

Die Gratwanderung des psychiatrischen Pflegepersonals bei Menschen mit suizidalen Gedanken zwischen 1920 und 1970

Sabine Braunschweig

Zusammenfassung

Im psychiatrischen Pflegealltag befanden sich die Pflegerinnen und Pfleger in einem ethischen Dilemma zwischen der Überwachung und der Betreuung suizidaler Patienten. Einerseits mussten sie strenge Anweisungen befolgen, um Suizide zu verhindern, andererseits sollten sie die Patienten nicht unnötig einschränken und ihnen dennoch ein gewisses Maß an Freiheit lassen. Es war eine Gratwanderung zwischen Kontrolle und Vertrauen. Die Bekämpfung und Verhinderung von Suiziden wurde daher als eine sehr anspruchsvolle Aufgabe der psychiatrischen Pflege angesehen. Die Analyse historischer Quellen wie Lehrbücher, Krankenakten, Jahresberichte der Klinik, Protokolle der Aufsichtsbehörde und Interviews mit ehemaligen Krankenschwestern geben einen umfassenden Einblick in den Umgang mit dem Thema im 20. Jahrhundert.

Suizidversuche und Suizide können als Handlungen von Patienten interpretiert werden, um sich aus einer für sie nicht mehr erträglichen Lebenssituation zu befreien. Die psychiatrische Lehre geht davon aus, dass sich Suizide nicht absolut verhindern lassen. Sie kamen nicht sehr häufig vor. Selten wurden Krankenschwestern und -pfleger für Selbstmorde bestraft, aber dennoch fühlten sie sich schlecht und hatten auch Jahrzehnte nach solchen schweren Vorfällen Schuldgefühle. Das Risiko von Selbstmorden kann minimiert werden, wenn das Pflegepersonal gut qualifiziert ist und ausreichende Ressourcen für die tägliche Pflege zur Verfügung hat.

Keywords: Psychiatriepflege, Suizid, zwanzigstes Jahrhundert, Schweiz

1 Einleitung

Das ethische Dilemma der Psychiatrie besteht in der Doppelgesichtigkeit ihres Auftrags.¹ Sie hat einerseits eine Funktion als therapeutische Institution und andererseits als gesellschaftliche Ordnungsmacht. Auch die Psychiatriepflege ist durch widersprüchliche Anforderungen und Erwartungen geprägt. Pflegepersonen sind in die Hierarchie einer psychiatrischen Anstalt eingebunden, verantwortlich für die Betreuung der Insassen rund um die Uhr und gleichzeitig zuständig für die Einhaltung der Hausordnung und der Regeln. Sie beobachten und überwachen die Kranken, unterstehen jedoch selbst einer rigorosen Kontrolle und Disziplinierung. Das verschärft sich durch die harten Arbeitsbedingungen, insbesondere durch das „Internat“, das Wohnen in der Anstalt oder auf dem Anstaltsgelände, wie es in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts vielerorts vorgeschrieben war. Die Pflegepersonen hatten also nicht nur während der Dienstzeiten, sondern auch in der freien Zeit zahlreiche Vorschriften zu befolgen. Diese doppelte Bestimmung der Psychiatrie und entsprechend der Psychiatriepflege prägte den psychiatrischen Pflegealltag.

¹ Der Beitrag basiert auf meiner Dissertation: Braunschweig 2013.

Eine besondere Herausforderung stellten suizidale Absichten oder suizidales Verhalten von Patientinnen und Patienten dar.² Auch wenn Suizide selten vorkamen, waren Pflegepersonen mit der impliziten Gefahr konfrontiert, dass sich Kranke in der Klinik das Leben nehmen. Wie gingen sie damit um, wenn Kranke aus der Anstalt entwichen und / oder versuchten, ihrem Leben ein Ende zu setzen? Wie hielten sie den Zwiespalt zwischen Kontrollpflicht und Krankenbetreuung aus? Was bedeutete es für sie, wenn sie einen Suizidversuch oder Suizid nicht verhindern konnten? Hatten die Pflegepersonen, die auf der Abteilung für die Aufsicht zuständig waren, Sanktionen zu befürchten? Wie werden heute in der Psychiatriepflege ethische Konflikte im Spannungsfeld von Zwang und Selbstbestimmung der Kranken diskutiert und beurteilt? Hat sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte die Beurteilung verändert? Diese und weitere Fragen untersuche ich anhand von verschiedenen Quellen aus der 1886 eröffneten Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt in Basel.

Weil Suizide zu den besonderen, aber seltenen Vorkommnissen im Anstaltsalltag gehörten, waren sie immer wieder Thema. In den ersten Jahrzehnten des Bestehens der Basler Anstalt wurden sie ausführlich in den Jahresberichten erläutert. Dabei zeige ich auf, welche Funktion und Rolle den Pflegepersonen zugewiesen wurde. Mit der gewerkschaftlichen Organisierung des Personals und der Etablierung des Verbandsorgans in den 1920er Jahren wurde auch das Thema der Suizide und Suizidversuche in Artikeln diskutiert. Entweichungen waren wegen der drohenden Absicht eines Suizids gefürchtet, wie eine Umfrage zeigte, was ich mit Fallbeispielen aus der Friedmatt ergänze. Ein tragischer Suizid in der Friedmatt hatte ein gerichtliches Nachspiel, das eine Menge Akten produziert hat. Daraus geht hervor, mit welchen Überlegungen der Witwe eine Entschädigung aufgrund des Verlusts des Ernährereinkommens vorenthalten wurde. In einem weiteren Kapitel zeige ich auf, wie umfassend der Verfasser des schweizerischen Lehrbuchs für Psychiatriepflege, das 1930 erstmals erschien, auf die Thematik von Suizid und Suizidprophylaxe einging. Pensionierte Pflegepersonen, die zwischen 1930 und 1960 in der Psychiatrischen Universitätsklinik Friedmatt gearbeitet hatten, berichteten mir in Gesprächen in den 1990er Jahren, wie sie von Suiziden betroffen waren, wie das Thema sie auch Jahre später noch umtrieb. Pflegepersonen hatten einen Handlungsspielraum bei ihren Entscheidungen im Pflegealltag. Doch die Auslotung zwischen Kontrollpflicht und Fürsorge war eine große Herausforderung, wie ich im achten Kapitel diskutiere. Zuletzt werfe ich einen Blick auf das heute gebräuchliche Lehrbuch und die aktuelle Forschung zur Betreuung von suizidalen Patientinnen und Patienten in der Psychiatrie. Als Fazit kann vorweggenommen werden, dass Verantwortliche in den psychiatrischen Kliniken nie davon ausgingen, dass Suizide absolut vermieden werden könnten. Doch das Risiko einzudämmen war und ist eine grundlegende Aufgabe.

Als universitäre Klinik gehörte die Friedmatt mit 250 bis 300 Betten zu den großen psychiatrischen Einrichtungen in der Schweiz. Sie war im Pavillonsystem erbaut: Die Kranken wurden nach ihren Verhaltensauffälligkeiten in Pavillons der „ruhigen, halbruhigen und unruhigen Kranken“ untergebracht. Die Wirtschaftsgebäude in der Längsachse trennten die Männer- und die Frauenseite. In den Anfängen waren auch die Pflegepersonen nach Geschlecht ein-

² Zur Geschichte des Suizids: Hintermayr 2021; Hoffmann 2009; Bowman 2009; Baumann 2001. Suizid bedeutet „absichtliche Selbsttötung“. Die Synonyme „Selbstmord“ oder „Freitod“ sollten nicht verwendet werden, da sie hochproblematische Wertungen enthalten. Sauter et al. 2004, S. 940.

geteilt. Erst in den 1910er Jahren wurden Pflegerinnen auf „ruhigen Männerabteilungen“ eingesetzt, weil sie einfacher zu rekrutieren waren, niedrigere Löhne hatten und auf erkrankte Männer einen guten Einfluss ausübten.

Seit Eröffnung der Friedmatt liegen die Jahresberichte in gedruckter Form vor. In den darin enthaltenen ärztlichen Berichten verzeichnete der jeweilige Anstaltsdirektor personelle Veränderungen und schilderte besondere Begebenheiten im Anstaltsalltag. In einem statistischen Teil wurden Angaben zu den Krankheiten, Ein- und Austritten sowie den Todesfällen gemacht. Suizide wurden in der Rubrik „gewaltsame Tode“ aufgeführt. Eine Durchsicht zeigt, dass Suizide nur alle paar Jahre vorkamen. Gerade weil sie nicht alltäglich waren, wurden sie in den Jahresberichten eigens hervorgehoben und der dazugehörige Kontext beschrieben.

2 Störungen im Anstaltsalltag

Bis Anfang des 20. Jahrhunderts lernten Pflegepersonen in Schweizer Anstalten ihre Arbeit durch Erfahrung, *learning by doing*. Sie wurden von dienstälteren Kollegen und Vorgesetzten eingeführt. Nur vereinzelt gab es Vorträge über psychiatrisches Wissen. Mit der Einführung der somatischen Kuren (Fieber-, Schlaf-, Insulin- und Elektroschocktherapien) in den 1920er Jahren waren die Psychiater vermehrt auf fachkundige Unterstützung des Pflegepersonals angewiesen. Erfahrungswissen reichte nicht mehr aus. Um geeignete Mitarbeitende zu rekrutieren, wurde eine systematische Ausbildung für das Psychiatriepflegepersonal unabdingbar. Ab 1925 wurden in einzelnen Anstalten erste Kurse organisiert. Ab 1930 stand dann in der Schweiz das erste Lehrbuch zur Verfügung, das sieben Auflagen erlebte und bis in die 1960er Jahre verwendet wurde.³

Aufgrund der unterschiedlichen und unwägbareren Ausdrucksformen der Geisteskrankheiten war der Anstaltsalltag geprägt von Vorkommnissen, die eine Störung der Anstaltsordnung bedeuteten. Zu den heftigeren Zwischenfällen gehörten Gewaltausbrüche, sexuell konnotierte Phänomene, Entweichungen, Suizidversuche und Suizide. Sie können als Handlungen der Patientinnen und Patienten gedeutet werden, sich aus einer für sie nicht mehr erträglichen Lebenssituation zu befreien. Für das Pflegepersonal bildeten sie hingegen einen Unruhefaktor in der Routine des Anstaltsalltags.

Mit Carlo Ginzburg und Carlo Poni könnte man diese Zwischenfälle als das „außergewöhnlich Normale“ (*l'exceptionnel normal, the exceptional normal*) bezeichnen.⁴ Das „Normale“, Alltägliche, das nicht erzählt oder kommentiert wurde, kommt im Zusammenhang mit außergewöhnlichen Ereignissen indirekt zur Sprache und lässt so Rückschlüsse auf den Alltag und die tägliche Routine zu. Diese Vorkommnisse stellten für die Pflegenden eine Herausforderung dar, mit der sie lernen mussten, umzugehen.

Suizide seien nicht vermeidbar, war eine Grundüberzeugung in der Psychiatrie, wenn man das Areal nicht wie eine Strafanstalt absichern und sich selbst gefährdende Kranke durchgängig einsperren wollte. Die Anstalt sei „principiell und systematisch für die Aufgabe angelegt, den Kranken das möglichst grosse Maas von freier Bewegung zu gewähren“, hielt der Anstaltsdirektor Ludwig Wille (1834–1912) im Jahresbericht von 1891 fest. Dabei bezog er

³ Morgenthaler 1930–1962.

⁴ Ginzburg/Poni 1985, S. 51.

sich auf Entweichungen, die seinen Erfahrungen zufolge ganz selten zu einem Suizid führen würden. Es wäre unverantwortlich, wegen Einzelner die übrigen Kranken „unter unnötigen Beschränkungen leiden zu lassen“. Wille war ein Verfechter des No-Restraint-Systems. Das No-Restraint-System hatte zum Ziel, möglichst wenig Zwangsmaßnahmen gegen unruhige Kranke anzuwenden.⁵ Wille hatte maßgeblich dazu beigetragen, dass sich der Verein Schweizerischer Irrenärzte, ab 1920 Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie, auf der Jahresversammlung 1868 für die Einführung des No-Restraint-Systems aussprach. Diese Reform bedeutete nicht nur, mechanische Zwangsmittel, wie etwa Zwangsjacken oder Zwangsstühle, zu beseitigen, sondern den Kranken anders zu begegnen, sie sorgfältig zu untersuchen und individuell zu behandeln. Pflegepersonen sollten die Kranken permanent beobachten und beaufsichtigen, um rechtzeitig beginnende Verstimmungen und Erregungen der Kranken zu erkennen und entschärfend einzugreifen. Doch ohne Ausbildung, ohne fachliches Hintergrundwissen und ohne Kenntnisse über die psychiatrische Problematik der Kranken war es für Pflegepersonen schwierig, den ärztlichen Anforderungen und Ansprüchen zu genügen. Psychiater hielten sich mit Informationen zurück, weil sie die Pflegekräfte, die meistens aus der Unterschicht stammten, für wenig bildungsfähig erachteten und ihre eigene Autorität nicht einbüßen wollten. Vielmehr beklagten sie sich über die ungeeigneten Wärter und die damit zusammenhängende große Personalfluktuations.

Dass eine freiere Anstaltsbehandlung auch eine Kehrseite hatte und zu folgenschweren Vorkommnissen führen konnte, waren sich die Anstaltsdirektoren bewusst. Dass Suizide kaum zu vermeiden waren, belegen die aufgeführten Fälle in den Jahresberichten der Friedmatt. Ein „melancholischer Kranker“ lief einem Pfleger auf einem Spaziergang davon und stürzte sich unter einen vorüberfahrenden Schnellzug. 1889 schrieb Wille im Jahresbericht:

Wer solche Situationen objektiv und erfahrungsgemäss beurteilen kann, wird einem solchen Pfleger, wenn er sonst als pflichtgetreu und zuverlässig sich bewährt hat, keine allzu grosse Schuld an dem Unglück zuteilen, selbst wenn nach der Tat der Gedanke sich aufdrängt, dass sie unter Berücksichtigung aller Umstände höchst wahrscheinlich hätte verhindert werden können [...].⁶

Ähnlich urteilte er über den folgenden Fall: Ein älterer Patient mit der Diagnose „schwere hypochondrische Melancholie mit mannigfachen Zwangsvorstellungen“ wurde wegen seiner Angstzustände lückenlos betreut. Doch er wählte genau den Moment, um sich zu erhängen, als der Pfleger hinausging, um ihm eine Tasse Kaffee zu holen. Da der Patient gut geschlafen und sich mit ihm unterhalten hatte, ging der Pfleger davon aus, er könne ihn wenige Minuten allein lassen.⁷ 1890 konnte sich ein 58-jähriger Patient mit „depressiver Paranoia“ im Schlafsaal in unmittelbarer Nähe des Pflegers an seinem Bettgestell mittels seines Taschentuchs aufhängen, ohne dass dieser oder einer der anderen Kranken etwas bemerkte. Weil das bisherige Verhalten des Kranken nie auf eine solche Absicht hingedeutet habe, sei der Suizid für alle überraschend gekommen.⁸

⁵ Vgl. zum No-Restraint-System Sammet 2004; Aan de Stegge 2005.

⁶ Wille 1889, S. 4.

⁷ Wille 1892, S. 5.

⁸ Wille 1890, S. 5.

In den Jahresberichten bemühte sich der Direktor, das Pflegepersonal zu entlasten, denn diese Rechenschaftsberichte waren für Behörden und Geldgeber bestimmt. Eine Schuldzuweisung wäre auf ihn zurückgefallen. Man hätte ihm vorwerfen können, ungeeignetes Personal anzustellen.

Doch in einem Fall kritisierte er im Jahresbericht die „Nachlässigkeit“ des Pflegepersonals, als es 1901 einem Patienten gelang, tagsüber aus der Anstalt zu flüchten. Die Pfleger suchten vergeblich nach ihm. Die Hoffnung, dass er zu seiner Familie zurückgekehrt sei, zerschlug sich, als er nach acht Tagen tot in einem Fluss aufgefunden wurde. „Bei korrekter Handlungsweise“ hätte der Todesfall verhindert werden können, meinte Wille.⁹ Doch was „eine korrekte Handlungsweise“ bedeutete, lernte das Pflegepersonal um 1900 ohne Ausbildung nur ungenügend kennen. Für alle in der Psychiatrie war es schwierig, solche unberechenbaren Handlungen korrekt einzuschätzen. Wenn Suizide nicht vermieden werden konnten, lösten sie unter dem ärztlichen und pflegerischen Personal Betroffenheit aus.

3 Entweichungen mit Folgen

Verknüpft mit der Forderung nach einer Pflegeausbildung begann sich das Personal zu Beginn des 20. Jahrhunderts gewerkschaftlich zu organisieren und die Verberuflichung voranzutreiben. In der Berufszeitschrift *Kranken- und Irrenpflege*, die 1922 erstmals herauskam, erschienen neben gewerkschaftlichen Artikeln auch Fachbeiträge von Psychiatern.

Im Jahr 1924 wurde in den Schweizer Anstalten eine große Umfrage unter dem psychiatrischen Pflegepersonal durchgeführt, deren Ergebnisse in der Zeitschrift veröffentlicht wurden. Schwerpunkt war das Thema der Entweichungen, die gerade bei suizidalen Kranken sehr gefürchtet waren.¹⁰ Neben einer Typologisierung von Kranken, die zur Flucht neigten, wurden Fluchtgründe, Fluchtarten und Instrumente sowie Fragen zur Verhinderung von Entweichungen angesprochen.

Solange Kranke gegen ihren Willen aufgenommen wurden, gehörte die Frage von Flucht und Entweichung zum Anstaltsalltag. Es war immer möglich, sich aus der Anstalt zu entfernen, etwa auf Spaziergängen fortzurennen, von Ausgängen aus der Stadt nicht mehr zurückzukehren oder sich bei der Feldarbeit davon zu machen. Auch aus geschlossenen Abteilungen war es nicht unmöglich, durch List, Glück, gute Vorbereitung oder mit fremder Hilfe auszubrechen. Einige Vorfälle aus den Personal- und Patientenakten der Friedmatt illustrieren dies.

Ein junger Pfleger war nach einem Jahr Probezeit erst seit wenigen Wochen festangestellt. Er hatte an einem Sonntag im August 1922 im Garten Aufsichtsdienst, als einem Patienten die Flucht aus dem Areal gelang. Als der Pfleger sein Fehlen bemerkte, machte er sich sofort auf die Suche. Der Vorfall endete glimpflich, der Patient wurde aufgegriffen und mit einer Droschke zurückgebracht. Dem Pfleger wurden die Transportkosten auferlegt, beziehungsweise gleich von seinem Lohn abgezogen. Gegen diese Verfügung legte die Gewerkschaft Rekurs ein mit der Begründung, dass die fehlende Übersicht im Garten verhindert hätte, dass er dem Patienten rechtzeitig auf die Spur kommen konnte; das hätten auch Kollegen bestä-

⁹ Wille 1901, S. 3.

¹⁰ N. N.: Ueber Entweichungen 1924.

tigt. Die Strafe sei zu hart, weil der Pfleger noch nie gemahnt oder gebüsst worden sei.¹¹ Die Aufsichtskommission sah sich den Garten an, lehnte aber das Begehren ab. Sie schrieb, dass der Pfleger von seinem Standort aus genügend Sicht gehabt hätte, um den Patienten zu beobachten, und mahnte, dass man auf die wenigen „fluchtverdächtigen Kranken“ besonders aufpassen müsse.¹² Gemäß Strafreglement hätte sie ihm bei Vernachlässigung des Dienstes oder Verletzung der Hausordnung sogar eine Geldstrafe bis zu fünf Tageslöhnen auferlegen können.¹³

Einige Jahre später, als sich Entweichungen von Patienten häuften, wurde in der Aufsichtskommission die Frage der Busse für die dafür verantwortlichen Pfleger grundsätzlich diskutiert. Ausschlaggebend war ein konkreter Fall, als ein Pfleger die Flucht eines Patienten, der bereits einen Suizidversuch unternommen hatte, nicht verhindert hatte. Nach einer längeren Diskussion büßte man ihn mit dreißig Franken sowie den Kosten für den Rücktransport.¹⁴

Einer 66-jährigen Patientin, die seit 1912 fünf Mal für kurze oder längere Zeit in der Friedmatt untergebracht war, gelang 1947 ihrer Krankenakte zufolge auf spektakuläre Weise die Flucht. Weil sie Ärzte und Pflegerinnen wegen ihrer Entlassung „bestürmte“, wurde sie an einem Vormittag in die Toilette eingesperrt. Sie sollte später auf eine andere Abteilung verlegt werden. Doch in der Toilette stieg sie über die Wand und verließ das Haus durch ein Wachaufenster in einem unbewachten Moment und floh über den Bretterzaun. So hatte sie sich selbst entlassen, wie es in ihrer Krankengeschichte lakonisch hieß.¹⁵

In einem anderen Fall misslang einem 36-jährigen Patienten mit der Diagnose „Defekthebephrenie“, eine schwere psychische Erkrankung mit ungünstiger Prognose, 1935 ein erster Fluchtversuch, doch kurz darauf konnte er über den Gartenzaun flüchten. Zwei Wochen später riefen Verwandte aus dem französischen Nancy an, dass sie ihn gesehen und ihm Geld gegeben hätten, ihn aber nicht überzeugen konnten, bei ihnen zu bleiben. Ein Pfleger wurde beauftragt, den Patienten zurückzuholen, was offenbar problemlos möglich war. Der Patient sträubte sich gemäß seiner Krankenakte nicht gegen die Rückkehr in die Friedmatt.¹⁶

Der Oberpfleger der Friedmatt Franz Küpfer (1904–1967) unterschied in seinem Leitfaden zur praktischen Psychiatriepflege bei Entweichungen zwischen „harmlosen Fluchtgefährlichen“, wie „Senile, Arteriosklerotiker oder auch gewisse Schwachsinnige“, und „gefährlichen Kranken“. Erstere würden planlos fortlaufen, wenn sie die Gelegenheit dazu fänden. Man müsse sie sofort suchen, weil sie verunfallen oder im Winter erfrieren könnten. Unter den „gefährlichen Kranken“ subsumierte er „Schizophrene, die unter dem Einfluss von befehlenden Stimmen oder Wahnideen stehen, Kranke, welche Impulsivhandlungen begehen, Epileptiker im Dämmerzustand, manisch Erregte“, zudem „kriminelle Psychopathen“ und „zur Be-

¹¹ Schreiben des Staatsarbeitervereins Basel an die Aufsichtskommission vom 21. August 1922. In: Staatsarchiv Basel-Stadt (StABS): Personaldossier, SD-Reg 2a 991.

¹² Protokoll der Aufsichtskommission vom 30. August 1922 und Schreiben der Aufsichtskommission vom 31. August 1922. In: StABS: Personaldossier, SD-Reg 2a 991.

¹³ Dienstordnung für das Wartpersonal der Irrenanstalt von 1886, § 13, 2. Geldstrafen bis zu Fr. 5.– [entsprach etwa 5 Tageslöhnen]. In: StABS: San-Akten T 2a.

¹⁴ Protokoll der Aufsichtskommission vom 11. Juni 1925. In: StABS: San-Akten T 2a.

¹⁵ Eintrag 7. September 1947. In: StABS: Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK): KG-Archiv, KG 53 (1), Krankengeschichte 6215.

¹⁶ Einträge 28. März und 10. April 1935. In: StABS: UPK, KG-Archiv, KG 53 (1), Krankengeschichte 2912.

gutachtung anvertraute Untersuchungsgefangene“. Vor den Nachforschungen müssten die Vorgesetzten informiert werden. Wenn die Suche erfolglos bliebe, seien die Angehörigen zu kontaktieren, damit sie melden könnten, wenn der oder die Kranke auftauche. Schließlich sei die Polizei zu informieren mit den genauen Angaben zur gesuchten Person. Bei selbst- oder fremdgefährdenden Kranken sollte ein Polizeihund angefordert werden, um die Spur aufzunehmen.¹⁷ Zwar verliefen solche Entweichungen meistens ohne schwerwiegende Folgen, aber wegen der unberechenbaren Krankheitszustände wusste das Pflegepersonal nie genau, was passieren würde.

4 Suizid mit gerichtlichem Nachspiel

Anstaltsdirektor Ernst Rüdin (1874–1952), der die Friedmatt von 1925 bis 1928 leitete, beantragte bei Amtsantritt einige ihm notwendig erscheinende bauliche Änderungen, um die Suizidgefahr zu verringern, obwohl sich seines Erachtens auch in der best eingerichteten Anstalt die Suizide nicht gänzlich verhindern ließen.¹⁸ Unter seiner Leitung ereignete sich ein Suizid, der ein gerichtliches Nachspiel hatte. Albert E. war mit der Diagnose Depression Anfang Mai 1928 in Begleitung von Ehefrau und Vater eingetreten, nachdem er immer stärker suizidale Ideen geäußert und möglicherweise bereits einen Suizidversuch unternommen hatte. Nach acht Wochen im Wachsaal verordnete der Direktor Arbeitstherapie. Der Pfleger führte ihn mit drei Patienten zur Feldarbeit. Als sie an einem Gebäude vorbeikamen, an dem eine Leiter für Renovationsarbeiten stand, riss sich E. los und kletterte die Leiter hoch. Obwohl der Pfleger ihm sofort folgte und ihn noch am Fuß erwischte, stieß ihn E. weg und stürzte sich kopfveran vom Dach. Er war sofort tot.

Seine Frau war überzeugt, dass die Anstaltsleitung für den Tod ihres Mannes verantwortlich war. Deshalb forderte sie eine Abfindung, da sie mit den zwei kleinen Söhnen in ärmlichen Verhältnissen lebte und ohne Lohn des Mannes, der als Maler gearbeitet hatte, kaum mehr über die Runden kam. Der zuständige Arzt schrieb ihrem Anwalt, dass die Anstalt keine Schuld treffe, „weil die Überwachung fachgemäss ausgeführt worden war“. Einzig durch eine unglückliche Verkettung von Umständen habe der „Unfall“ zustande kommen können. Auch „bei zuverlässiger und genauester Überwachung“ könnten Suizide und Selbstverletzungen „gelegentlich“ vorkommen. „Bei dem raschen, impulsiven Handeln des Kranken und bei der vorschriftsgemässen Nähe des überwachenden Pflegers kann niemandem eine Schuld beigemessen werden“, ergänzte er.¹⁹

Während die Aufsichtskommission der Witwe eine Abfindungssumme zugestanden hätte, um einen Gerichtsprozess zu vermeiden, war das Sanitätsdepartement gegen jede Entschädigungszahlung, um keinen Präzedenzfall zu schaffen. So ließ es aus prinzipiellen Gründen den Fall gerichtlich klären. Das Zivilgericht entschied zugunsten der Anstaltsdirektion und wies die Entschädigungsforderung ab. Die Überwachung des Patienten auf dem Weg zur Arbeitstherapie sei genügend gewährleistet gewesen. Ob er länger im Wachsaal hätte bleiben sollen, sei eine Ermessensfrage, die in der Medizin unterschiedlich beantwortet werde könne. Gemäß den Arztkollegen sei der Direktor, der inzwischen nicht mehr in der Friedmatt

¹⁷ Küpfer 1944.

¹⁸ Protokoll der Aufsichtskommission vom 23. Oktober 1925. In: StABS: San-Akten T 2a.

¹⁹ Schreiben des Arztes an den Anwalt vom 7. Dezember 1928. In: StABS: UPK, KG-Archiv, KG 53 (1), Krankengeschichte 10628.

arbeitete, „in der Behandlung solcher Fälle vielleicht etwas unvorsichtig gewesen, vielleicht sogar bewusst.“ Es habe zu seinen therapeutischen Ansichten gehört.²⁰ In keinem Moment wurde der Pfleger für den Suizid verantwortlich gemacht. Es wurde hervorgehoben, dass er E., der als Maler wohl geübter auf Leitern kletterte, sofort nachstieg und sich dabei sogar selbst in Gefahr brachte.

Nicht nur wegen der unterschiedlichen Lehrmeinung über den Umgang mit suizidalen Patientinnen und Patienten, sondern auch aus machtpolitischen Gründen hatte die Witwe, eine Frau aus der Unterschicht, trotz anwaltschaftlicher Unterstützung keine Chance, ihre Forderung gegen die Behörden durchzubringen. Künftig hätte die Friedmatt bei jedem Suizid die Frage einer Entschädigung klären müssen. Dieses finanzielle Risiko wollten die Anstalt und die Regierung unter keinen Umständen eingehen.

5 Pflege von suizidalen Kranken in Theorie und Praxis

Bevor 1930 das für die folgenden drei Jahrzehnte maßgebliche Lehrbuch für Psychiatriepflege in der Schweiz erschien, benutzten die Dozenten der ersten Ausbildungskurse in der Deutschschweiz als Unterrichtsunterlagen das Lehrbuch „Geisteskrankenpflege“ von Valentin Faltlhauser und das Handbuch „Der seelisch kranke Mensch und seine Pflege“ von Karin Neuman-Rahn.²¹ Beide Lehrbücher schrieben vor allem den Kranken mit der Diagnose „Melancholie“ respektive „Depression“ eine Selbstgefährdung zu. Die Gefahr eines Suizids bestehe besonders zu Beginn und beim Abklingen der Erkrankung. Die Pflege verlange die sorgfältigste Überwachung, denn jeder unbewachte Moment reiche aus, dass sich der Kranke das Leben nehme. Eine Pflegeperson dürfe niemals glauben, dass der Patient gesund sei, auch wenn er äußerlich ruhig zu sein scheint und auf seine Entlassung wartet.

Auch der Berner Psychiater Walter Morgenthaler (1882–1965), Verfasser des ersten schweizerischen Lehrbuchs „Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken“, schrieb, dass die „Bekämpfung und Verhütung der Selbstmorde und richtige sachgemäße Pflege der Selbstmordgefährlichen eine der wichtigsten, aber auch eine der schwierigsten Aufgaben der Anstalt und des Pflegepersonals“ sei.²² Morgenthaler widmete ein Kapitel dem „Verhalten bei Depressierten und Selbstgefährlichen“ und erläuterte, welches Risiko eines Suizids bei den verschiedenen Diagnosen bestand, welcher Zeitpunkt des Anstaltsaufenthalts besonders heikel war, welche Suizidmethoden vorkamen und welche Anforderungen an die Pflege gestellt werden mussten.²³ Bis zur sechsten Auflage des Lehrbuchs von 1954 hielt er daran fest, dass „die allergenaueste Ueberwachung“, die „keine Sekunde nachlassen“ dürfe, zentral sei. Minutiös wies er in jeder möglichen Situation auf die Gefahren für suizidale Kranke hin. Seines Erachtens gehörten sie ins Bett. Dazu schrieb er beispielsweise, dass das Bett nicht zu nahe beim Fenster stehen dürfe, für den Pfleger gut überblickbar, schnell erreichbar und nachts genügend beleuchtet sein müsse. Der Kranke dürfe sich „nicht unter der Decke verkriechen“, müsse allenfalls die Hände über der Decke halten, er müsse auf die Toilette begleitet werden. In der Badewanne müsse er in möglichst niedrigem Wasser, eventuell auf einem Lein-

²⁰ Schreiben der Aufsichtskommission an das Sanitätsdepartement vom 19. Juni 1929. In: StABS: UPK, KG-Archiv, KG 53 (1), Krankengeschichte 10628.

²¹ Faltlhauser 1923, S. 168; Neuman-Rahn 1925, S. 99.

²² Morgenthaler 1930, S. 180.

²³ Morgenthaler 1930, S. 179–186, derselbe Wortlaut bis zur 6. Auflage, 1954.

tuch liegend, gebadet werden. Auf Spaziergängen müsse der begleitende Pfleger größte Vorsicht in der Nähe von Wasser, von Eisenbahnen und Autos sowie beim Überqueren von Brücken und in unübersichtlichem Gelände walten lassen.

Detailliert erläuterte Morgenthaler die möglichen Gefahren bei der Medikamentenausteilung und Essensausgabe. Fremd- und selbstgefährdende Kranke erhielten nur Löffel zum Essen. In der Friedmatt mussten ausgeteilte Messer nach dem Essen gezählt werden, um sicher zu sein, dass keines entwendet worden war. Als nach einem Frühstück im Juli 1946 auf einer Männerabteilung zwölf Messer fehlten, verursachte dies eine große Aufregung.²⁴ Der Pfleger hatte am Abend zuvor nur der Nachtwache rapportiert, dass Messer fehlten. Er war davon ausgegangen, dass sie irrtümlich in einer anderen Schublade versorgt worden waren. Bei einem fehlenden Messer hätte die Gefahr bestanden, dass es „in gefährlicher Absicht“ auf die Seite geschafft worden sei, nicht aber bei dieser großen Anzahl, verteidigte er seine Unterlassung und fügte hinzu, dass im Übrigen der „Küchenpfleger“ für die Kontrolle verantwortlich sei. Später fand der Oberpfleger die Messer im Zimmer eines Patienten „unter einem zusammengelegten Molton am Boden“. Bei einer Unterredung gestand der Pfleger, den Patienten erlaubt zu haben, aus dem Esszimmer in den Garten zu gehen, bevor die Messer nachgezählt waren. Man habe dies häufig so gemacht, um die Patienten nicht so lange am Tisch halten zu müssen, bis das Besteck abgewaschen und gezählt war. Für diesen Fehler und die fehlende Rapportierung an die Vorgesetzten erhielt er einen schriftlichen Verweis.²⁵

Diese Begebenheit zeigt, dass Pflegepersonen im Anstaltsalltag abwägen mussten, ob sie genauestens alle Regeln befolgten oder ob sie den Patienten und Patientinnen zuversichtlich einen gewissen Freiraum offenhielten, in diesem Fall also nach dem Essen nicht am Tisch warten ließen.

Auch ausgebildetes und qualifiziertes Pflegepersonal konnte einen Suizid oder einen Suizidversuch nicht immer verhindern. Bei der Patientin Berta Z. schien nichts darauf hinzudeuten, dass sie suizidal war, wie die Pflegerin rapportierte, nachdem sie diese an einem Nachmittag 1943 in der Laube erhängt aufgefunden hatte.²⁶ Die Patientin war während zehn bis zwanzig Minuten unbeobachtet gewesen. Sofortige von der Pflegerin in die Wege geleitete Wiederbelebungsversuche mit einem Notfallbeatmungsgerät blieben erfolglos. Die Patientin wurde zwar in der Krankenakte als depressiv und verzweifelt wegen ihres Kindes, das in einem Heim untergebracht war, geschildert, aber weder die Pflegerinnen noch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte hatten die Gefahr erkannt.

Wie jeder außergewöhnliche Zwischenfall verlangte auch dieser unerwartete Suizid eine genaue Aufklärung. Alle bei der Betreuung der Patientin involvierten Pflegerinnen mussten einen Rapport verfassen. Auch eine Patientin, die mit der Verstorbenen gut ausgekommen war, wurde befragt. Dabei stellte sich heraus, dass die Nachtwache einer Pflegerin vor einigen Wochen mitgeteilt hatte, dass Frau Z. geäußert habe, „sie würde am liebsten sterben“. Offensichtlich hatten die Pflegerinnen diese Bemerkung nicht so gewichtet, dass sie sie rap-

²⁴ Rapport über fehlende Messer auf ME 1 am 21./22. Juli 1946 vom 22. Juli 1946. In: StABS: Personaldossier: SD-REG 2b 2-2-3 (1) 47.

²⁵ Unterredung vom 26. Juli 1946 und Verweis vom 30. Juli 1946. In: StABS: Personaldossier: SD-REG 2b 2-2-3 (1) 47.

²⁶ Rapport von L. K. vom 11. August 1943. In: StABS: UPK, KG 53 (1), Krankengeschichte 8626.

portiert hätten. Denn eine Eintragung im Rapportbuch hätte eine strenge Überwachung ausgelöst.

Im Bericht an die oberste Behörde, das Sanitätsdepartement, das über solche Vorkommnisse informiert werden musste, hielt der Arzt fest, dass lediglich bekannt gewesen sei, dass die Patientin im Zusammenhang mit Ehekonflikten fünf Jahre zuvor einen Suizidversuch unternommen habe, den sie seither aber nicht wiederholt habe. Man habe keinen Anlass gehabt, die Patientin als ausdrücklich suizidal anzusehen und sie besonders zu überwachen, man habe geglaubt, eine „etwas freiere Behandlung“, nämlich unbegleitete Spaziergänge im Garten, verantworten zu dürfen. Es handle sich „um einen jener abrupten und unvorhersehbaren Handlungen Schizophrener, die am häufigsten zu Beginn der Erkrankung, seltener aber auch im späteren Verlauf vorkommen können“, erklärte der Arzt und beschrieb das Dilemma:

Wenn man sich durch eine viel strengere Bewachung gegen jeden solcher Zwischenfälle vorsehen wollte, würden dadurch auf der anderen Seite die individuelle Behandlung, die psychotherapeutische Berücksichtigung des Charakters und die besonderen Wünsche eines Kranken in Frage gestellt und manche Besserungsmöglichkeit verunmöglicht.²⁷

Damit wollte er bei der Behörde Verständnis für die Entscheidung wecken, dass nicht jedes Risiko abgesichert werden konnte.

Pflegepersonen mussten abwägen, ob sie alle Regeln genauestens befolgen wollten oder ob sie den Patienten und Patientinnen vertrauensvoll einen gewissen Freiraum offenhielten, sie also nicht unnötig einengten. Diese Gratwanderung sprach Morgenthaler auch im Lehrbuch an, wenn er eine „peinlich strenge“ Überwachung zur Suizidprophylaxe forderte, die aber niemals in eine „gedankenlose Quälerei des Kranken ausarten“ dürfe. Dennoch setzte er die Priorität auf eine lückenlose Beaufsichtigung. Erst in der siebten Auflage des Lehrbuchs von 1962 revidierte er seine Haltung und schrieb, dass „die zu strenge Überwachung für den Kranken eine Quälerei“ sei. Und er ging noch weiter, dass eine scharfe Kontrolle die Patienten nicht nur beunruhige, sondern direkt zu weiteren [Suizid-]Versuchen anregen könne.²⁸ Eine „neue freiheitliche und gelockerte Behandlung“ habe gezeigt, dass die Häufigkeit der Suizide nicht zunehme, sondern sogar deutlich zurückgehe. Der Beginn der 1960er Jahre läutete in der Psychiatrie eine neue Ära ein, die vom hierarchischen und autoritären System langsam wegkam.

6 Kontroverse zwischen Psychiatrie und Pflege um das Wissen über Kranke

Wie weit sollten Pflegepersonen Hintergrundinformationen über die ihnen anvertrauten Patienten und Patientinnen erhalten? Zwar vertrat der Oberpfleger Küpfer im oben erwähnten Leitfaden die Meinung, dass das Personal auf „gefährliche Kranke“ hingewiesen werden sollte. Doch in vielen Anstalten war das nicht der Fall.

²⁷ Bericht der Friedmatt an das Sanitätsdepartement mit Kopien an die Mitglieder der Aufsichtskommission vom 12. August 1943. In: StABS: UPK, KG 53 (1), Krankengeschichte 8626.

²⁸ Morgenthaler 1962, S. 228.

Vor 1950 wurde während Jahren unter Psychiatern und Pflegepersonen kontrovers diskutiert, wieviel Informationen die Pflegenden über Patienten und Patientinnen erhalten sollen und ob sie Einsicht in die Krankenakten nehmen dürfen. Es ging um die Frage, wer „Herrscher des Aufschreibesystems“ sei. Etliche Psychiater bestritten den Pflegenden das Recht auf Einsichtnahme in die Krankenakten. Die psychiatrische Krankengeschichte, die „Vorgeschichte, Befund und Krankheitsverlauf“ beinhalte, gebe die Ansicht des Arztes wieder und unterliege dem ärztlichen Berufsgeheimnis, argumentierte ein Psychiater. Deshalb dürften Pflegenden nur in Ausnahmefällen Einsicht nehmen. Der „medizinische Jargon“ habe Moden, die wissenschaftliche Meinung ändere sich, neue Fragestellungen tauchen auf, dadurch könne die persönliche Meinung und Deutung des Arztes an Wert verlieren. Er wollte verhindern, dass Pflegepersonen von ärztlichen Fehleinschätzungen und Irrtümern erfuhren. Der Arzt könne „verantwortungsbewusste, gewissenhafte psychiatrische Arbeit“ nur leisten, wenn er Beobachtungen und Verläufe in einer Krankengeschichte nur „für sich und spätere Generationen“ festhalte.²⁹

Dieser Meinung widersprach ein Psychiaterkollege: Es könnten „Missverständnisse zwischen Arzt und Pfleger“ vermieden werden, wenn der Pfleger „die Vorgeschichte des Einzelfalls“ kenne.³⁰ Informiertes Personal könne Kranke individueller und adäquater betreuen.

Auch ein Pfleger, der sich mit der pflegerischen Verantwortung befasste, kritisierte das Misstrauen der Anstaltsleitungen, die den Pflegepersonen nichts über den Hintergrund eines Kranken mitteilten.³¹ Gerade bei forensischen Patienten sei ihre Aufsichtspflicht zentral. Sie müssten deshalb über „Patienten mit verbrecherischer Neigung“, die zur Begutachtung ihrer Zurechnungsfähigkeit interniert seien, informiert werden, um passend handeln zu können, schließlich seien sie „Krankenpfleger“ und nicht „Kerkermeister“. „Schweigen und Misstrauen gegenüber dem Personal“ führe nur „zu Aerger und Schaden für beide Teile“. Es sei ein Fehler vieler Anstaltsleitungen, dass Krankengeschichten dem Pflegepersonal als „strengstes Geheimnis“ vorenthalten würden. Ein guter Pfleger sei sich über die Schweigepflicht im Klaren.

Der Konflikt um die Einsichtnahme in die Krankenakten zeigte erneut, dass unter Psychiatern die Furcht vor Autoritätsverlust gegenüber dem Pflegepersonal, ihrem Hilfspersonal, verbreitet war. Diese Konfliktlinie trat schon bei der Einführung der Ausbildung in den 1920er Jahren zutage. Gerade weil sich das psychiatrische Fachwissen in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts noch wenig gefestigt hatte, befürchteten Psychiater, dass ausgebildetes und informiertes Pflegepersonal ihre Vormachtstellung infrage stellen würde und sie ihre Macht im Anstaltsalltag verlören.³² Auch in der Friedmatt hatte das Pflegepersonal weder Einsicht in die Krankenakten noch konnte es selbst hineinschreiben.

7 Suizide in der Erinnerung von ehemaligen Pflegepersonen

Suizidversuche und Suizide machten alle Mitarbeitenden betroffen. Sie suchten nach eigenen Versäumnissen und Fehlern. Auch noch Jahre und Jahrzehnte später konnte es sein, dass ein Suizid ihnen keine Ruhe ließ und sie sich an jedes Detail erinnerten. Dies stellte ich

²⁹ Pflugfelder 1958, S. 225–229.

³⁰ Straus 1937, S. 3.

³¹ Für das Folgende: E. E. 1928, S. 149–152, und ders. 1931, S. 215–217.

³² Radkau 1997, S. 86.

in Interviews mit langjährigen Psychiatrieschwestern und -pflegern fest. Keiner meiner Gesprächspartnerinnen und -partner erwähnte Suizide oder Suizidversuche ohne Emotionen.

Noch in den 1920er Jahren seien in der Friedmatt Kranke mit Lederriemen an einem Bein im Bett befestigt worden, erzählte die pensionierte Psychiatrieschwester Rosa S. Die Pflegenden hatten einen Schlüssel, um die Fixierungen zu lösen. „Es hatte doch Patienten, die sich halt ein Leid angetan hätten,“ erklärte sie.³³

Über eine belastende Erinnerung berichtete mir die pensionierte Psychiatrieschwester Ida D. Einem Patienten war es gelungen, sich das Leben zu nehmen. Sie begleitete ihn auf einem vom Arzt bewilligten Spaziergang, war aber wegen einer Handverletzung eingeschränkt: „Das war ein älterer Herr, der wollte natürlich schon sterben, das war in ihm drin, aber er hatte [zuvor] keine Gelegenheit gehabt.“³⁴ Am Vortag war er nämlich mit einer Pflegerin draußen gewesen, die ihn hatte zurückhalten können. Als er nun außerhalb des Areals in einen Bach sprang, konnte Ida D. ihn wegen ihrer einbandagierten Hand nicht herausziehen.

Der Pfleger Fritz D. konnte einmal gerade rechtzeitig einen Patienten, der sich „aufgehängt“ hatte, abnehmen, „hat er noch gezappelt, ist also davon gekommen“.³⁵ Mit dieser schnodderigen Formulierung versuchte er zu verbergen, dass der Vorfall ihn betroffen gemacht hatte, dass er froh gewesen war, den Patienten noch gerettet zu haben. Im Verlauf des Gesprächs kam er nochmals auf das Thema zurück: „Ich habe Glück gehabt, dass mir nie etwas passiert ist, draussen, dass keiner Suizid machte, als ich Dienst hatte, Aufsicht im Wachsaal; nichts, da war man froh.“

Andere Interviewte zeigten sich ebenso erleichtert, wenn sie nicht selbst in einen Suizid involviert waren. Die pensionierte Psychiatrieschwester Helena F. etwa erzählte von einem jungen Mann, der sich zu Hause Arsen verschafft hatte und kurz vor ihrem Schichtbeginn daran gestorben war, nachdem er es in der Anstalt eingenommen hatte.³⁶ Aus seiner Krankengeschichte konnte der Vorfall detailliert eruiert werden.³⁷ Obwohl der erst 19jährige Max U., der 1946 mit der Diagnose „Hebephrenie“ in der Friedmatt Patient war, sich von Beginn an mit Fragen von Mord und Selbstmord beschäftigte und seine Aussagen im Verlaufsblatt festgehalten wurden, ließ sich sein Tod nicht verhindern. Auf seinen Wunsch nach weiblicher Pflege hatte man ihn auf die Privatabteilung der Frauenseite verlegt. Dort klagte eine Mitpatientin der Abteilungspflegerin, dass Max U. von seinen „Mordgelüsten“ und von seinem Vorhaben über das folgende Wochenende gesprochen habe, worauf sie selbst aus Angst in einem anderen Pavillon übernachten wollte. Einige Tage später berichtete ein anderer Patient dem Oberpfleger, dass Max U. „merkwürdige Aussprüche“ getan habe, er wolle einmal sehen, „wie es auf der andern Seite sei“. Der Mitpatient befürchtete, dass er „etwas gegen sich selbst im Schild“ führe. Hierauf wurde der am Sonntag diensthabende Arzt informiert, nach dessen Rückkehr in die Klinik mit ihm zu sprechen. Gemäß Verlaufsblatt kam der Patient in Begleitung seines Vaters gut gelaunt zurück und wurde auf seine „Mord- und Selbstmordgedanken“ angesprochen. Er behauptete, er sehe zuversichtlich in die Zukunft, es sei

³³ Interview mit Rosa S. vom 29. April 1989.

³⁴ Interview mit Ida D. vom 30. Mai 1989.

³⁵ Interview mit Fritz D. vom 25. Mai 1989.

³⁶ Interview mit Helena F. vom 11. Mai 1989.

³⁷ Einträge vom 28. Juli und 3. August 1946. In: StABS: UPK, KG 53 (1) Krankengeschichte 1858.

nun „alles überlebt und gegenstandslos“ geworden. Doch wenige Stunden später telefonierte die Pflegerin dem Arzt, dass ein Patient von U.'s Suizidgedanken und einem Fläschchen Gift berichtet habe. Obwohl der Abteilungspflegerin an seinem Verhalten nichts aufgefallen war – er rauchte im Aufenthaltsraum eine „Brissago“, – beauftragte der Arzt sie, diskret sein Nachttischchen und das Zimmer zu durchsuchen und den Patienten im Auge zu behalten. Eine knappe halbe Stunde später rief sie zurück, dass es ihm wahrscheinlich von der Zigarre schlecht geworden sei, dass er sehr bleich sei und sich erbrochen habe. Kurze Zeit später telefonierte sie erneut, dass er sehr schlecht dran sei und soeben gestanden habe, vor drei Minuten ein Fläschchen mit Zyankali ausgetrunken zu haben. Der Patient wurde sogleich in das Behandlungszimmer verlegt und mit den zur Verfügung stehenden medizinischen Möglichkeiten wie Mund- und Magenspülung, Injektionen des Herzmittels Coramin und Verabreichung von Sauerstoff gegen die Atemnot behandelt. Doch früh morgens starb der Patient an den Folgen der Vergiftung. Gemäß Schreiben des Kinder- und Jugendpsychiaters Carl Haffter (1909–1996) an das Sanitätsdepartement über den Unglücksfall hätte der Suizid nur verhütet werden können, wenn man den jungen Mann, dessen „Prognose äusserst ungünstig“ war, „dauernd in einer völlig geschlossenen Abteilung gehalten und ihm keinen Ausgang gestattet hätte.“³⁸

8 Handlungsspielraum des Pflegepersonals

Das ethische Dilemma, einen suizidalen Patienten womöglich gegen seinen Willen dauernd zu überwachen oder ihm einen mit Risiko verbundenen persönlichen Freiraum zu gewähren, war der psychiatrischen und pflegerischen Behandlung inhärent.

Ärztliches und pflegerisches Personal hatten sich in jedem Einzelfall damit auseinanderzusetzen und zu entscheiden. Morgenthaler beschrieb in verschiedenen Artikeln diesen individuellen Handlungsspielraum der Pflegepersonen. Er forderte, dass die ärztlichen Anordnungen zwar „peinlich genau aufgefasst und im Gedächtnis behalten werden“ müssten, aber bei den Kranken „absolut nicht starr und sklavisch durchgeführt werden“ dürften.³⁹ Das psychiatrische Pflegepersonal benötige eine große „Anpassungsfähigkeit und Vielseitigkeit in der Durchführung der Aufgabe und in der Wahl der Mittel“ – in anderen Worten: Es benötige eine große Flexibilität und viel Kreativität bei der individuellen Betreuung. Im psychiatrischen Pflegealltag können sich jederzeit Situationen ergeben, in denen die „ursprünglichen Anordnungen des Arztes nicht mehr pedantisch durchgeführt werden“ können. Deshalb müsse die psychiatrische Pflegeperson von sich aus „die Anordnungen abändern, unterlassen oder ganz neue treffen, alles in möglichst restloser Anpassung sowohl an die veränderte momentane Lage wie auch an die Intentionen und ursprünglichen Anordnungen des Arztes“.⁴⁰ Damit stehe dem Pflegepersonal „eine viel grössere Freiheit der Handlungsfähigkeit“ zu. Diese Anforderung, in jedem Moment abzuwägen, ob so oder anders zu reagieren sei, also die Handlungsmöglichkeiten auszuloten, den Spielraum zu nutzen, sei geradezu eine Bedingung der Psychiatriepflege.

³⁸ Schreiben von Carl Haffter an das Sanitätsdepartement vom 6. August 1946. In: StABS: UPK, KG 53 (1) Krankengeschichte 1858.

³⁹ Morgenthaler 1925, S. 433; Morgenthaler 1926.

⁴⁰ Morgenthaler 1925, S. 433.

Welche Gefahren bei einem solch großen Interpretationsspielraum für das Personal im Anstaltsalltag bestanden, wenn es etwa in den Augen der Vorgesetzten „falsch“ entschieden und gehandelt haben sollte, diskutierte Morgenthaler nicht. Er verschleierte das zwischen Arzt und Pflegeperson bestehende Abhängigkeitsverhältnis und vermittelte den Eindruck, dass beide als gleichberechtigte Subjekte handeln würden. Bedingt durch die Anstaltshierarchie und die ärztlichen Machtbefugnisse entsprach dies nicht der Realität. Durch ihre untergeordnete Stellung konnte eine Pflegeperson nie wissen und nie sicher sein, ob sie im Sinne des Vorgesetzten entschieden und gehandelt hatte.⁴¹ Die Furcht, einen Fehler gemacht zu haben und vor den Direktor zitiert und bestraft zu werden, haben die ehemaligen Psychiatriepflegenden in den Interviews mehrmals thematisiert.

Morgenthaler meinte, mit einer sorgfältigen Selektion, einer fundierten theoretischen Ausbildung und schließlich mit Berufserfahrung könnten die hohen Erwartungen an das Personal erfüllt werden. Er formulierte hier einen Anspruch an die Eigenständigkeit des Berufsfeldes der Psychiatriepflege, wie sie erst in einer viel späteren Professionalisierungsdebatte unter dem Personal selbst thematisiert wurde.⁴²

9 Fazit

Suizidversuche und Suizide in der Psychiatrie lassen sich nicht vermeiden, was Dokumente aus jeder Epoche der Psychiatriegeschichte zeigen, schrieb Asmus Finzen, stellvertretender ärztlicher Direktor der Basler Psychiatrischen Universitätsklinik 1990.⁴³ Die Quellen aus der Basler psychiatrischen Klinik und die aufgeführten Fallbeispiele zeigen nicht nur, dass Suizide seit Eröffnung der damaligen Friedmatt nicht verhindert werden konnten. Sie zeigen auch, dass die Klinikleiter es ablehnten, die Klinik wie ein Gefängnis zu führen, um jedes Risiko zu vermeiden. Sie waren sich dieses ethischen Dilemmas zwischen Gewährung von Freiraum und der Einsperrung bewusst. In der Regel machten sie das Pflegepersonal nicht verantwortlich, wenn sich ein Patient oder eine Patientin das Leben nahm. Nur in wenigen Fällen kritisierten sie eine Pflegeperson, sie habe nachlässig oder fahrlässig gehandelt.

Seit es eine anerkannte Ausbildung für psychiatrische Krankenpflege gibt, ist das Thema Suizid Bestandteil des Curriculums. Angehende Psychiatriepflegepersonen mussten sich damit auseinandersetzen. Das 1930 erstmals herausgegebene Lehrbuch enthielt einige konkrete Hinweise zum Umgang mit suizidalen Kranken.

Auch das aktuelle „Lehrbuch Psychiatrische Pflege“ widmet sich im Kapitel „Suizidalität“ ausführlich der Thematik und hält fest:

Selbsttötungen sind eines der grössten globalen Gesundheitsprobleme und bei psychisch Kranken eine häufige Todesursache. Das Einschätzen des Suizidrisikos, die Pflege suizidaler PatientInnen und das Bewältigen von Suiziden gehören zu den schwierigsten zwischenmenschlichen und fachlichen Herausforderungen in der psychiatrischen Arbeit.⁴⁴

⁴¹ Vgl. zu dieser „Double-Bind-Situation“ Braunschweig 2008.

⁴² Raven 1995, S. 347–355.

⁴³ Finzen 1990, S. 24–25. Finzen war stellvertretender ärztlicher Direktor der UPK von 1987 bis 2003.

⁴⁴ Sauter et al. 2004 (4. vollst. überarb. u. erw. Auflage 2019), S. 940.

Dahinter steht der ethische Grundkonflikt von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung, mit dem sich der Psychiater Tilman Steinert in seiner Forschung zu psychiatrischer Behandlung und Pflege befasst.⁴⁵ Ethische Probleme seien dadurch gekennzeichnet, dass weder wissenschaftlich (medizinisch/psychiatrisch) noch rechtlich eindeutige Problemlösungen und Handlungsvorgaben ableitbar seien. Die Konflikte zentrieren um das Problem der persönlichen Freiheit, etwa in Gestalt der Freiheitsbeschränkung oder -gewährung bei Suizidalität, Fremdgefährdung oder fraglicher Hilflosigkeit und bei der Frage der Behandlung gegen den Willen des oder der Betroffenen. Die Grundfrage, die für die Pflege relevant sei, laute:

Haben wir die persönliche Freiheit des Patienten und seine Willensäußerungen zu respektieren oder müssen wir uns vielmehr zu seinem Wohle, seinem mutmasslichen „echten“ Willen entsprechend, über diese Äusserungen hinwegsetzen?⁴⁶

Steinert siedelt die Antwort zwischen den beiden Polen der Haltung des Liberalismus und derjenigen des Paternalismus an. Eine therapeutische Haltung des Liberalismus ist mit einer gewissen Risikofreudigkeit verbunden und gesteht dem Patienten, der Patientin eine gewisse Selbstbestimmung und Eigenverantwortung zu, während für die therapeutische Grundhaltung des Paternalismus die Sicherheit im Zentrum steht. Welcher Haltung eine Pflegeperson näher steht, hat Auswirkungen auf Entscheidungen in der Alltagsgestaltung einer psychiatrischen Station. Die unterschiedliche Grundhaltung betrifft auch die Betreuung von suicidalen Patientinnen und Patienten. Abteilungssteams seien immer wieder gefordert, sich über ihre Haltung und Werte klar zu werden und entsprechende Maßnahmen auszuhandeln. Eine Grundregel müsse aber unbedingt beachtet werden, schreibt Steinert: „Ethische Konflikte im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Zwang können wir vermeiden, wenn es uns gelingt, den Patienten zu überzeugen!“⁴⁷

Aber manchmal seien die Erfolge der Überzeugungsarbeit trotz pflegerischem Engagement limitiert, dann müssten Pflegepersonen und Behandlungsteams darüber nachdenken, welches Ausmaß von Zwang und Fremdbestimmung ethisch zu rechtfertigen sei. Eine zentrale Voraussetzung, damit Teams bei solch dilemmatischen Entscheidungen funktionieren können, sei eine hohe interkollegiale Solidarität und eine eindeutige Rückendeckung durch Vorgesetzte. Dies sei insbesondere wichtig, wenn in schwierigen Situationen Probleme entstehen oder ein Suizid geschehen ist.

Hilfreich sind dabei auch Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien, die bis dahin übliche Maßnahmen und Verhaltensweisen des Pflegeteams bestätigen oder infrage stellen. In vielen psychiatrischen Kliniken werden Risikopatienten beispielsweise auf geschlossenen Stationen untergebracht. Nur wenn sie von Suizidversuchen und Flucht abgehalten werden, so die Begründung, können sie ausreichend geschützt werden und eine angemessene Therapie erhalten. Doch bisher fehlte der Nachweis, dass geschlossene Stationen selbstgefährdendes Verhalten verhindern würden. Nun zeigte eine große Studie der Universität und der Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) Basel, für die fast 350.000 Fälle in 21 deutschen Kliniken aus 15 Jahren ausgewertet wurden, dass das Risiko, dass Patienten und Patientinnen

⁴⁵ Für das Folgende: Steinert 2001, S. 32–36.

⁴⁶ Steinert 2001, S. 34.

⁴⁷ Steinert 2001, S. 36.

Suizid begehen oder aus der Behandlung entweichen, in ausschließlich offen geführten psychiatrischen Kliniken nicht höher ist als in Kliniken mit geschlossenen Stationen.⁴⁸ “Die Wirkung von geschlossenen Klinikturen wird überschätzt”, meint Erstautor Christian Huber.

Eingeschlossen zu sein, verbessert in unserer Untersuchung die Sicherheit der Patienten nicht und steht der Prävention von Suizid und Entweichung teilweise sogar entgegen. Eine Atmosphäre von Kontrolle, eingeschränkten persönlichen Freiheiten und Zwangsmassnahmen ist eher ein Risikofaktor für eine erfolgreiche Therapie.⁴⁹

Eine “Open Door Policy” erhöht gemäß dieses Studienresultats das Suizidrisiko nicht. Eine ethische Haltung des Liberalismus verschärft also nicht das Suizidrisiko.

Dass Suizide sich nicht grundsätzlich verhindern lassen, hatten Psychiater bereits Ende 19. Jahrhundert erkannt. Aber das Risiko kann minimiert werden, wenn Pflegefachpersonen gut qualifiziert sind und ihnen genügend Ressourcen in der Betreuung zur Verfügung stehen. Dennoch bleibt die Psychiatriepflege eine Gratwanderung zwischen Aufsicht und Fürsorge.

Bibliografie

Ungedruckte Quellen

Dienstordnung für das Wartpersonal der Irrenanstalt von 1886. In: Staatsarchiv Basel-Stadt (StABS): San-Akten T 2a.

Diverse Krankengeschichten. In StABS: Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK): KG-Archiv, KG 53 (1).

Diverse Personaldossiers. In: StABS: SD-Reg 2a.

Diverse Protokolle der Aufsichtskommission. In: StABS: San-Akten T 2a.

Gedruckte Quellen

E., E.: Ueber den Pflegerberuf. Kritische Betrachtungen. In: Kranken- und Irrenpflege 9 (1928), S. 149–152.

E. E.: Patienten mit verbrecherischer Neigung. Erfahrungen und Betrachtungen. In: Kranken- und Irrenpflege 11 (1931), S. 215–217.

Faltlhauser, Valentin: Geisteskrankenpflege. Ein Lehr- und Handbuch zum Unterricht und Selbstunterricht für Irrenpfleger und zur Vorbereitung auf die Pflegerprüfung. Halle a. S. 1923.

Küpfer, Franz: Leitfaden für die praktische Irrenpflege, bearbeitet von Dr. Otto Riggenbach. (Personal- und Anstaltsfragen, 17). Bern 1944, S. 39–41.

Morgenthaler, Walter: Die Stellung des Pflegepersonals für psychisch Kranke zur allgemeinen Krankenpflege. In: Schweizerische Ärztezeitung 48 (1925), S. 431–434.

⁴⁸ Huber et al. 2016, S. 842–849.

⁴⁹ Huber et al. 2016, S. 848.

Morgenthaler, Walter: Der Standpunkt unseres Personals zur Stellung des Pflegepersonals für psychisch Kranke zur allgemeinen Krankenpflege. In: Kranken- und Irrenpflege 8 (1926), S. 48–50.

Morgenthaler, Walter: Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken. (Editions 1–7). Bern 1930–1962.

Neuman-Rahn, Karin: Der seelisch-krank Mensch und seine Pflege. Jena 1925.

Pflugfelder, Gottlob: Dokumentierung der Krankengeschichte. In: Praktische Psychiatrie Pratique 12 (1958), S. 225–229.

Straus, W.: Ueber den Umgang mit verbrecherischen und alkoholkranken Psychopathen. In: Kranken- und Irrenpflege 1 (1937), S. 3.

Ueber Entweichungen. Ergebnisse der dritten Umfrage. In: Kranken- und Irrenpflege (1924), S. 57–59; (1924), S. 63–65; (1924), S. 73–75; (1925), S. 3–4; (1925), S. 10–12.

Wille, Ludwig: Berichte über die Irrenanstalt Basel (annual reports). Basel 1886–1903.

Oral History-Interviews

Interviews mit ehemaligen Pflegepersonen der psychiatrischen Klinik in Basel.

Sekundärliteratur

Aan de Stegge, Cecile: Changing Attitudes Towards “Non-Restraint” in Dutch Psychiatric Nursing, 1897–1994. In: Gijswijt-Hofstra et al.: Psychiatric Cultures Compared. Psychiatry and Mental Health Care in the Twentieth Century: Comparisons and Approaches. Amsterdam 2005, S. 331–358.

Baumann, Ursula: Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert. Weimar 2001.

Bowman, William D.: Suicide and Steinhof (Vienna): Outline Comments Concerning the Understanding and Treatment of Suicidal Patients in the First Decades of the Twentieth Century. In: Gabriel, Heinz E./Martina Gamper (Hg.): Psychiatrische Institutionen in Österreich um 1900. Vienna 2009, S. 73–80.

Braunschweig, Sabine: Zwischen Aufsicht und Betreuung. Berufsbildung und Arbeitsalltag der Psychiatriepflege am Beispiel der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 1886–1960. Zürich 2013.

Braunschweig, Sabine: Kommentar zur Quelle IV, 2 “Arzt und Krankenschwester”. In: Hähner-Rombach, Sylvelyn (Hg.): Quellen zur Geschichte der Krankenpflege. Mit Einführung und Kommentaren. Frankfurt am Main 2008 (unter Mitarbeit von Christoph Schweikardt), S. 509–512.

Finzen, Asmus: Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen. Bonn 1990.

Ginzburg, Carlo/Carlo Poni: Was ist Mikrogeschichte? In: Geschichtswerkstatt 6 (1985), S. 48–52.

- Hintermayr, Michaela Maria: Suizid und Geschlecht in der Moderne. Wissenschaft, Medien und Individuum (Österreich 1870–1970). Berlin 2021.
- Hoffmann, Susanne: Suizidalität im Alltagsdiskurs: Populäre Deutungen des “Selbstmords” im 20. Jahrhundert. In: Historical Social Research / Historische Sozialforschung 4 (2009), S. 188–203.
- Huber, Christian G./Andres R. Schneeberger/Eva Kowalinski et al.: Suicide Risk and Absconding in Psychiatric Hospitals with and without Open Door Policies: A 15-year Naturalistic Observational Study. In: The Lancet 9 (2016), September, S. 842–849.
- Radkau, Joachim: Zum historischen Quellenwert von Patientenakten. Erfahrungen aus Recherchen zur Geschichte der Nervosität. In: Meyer, Dietrich/Bernd Hey (Hg.): Akten betreuer Personen als archivische Aufgabe. Neustadt an der Aisch 1997, S. 73–102.
- Raven, Uwe: Handlungskompetenz in der Pflege und ihre Bedeutung für die Professionalisierung des Berufsfeldes. In: Pflege 4 (1995), S. 347–355.
- Sammet, Kai: Gute Arbeit: “pflichtmässige Führung” und “höhere Anforderungen”: Beurteilungsmuster des Wärterverhaltens und die Einführung des Non Restraint in der Charité in den 1860er Jahren. In: Gesnerus 2 (2004), S. 210–225.
- Sauter, Dorothea/Chris Abderhalden/Ian Needham/Stephan Wolff (Hg.): Lehrbuch Psychiatrische Pflege. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 2004 (4. vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe 2019).
- Steinert, Tilman: Ethische Probleme in der psychiatrischen Behandlung und Pflege. In: Psychiatrische Pflege Heute 7 (2001), S. 32–36.