in: Medizinische Klinik, 26/1954, S. 568.
- Strauß E., Hiller J., Sympathicolytische Substanzen in der Therapie der Schilddrüsenüberfunktion, in: Medizinische Klinik, 27/1954, S. 1073–1075.

## **Forschungsliteratur**

- Aumüller Gerhard, Franz Tucek und der Bau der Universitätsnervenklinik in Marburg. Der Übergang von der Anstalts- zur Universitätspsychiatrie, in: Peter Sandner, Gerhard Aumüller, Christina Vanja (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 92–114.
- Balz Viola, Zwischen Wirkung und Erfahrung – eine Geschichte der Psychopharmaka. Neuroleptika in der Bundesrepublik Deutschland, 1950–1980, Bielefeld 2010.

Balz Viola, 1953 – Megaphen wird zur Wirkung gebracht. Die klinische Konstitution eines erfolgreichen Behandlungsfalls an der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg, in: Nicolas Eschenbruch, Viola Balz, Ulrike Klöppel, Marion Hulverscheidt (Hg.), *Arzneimittel des 20. Jahrhunderts. Historische Skizzen von Lebertran bis Contergan*, Bielefeld 2009, S. 167–198.

Beddies Thomas, Dörries Andrea, *Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919–1960*, Husum 2001.

Bleich S., Breuer L., Kornhuber J., Fritz Flügel (1897-1973). Frühe Forschungen auf dem Gebiet der Neuroleptika, in: *Der Nervenarzt* 3/2006, S. 350–354.

Bömelburg Helen, *Der Arzt und sein Modell. Porträtfotografien aus der deutschen Psychiatrie 1880 bis 1933*, Stuttgart 2007.

Brändli Sibylle, Lüthi Barbara, Spuhler Gregor (Hg.), *Zum Fall machen, zum Fall werden. Wissensproduktion und Patientenerfahrung in Medizin und Psychiatrie des 19. und 20. Jahrhunderts*, Frankfurt a. M. 2009.

Crumbach Anne Helen, *Sprechen über Contergan. Zum diskursiven Umgang von Medizin, Presse und Politik mit Contergan in den 1960er Jahren*, Bielefeld 2018.

Deniker Pierre, *Die Geschichte der Neuroleptika. Kurzer Abriß der Konzepte und ihrer Entwicklung*, in: Ottfried K. Linde (Hg.), *Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse*, Klingenmünster 1988, S. 119–133.

Dinges Martin, Wischnath Michael, *Anregungen und Empfehlungen. Empfehlungen für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten*, in: *Berichte zur Wissenschaftsgeschichte* 21/1998, S. 49–59.

Großbölting Thomas, Lenhard-Schramm Niklas, *Contergan. Arzneimittelskandal und permanentes Politikum*, in: Großbölting Thomas, Lenhard-Schramm Niklas (Hg.), *Contergan: Hintergründe und Folgen eines Arzneimittel-Skandals*, Göttingen 2017, S. 7–22.

Grundmann Kornelia, *Vom Kaiserreich über die Weimarer Zeit bis zum Nationalsozialismus: Die Landesheilanstalt zur Zeit von Prof. Dr. Jahrmärker (1914–1937)*, in: Peter Sandner, Gerhard Aumüller, Christina Vanja (Hg.), *Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn*, Marburg 2001, S. 247–275.

Haase Hans-Joachim, Neuroleptika: Fakten und Erlebnisse, in: Ottfried K. Linde (Hg.), Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse, Klingenmünster 1988, S. 137–154.

Hanrath Sabine, Zwischen ‚Euthanasie‘ und Psychiatriereform. Anstaltspsychiatrie in Westfalen und Brandenburg: ein deutsch-deutscher Vergleich (1945–1964), Paderborn 2002.

Hess Volker, Krankenakten als Gegenstand der Geschichtsschreibung, in: *Historia Hospitalium*, 27/2011, S. 44–45.

Hoffmann-Richter Ulrike, Jeger Jörg, Schmidt Holger, Das Handwerk ärztlicher Begutachtung. Theorie, Methodik und Praxis, Stuttgart 2012.

Jahn Thomas, Bewegungsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Berlin/Heidelberg 2004.

Leibrock Ellen, Die medikamentöse Therapie psychisch Kranker in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Eine Untersuchung am Beispiel der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster, Heidelberg 1998.

Lilienthal Georg, Die Opfer der NS-„Euthanasie“-Verbrechen, in: Peter Sandner, Gerhard Aumüller, Christina Vanja (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 276–304.

Meier Marietta, Bernet Brigitta, Dubach Roswitha, Germann Urs, Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007.

Marietta Meier, Psychochirurgie: Eingriffe am Gehirn als Massnahme gegen „asoziales“ Verhalten 1945–1970, in: Meier et al., Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 235–270.

Meier Marietta, Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem zweiten Weltkrieg, Göttingen 2015.

Möller H.-J., Therapieresistenz unter Neuroleptikabehandlung, Wien 1993.

Müller M. J., Gleixner C., Wirth S. B., Neurologie und Psychiatrie. Für Studium und Praxis, Breisach 2009.

Müller Roland, Militärpsychiatrie im Zweiten Weltkrieg. Die Reservelazarette III und IV in der Landesheilanstalt, in: Peter Sandner, Gerhard Aumüller, Christina Vanja (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 305–314.

Niemegeers C. J. E., Paul Janssen und die Entdeckung von Haloperidol sowie anderer Neuroleptika, in: Ottfried K. Linde (Hg.), Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse, Klingenmünster 1988, S. 155–169.

Noack Thorsten, Eingriffe in das Selbstbestimmungsrecht des Patienten. Juristische Entscheidungen, Rechtspolitik und ärztliche Positionen 1890–1960, Berlin 2004.

Nolte Karen, Gelebte Hysterie. Erfahrung, Eigensinn und psychiatrische Diskurse im Anstaltsalltag um 1900, Frankfurt a. M. 2003.

Reichard Gert, Wolf Christian, Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters Lahnhöhe. Ihre Geschichte und ihr fortwährender Kampf ums Überleben, in: Peter Sandner, Gerhard Aumüller, Christina Vanja (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 375–385.

Rempen Egon, Megaphen - die Einführung des ersten Neuroleptikums in der Bundesrepublik Deutschland, in: Ottfried K. Linde (Hg.), Pharmakopsychiatrie im Wandel der Zeit. Erlebnisse und Ergebnisse, Klingenmünster 1988, S. 134–136.

Risse Günther B., Warner John H., Reconstructing Clinical Activities: Patient Records in Medical History, in: Social history of medicine, 5/1992, S. 183–205.

Sandner Peter, Eine Preußische Gründung. Die Entstehung der „Irrenheilanstalt Marburg“ im Spannungsfeld von Staatsinteressen und Selbstverwaltungsbestrebungen (1866–1876), in: Peter Sandner, Gerhard Aumüller, Christina Vanja (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 40–65.

Schott Heinz, Tölle Rainer, Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006.

Shorter Edward, Geschichte der Psychiatrie, Berlin 1999.

Shorter Edward, Healy David, Shock therapy. A history of electroconvulsive treatment in mental illness, New Brunswick/New Jersey/London 2007.

Oehlenschläger Ulrich, „Die freieste Anlage in Deutschland“. Heinrich Cramer, der erste Direktor der Irrenheilanstalt Marburg, in: Peter Sandner, Gerhard Aumüller, Christina Vanja, (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 80–91.

Vanja Christina, Keine Irren-Heilanstalt für Kurhessen. Psychiatriegeschichte im Spiegel einer ergebnislosen Diskussion zwischen 1806 und 1864, in: Peter Sandner, Gerhard Aumüller, Christina Vanja (Hg.), Heilbar und nützlich. Ziele und Wege der Psychiatrie in Marburg an der Lahn, Marburg 2001, S. 20–39.

### **Internetquellen**

<http://www.vitos-giessen-marburg.de/giessen-marburg/unternehmen/historie.html>, 10.12.2017.

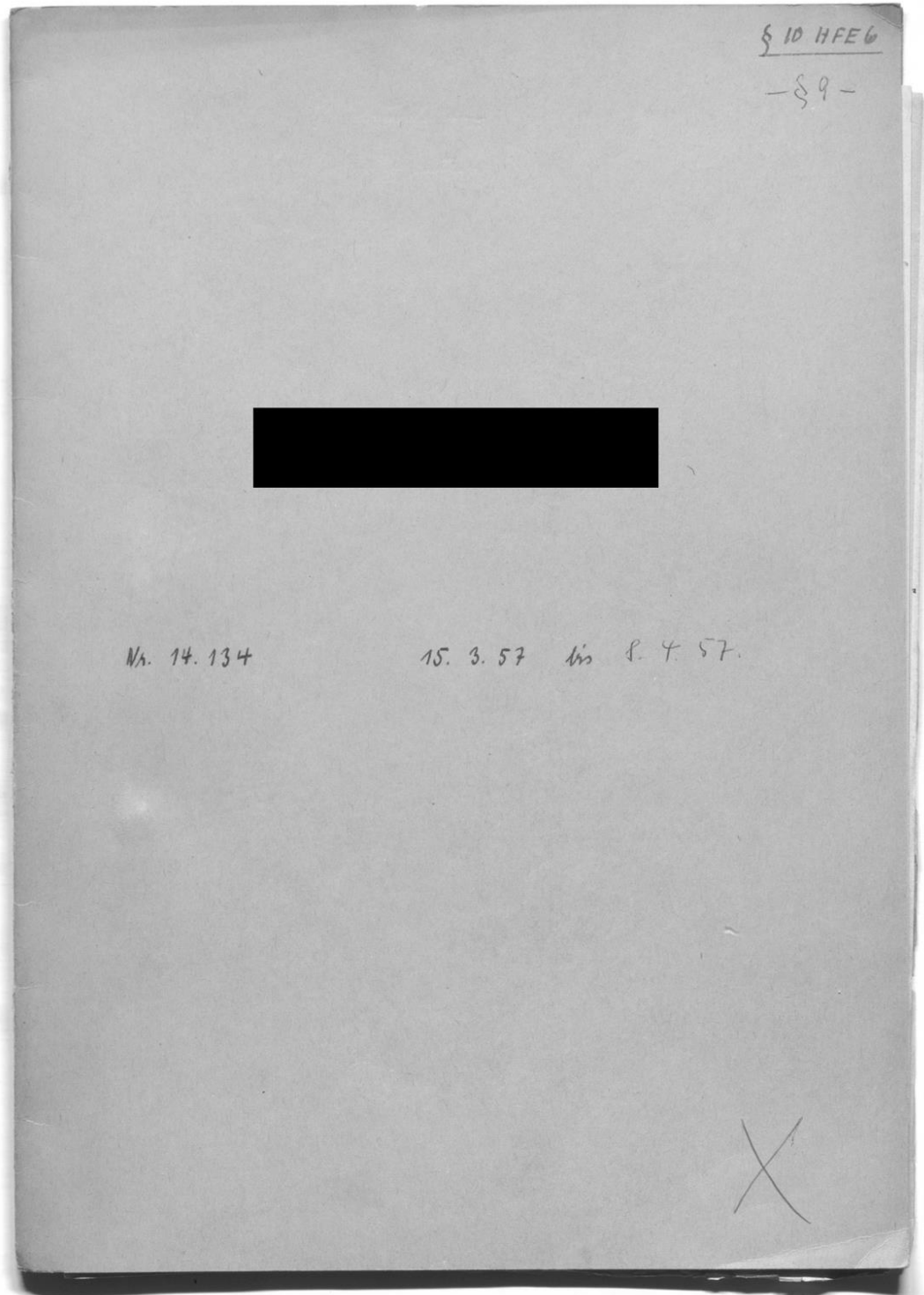
<http://www.recensio.net/rezensionen/zeitschriften/vierteljahrschrift-fuer-sozial-und-wirtschaftsgeschichte/2012/2/ReviewMonograph668896239>, 22.02.2017.

[http://kurse.fh-regensburg.de/kurs\\_20/kursdateien/inko/2006-01.pdf](http://kurse.fh-regensburg.de/kurs_20/kursdateien/inko/2006-01.pdf), 29.06.2018.



V. Anhang

Exemplarische Krankenakte: Patient B. T.-M., Bestand K 16, Nr. 14134.



Nr. 13.134

Krankheitsbestimmung *Nerven Nymman*

- 59 -

## Krankengeschichte

d. es.

Staatsangehörigkeit: Persien

aus

Aufgenommen den 15. März 1957

entlassen den 1. 4. 1957

Tag	Tages-Vermerk	Arznei und Krankenkost
	<p>Aufnahme gem. § 10 HFEG, Beschluss v. 15.3. 1957 durch den Oberbürgermeister, Polizeiverwaltung Giessen.</p> <p>-----</p> <p>Nervenfachärztliche Bescheinigung Dr. med. Dagobert Lehrmund, Giessen, Bahnhofstr. 69 v. 15.3.57:</p> <p>Og. ist seit einigen Tagen an einem Depressionszustand erkrankt. Soweit sich auf Grund einer einmaligen Untersuchung sagen lässt, handelt es sich um eine Erlebnisreaktion, die allerdings durch Eigenarten des exotischen Typus variiert erscheint. Das Zustandsbild ist sicherlich schwer. Pat. selbst ist allerdings krankheitsuneinsichtig u. lehnt eine Kliniksbehandlung, die hier unumgänglich ist, ab. Da Suicidtendenzen bestehen u. jetzt schon mehr als 3 Tage jede Nahrung verweigert wird, halte ich wegen erheblicher Gefährdung der Gesundheit die Voraussetzungen für eine Zwangseinweisung gegeben. Ärztlicherseits ist es jedenfalls unverantwortlich, wenn man Pat. nicht sofort einer psychiatrischen Behandlung auf einer geschlossenen Abteilung zuführt.</p> <p>-----</p>	

Bl.1

16.3.57

Pat. ist bei der Vorm. Visite im halbruhigen Wachsaaal bzw. dem angrenzenden Nebenzimmer untergebracht. Er liegt mit depressivem Gesichtsausdr. im Bett, gibt aber in recht gutem Deutsch adäquate Antw. Er sagt, er sei gesund, könne auf keinen Fall hier bleiben, halte es hier nicht aus, werde hier verrückt. Heute nacht habe z.B. unter s. Bett ein Pat. gelegen und ihn zeitweise an den Füßen gekitzelt. Der Pat. im Nebenbett habe "Musik gemacht". a.B. ergibt sich, dass Pat. meint, er habe die Winde fahren lassen. Pat. bittet dringend um sofortige Entlass., er fühle sich vollkommen gesund, werde sich beschweren, dass man ihn hierher gebracht habe. Er lässt sich in keiner Weise beeinflussen u. wird deshalb wenig später dem Amtsrichter hier vorgestellt. Auch diesem gegenüber erklärt Pat., dass er sich vollkommen gesund fühle, er verlange seine Entlass.

Vorher hatte er gegenüber dem leitenden Arzt der Anstalt auf gezieltes Befragen geäußert, er habe bereits 10 Fächer seines med. Staatsexamens in Giessen bestanden, habe die Prüf. in der inneren Kli. u. Psychiatr. noch vor sich. Es sei un wahr, dass er durchgefallen sei.

Während der Gerichtsverhandlg. kommt ein Anruf aus Giessen, in dem Oberarzt Dr. Walter der Giessener Nervenkli. mitteilt, dass Pat. bei Prof. Voss-Schulte = Chirurgie durchgefallen sei. Das AG. weist den Pat. zunächst für 4 Tage ein. Bis dahin soll die Vorgeschichte geklärt werden.

Am Nachm. erscheint der B r u d e r des Pat., der als Elektro-Ing. in Deutschld. u. Schweden tätig ist. Er berichtet: Pat. sei seit 6 J. allein in Dschld. u. habe sich nur seinem Studium gewidmet. Er sei ein besonders ordentl. u. gewissenhafter Mensch, auf Sauberkeit der Kleid. u. des Körpers in ungewöhnlichem Masse bedacht, hänge sehr an seiner noch lebenden Mutter - der Vater, ein Finanzbeamter, sei bereits verstorben - u. Pat. liebe auch s. Bruder sehr. Pat. habe sich in all den Jahren nichts an Vergnügungen, wie sie andere junge Leute treiben, gegönnt,

habe sehr fleissig gearb., sei immer allein geblieben ohne Freunde, ohne Freundinnen u. habe sich ganz genaue Pläne festgelegt. Nach bestand. Staatsexamen wollte er n. Hause fahren zu der alten Mutter, später dann in Amerika eine Assistentenstelle suchen, sich zum Frauenarzt ausbild. u. in der Heimat niederlassen. Bis aufs kleinste seien alle diese Pläne von ihm festgelegt gewesen, u. nun glaube der Ref., dass er dadurch, dass alle seine Hoffnungen durch das Misslingen des Teilexamens in Chir. plötzlich zusammengestürzt seien, einen starken Schock bekommen habe.

Er habe sich ~~wänkisk~~ schon am Tage der Prüfung noch am Vormittag (die Prüf. fand nachm. statt) schon sehr schlecht gefühlt, habe Fieber gehabt, weil er zu lange in den Nächten gesessen u. geles. hätte. Er hätte in der letz. Zeit oft ganze Nächte über den Büchern gesessen u. nur kurz mit dem Kopf auf dem Tisch geschlafen.

Nach dem unglückl. Examen habe er sich dann zu Hause ins Bett gelegt u. die Nahrungsaufnahme ebenso wie das Trinken völlig verweigert. Er habe zum Ref. gesagt, er wolle nicht mehr leben u. kaum mehr Antw. gegeben. Nachts habe Ref. immer bei ihm gesessen u. ihn auch am Tage bewacht.

Einmal habe Pat. im Schlaf gesprochen: "6 J. habe ich nur stud. und nichts als studiert u. dies ist das Resultat. Nein - ich will nicht mehr leben - ich will mich töten. Pat. habe sich nicht mehr rasiert, sich nicht mehr gepflegt.

Schliessl. habe Ref. einen Arzt geholt. Darüber sei Pat. sehr böse gewesen: "Jetzt 100% und wenn der lb. Gott kommt! ich will mich töten, ich will mich kaputt machen. Ich habe meine ganze Ehre in Dschld. verloren! die werden jetzt alle wissen, dass ich krank bin!"

Er habe sich bei dem Arztbesuch mit der Faust vor den Kopf getrommelt u. nach einem Messer gesucht, habe dann den Bruder aus dem Zimmer herauswerfen wollen (Ref. selbst macht einen ordentl. u. guten Eindr., sein Benehmen spricht für gr. Zuneigung u. Liebe für den Pat. Er bittet, dass man an H. Prof. Voss-Schulte schrb. möge, um zu klären, ob

der Pat. die Prüf. in Chirurgie alleine oder -  
da es ein Hauptfach sei, wieder das ganze  
Examen ablegen müsse.

18.3.57

Gestern wurde Pat. wegen weiterer strikter  
Nahr.= u. Flüssigk. Verweig. unter 600 mg  
Megaphen gesetzt. Danach liess er sich  
zur Nahr.aufnahme u. zum Trinken bewegen. Gr.

18. III. 57.

Körperl. Befund: Gut proportionierter  
junger Mann, dunkles Haar = u.  
Haartyp.

Für den inneren Organen kein krank-  
hafter Befund.

RR 120/80 Puls 4K 19/min.

Neurologisch: Pupillen re = l. rund,  
unbekannt resp. prompt auf L + R.  
O Nystagmus, Chorea O, At. muscul. o. b.  
Reflexe der Extremitäten, normal. O path. Refl.  
O Harnie  
O Sprachstörung  
+ Abwehr für Verstandesstörungen.  
Wohlbef. normal, Tinn. normal.

Psychisch: Voll orientiert, sprachlich  
auch im Denken gerichtet u. sicher.  
Wird intelligent aber recht unheimlich



für die derzeitige Situation.  
Depressive Stimmungslage.

Er ist sehr unphysisch gegenüber  
den materiellen Existenzbedingungen, hat  
auffallend starke Abneigung gegen  
die besprochenen Verhältnisse der Arbeit-  
real = Unterbringung, obwohl er in  
seinem Nebenraum des Nachschub-  
alters liegt.

Er fügt sich erst in die Verhältnisse,  
nachdem man ihm durch sein Klagen-  
 gemacht hat, daß es nicht  
anders geht (als erst nach Vorbereitung zur Stunde).

L. 4. 57.

Die Personenspannung der Zeit ist im  
besten. Es muß sich zeigen, daß  
die Kirche primär ist und nicht um, daß  
die in der Wohnung ist. Ist für  
sich nimmt regelmäßig die Arbeit-  
mannschaft. Geht mit mehreren Tagen  
mit einem Ende in ein Zimmer  
in den Park und in der Gegenwart.  
Wird nach M<sub>1</sub> verlegt.

M<sub>7</sub> - M<sub>1</sub>

M. 2.



6. 4. 57.

Wahnen aus ab gemacht und auf 3 x 100  
Mengen. etwas 1000. 1000.  
Jekt. fupke by 100 und 100 in ein raspen  
Tage unternen werden.  
Er wunnen mit dem Jekt. Anwesen, die  
x by 100 1000 und 1000 ist, die  
x mit dem Examen wird besetzt.  
Him Verwahrung wurde einig mit der  
Führungskommission in einem Brief vom  
Jekt. 1000 besetzt.

H.

8. 4. 57.

Jekt. wurde gemacht.  
Hilf die am 15. 4. in der letzten Anzahl  
verfassen. Jekt. 1000 und 1000 1 x 100  
Mengen besetzt.

H.

15. 4. 57.

Jekt. wurde für Verwahrung. Mays die  
Führung, Führenden besetzt. Anwesen,  
die er im 100 1000. 1000, die  
er die 1000. 1000. 1000. 1000.  
Führung mit Jekt. 1000 wird besetzt.  
Anwesen, die er 1000. 1000.  
Anwesen, die er 1000. 1000.  
Anwesen, die er 1000. 1000.  
Anwesen, die er 1000. 1000.

H.

12. 7. 57.

Jekt. 1000 für die letzten Verwahrung  
1000 und 1000.

H.

1. 29. 57





7/8.4.57

Sub. B. hat heute Nacht mit gepfeiften  
Puh wieder heute entlassen

Pichwade  
Pichwade

## Medikamente-Nachweisung

für Patient

Name: [REDACTED] Vorname: \_\_\_\_\_

geb. am \_\_\_\_\_ Aufnahme-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum	Art der Verabreichung	Dosierung	Gesamtdosis	Bemerkungen
16.3.1957	Megaphen	4x100mg	400mg	<del>1x10</del> + 3x20 mg Atrol + 3x20 " Dolantin
17.3. "	"	6x100 "	600 "	" "
18.3. "	"	6x100 "	600 "	" "
19.3. "	"	4x100 "	400 "	" 3x10 "
20.3. "	"	"	200 "	3x10 mg Atrol + Dolantin
21.3. "	"	"	200 "	3x10 " " + "
22.3. "	"	4x50 Tab.	200 "	3x10 " " + Dolantin
23.3. "	"	"	200 "	3x10 " " + "
24.3. "	"	"	200 "	3x10 " " + "
25.3. "	"	"	200 "	3x10 " " + "
26.3. "	"	"	200 "	3x10 " " + "
27.3. "	"	"	200 "	3x10 " " + "
28.3. "	"	"	200 "	3x10 " " + "
29.3. "	"	2x50 mg.	100 "	Abend + Dolantin abgesetzt
30.3. "	"	2x50 "	100 "	
31.3. "	"	2x50 "	100 "	
1.4. "	"	2x50 "	100 "	
2.4. "	"	2x50 "	100 "	
6.4. "	"	3x1 Dragees	75 "	Abends 1 Kugel Dativon
7.4. "	"	3x1 "	75 "	Abends 1 Kugel "

## **Danksagung**

Eine wissenschaftliche Arbeit ist nie das Werk einer einzelnen Person, deshalb möchte ich mich bei allen Menschen bedanken, die mir bei der Erstellung meiner Dissertation zur Seite gestanden haben.

Frau Prof. Dr. Karen Nolte hat mich zu allen Zeiten mit ihrem unerschöpflichen Fundus an thematischen und wissenschaftlichen Hinweisen stets gelenkt und vorangebracht.

Zu Dank verpflichtet bin ich Herrn Prof. Dr. med. Jürgen Deckert für sein Zweitgutachten.

Ebenso danke ich Frau Prof. Dr. Christina Vanja und Dieter Ingold die mich bei der Recherche in den Archiven des Landeswohlfahrtsverbandes Kassel unterstützt haben.

Die Jahre der intensiven Arbeit wurden stets unterstützt und begleitet durch meine Familie und Freunde, denen mein besonderer Dank gilt.

## Lebenslauf

### Persönliche Angaben:

Geburtsdatum	02. Juli 1988
Geburtsort	Berlin-Lichtenberg
Familienstand	verlobt, 1 Kind
Staatsangehörigkeit	deutsch

### Schulbildung:

2001–2008	Humboldt-Gymnasium Eichwalde
21.06.2008	Abitur

### Sozialer Dienst

09/2008–03/2009	Asklepios Fachklinikum Teupitz Gerontopsychiatrie
-----------------	--

### Studium:

04/2009–09/2013	Humanmedizin, Universität Würzburg
10/2013–05/2015	Humanmedizin, Charité Universitätsmedizin Berlin
14.05.2015	Approbation als Ärztin

### Ärztliche Tätigkeit:

01.08.2015–31.01.2016	Assistenzärztin Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- medizin und Schmerztherapie Helios Klinikum Bad Saarow
01.02.2016–z.Zt.	Assistenzärztin Klinik für Anästhesie, Intensivmedi- zin und Schmerztherapie DRK Kliniken Berlin Köpenick