

Machtergreifung ging sie nach Stockholm, um sich dort in Massage und Krankengymnastik ausbilden zu lassen. Sie beendete ihr Studium in Basel, hatte aber keine Arbeitsmöglichkeit. Von Forel, dem Leiter einer psychiatrischen Privatklinik in der Schweiz bekam sie das Angebot, dort vorübergehend unterkommen und arbeiten zu können. Nachdem die Absetzung ihres Vaters bekannt wurde, erhielt sie Stellenangebote aus Bangkok, Bombay und Istanbul. Sie entschied sich, die Assistentinnenstelle in Istanbul anzunehmen. Die Arbeit stellte sich als unerfreulich heraus, da sie schlecht behandelt wurde. Sie überlegte, Istanbul wieder zu verlassen. Als sie einen Artikel über Sakel las, erwogte sie, die neue Methode zu erlernen und in die USA zu emigrieren. Sie fragte schriftlich bei Adolf Mayer, dem Leiter des Johns-Hopkins-Hospitals in Baltimore, einem Freund ihres Vaters und einem der führenden Psychiater in den USA an, was er davon hielte. In seiner Antwort teilte Mayer mit, daß sie sofort eine Stelle in seiner Klinik erhalten könne, wenn sie das neue Verfahren erlernt habe. Ihre Aufgabe sollte neben der Behandlung von Patientinnen und Patienten auch die Lehre am Johns-Hopkins-Hospital und der Phipps-Klinik sein. Daraufhin kündigte Wilmanns ihre Stelle in Istanbul und ging nach Münsingen, um die Methode bei Müller zu lernen. Auch Sakel, „der häufiger vorbeikam, um die Fortschritte der Patienten zu überwachen“, lernte sie dort persönlich kennen (Wilmanns-Lidz 1994, S. 292). Im Februar 1937 kam Wilmanns in New York an und ging dann nach Baltimore. Auch am Springfield State Hospital in Sykesville, an dem May-Gross arbeitete, war sie zeitweise tätig (Peters 1992, S. 359). Sie heiratete Theodore Lidz, der später ein bekannter Psychiater in den USA wurde²⁶⁷ und arbeitete später ausschließlich als Psychoanalytikerin (ebd.).

7. Zusammenfassung

Manfred Sakel, ein jüdischer Arzt aus Österreich, entwickelte die Methode der Insulin-Koma-Therapie ab Ende der zwanziger Jahre, ausgehend von seinen Erfahrungen mit dem Einsatz von Insulin beim Morphinumzug. Vorangegangen waren bereits Versuche anderer Ärzte, Insulin für der Psychiatrie zu nutzen, bei-

spielsweise zur Durchbrechung von Nahrungsverweigerung oder beim Delirium tremens. Sakels Verfahren basierte im wesentlichen darauf, über einen bestimmte Zeitraum täglich durch Insulininjektionen eine Hypoglykämie bis hin zum tiefen Koma auszulösen. Diese „Insulinschocks“ wurden nach etwa einer Stunde durch Traubenzuckergaben unterbrochen.

Die Durchführung der Methode war kostspielig, weil für die „Insulinstationen“ viel Pflegepersonal und speziell ausgebildete Ärzte benötigt wurden und Insulin damals noch teuer war. Risiken bei der Anwendung des Verfahrens bestanden in unerwarteten Krampfanfällen und „Nachschocks“, sowie in Erstickungsanfällen, Herzscheidigungen oder bleibenden Gedächtnisschädigungen. Nach Angaben von Sakel erzielte sein Verfahren bei einer verblüffend hohen Anzahl von Patientinnen und Patienten Heilungen. Eine fundierte Theorie über die Wirkungsweise konnte er jedoch nicht erbringen. Seine recht mythologisch anmutenden Hypothesen über die Wirkungsweise der Methode wurden von Kollegen fast einhellig abgelehnt. Zunächst noch mit Spott und vor allem von internistischen Ärzten mit scharfer Kritik wegen der zahlreichen Risiken bedacht, fand das Verfahren dennoch rasch viele Anhänger. Nach der Publikation der Monographie von Sakel wurde die Insulin-Koma-Therapie gerade an Universitätskliniken rasch eingeführt. In Deutschland fand dies im Vergleich zu anderen europäischen Ländern etwas verzögert statt. Ärzte lernten das Verfahren oft durch eine Hospitation bei Kollegen, die in ihren Kliniken bereits damit arbeiteten.

In der Diskussion, die in den Fachzeitschriften geführt wurde, gab es nur anfänglich eine Debatte über das Pro und Contra der Methode. Schon bald konzentrierten sich die meisten Beiträge darauf, das Verfahren zu modifizieren oder zu ergänzen, um die Gefahren zu reduzieren und die Wirkungsweise zu erhöhen. Risiken wurden fast ausnahmslos als „eigentlich“ vermeidbar dargestellt. Dabei zeigte sich in der Auswertung, daß zwar auffällig oft über teilweise lebensbedrohliche „Zwischenfälle“ und sogar auch von Todesfällen berichtet wurde, dies aber unter den Psychiatern keineswegs zu einer grundsätzlichen Infragestellung des Verfahrens führte. In vielen Beiträgen wurde die Anwendung der Insulinschocks im Gegenteil als geradezu moralische Pflicht dargestellt. Aus den Artikeln ließ sich entnehmen, daß zwischen Versuch und Anwendung meist nicht getrennt wurde. Vordergrün-

dig wurde die Anwendung der Insulinschocks von den meisten Autoren als rein therapeutische Maßnahme dargestellt. Es zeigte sich jedoch, daß die Anwendung häufig gleichzeitig auch einen experimentellen Charakter hatte. Versuchsweise wurden beispielsweise die Höhe der Insulindosis oder die zeitliche Ausdehnung des Komas variiert. Die Ergebnisse flossen in die folgenden Behandlungen ein, wobei Einzelheiten bei der Durchführung der Insulinschocks unter Umständen erneut variiert wurden. Es gab zudem kombinierte Versuche mit anderen Hormonen oder krampfauslösenden Substanzen wie dem Cardiazol. Das Problem der fehlenden Theorie war mit wenigen Ausnahmen weder Kritikpunkt in der Diskussion, noch wurde von den Ärzten eine bessere Erklärung zur Wirkungsweise entwickelt. Die wenigen präsentierten Theorien über einen möglichen Wirkungsmechanismus waren vollkommen uneinheitlich, manchmal völlig abstrus und häufig äußerst vage. Die Begeisterung über das neue vielversprechende Verfahren war groß, nicht zuletzt deshalb, weil Psychiater bislang mit dem Vorwurf zu kämpfen hatten, in ihrer ärztlichen Kunst zu versagen. Der starke Druck, endlich einen Durchbruch bei einer Behandlung der „Schizophrenie“ zu erreichen, trug dazu bei, daß eine theoretische Fundierung des Verfahrens als zweitrangig betrachtet wurde. Die der „Schizophrenie“ als vermeintliche, die „Volksgesundheit“ bedrohende Erbkrankheit zugemessene Bedeutung hatte ihren Niederschlag bereits in juristischen Regelungen gefunden. Mit Insulinschocks behandelte Patientinnen und Patienten wurden vor ihrer Entlassung zwangssterilisiert. Die Einführung der aufwendigen und teuren neuen Methode stand in einem gewissen Widerspruch damit, daß „schizophrene“ Menschen als nutzlose „Volksschädlinge“ galten, für die kein Geld ausgegeben werden sollte. Der Widerspruch war auch ein theoretischer: Entweder ist eine Heilung möglich, dann stellt dies die Annahme einer unheilbaren Erbkrankheit infrage. Oder „Schizophrenie“ ist eine unheilbare Erbkrankheit, dann muß der Versuch einer therapeutischen Behandlung sinnlos erscheinen. Es gab tatsächlich Befürchtungen seitens der Nazis, daß genau diese Widersprüche Einfluß auf eine reibungslose Umsetzung des Sterilisationsgesetzes haben könnten.

Dennoch blieben diese Aspekte insgesamt merkwürdig wenig berücksichtigt in der Diskussion in den psychiatrischen Fachzeitschriften. Feststellbar sind eine starke Uneindeutigkeit und eine gewisse Ambivalenz, die sich u.a. auch darin wider-

spiegelte, daß als geheilt entlassene Menschen nach wie vor als „Kranke“ bezeichnet wurden. Ein Mißtrauen blieb also bestehen.

Die gesamte Diskussion war nicht allein sprachlich, sondern auch inhaltlich stark „versachlicht“ und frei von emotionalen Einfärbungen. Die Auswertung der Artikel hinterließ den Eindruck, daß eine Information und Einwilligung der Behandelten nicht vorlag und nicht für nötig gehalten wurde. Dies wiegt um so schwerer, da es sich bei der Anwendung der Insulinschocks um eine Vermischung von Behandlung und Versuch handelte. Nur in einem Artikel fand sich der Hinweis, daß wenigstens von den Angehörigen eine Einwilligung eingeholt wurde.

Der Aspekt, daß die Insulinschocks die Behandelten teilweise in ein Koma versetzten, diese also dem Arzt auf Leben und Tod ausgeliefert waren, wurde nicht als psychologisch äußerst problematisch thematisiert. So fehlt z.B. eine Berücksichtigung dessen, was diese spezifische Situation für das Arzt-Patienten-Verhältnis in einem psychiatrischen Kontext bedeutete. In bezug auf die Empfindungen, die diese – teilweise sogar zwangsweise durchgeführte – Behandlung bei den Betroffenen auslöste, stellte sich heraus, daß diese entweder vollständig ausgeblendet blieben oder aber bewußt geschönt wurden: So wird in den Artikeln fast ausschließlich über positive Reaktionen berichtet. Die angeführten recht euphorischen und teilweise überschwenglich dankbaren Äußerungen der Behandelten werden zudem dazu funktionalisiert, die Methode als „Wundermittel“ darzustellen bzw. die durchführenden Ärzte als „Wunderheiler“ erscheinen zu lassen. Ein Hinweis darauf, daß es die Menschen in panikartige Angstzustände versetzte, in ein Koma gebracht zu werden und daß es quälend war, z.B. den aus der Hypoglykämie häufig resultierenden, äußert schmerzhaften Zuckungen und Krämpfen ausgesetzt zu sein, fand sich in keinem der untersuchten Artikel. Eher am Rande ließ sich aus den Fallgeschichten entnehmen, daß die behandelten Menschen die Insulinschocks manchmal auch als unangenehm empfanden und sich dagegen wehrten. Die Empfindungen der betroffenen Menschen galten offenbar als unwesentlich oder aber sie wurden bewußt verschwiegen, um erst gar keine kritischen Fragen aufkommen zu lassen. Der inhaltlichen Ausblendung dieser unliebsamen Tatsachen lief eine sprachliche „Löschung“ des „Schocks“ z.B. in den für die Behandlung als Bezeichnung verwendeten Begriffen parallel.

Da die Insulinschocks nicht bei allen Patientinnen und Patienten die gewünschte Veränderung erzielten, wurde über eine Eingrenzung des Personenkreises diskutiert, der einen Versuch wert schien. Möglicherweise deutete sich hier schon jene Selektion an, die wenige Jahre später im Rahmen der „Euthanasie“-Aktionen tödliche Konsequenzen hatte: Eine Einteilung in durch die neue Schockmethode „heilbare“ und nicht „heilbare“ Menschen, von denen letztere dann systematisch erfaßt und ermordet wurden.

Die Insulin-Koma-Therapie hatte sich in anderen Ländern bereits 1937 erfolgreich durchgesetzt. Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland, die als Juden und/oder wegen ihres politischen Engagements emigrieren mußten, hatten dadurch oft viel bessere Chancen, z.B. für die USA eine Einreiseerlaubnis zu erhalten und eine Arbeitsstelle zu finden, wenn sie in der Methode ausgebildet waren.

In Deutschland kam es zu einer offiziellen Anerkennung z.B. auch seitens der Kostenträger erst ab 1938. Die Verbreitung der Anwendung und die Zahl der Diskussionsbeiträge nahm ab diesem Zeitpunkt noch einmal erheblich zu. Es gibt also eine auffällige zeitliche Parallele zwischen der Durchführung der „Euthanasie“-Aktionen und der breiteren Akzeptanz dieses und der beiden anderen neu entwickelten Schockverfahren. Die Krampfbehandlung mit Cardiazolschocks und die Einführung des Elektroschocks drängten die Insulin-Koma-Therapie allmählich etwas in den Hintergrund. Neben einer wesentlich unkomplizierteren Anwendung boten diese auch einen erheblichen Kostenvorteil.

Die erwähnte zeitliche Parallelität zwischen verstärktem Einsatz der Schockmethoden und Durchführung der „Euthanasie“-Aktion läßt eine Analyse der fachinternen Diskussion über die neuen Verfahren in diesem Zeitraum interessant erscheinen. Bereits in den untersuchten Artikeln zeigte sich ein nicht gelöster Widerspruch bzw. eine starke Uneindeutigkeit in bezug auf die Frage, ob eine Heilung von „Schizophrenie“ möglich sei, ob lediglich das Fortschreiten der Krankheit aufgehalten werden könne oder aber diese eine unheilbare Erbkrankheit darstelle. Schon in bezug auf die zwangsweisen Sterilisationen eigentlich recht problematisch, wird dieser Aspekt für die systematischen Ermordungen im Rahmen der „Euthanasie“ noch viel brisanter. Eine Untersuchung der zwischen 1938 und 1942 veröffentlichten Artikel könnte wertvolle Hinweise darauf geben, wie sich dieser

noch verschärfte Widerspruch auswirkte. Noch ist nicht geklärt, ob Ärzte schwiegen oder sich sogar beteiligten, um „als Belohnung“ (vgl. Hamann 1996) mit den neuen Therapien arbeiten zu dürfen, ob teilweise gerade Ärzte, die das Verfahren propagierten, sich gegen die „Euthanasie“-Aktionen stellten oder ob sie im Gegenteil besonders eifrige Verfechter der Ideologie von „Auslese und Ausmerze“ waren.

Ein weiterer bislang nicht weit erforschter Aspekt ist die Frage, ob die Anwendung von Insulinschocks in den Kliniken und Anstalten dem Schema entsprach, welches die Autoren der Zeitschriftenartikel für besonders sinnvoll und wirksam hielten. Bei der Untersuchung der im Anhang wiedergegebenen Patientenakte und dem Insulinkrankenblatt zeigte sich, daß dies zumindest bei dieser Patientin nicht der Fall war. Sie gehörte z.B. nicht zu der Zielgruppe, für die das Verfahren erfolgversprechend schien. Der Zeitraum, über den diese Frau mit Insulinschocks behandelt wurde, überschritt die vorgesehene Behandlungsdauer erheblich. Zudem wurde die Behandlung fortgesetzt und sogar noch durch Cardiazolschocks „verstärkt“, obwohl eine Besserung im Sinne einer „Aufklärung“ oder „Aufhellung“ des psychischen Zustandes der Patientin nicht einmal andeutungsweise erreicht wurde. Bei der Auswertung entstand vielmehr der Eindruck, daß die Frau durch die Behandlung zunehmend lethargischer und „unzugänglicher“ und in ihrer Persönlichkeit gebrochen wurde. Im Gegensatz zum Beginn der Behandlung wurde sie gerade zum Schluß teilweise mit einer sehr „Schizophrenie“-spezifischen Terminologie beschrieben.

Eine weitere Auswertung von Patientenakten könnte darüber Aufschluß geben, ob es sich um eine Ausnahme handelte, oder eine nicht „sachgemäße“ Anwendung von Insulinschocks viel häufiger vorkam. Eine Untersuchung dieser Akten wäre zudem ein Beitrag zur Erinnerung an die Qualen und Schädigungen dieser – im Gegensatz zu mit Cardiazol und Elektroschocks behandelten Personen – bislang von der Forschung weitgehend vernachlässigten Menschen.

8. Ausblick

Es wurde bereits darauf verwiesen, daß ab Ende der dreißiger Jahre die Anwendung von Insulin-Schocks aufgrund des Krieges und der Verteuerung von Insulin zeitweilig zurückging. Zudem bekam das Verfahren Konkurrenz durch den wesentlich billigeren Elektroschock, der zudem nicht so aufwendig in der Anwendung für die Ärzte war. Dennoch blieb die Verabreichung von Insulinschocks bis in die fünfziger Jahre hinein die gängige Praxis in der Psychiatrie. Müller verfaßte 1952 ein Lehrbuch über „Die körperlichen Behandlungsverfahren in der Psychiatrie“, in der er – der ohnehin ein starker Verfechter dieser Methode war – die Anwendung des Verfahrens als weiterhin sinnvoll propagiert. Mit der Einführung des ersten Psychopharmakons, des Chlorpromazins im gleichen Jahr trat die Anwendung der Insulin-Koma-Behandlung jedoch zunehmend weiter in den Hintergrund. Dies bedeutete allerdings nicht, daß kurz darauf abgeschafft worden wäre. Offenbar gab es hier auch länderspezifische Unterschiede. Aus Frankreich stammen die aktuellsten Artikel (d.h. aus den späten sechziger Jahren), wie eine Recherche über das PubMed, einer Datenbank für Artikel aus medizinischen Fachzeitschriften ergab.

Kalinowsky gab 1954 mit anderen zusammen ebenfalls ein Buch über „Schockbehandlungen, Psychochirurgie und andere somatische Behandlungsverfahren in der Psychiatrie“ heraus, in dem Insulinschocks nachhaltig empfohlen wurden und die Forderung erhoben wurde, in den Krankenhäuser spezielle Stationen dafür einzurichten. Der Lärm, den die unruhigen und gequälten Patientinnen und Patienten verursachen könnten, könne durch laute Musik übertönt werden, da die Atmosphäre während und nach der Behandlung möglichst angenehm sein solle. Nach dem „Schocken“ sollten die Patientinnen und Patienten irgendwie beschäftigt werden, allerdings immer noch im Bett bleiben und am besten mit Bettüchern fixiert werden. Die Autoren halten Insulinschocks für alle Patientinnen und Patienten unter 50 mit gutem Gesundheitszustand gut geeignet, sind sich jedoch unklar über eine Anwendung während der Schwangerschaft. Angewendet werden sollten die Insulinschocks nur bei Menschen, bei denen die Diagnose „(akute) Schizophrenie“ gestellt wurde, ansonsten sei die Methode relativ unwirksam. Zum Thema Information und Einwilligung raten Kalinowsky et al. an: „Wenn eine

Insulinbehandlung für einen Kranken empfohlen wird, ist es notwendig, die Erfolge und Gefahren mit den jeweils für ihn Verantwortlichen zu besprechen. In den meisten Kliniken wird genau wie bei chirurgischen Operationen eine schriftliche Zustimmung verlangt. Der Kranke selbst sollte über die Behandlung unterrichtet werden, ohne daß dabei eine Erläuterung aller uninteressanten Einzelheiten erforderlich ist. Man soll ihm versichern, daß die Behandlung schmerzlos und mit keinerlei Unannehmlichkeiten verbunden ist. Viele Patienten fürchten die Behandlung, weil sie gehört oder gelesen haben, daß sie gefährlich sei. Manche lehnen sie ab, weil sie dabei in einen Zustand von Bewußtlosigkeit versetzt werden und befürchten, während dieser Zeit zu Experimenten benutzt, vergewaltigt oder kastriert zu werden. Andere lehnen sie aufgrund ihres allgemeinen Negativismus ab; sie sträuben sich gegen jede Art von Therapie. Doch sind die meisten Patienten zu überreden, wenn sie richtig beeinflußt werden. Die Zustimmung oder Ablehnung durch den Patienten hat indessen keinen Einfluß auf die Wirksamkeit der Insulinbehandlung als solche, aber seine Bereitwilligkeit ist wertvoll, besonders wenn er einer anschließenden Psychotherapie bedarf.“ (Kalinowsky et al. 1954, S. 27) Die Einwilligung von Angehörigen einzuholen, scheint sich also als Standard durchzusetzen. Die Betroffenen selber jedoch werden nach wie vor nicht wirklich einbezogen, sondern sie werden mit falschen Angaben abgespeist und manipuliert.

Die Autoren warnen vor den Gefahren bei Patientinnen und Patienten mit allgemeiner oder spezifischer Insulinallergie, da es selbst bei geringer Dosierung zu Todesfällen kommen kann. Für gefährlich halten sie auch die Auslösung vor mehr als 100 Komata, da hierbei die Gefahr der Hirnschädigung steige (ebd., S. 43). Kalinowsky et al. befassen sich ähnlich wie einige der früheren Autoren auch mit der Frage, welcher Art die erreichbaren Besserungen seien: „Daher sind wir der Ansicht, daß der Mutterboden, aus dem heraus sich die Schizophrenie entwickelt, nicht verändert wird; nur der Überbau der Psychose wird durch die Schockbehandlung abgetragen. Zur Zeit aber steht uns keine psychiatrische Therapie zur Verfügung, weder eine somatische noch eine psychotherapeutische, die die präpsychotische Persönlichkeitsverfassung des Individuums grundsätzlich umstellen kann.“ (ebd.)

In ihrem Überblicksbuch von 1982 über somatische Behandlungsverfahren weisen Kalinowsky et al. darauf hin, daß das Verfahren mittlerweile ziemlich außer Mode geraten sei, allerdings nicht, weil es von zweifelhaftem Wert, sondern weil es zu aufwendig in der Anwendung gewesen sei (Kalinowsky et al. 1982, S. 298). Die konkrete Durchführung der Insulinschocks veränderte sich auch in den fünfziger, sechziger und siebziger Jahren nicht wesentlich von dem in der Arbeit beschriebenen Ablauf. Experimentiert wurde jedoch zusätzlich auch mit der Anwendung von Insulin in kleineren, langsam gesteigerten Dosen, die nicht zu einem Koma führen. Hierbei werden die Patientinnen und Patienten für eine bis mehrere Stunden in einer akuten Hypoglykämie gehalten, bis diese durch die Zufuhr von Zucker wieder beendet wird. Dies wurde als „kleine Insulinkur“ oder Subkomabehandlung bezeichnet.

Die „kleine Insulinbehandlung“

Die „Insulinbehandlung mit Subkomata“ kommt laut Kalinowsky et al. aus der Therapie der „Kriegsneurosen“ (Kalinowsky et al. 1954, S. 48). Es wurde davon ausgegangen, daß eine Behandlung mit Insulin über den gleichen Zeitraum notwendig sei, den die „Erkrankung“ bestehe – also u.U. über Jahre hinweg. Die Verabreichung von Insulin sollte angeblich beruhigend wirken und andere Zwangsmaßnahmen teilweise überflüssig machen. Kalinowsky et al. meinen, sie könne auch bei anderen „Erkrankungen“ als „Schizophrenie“ verwendet werden. Auch bei der „kleinen Insulinbehandlung“ besteht die Gefahr von Todesfällen. Die Autoren befassen sich im Gegensatz zu den oben ausgewerteten Texten auch etwas ausführlicher mit den „psychischen Nebenwirkungen“. Sie beschreiben, daß Patientinnen und Patienten z.T. das Gefühl hätten, als ob sie ertränkt oder untergetaucht würden, und häufig große Angst empfinden. Diese Angst ist jedoch nicht unwillkommen, wird ihr doch teilweise therapeutische Wirksamkeit zugeschrieben, „da die Angst vermutlich zu Anlehnungsbedürftigkeit führt und den Wunsch nach Umsorgtwerden wachruft.“²⁶⁸ Die Verbindung mit psychotherapeutischen Maßnahmen wird zweifellos durch den Gemütszustand der Patienten während des Stadiums des Erwachens erleichtert“ (ebd., S. 71). Teilweise wurden zusätzlich sog-

nannte Narkosynthesen eingesetzt, um ein Sprechbedürfnis der Patientinnen und Patienten zu erzwingen.

Wie außerordentlich quälend die Durchführung dieser Methode für die betroffenen Patientinnen und Patienten war bzw. ist, beschreibt Don Weitz in seinem autobiographischen Text eindrücklich (Weitz: „My Insulin Shock Torture“ o.S., o.J.; Übersetzung aller folgenden Zitate durch die Verfasserin): „In den ersten zwanzig oder dreißig Minuten [nach der Injektion] fühlte ich diesen quälenden, nagenden Hunger und Durst, der meinen ganzen Körper verzehrte, mein ganzes Sein, so daß es unmöglich war, irgendetwas anderes zu fühlen oder über etwas anderes nachzudenken. Ich fühlte auch diese unwirklichen körperlichen Schmerzen und intensive Verwirrung und wilde Aufregung, Angst und manchmal auch Panik. Ich konnte nicht stillsitzen oder mich entspannen. Während jeder dieser Behandlungen badete ich förmlich in meinem eigenen Schweiß. Am Ende der Reaktionen zuckte mein Körper in kurzen Abständen oder zitterte unkontrollierbar, bis mir erlaubt wurde, den mit überzuckerten Saft zu trinken, der gnädigerweise diese Achterbahnfahrt zur Hölle stoppte. Danach war ich immer total ausgesaugt und vernichtet.“

Als die Insulinschocks immer weitergingen, hatte ich das Gefühl, gefoltert zu werden. Ich flehte meinen Psychiater an, die Schocks sofort zu beenden. Ich fragte oft „Warum foltern sie mich?“. Aber er und die Krankenschwestern ignorierten meine vielen echten Beschwerden darüber, daß ich leide. Meine Qualen schrieben sie meiner angeblichen Geisteskrankheit statt den Insulinschocks zu.“ Nachdem Weitz einen Monat mit Insulin behandelt worden war, wog er 25 Kilo mehr. Der Autor weist auch darauf hin, daß die Verabreichung von Insulinschocks bis in die frühen sechziger Jahre hinein die Hauptbehandlungsmethode für „Schizophrenie“ in den USA, Kanada und Europa war (siehe auch Weitz 2004; Frank 2002).

Die sogenannte „kleine Insulinbehandlung“ wird auch heute noch in einigen Kliniken in Deutschland angewendet. Ruhwinkel und Tölle veröffentlichten 1994 im Nervenarzt einen Artikel, in dem sie eine Auswertung der Behandlungsergebnisse der Anwendung dieses Verfahrens bei ihnen an der Psychiatrischen Klinik Münster in den Jahren 1972-1986 vorlegen. In dem Artikel finden sich einige Parallelen zu den Artikeln aus den dreißiger Jahren. Etwa 4% der als „schizophren“

diagnostizierten Patientinnen und Patienten wurde Insulin in subkomatösen Dosierungen verabreicht, im Schnitt erhielten sie 25 „Behandlungen“. Diesen Patientinnen und Patienten wurden die Insulinspritzen angeblich vorgeschlagen – was immer darunter zu verstehen ist. Nach ihrer Einwilligung wurde die Behandlung begonnen, die jedoch von knapp 4% der Patientinnen und Patienten wieder abgebrochen wurde. Die Autoren betonen, daß diese Personen jedoch ohnehin besonders renitent und schwierig gewesen seien und alle anderen sich „bereitwillig, größtenteils sogar gerne“ der Behandlung unterzogen hätten. Dazu ist anzumerken, daß die gesamte Untersuchung der Autoren ausschließlich auf schriftlichen Aktennotizen des Pflegepersonals beruht. Angewendet worden seien die Insulinspritzen bei „Therapieresistenz“, allerdings geben die Autoren auch zu, daß sie manchmal durchaus auch „bald nach der Aufnahme“ verabreicht wurden (Ruhwinkel und Tölle 1994, S. 770). Die Patientinnen und Patienten wurden meist 1-1,5 Stunden in einem unterzuckerten Zustand gehalten, sie erhielten einen „Schontag“ am Sonntag. Die Dosierung lag hier zwischen 40-80 E Insulin. Gleichzeitig wurden etwa zwei Drittel der Patientinnen und Patienten auch noch Psychopharmaka verabreicht. Als Ergebnis geben die Autoren an, daß sich in etwa 50% der Fälle ein „guter Effekt“ im Sinne eines die „Therapieresistenz durchbrechender Fortschritt“ gezeigt habe (ebd., S. 771). Auch die obligate Krankengeschichte mit „Wunderheilungscharakter“ fehlt dem Artikel nicht. Ernstzunehmende Nebenwirkungen habe es angeblich nicht gegeben. Allerdings räumen die Autoren ein, daß auch sie manchmal damit zu kämpfen hatten, daß die Patientinnen und Patienten in eine tiefere Unterzuckerung gerieten, als dies geplant war und sie diese dann durch Glucagon-Gaben hochholen mußten. Sie berichten auch, daß ein Patient einen Krampfanfall erlitt.

Ruhwinkel und Tölle empfehlen die Anwendung von „Insulinbehandlungen“ bei „therapieresistenten“ Patientinnen und Patienten ausdrücklich: „Wo Erfahrungen vorliegen, gilt die Insulinbehandlung als unverzichtbar.“ (ebd., S. 772) Sie schwärmen: „Die vitalisierende Wirkung einer solchen Behandlung, verbunden mit der erzwungenen Regression auf elementare Stufen menschlicher Bedürfnisbefriedigung, bietet offenkundig therapeutische Chancen“ (ebd.). Diese seien bei weitem besser als jene bei Verabreichung von Psychopharmaka. Auch bei den Spe-

kulationen über die Wirkungsweise des Verfahrens gibt es eine Parallele zu all den Überlegungen, die die Ärzte in den dreißiger Jahren anstellten: Die Autoren geben zu, es könnten „nur Vermutungen angestellt werden“ (ebd., S. 773). Sie hängen einer eher psychologischen Erklärungsweise an: „Die Patienten können sich bei dieser Behandlung wie Kranke im medizinischen Sinne fühlen, zumindest aber sich medizinisch behandelt erleben, was viele entlastet. Die in der Hypoglykämie eintretende Veränderung des Befindens und die gleichzeitige intensiver Versorgung ermöglichen eine „erlaubte“, heilsame Regression.“ (ebd.) Ruhwinkel und Tölle plädieren für eine verstärkte Anwendung von Insulin, wie auch Elektroschocks und Schlafentzug und machen für die Dominanz der Psychopharmaka-Verabreichung dafür verantwortlich, daß sie nicht häufiger eingesetzt werden. Im Gegensatz zu Erben et al., auf die sie in ihrem Artikel verweisen, halten sie jedoch nicht die Wiedereinführung der Insulinschocks für angebracht sondern befinden die „kleine Insulinbehandlung“ für ausreichend.

Entgegen allen anderslautenden Behauptungen wie z.B. durch Ruhwinkel und Tölle, die angeben, Insulinschocks seien kurz nach 1952 aufgegeben worden, wurde die Behandlung in Deutschland zumindest in einigen Kliniken bis in die siebziger Jahre hinein angewendet. So findet sich beispielsweise in dem Buch „Mittgift“ von Kerstin Kempker (2000) ein Bericht über ihre eigene Behandlung mit Insulinschocks in den Jahren 1975 und 1976 in der Johannes-Gutenberg-Klinik in Mainz. Verabreicht wurden ihr bis zu 400 E Insulin, diese Dosis wurde dann mehrere Monate beibehalten (Kempker 2000, S. 48). Kempker wurden gleichzeitig auch massive Dosen Psychopharmaka verabreicht, und sie erhielt 6 Elektroschocks. „Für mich in meiner nur punktuellen Erinnerung an diese Zeit sind die Insulinspritzen und ihre Folgen noch schlimmer, zersetzender, abtötender als alles andere, selbst die Elektroschocks.“ Als quälende Folgen beschreibt sie neben einer extremen Gewichtszunahme²⁶⁹, die ihr selbst das Gefühl gaben, ein „Monster“ zu sein, vor allem den Verlust ihrer Ausdrucksfähigkeiten: „An Lesen und Schreiben war überhaupt nicht zu denken“, versuchte sie zu sprechen, so kam aus ihrem Mund nur noch „verwaschene[s] und von Speichel begleitete[s] Gebrabbel“ (ebd., S. 57).

Durchgeführt wurden die Insulinschocks unter Leitung von Prof. Uwe Hendrik Peters²⁷⁰. Die Behandlungen, die Kempker über sich ergehen lassen mußte, wur-

den – wie auch bei Weitz und vermutlich unzähligen anderen Menschen – offenbar ohne deren Information über Risiken und „Neben“-Wirkungen und somit trotz Fehlens einer rechtswirksamen Zustimmung der Betroffenen vorgenommen.

Einen offiziellen „Abschied“ von den Insulinschocks, im Sinne eines Beschlusses auf der Jahrestagung der Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie, in dem der Verzicht auf die Anwendung des Verfahrens wegen seiner Gefährlichkeit und Unwirksamkeit oder aufgrund der unangemessenen Kostspieligkeit erklärt würde, hat es nie gegeben. Dies bedeutet im Grunde genommen, daß auch heute noch Ärzte dieses Verfahren anwenden dürften, wenn sie es im Rahmen ihrer ärztlichen Behandlungsfreiheit „therapeutisch rechtfertigen“ könnten²⁷¹.

Es gab im Gegenteil sogar Versuche, die Insulinschocks wieder als psychiatrisches Verfahren zu etablieren; unter den Verfechtern finden sich auch einige Vorsitzende des psychiatrischen Standesverbandes. So verteidigte und propagierte beispielsweise Fritz Reimer, ehemals Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), 1986 im Nervenarzt den Einsatz der „Insulin-Behandlung“ bei bestimmten Indikationen (Heckel und Reimer 1986). Peters²⁷² empfiehlt noch in seinem „Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie“ von 1997 das Insulinkoma als Behandlung für „jugendliche Schizophrenie, besonders in den weniger akuten Formen“ und „daneben auch alle anderen Schizophrenieformen“ (Peters 1997). Die Vorschläge stießen nicht auf großes Interesse, und diese Positionen konnten sich nicht durchsetzen, zu Widerspruch gegen die Anwendung des Verfahrens kam es allerdings bis heute auch kaum.

Eine Untersuchung, in welchem Umfang Insulinschocks in Deutschland bis zu welchem Zeitpunkt durchgeführt wurden, ist nie durchgeführt worden. Wie viele Menschen von der Anwendung dieses Verfahrens betroffen waren, ist deshalb nicht bekannt. Informationen zu den Folgen, die diese Schocks für die Betroffenen hatten, sind bislang ebenfalls nicht gesammelt. Im Gegensatz zu den Elektroschocks, über die heftig diskutiert wurde und die zumindest zeitweise aufgrund massiver Proteste aus dem Standardrepertoire psychiatrischer Behandlungsverfahren genommen wurden, hat es vergleichbare öffentliche Diskussionen über Insulinschocks nie gegeben. Trotz ihrer verbreiteten Anwendung für lange Zeit ist die Methode relativ unbekannt geblieben und deshalb auch wenig in die öffentliche Kritik geraten.