Wenn Psychiatrienpflegende selbst erkranken : Pflegenkrisen im Alltag einer psychiatrischen Anstalt in den 1930er-Jahren

Autor(en): **Braunschweig, Sabine**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Traverse : Zeitschrift für Geschichte = Revue d'histoire**

Band (Jahr): **19 (2012)**

Heft 2: **PflegeKrisen = Crises des soins**

PDF erstellt am: **27.04.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-391040

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.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

Wenn Psychiatriepflegende selbst erkranken

Pflegekrisen im Alltag einer psychiatrischen Anstalt in den 1930er-Jahren

Sabine Braunschweig

Aufgrund der Doppelfunktion der Psychiatrie – der expliziten Funktion der Betreuung von psychisch erkrankten Menschen und der eher impliziten Anforderung der Aufrechterhaltung der gesellschaftlichen Ordnung – stellt die psychiatrische Krankenpflege ein anspruchsvolles Tätigkeitsfeld dar.[1] Sie befindet sich auf der Gratwanderung, einerseits Verständnis für die Kranken zu haben und andererseits für Disziplin und Ordnung auf der Abteilung zu sorgen. Dieser schwierige Balanceakt führt zu widersprüchlichen Erwartungen an das Pflegepersonal, verlangt Nervenstärke und Gleichmut.

Der Begriff der Pflegekrise wird im Folgenden unter zwei Aspekten beleuchtet. Einerseits frage ich danach, wie Pflegepersonen mit den schwierigen Anforderungen an ihren Dienst umgingen, wie sie die hohen Ansprüche an die eigene Selbstbeherrschung über Jahre hinweg ertrugen? Eine Durchsicht der Personaldossiers der Basler Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt aus der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts zeigt, dass Pflegepersonen in persönliche Arbeitskrisen geraten und selbst psychisch erkranken konnten. Andererseits stellt sich die Frage, wie eine solche persönliche Arbeitskrise die Betreuung und Pflege der Kranken im Abteilungsalltag betraf und eine Krisensituation auslösen konnte.

Zunächst sollen die spezifischen Arbeitsbedingungen in der Psychiatriepflege erläutert werden, um zu zeigen, wie diese die berufliche Belastung verstärken konnten. Danach zeige ich anhand von vier Fallbeispielen, wie sich stressbedingte Beschwerden äussern und welche Folgen sie für die Arbeits- und Lebenssituation von Psychiatriepflegenden haben konnten und welche Abhilfemassnahmen bereits im Untersuchungszeitraum vorgeschlagen wurden. Schliesslich gehe ich auf die Stigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen ein und diskutiere, wie diese auch das Pflegepersonal in der Psychiatrie beeinflusste.

Umfassende soziale Kontrolle

Internat, Berufszölibat, lange Arbeitszeiten, geringe Entlöhnung, wenig Freitage und Ferien sowie eine geringe berufliche Anerkennung prägten die Arbeitsbedingungen des psychiatrischen Pflegepersonals in den meisten schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts. Auch in der Basler Friedmatt hatten die Neueintretenden in der Regel intern zu wohnen, meist in Mehrbettzimmern. Wenn sie nach mindestens drei Dienstjahren ausserhalb der Anstalt wohnen wollten, musste der Anstaltsdirektor ihnen ein entsprechendes Gesuch bewilligen. Die Gesuche des Pflegers L. F. etwa lehnte der Direktor John E. Staehelin (1891–1969) ab, das erste, weil zuwenig internes Personal für den nächtlichen Bereitschaftsdienst zur Verfügung stünde, und das zweite aus Disziplinierungsgründen. F. gehöre zu den jungen Pflegern, die durch Nachlässigkeit im Dienst und Unordentlichkeit im Zimmer, das Externat zu erzwingen versuchten.[2] Hingegen wurde dem Pfleger J. B., der sich verheiraten wollte, das Externat gewährt unter der Bedingung, dass er für die Nachtwachen einen internen Ersatzmann stellen konnte.[3] Bedingt durch das Internat unterstanden die Pflegepersonen einer umfassenden sozialen Kontrolle nicht nur während des Pflegedienstes sondern auch in den freien Stunden. Wenn sie etwa die Anstalt verlassen wollten, hatten sie das Hauptportal zu benützen, die Schlüssel zu hinterlegen und sich ausserhalb der Anstalt «geziemend aufzuführen».[4] L. F. wurde zum Beispiel verwarnt, weil er sich schon «via hintere Porte verbotenerweise aus der Anstalt entfernt» hatte, ohne den Oberpfleger um Erlaubnis zu fragen.[5]

Gemäss der Dienstordnung von 1924 mussten neu eintretende Pflegepersonen jünger als 30 Jahre alt, gesund, ledig und gut beleumundet sein.[6] Die Verheiratung war erst nach mehreren Dienstjahren und nur für Pfleger möglich. Pflegerinnen unterlagen – wie alle weiblichen Staatsbediensteten in Basel – bis in die 1950er-Jahre dem Berufszölibat. Wollten sie sich verheiraten, mussten sie den Staatsdienst verlassen.

Die tägliche Arbeitszeit betrug in der Friedmatt seit 1924 neun Stunden, was im Vergleich zu andern psychiatrischen Anstalten etwas kürzer war. Der Arbeitstag war im Dreischichtenbetrieb organisiert. Pro Woche wurde ein Freitag gewährt. In den ersten drei Dienstjahren hatte das Personal Anspruch auf zwei Wochen Ferien, danach drei Wochen. Die soziale Absicherung des Personals entsprach derjenigen der Baselstädtischen Angestellten. Es gehörte der Krankenkasse an, war verpflichtet der Witwen- und Waisenkasse für die Basler Staatsangestellten beizutreten und hatte Anspruch auf eine Rente nach der Pensionierung. Trat eine Pflegeperson vor dem Pensionsalter aus, erhielt sie eine Prämie.[7]

Durch das Zusammenfallen von Wohn- und Arbeitsort spielten sich soziale Beziehungen unter den Augen des Direktors ab, wie zahlreiche Hinweise in

den Personaldossiers belegen. So berichtete eine Pflegerin dem Direktor von ihren Ängsten und Sorgen. Nachdem sie die freundschaftliche Beziehung mit einem Pfleger beendet habe, würde er sie weiterhin bedrängen und ihr drohen, sie vor ihrem Verlobten schlecht zu machen. Hierauf schrieb der Direktor dem Verlobten und schilderte die Pflegerin als «netten und zuverlässigen, moralisch hochstehenden Character und eine unserer allerbesten Pflegerinnen» und endete, dieser könne keine «bessere Lebensgefährtin» finden.[8]

Nicht nur die PatientInnen waren – entsprechend Goffmans Konzept einer Totalen Institution – einer rigorosen Kontrolle unterworfen, sondern auch das Pflegepersonal.[9] Solange es intern wohnte, hatte die Anstalt Zugriff auf alle Lebensbereiche, wie Arbeit, Wohnen, Freizeit und soziale Kontakte. Eine Dienstanweisung, die aus einer Mischung von «Du sollst»- und «Du darfst nicht»-Geboten mit einem ausgefeilten Bestrafungssystem bestand, hielt die geltenden Regeln fest.[10] Die Abhängigkeit des Pflegepersonals vom Arbeitgeber wurde überdies durch die widersprüchlichen Anforderungen, die den Anstaltsalltag prägten, verschärft: Sollte etwa eine erregte Patientin gegen ihren Willen isoliert werden oder sollten bei ihrem Verbleib auf der Abteilung damit einhergehende allfällige Missstimmungen unter den Patientinnen hingenommen werden? Therapeutische und Ordnungsfunktion, Krankenbetreuung und Einhaltung der Abteilungsordnung waren nicht immer zu vereinbarende Aufgaben und bargen dilemmatische Konfliktsituationen.[11] Immer wieder den eigenen Handlungsspielraum auszuloten und in kritischen Momenten adäquate Entscheidungen zu treffen oder treffen zu müssen, war eine nervenaufreibende Sache. Wie sehr die Meisterung solch schwieriger Situationen erwartet wurde, spiegeln zahlreiche Artikel in der Berufszeitschrift des psychiatrischen Pflegepersonals. So forderte die Psychiatrieschwester Marguerite Wolf in ihrem programmatischen Artikel «Klippen in der Pflege von Gemüts- und Geisteskranken»: «Die Schwester verkörpert den straffen Anstaltsbetrieb, disziplinierte Geistigkeit. Anstaltsdisziplin und Selbstdisziplin sind ihr zur Lebensform geworden.»[12] Dass etliche Pflegepersonen die Klippen im Lauf der Jahre nicht immer gut umschiffen konnten, wird aus den Personaldossiers, den Patientenakten und den Akten der Aufsichtskommission deutlich.

Im Unterschied zur Krankenpflege, die mit körperlich versehrten Kranken zu tun hatte, die sich in der Regel aus eigenem Antrieb in Spitalpflege begaben und für eine umsichtige Betreuung und Pflege meist dankbar waren, war die Klientel der Psychiatriepflege eine andere. Psychisch erkrankte Menschen wurden immer wieder zwangsweise in die Anstalt gebracht, sie wehrten sich gegen verordnete Behandlungen und erachteten das Pflegepersonal als Helfershelfer der Psychiater, die sie «mundtot» machen und «kleinkriegen» wollten. Wenn Pflegende Patienten und Patientinnen gegen deren Willen zu etwas zwingen

oder von etwas abhalten mussten, widersprach dies dem traditionellen Pflegeverständnis von Helfen und Unterstützen, wie sie in der Krankenpflege vertreten wurde. Pflegepersonen in der Psychiatrie mussten sich mit diesem ethischen Dilemma auseinandersetzen und diese Gratwanderung zwischen Beistand und Kontrolle meistern.

Berufsbedingte Risiken

Als Kehrseite des oft idealisiert dargestellten Pflegeberufs wurden berufsbedingte Erkrankungen des Pflegepersonals in den Pflegezeitschriften hie und da thematisiert. So erschien in der schweizerischen Berufszeitschrift *Kranken- und Irrenpflege* 1925 ein mehrteiliger Artikel des österreichischen Psychiaters Julius Bauer (1887–1979) zum Thema «Berufsgefahren im Krankenpflegeberuf».[13] Zunächst erläuterte Bauer die ansteckenden Krankheiten etwa die endemische Tuberkulose, die besonders unter dem Pflegepersonal der Krankenhäuser ein grosses Erkrankungsrisiko mit hoher Todesrate darstellte.[14] Danach ging er auf die spezifischen «Berufsgefahren in der Irrenpflege» ein und widmete sich den Risiken von Gewaltausbrüchen durch einzelne Patientengruppen, etwa durch «reizbare, zu brutalen Gewalttätigkeiten neigende Epileptiker», durch Paralytiker, die «oft hemmungslos plötzlichen Impulsen» folgten, oder durch halluzinierende Kranke mit quälenden Sinnestäuschungen, die zu aggressivem Verhalten führen konnten. Aufgrund der Untersuchungen in seiner Anstalt Altscherbitz stellte er fest, dass gewaltsame Angriffe von Kranken auf Pflegepersonen in der Regel eher «kleinere Verletzungen» zur Folge hatten, wie Quetsch-, Biss- und Kratzwunden, Ausreissen von dicken Haarbüscheln, Menstruationsbeschwerden nach Tritten in den Bauch, Verstauchungen, Fingerbrüche, Bruch des Nasenbeins und Hornhautverletzungen des Auges. Die schwerste Verletzung sei ein «Sprung in der Schädelbasis» gewesen. Solch schwerwiegende Folgen von tätlichen Angriffen seien selten. Allerdings würden auch weniger gravierende Erlebnisse bei den Pflegenden nicht spurlos vorübergehen, wie Bauer zusammenfasste. «Vielfach bleibt bei häufiger Wiederholung solcher Angriffe doch ein Schaden zurück, da die Nervenspannkraft zu stark und zu oft in Anspruch genommen wurde.»[15] Appetitverlust, seelische Abstumpfung, Zuflucht zum Alkohol, empfindliche, reizbare, jähzornige oder trübsinnige und hypochondrische Reaktionen könnten die Folgen von langjähriger Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen sein.
Wie eine langjährige Pflegetätigkeit in einer psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalt die gesundheitliche Konstitution einer Pflegeperson beeinträchtigen konnte, illustrieren die folgenden Fallbeispiele aus der Basler Friedmatt aus den 1930er-Jahren.

Depression, Psychopathie oder Suizidgefahr

Seit 20 Jahren arbeitete J. B. in psychiatrischen Anstalten und galt als guter Pfleger, den die Patienten schätzten. Seit einigen Jahren fühlte er sich jedoch im Frühjahr zwei bis drei Monate krank und musste etwa zwei Wochen aussetzen.[16] Im Frühling 1941 bat J. B. erneut, «infolge meiner psychischen Verfassung einige Wochen auszusetzen». Direktor Staehelin notierte in dessen Personaldossier, dass er in ärztlicher Behandlung sei und seit einigen Jahren zunehmend an «Suicidideen» leide. «Hat Frau und Bub, keine äusseren Sorgen. Im Dienst ‹gäbiger› [geeigneter] Charakter, [...], beliebt bei den Patienten.» Er diagnostizierte eine «endogene Depression» und hielt fest, B. sei «etwas schwermütig veranlagt», «in der Depression gehemmt», habe «keine Arbeitslust», «Suizidtrieb», möchte etwas machen, könne aber nicht. Eine manische Phase habe B. nicht, aber die typische periodische Depression. Ohne eigene «Arbeitslust» musste es für J. B. schwierig sein, die Kranken zu ermuntern, morgens das Bett zu verlassen, sich anzukleiden, zu frühstücken und danach, wenn es ihnen möglich war, einer Beschäftigung nachzugehen. Die Kranken zur Gestaltung des Alltags zu motivieren, war ein zentraler Bestandteil der Psychiatriepflege.

Ob B.s Versetzung vom Pflegedienst in die Wäscherei mit seiner Erkrankung in Zusammenhang stand, geht aus den Akten nicht hervor. Der Wechsel in die Wäscherei war mit einer Lohneinbusse verbunden, die er kaum freiwillig auf sich genommen haben dürfte. Er stellte nämlich ein Gesuch um eine materielle Zulage, die er mit der «körperlich strengen und ungesunden Arbeit und der durchgehenden Arbeitszeit» begründete.[17] In der neuen Funktion hatte er weniger Kontakt mit den Patienten, der ihn belastet hatte. Ohne den Arbeitsort zu wechseln oder die Arbeit überhaupt aufgeben zu müssen, hatte die Direktion für ihn einen Weg gefunden, seine persönliche Arbeitskrise zu bewältigen.

Die 1880 geborene H. S., die seit 32 Jahren in der Friedmatt in leitender Stelle tätig war, fand für ihre «grosse körperliche und seelische Müdigkeit», von der sie seit einem Arbeitsunfall betroffen war, eine andere Lösung.[18] Sie war im Februar 1936 in einem Krankensaal ausgeglitten und derart gestürzt, dass sie mit einer Fraktur und einer starken Hirnerschütterung hospitalisiert werden musste. Anschliessend begab sie sich zur Erholung in eine Privatklinik in Freiburg im Breisgau. Im Überweisungsbrief schrieb der Anstaltsdirektor, dass sie «Symptome eines sog. post-kommotionellen Schwachzustands» habe und auch «psychisch noch stark labil und depressiv» sei.[19] Offenbar erholte sich H. S. von diesem Vorfall nicht mehr ganz. Ein knappes Jahr später reichte sie beim Regierungsrat ein Gesuch um Pensionierung ein und begründete es mit ihrer «Schlaflosigkeit, mit den bekannten Begleiterscheinungen». Anstaltsdirektor Staehelin würdigte im Begleitschreiben ihre «aussergewöhnliche Treue und

Gewissenhaftigkeit» und betonte die Dringlichkeit einer Pensionierung: «Infolge ihrer Schlafstörungen und der zunehmenden Schwierigkeiten im Dienst hat sich bei Schwester H. eine so tiefgehende nervöse Erschöpfung eingestellt. [...] Die Neurotisierung hat besonders in den letzten 2 Jahren dermassen zugenommen, dass der Umgang mit ihr auch für uns Aerzte, die wir sie sehr schätzen, oft recht mühsam und heikel geworden ist, da sie auf Kleinigkeiten hin paranoid oder depressiv reagiert habe.»[20] Nach den notwendigen Abklärungen beschloss der Regierungsrat, die 57-jährige Schwester H. «wegen unverschuldeter Dienstunfähigkeit» zu pensionieren und ihr die entsprechende jährliche Altersrente zu bewilligen.[21]

E. Z. war 19-jährig, als er 1905 in psychiatrischen Anstalten und Krankenhäusern zu arbeiten begann. Seit 1914 war er in der Basler Friedmatt tätig und wohnte intern. 1928 wurde er in einen Gerichtsfall verwickelt, weil eine Patientin nach der Medikamenteneinnahme gestorben war.[22] Auch wenn ihn juristisch keine Schuld traf, fiel er in eine Depression und wurde wegen Suizidgefahr in ein Privatsanatorium eingewiesen. Nach einigen Wochen hatte er sich soweit erholt, dass er wieder arbeiten konnte. Dennoch scheint dieser Vorfall in seinem Arbeitsleben einen Wendepunkt markiert zu haben. Die Krise, in die ihn der Tod der Patientin gestürzt hatte, versuchte er mit Alkohol abzumildern. Zwar trank er nur, wenn er im Ausgang war, aber weil er intern wohnte, blieb sein regelmässiger abendlicher Alkoholkonsum nicht verborgen und führte dazu, dass er von seiner leitenden Funktion als Abteilungspfleger enthoben und auf eine andere Abteilung versetzt wurde.[23] Zudem gelang es ihm immer weniger, sein Begehren für Männer zu verheimlichen. Als er im Sommer 1934 mit einem jungen Mann vom Oberpfleger überrascht worden war, geriet er in eine solche Verzweiflung, dass Anstaltsdirektor Staehelin einen Suizidversuch befürchtete und ihn mit seinem Einverständnis in der Privatabteilung unterbrachte. Er berichtete dem Sanitätsdepartement, dass Z., «ein konstitutioneller Homosexueller», zwar ausgezeichnet arbeite, aber zu Depressionen neige, da er «ein weicher, schwerblütiger Psychopath» sei, und schlug vor, ihn pensionieren zu lassen.[24] Nach den notwendigen Abklärungen beschloss der Regierungsrat, den 54-jährigen Z. «wegen Dienstunfähigkeit» aus dem Staatsdienst zu entlassen und ihm eine reduzierte Pension zuzusprechen.[25]

Der Pfleger W. W. reagierte auf die täglichen Anforderungen in der Psychiatriepflege zunehmend mit zynischem Verhalten. Nach zehn Jahren Dienst attestierte ihm der Anstaltsdirektor anlässlich seiner Empfehlung für das Pflegeexamen, ein «recht guter Pfleger» zu sein und seine Arbeit als Abteilungspfleger «gut und gewissenhaft» zu versehen, erwähnte aber gleichzeitig die Schwierigkeiten mit seinen Kollegen, «weil er oft etwas kurz angebunden» sei.[26] W.s soziale Inkompetenz scheint sich, innerhalb von kurzer Zeit nach Erhalt des Diploms,

verstärkt zu haben, denn Ärzte und Pflegende beklagten sich zunehmend über sein «krankhaft negativistisches Verhalten». So kritisierte eine Pflegerin, dass W. «ungeheuer eifersüchtig» sei und sie «auf das Peinlichste kontrollierte und ihr ständig Vorwürfe machte», er sei «eigen, sehr verschlossen und habe keine Freunde».[27] W.'s reizbare Verstimmung und seine charakterliche Labilität wurden offensichtlicher und ausgeprägter und zeitigten Folgen in der Pflegearbeit. Er lähme das ihm unterstellte Personal «mit seinem Negativismus und seinem Achselzucken» und habe «einen ungünstigen Einfluss».[28] Auch Patienten beklagten sich über sein Gehabe. Es gelang ihm nicht mehr, den Anforderungen an die Pflegequalität gerecht zu werden. Er verrichtete Pflegehandlungen schludrig bis fahrlässig, provozierte die Patienten und setzte sie unnötigen Risiken aus, wenn er etwa Injektionen unkorrekt durchführte oder ihnen leichtsinnig Streichhölzer verabreichte. Er verhielt sich zynisch, wenn er mit aufreizenden, erotischen Bildern Patienten provozierte, die eingeschlossen waren und keine Möglichkeit hatten, eigene sexuelle Bedürfnisse auszuleben. Offensichtlich hatte er bei seiner langjährigen Pflegetätigkeit einen Teil seiner Empathie eingebüsst. Als ihm seine Funktion als Abteilungspfleger aberkannt wurde, stürzte er in eine persönliche Krise. Ein «Spezialarzt für nervöse und Gemütsleiden» bescheinigte ihm eine «neurotische Depression».[29] Die Situation spitzte sich zu. Der Anstaltsdirektor, der dessen «burschikose Art» lange verteidigt hatte, gestand ein, dass er «zweifellos ein schwerer Psychopath» sei, und unterstützte den Vorschlag einer verwaltungsinternen Versetzung. Allerdings fand sich im Staatsdienst keine geeignete Stelle, sodass W. 37-jährig nach 15 Dienstjahren pensioniert wurde und eine reduzierte Rente erhielt.[30]

Dass sich die Verantwortlichen der psychiatrischen Anstalten der Problematik der psychischen Belastung des Pflegepersonals bewusst waren, zeigen Empfehlungen, die sie in Berufszeitschriften, Lehrbüchern sowie Ausbildungs- und Weiterbildungskursen vermittelten. So schlug der bereits erwähnte Julius Bauer die folgenden Massnahmen vor: eine sorgfältige Selektion bei der Anstellung, eine «ausreichende Bezahlung», eine «angemessene Arbeitszeit» – er plädierte für den achtstündigen Arbeitstag – sowie eine Rente, die «einen menschenwürdigen, sorgenfreien Lebensabend als Abschluss eines aufreibenden Berufs» ermögliche.[31] Nicht nur aus ethischen, sondern auch aus ökonomischen Gründen trat er für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ein, denn «ein wirtschaftlich gutgestellter in seinen Kräften nicht überanstrengter Irrenpflegerstand» leiste «für die Genesung der Kranken Wertvolleres».[32] Wenn individuelle Krisen durch eine höhere Arbeitszufriedenheit reduziert werden könnten, wirke sich dies günstig auf den Pflegealltag auf einer Abteilung aus. Pflegekrisen des Personals konnten so eher vermieden oder aufgefangen werden.

Furcht vor Stigmatisierung

Mit Zuschreibungen wie «endogene Depression, neurotische Depression, Paranoid, Psychopathie oder Suizidgefahr» beurteilten die Psychiater den Gesundheitszustand des Pflegepersonals, das nach langen Dienstjahren an den Folgen der anstrengenden Pflegearbeit litt. Sie benutzten dieselben Begriffe aus der psychiatrischen Diagnostik, mit denen sie ihre PatientInnen in den Heil- und Pflegeanstalten beschrieben.

PsychiatriepatientInnen waren mit einem Stigma[33] behaftet, das sich auch auf die Psychiatriepflegenden und die Psychiater übertrug. Das Sozialprestige dieser beiden Berufsgruppen war deshalb nicht hoch. Die Furcht von Pflegepersonen selbst psychisch zu erkranken und damit stigmatisiert zu werden, war durchaus vorhanden. So rapportierte der diensthabende Pfleger E. Z.'s Worte, als dieser in seinem verzweifelten Zustand «weinend» auf die Privatabteilung gebracht wurde: «Ich will diese Nacht sterben, gebt mir etwas, dass ich nicht mehr aufwache, ich gehöre zu den Irren.»[34] E. Z.'s Scham, gewissermassen die Seite zu wechseln und die Rolle eines Patienten einzunehmen, war so gross, dass er lieber nicht mehr leben wollte. Er war damit kein Einzelfall. Als die betagte Krankenschwester E. R. 1927 nur wenige Wochen vor ihrem Tod wegen zunehmender Unruhe und Depression aus dem Pfrundhaus in die Friedmatt eingewiesen wurde, begründete sie ihre traurige Stimmung mit den Worten, «wenn man so weit komme», [dass man in eine psychiatrische Anstalt aufgenommen werden müsse]. E. R. war sich klar, dass sie sich an einem Ort mit Menschen befand, die «im Kopf krank waren», wie sie zu verstehen gab.[35] Für diese Tatsache empfand sie grosse Scham.

(Ehemalige) Pflegepersonen fühlten sich nicht nur beschämt, wenn sie selbst zum stigmatisierten Patienten wurden, sie fühlten sich wohl auch existenziell bedroht, weil sie von ihrer Arbeitserfahrung her über den Krankheitsverlauf Bescheid wussten. Möglicherweise war dieses Wissen ein Mitgrund, dass sich die 38-jährige A. W., die lange vor ihrer Verheiratung als Glätterin und Wärterin in der Friedmatt gearbeitet hatte, nach ihrer Scheidung in der Privatanstalt Schlössli in Oetwil war und sich nun zum dritten Mal innerhalb von zwei Jahren mit der Diagnose «Paranoid» in der Friedmatt befand, acht Monate nach der Einweisung Suizid beging.[36] Abgesehen von ihrer persönlichen und familiären Krisensituation spielte bei ihrer Entscheidung vielleicht auch das Wissen um ihre schwere Erkrankung und deren Konsequenzen eine Rolle.[37]

Fazit

Solange die soziale Kontrolle der Pflegenden so umfassend war, wurde gerade die in diesem Beruf notwendige Distanzierung von der Arbeit erschwert und damit potenziellen Pflegekrisen Vorschub geleistet. Diese auch für das Pflegepersonal geltenden «Einschränkungen des Selbst»,[38] wie Goffman dies für die Insassen von Totalen Institutionen erläutert hatte, wurde erst mit den Reformen der Arbeitsbedingungen und der Ausbildung in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts aufgehoben.

Anmerkungen

1 Ich danke Sylvelyn Hähner-Rombach, Karen Nolte und Regina Wecker für ihre wertvollen Hinweise.
2 Staatsarchiv Basel-Stadt (StABS), Personaldossier SD-Reg 2a 356, L. F., 5. 1. 1935, Notiz des Direktors Staehelin.
3 StABS, Personaldossier SD-REG 2b 2-2-1 (1) 32, J. B., 29. 1. 1928, Gesuch um Externat. Notiz des Direktors.
4 StABS, Sanität T 6a, Dienstanweisung für das Personal der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, vom 31. 10. 1929, §§ 27 und 28.
5 StABS, Personaldossier SD-Reg 2a 356, L. F.
6 Vgl. für das Folgende: StABS, Sanität T 6a, Dienstordnung für das Wartpersonal der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, vom 8. 8. 1924.
7 Vgl. Sabine Braunschweig, *hüten – warten – pflegen. Das Pflegepersonal der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt in Basel*, unveröffentlichte Lizentiatsarbeit, Basel 1988, 20–22, 57–68.
8 StABS, Personaldossiers SD-Reg 2a und SD-Reg 2b 2-2-1 (1) 83, W. W., 31. 12. 1929, Brief des Direktors an den Verlobten.
9 Erving Goffman, *Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*, Frankfurt a. M. 1973, zuerst New York 1961, 19 f.
10 Beispielsweise: StABS, Sanität T 6a, Dienstanweisung für das Personal der Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt, 31. 10. 1929.
11 Vgl. Geertje Boschma, *The Rise of Mental Health Nursing. A History of Psychiatric Care in Dutch Asylums, 1890–1920*, Amsterdam 2003, 118 ff.; Elizabeth Lunbeck, *The Psychiatric Persuasion. Knowledge, Gender and Power in Modern America*, Princeton 1995, 170.
12 Marguerite Wolf, «Klippen in der Pflege von Gemüts- und Geisteskranken», *Irrenpflege* 11 (1940), 209.
13 Julius Bauer, «Berufsgefahren im Krankenpflegeberuf», *Kranken- und Irrenpflege* 11 (1925), 59–61; 12 (1925), 66–68; 1 (1926), 4–6; 2 (1926), 9–10.
14 Vgl. etwa: Elisabeth Dietrich-Daum, «In Barmherzigkeit dienen – in Demut sterben. Die Tuberkulose bei den Barmherzigen Schwestern in Zams (1835–1945)», in Dies., Werner Matt, Hanno Platzgummer (Hg.), *Geschichte und Medizin*, Dornbirn 1999, 122–150; Sylvelyn Hähner-Rombach, «Kranke Schwestern. Umgang mit Tuberkulose unter dem Pflegepersonal 1890 bis 1930», in Dies. (Hg.), *Alltag in der Krankenpflege. Geschichte und Gegenwart / Everyday Nursing Life. Past and Present*, Stuttgart 2009, 201–223.
15 Bauer (wie Anm. 13), 2 (1926), 9.
16 Alle Angaben aus StABS, Personaldossier SD-REG 2b 2-2-1 (1) 32, J. B.
17 Ebd., 22. 6. 1940, Gesuch von J. B. an den Verwalter.

18 StABS, Personaldossier SD-REG 2a 1213 und SD-REG 2b 2-2-1 (1) 69, H. S., 4. 1. 1937, Brief von H. S. an Regierungsrat Zweifel.
19 Ebd., 25. 2. 1936, Überweisungsschreiben von John E. Staehelin an Dr. Muthmann, Privatklinik, Freiburg i. B.
20 Ebd., 14. 1. 1937, Begleitbrief von Anstaltsdirektor Staehelin an das Gesundheitsamt.
21 Ebd., Beschluss des Regierungsrates vom 20. 4. 1937.
22 Vgl. Fm, «Die Unvorsichtigkeit einer Krankenschwester», *Nationalzeitung*, Nr. 523, 9. 11. 1928, 10.
23 StABS, Personaldossier SD-Reg 2a 1602, E. Z., 15. 1. 1932, Notiz von Anstaltsdirektor Staehelin.
24 Ebd., 11. 7. 1934, Bericht von Staehelin an das Sanitätsdepartment.
25 Ebd., Beschluss des Regierungsrates vom 10. 8. 1934. Der VPOD erhob zwar Einspruch gegen die Reduktion, aber der Regierungsrat meinte, dass Z. mit dem Betrag auf dem Land leben und – nicht ganz arbeitsunfähig – auch eine reduzierte Arbeit annehmen könne. Die Invalidenversicherung, die heute eine solche Teilrente auszahlen würde, wurde erst 1961 eingeführt.
26 StABS, Personaldossier SD-Reg 2a und SD-Reg 2b 2-2-1 (1) 83, W. W., 30. 3. 1929, Empfehlungsschreiben von Anstaltsdirektor John E. Staehelin an Prüfungsleiter Walter Morgenthaler. Zur Ausbildung in Psychiatriepflege vgl. Sabine Braunschweig, «Die Entwicklung der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz», in Ilsemarie Walter, Elisabeth Seidl, Vlastimil Kozon (Hg.), *Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege*, Wien 2004, 113–122.
27 Ebd., 31. 12. 1929, Notizen von Anstaltsdirektor Staehelin.
28 Ebd., 10. 6. 1932, Notizen von Anstaltsdirektor Staehelin.
29 Ebd., 3. 9. 1934, Arztzeugnis.
30 Ebd., 15. 9. 1934, Notizen von Anstaltsdirektor Staehelin und Beschluss des Regierungsrates vom 11. 10. 1935.
31 Bauer (wie Anm. 13); *Kranken- und Irrenpflege* 2 (1926), 10.
32 Ebd.
33 Vgl. Goffman, Erving, *Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*, Frankfurt a. M. 1970, 42 f.
34 StABS, Personaldossier SD-Reg 2a 1602, E. Z., 10.–11. 7. 1934, schriftlicher Rapport von U. St.
35 Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK), KG-Archiv, KG-Nr. 4801, E. R., 2. 3. 1928, Aufnahmeblatt.
36 UPK: KG-Archiv, KG-Nr. 8626, A. W., 8. 8. 1943.
37 Dass Psychiatriepflegende für einen solchen Schritt Verständnis zeigten, erzählten sie mir in Interviews. Der pensionierte Pfleger R. D. etwa meinte, für viele sei das Leben verpfuscht, wenn sie mal die Erfahrung machten, dass sie psychisch krank seien. Vgl. Interview mit R. D. vom 22. 11. 2006, Minidisc und Transkript in meinem Archiv.
38 Goffman (wie Anm. 9), 52.

Résumé

Lorsque les soignantEs deviennent malades. Crises des soins dans la vie quotidienne d'un hôpital psychiatrique dans les années 1930

Les soins infirmiers psychiatriques constituent un travail éreintant en raison de la double mission sociale de la psychiatrie qui doit prendre soin des malades psychiques et maintenir l'ordre social. La vie en pensionnat, le célibat professionnel, de longues heures de travail, de bas salaires, peu de jours de congé et de vacances, ainsi qu'une faible reconnaissance professionnelle marquent les conditions de travail. Non seulement les patientEs mais également le personnel soignant ont été soumis du fait de la coïncidence entre le lieu de travail et de résidence à un contrôle social global et ont été confrontés du fait des fonctions thérapeutique et d'ordre social à des exigences contradictoires. Un examen des dossiers du personnel de la *Heil- und Pflegeanstalt Friedmatt* à Bâle montre qu'un bon nombre de soigantEs ont réagi après de nombreuses années de service par des dépressions, par une fatigue physique et mentale, par une augmentation de la consommation d'alcool ou par un comportement sadique envers les patientEs. La direction de l'hôpital a tenté de minimiser les effets de telles crises individuelles du travail du personnel infirmier par la mise à la retraite, le transfert d'un service à un autre ou le renvoi de la fonction publique. Pour le personnel soignant concerné s'ajoutait souvent à cette situation de crises la stigmatisation dont le malade psychique est l'objet.

(Traduction: Sandra Bott)