

Zeitschrift: Schaffhauser Beiträge zur Geschichte
Herausgeber: Historischer Verein des Kantons Schaffhausen
Band: 89 (2016)

Artikel: Berufsbildung und Pflegealltag : Entstehung und Etablierung des
Psychiatriepflegeberufs am Beispiel der Klinik Breitenau
Autor: Braunschweig, Sabine
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-841529>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 05.05.2025

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

Berufsbildung und Pflegealltag

Entstehung und Etablierung des Psychiatriepflegeberufs am Beispiel der Klinik Breitenau

SABINE BRAUNSCHWEIG

«Die moderne Psychiatrieschwester ist die unmittelbare Mitarbeiterin des diagnostisch und therapeutisch tätigen Nervenarztes. [...] Mit ihren Kenntnissen hilft sie, die Krankheit zu erkennen, zu diagnostizieren; mit den Kräften ihres Gemütes hilft sie dem Kranken aus seiner gestörten Welt, seinen Ängsten, seinem Alleinsein heraus in eine Welt der Wärme, der Sicherheit und des Geborgenseins. Die Schwester stellt für die Kranken den ruhenden Pol, den Fixpunkt in ihrem vielfach turbulenten, schwankenden, zerrissenen Weltbild dar. Die Psychiatrieschwester ist damit der integrierende Bestandteil des psychotherapeutischen Klimas der ganzen Krankenstation. Sei es Gruppenpsychotherapie, sei es individuelle psychotherapeutische Beeinflussung, von ihr geht ein Geist aus, der dem Kranken hilft, «den Weg zurück» zu finden.»¹

Diese Zeilen stammen aus dem 1965 veröffentlichten Artikel «Die Psychiatrieschwester – Gestern und Heute» von Oscar Wanner (1920–2009), dem langjährigen Chefarzt der Breitenau. Wanner erachtete qualifiziertes Pflegepersonal als unverzichtbar für die Modernisierung der psychiatrischen Kliniken und die gute Organisation auf den Krankenstationen. Deshalb engagierte er sich stark für die Ausbildung und die Anerkennung des Psychiatriepflegeberufs.

Im folgenden Beitrag werden die Etappen der Berufsentwicklung im 20. Jahrhundert aufgezeigt und verschiedene Facetten des Pflegealltags am Beispiel der Heilanstalt Breitenau in Schaffhausen beleuchtet.

Bis in die 1920er-Jahre galt die Psychiatriepflege als Hilfsarbeit ohne Ansehen und Kompetenzen. Erst mit dem Aufbau einer fundierten Ausbildung entwickelte sie sich zu einem qualifizierten Beruf. Rolle und Funktion der Pflegerinnen und Pfleger veränderten sich, sie wurden unentbehrliche Mitarbeitende bei den neuen

* Ich danke Kurt Altenburger, Rudolf Hahn, Walter Landolt, Ruth Müller und Regula Wyss für wertvolle Anregungen, Informationen und Illustrationen.

1 Wanner, Oscar: Psychiatrieschwester – Gestern und Heute, in: Schweizerisches Rotes Kreuz, 4, 1965, S. 16–19, hier S. 19.

Therapiemethoden, mit denen Psychiater ihr Behandlungsfeld erweiterten. Doch das Psychiatriepflegepersonal war im Anstaltsalltag weiterhin mit widersprüchlichen Anforderungen konfrontiert: Einerseits sollte es für Disziplin und Ordnung auf der Abteilung sorgen und andererseits Betreuung und Verständnis für die Kranken bieten. Dieser schwierigen Gratwanderung zwischen Aufsicht und Fürsorge waren nicht alle Pflegepersonen gleichermassen gewachsen.

«Guter Wille, Fleiss und Gewissenhaftigkeit»: Irrenwartung von 1891 bis 1927

Geeignetes Personal

Vielfältige Verflechtungen und gegenseitige Abhängigkeiten bestanden im Anstaltsalltag. Reformen konnten in den Heil- und Pflegeanstalten nur mit Unterstützung des Wartpersonals durchgeführt werden. Dies hatten die Anstaltspsychiater schon im 19. Jahrhundert erkannt. An den Jahresversammlungen des 1864 gegründeten Vereins Schweizerischer Irrenärzte, der späteren Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie (SGP), diskutierten sie immer wieder, wie sie qualitativ besseres Hilfspersonal finden könnten. Die grosse Fluktuation unter den aus der sozialen Unterschicht stammenden Wärtern und Wärterinnen gab in allen Anstalten zu Klagen Anlass. Auch der erste Direktor der Breitenau, August Müller-Joos (1859–1904), schrieb in den Jahresberichten immer wieder, wie schwer es sei, geeignetes Personal zu finden und zu halten. Manchmal betrug die Fluktuation der Belegschaft mehr als 100 Prozent in einem Jahr.

Für viele Männer und Frauen bedeutete die so genannte Irrenwartung eine Notlösung, einen Durchgangsberuf, wenn sie in ihrem gelernten Beruf keine Stelle fanden. Sobald sie an einem anderen Ort besser bezahlt wurden oder «mehr Freiheit und Selbständigkeit» erhielten, kündigten sie, wie Müller feststellen musste.² Überrascht war er, dass sich «so wenig Leute aus dem Kanton Schaffhausen an die vacanten Stellen» meldeten, obwohl sie mehr verdienten als in Privathaushalten und «keine besondern Vorkenntnisse, sondern lediglich guter Wille, Fleiss und Gewissenhaftigkeit verlangt» würden.³

Der Vermutung, dass die Irrenpflege «mit grossem Risiko an Leib und Leben verbunden» sei, hielt er entgegen, dass die Versicherungsgesellschaft noch nie wegen einer Unfallentschädigung beansprucht werden musste. Allerdings waren, abgesehen von der besseren Entlohnung, die Arbeitsbedingungen für die Wartpersonen in Heil- und Pflegeanstalten prekär. Weil das Personal im Anstaltsgebäude oder auf dem Areal wohnte, war die Arbeitszeit weniger klar geregelt als in der Fabrik. Dadurch wurde ein ständiger Bereitschaftsdienst erwartet, wenn nicht gar verlangt, weshalb man in Pflegeberufen eher von Dienst- und Präsenzzeit sprach. Das Personal der Breitenau wohnte meist in Mehrbettzimmern unter dem Dach. Kost

² Jahresbericht Breitenau 1895, S. 3.

³ Jahresbericht Breitenau 1895, S. 3.

und Logis sowie Wäsche waren Bestandteile des Lohns. Gemäss einer Umfrage in schweizerischen Kranken- und Irrenanstalten 1915 dauerte in der Breitenau der Tagdienst 13 Stunden, was nur in wenigen Anstalten überschritten wurde, etwa in der Rosegg in Solothurn oder der jurassischen Anstalt Bellelay.⁴ Hingegen war der Nachtdienst mit 7 Stunden kürzer als in den anderen befragten Anstalten. Dem Personal stand in den Anfängen der Breitenau wöchentlich ein freier Nachmittag zu. Um 1915 gab es einen Tag pro Woche und jeden dritten Sonntag im Monat frei. Je nach Dienstalster konnten pro Jahr 7 bis 21 Ferientage am Stück bezogen werden. Verheiratete Wärter durften eine Nacht pro Woche bei der Familie verbringen. Wärterinnen unterstanden einem «Berufszölibat», was bedeutete, dass sie bei Eheschliessung aus der Anstalt austreten mussten. Bis Anfang der 1950er-Jahre war denn auch der Austritt der Pflegerinnen häufig ihrer Heirat geschuldet.

Tagesstruktur

Zur Eröffnung der Breitenau hatte der Regierungsrat eine Hausordnung und ein Wärterreglement genehmigt, die den Betrieb minutiös regelten und den Tagesablauf klar strukturierten.⁵ Diese Ordnungen dienten neu eintretenden Wartpersonen zur Orientierung. Weitere Anweisungen zur Einführung erhielten sie von Vorgesetzten oder dienstälteren Kollegen und Kolleginnen. Ansonsten lernten sie ihre Aufgaben durch Erfahrung. Um mit den unterschiedlichen und unberechenbaren Ausdrucksformen der Geisteskrankheiten zurechtzukommen, lautete das Grundprinzip der Irrenpflege: «Die Wärter sollen sich stets eingedenk sein, dass es Kranke sind, die sie zu warten haben und zwar Kranke, welche für ihre Worte und Handlungen nicht selbst verantwortlich sind.»⁶

Die starke Normierung des Tagesablaufs war ein Mittel, Geschehnisse, die die Anstaltsordnung stören konnten, unter Kontrolle zu halten und aufzufangen. Denn «die Wärter sind für die Ordnung und Ruhe in den ihnen unterstellten Abtheilungen verantwortlich», hielt das Wärterreglement fest. Zwischen diesen Polen der Betreuung und der Aufrechterhaltung der Anstaltsordnung bewegte sich die Arbeit des Wartpersonals.

Tagesbeginn war im Sommer (15. April bis 15. Oktober) für das Wartpersonal um halb 6 und im Winter um 6 Uhr.⁷ Eine halbe Stunde später hatten die Wartpersonen die Kranken zu wecken und diejenigen, die Hilfe benötigten, bei der Morgentoilette zu unterstützen. Im Bett verblieben jene, denen der Arzt «Bettlage» verordnet hatte. Das Frühstück nahmen Personal und Kranke im Sommer um 7 Uhr und im Winter eine halbe Stunde später gemeinsam ein. Das Mittag- und das Abendessen erhielten die Kranken um 12 Uhr respektive um 18.30 Uhr in den Speisesälen. Dabei verteil-

4 Dazu Zollikofer, Anna: Enquête über die Arbeitsverhältnisse der Krankenpflegerinnen in der Schweiz, Hrsg. Bund Schweizerischer Frauenvereine, Zürich 1915.

5 Vgl. für die folgenden Angaben Staatsarchiv Schaffhausen (STASH) DI 39/5756, Hausordnung der Irren-Anstalt Schaffhausen und Wärter-Reglement für Wärter und Wärterinnen, Schaffhausen 1891.

6 STASH DI 39/5756, Wärter-Reglement 1891 (vgl. Anm. 5), S. 1.

7 Vgl. die folgenden Angaben aus der Hausordnung 1891 (vgl. Anm. 5).

ten die Wartpersonen das Essen und passten auf, dass «jeder Kranke mit Ordnung und Anstand speise». Nach einer kurzen Abendandacht galt für die Kranken abends um 21 Uhr Bettruhe. Schuhe und Kleider mussten aus den Schlafräumen entfernt sein, die Türen wurden abgeschlossen und die Lampen um 22 Uhr gelöscht. Rund um diese fixen Essens- und Ruhezeiten fanden die Therapien statt.

Bei den Mahlzeiten hatten die Wartpersonen denjenigen zu helfen, die Mühe hatten, allein zu essen. Nach dem Essen erledigten sie gemeinsam mit den Kranken sofort das Abwaschen, Abtrocknen und Verräumen des Geschirrs. Danach wurden die Speisesäle abgeschlossen. Auch die Schlafräume, die nach dem Frühstück in Ordnung gebracht wurden, waren tagsüber verschlossen. Zu allen Reinigungsarbeiten durften Kranke zur Mithilfe hinzugezogen werden.

Die Arbeitszeit der arbeitsfähigen Kranken dauerte von 8 bis 11 Uhr und von 14 bis 17.30 Uhr mit je einer halbstündigen Pause, in der eine Zwischenmahlzeit serviert wurde. Im Winterhalbjahr war die Arbeitszeit eine halbe bis eine ganze Stunde kürzer. Die revidierte Hausordnung von 1902 verlängerte die Arbeitszeit und setzte den Beginn am Nachmittag um 13.30 Uhr fest.⁸

Für ihre Arbeitsleistung erhielten die Patienten und Patientinnen gemäss ärztlicher Verordnung Nahrungsmittel wie «Milch, Wein, Bier, Tabak, Obst, Zucker etc.». Eine Entschädigung in Form von Geld gab es nicht. Erst das revidierte Reglement von 1929 erwähnt ein kleines Taschengeld, das vierteljährlich aus den Zinsen des «Arbeitervergütungsfonds» dem Oberpfleger zur Verwaltung übergeben wurde und nur für persönliche Bedürfnisse des Patienten verwendet werden durfte. Bei dessen Tod fiel ein allfälliger Restbetrag in die Armenkasse.⁹

«Auch dies Jahr waren wir bestrebt, die Kranken so wenig als möglich zu beschränken, die Arbeitsfähigen zur Arbeit anzuhalten und den Unheilbaren ein menschenwürdiges Dasein zu bereiten», schrieb Anstaltsdirektor Müller-Joos im Abschnitt «Zum Gang des innern Anstaltslebens» des Jahresberichts von 1892.¹⁰ Wenn möglich sollten alle Kranken beschäftigt werden, aber nur in ihrem eigenen Interesse oder jenem der Anstalt. Arbeiten für das Personal waren nur mit Bewilligung des Direktors gestattet. Es war eine wichtige Aufgabe der Wartpersonen, die Kranken zur Arbeit zu motivieren und aufzufordern und dabei als gutes Beispiel voranzugehen.

Da die Mehrheit der internierten Männer und Frauen aus Bauernfamilien stammten, wurden sie wenn möglich im Freien, etwa bei der Gartenarbeit, eingesetzt. Sonst fand wie in allen Heilanstalten eine geschlechterspezifische Verteilung der Arbeit statt. Patientinnen waren in der Küche, Wäscherei, Lingerie und Nähstube tätig. Unter Anleitung der Oberpflegerin fertigten sie Kleidungsstücke für den

8 STASH DI 39/5757, Haus-Ordnung der kantonalen Heil-Anstalt Breitenau, Schaffhausen, Juli 1902, S. 9.

9 STASH DI 39/5758, Allgemeines Reglement für die Kantonale Heilanstalt Breitenau, Schaffhausen, 10. Oktober 1929, S. 13. – Zur Diskussion der Entlohnung von Patientenarbeit vgl. Germann, Urs: Arbeit als Medizin. Die «aktivere Krankenbehandlung» 1930–1960, in: Meier, Marietta/Bernet, Brigitta/Dubach, Roswitha/Germann, Urs: Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970, Zürich 2007, S. 197–233.

10 Jahresbericht Breitenau 1892, S. 29.

Eigengebrauch an. So stellten sie beispielsweise 1893 «Tuchfinken» her. Auf der Männerseite war ein Schneider, der gleichzeitig als Hilfspfleger arbeitete, angestellt. Patienten wurden oft dort eingesetzt, wo sie ihre erlernten handwerklichen Fertigkeiten einbringen konnten. Hans Bertschinger (1870–1935), der nach August Müller-Joos' Tod 1904 Direktor wurde, bemühte sich, immer wieder neue Tätigkeitsfelder für ruhige, arbeitsfähige Patienten einzurichten. In späteren Jahren gehörte eine Schuhmacherwerkstätte dazu.¹¹

An der Jahresversammlung der Anstaltsärzte 1905 hatte Heinrich Schiller (1864–1945), Direktor des kantonalen Asyls in Wil SG, der heute als einer der Pioniere der Arbeitstherapie gilt, einen Vortrag dazu gehalten.¹² Zwei Jahre später, 1907, hielt Bertschinger stolz fest, dass 62,8 Prozent der Männer arbeiten würden.¹³ Der Einbezug der arbeitsfähigen Kranken in die Anstaltsaufgaben gab ihnen einerseits eine Tagesstruktur und vermittelte ihnen die Gewissheit, gebraucht zu werden. Andererseits bedeutete ihre Arbeitskraft eine nicht zu vernachlässigende Entlastung des Anstaltsbudgets.

Bettbehandlung und Dauerbad

Bertschinger beschrieb in einem ausführlichen Artikel, wie arbeitsunfähige Kranke zu behandeln und zu pflegen waren.¹⁴ 1894 war in der Breitenau eine Wachstation eingerichtet worden. Die «Bettbehandlung» ermöglichte es, «unsichere und gefährliche Patienten» auch nachts zu überwachen.¹⁵ Eine Pflegeperson war für den Wachsaaldienst zuständig, sie hatte etwa zehn bettlägerige Kranke zu beobachten. Das waren neu Aufgenommene, die hocherregt, schwer depressiv, akut suizidgefährdet waren oder wegen massiven Alkoholkonsums delirierten. Nach Abklingen der heftigsten Symptome und ärztlicher Entscheidung wurden sie auf unruhige, halbruhige oder ruhige Abteilungen verlegt.

Zur gleichen Zeit wurde auch das «Dauerbad» in die Psychiatrie eingeführt. Das warme Bad diente verschiedenen Zwecken: Alle neu eintretenden Kranken wurden aus hygienischen und gesundheitlichen Gründen gebadet – ungeachtet ihrer eigenen Wünsche. Die zuständigen Wartpersonen hatten dabei zu prüfen, ob die Badenden Verletzungen, Abszesse oder andere dermatologische Probleme hatten, die behandelt werden mussten, ob sie von Ungeziefer wie Krätze oder Läusen befallen waren oder ob sie an Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder Scharlach litten. Weiter musste das Personal die Kleider nach gefährlichen Gegenständen durchsuchen und diese entfernen. Danach wurde der neu Aufgenommene in den Wachsaal verbracht,

11 Jahresbericht Breitenau 1920, S. 2.

12 Schiller, Heinrich: Arbeitstherapie, Referat an der Sitzung des VSI vom 13. Juni 1905, in: Protokolle des VSI im Archiv der Psychiatrischen Klinik Cery in Lausanne. Auch Schiller, Heinrich: Die Arbeitstherapie im kant. Asyl in Wil, in: Kranken- und Irrenpflege, 1933, 3, S. 41–47; 4, S. 61–64.

13 Jahresbericht Breitenau 1907, S. 2.

14 Bertschinger, Hans: Die Behandlung Geisteskranker vor und während ihrer Verbringung in die Irrenanstalt, in: Das Rote Kreuz, 1908, Nr. 1, S. 3–5; Nr. 2, S. 25–29; Nr. 3, S. 45–48; Nr. 4, S. 67–70; Nr. 5, S. 87–90; Nr. 6, S. 105–109.

15 Jahresbericht Breitenau 1895, S. 3.

so lange, bis der behandelnde Arzt weitere Massnahmen verordnete. Das Eintrittsbad markierte den Übergang zwischen Aussen und Innen und hatte somit auch eine rituelle Funktion.

Als Therapie sollte das Dauerbad der Beruhigung von erregten Kranken und zur Verhütung von Dekubitus bei bettlägerigen Kranken dienen. Während Stunden und Tagen wurden sie im warmen Bad gehalten. Um ihnen «eine möglichst bequeme Lage zu verschaffen und zugleich zu verhindern, dass sie unter Wasser sanken», wurde ein solides Leintuch so über die Wanne gespannt, dass sie bis zum Hals im Wasser lagen.¹⁶ Unter den Kopf wurde ein Luftring gelegt. Beim Essen diente ein Brettchen quer über der Wanne als Tisch. Um die Temperatur konstant auf 35 Grad zu halten, musste das Wasser laufend kontrolliert, warmes zugeschüttet und mit dem kalten gut vermischt werden. Dennoch konnten Verbrühungen nicht immer vermieden werden, weil Kranke häufig «ganz gefühlos» waren und sich nicht rechtzeitig bemerkbar machen konnten. So sei eine Patientin wegen der «Nachlässigkeit einer Wärterin zum Glück ungefährlich verbrüht» worden, hiess es im Jahresbericht von 1910.¹⁷ Wenn das Wasser verschmutzt war, musste es abgelassen und erneuert werden. Gerade «unreinliche Kranke», wie «paralytische» oder «andere, die nicht ganz klar bei Bewusstsein» seien, neigten – so Bertschinger – dazu, ihre Exkremente überallhin zu entleeren und manchmal auch die Wände zu beschmieren. Gegen «Kotschmierer» empfahl er besonders die zweimal tägliche Anwendung eines Klistiers und eine passende Diät.

Damit sich Kranke, die an heftigen epileptischen oder paralytischen Anfällen litten, beim Fallen nicht verletzten, erhielten sie ein Bodenbett. Erfahrene Pflegepersonen erkannten «das Herannahen eines Anfalls durch einen Schrei, eine unmotivierter Bewegung, ein Taumeln oder Schwanken des Kranken». So konnten sie ihn auffangen, langsam zu Boden gleiten lassen, flach auf den Rücken legen, ein kleines hartes Kissen unter den Kopf schieben, die Kleider öffnen und abwarten, bis nach etwa zwei Minuten der Anfall vorüber war. Oft würden nach epileptischen Krämpfen «Zustände traumhafter Bewusstseinsstörung mit Delirien meist schrecklichen Inhalts» auftreten, erklärte Bertschinger, dabei bestehe die Gefahr, dass sie aus «Wut oder sinnloser Angst» sich «blindlings» auf ihre Umgebung stürzen würden. Sie müssten unbedingt festgehalten werden, bis ihre Erregung abgeklungen sei. Auch Alkoholiker könnten in «pathologischen Rauschen» ähnlich gewalttätig reagieren.

Die Betreuung von hocherregten Kranken, «bei denen eine gewisse Machtentfaltung notwendig ist», sei selten, schrieb Bertschinger.¹⁸ Die erste Hauptregel bei der Betreuung laute: «Du sollst nicht lügen.» Man dürfe den Kranken keine Versprechungen machen, die man nicht halten könne. Zweitens: «Unter keinen Umständen böse werden.» Man dürfe sich nicht zu Repressalien oder Vorwürfen hinreissen lassen, am besten sei es zu schweigen. Einen gewaltbereiten Kranken dürfe man

16 Für das Folgende Bertschinger (vgl. Anm. 14), Nr. 5, S. 88.

17 Jahresbericht Breitenau 1910, S. 2.

18 Für das Folgende Bertschinger (vgl. Anm. 14), Nr. 3, S. 46.

nicht aus den Augen lassen. Mit Unterstützung von weiteren Personen würden die wenigsten Kranken ernstlich aggressiv werden. «Wenn man trotz aller Vorsicht dennoch einmal einen Fusstritt oder eine Ohrfeige bekommt, so gilt es eben, sie mit Anstand entgegenzunehmen ohne sie zurückzugeben. [...] Einen plötzlichen Schlag unerwidert zu lassen, ist allerdings ein kleines Kunststück», gab Bertschinger zu. Das «Jus Talionis» hätten wir verinnerlicht und würden bei einem Schlag reflexartig reagieren. Er habe «alte, ausgezeichnete Wärter gesehen, die noch nach Jahren auf jede Ohrfeige durch instinktives Erheben der Hand reagierten, gutmütige sanfte Wärterinnen, die unvermutete Fusstritte mit gleichem vergalten, um dann über ihren Fehler in Tränen auszubrechen, ja ich habe sogar Fachkollegen gekannt, die wütend um sich schlugen, wenn sie ein Kranker unerwartet von hinten anpackte.» Solche instinktiven Reaktionen würden Kranke selten übelnehmen, ausser wenn es bewusst und absichtlich geschehe. Bei aufgeregten Kranken genüge es oft, nach der Maxime «der Angriff ist die beste Verteidigung», rasch und entschlossen und in Übermacht auf den Kranken zuzugehen. Ein ausgezeichnetes Mittel, «tobende Kranke schonend zu überwältigen», sei es auch, «eine grosse Weiberschürze oder ein Leintuch» mit raschem Schwung über den Kopf zu werfen. Ein solches Tuch mache blind und wehrlos und verunmögliche zugleich das so gefürchtete Beissen. Wenn Kranke oder Pflegepersonen kleine Verletzungen oder Bisswunden davontrogen, müssten diese zur Vermeidung von Infektionen mit Jodtinktur bepinselt werden.

Für hocharregte und depressive Kranke standen folgende Medikamente zur Verfügung: Opium, Trional, Veronal, Chloral, Paraldehyd und Hyoscin. Gemäss statistischen Angaben in den Jahresberichten wurden sie Patientinnen viel häufiger verabreicht als Patienten.¹⁹ Das Wartpersonal war sowohl für die Medikamentenabgabe als auch für die künstliche Ernährung mit einer Schlundsonde zuständig. Kranken mit «Neigung zum Selbstmord oder zur Beschädigung Anderer» durften keine «Messer, Gabeln, Scheeren und überhaupt Instrumente» dauernd überlassen werden. Wenn bei der Zählung des Bestecks nach dem Essen etwas fehlte, musste es gesucht und rapportiert werden. Trotz aller Vorsichtsmassnahmen waren Suizide und Suizidversuche in einer psychiatrischen Anstalt nicht zu verhindern. So konnte sich 1893 ein älterer, als melancholisch-hypochondrisch bezeichneter Patient erhängen, der schon vor dem Eintritt mehrmals versucht hatte, sich das Leben zu nehmen.²⁰ Auch «ein aufgeregter Paralytiker», der sich mit den Scherben eines Nachtopfs eine Vene im linken Arm durchschnitten hatte, starb schliesslich an einer Infektion.²¹ Eine 68-jährige Frau mit seniler Hirnatrophie sprang unvermittelt in Gegenwart der Wärterin durch das offene Fenster des ersten Stocks in den Garten hinunter und erlitt zwei schwere Frakturen am rechten Bein. Sie wurde zwar sofort ins Kantonsspital gebracht, erlag aber nach vier Wochen ihren Verletzungen. In der Breitenau habe nichts auf ihren «Lebensüberdruß» hingedeutet, die Angehörigen

19 Vgl. z. B. Jahresbericht Breitenau 1905, S. 5.

20 Jahresbericht Breitenau 1893, S. 19.

21 Jahresbericht Breitenau 1897, S. 3.

der Kranken hätten jedoch «aus falscher Scham» verschwiegen, dass sie früher schon Suizidversuche unternommen hatte.²²

Selten kritisierten Anstaltsärzte das Pflegepersonal bei Suiziden, weil eine absolute Überwachung kaum zu gewährleisten war. «Angesichts der niedrigen Umzäunung unserer Spazierhöfe, des fast gänzlichen Fehlens von Mauern und der verhältnismässig grossen Freiheit, die hier den Patienten gewährt» wurde, waren auch Entweichungen von Kranken nicht zu verhindern. Verhängnisvoll waren sie, wenn dabei ein Suizid oder ein Unfall geschah. In der Regel wurden entwichene Kranke von der avisierten Polizei zurückgebracht. Waren sie nach Hause zurückgekehrt, betrachtete man dies meist als Austritt. Wenn offensichtlich mangelhafte Aufsicht die Flucht begünstigt hatte, musste die zuständige Wartperson eine Strafe gewärtigen.

Strafordnung

Das Wärterreglement enthielt auch die Strafordnung, über die der Direktor verfügte.²³ Strafen reichten von Ausgangsentzug über Geldstrafen bis zur fristlosen Entlassung bei schwerwiegenden Vergehen. Dazu zählten Misshandlung, Unsittlichkeit, Gehorsamsverweigerung oder mangelnde Beaufsichtigung. Auch mit Strafverfolgung musste gerechnet werden. Strafgelder fielen in die «Wärterkasse», aus der beispielsweise Jubiläumsgeschenke an langjährige Wartpersonen bezahlt wurden. Die Anforderungen an Wartpersonen, die ja ohne Ausbildung ihre Stelle antraten, waren hoch. «Beständige Wachsamkeit, Geduld, Beharrlichkeit und Opferwilligkeit, ferner ein reges Interesse am Wohlergehen der Kranken» gemäss Wärterordnung verlangten eine robuste Konstitution. Nicht alle Pflegekräfte waren in der Lage, diese Ansprüche über einen langen Zeitraum uneingeschränkt zu erfüllen. Nach ein bis zwei Jahren machte sich «eine gewisse Dienstmüdigkeit und Gleichgültigkeit geltend», stellte der Anstaltsdirektor 1895 fest. Entsprechend oft musste er Entlassungen androhen oder aussprechen. Gemäss seinen Notizen entliess auch Bertschinger Wartpersonen wegen «Diebstahl, Urlaubsüberschreitung, Betrunkenheit, Misshandlung, Conspiration und Nachlässigkeit, Fluchthilfe». Fehlbare Wärter bezeichnete er als «unbrauchbar», «faul und grob» oder schlicht als «Lump».²⁴ Etliche Wartpersonen kamen der Entlassung durch eigene Kündigung zuvor. Die hohe Fluktuationsrate des Personals war kein spezifisches Problem der Breitenau. Die «Wärterfrage» oder sogar «Wärterkalamität», wie sie in der Standesorganisation der Psychiater regelmässig diskutiert wurde, verlangte grundlegende Reformen. Diese kamen aus zwei Richtungen.

Organisierung

Initiativen kamen sowohl von Seiten des Pflegepersonals wie auch von Seiten der reformorientierten Psychiater. Im Jahr 1905 fusionierten mehrere lokale Vereine des

22 Jahresbericht Breitenau 1902, S. 5.

23 STASH DI 39/5756, Wärter-Reglement für Wärter und Wärterinnen vom 5. Januar 1891, S. 3.

24 STASH DI 39/5759, Bertschinger: Bogen mit handschriftlichen Bemerkungen zu Geschehnissen in der Anstalt, 1908–1912.

kommunalen und kantonalen Personals mit dem Schweizerischen Gemeinde- und Staatsarbeiter-Verband, dem späteren Verband des Personals Öffentlicher Dienste (VPOD).²⁵ Mit der Eröffnung eines Zentralsekretariats im Jahr 1908 in Zürich professionalisierte er seine Strukturen. Gezielt begann er «weltliches Personal» der Heil- und Pflegeanstalten als Mitglieder zu werben. Der Erste Weltkrieg lähmte vorerst weitere Organisationsbemühungen. Ausländische Werktätige kehrten in ihre Heimat zurück, Schweizer mussten in die Armee einrücken. Der Krieg und die Mobilisierung bewirkten einen verstärkten Personalwechsel und schwächten zunächst die gewerkschaftlichen Organisationen überall. Doch unter dem Druck der sich verschärfenden Kriegsnot schlossen sich viele Wärter und Wärterinnen dem VPOD an.²⁶

In der Breitenau entschieden sich 1919 fünf Wärter, einen Wärterverein zu gründen.²⁷ An einer Personalversammlung organisierten sie den Zusammenschluss und traten noch im Gründungsjahr als Gruppe Breitenau dem VPOD bei. Direktor Hans Bertschinger akzeptierte dies mit Vorbehalten. Er verlangte unter Berufung auf die getrennte Männer- und Frauenseite, dass sich Wärter und Wärterinnen separat versammeln sollten, denn Wärterinnen waren nicht auf der Männerseite zugelassen und umgekehrt – ausser wenn Wärter bei Zwischenfällen mit erregten Patientinnen zu Hilfe eilen mussten. Doch diese Auflage der getrennten Versammlungen musste der Direktor bald zurücknehmen.

Eine weitere Bedingung betraf die Frage des Zutritts von auswärtigen Referenten auf das Areal und in das Gebäude der Breitenau. Die Aufsichtskommission hatte entschieden, keine kommunistischen Vertreter auf dem Areal zu dulden, und dem Präsidenten der VPOD-Sektion Schaffhausen den Versammlungsbesuch verboten. Dieser Beschluss, der das verfassungsmässige Recht der Versammlungsfreiheit tangierte, führte zu einer Interpellation im Kantonsrat. Aus den Quellen wird ersichtlich, dass der Obmann der Gruppe Breitenau für auswärtige Referenten noch bis in die 1930er-Jahre eine Bewilligung beim Direktor einholen musste. In der Regel wurde sie erteilt. So konnte etwa VPOD-Zentralsekretär Josef Henggeler (1889–1950) an einer Versammlung zum Thema «Die gegenwärtige Lage der schweizerischen Gewerkschaften» referieren.²⁸

Die Gruppe Breitenau entwickelte sofort eine aktive Gewerkschaftspolitik, was allerdings wegen des grossen Personalwechsels nicht einfach war. Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen forderte sie eine Arbeitszeitverkürzung und mehr Freizeit. Doch Direktor und Aufsichtskommission lehnten dies ab mit der Begründung, dass

25 Vgl. für das Folgende: Braunschweig, Sabine: Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 1886–1960, Zürich 2013, S. 94–110.

26 Der Gemeinde- und Staatsarbeiter, 25, 23. November 1917.

27 Vgl. für das Folgende: Leuzinger, Thomas: 100 Jahre VPOD Schaffhausen – Eine Gewerkschaft im Wandel der Zeit, Schaffhausen 2007, S. 44, und STASH DI 39/5539, Korrespondenz zwischen Anstaltsdirektion und VPOD 1921/1922.

28 STASH DI 39/5549, Gesuch des Obmanns an Direktor Bertschinger vom 25. März 1933.

der Personalbestand erhöht werden müsste, was finanziell nicht möglich sei.²⁹ Auch weitere Begehren wurden lange nicht und oft nur mit Abstrichen erfüllt – begründet wurde die ablehnende Haltung der Behörden meist mit fehlenden Geldern in der Staatskasse.

Regelmässig erschienen im Verbandsorgan «Der Gemeinde- und Staatsarbeiter» Artikel von organisierten Pflegern, die aus ihrem Arbeitsalltag berichteten. In drastischen Farben schilderten sie die Bedingungen, unter denen sie arbeiten mussten. «Die Beaufsichtigung der Patienten, Irrsinnigen, stellt die grössten Anforderungen an Gemüt und Nerven eines gesunden, das Leben bejahenden Menschen. Ständig Geschimpfe, Gejammer, Bitten, Flehen, Drohen Schwermütiger, Epileptischer oder Böartiger, Singen, Kreischen, nervöses Lachen und Weinen der hysterischen, nervösen, geistig ganz umnachteten Unglücklichen anzuhören und dagegen ruhig, unerweichlich zu bleiben, schädigt jeden gesunden Menschen auf die Dauer, wenn nicht genügend Erholung *ausserhalb* des Dienstes der Anstalt zur Verfügung steht», schrieb der Wärter F. H. und plädierte für eine Arbeitszeitverkürzung, wie sie das eidgenössische Parlament als Folge des Generalstreiks von 1918 mit der 48-Stunden-Woche in der Novelle zum Fabrikgesetz angenommen hatte. Er hob das Bedürfnis nach Kultur- und Naturgenuss hervor und das Interesse an Bildung und politischer Mitarbeit am Aufbau einer neuen «friedenbringenden Gesellschaftsform».³⁰

Um den Kampf für bessere Arbeitsbedingungen und die Förderung des «Wärterberufs» zu stärken, fand am 4. und 5. April 1920 in Zürich die erste Konferenz des organisierten Personals von Heil- und Pflege-, Erziehungs- und Strafanstalten statt.³¹ Eine Resolution mit folgenden Zielen wurde verabschiedet: Einführung der 48-Stunden-Woche, mit denen anderer städtischer und kantonaler Angestellter vergleichbare Gehälter und gleicher Lohn für Männer und Frauen, Beseitigung des Kost- und Logiszwangs, Gewährung von bezahlten Ferien, Regelung der Pensionskasse und der Hinterbliebenenversorgung, ausreichende hygienische Einrichtungen und Schutzmassnahmen zur Verhütung von Ansteckungen und zur Sicherung von Gesundheit und Leben, unentgeltliche Arbeitskleidung, geregelte Kündigungsfristen sowie das Mitspracherecht des Personals bei allen diesen Fragen.³²

An der Folgekonferenz vom 9. Oktober 1921 wurde mit einstimmigem Beschluss das Kartell des schweizerischen Anstaltspersonals, das «Anstaltskartell», gegründet. Der VPOD war sich im Klaren, dass obige Ziele nur erreicht werden konnten, wenn sich die Psychiatriepflege zu einem anerkannten Beruf entwickelte. Dazu war eine Berufsausbildung unabdingbar. Und eine solche Ausbildung konnte nur

29 Vgl. Bericht zur Breitenau, Schaffhausen, in: Der Gemeinde- und Staatsarbeiter, 10, 7. Mai 1920.

30 H., F.: Irrenwartpersonal und 48 Stunden-Woche, in: Der Gemeinde- und Staatsarbeiter, 20, 26. September 1919.

31 Neben Vertretern und Vertreterinnen der Breitenau waren Kollegen aus Königsfelden, Friedmatt, Münsingen, Waldau, Münsterlingen, Burghölzli, Rheinau, Wülflingen sowie der Strafanstalten Basel und Regensdorf, des Bürgerspitals Basel und der Zürcherischen Erziehungsanstalt Ringwil anwesend.

32 Vgl. Henggeler, Josef: Werden und Wirken des Anstaltskartells im V.P.O.D., Zürich 1930 (hrsg. vom Schweizerischen Verband des Personals Öffentlicher Dienste), S. 9–10.

gemeinsam mit den Anstaltsärzten aufgebaut werden, dessen war sich der VPOD ebenso gewiss. Aus diesem Grund suchte er die Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie (SGP).

Mit der Organisierung des Wartpersonals gerieten die Anstaltsdirektoren in Zugzwang. Sie waren im Hinblick auf neue Behandlungsmethoden auf qualifiziertes Pflegepersonal angewiesen und erachteten ein gemeinsames Vorgehen bei kommenden Personalforderungen als wichtig. So bestimmten sie eine fünfköpfige Kommission für Anstaltsangelegenheiten, die «Anstaltskommission». Präsident wurde Walter Morgenthaler (1882–1965), Chefarzt des privaten Nervensanatoriums Münchenbuchsee, der seine skeptischen Kollegen mit viel Überzeugungsarbeit dafür gewann, sich mit dem VPOD-Anstaltskartell abzusprechen und gemeinsam eine Ausbildung aufzubauen.³³ Unbestritten war der VPOD die stärkste Vertretung des psychiatrischen Pflegepersonals, mit dem sich die Anstaltsärzte notgedrungen arrangieren mussten. Es gab später kleinere Interessensverbände, doch diese fielen zahlenmässig und politisch kaum ins Gewicht. Nur der von Oberin Marie Schönholzer (1875–1960) 1925 gegründete Schweizerische Verband des Personals für Nerven- und Gemütskranke (SVPNG) wurde bei Ausbildungsfragen miteinbezogen. Der «gelbe» Berufsverband organisierte bis 1961 nur Pflegerinnen vorwiegend der privaten Nervenkliniken, die sich nicht mit einer «roten» Gewerkschaft identifizieren mochten.³⁴

Die vom Anstaltskartell ausgehende Idee einer gemeinsamen Berufs- und Fachzeitschrift des VPOD und der SGP muss als weitsichtiges und erfolgreiches Projekt gewertet werden. Nachdem Morgenthaler seine Berufskollegen überzeugt hatte, übernahm er die Redaktion des Fachteils, während Josef Henggeler, VPOD-Sekretär und Präsident des Anstaltskartells, den gewerkschaftlichen Teil redigierte. Die «Kranken- und Irrenpflege» erschien ab Januar 1922 als Monatsschrift zweisprachig auf Deutsch und Französisch. Nach Gründung der Zentralstelle für praktische Psychiatrie wechselte sie den Namen zu «Irrenpflege», später hiess sie «Praktische Psychiatrie Pratique».³⁵

«Bildungsfähig»: Das Lehrlingssystem von 1928 bis 1964

Erste Prüfungen

Um die Berufsbildung aufzubauen, erstellte Morgenthaler, der bereits als Assistenzarzt gute Erfahrungen mit der Erteilung von Kursen für Wärter und Wärterinnen gemacht hatte, einen Lehrplan. Als Grundlage diente ihm das autodidaktisch ausgerichtete Ausbildungsmodell der Krankenpflege. Er formulierte auch die Prü-

33 Protokoll der 56. Versammlung am 9./10. Juni 1919 in Wil, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 1, 1919, S. 176; Protokoll der 58. Versammlung am 6./7.6.1920 in Malévoz, in: Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie, 1, 1921, S. 117.

34 Vgl. dazu: Braunschweig, Sabine/Francillon, Denise: Professionelle Werte pflegen. 100 Jahre Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) 1910–2010, Zürich 2010, S. 181–184.

35 Zuletzt erschien die Zeitschrift als VPOD-Fachblatt «Integro».

fungsvorschriften, die von der SGP 1926 verabschiedet wurden. Dann begannen in einigen Anstalten die ersten zweijährigen Kurse.

Im Mai 1927 fanden die ersten Examen in der Privatanstalt Hohenegg und in der Anstalt Herisau statt. Die Prüfungen umfassten: «A. Theoretisch: a) Bau und Verichtung des Körpers, besonders des Nervensystems, mit Elementarpsychologie (15 Minuten), b) Gesundheitslehre und soziale Fürsorge (15 Minuten), c) körperlich Kranke: Krankheitslehre und Krankenpflege (20 Minuten), d) Geisteskranke: Krankheitslehre und Krankenpflege (25 Minuten). B. Praktisch: a) Pflege körperlich Kranker und erste Hilfe, b) Pflege Geisteskranker, c) Rapportwesen (eventuell schriftlich).»³⁶

Mit den Resultaten war Morgenthaler recht zufrieden, insbesondere mit jenen der Kandidatinnen aus der Hohenegg, wo bereits seit 1916 eine Ausbildung angeboten wurde.³⁷ Hierauf beschloss die SGP, sich für die Einführung eines staatlichen Exams einzusetzen. Eine gesetzliche Regelung der Pflegeberufe scheiterte jedoch. Die Sanitätsdirektorenkonferenz genehmigte 1929 zwar den Lehrplan und das Prüfungsreglement und empfahl sie allen Kantonen zur Annahme. Aber aus Kostengründen wollte sie keine einheitliche staatliche Regelung unterstützen. Man befürchtete, dass Diplome die «Forderungshaltung» des Personals verstärken würden, während doch die «Berufung» zentral sei.³⁸

Der Direktor der Breitenau, Hans Bertschinger, war gegenüber einer Ausbildung des Pflegepersonals aufgeschlossen. Unterricht erteilten Sekundararzt Dr. Ernst Sauerbeck, Volontärarzt Herbert Moser, Oberpfleger Vinzenz Fritsch und Oberpflegerin Anna Rüedi. In einem Schreiben bedauerte der VPOD, dass die Lektionen dreimal wöchentlich abends zwischen 20 und 21 Uhr stattfanden – entgegen dem Vorschlag, den Unterricht während der Arbeitszeit, bevorzugt vormittags um 10.30 Uhr, abzuhalten. Er unterstütze die Ausbildung, aber nach einem 14-stündigen Arbeitstag sei es verständlich, wenn das Personal nicht mehr aufnahmefähig sei.³⁹

Die erste Prüfungssession war in der Breitenau für den 8. Mai 1928 geplant. Einen Monat vorher erfuhr der VPOD-Präsident Hans Oprecht, der als Prüfungsexperte amtierte, vom «Angstzustand» des Personals und schrieb dem Gewerkschaftsmitglied Albert Forster, dass er vorgängig in der Anstalt über die Prüfungen referieren könne, um «diese Angstzustände zu beseitigen». Er habe dies auch schon in Herisau, im Burghölzli und in anderen Anstalten getan.⁴⁰ Ob dieser Vortrag stattgefunden hat, geht aus den Quellen nicht hervor.

36 Morgenthaler, Walter: Entwurf der Vorschriften für die Prüfungen von schweizer. Irrenpflegepersonal, in: Kranken- und Irrenpflege, 9, 1926, S. 49–50.

37 Vgl. Jubiläumsjahresbericht der Psychiatrischen Klinik Hohenegg 1987, S. 5.

38 Vgl. dazu Braunschweig 2013 (vgl. Anm. 25), S. 118–123.

39 STASH DI 39/5539, Schreiben der VPOD-Sektion Schaffhausen an den Direktor vom 31. Mai 1927 und Protokoll der Versammlung der VPOD-Gruppe Breitenau vom 21. Oktober 1927. Sauerbeck hatte angefragt, um welche Uhrzeit die Lektionen stattfinden sollten.

40 STASH DI 39/5539, Schreiben von VPOD-Präsident Hans Oprecht an Albert Forster, Wärter, Breitenau, vom 13. April 1928.



Abb. 1: Chefarzt Oscar Wanner und der pensionierte Psychiatriepfleger Albert Forster an einem Personalanlass der Breitenau 1982. Forster hatte 1928 als einer der Ersten in der Breitenau das Diplom in Psychiatriepflege erhalten. Privatbesitz Schaffhausen, Fotoarchiv Büro für Sozialgeschichte Basel.

Am Prüfungstag führte Sekundararzt Sauerbeck das theoretische Examen durch. Oberin Marie Schönholzer, Präsidentin des SVPNG, sowie Oberpfleger Friedrich Ernst (1879–1954) von der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt nahmen das praktische Examen ab. Alle Prüflinge, 8 Pfleger und 5 Pflegerinnen, bestanden erfolgreich. Das Diplom der SGP, das erst nach bestandener Prüfung und den vorgeschriebenen drei Dienstjahren ausgehändigt wurde, erhielten 6 Pfleger und 4 Pflegerinnen. Insgesamt hatten gemäss Prüfungsbericht an diesen Frühlingsprüfungen 117 Kandidaten (63 Pfleger und 54 Pflegerinnen) aus 8 Anstalten teilgenommen.⁴¹ Das war eine wichtige Etappe für die weitere Berufsausbildung des Pflegepersonals in der Breitenau. Im revidierten Allgemeinen Reglement für die Kantonale Heilanstalt Breitenau von 1929 wurde neu festgehalten, dass «der Besuch von Wärterbildungsvorträgen und Kursen für Irrenpfleger obligatorisch erklärt werden» könne.⁴²

41 Jahresbericht Breitenau 1928, S. 5, und Morgenthaler, Walter: Dritter Prüfungsbericht, in: Kranken- und Irrenpflege, 6/7, 1928, S. 30–34.

42 STASH DI 39/5758, Allgemeines Reglement für die Kantonale Heilanstalt Breitenau Schaffhausen vom 10. Oktober 1929, S. 6.

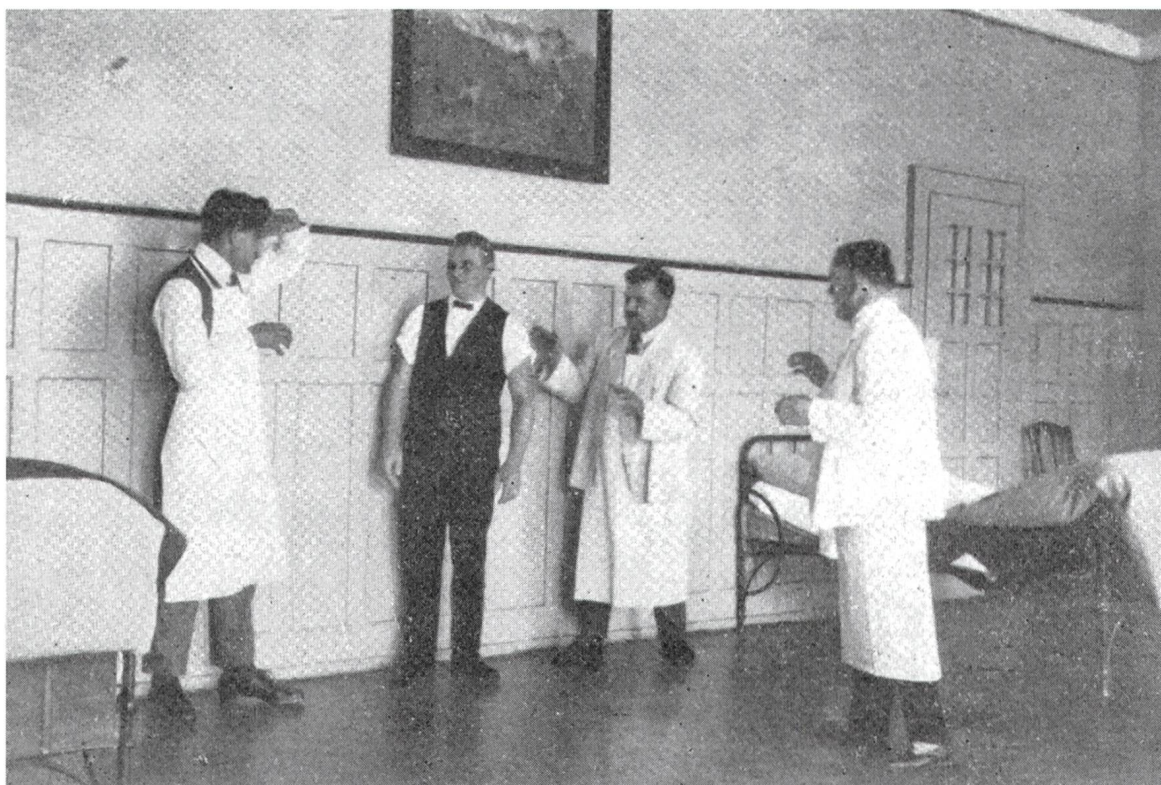


Abb. 2: In der Ausbildung lernte das Pflegepersonal, wie es mit erregten Patienten umgehen soll: «Herangehen zu Dreien an einen Erregten. Zusammenarbeiten! Der Kranke ist dem Pfleger 1 zugewendet. Dieser hält sich zurück in abwartender Schutzhaltung. Pfleger 2 versucht von hinten heranzukommen. [...] Pfleger 3 hilft wo es nötig ist und fasst nachher eventuell die Beine.» Abbildung und Erläuterung aus dem Lehrbuch von Walter Morgenthaler, *Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken*, Bern 1930 (1. Auflage), S. 176a.

Lehrmittel

Ein weiteres wichtiges Vorhaben betraf die Frage von einheitlichen Unterrichtsunterlagen. In der Breitenau wurden in den Kursen der «Leitfaden für Irrenpflege» von Ludwig Scholz (1868–1918), Direktor der Heilanstalt Waldbröl bei Bonn, und die «Geisteskrankenpflege» von Valentin Faltlhauser (1876–1961), Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren in Augsburg, verwendet.⁴³

Ein Schweizer Lehrbuch der Psychiatriepflege gab es nicht. Deshalb wurde im Anstaltskartell die Herausgabe eines Leitfadens, der in knappen Zügen das Wesentliche der Kranken- und Irrenpflege behandelte, besprochen. Morgenthaler, der seit Jahren Material gesammelt hatte, war interessiert, dieses in einem grösseren Projekt zu verarbeiten, und wurde mit dieser Aufgabe beauftragt. 1930 erschien die erste

⁴³ Faltlhauser, Valentin: *Geisteskrankenpflege. Ein Lehr- und Handbuch zum Unterricht und Selbstunterricht für Irrenpfleger und zur Vorbereitung auf die Pflegerprüfung*, Halle a. S. 1923, und Scholz, Ludwig: *Leitfaden für Irrenpfleger*, Halle a. S. 1900, 1. Auflage.

Auflage des Lehrbuchs «Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken», das nicht nur ins Französische und Italienische, sondern auch ins Spanische übersetzt wurde.⁴⁴ Auf Deutsch erschienen bis 1962 sieben revidierte und erweiterte Auflagen, die jeweils von der Lehrbuchkommission der SGP diskutiert wurden. Nachdem die fachliche Kritik am veralteten psychiatrischen Wissen der vierten Auflage von 1941 sehr heftig war, wurden in den weiteren Auflagen zahlreiche Änderungen und Ergänzungen vorgenommen. Die sechste Auflage erschien 1954 unter der Mitarbeit von Oscar Wanner, der ein Jahr zuvor die Direktion der Breitenau übernommen hatte. Während fast vier Jahrzehnten war der «Morgenthaler» das massgebliche und einzige in drei Landessprachen übersetzte Lehrmittel. Es wurde auch in der Ausbildung an der Breitenau bis zu Beginn der 1970er-Jahre verwendet.

Therapien im Pflegealltag

In den 1920er-Jahren wurden somatische Therapien entwickelt, die auf einem veränderten, naturwissenschaftlich geprägten Körperkonzept einer psychischen Störung basierten. Mit ihrer Hilfe hofften die Anstaltsärzte, den Einsatz der mechanischen Zwangsmittel, wie Bettgurt oder Lederhandschuhe, reduzieren zu können.⁴⁵ Sie hegten überdies die Hoffnung, dass sie über eine Symptombekämpfung hinaus wirken würden, was sich allerdings bald als illusorisch erwies.

Bei der Durchführung dieser neuen Therapien – so das Ziel der neuen Pflegeausbildung – sollten die Pflegenden eine qualifizierte Unterstützung bieten können. Weil sie die Kranken rund um die Uhr betreuten, erhielten sie mehr und genauere Informationen über die Kranken als die Ärzte auf den Visiten. So begründete Karl Gehry (1881–1962), Anstaltsdirektor der Zürcher Heil- und Pflegeanstalt Rheinau, die notwendige Berufsbildung: «Der Pfleger findet Mittel, Kranke zur Arbeit zu bringen, er macht Beobachtungen, die dem Arzt wichtige Fingerzeige für die weitere Behandlung geben; er macht gewissenhafte Aufzeichnungen, die der Arzt für wissenschaftliche Arbeiten braucht; er ermöglicht die Durchführung von Kuren mit allerlei Einspritzungen, wie sie immer mehr zur Heilung von Geisteskranken versucht werden.»⁴⁶ Betreuung und Zuspruch, Beobachtung und Meldung sowie Unterstützung und Mitwirkung wurden als zentrale pflegerische Aufgaben erkannt. Die Anstaltsdirektion der Breitenau war zurückhaltend bei der Einführung der neuen Schlaf-, Fieber-, Insulin- und Elektroschockkuren. Bertschinger hielt 1925 fatalistisch fest: «Mechanische Zwangsmittel wie Isolierung, Dauerbad, Bettgurt und feste Handschuhe werden in keiner Irrenanstalt je ganz entbehrt werden können.»⁴⁷ Die prekären Platzverhältnisse, die er seit Jahren vor allem auf der Frauenseite beklagte, erschwerten zudem ein anderes Pflegeregime. Infolge der Überbelegung mussten die Betten dicht zusammengedrückt werden, was zu unerwünschten Rei-

44 Morgenthaler, Walter: Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken, Bern 1930 (1. Auflage), im Auftrag der SGP.

45 Vgl. Meier/Bernet/Dubach/Germann 2007 (vgl. Anm. 9), S. 103.

46 Gehry, Karl: Zur Ausbildung der Irrenpfleger, in: Kranken- und Irrenpflege 6, Sondernummer, 1928, S. 3–13., zit. aus Braunschweig 2013 (vgl. Anm. 25), S. 180.

47 Jahresbericht Breitenau 1925, S. 7.

bereiten zwischen den Patientinnen führte und den häufigen Einsatz des Bettgurts erforderte. Auch zehn Jahre später war die unerfreuliche Raumsituation nicht behoben. Wegen der «Überfüllung der Wachabteilungen» mussten bei unruhigen und erregten Kranken noch immer «mechanische Zwangsmittel» angewendet werden. Anstaltsdirektor Herbert Moser (im Amt 1935–1953) ergänzte aber, dass die meisten diese «Massnahmen der <chemischen Zwangsjacke>, d. h. den Einspritzungen narkotischer Mittel, vorziehen» würden.⁴⁸

In einer Schrift habe Max Müller, Anstaltsdirektor von Münsingen, mit Verweis auf die Breitenau derartige Requisiten als «Museumsstücke» bezeichnet,⁴⁹ führte eine Pflegerdelegation 1945, also ein weiteres Jahrzehnt später, gegenüber der Aufsichtscommission aus. Man könne sicher über die «Zweckmässigkeit derartiger Massnahmen grundsätzlich verschiedener Meinung sein», aber es bestehe «kein Zweifel, dass die Verbringung des 78-jährigen Patienten S. ins Deckelbad eine verfehlte Therapie war, wenn sich schon bei einem jungen Menschen, bei einem derart langen Aufenthalt im Wasser, Gesundheitsstörungen einstellen», kritisierte Pfleger P. R.⁵⁰ Seit Jahren würde der Anstaltsdirektor alle berechtigten Eingaben und Wünsche im Interesse der Kranken als «politische Forderung des im VPOD organisierten Pflegepersonals taxieren und ablehnen oder gar ignorieren».

Die Verwendung des Deckelbades, das die Breitenau als eine der letzten Anstalten in der Schweiz in den 1950er-Jahren abschaffte, war nur ein Kritikpunkt, der in der Aussprache vom Dezember 1945 zwischen Pflegepersonal und Aufsichtscommission thematisiert wurde. Die seit Jahren von Seiten des pflegerischen und ärztlichen Personals und von Verwaltungsmitarbeitern gegen den Anstaltsdirektor vorgebrachten Beschwerden, die vergeblichen Vermittlungsbemühungen der Behörden und das angeforderte Gutachten zweier Anstaltsdirektoren legten schliesslich offen, wie verfahren die Situation geworden war; sie führten dazu, dass Direktor Moser seinen Posten 1953 kündigte.⁵¹

Der im gleichen Jahr neu gewählte Anstaltsdirektor Oscar Wanner erachtete die «modernen körperlichen Behandlungsmethoden in der Psychiatrie» als «wertvoll».⁵² Er war während mehrerer Jahre Oberarzt in der Berner Heil- und Pflegeanstalt Münsingen gewesen und hatte dort am Zentrum für Insulinkuren die Methode «nach klassischen Vorschriften» kennengelernt.

Sein Vorgänger hatte nur vereinzelt Schlaf- und Fieberkuren sowie Schocktherapien mit Insulin und Azoman durchgeführt. Auch hatte er veranlasst, dass sich eine Patientin und drei Patienten in der Neurochirurgischen Klinik Zürich einer Leu-

48 Jahresbericht Breitenau 1934, S. 4.

49 Müller, Max: Prognose und Therapie der Geisteskrankheiten, Leipzig 1936.

50 STASH DI 39/5, Aufsichtscommission Breitenau, Sitzungsprotokoll vom 20. Dezember 1945, S. 2f.

51 Vgl. Müller, Max: Erinnerungen. Erlebte Psychiatriegeschichte, 1920–1960, Berlin, Heidelberg, New York 1982, S. 315f. und STASH RRA 6/185468.

52 Wanner, Oscar: Moderne körperliche Behandlungsmethoden in der Psychiatrie, in: Schweizerische Blätter für Krankenpflege, 1953, 9, S. 271–275; 10, S. 299–303; 11, S. 334–339.

kotomie, einem operativen Eingriff am Hirn, unterziehen mussten.⁵³ Aber Wanner baute aus und richtete gleich in seinem ersten Amtsjahr eine spezifische Behandlungsabteilung zur besseren ärztlichen Überwachung ein. Er setzte in der Breitenau die Insulinkur fort, führte mit dem neu angeschafften «Elektrokrampfapparat» die «Elektroschocktherapie bei endogenen Depressionen» ein, behandelte «Trunksüchtige» mit dem Vergällungsmittel «Antabus», intensivierte die «Psychotherapie» bei einzelnen Kranken und setzte «sofort mit dem Bekanntwerden der Largactilbehandlung» dieses Präparat ein, mit dem er schnell «recht schöne Erfolge» erzielte. Diese Therapien konnten nur unter Mithilfe des Pflegepersonals angewendet werden, weil «eine äusserst sorgfältige Wartung und Beobachtung des Kranken» notwendig war. «Die nach neueren Gesichtspunkten durchgeführten Behandlungen hatten eine fühlbare Mehrbelastung von Ärzten und Pflegepersonal zur Folge», schrieb Wanner in seinem ersten Jahresbericht 1953.⁵⁴

Das Personal wurde aber erst fünf Jahre später aufgestockt, als gemäss Regierungsratsbeschluss vom 15. Juli 1958 die Wochenarbeitszeit des Pflege-, Küchen- und Portierpersonals von 54 auf 48 Stunden verkürzt wurde.⁵⁵ Nun wurden neun zusätzliche Arbeitskräfte bewilligt. Bei den Pflegern stieg gemäss statistischen Angaben in den Jahresberichten die Anzahl von 38 auf 41 und bei den Pflegerinnen von 42 auf 48.

Zum Beispiel: Insulinkur

Die somatischen Therapien stellten für das Pflegepersonal eine grosse Herausforderung dar, denn sie waren mit lebensbedrohlichen Risiken für die Patienten und Patientinnen verbunden. Sie verlangten eine gute Beobachtungsgabe, viel Erfahrung und Fachwissen. Am Beispiel der Insulinkur sollen anhand des Lehrbuchs die Aufgaben des Pflegepersonals während der verschiedenen Phasen beschrieben werden.⁵⁶

Die für eine Insulinkur bestimmte Patientin erhielt am frühen Morgen in nüchternem Zustand eine intramuskuläre Injektion mit Insulin. Wenn der Arzt selbst nicht anwesend war, durfte die Pflegeperson in die von ihm bezeichnete Stelle, meist die Gesässmuskulatur, die Dosis Insulin injizieren. Kranke, die «zu unerwünschten, plötzlich auftretenden epileptischen Anfällen» neigten, erhielten ein bis zwei Stunden zuvor ein Beruhigungsmittel gespritzt. Die Dosierung von Insulin betrug zu Beginn 10 bis 20 Einheiten, die unter «genauester Beobachtung der Reaktion und des übrigen Verhaltens» allmählich erhöht wurde. Diese erste Zeit wurde die «Einschleichphase» genannt. Das Neue der Therapie war die darauf folgende

53 Jahresbericht Breitenau 1939, S. 4; Jahresbericht Breitenau 1943, S. 5; Jahresbericht Breitenau 1946, S. 5; Jahresbericht Breitenau 1950, S. 5. – Vgl. zur Psychochirurgie in der Schweiz: Meier, Marietta: Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg, Göttingen 2015.

54 Jahresbericht Breitenau 1953, S. 5.

55 Vgl. zur Einführung des Normalarbeitsvertrags für das Pflegepersonal und die Frage der Arbeitszeitverkürzung, Braunschweig/Francillon 2010 (vgl. Anm. 34), S. 127–138.

56 Morgenthaler 1941, 4. Auflage (vgl. Anm. 44), S. 215–224. An diesem Kapitel hatte Max Müller aus Münsingen mitgewirkt.

«Schockphase», in der die Patientin in eine tiefe Bewusstlosigkeit kam. Nach 45 bis 90 Minuten wurde sie «mit einem halben Liter starkgezuckerten Schwarztee (200 gr Zucker auf 5 dl Tee)», der mittels einer durch die Nase geführten Sonde verabreicht wurde, aus dem hypoglykämischen Koma aufgeweckt, erhielt «ein reichliches Mittagessen» und ruhte sich nachmittags etwas aus. Danach hatte die für die Patientin verantwortliche Pflegerin die zentrale Aufgabe, mit ihr Kontakt aufzunehmen und sich ihr voll und ganz zu widmen. Denn sie habe nun das Bedürfnis, sich auszusprechen und sich über das Vergangene und Gegenwärtige Rechenschaft zu geben, sich wieder ins Leben einzuordnen und die Arbeit wieder aufzunehmen, erläuterte Morgenthaler: «Es ist nun ungemein wichtig, dass diesen ausgesprochenen seelischen Veränderungen die grösste Beachtung geschenkt und die günstige Übergangszeit psychotherapeutisch nach Möglichkeit ausgenutzt wird.»⁵⁷ Diese Phase war für das Pflegepersonal ein entscheidender Zeitraum, um einen zwischenmenschlichen Zugang zu den Kranken zu finden. Auch nach der Kur blieb die Patientin schonungsbedürftig.

Diese Kuren habe man bei Patienten angewendet, die in einem solch akuten Zustand gewesen seien, dass sie nicht mehr hätten schlafen können, keine Ruhe gefunden und die Umgebung Tag und Nacht in Atem gehalten, gegen Mitpatienten, das Personal, die Angehörigen und vor allem gegen sich selber gewütet hätten, erklärte ein pensionierter Pfleger der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt.⁵⁸

Zur sorgfältigen Durchführung der neuen Therapien gehörte die schriftliche Arbeit. Auf grossen Papierbögen mit vorgedruckten Tabellen hatten die Pflegenden peinlich genau alle Messungen einzutragen und Beobachtungen festzuhalten. Dazu gehörten die verabreichten Mengen der Medikamente und die Uhrzeit sowie die Überwachungsdaten wie Puls, Temperatur, Blutdruck, Körpergewicht, Menge der Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitszufuhr. Hinzu kamen stichwortartige Bemerkungen zu allfälligen Zwischenfällen, zum Verhalten und zu Aussagen der Kranken. Schriftliche Rapporte wurden im Pflegealltag immer wichtiger, weil einerseits die Therapien anspruchsvoller wurden und andererseits Psychiater zunehmend auf präzise Informationen angewiesen waren, um über weitere Massnahmen entscheiden zu können.

Beobachten und Rapportieren

Die patientenbezogene Dokumentation setzte sich seit dem 19. Jahrhundert durch und war für die Verwissenschaftlichung der Psychiatrie und die Umsetzung der Anstalts- und Therapiereformen unverzichtbar. Notieren, Ordnen und Schreiben spielten für die Beobachtung der Symptome, bei der Untersuchung der Kranken sowie für die Klassifikation der Krankheiten eine zentrale Rolle. Das Aufschreibeverfahren war der Kern einer psychiatrischen Methodenlehre, konstituierte psychia-

⁵⁷ Morgenthaler 1941, 4. Auflage (vgl. Anm. 44), S. 220.

⁵⁸ Braunschweig 2013 (vgl. Anm. 25), S. 197–199. Interview mit dem Basler Pfleger R. D. vom 22. November 2006.



Abb. 3: Rapporte und Patientenbesprechungen zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal gewannen in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts an Bedeutung. Privatbesitz Schaffhausen, Fotoarchiv Büro für Sozialgeschichte Basel.

trische Erkenntnisobjekte und strukturierte auch den Alltag in der Anstalt. In diesem Kontext kam dem Pflegepersonal eine wichtige Rolle zu.

So war genaues Beobachten und korrektes Rapportieren bereits Thema im Lehrplan von 1922 und Prüfungsfach in den Examen. Später erschienen verschiedene Fachartikel in den Pflegezeitschriften, die Tipps und Tricks zur Formulierung von Pflegeberichten verrieten. Man solle nach einem Schema vorgehen und «mit Tinte und Feder auf anständigem Papier mit Datum, Unterschrift» schreiben; «für intelligente Pfleger» könne es ein «sportliches Interesse» sein, die «träfen Worte» zu finden.⁵⁹ Um die hohen Ansprüche erfüllen zu können, riet eine Pflegerin, sich «einen genügenden Schatz von allgemeinen und speziellen Ausdrucksmöglichkeiten» anzulegen.⁶⁰

Tag-, Nacht- und Arbeitsrapporte müssten «unbedingt wahr» sein.⁶¹ Der Arzt müsse sich «restlos auf unsere Gewissenhaftigkeit verlassen können, denn: wie soll er unsere Berichte zum Beispiel in einem Gutachten verwerten, wenn er nicht von

59 Pflugfelder, Gottlob: Der Pflegerrapport, in: *Praktische Psychiatrie Pratique*, 1, 1959, S. 2–5.

60 e.: Grundsätze in der Irrenpflege, in: *Kranken- und Irrenpflege*, 2, 1942, S. 38–40. Im Unterschied zu den Ärzten unterzeichneten Pflegenden ihre Artikel oft nur mit den Initialen.

61 -r.: Über unsere Rapporte, in: *Kranken- und Irrenpflege*, 8, 1945, S. 151–155, auch für das Folgende.

unserer Wahrheitsliebe überzeugt ist oder wenn er bei der Gegenüberstellung der Aussagen des Kranken zur Überzeugung kommt, er sei von uns <hinter das Licht geführt worden>. Nicht nur Verdrehen der Tatsachen, auch Unterlassen, eine Beobachtung zu rapportieren, ist Pflichtverletzung.» Der Arzt erwarte Offenheit und verzeihe dann eher einen Fehler. Um das Vertrauen des Kranken zu erwerben, solle man im Anstaltsalltag auf einen guten Kontakt achten, ihn unterstützen und ernst nehmen.

Pflegerapporte wurden bei schwerwiegenden Zwischenfällen, oder wenn sie für den behandelnden Arzt wesentliche Informationen enthielten, der Krankengeschichte beigelegt. So gab Abteilungspfleger Walter Landolt, der mit Geduld und Geschick mehr über die Wahnideen eines Patienten erfahren hatte, diese auf 1,5 A4-Seiten so klar und anschaulich wieder, dass der Direktor den Text umgehend in die Krankengeschichte aufnahm.⁶² Das Pflegepersonal hatte aber weder Einblick in die Krankenakte noch durfte es selbst eigene Einträge vornehmen. Direktor Wanner verbot die Einsichtnahme gar bis Mitte der 1960er-Jahre strikte, weil die Pflegenden in seiner Argumentation den Kranken unvoreingenommen gegenüberzutreten sollten.⁶³

Psychopharmakologische Wende

Wie aus den Jahresberichten der Breitenau ersichtlich, wurden die ersten Neuroleptika Largactil und Serpasil zunächst neben den bisherigen Kuren angewendet. Erst im Nachhinein wurde die Einführung der Psychopharmaka 1953 als «chemische Revolution» bezeichnet. Der Umbruch wurde gegen Ende der 1950er-Jahre augenfällig, als die Pharmaindustrie weitere Substanzen auf den Markt brachte und Antidepressiva und Tranquilizer zu den Neuroleptika hinzukamen. Zwei Assistenzärzte widmeten sich in ihren Dissertationen den in der Breitenau gemachten ersten Erfahrungen mit den neuen Präparaten.⁶⁴

Psychiater und Pflegende waren beeindruckt von den anfänglichen Erfolgsmeldungen bei der Behandlung von hocherregten Kranken. Doch die sich bald manifestierenden «unerwünschten Nebenwirkungen», wie Muskelkrämpfe, Steifigkeit im Gesicht, Sehstörungen oder Leberschädigungen, die Morgenthaler im Lehrbuch auflistete, führten zu einer Relativierung der Erwartungen.⁶⁵

Damit folgte die Anwendung der neuen chemischen Medikamente wie bei vielen Arzneimitteln zuvor dem so genannten «Seige-Zyklus».⁶⁶ Der deutsche Psychiater Max Seige formulierte 1912 die These, dass die Karriere eines Medikaments dynamisch sei und verschiedene Phasen durchlaufe. Er beobachtete, dass zahlreiche sedative und hypnotische Mittel auf den Markt kamen, aber bald wieder in Verges-

62 Interview mit dem pensionierten Abteilungspfleger Walter Landolt vom 22. Dezember 2015.

63 Interview mit der ehemaligen Oberschwester Ruth Müller vom 1. März 2016.

64 Baumberger, Werner: Erfahrungen mit dem Rauwolfiaalkaloid Reserpin – «Serpasil» – bei chronischen Geisteskranken, Basel 1955 (Diss. med.), und Trüeb, Paul Fritz: Erfahrungen mit dem Iminodibenzylderivat «Tofranil» bei depressiven Zuständen, Zürich 1959 (Diss. med.).

65 Morgenthaler 1962, 7. Auflage (vgl. Anm. 44), S. 253–256.

66 Seige, Max: Klinische Erfahrungen mit Neuronal, in: Deutsche medizinische Wochenschrift, 39, 1912, S. 1828–1830.



Abb. 4: Weil die Einnahme von Largactil, dem ersten Neurolepticum, eine Sonnenallergie auslösen konnte, trugen Patientinnen zum Schutz einen Sonnenhut. Um 1960, Privatbesitz Schaffhausen, Fotoarchiv Büro für Sozialgeschichte Basel.

senheit gerieten und nur wenige sich in der ärztlichen Praxis durchsetzen konnten. Diesen «Zyklus der Enttäuschung»⁶⁷ erlebten auch die Pflegepersonen. Obschon sie vom «Wundermittel Largactil»⁶⁸ sprachen, formulierten sie ihr Unbehagen, wenn sich die Persönlichkeit der Patienten wandelte, wenn diese lethargisch und müde wurden, keine Energie mehr hatten, an Gewicht zunahmen, ihren Charakter veränderten. Insgesamt jedoch begrüßten sie die medikamentöse Wende. Denn viele Kranke stabilisierten sich so, dass sie nicht mehr dauernd in geschlossenen Abteilungen interniert werden mussten. «Hospitalisierung für den Rest des ganzen Lebens» sei überholt, schrieb Oscar Wanner 1958 und knüpfte an seiner früheren Feststellung an, dass es unbedingt erstrebenswert sei, «den heutigen Anstalten mit allen Mitteln ihren Gefängnischarakter zu nehmen».⁶⁹ So wurde allmählich der Lattenzaun, der einige Zeit früher auf zwei Meter erhöht worden war, abgebaut. Aufgrund der «weitgehenden Lockerung des strengen Regimes» wurden neue Auf-

67 Tanner, Jakob: Psychiatrie zwischen Verwahrung und Heilung. Vortrag am Symposium «Schweizer Psychiatrie im Spannungsfeld der Geschichte» an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, 22. Oktober 1998 (Manuskript).

68 Vgl. Braunschweig, Sabine: Wundermittel Largactil. Wissenschaftlicher Fortschritt und Arbeitsalltag aus der Sicht ehemaliger Schwestern und Pfleger der psychiatrischen Klinik «Friedmatt», in: Spuhler, Gregor (Hrsg.): Vielstimmiges Gedächtnis. Beiträge zur Oral History, Zürich 1994, S. 127–140.

69 Jahresbericht Breitenau 1958, S. 5., und 1956, S. 7.



Abb. 5: Gartenfest mit Schiffflischaukel in der Breitenau. Es war das Bestreben jeder psychiatrischen Anstalt, den Alltag für die Kranken abwechslungsreich zu gestalten. 1965, Privatbesitz Schaffhausen, Fotoarchiv Büro für Sozialgeschichte Basel.

enthaltiskonzepte entwickelt. Es gab nun Patienten, die in der Anstalt wohnten, aber tagsüber von hier aus «einem Verdienst in den Industriebetrieben» nachgingen, und solche, die zwar zu Hause übernachteten, aber tagsüber mangels häuslicher Betreuung in der Klinik beschäftigt wurden.⁷⁰

Die Medikalisierung verhalf den psychiatrischen Kliniken zunehmend zu einem Krankenhauscharakter und beeinflusste auch wesentlich die Arbeit des Psychiatriepflegepersonals. Allerdings trat diese Entwicklung in der Breitenau verzögert auf. Als Oberschwester Ruth Müller, die sowohl ein Diplom in Krankenpflege wie auch in Psychiatriepflege besass, 1960 ihren Dienst antrat, war sie gelinde gesagt erstaunt, wie «vorsintflutlich» die Infrastruktur und das Inventar der Breitenau im Vergleich zum Kantonsspital waren.⁷¹ So hatten beispielsweise die Krankenbetten noch keine Rollen montiert. Die diplomierten Psychiatrieschwestern und -pfleger wurden noch immer zu grossen Reinigungsarbeiten, etwa der «Frühlingsputzete», herangezogen, obwohl gemäss Jahresbericht von 1960 «eine grössere Anzahl von Abteilungsmädchen und Hilfsschwestern» angestellt worden war.⁷² Womöglich um

⁷⁰ Jahresbericht Breitenau 1960, S. 7.

⁷¹ Interview mit Oberschwester Ruth Müller vom 1. März 2016.

⁷² Jahresbericht Breitenau 1960, S. 10.

die Diskrepanz zwischen der materiellen und personellen Ausstattung des Spitals und der Breitenau zu kaschieren, war nach Aussagen von Ruth Müller der Kontakt zum Spital auf ein Minimum beschränkt.

Allerdings stiegen auch in der Breitenau die pflegerischen Anforderungen. Eine Vertiefung von Fachwissen in Psychiatrie und Medizin sowie in Anatomie und Medikamentenkunde wurde unabdingbar. Es wurde dringend, die Ausbildung umzustrukturieren und den neuen Erfordernissen anzupassen. Nicht zuletzt stellte sich mit dem veränderten Berufsbild die Frage der offiziellen Anerkennung des Berufs der Psychiatriepflege.

«Der Unterricht war sehr gut»: Psychiatrische Krankenpflegeschule Breitenau Schaffhausen von 1965 bis 1997

Die Rolle des Schweizerischen Roten Kreuzes

Mit dem Bundesbeschluss betreffend die freiwillige Sanitätshilfe zu Kriegszwecken vom 25. Juni 1903 hatte der Bund dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) die Aufgabe zugewiesen, qualifiziertes Pflegepersonal für die Verwundetenpflege im Kriegsfall zur Verfügung zu stellen. Indem das SRK sein Mandat sehr weit fasste, nämlich als Auftrag zur Förderung der Krankenpflege, begann es von diesem Zeitpunkt an, die Krankenpflegeschulen und Ausbildungsprogramme zu beaufsichtigen und regelte die Verteilung der Bundessubventionen.⁷³ Das SRK hatte sich schrittweise selbst das Recht gegeben, die Krankenpflege zu organisieren, und dabei ohne gesetzliche Grundlage eine führende Stellung erlangt, denn alle Versuche, dem Bund die Kompetenz zu einer gesetzlichen Regelung zu übertragen, waren an der Opposition föderalistischer Kreise und den Gegnern von weiterer staatlicher Regulierung gescheitert.

Während vieler Jahre zeigte das SRK kein Interesse an der beruflichen Entwicklung der Psychiatriepflege. Dies änderte sich erst Ende der 1930er-Jahre. Weil das SRK als bürgerliche Organisation weder Einfluss noch Macht an den VPOD verlieren wollte, drängte der SRK-Zentralsekretär darauf, dass es sich mit einer allgemeinen Regelung befasse.⁷⁴ So setzte es für erste Verhandlungen mit der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie eine hochkarätig besetzte Arbeitsgruppe ein. Die Kriegsmobilmachung im Herbst 1939 unterbrach zunächst die begonnenen Gespräche. Der ab 1942 amtierende stellvertretende Rotkreuz-Chefarzt, Major Hans Martz (1888–1954), war bestrebt, alle Pflegezweige im SRK zu organisieren. Er gründete die SRK-Kommission für Krankenpflege, die er auch gleich präsidierte, und rich-

73 Vgl. Valsangiacomo, Enrico: Die Entstehungsgeschichte der ersten Richtlinien von 1925, S. 163–175, und Bender, Philippe: Entstehung und Inhalt der Vereinbarung vom 20. Mai 1976, S. 377–396, beide in: Valsangiacomo, Enrico (Hrsg.): Zum Wohle der Kranken. Das Schweizerische Rote Kreuz und die Geschichte der Krankenpflege, Basel 1991.

74 Frédéric von Fischer, in: Protokoll des SRK-Zentralkomitees vom 14. September 1938, zitiert nach: de Roulet, Renée: Die Ausbildung in psychiatrischer Krankenpflege, in: Valsangiacomo 1991 (vgl. Anm. 73), S. 241–270, hier S. 246, Anm. 11.

tete 1944 das Schwesternsekretariat ein, das später zur Abteilung Berufsbildung des SRK erweitert wurde. Er initiierte auch gemeinsam mit Monika Wüest, der Präsidentin des Schweizerischen Verbandes der Diplomierten Krankenschwestern und Krankenpfleger (SVDK, Vorläufer des SBK), die Kaderschule des SRK in Zürich, an der die meisten Pflegepersonen der Breitenau ihre Weiterbildung absolvierten.⁷⁵ Im Dezember 1943 wurden die Gespräche zwischen SRK und SGP wieder aufgenommen und eine Vereinbarung entworfen, die eine Doppelausbildung in Kranken- und Psychiatriepflege regeln sollte. Am 8. Juli 1946 wurde diese unterzeichnet und galt für fünf Jahre. Die darin für die beiden Pflegezweige enthaltenen ungleichen Bedingungen zeigten, dass das SRK die Qualität des Lehrlingssystems in der Psychiatriepflege kritisch beurteilte. Dadurch fühlten sich einige Anstaltsärzte vor den Kopf gestossen, auch wenn sie selbst Verbesserungspotential in der Ausbildung ausmachten. Doch die Kritik einer aussenstehenden Organisation wie des SRK nahmen sie schlecht auf. Im Verlauf der Verhandlungen war dies ein gewichtiger Streitpunkt zwischen der SGP und dem SRK.

In einer zweiten Vereinbarung, die am 30. Juli 1949 abgeschlossen wurde, anerkannte das SRK nun die Diplome der SGP. Diese verpflichtete sich, als Gegenleistung Psychiatrieschwestern im Kriegsfall dem SRK zur Verfügung zu stellen. Ab 1950 erhielt die Zentralstelle für Praktische Psychiatrie für die Ausbildungsexamen erstmals Bundessubventionen. Zudem erhielt sie einen Sitz in der SRK-Kommission für Krankenpflege.

Das SRK anerkannte zwar die von der SGP ausgestellten Psychiatriepflegediplome, konnte aber nicht auf die Qualität der Ausbildung Einfluss nehmen, weil es keinen Sitz in der SGP-Schulkommission hatte und weder die SGP noch die Personalverbände Hilfsorganisationen des SRK waren. Doch vermehrt begannen Anstaltsdirektoren mit dem SRK zu kooperieren und hielten es für wünschenswert, die Zusammenarbeit zwischen SGP und SRK enger zu gestalten.⁷⁶

Das SRK empfahl der SGP, die Ausbildung neu im Blocksystem analog zu den Krankenpflegeschulen zu organisieren und die Theorie mehr zu gewichten. 1957 eröffnete die Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt eine Schule für Psychiatriepflege, 1961 folgte die Waadtländer Anstalt Cery als erste in der Westschweiz.⁷⁷

Auch die VESKA (Vereinigung der Schweizer Krankenanstalten) war an einer Anerkennung der Psychiatriepflegeschulen durch das SRK – bedingt durch die rasante Entwicklung in der Psychiatrie und dem nach wie vor gravierenden Personalmangel – interessiert. Das SRK hatte inzwischen eine solch starke politische Position erlangt, dass an ihm kein Weg vorbeiführte.

In dem von ihm eingerichteten Fachausschuss für psychiatrische Krankenpflege nahm 1962 auch der Direktor der Breitenau, Oscar Wanner, Einsitz. Als er 1965

75 Vgl. Braunschweig, Sabine: Lernen, was das Zeug hält. 50 Jahre Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe SRK. Eine Chronik, Aarau 2000.

76 Vgl. Kommission für Krankenpflege (KfK)-Protokoll vom 10. September 1957, zitiert nach: de Roulet (vgl. Anm. 74), S. 252.

77 Vgl. Pedroletti, Jérôme: La formation des infirmiers en psychiatrie. Histoire de l'école cantonale vaudoise d'infirmières et d'infirmiers en psychiatrie 1961–1996 (ECVIP), Genève 2004.



Abb. 6: Diplomierte Psychiatrieschwestern und -pfleger konnten sich an der SRK-Kaderschule für die Krankenpflege in Zürich für leitende Stellen in der Praxis oder der Berufsausbildung weiterbilden. Privatbesitz Schaffhausen, Fotoarchiv Büro für Sozialgeschichte Basel.

sowohl zum Präsidenten der SGP-Schulkommission als auch zum Vorsitzenden des SRK-Fachausschusses gewählt wurde, gelang es ihm dank dieser Doppelfunktion, die bestehenden tiefen Meinungsverschiedenheiten und Konflikte, die Missverständnisse und Probleme schrittweise zu klären und schliesslich gütlich zu regeln. Die neuen Erkenntnisse in psychosomatischer Medizin würden die strikte Trennung zwischen Körper und Geist obsolet machen, der Leitsatz sei vielmehr: «Über allem steht die Psyche.»⁷⁸ Wanner war überzeugt, dass «das immense moralische Prestige des Roten Kreuzes» den Berufsstand der Psychiatriepflege fördern und «im Kampf gegen die nur historisch verständliche, mittelalterliche Diskriminierung des psychisch Kranken» unschätzbare Hilfe leisten könne. Nur so könnten die Kluft zwischen somatisch und psychisch Kranken und die entsprechenden Auswirkungen auf die Pflege überbrückt werden.⁷⁹

Nach weiteren Verhandlungen wurden die Richtlinien und Reglemente zur Anerkennung der Schulen für Psychiatriepflege vom Zentralkomitee und dem Direk-

⁷⁸ Vgl. FA PSY-Protokoll vom 12. März 1965, zitiert nach: de Roulet (vgl. Anm. 74), S. 255.

⁷⁹ Vgl. Wanner, Oscar: Die psychiatrische Krankenpflege, Zusammenfassung des Referats an der ausserordentlichen Sitzung des Direktionsrats des SRK vom 24. Februar 1966, Beilage zum Protokoll des FA PSY, 1966, zitiert nach: de Roulet (vgl. Anm. 74), S. 245.

tionsrat des SRK genehmigt und auf den 1. Januar 1968 in Kraft gesetzt. Damit hatte das SRK sein Ziel, alle Pflegeausbildungen zu überwachen, erreicht und wurde bis zur Inkraftsetzung des revidierten Berufsbildungsgesetzes im Jahr 2004 die Kontrollinstanz für alle nichtärztlichen Gesundheitsberufe.

Schulgestützte Ausbildung in der Breitenau

Klinikdirektor Oscar Wanner, dessen Engagement mit der Ehrenmitgliedschaft der SGP honoriert wurde, förderte auch die Ausbildung des Pflegepersonals in der Breitenau. 1965 wurde der erste Lehrgang im Blocksystem angeboten, die Stundenzahl erhöht und zusätzliche Fächer eingeführt. Überdies wurde mit dem Kantonsspital Aarau ein Praktikumsaustausch vereinbart.⁸⁰ Für den Aufbau der Schule wurde Christine Joss angestellt, die in der Waldau in Bern die Psychiatriepflegeausbildung absolviert und später noch zusätzlich die Krankenpflege gelernt hatte.⁸¹ Das Schulzimmer musste aus Platzgründen im Souterrain eingerichtet werden, erst etliche Jahre später erhielt die Schule einen grossen hellen Raum im ausgebauten Estrich. Im Unterschied zur Krankenpflege richtete sich die Ausbildung der Psychiatriepflege von Beginn weg an Frauen und Männer gleichermassen.⁸² Obwohl die Männer- und die Frauenseite nicht nur in der Breitenau streng getrennt waren, besuchten Pfleger und Pflegerinnen den Unterricht gemeinsam.

Um interessierte Kandidatinnen und Kandidaten zu rekrutieren, war im Jahr zuvor ein «Prospekt für die Schwestern- und Pflegerschule» gedruckt und bei Pfarrämtern aufgelegt worden. Mitglieder der Jungen Kirche etwa besichtigten die Breitenau und erhielten Informationen von der Schulschwester.⁸³ Mit solchen und anderen Bemühungen versuchte man, die Klassen zu füllen. Jedes Jahr besuchten gemäss Statistiken etwa dreissig Lernschwestern und Lernpfleger die «Schule für psychiatrische Krankenpflege Breitenau Schaffhausen». Erst Mitte der 1970er-Jahre überstiegen die Anmeldungen die Aufnahmekapazitäten.

Zu den Aufnahmebedingungen gehörten ein Mindestalter von 19 Jahren (in Ausnahmen 18 Jahre) und eine abgeschlossene Berufslehre.⁸⁴ Schülerinnen mussten hauswirtschaftliche Kenntnisse vorweisen, bei Schülern wurde das nicht verlangt. Die Probezeit betrug sechs Monate. Im ersten Lehrjahr wohnten die Schülerinnen und Schüler intern. Im Lohn inbegriffen war das Waschen und Bügeln der Berufskleider und Leibwäsche. Nach Abschluss der Ausbildung wurde ein Pflichtjahr verlangt; dabei wurden 30 Franken pro Monat als Sicherheit zurückbehalten. Wenn das Pflichtjahr nicht geleistet wurde, fiel das Geld an die Schule.

80 Jahresbericht Breitenau 1965, S. 7.

81 Telefonische Auskunft von Christine Lüscher-Joss vom 2. März 2016.

82 Vgl. zur Frage Pflege als Frauenberuf: Braunschweig, Sabine: Auf den Spuren der Männer in einem Frauenberuf – weshalb die Krankenpflege weiblich ist, in: Bosshart-Pfluger, Catherine/ Grisard, Dominique/Späti, Christina (Hrsg.): Geschlecht und Wissen? Genre et savoir? Gender and Knowledge?, Zürich 2004, S. 123–130, und dies. 2013 (vgl. Anm. 25), S. 252–258.

83 Jahresbericht Breitenau 1964, S. 7.

84 Vgl. für das Folgende: Hahn, Rudolf: Die Schule für Psychiatrische Krankenpflege Schaffhausen, in: Schaffhauser Psychiatrie im Wandel 1891–1991: 100 Jahre Breitenau – der Weg zum Psychiatriezentrum Schaffhausen, Schaffhausen 1991, S. 60–62.



Abb. 7: Mit neun Kolleginnen und einem Kollegen besuchte die spätere Oberschwester Ruth Müller (ganz rechts) Anfang 1960er-Jahre die Ausbildung in Psychiatriepflege. Hinten in der Mitte der Arzt und verantwortliche Kursleiter Dr. Gustav Baur. Um 1960, Privatbesitz Schaffhausen, Fotoarchiv Büro für Sozialgeschichte Basel.

Den theoretischen Unterricht erteilten Schulschwestern und Schulpfleger sowie externe Lehrpersonen aus verschiedenen Berufsfeldern. Auf dem Lehrplan standen naturwissenschaftliche Fächer wie Anatomie, Pathologie, Medikamentenlehre, Chemie, Physik, Psychiatrie und Psychologie sowie Erste Hilfe, soziale Fächer wie Berufsethik und Fürsorge und allgemeinbildende Fächer wie Literatur, Singen und Turnen.⁸⁵ Die 600 Unterrichtsstunden wurden in 15 Kurswochen à 3 Blöcken erteilt. Während der Kurswochen musste an den Wochenenden und an Abenden auf den Abteilungen gearbeitet werden. Ausserhalb der Schulstunden hatten die Schülerinnen und Schüler 20 Stunden für klinische Demonstrationen und 30 Stunden für ihr Wahlfach (Aktivitäten mit Patienten) zur Verfügung. Insgesamt mussten sie 650 Stunden in drei Jahren besuchen. Bei Aufhebung der Schule dreissig Jahre später hatten sich die Unterrichtsstunden auf 1365 verdoppelt. 100 Stunden wurden für die klinische Begleitung und Praktika innerhalb der Breitenau, im Kantonsspital und in einer externen sozialen Institution aufgewendet.

In den ersten Jahren leitete Oberarzt Gustav Baur die Schule. Neben der leitenden Schulschwester wurden bald weitere Schulschwestern und Schulpfleger angestellt.

⁸⁵ STASH DI 39/5609, Psychiatrische Pflegeschule Breitenau, Schulbericht 1973, S. 1.

Aufbau der Schule für Psychiatrische Krankenpflege Schaffhausen 1965

Anfangskurs	5 Wochen	200 Stunden
Repetitionswoche	1 Woche	40 Stunden
Mittelkurs	4 Wochen	160 Stunden
Repetitionswoche	1 Woche	40 Stunden
Schlusskurs	4 Wochen	160 Stunden
Zwischentotal	15 Wochen	600 Stunden
Klinische Demonstrationen		20 Stunden
Wahlfach (Aktivitäten mit Patienten)		30 Stunden
Total Stunden		650 Stunden

Im Dezember 1968 reichte die Schulkommission, die bis 1973 unter dem Vorsitz des Klinikdirektors Wanner stand, das Anerkennungsgesuch beim SRK ein. Nach umfassenden Abklärungen sprach das Zentralkomitee des SRK an seiner Sitzung vom 12. November 1969 auf Empfehlung der Kommission für Krankenpflege der Schule für psychiatrische Krankenpflege Breitenau Schaffhausen die Anerkennung aus. Zehn Tage vor Weihnachten erreichte die freudige Nachricht den Präsidenten der Schulkommission. Während des Bestehens der Schule gingen alle fünf Anerkennungsbesuche, die das SRK der Schule abstattete, erfolgreich über die Bühne. Nachdem 1974 im Kanton alle Schulen der «medizinischen Hilfsberufe» organisatorisch zu den «Schaffhauser Schulen für Spitalberufe»⁸⁶ zusammengefasst worden waren, löste sich die Schule für psychiatrische Krankenpflege rechtlich aus der Klinik und erreichte eine weitgehende Unabhängigkeit. Die alte Schulkommission wurde aufgelöst. Die Leitung hatte nicht mehr ein Arzt, sondern eine Pflegefachperson inne, wie das die neuen SRK-Richtlinien verlangten. Nach Christine Joss, Susanne Hediger und Agnes Hagen übernahm Rudolf Hahn bis zur Neuordnung der Ausbildung der Pflegeberufe die Schulleitung.

Im Gespräch betonte der pensionierte Psychiatriepfleger Walter Landolt mehrmals, wie fundiert die Ausbildung in der Breitenau, die er Ende der 1960er-Jahre absolviert hatte, gewesen sei. Man habe die psychischen Erkrankungen profund gelernt.⁸⁷ Auch Direktor Wanner habe einem «Nicht-Mediziner» Fragen genau und verständlich erklären können. Das gelernte Fachwissen sei ihm sehr zustatten gekommen, als er während einiger Jahre auf der Intensivstation des Kantonsspitals gearbeitet habe.

⁸⁶ Unter diesem Dach vereinigten sich die Schule für psychiatrische Krankenpflege, die Schule für praktische Krankenpflege (Pflegerinnenschule), die Schule für Pflegerinnen für Wochenbett und Gynäkologie, die Schule für Spitalgehilfinnen sowie die Physiotherapieschule.

⁸⁷ Vgl. auch für das Folgende: Interview mit Walter Landolt vom 22. Dezember 2015.



Abb. 8: In ihrem Dachzimmer in der Breitenau feierte Psychiatriepflegeschülerin Ruth Müller mit Kolleginnen und Kollegen den erfolgreichen Abschluss des ersten Ausbildungsjahrs. Das Internat war für die Schülerinnen bis in die 1970er-Jahre üblich. Um 1960, Privatbesitz Schaffhausen, Fotoarchiv Büro für Sozialgeschichte Basel.



Abb. 9: Schülerinnen und Schüler üben in einem Praktikum das korrekte Lagern von Kranken. 1967, Privatbesitz Schaffhausen, Fotoarchiv Büro für Sozialgeschichte Basel.



Abb. 10: Ab 1977 war Rudolf Hahn Schulleiter der Schule für psychiatrische Krankenpflege, bis sich 1992 mit den Neuen Ausbildungsbestimmungen (NAB) die Ausbildung der Pflegeberufe grundlegend wandelte. Privatbesitz Schaffhausen, Fotoarchiv Büro für Sozialgeschichte Basel.

Abb. 11: Das psychiatrische Pflegepersonal war international vernetzt. 1968 nahmen aus der Breitenau Oberpfleger Heinrich Müller (links) und Oberschwester Ruth Müller am internationalen Fortbildungskongress für Schwestern, Pfleger und Sozialarbeiter in Heidelberg teil. Privatbesitz Schaffhausen, Fotoarchiv Büro für Sozialgeschichte Basel.

Als Landolt als Abteilungsleiter selbst Schüler und Schülerinnen in den Praktika instruierte, konnte er ihnen zeigen, wie sich psychische Erkrankungen konkret manifestierten. So machte er sie beispielsweise auf einen Patienten aufmerksam, «der in einer Ecke stand, das Gesicht nach innen konzentriert und auf Stimmen hörte.» Mit viel Geduld und gutem Zuhören erfuhren Pflegende beeindruckende und ungewöhnliche Geschichten. Noch heute hat Landolt einen Italiener, Hilfsarbeiter im Schlachthof, in Erinnerung, der «mit einem schweren Schub auf dem Randen aufgegriffen» worden war und sich äusserst bildhaft ausdrücken konnte: «Mein Kopf war offen wie eine Muschel. Und alles wollte reinkommen, und ich sass bei Gott und auf der andern Seite Jesus». Das sei für die Patienten kein Traum. Etliche Kranke waren nach einem solchen «Trip» bedrückt und depressiv. Der behandelnde Arzt erklärte diesen Stimmungswechsel so: «Stellen Sie sich vor, Herr Landolt, zuerst sind Sie bei Gott und nachher sind Sie wieder der kleine Italiener.»

Auch viele tragische Momente, etwa Suizide von mehreren ehemaligen Patienten, erlebte Landolt in seinem fast vierzigjährigen Berufsleben. Für den Beruf des Psychiatriepflegers formulierte er vier Anforderungen: «1. Man muss ein Menschenfreund sein, 2. man muss Geduld haben, 3. man muss die Kranken achten und 4. man muss die Arbeit gerne machen.»⁸⁸

88 Interview mit Walter Landolt vom 22. Dezember 2015.



Gesellschaftliche Herausforderungen

Der gesellschaftspolitische Aufbruch Ende der 1960er-Jahre bewirkte vielfältige Änderungen auch in der Psychiatrie. Durch die allmähliche Öffnung der Klinik erhielten Patienten und Patientinnen neue Möglichkeiten, ihren Aufenthalt zu gestalten. Das Therapieangebot weitete sich aus. Und die Nachbetreuung der Patienten nach einem Aufenthalt wurde eine «segensreiche Massnahme», die Wanner «im therapeutischen Gesamtkonzept nicht mehr missen» wollte.⁸⁹

Gleichzeitig kamen neue Probleme auf die Psychiatrie zu, die nach Lösungen verlangten, z. B. die Suchtmittelabhängigkeit. Patienten mit Suchterkrankungen – am meisten verbreitet der Alkoholismus – bildeten zwar seit dem Bestehen von psychiatrischen Anstalten einen grossen Teil der Internierten. Aber im Jahresbericht 1971 konstatierte Oscar Wanner, auch im Kanton Schaffhausen sei «die Drogenwelle» angekommen, die nicht zu verharmlosen sei. Weckamin-Abusus, Haschischkonsum, LSD, Polytoxikomanie sowie Schlaf- und Schmerzmittelmissbrauch – die Zahl der «Drogenabhängigen» hatte sich mit 27 Patienten verdoppelt.

Neue Dynamik

Mit dem Wechsel des Klinikdirektors und dem Antritt von Daniel Hell 1984 wiederholte sich die Dynamik wie dreissig Jahre zuvor mit Oscar Wanner. Am augenfälligsten war die Aufhebung der Männer- und Frauenseite. Die Geschlech-

⁸⁹ Jahresbericht Breitenau 1977, S. 2.

termischung bedeutete eine wichtige Neuerung für die Patienten und Patientinnen und für die Pflegepersonen.

Unter der neuen Leitung wurde ein «gemischt ambulant-stationäres Modell» verwirklicht, das sich aufgrund der Nähe zum Stadtzentrum geradezu anbot.⁹⁰ Gemäss dem sozialpsychiatrischen Denkansatz wurde auf eine scharfe Trennung von ambulanten, halbstationären (Tages- und Nachtambulanz) und stationären Versorgungseinheiten zugunsten einer freien Verwendung der personellen Ressourcen verzichtet. Es wurden kleinere und spezialisierte Behandlungseinheiten eingeführt und die therapeutischen Angebote lokal miteinander verknüpft. Eine Akutstation wurde mit einer Übergangs- und Rehabilitationsabteilung organisatorisch verbunden.

Die bereits erwähnte erfahrene Oberschwester Ruth Müller erhielt 1987 den Auftrag, die «ambulanten psychiatrischen Dienste» (später Sozialpsychiatrische Dienste) aufzubauen. Sie betreute zunächst ambulant Patienten und Patientinnen, die an Schizophrenie, Oligophrenie, Epilepsie oder altersbedingten Erkrankungen litten. Als ein psychogeriatrischer Bereich und eine speziell geführte Station für geistig Behinderte gebildet wurde, konzentrierte sie sich auf die Gruppe der «Fixer». Seit etwa 1986 wurde Methadon, das als Ersatz zum Heroin entwickelt worden war, in der Breitenau auf Landolts Abteilung abgegeben. Täglich kamen etwa acht Bezügerinnen und Bezüger, um Methadon einzunehmen. Als die Umtriebe die Abteilung zu sehr belasteten, übernahm Ruth Müller diese Aufgabe bis zu ihrer Pensionierung 1997. Mit grossem Einsatz – sie besuchte zu ihrer eigenen Information sogar den Hauptdrogenumschlagplatz der Schweiz, den Platzspitz in Zürich – kümmerte sie sich um die «Drögeler» und lernte, wie sie mit ihnen auf konstruktive Art umgehen konnte.⁹¹ Unter Hells Leitung modernisierte sich die Breitenau in grossen Schritten. Zu den wichtigsten Aufgaben des Pflegepersonals gehörten nun die pflegerische Grundversorgung und eine optimale Milieugestaltung («tätige Gemeinschaft»). Das Ziel war, die gesunden Kräfte des Patienten, der Patientin zu stärken und sie ressourcenorientiert zu betreuen – in enger Zusammenarbeit mit dem ärztlichen, dem psychologischen, dem Sozialdienst und den anderen therapeutischen Diensten einerseits sowie den Angehörigen andererseits. Um diese neuen Konzepte und Betreuungsformen auch nach aussen sichtbar zu machen, wurde zum 100-Jahr-Jubiläum 1991 ein erneuter Namenswechsel vollzogen. «Psychiatriezentrum» bildete besser ab, was der neue Anspruch war, nämlich die Integration der verschiedenen Betreuungsangebote in der ganzen Region.

Neue Ausbildungsbestimmungen

Restrukturierungen der Gesundheitseinrichtungen, veränderte Betreuungskonzepte und die immer kürzere Aufenthaltsdauer der Patienten wirkten sich auch auf die Pflegeberufe aus. Am 1. Januar 1992 traten die Neuen Ausbildungsbestimmungen

90 Vgl. für das Folgende: Hell, Daniel: Schaffhauser Psychiatrie heute – Konzept und Praxis, und ders.: Behandlungsgrundsätze am Psychiatriezentrum, in: Schaffhauser Psychiatrie im Wandel 1891–1991: 100 Jahre Breitenau – der Weg zum Psychiatriezentrum Schaffhausen, Schaffhausen 1991, S. 17–20 sowie S. 21–22.

91 Interview mit der ehemaligen Oberschwester Ruth Müller vom 1. März 2016.

(NAB) in Kraft. Sie waren Ausdruck einer Pflegeausbildung, die einen fundamentalen Wandel vollzogen hatte. Die Pflege war nicht mehr allein auf die Medizin und die Funktion der Spitäler ausgerichtet, sondern im Zentrum der Pflege standen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten. Dies war ein bedeutender Paradigmenwechsel, der als «Sigriswiler Modell» bereits 1972 an einer Reflexionstagung in Sigriswil, initiiert von der Kommission für Krankenpflege des SRK, diskutiert worden war.⁹² Die Ausbildung umfasste neu eine generalistisch ausgerichtete Grundausbildung auf zwei Diplomniveaus für alle Pflegezweige (Krankenpflege, Psychiatriepflege und Kinderkrankenpflege). Eine Spezialisierung konnte man im 4. Ausbildungsjahr oder im späteren Berufsfeld anstreben. Zugunsten der neuen Ausbildung in Gesundheits- und Krankenpflege kam auch in Schaffhausen die Schule für psychiatrische Krankenpflege an ihr Ende. 1997 wurden die letzten Diplome für Psychiatrieschwestern und Psychiatriepfleger ausgehändigt. Viele in der Psychiatrie Tätige betrachteten diese Entwicklung mit Skepsis, doch aufhalten liess sie sich nicht. Auch Schulleiter Rudolf Hahn drückte im Gespräch sein Bedauern aus.⁹³

Fazit

Im psychiatrischen Alltag der Anfangszeit waren die Anstaltsärzte auf geeignetes Pflegepersonal angewiesen, das die Kranken betreute und auf den Abteilungen für Ruhe und Ordnung im Rahmen einer strengen Tagesstruktur sorgte. Solange keine Ausbildung bestand und die Arbeitsbedingungen hart waren, erachteten viele Pflegepersonen die «Irrenwartung» als Durchgangsberuf. Entsprechend hoch war die Fluktuationsrate. Dies erschwerte eine kontinuierliche Pflege und eine gute Zusammenarbeit unter dem gesamten Personal. Die Pflegesituation blieb unter diesen Vorzeichen unbefriedigend.

Erst als sich das Pflegepersonal nach dem Ersten Weltkrieg organisierte und gewerkschaftliche Forderungen aufstellte, darunter Arbeitszeitverkürzung, Lohnerhöhung und bessere soziale Absicherung, befassten sich die Anstaltsärzte erneut mit der Pflegerfrage und einer Ausbildung. Allerdings befürchteten einige, dass «halbgebildetes» Personal eingebracht und die Autorität der Ärzte in Frage gestellt würde. Doch die in den 1920er-Jahren neu aufkommenden somatischen Therapien erleichterten die Entscheidungsfindung. Denn nun war qualifiziertes Pflegepersonal unabdingbar, um notwendige Reformen in der Psychiatrie durchzusetzen und bei den Erneuerungen adäquat assistieren zu können.

Auch der seinerzeitige Direktor der Breitenau wurde mit Forderungen der in der VPOD-Gruppe Breitenau organisierten Pfleger und Pflegerinnen konfrontiert. Meistens lehnte er sie gemeinsam mit der Aufsichtskommission ab, verzögerte sie

92 Oertle Bürki, Cornelia: Fachhochschulen Gesundheit in der Schweiz. Konzeption und Aufbau im Umfeld der allgemeinen Fachhochschulentwicklung, Bern u.a. 2008, S. 150–151.

93 Interview mit dem pensionierten Schulleiter Rudolf Hahn vom 22. Dezember 2015.

oder schob sie hinaus – aus finanziellen Gründen. So wurden etwa der Zehnstundentag und das Externat erst 1942 eingeführt.

Bei der Einführung der Kurse für das Pflegepersonal gehörte die Breitenau hingegen zu den ersten Anstalten. Nach der zweijährigen Vorbereitung wurden 1928 erstmals Prüfungen abgehalten.

Mit der Ausbildung entwickelte sich die Psychiatriepflege zu einem Lebensberuf. Auffallend zeigt sich dies im rückläufigen Personalwechsel. Immer mehr Pfleger und Pflegerinnen feierten Dienstjubiläen von 25 und gar 40 Jahren. Auf solch erfahrenes und qualifiziertes Personal konnte man sich verlassen. Fachwissen und Erfahrung unterstützten wesentlich das Ziel, dass psychisch schwer kranke Menschen sich so erholen konnten, dass ein Leben ausserhalb der Klinik wieder in Betracht kam.

Dank der 1965 ausgebauten Schule für psychiatrische Krankenpflege gelang es der Breitenau, den Nachwuchs an Pflegepersonen zu sichern und fundiert auszubilden. Das Schweizerische Rote Kreuz anerkannte die Ausbildungsstätte seit Dezember 1969 und bestätigte die Anerkennung mehrmals bis zur Aufhebung der Schule und der Neuausrichtung der Pflegeausbildung in der Schweiz.

Das Beispiel der Breitenau illustriert anschaulich, wie sich die Psychiatriepflege im 20. Jahrhundert entwickelt hat, welche Akteure massgebend waren und wie sich der Einfluss des Pflegepersonals auf die psychiatrische Behandlung und Betreuung ausgewirkt hat.

SABINE BRAUNSCHWEIG

Büro für Sozialgeschichte, Dornacherstrasse 192, CH-4053 Basel