

Zwang in der Klinik Breitenau : Schlaglichter auf die Achillesferse der klinischen Psychiatrie

Autor(en): **Meier, Marietta**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Schaffhauser Beiträge zur Geschichte**

Band (Jahr): **89 (2016)**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-841530>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Zwang in der Klinik Breitenau

Schlaglichter auf die Achillesferse der klinischen Psychiatrie

MARIETTA MEIER

Im Jahr 1994 reichte Julia Hänni-Krell, Ärztin aus Schaffhausen, an der Universität Zürich ihre Dissertation über «Zwangsbehandlungen bei stationären Patienten der Klinik Breitenau» ein. Am Ende dieser Studie findet sich eine «persönliche Schlussbemerkung». Obwohl die klinische Psychiatrie – so die Autorin – «nicht so schnell» auf Zwangsbehandlungen werde verzichten können, habe ihr die Arbeit «nicht nur eine Fülle von Tatsachen und Erkenntnissen zu einem sehr umstrittenen Gebiet der Psychiatrie gebracht», sondern sie «auch beruhigt, dass an der untersuchten Klinik die Menschen, während sie das «Nötige» oder auch manchmal das «Gute» taten, dennoch das Ideal des «Besseren» nicht aus den Augen gelassen» hätten.¹

Hännis Stellungnahme enthält drei Punkte, die in klinischen Studien zu Zwang in der Psychiatrie immer wieder zur Sprache kommen: Erstens anerkennt die Autorin, dass Zwang in der Psychiatrie ein «sehr umstrittenes Thema» ist. Zweitens geht sie davon aus, dass sich Zwangsbehandlungen in der Psychiatrie wohl auch in der Zukunft nicht völlig vermeiden liessen. Drittens kam sie offenbar im Laufe ihrer Studie zur Breitenau zu dem Schluss, die untersuchten Zwangsbehandlungen liessen sich mangels Alternativen rechtfertigen, weil sie nötig gewesen seien und einem guten Zweck gedient hätten.

Liest man die ganze Dissertation, werden zwei weitere Punkte deutlich. Zum einen umfassen Zwangsbehandlungen in der klinischen Psychiatrie einen klar definierten Kanon von Massnahmen. In Hännis Studie etwa werden drei Formen von Zwangsbehandlungen untersucht: Zwangsmedikation, Zwangsisolierung und Zwangsfixierung. Zum anderen wird klar, aus welchen Gründen die Autorin zu dem Schluss kommt, das Klinikpersonal der Breitenau habe das «Nötige» getan, ohne das «Bessere» aus den Augen zu verlieren: Zwangsbehandlungen wurden, so das Ergebnis der Studie, entweder durchgeführt, weil eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorlag,

1 Hänni-Krell, Julia Annemarie: Zwangsbehandlungen bei stationären Patienten der Klinik Breitenau 1991. Eine retrospektive Untersuchung, Diss. med. Zürich 1994, S. 54.

oder weil eine Therapie eingeleitet werden sollte.² Den untersuchten Zwangsmassnahmen lagen also Motive zugrunde, die man Ende des 20. Jahrhunderts für legitim hielt.

Die Schweizer Psychiatrie führt bereits seit den 1970er-Jahren klinische Studien zum Problem des Zwangs durch. Hännys Arbeit zur Breitenau lässt sich also in eine ganze Reihe ähnlicher Untersuchungen einordnen.³ Die folgenden «Schlaglichter» können allerdings aus verschiedenen Gründen nicht mit diesen Studien verglichen werden. Sie zeigen einen «fremden Blick» – der Begriff stammt aus der Ethnologie – auf das Problem des Zwangs in der Psychiatrie, den Blick einer Historikerin auf eine Disziplin, in der sie fremd ist. Es ist ein Blick, der von der Wissenschaftssoziologie und der kulturhistorisch und soziologisch ausgerichteten Medizin- und Institutionengeschichte geprägt ist und der sich grundsätzlich von der Perspektive der Psychiater, des Pflegepersonals, aber auch von demjenigen der Patienten und Patientinnen unterscheidet. Es ist – so viel sei vorweggenommen – eine Perspektive, die weder (ver)urteilen will noch den Anspruch erhebt, eine objektive Darstellung über die Geschichte des Zwangs in der Psychiatrie zu bieten. Eine solche gibt es nicht.⁴

Hännys Dissertation aus dem Jahr 1994 ist zwar die einzige Studie zur Schaffhauser Psychiatrie, die sich aus einer wissenschaftlichen Perspektive mit der Problematik beschäftigt. Doch wurden Zwangsmassnahmen in der Breitenau seit jeher thematisiert. Das Problem, dass eine psychiatrische Klinik Patienten unter Umständen auch gegen ihren Willen aufnehmen, pflegen und behandeln muss, taucht in vielen Quellen auf – manchmal explizit wie in Hännys Studie, weit häufiger aber implizit. Wie also ging man in der Breitenau mit strittigen Fragen rund um den Zwang um? Welche Tendenzen lassen sich im Laufe der 125-jährigen Geschichte der Klinik erkennen? Und wie lassen sich diese in der Geschichte der Psychiatrie einordnen?

2 Quantitativ standen das Motiv Selbst- und Fremdgefährdung an erster und zweiter, die Einleitung einer Therapie an dritter Stelle. Im letzten Fall ging es um die Injektion eines Medikamentes, das später weiter verordnet wurde. Hänni-Krell (vgl. Anm. 1), S. 39–40.

3 Die ersten klinischen Studien, die sich mit dem Thema Zwangseinweisung und Zwangsbehandlung in der Schweizer Psychiatrie befassten, wurden in den 1970er-Jahren in Zürich unter Leitung des damaligen Direktors der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, Klaus Ernst, von Annemarie Egloff und Ch. La Roche durchgeführt: Egloff, Annemarie: *Freiwilligkeit und Zwang bei 200 psychiatrischen Klinikaufnahmen. Eine Untersuchung der Einstellung von Patienten und Beziehungspersonen zur Hospitalisierung*, Diss. med. Zürich 1973. – La Roche, Ch./ Ernst, Klaus: *Die psychiatrische Krankenbehandlung im Urteil von 200 Kranken und ihren Ärzten*, in: *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* 220, 1975, S. 107–116. – Für einen Überblick über die klinischen Studien zum Thema Zwang siehe Meier, Marietta/Hürlimann, Gisela/Bernet, Brigitta: *Zwangsmassnahmen in der Zürcher Psychiatrie 1870–1970*, Zürich 2002, S. 25–28.

4 Zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurden zwei Projekte zu Zwang in der Zürcher Psychiatrie durchgeführt, die das Thema aus einer historischen Perspektive untersuchten: Meier/Hürlimann/Bernet (vgl. Anm. 3). – Meier, Marietta/Bernet, Brigitta/Dubach, Roswitha/Germann, Urs: *Zwang zur Ordnung. Psychiatrie im Kanton Zürich, 1870–1970*, Zürich 2007.

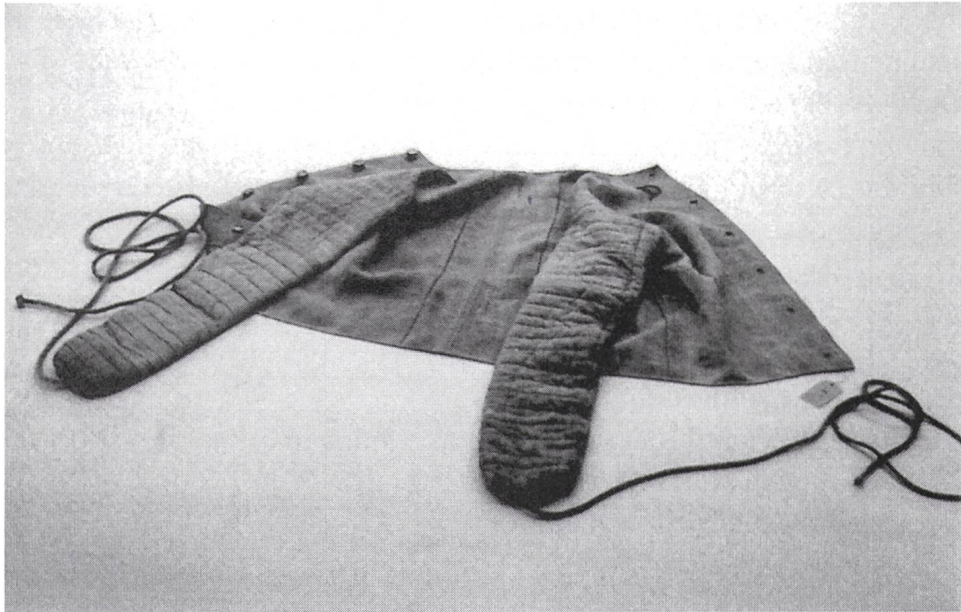


Abb. 1: Zwangsjacke aus dem Burghölzli, Zürich. Als die Breitenau 1891 eröffnet wurde, war das Ziel, auf mechanische Zwangsmittel möglichst zu verzichten, unbestritten. Über einen allfälligen Einsatz der Zwangsjacke zur Fixierung aufgeregter Patienten musste Buch geführt werden. Undatiert, Kantonale Denkmalpflege Zürich, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Inventar der Kulturgüter 2001.

No Restraint: Der Verzicht auf mechanische Zwangsmassnahmen

Die bürgerliche Gesellschaft, die sich im 19. Jahrhundert formierte, unterschied sich in ihrem freiheitlichen Selbstverständnis stark vom Zwangscharakter des Ancien Régime. Gerade weil in den damaligen Anstalten Zustände herrschten, die scharf mit bürgerlichen Menschenrechts- und Freiheitsvorstellungen kontrastierten, konnte Kritik nicht ausbleiben. Ab Ende der 1830er-Jahre versuchte John Conolly im Hanwell-Asyl in London mit dem No-Restraint-System eine Alternative zu verwirklichen. 1856 veröffentlichte er eine Abhandlung mit dem Titel «The Treatment of the Insane Without Mechanical Restraint». Darin führt er aus, dass Methoden, die auf dem Einsatz brachialer Gewalt oder auf mechanischen Zwangsapparaten und -verfahren beruhen, aus den Asylen für Geisteskranke verbannt und durch den Schutz, die Pflege und Beruhigung der Patienten ersetzt werden sollten. Für Conolly war das No-Restraint-Prinzip in ein neues Anstaltskonzept integriert, das auf dem Glauben an die Wirksamkeit von Erziehung, Erholung und Humanität beruhte: Der Psychiatriereformer schuf Arbeitsmöglichkeiten und versuchte eine straffe Anstaltsorganisation mit einer ansprechenden Einrichtung und einem Bildungs- und Unterhaltungsangebot zu kombinieren. Trotzdem konnte auch Conolly

nicht auf «unterstützende Sicherheitsmassnahmen» wie reissfeste Kleider, Handschuhe und Isolierungen verzichten.⁵

Die deutschen Psychiater rezipierten das No-Restraint-Prinzip seit den 1860er-Jahren und trugen es auch in die Schweiz. Als die Breitenau 1891 eröffnet wurde, hatte sich die Devise, in psychiatrischen Anstalten so weit als möglich auf mechanische Zwangsmittel zu verzichten, in der Schweiz bereits durchgesetzt. Nach dem Prinzip des No-Restraint sollte über allfällige Zwangsmassnahmen Buch geführt und jährlich Bericht erstattet werden. Auf diese Weise wollte man nicht nur Aufschluss über die Gründe für die Anwendung von Zwangsmassnahmen gewinnen, sondern auch deren Umfang einschränken.⁶

Das Prinzip des No-Restraint widerspiegelt sich schon im ersten Jahresbericht der Breitenau. Man sei auch 1892 «bestrebt» gewesen, so heisst es, «die Kranken so wenig als möglich zu beschränken, die Arbeitsfähigen zur Arbeit anzuhalten und den Unheilbaren ein menschenwürdiges Dasein zu bereiten». Konkretisiert werden diese Bemühungen in zwei Punkten. Zum einen wird erwähnt, dass man im vergangenen Jahr vierzehn Personen «freien Ausgang» ausserhalb der Anstalt gewährt habe und dass sechs Patienten entwichen seien, was – wie hinzugefügt wird – «in Anbetracht der niedrigen Umzäunung unserer Spazierhöfe, des fast gänzlichen Fehlens von Mauern und der verhältnismässig grossen Freiheit, die hier den Patienten gewährt» werde, wenig seien. Zum anderen wird über die Häufigkeit der angewandten Zwangsmittel und deren Gründe Rechenschaft abgelegt: «Wegen Nahrungsverweigerung mussten 5 Kranke vorübergehend mit der Sonde ernährt werden. Der Gebrauch der Zwangsjacke konnte auch dieses Jahr wieder gänzlich vermieden werden, hingegen wurde bei mehreren stark aufgeregten Kranken zu permanentem Bade in gedeckter Badewanne auf kürzere Zeit und in einem Falle von aussergewöhnlich schwerer Manie auch auf längere Zeit Zuflucht genommen.»⁷

Die Passage zeigt, dass die Psychiater des ausgehenden 19. Jahrhunderts Zwang ausschliesslich mit bestimmten mechanischen Zwangsmitteln in Verbindung brachten: Als Zwangsmassnahme galten in der Breitenau etwa Sondenernährung, Zwangsjacke und Deckelbad – Badewannen mit einem Deckel, der eine Öffnung für den Kopf besass und auch die Füsse frei liess, um Wasser nachgiessen zu können. Dennoch bereitete es offenbar Schwierigkeiten, Zwang klar von seinem Gegenteil, dem No-Restraint oder der «Freiheit», abzugrenzen. So lässt sich beispielsweise aus der Bemerkung über die Zäune, die Mauern und die Zahl der entwichenen Patienten

5 Conolly, John: *The Treatment of the Insane Without Mechanical Restraint*, London 1856. – Vgl. dazu: Geduldig, Cordula: *Die Behandlung von Geisteskranken ohne physischen Zwang. Die Rezeption des No-Restraint im deutschen Sprachgebiet*, Diss. med. Zürich 1975, S. 20–23.

6 Diese Auffassung wurde auch in der Psychiatrie des 20. Jahrhunderts noch vertreten. Vgl. zum Beispiel: Ernst, Klaus: *Zwangsmassnahmen in der psychiatrischen Klinik – statistisch registriert und vom Kranken beurteilt*, in: *Schweizerische Ärztezeitung* Bd. 63, 1982, S. 298–302, hier S. 302. – Abderhalden, Christoph/Needham, Ian: *Management von Aggression und Gewalt in Akutstationen der stationären Psychiatrie in der deutschsprachigen Schweiz. Ergebnisse einer Umfrage*, Typoskript, Zürich, Wil 2001, S. 20.

7 Jahresbericht Breitenau 1892, S. 29.



Abb. 2: Zur Berufskleidung des Wartpersonals gehörte bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts auch in der Klinik Breitenau der am Gürtel getragene Schlüsselbund. Foto um 1920/30. Privatarchiv Schaffhausen.

schliessen, dass offensichtlich auch in anderen Zusammenhängen Zwang im Spiel war, dieser jedoch nicht – oder zumindest nicht explizit – thematisiert wurde.

Im Jahresbericht von 1894 wird vollends deutlich, dass sich Zwang nicht auf eine mechanische Dimension beschränken lässt. So fügte August Müller, der erste Anstaltsdirektor, nach der Mitteilung, man habe letztes Jahr 29 Personen «freien Ausgang» gewährt, bei: «Wir sind stets bedacht, den Kranken die grösstmögliche Latitude zu gewähren und ihre persönliche Freiheit so wenig wie möglich zu beschränken. Wenn es nur irgendwie möglich ist, Kranke ohne Risiko für sich oder Andere allein ausgehen zu lassen, so erlauben wir es, ein Vorgehen, das von den meisten Kranken dankbarst empfunden, von einem Teil des Publikums aber nicht verstanden und gewürdigt wird.»⁸

Bei Zwang geht es also immer auch um die – gerade im Fall psychisch Kranker – schwierig zu beurteilende Frage des Respekts von Persönlichkeitsrechten: Wo findet die Freiheit eines Menschen seine Grenze? Von welchem Punkt an muss er vor sich selber, müssen andere vor ihm geschützt werden? Und wo gehen medizinisch-therapeutische Massnahmen in disziplinierende und sanktionierende Eingriffe über?

⁸ Jahresbericht Breitenau 1894, S. 3–4.

Der Kommentar des Klinikdirektors zeigt, dass sich bei diesen Fragen ein doppeltes Bewertungsproblem stellt: Zum einen kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Vorstellungen und Interessen der Ärzte und des Pflegepersonals mit denjenigen der Patienten übereinstimmen. Psychisch Kranke können sich Ordnungsregulativen auch dann entziehen oder widersetzen, wenn diese in ihrem wohlverstandenen Interesse konzipiert wurden. Zum anderen ist auch das Verhältnis zwischen Klinik und Öffentlichkeit alles andere als konfliktfrei. Das gesellschaftliche Doppelmandat von Heilen und Verwahren stellte den Anstaltsdirektor also vor schwierige Probleme: Wie sollte in der Breitenau möglichst wenig Zwang angewandt und gleichzeitig dafür gesorgt werden, dass die Patienten sich selbst und anderen nichts zuleide taten?

Im Sinne der No-Restraint-Bewegung setzte die Klinik darauf, die Patienten vermehrt zu beobachten und zu beaufsichtigen, was wesentlich mehr Personal erforderte als mechanische Zwangsmittel anzuwenden. So wird im Jahresbericht von 1894 der Suizid einer Patientin vermerkt und ergänzt, der Unglücksfall sei noch vor der Einrichtung der «permanente[n] Wachstation» geschehen. Im folgenden Jahr heisst es dann: «Die Gewissheit, dass unsichere und gefährliche Patienten auch in der Nacht andauernd überwacht sind, bildet für die Ärzte sowohl als für das Oberwarpersonal eine grosse Beruhigung und selbst manche der in Frage kommenden Kranken wissen diese Einrichtung zu schätzen.»⁹

Die Einführung von Wachsälen ermöglichte also, Patienten besser zu kontrollieren und zu betreuen. Damit generierte das No-Restraint-Konzept neue Zwangsmomente, die allerdings nicht als Zwangsmittel galten, weil kein mechanischer Zwang angewandt wurde. Stattdessen wurden neue «Disziplinartechniken» im Sinne Michel Foucaults geschaffen, die auf die Kontrolle von Menschen in räumlichen Settings und die Regulierung des Körpers abzielten.¹⁰ Gleichzeitig bildete sich eine zunehmend medizinische Vorstellung von psychischen Krankheiten aus, die auch die Haltung gegenüber Geisteskranken veränderte. In diesem Kontext schien die Anwendung von Zwang in psychiatrischen Anstalten vollends problematisch. So wird im Jahresbericht von 1898 bemerkt: «Glücklicherweise bricht sich beim gebildeten Publikum doch allmählich, wenn auch langsam, die Überzeugung Bahn, dass Geisteskrankheiten nichts anderes als Krankheiten des Gehirnes sind, und dass sie demgemäss auch wie andere Körperkrankheiten behandelt werden müssen. Der Zwang verschwindet und die Irrenanstalten nehmen immer mehr den Charakter von gewöhnlichen Krankenhäusern an [...].»¹¹

Nimmt man die Jahresberichte zum Nennwert, verschwand der Zwang in der Breitenau tatsächlich. Wurde bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts Jahr für Jahr aufgelistet, wie oft einzelne Zwangsmittel angewandt wurden, ist im Jahresbericht von 1907 nur von stundenweisen Isolierungen die Rede. Ab diesem Zeitpunkt wird

9 Jahresbericht Breitenau 1895, S. 3–4.

10 Foucault, Michel: Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt a. M. 1989 (französische Originalausgabe 1975).

11 Jahresbericht Breitenau 1898, S. 3–4.

zwar noch erwähnt, ob im Berichtsjahr Isolierungen, Bettgurt, Deckelbad oder Handschuhe zur Anwendung kamen, der Begriff Zwang findet sich aber nicht mehr. Erst in der Zwischenkriegszeit ist zum ersten Mal wieder explizit von Zwang die Rede. Nun wird die Anwendung mechanischer Zwangsmittel allerdings mit einem neuen Argument in Verbindung gebracht. Nach der Bemerkung, dass «mechanische Zwangsmittel wie Isolierung, Dauerbad, Bettgurt und feste Handschuhe [...] in keiner Irrenanstalt je ganz entbehrt werden» könnten, heisst es beispielsweise im Jahresbericht von 1925: «In der Breitenau aber zwingt uns die stete Überfüllung besonders der Frauenwachsäle dazu, den Bettgurt viel häufiger anzuwenden, als uns lieb ist.» Die grosse Zahl von Patienten und Patientinnen hätte zur Folge, dass die Betten zusammengerückt und «die für unruhige Kranke bestimmten Wachsäle noch bis zur Hälfte mit hilfbedürftigen, bettlägerigen alten Kranken belegt» werden müssten, «die anderswo gar nicht in der Irrenanstalt, sondern in Pflegeanstalten oder Asylen untergebracht würden». Man habe daher gar keine andere Wahl, «als durch den Bettgurt zu verhindern, dass körperlich Kranke von aufgeregten Geisteskranken belästigt, misshandelt oder verletzt werden» könnten.¹² Neun Jahre später wird erneut berichtet, die «Überfüllung der Wachabteilungen» zwingt die Anstalt «zu vermehrter Anwendung mechanischer Zwangsmittel». Dasselbe Argument taucht in den Jahresberichten von 1931 und 1934 auf; im ersten wird die «immer noch zu häufig[e]» Anwendung von «Bettgurt (10 Fälle), festen Handschuhen (5 Fälle) und Dauerbädern (21 Fälle)» darauf zurückgeführt, dass auf der Frauenseite der Anstalt kein Raum zur Verfügung stehe, der ermögliche, «aufgeregte Kranke am Waschtrog oder mit andern, ungefährlichen Arbeiten zu beschäftigen und dadurch zu beruhigen».¹³

Das prinzipielle Problem, dass in der Psychiatrie bisweilen Zwang angewandt werden muss, wurde somit in der Breitenau durch strukturelle Bedingungen verschärft, die sich aus Sicht des Anstaltsdirektors hätten verbessern lassen, wenn mehr finanzielle Mittel zur Verfügung gestanden hätten. Im Unterschied zu den Jahresberichten des ausgehenden 19. Jahrhunderts, die in erster Linie betonten, dass in der Breitenau möglichst wenig Zwang angewandt werde, machte man nun also deutlich, dass No-Restraint nicht zuletzt auch einen ökonomischen Preis habe.

Alternativen zum mechanischen Zwang? Die «chemische Zwangsjacke»

Sieht man von der Zwangsernährung ab, finden mechanische Zwangsmassnahmen in den Jahresberichten der Breitenau seit der zweiten Hälfte der 1930er-Jahre endgültig keine Erwähnung mehr. Mechanische Zwangsmittel wurden, so macht es den Anschein, spur- und ersatzlos gestrichen. Vergleicht man die Jahresberichte der Breitenau mit denjenigen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, dem Burg-

12 Jahresbericht Breitenau 1925, S. 6–7. – Vgl. auch Jahresbericht Breitenau 1920, S. 4.

13 Jahresbericht Breitenau 1931, S. 6. – Jahresbericht Breitenau 1934, S. 4.

hölzli, ergibt sich ein ähnliches Bild: Auch hier gewinnt man den Eindruck, dass der Einsatz solcher Zwangsmittel nach einer Spitze um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert abnahm und ab 1936 allmählich aufgegeben wurde.¹⁴ Hatte sich also der Zwang in der Zwischenkriegszeit erübrigt? Was war geschehen?

Bis zum Ersten Weltkrieg hatten somatische Behandlungsverfahren in der Psychiatrie noch keine grosse Rolle gespielt. In der Zwischenkriegszeit begann sich jedoch das Angebot an körperlichen Behandlungsmöglichkeiten stark zu erweitern. Die wachsende Ausdifferenzierung des Therapieangebots, die 1917 mit der Einführung der Malariatherapie bei progressiver Paralyse einsetzte, hatte zur Folge, dass anstelle von mechanischen Zwangsmassnahmen zunehmend Fieber-, Schlaf- und Schockkuren angewandt wurden. Die Einführung der «grossen körperlichen Kuren» war in den Augen der zeitgenössischen Psychiater ein Wendepunkt. Sie bedeutete das Ende des «therapeutischen Nihilismus» – so der gängige Begriff aus Psychiatrie und Medizingeschichte, mit dem man sich später gegen diese Zeit abzugrenzen versuchte. Gleichzeitig nahm allerdings auch der Druck auf die Psychiatrie zu: Nun galt es, medizinische Heilungserfolge vorzuweisen.¹⁵ Die therapeutische Euphorie machte es deshalb schwierig, gegenüber den Behörden und der Öffentlichkeit einzugestehen, dass Zwangsmassnahmen nach wie vor notwendig waren. Mit der wachsenden gesellschaftlichen Anerkennung veränderten sich also auch die Probleme, über die eine psychiatrische Anstalt sprechen durfte: Solange sie sich noch als Versorgungs- oder Pflegeanstalt verstanden hatte, waren versorgungstechnische Probleme legitim gewesen. Jetzt, wo es um Therapie und Heilung ging, wurde es schwierig, ordnungspolitische Probleme zu thematisieren. Dass Zwangsmassnahmen gegen aussen nicht mehr erwähnt wurden, könnte somit auch mit dem gewandelten Selbst- und Fremdbild der Psychiatrie zusammenhängen.

Eine statistisch repräsentative Stichprobe in den Krankenakten des Burghölzli zeigt, dass die Zahl der mechanischen Zwangsmittel zu Beginn des 20. Jahrhunderts tatsächlich stark zurückging. Die meisten wurden seit den 1920er- und 1930er-Jahren nicht mehr angewandt.¹⁶ Ob mechanische Zwangsmassnahmen auch in der Breitenau weitgehend aufgegeben wurden, liesse sich nur beurteilen, wenn man ebenfalls eine statistisch repräsentative Auswahl von Krankenakten analysieren würde. Zwei Hinweise deuten allerdings darauf hin, dass dieser Wandel erst einige Zeit später erfolgte.

Der erste Hinweis findet sich im Jahresbericht von 1934. Analog zu früheren Berichten wird dort aufgezählt, wie häufig Handschuhe, Bettgurt und Dauerbad angewandt worden seien. Gleich anschliessend heisst es jedoch, man mache «immer wieder die Erfahrung, dass die meisten Kranken solche Massnahmen der <chemischen Zwangsjacke>, d. h. den Einspritzungen narkotischer Mittel, vorziehen» würden.¹⁷ Der Jahresbericht von 1934 war der erste Bericht, für den Herbert

14 Meier/Bernet/Dubach/Germann (vgl. Anm. 4), S. 103.

15 Vgl. Müller, Christian: Wer hat die Geisteskranken von den Ketten befreit? Skizzen zur Psychiatriegeschichte, Bonn 1998, S. 194–195.

16 Meier/Bernet/Dubach/Germann (vgl. Anm. 4), S. 103. Zur Stichprobe siehe ebd., S. 92–94.

17 Jahresbericht Breitenau 1934, S. 4.

Abb. 3: Das Neuroleptikum Chlorpromazin, ab 1953 unter dem schweizerischen Handelsnamen Largactil auf dem Markt, stand am Beginn der modernen Psychopharmaka. Um 1955, Kantonale Denkmalpflege Zürich, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Inventar der Kulturgüter 2001.



Moser verantwortlich zeichnete. Moser leitete die Breitenau von 1935 bis 1953, hatte jedoch schon vor dieser Zeit dort gearbeitet. Der Begriff der «chemischen Zwangsjacke» zeigt, dass Moser Beruhigungsmittel nicht als Ersatz von Zwang verstand, sondern als dessen Fortsetzung. Er war nicht der Einzige, der diese Position vertrat; Auguste Forel hatte schon Mitte des 19. Jahrhunderts von «chemischen Zwangsmitteln» gesprochen.¹⁸ Ungewöhnlich ist allerdings, dass sich der Begriff in einem öffentlichen Rechenschaftsbericht von 1935 findet – zu einem Zeitpunkt, als Zwangsmassnahmen endgültig als Indikator für Rückschrittlichkeit galten.

Der zweite Hinweis findet sich in einem Sitzungsprotokoll der Aufsichtskommission aus dem Jahr 1946. Thema der Sitzung war ein Schreiben, mit dem sich eine Delegation des männlichen Pflegepersonals an die Aufsichtskommission der Anstalt gewandt hatte. In diesem Schreiben wird unter anderem kritisiert, dass in der Breitenau statt moderner therapeutischer Methoden immer noch mechanische Zwangsmittel – Deckelbad, Handschuhe und Bettgurt – angewandt würden. Zwei Patienten waren im Jahr zuvor im Dauerbad gestorben.

Direktor Herbert Moser nahm gegenüber der Kommission ausführlich zu den Vorwürfen Stellung. Dabei wurde deutlich, dass er den Unterschied zwischen mechanischen Zwangsmitteln und somatischen Behandlungen für weit geringfügiger hielt

18 Forel, Auguste: Entwurf für ein eidgenössisches Irrengesetz von 1855, § 11, zitiert in: Schwengeler, Patrick: Die «Grundsätze für ein Bundesgesetz zum Schutze der Geisteskranken» des Vereins schweizerischer Irrenärzte von 1895. Ausgangslage, Vorarbeiten und Auswirkungen. Eine Studie zur Professionalisierung der Schweizer Psychiatrie im 19. Jahrhundert, Diss. med. Bern 1998, S. 66. – Ein anderer Arzt konstatierte 1912, Luminal sei in der Lage, «da, wo alle anderen internen Mittel versagen, als sogen. medikamentöse Zwangsjacke zu wirken». Geissler, Walter: Luminal, ein neues subkutan anwendbares, stark wirkendes Hypnotikum, in: Münchener medizinische Wochenzeitschrift 59, 1912, S. 922–924, hier S. 923.

als andere Psychiater seiner Generation. So betonte Moser, dass auch «sogenannte Kuren [...] zu den therapeutischen Mitteln» der Breitenau gehörten, bestätigte jedoch, dass es bisweilen zu mechanischen Zwangsmassnahmen komme. «Allein es werde jeder einzelne Fall geprüft, bevor diese Mittel zur Anwendung kämen und sie würden nur so lange angewandt, als es nötig sei. [...] Was mit Handschuhen oder Gürtel erreicht werde, lasse sich nun allerdings auch erzielen durch viele und starke Schlafmittel. Auch damit werde in der Anstalt Breitenau gearbeitet, namentlich wo leichte Dosen genügten. Es gebe aber Fälle und Situationen, wo sich das ärztliche Gewissen mit der Anwendung grosser Mengen Narkotika nicht zufrieden geben könne. In diesen Fällen seien die Dauerbäder, weil unschädlich, am Platze.»¹⁹ Bissant an diesem Vorfall scheint vor allem, dass er auf Vorwürfe des Pflegepersonals zurückging und dass die Anwendung mechanischer Zwangsmittel in den Jahresberichten der Breitenau nicht vermerkt wurde, obwohl sich Moser gegenüber der Aufsichtskommission für den Einsatz solcher Massnahmen stark machte. Obschon sich die Kommission einstweilen mit den Erklärungen des Anstaltsdirektors zufrieden gab, blieb die Initiative der Pfleger nicht ohne Wirkung. Als die Klagen und Konflikte anhielten, gab der Regierungsrat 1952 ein Gutachten «über die Verhältnisse in der Anstalt Breitenau» in Auftrag, das unter anderem auch abklären sollte, ob «die ärztlichen Methoden zur Behandlung der Patienten [...] der heute herrschenden Anschauung in Wissenschaft und Praxis» entsprächen. Die beiden Experten, die Direktoren der Anstalt Münsingen und der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel, berichteten in ihrem Gutachten, sie hätten im Rahmen einer eintägigen Inspektion weder «[g]röbere Missstände» noch «unzulässige Zwangsmittel (Deckelbäder, Zwangsjacken etc.) angetroffen». Sie kamen im Laufe ihrer Untersuchung aber zu dem Schluss, es fehle «zweifellos der Schwung einer neuzeitlichen Organisation und eine wirklich intensive Bemühung, anstelle eines blossen Pflegens der Kranken alle therapeutischen Möglichkeiten auszuschöpfen».²⁰

19 Aus einer Zusammenstellung, die Moser Mitte November 1945 anfertigte, geht hervor, dass man seit Anfang Jahr bei 21 von 175 Patienten der Breitenau Bäder verordnet hatte. Die Männer waren unterschiedlich lang im Dauerbad gewesen – die einen ein paar Stunden, die anderen mehrere Tage. Die beiden Patienten mit der «grösste[n] Zahl von Badetagen» hatten insgesamt 39 bzw. 50 Tage im Dauerbad verbracht, die längsten Behandlungen hatten neun bzw. 15 Tage gedauert. Der eine dieser zwei Patienten war «wegen Erregungszuständen verbunden mit Zerstörungssucht», der andere «zur Verhütung und Behandlung von Druckbrand und von eitrigen Geschwüren ins Dauerbad gelegt worden». Diese beiden Patienten waren im Dauerbad gestorben, Moser wurde jedoch für ihren Tod nicht verantwortlich gemacht, Staatsarchiv Schaffhausen (STASH) RRA 6/185468, Aufsichtskommission der Psychiatrischen Klinik Breitenau, Protokoll der Sitzung vom 7. März 1946, S. 4–6.

20 STASH RRA 6/185468, Bericht Max Müllers und John E. Staehelins zuhanden des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen, 10.10.1952, S. 20.

Zwangseinweisungen: Vom Normal- zum gesetzlich geregelten Ausnahmefall

Als Moser 1953 durch Oscar Wanner abgelöst wurde, veränderten sich die Jahresberichte der Breitenau stark. War Zwang in den Jahresberichten der späten 1930er- und der 1940er-Jahre eine Leerstelle geblieben, kam er nun gleichsam durch die Hintertür wieder zur Sprache – nämlich dann, wenn von «Freiheit» oder «Freiwilligkeit» die Rede war. Schon in früheren Jahresberichten hatte es bei Suiziden von Patienten immer wieder geheissen, dass Selbsttötungen in psychiatrischen Kliniken nie ganz vermieden werden könnten. Nun aber wurde deutlich gemacht, dass die «moderne[n] Bestrebungen» auch in diesem Kontext ihren Preis hätten. So schrieb Wanner beispielsweise im Jahresbericht von 1956: «Die unbedingt erstrebenswerte Neuerung, den heutigen Anstalten mit allen Mitteln ihren Gefängnischarakter zu nehmen, bringt es mit sich, dass der Erleichterung des Anstaltsaufenthaltes für einen grossen Teil der Insassen durch möglichst weitgehende Lockerung des strengen Regimes in seltenen Fällen einmal ein Selbstmord gegenübersteht.»²¹

Wanners Bemühungen, das «strenge Regime» so weit als möglich zu lockern, wurden durch die Einführung der ersten Neuroleptika und Antidepressiva erleichtert und vorangetrieben.²² Die modernen Psychopharmaka wirkten gezielter und brachten weniger unerwünschte Nebenwirkungen mit sich. Sie entwickelten sich deshalb rasch zu therapeutischen Hoffnungsträgern und erlebten in der zweiten Hälfte der 1950er- und den 1960er-Jahren einen regelrechten Boom.²³

Obwohl es nach wie vor Patienten gab, die nicht auf die Medikamente ansprachen und starke Nebenwirkungen zeigten, wandelte sich die Atmosphäre in den psychiatrischen Kliniken durch die neuen Substanzen grundlegend. Sie ermöglichten in vielen Situationen, auf die Anwendung von Zwang zu verzichten. Nun kehrte auch auf den Abteilungen für Schwerkranke Ruhe ein. Zu diesen Veränderungen im Innern kam die erhöhte Durchlässigkeit zwischen Klinik und Aussenwelt. Mit der Einführung der medikamentösen Behandlungen blieben die Patientinnen und Pati-

21 Jahresbericht Breitenau 1956, S. 7. – Vgl. auch Jahresbericht Breitenau 1963, S. 5.

22 Fortschrittliche Psychiatrie in Schaffhausen. Gespräch mit Dr. Oscar Wanner, in: Schaffhauser Magazin 1/1992, S. 28–31, hier S. 28.

23 Für einen Überblick über die Geschichte der ersten modernen Psychopharmaka siehe: Schott, Heinz/Töle, Rainer: Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehre, Irrwege, Behandlungsformen, München 2006, S. 480–495. – Healy, David: The Creation of Psychopharmacology, Cambridge/Mass. 2002, S. 76–128. – Shorter, Edward: Geschichte der Psychiatrie, Berlin 1999 (amerikanische Originalausgabe 1997), S. 370–393. – Weber, Matthias M.: Die moderne Psychopharmakologie aus wissenschaftshistorischer Sicht, in: Holsboer, Florian/Gründer, Gerhard/Benkert, Otto (Hrsg.): Handbuch der Psychopharmakotherapie, Heidelberg 2008, S. 12–25. – Weber, Matthias M.: Die Entstehung der modernen Psychopharmakologie. Heilanspruch und Heilvermögen eines psychiatrischen Therapiesystems aus medizinhistorischer Sicht, in: Medizin, Gesellschaft und Geschichte 19, 2000, S. 123–142. – Weber, Matthias M.: Die Entwicklung der Psychopharmakologie im Zeitalter der naturwissenschaftlichen Medizin. Ideengeschichte eines psychiatrischen Therapiesystems, München 1999. – Zur Schweiz: Meier/Bernet/Dubach/Germann (vgl. Anm. 4), S. 106–107. – Meier, Marietta: Spannungsherde. Psychochirurgie nach dem Zweiten Weltkrieg, Göttingen 2015, S. 275–287.

enten im Durchschnitt weniger lang hospitalisiert, mussten jedoch häufiger wieder eintreten. Schon bald begann man in der Breitenau, auch das Angebot an teilstationären und ambulanten Dienstleistungen auszubauen.²⁴

Die neuen Medikamente hätten die Möglichkeit geboten, so Wanner 1992 in einem Rückblick, «dass die psychiatrischen Institutionen offener geführt werden konnten»: «Wir konnten Türen öffnen, die vorher verschlossen gewesen waren, wir bauten Zäune ab, die vorher eine psychiatrische Anstalt zu einer Art Ghetto gemacht hatten, und es wurde möglich, die Aufenthaltsdauer in der Klinik markant zu verkürzen.»²⁵ Parallel zu dieser Entwicklung änderten sich auch die Namen der Breitenau: Hatte man 1935 die Bezeichnung «Irrenanstalt» noch in «Heil- und Pflegeanstalt» umgewandelt, sprach man ab 1965 offiziell von «Psychiatrischer Klinik».²⁶ Die Namensänderung von 1965 erfolgte auf Antrag der Arbeitsgemeinschaft der Chefärzte der psychiatrischen Kliniken der Schweiz, die den landesweiten Vorstoss damit begründete, dass «der Betrieb der psychiatrischen Anstalten [...] grosse Änderungen erfahren» habe. Habe man früher «viel mehr von eigentlichen <Versorgungsanstalten>» sprechen müssen, werde heute «starkes Gewicht auf Forschung, Therapie und Heilung gelegt».²⁷

Zur gleichen Zeit wie die ersten Psychopharmaka tritt in den Jahresberichten der Breitenau ein weiteres neues Phänomen in Erscheinung: die freiwilligen Klinikeintritte. Im Jahresbericht von 1953 ist zum ersten Mal von freiwilligen Hospitalisationen die Rede. Im vergangenen Jahr seien, so informiert Wanner, «31 Kranke freiwillig» in die Anstalt eingetreten.²⁸ Diese kurze Notiz weist auf eine Tatsache hin, die sich offenbar lange von selbst verstand: Bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein waren Zwangseinweisungen der Normalfall, der in der Psychiatrie und der Gesellschaft kaum in Frage gestellt wurde.²⁹ Dass es sich bei den Hospitalisationen, die in der Breitenau erfolgten, lange ausschliesslich um Zwangseinweisungen handelte, kommt in den Jahresberichten der ersten sechs Jahrzehnte nie zur Sprache.

Ab 1953 wurde die Zahl der freiwilligen Eintritte in den Jahresberichten der Breitenau regelmässig verzeichnet. Erfolgten 1953 noch knapp ein Fünftel auf freiwilliger Basis, betrug der Anteil der freiwilligen Klinikeintritte 1960 fast ein Drittel. In den 1970er-Jahren stieg er auf 40 Prozent, zu Beginn der 1980er-Jahre

24 Vgl. den historischen Überblick von Klinikdirektor Oscar Wanner zum 75-Jahr-Jubiläum der Breitenau in: Jahresbericht Breitenau 1966, S. 3–9, hier S. 7–8. – Jahresbericht Breitenau 1969, S. 7. – Zum fortlaufenden Ausbau der ambulanten und teilstationären Angebote siehe die Jahresberichte der 1970er- und 1980er-Jahre.

25 Fortschrittliche Psychiatrie in Schaffhausen (vgl. Anm. 22), S. 28–31, hier S. 28.

26 1991 wurde schliesslich die Bezeichnung «Psychiatrische Klinik» durch «Psychiatriezentrum» abgelöst. Vgl. Jahresberichte Breitenau 1891–1991.

27 STASH DI 16/215, Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrats des Kantons Schaffhausen, 29. Dezember 1965.

28 Jahresbericht Breitenau 1953, S. 4.

29 Meier/Hürlimann/Bernet (vgl. Anm. 3), S. 75–78. – Brink, Cornelia: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980, Göttingen 2010.

auf 50, später zeitweise auf 60 und mehr Prozent.³⁰ Die Klinikleitung interpretierte den wachsenden Anteil freiwilliger Eintritte stets als positives Signal. So heisst es beispielsweise im Jahresbericht von 1956, die Zahl der Ein- und Austritte habe im letzten Jahr «eine bisher noch nie erreichte Höhe» erreicht: «Die Zunahme in der Frequenz der Eintritte und vor allem die Zahl der auf freiwilliger Basis erfolgenden Aufnahmen zeugt weiterhin davon, dass auch in unserem Kanton die Scheu vor psychiatrischen Krankenhäusern im Schwinden begriffen ist und die aufklärende Tätigkeit der Anstaltsärzte in Form von Vorträgen und Führungen durch die Anstalt ihre Früchte zu tragen beginnt.»³¹ Die kontinuierliche Aufklärungsarbeit der Breitenau trage dazu bei, so auch spätere Jahresberichte, dass sich die Einstellung der Schaffhauser Bevölkerung gegenüber der Psychiatrie verändere. Dank diesem Wandel gebe es immer mehr Klinikeintritte von Personen, die erst vor Kurzem erkrankt seien oder unter weniger schweren Krankheitsbildern litten. Da solche Patienten gute Heilungschancen hätten, werde dadurch wieder das Vertrauen in die psychiatrische Diagnostik und Therapie gefördert.³²

Obschon in den Jahresberichten der Breitenau lange nicht zwischen freiwilligen und unfreiwilligen Klinikeintritten unterschieden wurde, waren bereits im «Gesetz über die Organisation der Irrenanstalt» von 1890 beide Varianten geregelt.³³ In diesem Gesetz wurde auch festgehalten, dass Beschwerden gegen «Verfügungen» der Anstaltsdirektion an die dreiköpfige Aufsichtskommission der Breitenau zu richten seien, die sie nötigenfalls an den Regierungsrat weiterleite.³⁴ Dass die Entscheidungskompetenz über Klinikaufenthalte letztlich doch bei der Klinik lag, zeigt das Beispiel eines Patienten, der 1951 an die Anstaltskommission gelangte, weil er aus der Anstalt austreten wollte. Wie aus dem Sitzungsprotokoll der Kommission hervorgeht, wurde der Brief des Patienten offenbar diskussionslos «der Anstalts-Direktion zur Erledigung übergeben».³⁵

Als die Schaffhauser Stimmbevölkerung 1970 ein neues Gesundheitsgesetz annahm, wurde mit der Rekurskommission eine neue, unabhängige Instanz geschaffen, an die sich Patientinnen und Patienten der Breitenau wenden konnten, wenn sie gegen ihre Einweisung oder die Fortsetzung ihres Klinikaufenthalts rekurrieren wollten.³⁶ In der Aufsichtskommission der Breitenau stiess der Gesetzesartikel über die Rekurskommission allerdings nicht nur auf positive Resonanz. Man war sich einig, dass die neue Institution eigentlich unnötig sei. Die Befürworter beschwich-

30 Jahresberichte Breitenau 1953–2015.

31 Jahresbericht Breitenau 1956, S. 4.

32 Jahresbericht Breitenau 1958, S. 4, Jahresbericht Breitenau 1960, S. 3, Jahresbericht Breitenau 1963, S. 4.

33 Als freiwillig galt ein Klinikeintritt, wenn der Patient oder die Patientin beim Eintritt mit der Unterschrift bezeugte, freiwillig in die Klinik einzutreten. Wie es dazu kam, dass jemand in die Klinik eintrat, bleibt damit allerdings offen.

34 STASH DI 16/214, Gesetz über die Organisation der Irrenanstalt, 1890, S. 2–3.

35 STASH DI 16/195, Aufsichtskommission der Psychiatrischen Klinik Breitenau, Protokoll der Sitzung vom 6. Dezember 1951, S. 6.

36 Jahresbericht Breitenau 1970, S. 8.

tigten aber, der Artikel sei «nur aus taktischen Gründen» aufgenommen worden, man wolle «damit die Angst vor dem <versenkt werden> beseitigen».³⁷

Weil die Schweiz 1974 die Europäische Menschenrechtskonvention ratifiziert hatte, gab es zehn Jahre später erneut eine Gesetzesänderung. Mit der Einführung des Fürsorgerischen Freiheitsentzugs, die 1981 in Kraft trat, veränderten sich die Bedingungen für Zwangseinweisungen stark. Hatte bis dahin ein Arztzeugnis ausgereicht, um eine Person gegen ihren Willen in eine Klinik einzuweisen, benötigte man nun eine Verfügung der Vormundschaftsbehörde. In Notfällen konnte zwar auch ein praxisberechtigter Arzt einen Klinikeintritt veranlassen, die Dauer der Hospitalisation war dann jedoch auf maximal 30 Tage beschränkt.³⁸

Der Fürsorgerische Freiheitsentzug stiess in der Ärzteschaft auf wenig Gegenliebe. Oscar Wanner, der damalige Direktor der Breitenau, kritisierte im Jahresbericht von 1981, die neuen gesetzlichen Bestimmungen gäben «einer Krankenhauseinweisung [...] häufig den Charakter eines Verwaltungsaktes, ja einer gerichtlichen <Verurteilung>, was nicht von allen betroffenen Kranken verstanden» werde. Wanner hielt die neue Regelung in einem Land wie der Schweiz für unnötig. Dies zeige allein schon die Tatsache, so schrieb er, dass bei der kantonalen Rekurskommission seit 1970 noch kein einziger Rekurs eingereicht worden sei. Darüber hinaus interpretierte er die neuen Bestimmungen aber auch als Misstrauensvotum: «Wir verstehen, dass man mit dem Beitritt zur europäischen Menschenrechtskonvention respektive der Regelung des Freiheitsentzugs Vorfälle wie die Internierung von politisch Andersdenkenden in psychiatrische Kliniken oder gar grauenvolle Aktionen wie die Gnadentoderlasse im Dritten Reich verhindern wollte. Ob für unsere schweizerischen Verhältnisse diese zum Schutze des Bürgers vor Willkür gedachte Kompetenzverlagerung von den Ärzten auf behördliche Instanzen nötig war, ist zu bezweifeln.»³⁹ Für Wanner stand somit ausser Frage, dass Ärzte allein über Zwangseinweisungen entscheiden sollten. Aus seiner Sicht war der Fürsorgerische Freiheitsentzug in einer funktionierenden Demokratie eine bürokratische Schikane, die den Patienten mehr schadete als nützte. Dieselbe Meinung vertrat ein Mitglied der Aufsichtskommission, das den Fürsorgerischen Freiheitsentzug noch 1982 als «Verhältnisblödsinn» bezeichnete. «Die Bestimmungen nützen», so kritisierte er in einer Sitzung, «nur den Querulanten, für die übrigen wirken sie sich kontraproduktiv aus.»⁴⁰

37 STASH DI 39/5443, Aufsichtskommission Breitenau, Sitzungsprotokoll vom 23. April 1970, S. 5.

38 Siehe beispielsweise Jahresbericht Breitenau 1982, S. 5.

39 Jahresbericht Breitenau 1982, S. 5.

40 STASH DI 39/5445, Aufsichtskommission Breitenau, Sitzungsprotokoll vom 18. Juni 1982, S. 4.

Beschäftigungstherapie oder Fronarbeit? Zwang ohne Zwangsmassnahmen

Seit der Eröffnung der Breitenau gab es also auf verschiedenen Ebenen immer wieder Bemühungen, Zwangsmassnahmen zu regeln, zu beschränken und zu kontrollieren. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts nahm die rechtliche Regulierung von Zwangsmassnahmen stark zu. Gleichzeitig wuchs wie erwähnt die Zahl der Patientinnen und Patienten, die freiwillig in die Klinik eintraten. Zu Beginn der 1990er-Jahre war Zwang, so das Ergebnis der eingangs erwähnten Studie, in der Breitenau nur noch ein Randphänomen: Julia Hännny erfasste in ihrer Dissertation alle Zwangsmassnahmen, die 1991 im Rahmen einer geschlossenen, akutpsychiatrischen Abteilung durchgeführt wurden. In diesem Jahr wurden insgesamt 149 Massnahmen dokumentiert, die sich auf 47 Patienten bezogen. 1991 waren demnach 13 Prozent aller Patientinnen und Patienten, die in die Breitenau eintraten, von Zwangsbehandlungen betroffen. Aus Hännnys Sicht waren diese Massnahmen gerechtfertigt, weil sie im Interesse der betroffenen Patienten oder zum Schutz von deren Umfeld erfolgten.⁴¹

Wie aber hätten die Patientinnen diese Massnahmen beurteilt? Beschränkten sich Zwangsbehandlungen in ihren Augen tatsächlich auf Zwangseinweisungen, Zwangsmedikationen, Zwangsisolierungen und Zwangsfixierungen?

Dass sich für Patientinnen und Patienten die Erfahrung von Zwang in der Psychiatrie nicht auf bestimmte Massnahmen reduzieren lässt, wird bereits in publizierten Quellen deutlich. So heisst es beispielsweise im Jahresbericht von 1921, im vergangenen Jahr hätten etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten gearbeitet. Dass diese Zahl nicht höher sei, liege an den Arbeitsgelegenheiten und der «ungeschickte[n] Verteilung der vorhandenen Arbeitskräfte», hänge aber noch mit einem weiteren Problem zusammen: «Besonders in der zweiten Hälfte des Jahres machte sich auch der üble Einfluss gewisser arbeitsscheuer Elemente fühlbar, die es darauf abgesehen hatten, die arbeitswilligen Patienten von der <Fronarbeit> abzuhalten. Leider erlauben uns die vorhandenen Mittel nicht, den Arbeitsgeist durch Extrazulagen u. dgl. zu heben, und die geringe Zahl von Abteilungen macht es unmöglich, störende Elemente von den andern fernzuhalten.»⁴²

Diese Bemerkung deutet auf ein Problem hin, mit dem psychiatrische Anstalten oft konfrontiert waren: Verstanden Psychiater Arbeit als Therapie, die den Patienten Sinn und Struktur bot,⁴³ hielten sie manche Patientinnen und Patienten für «Fronarbeit», weil sie weder dafür entschädigt noch um ihr Einverständnis gefragt wurden.

41 Hännny-Krell (vgl. Anm. 1).

42 Jahresbericht Breitenau 1921, S. 5.

43 Germann, Urs: Arbeit, Ruhe und Ordnung. Die Inszenierung der psychiatrischen Moderne. Bildmediale Legitimationsstrategien der schweizerischen Anstaltspsychiatrie im Kontext des Diskurses um die Arbeits- und Beschäftigungstherapie in der Zwischenkriegszeit, in: Fangerau, Heiner/Nolte, Karen (Hrsg.): «Moderne» Anstaltspsychiatrie im 19. und 20. Jahrhundert. Legitimation und Kritik, Göttingen 2006, S. 283–310. – Germann, Urs: Arbeit als Medizin. Die «aktiveren Krankenbehandlung» 1930–1960, in: Meier/Bernet/Dubach/Germann (vgl. Anm. 4), S. 195–233.

Zwar wurde schon in der «Hausordnung der kantonalen Heil-Anstalt Breitenau Schaffhausen» von 1912 festgehalten, dass alle Patientinnen und Patienten «ihren Kräften und Anlagen gemäss beschäftigt werden» sollten und dass diese Arbeiten «nur im Interesse der Kranken und der Anstalt erfolgen» dürften.⁴⁴ Im Reglement von 1929 wurde dann explizit untersagt, «Kranke durch Drohungen, Strafen, Versprechungen oder Geschenke zum Arbeiten zu veranlassen». Wie dieser Passus zeigt, wandte das Klinikpersonal ganz unterschiedliche Methoden an, um Patienten zur Arbeit zu bringen. Obwohl die Grenzen zwischen Zwang, Überreden und Überzeugen offenbar fließend waren, gelang es jedoch nie, alle «arbeitsfähigen» Patienten zum Arbeiten zu bewegen.⁴⁵

Ein ganz anderes Beispiel findet sich im Jahresbericht von 1970. Hier kommt ein Problem zur Sprache, das erst auftrat, als Psychopharmaka über längere Zeit hinweg verabreicht wurden. Die Tatsache, dass viele Patienten relativ bald wieder entlassen werden konnten, führte auch dazu, dass sie sich nach dem Klinikaustritt nicht mehr – oder zumindest nicht mehr so engmaschig – kontrollieren liessen. So heisst es: «Immer zeigt es sich nämlich, dass psychisch schwer Kranke unter der Behandlung mit einem der modernen Psychopharmaka eine erstaunliche Besserung ihres Zustandes zeigen und bald wieder nach Hause und an einen Arbeitsplatz entlassen werden können. Verhältnismässig häufig kommt es aber leider auch vor, dass die Kranken nach einiger Zeit die Medikamente weglassen, trotzdem ihnen empfohlen wurde, die Mittel noch über einige Monate weiter einzunehmen.» In der Breitenau begann man deshalb 1970 mit den ersten Depottherapien. Um nicht mehr auf die Kooperation der Patienten angewiesen zu sein, wurde diesen alle zwei Wochen eine Injektion verabreicht. Bei Alkoholikern platzierte man Antabus – ein Medikament, das beim Konsum von Alkohol schwere Übelkeit auslöste – in einem kleinen Eingriff unter der Bauchhaut.⁴⁶

Die Beispiele der Arbeits- und der Depottherapie zeigen, dass sich Zwang in der Psychiatrie nicht auf Massnahmen beschränken muss, die als Zwangsmassnahmen definiert sind. Patienten können auch Anordnungen, die weder Juristen noch das Klinikpersonal als Zwangsbehandlung verstehen, als Beeinträchtigung ihrer Freiheitsrechte wahrnehmen. Dass die Perspektiven der verschiedenen Akteure oft diametral auseinandergehen, wird besonders deutlich, wenn man Beschwerden analysiert. So erhielt der Vorsteher des kantonalen Sanitätsdepartements im November 1957 einen Brief, in dem eine ehemalige Patientin der Breitenau klagte, der Direktor der Klinik habe sie verleumdet. Er habe verkündet, sie «wäre Geistes nicht ganz normal», obwohl sie völlig gesund sei. Sie habe während ihres Klinikaufenthalts Socken gestrickt, den Pflegerinnen geholfen und lebe nun bei ihrer Tochter, wo sie für sieben Personen den Haushalt besorge. Darüber hinaus habe sie in der Breitenau so viele Spritzen erhalten, dass ihr Arm «ganz lahm» geworden sei. Sie könnte,

44 STASH DI 33/511, Haus-Ordnung der kantonalen Heil-Anstalt Breitenau Schaffhausen, 1912, S. 13.

45 STASH DI 33/511, Allgemeines Reglement für die Kantonale Heilanstalt Breitenau Schaffhausen, 1929, S. 12–13.

46 Jahresbericht Breitenau 1970, S. 3.



Abb. 4a, b: Die Hausordnung der Breitenau von 1912 hielt fest, dass Patientinnen und Patienten ihren Kräften und Anlagen gemäss zu beschäftigen seien, allerdings ausschliesslich im Interesse der Kranken und der Anstalt. Die Aufnahmen zeigen Patientinnen in der Küche des Burghölzli, Zürich, und Patienten beim Bündeln von Brennholz. Um 1940, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Sammlung Burghölzli, Bildarchiv.

deutete die Frau an, «vil erzählen[,] wie grob die Schwestern» seien. Abschliessend appellierte sie an den Sanitätsdirektor: «Ich bitte Herr Regierungsrat helfen Sie mir. Ich bin normal sauber ehrlich [...]»⁴⁷

Abgesehen davon, dass die ehemalige Patientin bemerkte, sie würde nötigenfalls lieber in ein Altersheim als in die Breitenau eingewiesen werden, geht aus dem Schreiben nicht klar hervor, welches Ziel die Frau verfolgte. Der Regierungsrat beschloss trotzdem, den Klinikdirektor um eine Stellungnahme zu bitten. Dieser antwortete, bei der ehemaligen Patientin handle es sich um eine «debile, triebhafte, haltlose und moralisch schwache Psychopathin», die «zudem an einer syphilitischen Erkrankung des Zentralnervensystems» leide. Die Frau sei wegen «Abtreibungshandlungen» angeklagt und im Frühling 1957 zur Begutachtung in die Klinik eingewiesen worden sei. Das Gutachten habe ergeben, dass die Frau «vermindert zurechnungsfähig und verwahrungsbedürftig» sei, worauf sie entmündigt und nach Abschluss des Gerichtsverfahrens im Herbst 1957 zu ihrer Tochter «versetzt» worden sei. «Sie ersehen aus diesen Ausführungen», so das Fazit des Klinikdirektors, «dass von einer Verleumdung selbstverständlich nicht die Rede sein kann, dass die Patientin keineswegs <nicht hätte in der Anstalt bleiben müssen>, wie sie schreibt, und dass auch von Grobheiten der Schwestern (gemeint sind von der Patientin wohl die Injektionen zur Behandlung ihrer Syphilis) nicht die Rede sein kann.»⁴⁸ Der Regierungsrat kam aufgrund dieser Stellungnahme zu dem Schluss, die Beschwerde sei «offensichtlich als das Produkt einer an Psychopathie und Geistesschwäche leidenden Patientin zu betrachten», und teilte der Frau mit, die Beschwerde müsse abgewiesen werden, weil «die Erhebungen die völlige Haltlosigkeit» ihrer Vorwürfe ergeben hätten.⁴⁹

Das Beispiel zeigt nicht nur zwei völlig unterschiedliche Sichtweisen auf dieselben Ereignisse, es widerspiegelt auch die asymmetrischen Machtverhältnisse, die in der psychiatrischen Anstalt herrschten. Die Klage der Frau erreichte zwar den Adressaten und hatte zur Folge, dass der Regierungsrat eine Stellungnahme des Klinikdirektors einholte. Dieser deutete dann aber die Beschwerde der ehemaligen Patientin als Krankheitssymptom. Was also, wenn Experten die Meinung vertreten, es sei bei der Durchsetzung einer Massnahme kein Zwang ausgeübt worden, die Gegenpartei sich jedoch als Opfer einer Zwangsmassnahme sieht?

Auf das Problem, dass Patientinnen und Patienten gegen ihren Willen eingesetzte Behandlungen als Gewalt⁵⁰ erfahren können, stösst man in Krankenakten und

47 STASH RRA 7/201266/10, Schreiben einer Patientin an den Regierungsrat des Kantons Schaffhausen, 29. November 1957.

48 STASH RRA 7/201266/10, Stellungnahme des Chefarztes der Psychiatrischen Klinik Breitenau zuhanden des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen, 10. Dezember 1957.

49 STASH RRA 7/201266/10, Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrats des Kantons Schaffhausen, 17. Dezember 1957; Schreiben der Staatskanzlei Schaffhausen an die Patientin, 20. Dezember 1957.

50 Mit Max Webers Begriffen von «Recht» und «Ordnung» lassen sich drei Kategorien von Zwangsmassnahmen unterscheiden: legale Zwangsmassnahmen, nicht legalisierte Zwangsmassnahmen und illegale sowie illegitime Zwangsmassnahmen. Von Gewalt kann man nur bei der zweiten und dritten Kategorie sprechen. Siehe Meier/Hürlimann/Bernet (vgl. Anm. 3), S. 43 und 46.

psychiatrischer Fachliteratur immer wieder – zumindest seit den 1970er-Jahren. Patientenorganisationen betonen, es sei kurzsichtig, eine Definition von Zwangsmassnahmen vorzunehmen, ohne die Perspektive der Betroffenen zu berücksichtigen. Diese Sichtweise bleibt ausgeblendet, wenn Psychiater bestimmen, was eine Zwangsmassnahme und was eine medizinisch-therapeutische Behandlungsform darstellt. Eine Massnahme an und für sich bringt noch keinen Zwang mit sich. Auch legal angewandter Zwang wird von psychisch kranken Menschen oft als Gewalt erfahren. Eine rein juristische Definition von Zwang und Zwangsmassnahmen lässt deshalb die konkrete Erfahrung der Betroffenen ebenfalls ausser Acht.

Es wäre daher fahrlässig, wenn eine historische Untersuchung diese Perspektiven reproduzierte. Sie kann aber auch nicht die Sichtweise der Patientinnen und Patienten übernehmen, sondern muss eine andere Perspektive suchen. Anhand der Ansätze der Sozialwissenschaftler Norbert Elias, Max Weber, Michel Foucault und Erving Goffman kann gezeigt werden,⁵¹ dass sich Zwang in einer historischen Studie nur sinnvoll analysieren lässt, wenn man ihn auf Ordnungs- und Normalitätsvorstellungen bezieht, die den Einsatz einer Massnahme motivieren. Dabei kommt ein – im historischen Rückblick sehr asymmetrischer – Aushandlungsprozess ins Spiel, an dem sowohl die Zwangsausübenden beteiligt sind als auch jene, auf die Zwang ausgeübt wird.

Zwang in wessen Interesse? Das Doppelmandat der klinischen Psychiatrie

Mit der Eröffnung der ersten staatlichen Irrenanstalten übernahm die Psychiatrie den Auftrag, psychisch Kranke zu verwahren und zu heilen. Zu diesem Doppelmandat gehörte auch die Möglichkeit, nötigenfalls Zwang anzuwenden. An welchem Punkt aber sollte die Freiheit des Einzelnen beschränkt werden, um zu verhindern, dass psychisch Kranke für sich selbst und andere zur Gefahr wurden? In welchen Situationen war Zwang angebracht? Wenn man sich mit überlieferten Einzelfällen auseinandersetzt, wird schnell klar, dass die Antworten auf diese Fragen sehr unterschiedlich ausfallen konnten. Nicht nur Patientinnen und Patienten, auch deren Angehörige, Behörden und weitere Institutionen vertraten manchmal andere Positionen als das Klinikpersonal.

So wiesen Gerichte und Behörden bisweilen Personen in die psychiatrische Anstalt ein, die aus Sicht der Psychiater nicht in die Breitenau gehörten. 1914 forderte beispielsweise der Regierungsrat des Kantons St. Gallen seine Schaffhauser Kollegen auf, einen 27-jährigen Mann, der im Kanton St. Gallen lebte und im Kanton Schaff-

51 Elias, Norbert: Über den Prozess der Zivilisation. Soziogenetische und psychogenetische Untersuchungen, 2 Bde., Frankfurt a.M. 1982 (Erstausgabe 1969). – Weber, Max: Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie, 5., revidierte Ausgabe, Tübingen 1980. – Foucault, Michel: Die Macht und die Norm, in: Foucault, Michel: Mikrophysik der Macht. Über Strafjustiz, Psychiatrie und Medizin, Berlin 1976, S. 114–123. – Goffman, Erving: Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Frankfurt a. M. 1972 (englische Originalausgabe 1961).

hausen beheimatet war, dauerhaft in der Breitenau zu versorgen. Johannes Vogt⁵² habe eine «nachlässige und ungeordnete Erziehung» genossen und sei seit dem Tod seines Vaters vor zwei Jahren «durch unstätes, sonderliches Gebahren» aufgefallen. Er habe das Haus seines Vaters verkauft und sich an seinem Wohnort abgemeldet, sich aber bald darauf wieder «vagierend bemerkbar» gemacht. Vogt sei bereits zweimal wegen Diebstahl verhaftet, ins kantonale Asyl Wil eingewiesen und anschliessend in die Breitenau verlegt worden. Als der Mann Anfang September 1914 wieder in der Gegend von Wil aufgetaucht sei, habe ihn die Polizei erneut in seine Heimatgemeinde gebracht. Da Vogt nun schon wieder in der Umgebung von Wil gesehen worden sei, müsse man davon ausgehen, dass ihn die «Polizeibehörde seines Heimortes ohne weiteres wieder freigelassen» habe. Der Gemeinderat von Wil protestiere gegen diese Freilassung, weil der Mann «physisch und moralisch defekt, teilweise geistesgestört und ein gemeingefährliches Subjekt sei, welches nach dem irrenärztlichen Gutachten der Direktion des kantonalen Asyls in Wil [...] der beständigen Internierung in einer Anstalt bedürfe». Der Regierungsrat des Kantons St. Gallen forderte deshalb, dass Vogt «nach erfolgter Verhaftung und abermaliger Abschiebung [...] nun endlich dauernd in einer entsprechenden geschlossenen Anstalt versorgt werde, [...], um die Öffentlichkeit von dieser gemeingefährlichen Person zu befreien».⁵³

Kurz darauf wurde der Mann «zur Beobachtung seines Geisteszustandes» in die Breitenau eingewiesen. Nach zwei Wochen teilte der Klinikdirektor der Polizeidirektion mit, dass Vogt «zweifellos an Dementia praecox» leide. Da er aber «zur Zeit ruhig, geordnet und arbeitsfähig» sei, müsse er «nicht unbedingt in einer geschlossenen Anstalt» versorgt werden. Weil aus den eingesandten Akten nicht klar hervorgehe, dass Vogt seit dem letzten Klinikaufenthalt wieder kriminell geworden sei, müsse die «von der St. Galler-Regierung supponierte Gemeingefährlichkeit [...] also lediglich aus seinem früheren Verhalten und seiner noch stets vorhandenen Neigung zu Vagantität gefolgert werden». Der Klinikdirektor kam deshalb zu dem Schluss, die Notwendigkeit einer «dauernden Versorgung sei noch nicht nachgewiesen», und behielt sich vor, dem Regierungsrat «gelegentlich die versuchsweise Entlassung» des Mannes vorzuschlagen.⁵⁴

Während die Regierung in diesem Beispiel die Position der Breitenau gegenüber den St. Galler Behörden unterstützte,⁵⁵ sah es bei Fällen, in denen die Interessen des Kantons Schaffhausen direkt tangiert waren, anders aus. So schlug der Anstaltsdirektor 1956 der Polizeidirektion vor, einem Patienten, der seit 1944 wegen Vermögensdelikten in der Breitenau verwahrt wurde, die Chance zu geben, sich ausserhalb der Klinik zu bewähren. Es handle sich zwar eindeutig um «eine psychopathische Persönlichkeit», und eine «gewisse Rückfalltendenz in betrügeri-

52 Bei diesem und allen weiteren Namen von Patienten handelt es sich um Pseudonyme.

53 STASH RRA 5/21, Schreiben des Landammanns und Regierungsrats des Kantons St. Gallen an den Präsidenten und Regierungsrat des Kantons Schaffhausen, 18. September 1914.

54 STASH RRA 5/21, Schreiben des Direktors der Psychiatrischen Klinik Breitenau an die Polizeidirektion des Kantons Schaffhausen, 22. Dezember 1914.

55 STASH RRA 5/21, Schreiben des Präsidenten des Regierungsrats des Kantons Schaffhausen an den Landammann und Regierungsrat des Kantons St. Gallen, 26. Dezember 1914.

sche Geschäftstätigkeit» könne nicht von der Hand gewiesen werden. Da Friedrich Roth bevormundet sei, gebe es jedoch andere Möglichkeiten als die Breitenau, um einem Rückfall vorzubeugen: «Wenn das Amt des Vormundes nicht nur auf dem Papier besteht, sondern dieser sich intensiv um sein Mündel kümmern, regelmässig an einem event[uellen] Unterkunfts- und Arbeitsort Kontrollen machen und sogar die Umgebung immer wieder auf die relative Gefährlichkeit des Patienten aufmerksam machen würde, dann sollten doch Vorkommnisse [...] zu vermeiden sein.»⁵⁶

Da sich die Vormundschaftsbehörde entschieden gegen eine Entlassung aussprach, lehnte der Regierungsrat den Antrag ab. Einem weiteren Gesuch des Klinikdirektors war insofern Erfolg beschieden, als es 1958 zu einer «Lockerung der Verwahrung» kam. Friedrich Roth müsse, so der Entschluss des Regierungsrats, in der Breitenau bleiben, dürfe jedoch eine Arbeitsstelle in Schaffhausen oder Neuhausen antreten. Da die Stellensuche des Patienten erfolglos blieb, stellte Direktor Wanner 1959 ein drittes Gesuch, in dem mitgeteilt wurde, dass Roth ein Stellenangebot in einer anderen Gemeinde erhalten habe: «Der Wunsch des Patienten nach Entlassung aus der Anstalt ist u. E. verständlich. Andererseits müssen die Interessen der Allgemeinheit ebenfalls gewahrt werden. Wir glauben, dass mit einer bedingten Entlassung aus der Verwahrung [...] und einer straffen Führung und Kontrolle durch den Vormund sowohl dem Patienten wie der Allgemeinheit Rechnung getragen würde.»⁵⁷

Die Polizeidirektion äusserte schwere Bedenken, das Gesuch zu befürworten. Sie fand, die «probeweise bedingte Entlassung» müsse als «ein gewagter Versuch» bezeichnet werden, erklärte sich aber unter der Voraussetzung, dass strenge Vorsichtsmassnahmen getroffen würden, mit einer «probeweisen bedingten Entlassung auf unbestimmte Dauer» einverstanden.⁵⁸ Dass es Friedrich Roth beim dritten Anlauf schliesslich gelang, die Breitenau zu verlassen, hatte er nicht nur der Klinikdirektion und seinem Anwalt zu verdanken, sondern auch der Tatsache, dass er in der Nähe der Breitenau keine Arbeit gefunden hatte. Da das einzige Stellenangebot aus einem Ort kam, der so weit entfernt lag, dass Roth nicht in der Breitenau bleiben konnte, musste der Regierungsrat abwägen: Wurde dem Mann nicht erlaubt, die Stelle anzunehmen, war das Risiko hoch, dass der inzwischen 65-jährige Mann nie mehr einer Erwerbsarbeit nachgehen würde und der Kanton weiterhin für ihn aufkommen musste. Unter diesen Voraussetzungen schien eine probeweise bedingte Entlassung, die an strenge Auflagen geknüpft war, das kleinere Übel.⁵⁹

In der Frage, wie viel Autonomie psychisch Kranken zuzugestehen sei, kam es jedoch nicht nur zwischen Institutionen zu Meinungsdivergenzen. Auch das Kli-

56 STASH RRA 7/202747, Antrag des Direktors der Psychiatrischen Klinik Breitenau an die Polizeidirektion des Kantons Schaffhausen, 17. September 1956.

57 STASH RRA 7/202747, Antrag des Direktors der Psychiatrischen Klinik Breitenau an die Polizeidirektion des Kantons Schaffhausen, 10. September 1959.

58 STASH RRA 7/202747, Bericht und Antrag der Polizeidirektion zuhanden des Regierungsrats des Kantons Schaffhausen, 22. September 1959.

59 STASH RRA 7/202747, Bericht und Antrag der Polizeidirektion zuhanden des Regierungsrats des Kantons Schaffhausen, 22. September 1959; Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrates des Kantons Schaffhausen, 28. September 1959. – Für einen ähnlichen Fall siehe STASH DI 33/513.

nikpersonal und die Angehörigen von Patienten konnten ganz unterschiedliche Positionen vertreten. So beschwerten sich die Eltern einer erwachsenen Patientin im März 2000 beim Regierungsrat des Kantons Schaffhausen darüber, dass ihnen das Personal der Breitenau keine Auskunft gebe und sich zu wenig um ihre Tochter kümmere. Der Körperhygiene werde zu wenig Beachtung geschenkt, die Patientin wechsele ihre Unterwäsche zu wenig und wasche die Haare nicht; ihre Füße seien in einem besorgniserregenden Zustand.⁶⁰

Der zuständige Regierungsrat holte im Psychiatriezentrum Informationen ein, aus denen hervorgeht, dass bereits mehrere Gespräche zwischen dem Klinikpersonal und den Eltern der Patientin stattgefunden hatten. In diesen hatte man den Eltern erklärt, dass ihre Tochter in der Breitenau «therapeutische Unterstützung» finde und «die elementaren Rechte einer Pat[ientin]» erfahre, was auch bedeute, dass «Persönlichkeitsschutz und Patientenschutz» gewahrt würden. Wenn ihre Tochter nicht wolle, dass man mit den Angehörigen in Kontakt trete, sei man verpflichtet, ihrem Wunsch zu entsprechen.⁶¹

Zum Thema Körperhygiene, das in den Gesprächen zwischen dem Klinikpersonal und den Eltern ebenfalls zur Sprache gekommen war, berichtete der Regierungsrat, seine Abklärungen hätten ergeben, dass die Patientin der Körperpflege «grundsätzlich wenig Beachtung» schenke. Er erklärte den Eltern: «Das Psychiatriezentrum verfolgt – auch auf der Akutstation – den meines Erachtens richtigen pflegerischen und therapeutischen Ansatz, dass ein Teil der Hygiene im Verantwortungsbereich der Patienten liegen soll. Sodann wird grundsätzlich darauf verzichtet, entsprechende Massnahmen gegen den Willen und mit Zwang durchzuführen, sofern und solange ein Mindestmass an Körperhygiene besteht.»⁶²

Betrachtet man diese Beispiele aus einer längerfristigen Perspektive, wird deutlich, was sich im Laufe der Zeit veränderte und wo sich Kontinuitäten abzeichnen: Das Prinzip, so wenig Zwang als möglich und so viel als nötig anzuwenden, war keine Errungenschaft des 20. Jahrhunderts. Es wurde bereits im 19. Jahrhundert vertreten und behielt seine Gültigkeit über den ganzen Zeitraum hinweg. Aus Sicht der Psychiatrie hing die Wahrscheinlichkeit, Zwang einsetzen zu müssen, zudem immer auch davon ab, wie hoch die Überbelegung und der Personalmangel in der Klinik war – in diesem Punkt lässt sich also ebenfalls eine langfristige Kontinuität feststellen. Was sich im Laufe des 20. Jahrhunderts hingegen veränderte, war die Art und Weise, wie der Grundsatz zur Zwangsbehandlung im Klinikalltag umgesetzt wurde. Besonders deutlich wird dieser Wandel nicht so sehr in Situationen, wo Patienten sich selbst oder andere offensichtlich ernsthaft in Gefahr brachten, als vielmehr dort, wo es um gesellschaftliche Werte und Normen wie Arbeit, Ordnung oder Anpassung ging.

60 STASH DI 11/347, Schreiben der Eltern einer Patientin des Psychiatriezentrums Breitenau an den Vorsteher des Departements des Innern des Kantons Schaffhausen, 12. März 2000.

61 STASH, DI 11/347, Protokoll eines Gesprächs zwischen dem Vater der Patientin, einer Abteilungsärztin und einem Oberarzt des Psychiatriezentrums Breitenau, 15. Oktober 1999.

62 STASH DI 11/347, Schreiben des Vorstehers des Departements des Innern des Kantons Schaffhausen an die Eltern der Patientin, 7. April 2000.

So hielt man es beispielsweise bis gegen Ende des 20. Jahrhunderts für selbstverständlich, dass Ärzte und Behörden wussten, was das Beste für Patientinnen und Patienten sei und Informationen über sie austauschten. Niemand kam auf die Idee, dass dadurch die Schweigepflicht des Klinikpersonals verletzt werde. Noch 1963 sprach sich die Mehrheit der Aufsichtskommission der Breitenau dafür aus, weiterhin alle Einweisungszeugnisse zu Gesicht zu bekommen.⁶³ Bis gegen Ende des 20. Jahrhunderts schien es auch klar, dass man im Interesse der Patienten stets für Ordnung und Reinlichkeit zu sorgen hatte. In den frühen Anstaltsreglementen der Breitenau wurde gar festgehalten, wie häufig die Patienten baden und ihre Leibwäsche wechseln mussten.⁶⁴ Einer Patientin so viel Autonomie zuzugestehen, dass sie selbständig darüber entscheiden konnte, wie oft sie ihre Unterwäsche wechselte und duschte, war lange unvorstellbar. Der gesellschaftliche Wertewandel, der in den 1960er-Jahren einsetzte, hatte also zur Folge, dass Patienten- und Freiheitsrechte anders interpretiert wurden als in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts, wo man soziale Anpassung noch höher gewichtete als Individualität.⁶⁵

Fazit

Als die Staatswirtschaftliche Kommission des Kantons Schaffhausen 1984 «Umstrukturierungsvorhaben in der Klinik Breitenau» behandelte, erklärte der zuständige Regierungsrat einfühend: «Die Psychiatrie hat [...] – wie die übrige Medizin – ebenfalls eine Wandlung durchgemacht, wenn auch nicht eine gleich spektakuläre. Die Entwicklung ging vom «reinen Einsperren» zur medikamentösen Behandlung und zur Beschäftigungstherapie. Damit war ein Abbau von Mauern verbunden, [...]. Das Ziel der Betreuung psychisch Kranker liegt nicht [mehr] in der Hospitalisierung, sondern in der Wiederherstellung der Gesundheit der Patienten.»⁶⁶ In diesem Tour d'Horizon des Sanitätsdirektors erscheint also die Geschichte der Psychiatrie als lineare, medizinisch-humanitäre Fortschrittsgeschichte. Zwangsmassnahmen wurden Schritt für Schritt abgebaut, bis sie sich schliesslich weitgehend erübrigten.

Der Verzicht auf mechanische Massnahmen wie Zwangsjacke oder Deckelbad, der Übergang zu den somatischen Kuren und schliesslich zu den Psychopharmaka bedeuten jedoch nicht automatisch, dass seit dem 19. Jahrhundert in der Psychiatrie immer weniger Zwang eingesetzt wird. Geht man davon aus, dass es gar keinen machtfreien Raum gibt,⁶⁷ lässt sich sogar die These aufstellen, dass sich das Pro-

63 STASH DI 39/5441, Aufsichtskommission Breitenau, Sitzungsprotokoll vom 5. Dezember 1963, S. 6–7.

64 STASH DI 33/511, Haus-Ordnung der kantonalen Heil-Anstalt Breitenau Schaffhausen, 1912, S. 12: «Die Leib- und Tischwäsche der Kranken wird alle 8 Tage gewechselt [...]. Zum Zweck der Reinlichkeit und Gesundheit hat jeder Kranke wenigstens zweimal monatlich ein Bad zu nehmen.»

65 Siehe dazu Meier 2015 (vgl. Anm. 23), vor allem S. 306–316.

66 STASH DI 39/5445, Aufsichtskommission Breitenau, Sitzungsprotokoll vom 15. August 1984, S. 58.

67 Foucault, Michel: Die Macht der Psychiatrie. Vorlesung am Collège de France 1973–1974, Frankfurt a.M. 2005 (französische Originalausgabe 2003).

blem des Zwangs in der Psychiatrie im Laufe der Zeit nicht reduzierte, sondern veränderte: Statt mechanischen stehen nun eben – so liesse sich zuspitzen – «chemische Zwangsjacken» zur Verfügung. Aus dieser Sicht nehmen inzwischen nur deshalb so viele Patientinnen und Patienten freiwillig Medikamente ein, weil sie als Mitglieder einer therapeutisierten Gesellschaft gelernt haben, dass Selbstmanagement nicht zuletzt auch der Erhaltung oder der Wiederherstellung der körperlichen und psychischen Gesundheit dient.⁶⁸

Die Unterscheidung verläuft also nicht zwischen «Zwang» in der Psychiatrie und «Autonomie» in der Gesellschaft, sondern es gibt – hier wie dort – unterschiedliche Grade und Abstufungen von Zwang. Zwang in der Psychiatrie bewegt sich in einem breiten Spektrum von «mechanical restraints»,⁶⁹ vom direkten Zugriff auf den Körper von Menschen bis zum Erzwingen «freiwilliger» Zustimmung, zum Beispiel durch Drohungen oder das Vorenthalten von Informationen.

Aus geschichtswissenschaftlicher Perspektive lässt sich Zwang daher nur sinnvoll analysieren, wenn man ihn auf zeit- und kulturspezifische gesellschaftliche Vorstellungen bezieht, die den Einsatz einer Massnahme als gerechtfertigt erscheinen lassen. Für eine Geschichte der Breitenau gälte es deshalb in einem nächsten Schritt, systematisch Krankenakten der Klinik zu untersuchen. Dabei wäre zu fragen, in welchem Zusammenhang und aus welchen Gründen welche Massnahmen durchgeführt wurden, ob sich schicht-, geschlechtsspezifische oder andere Unterschiede zeigen und ob sich im Laufe der Zeit Veränderungen feststellen lassen.⁷⁰

Auf diese Weise könnte versucht werden, die institutionelle Dynamik von Zwangsanwendungen zu erklären, verschiedene Perspektiven zueinander in Bezug zu setzen und dabei auch den gesellschaftlichen Kontext zu berücksichtigen, anstatt Zwang (in der psychiatrischen Klinik) und Autonomie (ausserhalb der Klinik) als dichotome, einander entgegengesetzte Phänomene darzustellen.

Schon diese Schlaglichter auf die Achillesferse der klinischen Psychiatrie zeigen jedoch, dass die Auffassung, das Klinikpersonal der Breitenau habe bei Zwangsanwendungen das «Nötige» getan, ohne das «Bessere» aus den Augen zu verlieren,⁷¹ weitere Fragen nach sich zieht. Was ist notwendig, was gut? Ein Blick in die Vergangenheit macht deutlich, dass sich die Antworten auf diese Fragen im Laufe der Zeit stark verändern und diametral auseinandergehen können.

DR. MARIETTA MEIER

Universität Zürich, Historisches Seminar, Forschungsstelle für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Rämistrasse 64, CH-8001 Zürich

68 Siehe dazu beispielsweise Maasen, Sabine/Elberfeld, Jens/Eitler, Pascal/Tändler, Maik (Hrsg.): *Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den <langen> Siebzigern*, Bielefeld 2011.

69 Conolly (vgl. Anm. 5).

70 Für Ergebnisse zu den Massnahmen in der Psychiatrischen Klinik Rheinau und der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich siehe Meier/Hürlimann/Bernet (vgl. Anm. 3), S. 59–177; Meier/Bernet/Dubach/Germann (vgl. Anm. 4), S. 95–112.

71 Hanny-Krell (vgl. Anm. 1), S. 54.