



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

**„Entwicklungsaspekte der psychiatrischen Pflege  
im Altertum und im deutschsprachigen Raum vom  
Mittelalter bis zum Ende des 20. Jahrhunderts“**

Verfasserin

**Gudrun Pasteiner**

angestrebter akademischer Grad

**Magistra der Philosophie (Mag. phil.)**

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt: IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer: MMag. Dr. Ferdinand Holub, MEd MSc BA



# Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle wörtlichen und sinngemäß übernommenen Ausführungen wurden als solche gekennzeichnet. Diese Arbeit wurde sowohl in gedruckter als auch elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version vollständig mit der gedruckten Version übereinstimmt. Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen hat.

---

Datum

---

Unterschrift



# Inhalt

Vorwort .....	1
Einleitung .....	2
<b>I. Der Umgang mit psychisch Kranken und die Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie .....</b>	<b>6</b>
1. Die verschiedenen Bezeichnungen für psychisch Kranke im historischen Kontext .....	6
2. Vom Altertum bis zum 18. Jahrhundert .....	8
2.1. Das Altertum .....	8
2.2. Das Mittelalter .....	12
2.3. Die Neuzeit (Humanismus, Renaissance, Reformation) .....	15
3. Vom 18. Jahrhundert bis zu ersten wissenschaftlichen Ansätzen an der Wende zum 20. Jahrhundert .....	18
3.1. Das 18. Jahrhundert .....	18
3.2. Das 19. Jahrhundert .....	24
3.3. Das 20. Jahrhundert .....	29
4. Bedeutende Psychiater .....	32
4.1. Philippe Pinel .....	32
4.2. Sigmund Freud .....	34
5. Exemplarische psychiatrische Anstalten in Österreich vom Ende des 18. Jahrhunderts bis zur Gegenwart .....	37
5.1. Die Bauform von Anstalten im Allgemeinen .....	37
5.2. Der „Narrenturm“ .....	40
5.3. Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke »Am Steinhof« .....	41

<b>II. Die Entwicklungsgeschichte der</b>	
<b>Psychiatrischen Pflege .....</b>	<b>44</b>
6. Ein Überblick über die Geschichte der allgemeinen	
Krankenpflege .....	44
6.1. Vom Altertum bis zum Mittelalter .....	44
6.2. Von der Neuzeit bis zum 20. Jahrhundert .....	45
7. Aspekte der psychiatrischen Pflege im	
deutschsprachigen Raum .....	55
7.1. Die psychiatrische Pflegeausbildung	
in Deutschland .....	55
7.2. Die psychiatrische Pflegeausbildung in Österreich .....	74
7.3. Die psychiatrische Pflegeausbildung in der Schweiz im	
20. Jahrhundert .....	80
8. Exemplarische Berichte über Anstalten sowie deren Tages-	
und Nachtabläufe .....	88
8.1. Die Heil- und Pflege-Anstalt in Hildesheim	
im Jahr 1898 .....	88
8.2. Gugging von den 70er Jahren bis zur	
Schließung 2007 .....	91
8.3. Steinhof in den Jahr 80er Jahren .....	102
<b>III. Die psychiatrische Pflege in der Zeit</b>	
<b>des Nationalsozialismus .....</b>	<b>109</b>
9. Die ideologischen Hintergründe des Nationalsozialismus,	
ihre Haltung zur psychiatrischen Pflege und	
ihr Umgang mit psychisch Kranken .....	109
9.1. Charles Darwin, der Rassenwahn bzw.	
die Rassenhygiene .....	109
9.2. Binding/Hoche .....	111
9.3. Die Zeit von 1930 – 1945 .....	113

10. Die Pflege und das Psychiatriepflegepersonal in der Zeit von 1933 – 1945 .....	118
11. Exemplarische Orte nationalsozialistischer Pflegeverbrechen in Österreich .....	122
11.1. „Am Steinhof“ bzw. „Am Spiegelgrund“ .....	122
11.2. Schloss Hartheim .....	125
Resümee und Ausblick .....	128
Literatur .....	131
Onlinequellen .....	140
Anhang .....	141
Abstract - Deutsch .....	141
Abstract - English .....	142
Curriculum Vitae .....	143



# Vorwort

Am Beginn meines Studiums an der Universität Wien war es für mich nicht vorstellbar, dass ich nach dem Studienwechsel von Pharmazie auf Pflegewissenschaft so viel Lebensweisheiten und Erfahrungen sammeln werde. Durch das Studium der Pflegewissenschaft lernte ich viele nette Studienkolleginnen und –kollegen kennen, mit denen ich wertvolle Informationen austauschen konnte. Auch die vielen unterschiedlichen und interessanten Ferialpraktika (in Niederösterreich, Wien, Vorarlberg und Kärnten) verdanke ich dem Studium Pflegewissenschaft. Am wertvollsten war für mich jedoch die Weiterentwicklung meiner sozialen Einstellung zu den Mitmenschen und psychisch Kranken.

Die Wahl meines Diplomarbeitsthemas „Entwicklungsaspekte der psychiatrische Pflege im Altertum und im deutschsprachigen Raum vom Mittelalter bis zum Ende des 20. Jahrhunderts“ erweiterte meinen Horizont und förderte meine persönliche Reifung. Mein besonderer Dank gilt daher meinem Betreuer MMag. Dr. Ferdinand Holub, MEd MSc BA für die Zeit und Aufmerksamkeit, die er mir für die Diplomarbeit widmete. Durch seine fundierte Betreuung erhielt ich wertvolle Anregungen für die vorliegende Diplomarbeit. Sein hervorragendes Wissen erweckte in mir den intensiven Eindruck, dass mein Betreuer ein hochqualifizierter Wissenschaftler ist.

Zum Studienende möchte ich rückblickend die Zeit beim DiplomandInnen – Seminar nicht missen, wo ich wieder einige Studienkolleginnen, wie Mag. Karin Harre, Herta Poisinger und Margot Ruzicka, traf und wir uns für das Beenden des Studiums gegenseitig motivierten und Mut machten. An Alle mein Dankeschön für die gemeinsame Zeit!

Ich möchte auch meinem Freund Christian Sitter danken, der mich oft während des Schreibens meiner Diplomarbeit bestärkte. Durch sein Studium an der Alpe Adria Universität Klagenfurt verbrachte ich auch dort viel Zeit beim Verfassen meiner Diplomarbeit.

Meinen Eltern und meiner Taufpatin, die mich während meines Studiums tatkräftig unterstützt haben, gilt mein größter Dank! Ohne sie wäre ich nicht so weit gekommen.

# Einleitung

In der antiken Zeit finden sich unter anderen Versuche, Geistesranke mit kunstvoll ausgeführten Trepanationen zur Entweichung der angeblich bösen Geister als Krankheitsgrund zu behandeln. Im Christentum hingegen kümmert sich fast ausschließlich die Kirche um die Behandlung der Geistesranken. In diesen frühen Zeiten kann die „Irrenpflege“ durch freie Behandlung, Fürsorge für das körperliche Wohl, Arbeitsbehandlung und seelische Beeinflussung als „verhältnismäßig recht vernünftig“ betrachtet werden (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 249). In folgenden Jahrhunderten existieren überwiegend ablehnende Einstellungen im Umgang mit psychisch Kranken. Falls diese nicht im Familienverband integriert sind, erleben sie jahrhundertlang Ablehnung, Separierung, Verfolgung oder teilweise den Einsatz als Schauobjekte. Manche werden als Ketzer oder Hexen angesehen und hingerichtet (vgl. Watzka, 2007, S. 5f.). Gewaltmaßnahmen und sadistische „Therapien“ dominieren lange in den kerkerähnlichen „Irrenanstalten“.

Im 18. Jahrhundert ändert sich die Beurteilung der psychisch Kranken, indem sie nicht mehr als Besessene oder Dämonisierte gesehen werden, sondern als erkrankte Personen, die einer Behandlung bedürfen. Die „Behandlungsmethoden“ entsprechen nach heutiger Auffassung aber eher einer neuen Form von Folter.

*„Aber kaum begann der Geistesranke dem Odium des Teuflischen zu entrinnen, da wurde er zum Asozialen abgestempelt und dementsprechend behandelt (Ackerknecht, 1967, S. 29).“*

Das Pflegepersonal in den psychiatrischen Anstalten ist meist nur angelemt und übt Aufseher- und Wärterdienste aus. Im Gegensatz zur allgemeinen Krankenpflege arbeiten in der psychiatrischen Pflege viele Männer. Im 19. Jahrhundert bringt die eben entstehende Psychiatrie eher apokalyptische Bilder von der drohenden Gefahr durch psychisch Kranke. In den öffentlichen Diskurs schalten sich allmählich sozialdarwinistische und eugenische Propagandisten mit ihren Thesen ein. Eine psychische Beeinträchtigung wird bald als vererbbarer Makel in Verbindung mit einer konstruierten „moralischen Entartung“ (Promiskuität, Alkoholismus, Arbeitsscheu

usw.) gesehen. Deshalb seien (selbst verschuldete) Armut, Kriminalität und bestimmte Krankheiten (Geschlechtskrankheiten, TBC, Rachitis) die Folge. Somit ergebe sich eine Verknüpfung zwischen Krankheit, Beeinträchtigung, Behinderung und der jeweiligen sozialen Lage.

Die seinerzeitige „Euthanasie“ – Debatte findet 1920 durch die Veröffentlichungen von Karl Binding und Alfred Hoche („Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“) eine starke Beeinflussung. Humanitäre Einstellungen gegenüber Krankheit, Behinderung und Not werden in einer wirtschaftlich angespannten Zeit nicht wahrgenommen. Die Psychiatrie sieht psychisch Kranke als „asozial“ und „gesellschaftsschädigend“. Als zu kostspielig oder als unnützlich zeigen sich soziale Maßnahmen, die Wohlfahrtspflege und die Betreuung im Familienverband.

Im sogenannten „Dritten Reich“ erfolgt mit der Machtübernahme Hitlers 1933 die Einführung von Zwangssterilisierungen („Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“), denen bis Kriegsende ca. 400 000 Personen zum Opfer fallen. Der beeinträchtigte Mensch ist für die Nazis eine Arbeitskraft von minderer Güte, welche als negatives ästhetisches Objekt die „Reinigung des Volkskörpers“ stört. Die Bezeichnung „Schwachsinn“ erhält auf angebliche moralische, emotionale und soziale „Defekte“ von Ausgegrenzten eine Ausdehnung. Vom Regime werden keine Mittel zur massiven Propaganda gescheut, um eine positive Einstellung der Bevölkerung zur „Ausmerze“ zu erreichen. Oft folgt die Betonung, „erbbiologisches wertvolles Menschengut“ könne wegen der aufwendigen Mittel für „Minderwertige“ keine Unterstützung erhalten. Kurz nach Kriegsbeginn kommt es zu unterschiedlichen Mordaktionen an psychisch Kranken, Behinderten, Beeinträchtigten und sowohl Erwachsenen wie auch Kindern. Am 24.8.1941 wird aufgrund von Gerüchten der angeblich geplanten Tötung aller Betagten und aller schwer verwundeten Soldaten und des Widerstandes der katholischen Kirche (Bischof Graf von Galen) sowie der einzelnen Kritik von Parteigenossen die zentral gesteuerte Mordaktion eingestellt. Direkt in den Anstalten beginnt darauf nahezu übergangslos die „wilde Euthanasie“, das heißt die Tötung mit Medikamenten, Giften und anderen Methoden - unter anderem führen auch Pflegepersonen diese Tötungen durch.

Meine Arbeit verfolgt das Ziel, einen Beitrag zu mehr Wissen und besserem Verständnis der psychiatrischen Pflege und der Psychiatrie zu leisten. Der Anstoß und Ausgangspunkt meiner Arbeit ist vor allem mein großes Interesse für das Thema Pflege und ihre geschichtliche Entwicklung. Dies soll zum Erkenntnisgewinn über die Zusammenhänge von psychiatrischer Pflege, ärztlicher Behandlung und gesellschaftlicher Einstellung in ihrer jeweiligen historischen Aktualität führen. Als wichtiger Bezugspunkt findet auch der ethische Aspekt im Umgang mit psychisch Kranken eine entsprechende Berücksichtigung. Diese Sichtweisen, die sich mit Separierung, Verfolgung und Ablehnung abwechseln, führen schließlich zu einer offenen Psychiatrie. Ein Schwerpunkt der Arbeit beinhaltet die Darstellung eugenischer Thesen und Forderungen, die in der Zeit des Nationalsozialismus eine radikale Umsetzung erfahren.

Als Grundlage meiner Arbeit haben sich folgende zentrale forschungsleitende Fragen ergeben, die ich zu beantworten versuche: Welchen Phasen in der psychiatrischen Krankenpflege kam eine besondere Bedeutung zu? Wie erfolgte die Professionalisierung in der psychiatrischen Pflege? Welche Veränderungen sind im Umgang mit psychisch Kranken im Laufe der Jahre eingetreten? Inwieweit finden sich bestimmte Einstellungen und Konzepte, die sich in der psychiatrischen Pflege bis zur Gegenwart auswirken? Um diese Fragen beantworten zu können, ist es wichtig, sich mit den Themengebieten der Psychiatrie und allgemeinen Krankenpflege auseinanderzusetzen. Schließlich möchte ich ebenfalls zu folgenden Fragen eine Beantwortung geben: Welche Tagesabläufe, Dienste und Aufgabenbereiche psychiatrischer Pfleger und Pflegerinnen finden in der Literatur Erwähnung? Welche weiteren Reformen könnten aufgrund der historischen Erfahrungen in der aktuellen psychiatrischen Pflege durchgeführt werden?

Die Diplomarbeit gliedert sich in drei Teile:

Der erste Teil beinhaltet den Umgang mit psychisch Kranken sowie die Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie. Dort beschäftige ich mich unter anderem mit den vielen verschiedenen Bezeichnungen für den psychisch Kranken. Danach wird der Umgang mit psychisch Kranken von der Antike bis zum 18. Jahrhundert sowie vom 18.

Jahrhundert bis zu ersten wissenschaftlichen Ansätzen an der Wende zum 20. Jahrhundert erörtert. Die zahlreichen früheren Behandlungsmethoden, die einerseits sehr brutal und andererseits wieder bizarr gewesen sind, werden ebenso in diesem Abschnitt angesprochen. Wirkungslos im Sinne von Heilung psychisch Kranker sind sie beide gewesen. In der Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie stelle ich die bedeutenden Psychiater Pinel und Freud mit ihren Behandlungsmethoden vor. Auch der Aufbau der „Irrenanstalten“ wird kurz erklärt, es werden exemplarisch einige bekannte Anstalten genannt.

Der zweite Teil enthält die Entwicklungsgeschichte der psychiatrischen Krankenpflege sowie auch der allgemeinen Krankenpflege. Es ist ein harter Weg gewesen, bis die Ausbildung des Pflegepersonals für die psychiatrische Krankenpflege das heutige Niveau erreicht hat. Die verschiedenen Entstehungsgeschichten der Ausbildung von psychiatrischen Krankenpflegern in den Ländern Deutschland, Österreich und der Schweiz sind dargestellt. Die Zusammenstellung der Tages- und Nachtabläufe vermittelt – durch exemplarische Berichte – in den psychiatrischen Anstalten Hildesheim, Gugging und Steinhof die Eindrücke im Verhältnis zwischen Pflegern und Kranken und Einblicke in den Arbeitsalltag.

Der dritte Teil behandelt die Zeit während des Nationalsozialismus, der erneut wieder viele Rückschläge im Bereich der psychiatrischen Krankenpflege mit sich gebracht und zur Tötung vieler behinderter und psychisch kranker Personen geführt hat.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit verwende ich im Text die männliche Form.

# I. Der Umgang mit psychisch Kranken und die Entwicklungsgeschichte der Psychiatrie

## 1. Die verschiedenen Bezeichnungen für psychisch Kranke im historischen Kontext

In historischen Schriften finden sich zahlreiche Berichte über möglicherweise psychisch kranke Personen. Meist werden deren besondere Verhaltensweisen samt Spekulationen über die Ursache (überwiegend Besessenheit) geschildert. Charakteristische Züge dienen oft der Zuordnung (Rasende, Tobsüchtige, Mondsüchtige, u.v.a.). Bei Plato (429 – 348 vor Christus) findet sich in seinem Werk folgende Bezeichnung für den psychisch Kranken:

*„Ein Rasender soll nicht öffentlich erscheinen, sondern von seinen Angehörigen, wenn irgend möglich, in der Behausung gehalten werden (Plato, In: Snell, 1898a, S. 6).“*

Ein Fallbeispiel von einem Besessenen findet sich im Evangelium nach Markus:

*„Als er [Jesu, A.d.V.] aus dem Boot stieg, lief ihm ein Besessener entgegen. Er kam von den Grabhöhlen, in denen er lebte. Man konnte ihn nicht einmal mit Fesseln bändigen. Schon oft hatte man ihn an Händen und Füßen gefesselt, aber er hatte die Ketten gesprengt und die Fesseln zerrissen; niemand konnte ihn bezwingen. Bei Tag und Nacht war er in den Grabhöhlen und auf den Bergen, und immer schrie er und schlug sich mit Steinen. Mk. 5,2 – 5,5“*

Diese Episode zeigt einen Einblick bezüglich des Umgangs mit psychisch Kranken in Form von Isolation bzw. Asylisierung (Grabhöhle) sowie Zwangsmaßnahmen (Fesselung) in der Antike sowie bestimmten Verhaltensmuster Betroffener mit außergewöhnlichen körperlichen Kräften (Kettensprengung), selbstverletzendes Verhalten sowie lautes Schreien.

Einige Autoren aus dem Mittelalter und der frühen Neuzeit thematisieren die Unterschiede zwischen übernatürlicher Besessenheit und natürlichem Wahnsinn, was zum Begriff „psychisch krank“ führt. In der Literatur der frühneuzeitlichen Fachmedizin gibt es eine große Anzahl von Bezeichnungen für „Irrsinn“ im Allgemeinen wie „alteratio“, „corruptio“, „alienatio“ bzw. „captio“. Zusammengefügte Ausdrücke wie „desipientia“, „insania“ und „vesania“ benennen psychisches Kranksein. Auch die Bezeichnungen aus der antiken medizinischen Tradition wie „Phrenitis“, „Mania“ und „Melancholia“ finden Verwendung. In der frühen Neuzeit sind in einem Lexikon mit dem Titel „Grosse vollständige Universal-Lexicon Aller Wissenschaften und Künste“ in 64 Bänden folgende Ausdrücke, die dem Wort „Irrsinn“ nahe kommen: Unsinnigkeit/unsinnig, Narrheit/närrisch, Tollheit/toll, verrückt, verwirrt und vernunftlos (vgl. Watzka, 2007, S. 4f.).

*„Das englische Wort für »wahnsinnig«, lunatic, hat seine Wurzel in der uralten Ahnung der Beziehung zwischen kosmischem Geschehen und Entstehung und Verlauf der Geisteskrankheiten (Schmidt-Degenhard, 1983, S. 80).“*

Die Kategorisierungs- und Stigmatisierungstendenzen gegenüber Personen, die als psychisch auffällig gelten, sind von der jeweiligen Kultur und Zeitepoche abhängig. Kontroverses oder ein als untragbar bzw. „abnorm“ interpretiertes Verhalten kann zu der Zuschreibung „geisteskrank“ mit sämtlichen Konsequenzen (Internierung, Zwangsbehandlungen, usw.) führen.

*„Hier seien einige zufällig herausgegriffene Internierte, die wegen »geistiger Unordnung« eingesperrt und auf den Internierungsregistern erwähnt worden sind, bezeichnet: »Hartnäckiger Kläger«, »äußerst prozeßsüchtiger Mensch«, »sehr böser und schikanöser Mann«, »Mann, der Tag und Nacht andere Leute mit seinen Liedern belästigt und die schrecklichsten Gotteslästerungen ausstößt«, »Plakatkleber«, »großer Lügner«, »unruhiger, mürrischer und verdrießlicher Geist«. Es ist unnötig zu fragen, ob das Kranke und in welchem Grade sie seien (Foucault, 2005, S. 129).“*

Bis in die Gegenwart finden sich überwiegend negative Bezeichnungen für psychisch Kranke.

## **2. Vom Altertum bis zum 18. Jahrhundert**

### **2.1. Das Altertum**

Zu allen Zeiten und in allen Kulturen finden sich Menschen mit diversen Varianten angeborener oder erworbener Beeinträchtigungen. Je nach Erkrankungsart entstehen durch gesellschaftliche Reaktionen sowohl eine Sonderstellung und Akzeptanz durch Integration im Familienverband als auch eine Aussonderung, eine Verfolgung oder eine Tötung. Die Menschheit hat früher bestimmte psychische Krankheiten oder neurologische Beeinträchtigungen (z.B. „Fallsucht“) als nicht fassbare Ereignisse der Götter zur Verwendung für Bestrafung und als „Reinigung“ betrachtet. Das Auftreten von Geistesstörungen ordnet der Mensch also den äußeren Mächten, auch in Form von bösen Geistern oder Dämonen zu (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1945).

Die „Besessenen“ sollen durch unterschiedliche Interventionen (Gebete, Austreibungen, Züchtigungen, Verwahrung) von den in ihnen schlummernden Kräften befreit werden. Im alten Ägypten kommen Heilschlafkuren im Tempel und auch erste Ansätze einer Beschäftigung psychisch Kranker auf (vgl. Küfferle, 2002, S. 15f.).

Im Alten und später im Neuen Testament sind zahlreiche Passagen über psychisch Kranke zu finden, die meist in Verbindung mit emotionalen Reaktionen (blinde Eifersucht, tiefer Hass, „Raserei“) stehen (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1946). Im Alten Testament stehen Beeinträchtigungen für eine individuelle Schuld, daher gilt Strafe und Leid als Prüfung der Götter (z.B. bei Hiob).

Der schöne, gesunde und athletische Körper zählt bei den Griechen als Maß aller Dinge. Der Staat sieht den Wert eines Menschen nach seiner Brauchbarkeit. Solon und Aristoteles („Politik“) fordern die Tötung von kränklichen Neugeborenen wie bei den Spartanern. In der antiken Welt fällt meist das Familienoberhaupt die Entscheidung über die Annahme oder Aussetzung eines Neugeborenen. Platon („Politeia“) sieht die

Auslese in einer leidfreien Gesellschaft als Traum, was die damalige Ansicht über Krankheit widerspiegelt:

*„Die körperlichen Ungeratenen sollen sie sterben lassen, die seelisch Ungeratenen und Unheilbaren sollen sie töten (Platon, 1955, S. 102 [III/XVII]).“*

Kein Arzt befasst sich mit „Unheilbaren“. Ein eigener „Idiotenmarkt“ („Forum morionum“) besteht in Rom, auf dem intellektuell und körperlich behinderte Personen gekauft werden konnten.

Vor mehr als 100 Jahren schildert Snell, der in diesem Kapitel mit seinen Ansichten und seinem Wissen aus dem Jahr 1898 mannigfach exemplarisch dargestellt wird, folgende Ausführungen: Der Begriff Geistesstörung ist bei den Griechen weiter gefasst. Zu den Geisteskrankheiten zählen sie bereits Sinnestäuschungen der Fieberkranken und die Betrunkenheit, die jedoch rasch und verhältnismäßig harmlos vorübergehen. Diese Auffassung bringt eine Verbindung zwischen den körperlichen und den geistigen Erscheinungen von Krankheit hervor. Die Griechen kommen nicht auf die Idee, einem Menschen seine Krankheit vorzuwerfen. So würde eine somatische Krankheit (z.B. Lungenentzündung) nicht als Zeichen für Verworfenheit gelten (vgl. Snell, 1898a, S. 5).

Mögliche Versuche, Geisteskranke zu behandeln, gibt es bereits in der Antike und zeigt sich in der Entdeckung von menschlichen Schädeln mit runden Öffnungen und Vernarbungen aus der Jungsteinzeit. Um die möglicherweise bösen Geister als Grund dieser Krankheiten entfliehen zu lassen, sind kunstvoll ausgeführte Trepanationen durchgeführt worden (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 249). Diese These wird von einigen Historikern nicht geteilt (vgl. Vié/Baruk, 2000, S.1945).

Jahrhundertlang erfolgt der fest verwurzelte Glaube an die Besessenheit durch böse Geister als Begründung für den „Wahnsinn“. Objektive klinische Beschreibungen liefern zweifellos die Griechen, ganz besonders Hippokrates (460 – 377 v. Chr.) (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1946). Mit seinen größeren zusammenhängenden medizinischen Schriften behandelt er Geisteskranke rein körperlich, indem er an ihnen bestimmte

Arzneimittel wie Nieswurz anwendet. Er schreibt eine bestimmte Ernährungsweise vor und verlangt in den meisten Fällen vollständige Ruhe (vgl. Snell, 1898a, S. 6). Als einer der bedeutendsten Ärzte der Antike sieht Hippokrates alle Störungen der Psyche durch ein Ungleichgewicht der Körpersäfte bedingt. Er unterscheidet bereits die Manie, Melancholie, Phrenitis, Epilepsie und Hysterie. Die Manie stellt die erethische, die Melancholie die ruhige Ausprägung einer psychischen Krankheit dar. Bei der Phrenitis ruft Fieber akute psychische Entgleisungen hervor. Mit Epilepsie wird jede Form von Konvulsionen (heilige Krankheit) und mit Hysterie Krämpfe bei Frauen bezeichnet (vgl. Küfferle, 2002, S. 16).

Ein übersinnlicher Charakter der Geisteskrankheiten besteht für Hippokrates nicht: Das Gehirn repräsentiert für ihn den Sitz des Verstandes und der Gefühle (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1952).

*„Durch das Gehirn denken wir, sehen wir, hören wir, können wir das Häßliche und das Schöne, das Böse und das Gute, das Angenehme und das Unangenehme erkennen. Durch das Gehirn sind wir verrückt, delirieren wir, nehmen sowohl nachts wie nach Tagesanbruch Ängste und Schrecken von uns Besitz, Tagesträume, grundlose Sorgen, das Verkennen der Gegenwart, die Ungewohntheit, die Unerfahrenheit. All dem sind wir durch das Gehirn ausgesetzt, wenn es krank ist, das heißt, wenn es zu warm oder zu kalt, zu feucht oder zu trocken ist, oder wenn es irgendeine widernatürliche Schädigung erfahren hat, die es nicht verkraften kann (Hippokrates, In: Vié/Baruk, 2000, S. 1952).“*

Auf diesem Grundwissen aufbauend folgen später weitere Erkenntnisse. Hippokrates beschreibt erstmals bestimmte Symptome einer Erkrankung, den Verlauf, die Prognose und die Interventionen. Sehr detailliert und plastisch analysiert er Angstzustände, Phobien und klinische Syndrome. Die Untersuchungen der Patienten erfolgen bei ihm gefühlsmäßig. Er geht bei den Patienten nicht nach einem Schema vor, sondern berücksichtigt bei jedem seine Individualität (vgl. Roback, 1970, S. 153).

Die Tempelbehandlung sowie der Tempelschlaf der Ägypter und Griechen sind ansatzweise als Heilbehandlung im frühen Christentum der christlichen Kirche belegbar. Die Kirche kümmert sich fast ausschließlich um die Behandlung bzw. Versorgung der Geisteskranken (vgl. Morgenthaler, 1935, S.249).

*„Die Kranken hielten sich in den Kirchen auf und schliefen und assen dort; ein angesehenener Mann der Gemeinde hatte die Aufsicht über sie, konnte sie zu leichteren Arbeiten verwenden und musste ihnen täglich durch Handauflegen die bösen Geister beschwören (Morgenthaler, 1935, S. 249).“*

Ein weiterer wichtiger medizinischer Schriftsteller des Altertums, Caelius Aurelianus, stellt Vorschriften über die Behandlung von Geisteskranken auf. Der griechisch – römische Arzt hat am Anfang des 5. Jahrhunderts nach Christus gelebt und in lateinischer Sprache geschrieben (vgl. Snell, 1898a, S. 6). Er hat das Wissen früherer Ärzte sowie Ideen des Soranus von Ephesus übernommen (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1956). Sein Buch ist vermutlich nur eine Übersetzung eines griechischen Werkes von Soranus, in welchem er empfiehlt:

- Der Geisteskranke solle nach ihm in einem mäßig hellen, warmen, stillen Zimmer mit nicht bemalten Wänden beherbergt sein.
- Dieses Zimmer solle sich am besten auf ebener Erde vorfinden, weil Geisteskranke zum Fenster hinauspringen.
- Möglichst wenige Personen dürfen Zutritt zu diesem Krankenzimmer haben.
- Der Kranke muss von den Wärtern vorsichtig und schonend behandelt werden.
- Bei Wahnideen dürfen sie dem Kranken sowohl nicht widersprechen, um diesen nicht zu erbittern, als auch nicht zustimmen, da sich dieser sonst in seinen falschen Vorstellungen bestätigt fühlt.
- Der Wärter soll mehrere andere um Hilfe bitten, wenn ein unruhiger Kranker Anzeichen von sich gibt, davonlaufen zu wollen.
- Statt des gewaltsamen Zurückhaltens empfiehlt sich eine milde Vorgangsweise: Der Kranke erhält die Vorstellung, dass er eine Abreibung mit kaltem Wasser erhalte.
- Der Kranke darf in Notfällen kurzfristig und in schonender Art gefesselt werden (vgl. Snell, 1898a, S. 6f.).

Die Bedeutung dieser Empfehlungen liegt in der menschlichen Behandlungsweise, wobei einige dieser Vorschriften durch die heutige Forschung als sinnvoll angesehen werden. Während einer akuten Krise benötigt der Erkrankte völlige Ruhe, während der Phase der Genesung erfolgt die schrittweise Gewöhnung an das Lesen von Büchern, Spiele, Theaterbesuch, Übungen im Vortrag (vgl. Snell, 1898a, S. 7).

Für diese frühen Zeiten kann die „Irrenpflege“, wie bereits erwähnt, als verhältnismäßig human betrachtet werden, weil sie sich mit freier Behandlung, Fürsorge für das körperliche Wohl, Arbeitsbehandlung und seelischer Beeinflussung darstellt (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 249).

## **2.2. Das Mittelalter**

Das Mittelalter kann generell als Phase der Stagnation – besonders in der Medizin – interpretiert werden, weil der Mensch die Merkmale der Krankheit nicht rational erklären vermag. Die Erkenntnisse aus den vorigen Jahrhunderten bleiben jedoch in einigen Gebieten erhalten. Eine bedeutende Rolle nehmen die Araber durch die Übersetzung einiger Schriften wie beispielsweise von Hippokrates, Galen sowie Alexander von Tralles ein. Sie ergänzen diese mit eigenen Erfahrungen (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1959f.). In der arabischen Welt existieren bereits erste Abteilungen für psychisch Kranke, während in Europa erst ansatzweise erste Hospitäler (zur Beherbergung von gesunden und erkrankten Pilgern) an den Wallfahrtsorten und -straßen entstehen.

*„Das mittelalterliche und frühneuzeitliche Hospital war im allgemeinen eine ‚multifunktionale‘ Unterbringungsmöglichkeit für als hilfsbedürftig wahrgenommene Personen aller Art, für materiell-ökonomisch Notleidende, für körperlich bzw. geistig Behinderte, für chronisch Kranke, familienlose Kinder, mittellose Fremde, arbeitsunfähig gewordene Alte und noch andere ‚randständige‘ Personenkategorien (Watzka, 2007, S. 10).“*

Im Mittelalter beherrscht die Religion die Gedankenwelt, wodurch sich auch die Ansichtswiese zum „Wahnsinn“ verändert. In der Malerei wandelt sich ebenfalls durch die soziale Umgebung die Darstellungsart (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1962).

*„ »Die Kranken«, sagt Esquirol, »trugen keine Blumenkränze mehr, noch behaupten sie, von den Göttern inspiriert zu sein und die Zukunft vorhersagen zu können. Das Unglück der Verrückten nahm ständig zu; schreckliche Vorstellungen plagten sie. Sie zerrissen ihre Kleidung, verkrochen sich an einsamen Orten, irrten auf Gräbern umher und schrien, sie seien in der Gewalt der Dämonen« (Vié/Baruk, 2000, S. 1962f.).“*

Religiöse Zwänge, abergläubische Vorstellungen und die ständige Konfrontation mit Hunger, Seuchen, Kriegen etc. führen teilweise zu heftigen psychischen „Entladungen“, z.B.

- Dämonopathie (z.B. infolge sexueller Unterdrückung bei Nonnen)
- Dämonolatrie (Anbetung von Dämonen oder Teufeln)
- Zooanthropie (= Kranke benehmen sich wie Tiere)
- Massenhysterie (z.B. Veitstanz) (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1963f.).

Theologen im Banne ihrer mittelalterlichen religiösen Einfalt beschäftigen sich nun anstelle von Ärzten mit dieser Krankheit. Trotz der bewussten Geisteskrankheiten glauben sie an ein dämonisches Vorhandensein (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1964). In jenen Zeiten ist die Angst vor Teufeln und Dämonen allgegenwärtig. Wenn auffallende Erlebnisse keine Erklärung in den sehr mäßigen Kenntnissen der Naturlehre finden, werden sie den höheren Mächten zugeschrieben. Dieser Aberglaube führt zur Furcht vor Zauberei und Hexerei. Daraus entstehen die Hexenverfolgungen, die in der ganzen Geschichte der Menschheit als trauriges Kapitel zu betrachten sind (vgl. Snell, 1898b, S. 31).

Da „Irre“ als Besessene gelten, werden sie entweder mit drastischen Maßnahmen zur Besinnung gebracht oder durch die Hexenverbrennungen getötet (vgl. Falkenstein, 1999, S. 13). Die Inquisitoren verschärfen im Verhör durch Suggestivfragen sowie mit ihrer Grausamkeit die Krankheitsbilder und die Symptome, wodurch ihr Fanatismus

Tausende von wehrlosen Geisteskranken in ganz Europa zum Scheiterhaufen bringt (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1964). Mehrere Millionen Menschen in Europa geraten in Verdacht, einen Pakt mit dem Teufel geschlossen zu haben. Sie werden bis zu einem Geständnis gefoltert und anschließend verbrannt. Wahrscheinlich ist eine große Zahl von „geistig Abnormen“ unter den Angeklagten zu finden, aber die Mehrzahl sind geistig gesunde Menschen (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 249f.). Einzelne Stimmen kritisieren die Annahme von einer Besessenheit bei psychisch Kranken – für sie wäre eine Behandlung notwendig (z.B. Johannes Weyer, Cornelius Agrippa, Paracelsus, ...).

Geistesranke wie „harmlose Verblödete“, bei denen der Zugang zum Teufel nicht vermutet wird, können „frei“ herumlaufen. Sie bekommen bunte Kleider angezogen (Schellenkappe), worauf das Volk sie als Stadtnarren verspottet. Im Unterschied dazu handelt es sich bei Hofnarren meist nicht um Geistesranke, sondern um körperlich Missgestaltete. Geistesranke werden bei Lästigkeit zur Stadtgrenze geführt und dort verprügelt. Verängstigt kommen sie nicht mehr zurück und irren in den Wäldern herum, wo sie auch verwildern (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 250).

In Süd-, West- und Mittel-Europa des 16., 17. und frühen 18. Jahrhunderts sind wichtige, voneinander einigermaßen klar abgrenzbare Systeme medizinischer Heilbehandlung zu finden. Neben der Behandlung durch Ärzte, Chirurgen, Bader und Apotheker als spezifisch ausgebildete und anerkannte Experten der sogenannten „Fachmedizin“ besteht in den katholisch geprägten Regionen auch die „geistliche Medizin“. Diese befasst sich mit Gebeten und Exorzismen durch Kleriker. Eine weitere Behandlungsform ist die „Mirakelmedizin“, die das eigenständige Bitten der Erkrankten um Heilung an heiligen Orten enthält. Die wohl wichtigste Therapieform ist die „Volksmedizin“ für die breite Masse der armen Bevölkerung, wo „Heilerinnen“ oft über ein erstaunliches Erfahrungswissen (auch in Kräuterkunde, Diagnose und Therapie) verfügen. Diese „medikalen Kulturen“ leben nicht isoliert voneinander, sondern überlappen sich (vgl. Watzka, 2007, S. 6).

### **2.3. Die Neuzeit (Humanismus, Renaissance, Reformation)**

Im 16. Jahrhundert lassen neue Erkenntnisse, Entdeckungen und Erfahrungswissen die Naturwissenschaften und die Medizin erblühen, was jedoch nicht auf die Psychiatrie zutrifft. Die Bestandteile des menschlichen Körpers werden mittels genauer Zergliederung untersucht. Tiefste Unwissenheit bleibt jedoch über das Wesen der Geisteskrankheit bestehen, weshalb sich das Schicksal der Geisteskranken vom Mittelalter fortsetzt (vgl. Snell, 1898c, S. 65). Geisteskranke werden als lästige, aber nicht als kranke „Elemente“ empfunden (vgl. Falkenstein, 1999, S. 13). Sie zu heilen oder den Kranken ein menschenwürdiges Dasein zu bieten, kommt keinem in den Sinn. Sie werden weggesperrt und verwahrt. Als Aufenthaltsorte erhalten die Geisteskranken oft die frei gewordenen Leprosenhäuser, wodurch eine Verbesserung ihres Loses stattfindet (vgl. Snell, 1898c, S. 65). Durch die Nachwirkungen des maurischen Einflusses, entstehen die ersten Unterkünfte für psychisch Kranke auf der Iberischen Halbinsel. Eines der ersten Zuchthäuser, welches vor der Einrichtung der französischen Internierungshäuser (mit Ausnahme der Charité in Lyon) 1620 in Hamburg errichtet wird, befindet sich im deutschsprachigen Raum. In der zweiten Hälfte des 17. Jahrhunderts kommen noch Basel (1667), Breslau (1668), Frankfurt und Spandau (beide 1684) sowie Königsberg (1691) hinzu (vgl. Foucault, 2005, S. 77).

Im Gefolge der Reformation entstehen große Umwälzungen im Bereich der „Irrenpflege“. Während die Hexenverfolgungen noch für einige Zeit weitergehen, werden die Geisteskranken immer mehr mit den körperlich Kranken gleichgestellt. Die Heilbaren bekommen in den Spitälern « Probkuren », die vor allem aus Aderlässen (mit bis zu „einer Maß“ auf einmal) bestehen (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 250). Die Therapie („Standardmethoden“) beinhaltet auch für psychisch Kranke Aderlass, Schröpfung, Abführmittel, Brechmittel, Niesmittel, ziehende Pflaster und auch künstliche Eiterung. Das Entleeren des Leibes von „überflüssigen“ Säften ist als primäre ärztliche Eingriffsmöglichkeit zu betrachten. Bei psychischen Erkrankungen wird seit der Antike „Disziplinierung“ und Bestrafung als Teil der ärztlichen Behandlung hinzugefügt. Diese Behandlungen zeigen sich in Schlägen oder Peitschenhieben, aber auch in Praktiken der Isolation und des Fesseln. Diese Vorgangsweisen werden aus Angst um die Sicherheit der Umgebung des Kranken

angewendet. Einzelne frühneuzeitliche Ärzte empfehlen in ihren Werken, Tobende unter Wasser bis an die Grenze des Ertrinkens zu bringen. Doch diese grausame Maßnahme wird in der Zeit vor 1750 nur selten angewendet (vgl. Watzka, 2007, S. 7f.).

Besonders gefährlich erscheinende „Irre“ bekommen Ketten und Fesseln angelegt und landen in „Irrenzellen“. Die frühneuzeitlichen Ärzte befassen sich mit einem Arsenal von subtilen therapeutischen Methoden. Die Maßnahmen der traditionellen „Diätetik“ beinhalten die ärztliche Überwachung von Ernährung, Sexualität, des Wach- und Schlafrhythmus sowie des Arbeits- und „Freizeit“-Verhaltens von Patienten. Bei gewissen Störungsbildern, wie z.B. schweren Schlafstörungen, werden Medikamente eingesetzt. Patienten, die sich aufwendige Behandlungen leisten können, wenden Farb-, Licht-, Musik-, Duft- und Mineraltherapien an (vgl. Watzka, 2007, S. 8). Wenn sich der Zustand nach mehrfachen Wiederholungen der Probkuren nicht verändert, werden die Kranken als unheilbar zu den Angehörigen oder zu ihren Gemeinden zurückgeschickt. Dort sperren sie diese in kleine feste Gelasse « Taubhäuschen » ein oder ketten sie an Wände und Mauern an (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 250).

Im 17. Jahrhundert füllen sich Gefängnisse und Asyle mit allen Personen, die in den Augen der Obrigkeit eine Störung der sozialen Ordnung darstellen. Bettler, Prostituierte und psychisch Kranke werden interniert und unmenschlich behandelt („Hospital generale“) (vgl. Küfferle, 2002, S. 17f.).

Nach und nach entstehen immer mehr Narren- und Tollhäuser, die aus festen, schwer vergitterten, kleinen Zellen aufgebaut sind. Die oft zugenagelten Türen erhalten Öffnungen, wodurch Essen in einem Essnapf hineingeschoben wird. In diesen schmutzigen Zellen durchleben die Kranken ein halb tierisches Dasein. Die Reaktion der Gesellschaft schwankt zwischen Abscheu, Angst und voyeuristischem Interesse. Die Insassen werden z.B. zur Belustigung in großen, vergitterten „Narrenkisten“ an die Öffentlichkeit gebracht, damit sie dort geärgert bzw. begafft werden können (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 250f.).

Die Versorgung und Behandlung in Krankenhäusern und Hospitälern ist in der geringen „Versorgungsdichte“ der Gesamtbevölkerung mit Ärzten, Apothekern und Chirurgen

als „Fachmedizin“ in der frühen Neuzeit von wesentlicher Bedeutung. Die Ärzte der frühen Neuzeit trennen die unsterbliche Geist-Seele von den „inneren Sinnen“, wo die mentalen Fähigkeiten im Gehirn lokalisiert und das Funktionieren des Körpers stattfindet. Die eigentliche Seele und der innere Sinn vereinigen sich in der Auffassung „Seelenvermögen“. Die altgriechischen Begriffe „Phrenitis“, „Manie“ und „Melancholie“ dominieren in der Klassifikation psychischer Krankheiten. Die Melancholie wird als die geringste tiefgreifende Erkrankung angesehen, weil die Folgen sozial akzeptabler als das Verhalten der „Rasenden“ sind. Im weiteren Sinn gilt die Melancholie als Erkrankung der Gebildeten. „Hysterie“ und Hypochondrie“ sehen die frühneuzeitlichen Ärzte nicht als psychische Erkrankung, sondern verbinden diese mit primär somatischen Symptomen (vgl. Watzka, 2007, S. 6f.). Die Hysterie verstehen die Ärzte als Krankheit, die weit verbreitet, undurchsichtig und am schwersten zu behandeln ist. Vor allem betrifft sie Frauen, die kein hartes Leben führen. Lange Zeit besteht die Auffassung, wonach die Hysterie eine Erkrankung der Gebärmutter sei. Auch Männer sind betroffen, die z.B. mit einer sitzenden Lebensweise zu tun haben. Die Hysterie wird bei Männern meistens als Hypochondrie bezeichnet. Die Begriffe Hysterie und Hypochondrie sind identisch zu verstehen (vgl. Ackerknecht, 1967, S. 30f.). Es dominiert die Meinung, dass körperliche Krankheitsprozesse bei „Melancholikern“ und „Manikern“ zu den direkt auslösenden Faktoren für „Irrsinn“ zählen (vgl. Watzka, 2007, S. 6f.). Die ebenfalls bereits in der Antike vorkommende Nomenklatur „Phrenitis“ stellt ein fiebriges, akutes Delirium dar, welches zur Tobsucht führen kann. Während bei der Manie Gemütsregbarkeit, Illusionen, sexuelle Erregung sowie Halluzinationen zu finden sind, weist die Melancholie wahnhaftige Ideenbesessenheit, Traurigkeit und Depressionen auf. Die beiden Krankheiten haben etliche Kennzeichen gemeinsam (vgl. Vié/Baruk, 2000, S. 1956).

*„Quantitativ bedeutsamer für den Umgang auch mit psychisch Kranken in der Frühen Neuzeit dürften so Anstaltstypen allgemeineren Zuschnitts gewesen sein, deren Zahl ja bei weitem höher lag (Watzka, 2007, S. 17).“*

In Europa finden sich in den zahlreichen traditionellen Hospitälern meist spezifische Unterkünfte für psychiatrische Personen. Diese Unterkünfte sind kleinere „Irrenabteilungen“. Die psychisch Kranken werden ab dem 16. und 17. Jahrhundert von

den neu entstandenen Ordenskrankenanstalten in den katholischen Regionen versorgt (vgl. Watzka, 2007, S. 17).

Bis zum Ende des 17. Jahrhunderts erfolgt diesbezüglich keine Verbesserung der Lage. Nach wie vor finden sich in Zuchthäusern Geisteskranke. Die Kranken sind also mit den Verbrechern gemeinsam eingesperrt, wobei durch diese relative günstige Verwahrungsform in der damaligen Zeit die Kranken leichter zu beschäftigen sind (vgl. Snell, 1898c, S. 65f.). Immer wieder finden sich Berichte über „frei herumlaufende Irre“, weil wegen Überfüllung in den wenigen „Irrenanstalten“ und „Irrenabteilungen“ keine Neuaufnahmen möglich sind. Gänzliche Erwerbsunfähigkeit bei leichten psychischen Störungen ist kein Aufnahmegrund für Hospitäler. In der frühen Neuzeit achtet die Gerichtsbarkeit, die für viele Bereiche des Verhaltens zuständig ist, auf abnormes Sozialverhalten. Als geläufiges Sanktionsmittel ist die zwangsweise „Hospitalunterbringung“ nicht zu verstehen. Erst im 19. und 20. Jahrhundert erfolgt die teilweise soziale Beseitigung Missliebiger durch die „Psychiatriierung“ (vgl. Watzka, 2007, S. 17f.).

### **3. Vom 18. Jahrhundert bis zu ersten wissenschaftlichen Ansätzen an der Wende zum 20. Jahrhundert**

#### **3.1. Das 18. Jahrhundert**

*„Die im achtzehnten Jahrhundert entdeckte Notwendigkeit, den Geisteskranken eine besondere Pflege zu geben, und die große Krise der Internierung, die der Revolution um einige Zeit vorausging, sind mit der Erfahrung des Wahnsinns, die man im Rahmen der allgemeinen Verpflichtung zu arbeiten gemacht hat, verbunden (Foucault, 2005, S. 91f.).“*

Das 18. Jahrhundert bringt weitere Veränderungen in der Psychiatrie:

Neue Erkenntnisse bezüglich der Funktion des Nervensystems führen zu wichtigen Entdeckungen, daneben etablieren sich bestimmte Strömungen in der Psychiatrie (Animismus, Phrenologie). Während sich in Frankreich und Großbritannien

naturwissenschaftliche Ansätze in Verbindung mit klinischen Beobachtungskonzepten durchsetzen, dominieren im deutschsprachigen Raum metaphysische Ansichten, nach denen psychische Krankheiten Folgen von Verfehlungen oder sündhaftem Leben sein sollen. In Florenz errichtet Vincenzo Chiarugi (1759 – 1820) im Jahr 1788 das „Irrenhaus“ Bonifacio, wo er als erster Schläge sowie das Anketten verbietet (vgl. Snell, 1898c, S. 66f.). In einem veröffentlichten Buch 1794 versucht Chiarugi eine Klassifizierung der Geisteskranken nach Ursache, Diagnose, Prognose sowie Behandlung (vgl. Roback, 1970, S. 207).

Mehr und mehr setzen sich humanitäre Einstellungen, vor allem im Zuge der Aufklärung, durch. Als Wegbereiter („Befreier von den Ketten“) gelten:

- Abraham Joly in Genf (1787),
- Philippe Pinel im Pariser Spital Bicêtre (1793),
- Der Quäker William Tuke in York (1796),
- Vincenzo Chiarugi (1759 – 1820) 1788 in der Toskana,
- John Gottf. Langermann (1768 – 1852) 1805 in Bayreuth.

Dies ist die Folge der beginnenden intensiven psychiatrischen Beschäftigung mit den Ursachen, dem Verlauf sowie der Behandlung von Geisteskrankheiten im Verlaufe des 18. Jahrhunderts (vgl. Ackerknecht, 1967, S. 34f.).

Trotzdem haben die Geisteskranken noch lange Zeit ein trauriges Los. Die Gewohnheit, sie unter dem Blickwinkel der Gemeingefährlichkeit einzustufen, bringt eine allgemeine Überschätzung ihrer Gefährlichkeit mit sich. Darum werden sie separiert und verwahrt (vgl. Snell, 1898c, S. 66).

Trotz Abschaffung der Ketten erhalten die unruhigen Kranken andere Zwangsmittel wie z.B. Zwangsjacken, um sie in ihrer freien Bewegung einzuschränken. Diese „äußerlichen Beruhigungsmittel“ sollen den Krankheitszustand günstig beeinflussen. Als aufstrebende neue Disziplin möchte die Psychiatrie möglichst rasch Heilungserfolge erzielen. Bei nicht eintreffendem Erfolg werden immer „kräftigere“ Mittel eingesetzt. Ein Kranker, der für seine Umgebung gar kein Interesse andeutet und eher in sich versinkt, soll mit Gewalt zur Aufmerksamkeit gebracht werden z.B. durch stärkste Geräusche wie Kanonenschüsse und dem gellenden Tone von großen Blasinstrumenten.

In weiterer Folge wird das plötzliche, unvermutete Eintauchen in das kalte Wasser angewendet (vgl. Snell, 1898c, S. 66f.). Durch dieses eiskalte Wasser sollen die Geisteskranken wieder ihren Verstand zurück erhalten (vgl. Roback, 1970, S. 207).



Abbildung 1: „Übergießung und Sturzbäder‘(Kupfertafel)  
(In: Blasius, 1980, S. 139).“

*„Der Wahnsinnige wird in der Badewanne mit Brust- und Armriemen befestigt. Ein Wärter, durch einen Bretterschirm geschützt, gießt in einiger Höhe die vollen Eimer kalten Wassers über seinen Kopf. Ein Brunnen steht mit einer nebenstehenden Badewanne in Verbindung, und erhält sie stets so mit Wasser gefüllt, daß die anderen Gehülfen dasselbe mit Eimern schöpfen, und den höher stehenden ohne Unterbrechung mit vollen Eimern schnell genug versorgen können, um die Uebergießungen Viertel- und halbe Stunden lang fortzusetzen, wie es bei großer Unempfindlichkeit vieler Kranken durchaus erforderlich ist (Horn, 1818, S. 325).“*

Geglaubt wird, dass durch einen Schock eine Verbesserung oder sogar eine Heilung möglich wäre:

*„Ein Kübel mit lebenden Aalen, in welchen man den Verrückten steckte, ohne daß er wüßte, was in demselben wäre, müßte für sich schon nicht gering, und noch stärker indirect, durch die peinigenden Spiele der Phantasie, auf sein Gefühl wirken (Reil, In: Snell, 1898c, S. 67).“*

Es handelt sich mehr um Abirrungen als um zweckmäßige Maßnahmen, obwohl eine Schocktherapie in bestimmten Fällen (z.B. Katatonie) zu Verbesserungen des Zustandes führen kann. Allerdings stellen viele „Behandlungsmethoden“ eher Disziplinierungsmaßnahmen dar (vgl. Morgenthaler, 1935, S.251):

*„Wenn z.B. ein lärmender Kranker auf eine Tracht Prügel hin für einige Stunden ruhiger wurde, so stellte man befriedigt den guten « Erfolg » fest (Morgenthaler, 1935, S. 251).“*

Angebliche Erfolge bringen nun die ungewöhnlichsten Maßnahmen und grauenhaftesten Quälereien hervor. Folgende möglichst „starke Mittel“ kommen zur Anwendung, um das Befinden der Kranken beeinflussen zu können:

- Erschrecken durch Kanonenschüsse,
- Empfang in der Anstalt durch Mohren,
- in finstere Gemächer bringen,
- Einschüchterung durch Lärm und Getöse,
- den Scharfrichter zu ihnen führen,
- Konfrontation mit Spuk und Totenhänden,
- die Kranken unerwartet durch ein Loch im Boden ins kalte Wasser werfen,
- auf ihrem Leib Schlangen und Mäuse herumbewegen lassen, etc. (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 251).

Eine weitere Behandlungsmethode ist die Anwendung mechanischer „Heilmittel“. Drehmaschinen, Schaukeln und Drehstühle dienen zur Schwindelentstehung und zum Erbrechen (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 251).

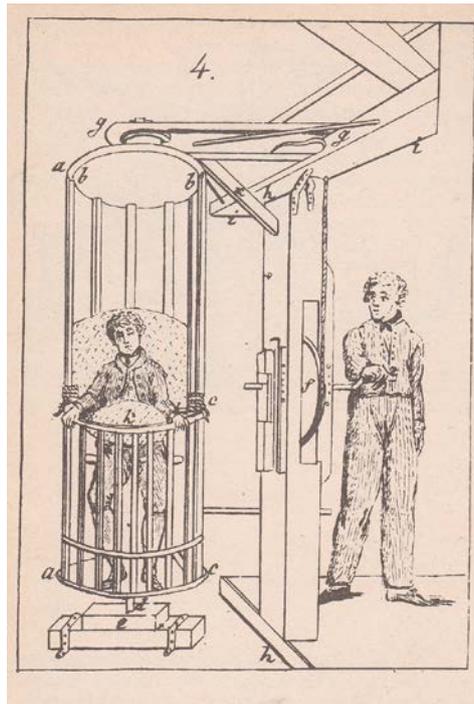


Abbildung 2: „Drehstuhl (Kupfertafel) (In: Blasius, 1980, S. 140).“

Zwangsmittel sind, wie bereits erwähnt, eine verbreitete Variante. Diese sind nicht nur Heilmittel, sondern sollen auch helfen, gefährliche oder belastende Erscheinungen von Krankheiten zu bezwingen und die Kranken selbst oder ihre Umgebung vor Schäden zu bewahren (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 252).

*„So wurde der aufgeregte Kranke in einen Sack, dessen Kopfende mit undurchsichtigem Tuch überzogen war oder in einen engen Schrank, den sog. englischen Sarg, gesteckt. Andere sperrte man in ein hohles Rad, das sich entweder bei Bewegungen des Kranken selber drehte oder das von aussen gedreht wurde. Schreienden und Jammernden wurde die Autenriethsche Maske, die mit einem Vorsprung in den Mund hinein versehen war, aufgesetzt (Morgenthaler, 1935, S. 252).“*

Unruhige Kranke müssen stunden- und/oder tagelang mit ausgestreckten Armen an der gleichen Stelle „zwangsstehen“. Gebrechliche und Inkontinente haben den Zwangsstuhl, der nach längerer Zeit zu Lähmungen und Druckbrand führt, zu ertragen. Wenn Kranke zerstörungssüchtig sind, bekommen sie lederne, schließbare Handschuhe oder sie werden für einige Zeit in Ketten gelegt. In dieser Zeit kommen die verschiedensten

Arten von Zwangsjacken, Zwangs- und Tollriemen, Zwangsketten u.a. zum Einsatz (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 252).

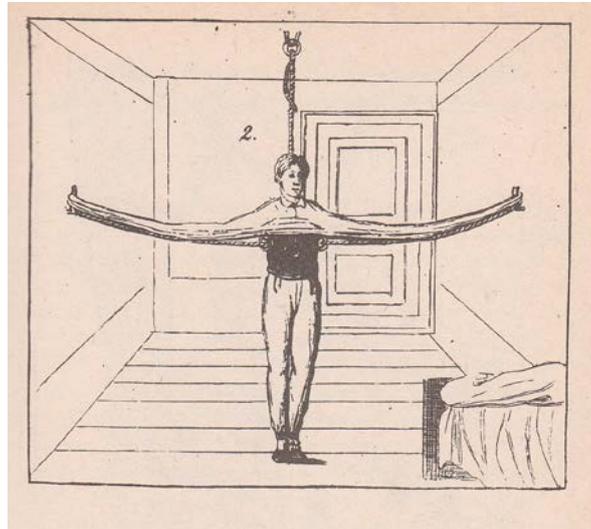


Abbildung 3: „Zwangstehen von der vorderen Seite dargestellt (Kupfertafel)  
(In: Blasius, 1980, S. 141).“

*„Ein breiter Brustgurt von Drillich oder Leder, vorn und hinten und zu beiden Seiten mit eisernen Ringen versehen, an welchen starke Stränge befestigt werden, die wieder an eiserne Haken, die an den Seitenwänden des Zimmers angebracht sind, geknüpft werden. Ein Seil, welches in der Decke und am Fußboden an eisernen Haken Befestigungspunkte findet, läuft durch einen am hinteren Theil des Brustgurtes befestigten eisernen Ring, und erhält den Kranken in einer und derselben Stellung. Nachdem die gewöhnliche Zwangsjacke mit verlängerten Ärmeln übergezogen worden, werden, zur Erhaltung der Arme in einer fast horizontalen Lage, die Enden an die Seitenhaken des Zimmers geknüpft. Um die Füße in einer ruhigen Stellung zu erhalten, werden solche mit einem gewöhnlichen Fußriemen befestigt (Horn, 1818, S. 331f.).“*



Abbildung 4: „Zwangsitzen (Kupfertafel) (In: Blasius, 1980, S. 142).

*„Ein mit einem hohen Sitze und starken Armen aus festem Holze gefertigter Lehnstuhl mit beweglichem Rücken, in welchem der Irre mittelst eines breiten Brustgurtes, Arm-, Hand- und Fuß-Riemen befestigt wird. Zugleich ist eine Vorrichtung angebracht, durch welche die Rückenlehne höher und niedriger gestellt werden kann, für solche Fälle, in denen der Kranke ungestüme Bewegungen mit dem Kopfe macht, welche durch Hinablassen des obern Stückes der Rückenlehne sogleich unschädlich gemacht werden können (Horn, 1818, S. 331).“*

### **3.2. Das 19. Jahrhundert**

Anfang des 19. Jahrhunderts entwickelt sich die Psychiatrie enorm. Die Annahme einer somatischen Ursache (durch Störungen im Gehirn) setzt sich zunehmend durch. Auf den Gebieten der Hirnanatomie und der Nervenheilkunde bringen neue Erkenntnisse Impulse für die klinische Psychiatrie. Die bereits von Pinel eingeführte „moralische Behandlung“ erfährt eine Ausweitung und kann als Vorstufe einer „Gesprächstherapie“ bewertet werden. Der Kranke soll „vernünftig“ werden. Während eine ganze Epoche durch die psychiatrische Therapie mit den

Bezeichnungen „traitement morale“ oder „moral treatment/management“ berühmt wird, sind diese Bezeichnungen im deutschsprachigen Raum unter psychischer Kur zu finden (vgl. Müller, 2006, S. 5).

Um den Zustand des Kranken zu verbessern, gilt die Grundvoraussetzung der Trennung des Kranken von seiner Ursprungsfamilie, d.h. eine Milieuänderung wird hervorgerufen (vgl. Müller, 2006, S. 5).

*„In der Schulpsychiatrie vertrat man darüber hinaus die Auffassung, dass der organisatorische und architektonische Aufbau von Irrenanstalten in engem inhaltlichem Zusammenhang zu Erfolg versprechender Therapie oder Verwahrung von psychisch Kranken stehe (Müller, 2006, S. 5).“*

So stellt der Wiener „Narrenturm“ seinerzeit eine revolutionäre Neuerung dar. In den dreißiger bis neunziger Jahren des 19. Jahrhunderts entstehen Einrichtungen, die psychisch Kranke wieder isolieren, damit sie von schädlichen Einflüssen der Gesellschaft bewahrt werden und zur Ruhe kommen sollen. Diese befinden sich meist außerhalb von Siedlungen und zeichnen sich durch große Zellenabteilungen aus. Die Überwachung ist so nicht möglich, was schließlich zu schweren Selbstverletzungen oder Sach- und Personenbeschädigungen der Umgebung führt. Die Isolierungsbehandlung fördert die Neigung der Kranken, sich von der Außenwelt abzukapseln und sich mit sich selbst zu befassen (vgl. Morgenthaler, 1935, S.253f.).

*„So machte man denn die Erfahrung, dass durch die Isolierung die krankhafte Innenwelt der Patienten immer mehr die Oberhand bekam, dass Halluzinationen und Wahnideen zunahmen, die Unruhe anwuchs und allerlei unangenehme Gewohnheiten sich ausbildeten, dass die Kranken verwilderten und die Verblödung früher eintrat und tiefer wurde, kurz, dass vieles von dem, was man hatte bekämpfen wollen, im Gegenteil direkt gefördert wurde (Morgenthaler, 1935, S. 254).“*

Die Nachteile der Zellenbehandlung führen zur Bettbehandlung, aus der dann die Wachabteilungen hervorgehen. Mit dieser geht Hand in Hand die Bäderbehandlung.

Diese Umgestaltung startet in den achtziger und neunziger Jahren des 19. Jahrhunderts und ragt bis in das 20. Jahrhundert hinein. Die größeren Anstalten bestehen aus Wachabteilungen. Das Pflegepersonal überwacht und pflegt die Kranken in größeren und kleineren Sälen. Das Zusammenleben der Kranken verhindert die Abkapselung und soll sie ihre Krankheit „vergessen“ lassen, da sie sich um ihre Umgebung kümmern müssen. Der Prozentsatz der Heilungen und Besserungen wird größer und die unheilbaren Krankheiten verlaufen milder. Kranke werden von Schädlichkeiten und von erregenden Einflüssen ferngehalten, um die Möglichkeit von Ruhe zu erhalten und so den Verlauf des Krankheitsprozesses steuern zu können. Zu den passiven Arten in der Behandlung gehören die Bett-, Wachsaal- und Bäderbehandlung (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 254).

In Deutschland werden schließlich die Geisteskranken aus den Zuchthäusern in eigene „Irrenanstalten“ mit einem leitenden Arzt gebracht. Die damals entstandenen Anstalten finden ihren Ort häufig in leeren Gebäuden, wie nicht benützten Schlössern und aufgelassenen Klöstern. Das „Hannoversche Magazin“ vom 2. Juli 1828 mit der Nr. 53 berichtet über die neue „Heil-Anstalt im St. Michaelis – Kloster“ folgendes (vgl. Snell, 1898c, S. 67):

*„Eine große in ihrem Inneren demolirte, mit einem hohen Thurme ausgestatte Kirche dient als eine offene, erhabene Halle, in grandiosen Style, zur Motion und Ergötzung der Kranken, vorzüglich an kälteren und regnichten Tagen oder bei zu heißem Wetter (Snell, 1898c, S. 67).“*

An einer anderen Stelle wird über die Grundsätze, die damals bei der Behandlung der Geisteskranken gelten, informiert (vgl. Snell, 1898c, S. 67f.):

*„Schläge und Scheltworte werden niemals geduldet, selbst auch da nicht, wo Tücke, Wuth und Hinterlist zu den bedrohlichsten und boshaftesten Angriffen, wie an jedem Tage sie vorfallen, sich vergessen; sobald jedoch ein Kranker sich selbst oder Anderen gefährlich wird, störend in das Ganze oder verderblich auf Einzelne einwirkt, auch in einigen Fällen der Notwehr, da hieße es höhere Pflichten verletzen, wenn man ihn nicht durch einen*

*unschädlichen Zwang sich selbst und der allgemeinen Sitte und Ordnung unterthan zu machen suchte; und in solchen Fällen sind die einzigen Beschränkungsmittel der Zwangssessel, das Kamisol oder die Aermel nach einer verbesserten Methode, und vorzüglich die Einsamkeit und Isolierung. Eine feste, unveränderliche Regel des Sittlichen muß das Ganze durchdringen und so viel wie möglich erhalten werden; wo also Laster und unsittliches Wesen herrscht, wo Jemand sich und Andere zu verletzen sucht, wo der Trieb der Zerstörung überhand nimmt, wo überall das Gesetz nicht mehr erkannt oder verachtet wird, wo also auch keine Vorstellung, keine Geduld und Nachsicht mehr Eindruck macht, müssen nothwendig Beschränkungsmittel eintreten (Snell, 1898c, S. 68).“*

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts entsteht wieder der Gedanke, äußere Beschränkungsmittel erbringen einen günstigen Einfluss auf die schwere Verirrung und Unruhe der Geisteskranken (vgl. Snell, 1898c, S. 68).

In diese Zeit fällt das Konzept der « Aktiveren Krankenbehandlung ». Die Grundeinstellung zu den Geisteskranken verändert sich, denn die einzelnen Krankheitsbilder werden nicht mehr als gänzlich unbeeinflussbar betrachtet (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 254f.).

Morgenthaler verteidigt noch 1935 die in dieser Epoche angewendete Disziplinierung, auch wenn er vor Auswüchsen warnt (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 255).

*„So sehr Konsequenz und heilsame Strenge richtig angewandt, nützlich und notwendig sein können, so sehr ist daran festzuhalten, dass die Grundlagen der Pflege der Gemüts- und Geisteskranken Verständnis und Gefühlswärme sein müssen (Morgenthaler, 1935, S. 255).“*

Pflegekräfte, Aufseher und Ärzte arbeiten in den erwähnten Institutionen, welche vor allem durch die Schilderung des Alltags einen Beitrag zur Geschichtsschreibung der Psychiatrie bringen (vgl. Müller, 2006, S. 5).

*„Diese Art von Psychiatriegeschichtsschreibung führt uns von der christlichen Klostermedizin über die Gründung der Hospitäler und der Entwicklung der Armenfürsorge bis hin zur Gründung von psychiatrischen Privat-Sanatorien, von städtischen Krankenhäusern mit Fachabteilungen und Gründung der Universitäten mit ihren medizinischen Lern- und Lehrbereichen (Müller, 2006, S. 5).“*

*„Die Konzepte von psychischer Krankheit und ihrer Heilung oder zumindest ihrer Behandlung bilden sich dabei in Architektur wie auch in der Platzierung dieser Orte in der jeweiligen Kulturlandschaft ab (Müller, 2006, S. 5).“*

Im 19. Jahrhundert gehören zu den psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten die Landgüter sowie die klostereigenen landwirtschaftlichen Betriebe aus dem Mittelalter. Diese Anstalten und einige andere Darstellungen deuten auf eine gemeinsame Geschichte der Pflege und Behandlung psychisch Kranker in wirtschaftlichen, politischen und anderen Betrachtungsweisen hin (vgl. Müller, 2006, S. 5).

*„Das Verständnis einer Geschichte der Psychiatrie als die Geschichte der sie praktizierenden Institutionen stellt auch weiterhin eine legitime Form der Annäherung an den Gegenstand dar, wurde jedoch durch andere Perspektiven erweitert. Auch anhand einer Geschichte der Methoden der Therapie, der Sicht von Patientinnen und Patienten, oder einer Geschichte der Psychiatrie aus der Sicht des Pflegepersonals lässt sich Wesentliches zeigen (Müller, 2006, S. 5).“*

Durch den gesellschaftlichen Veränderungsprozess entmystifiziert sich die Geisteskrankheit. Der charakteristische Einsatz von Gewalt (z.B. Kaltwasserdusche, Prügelstrafe) gegen Patienten wird kritisiert. Die Position des so bezeichneten Wartpersonals oder Wärterpersonals ist für diese Behandlungsmethoden zuständig. Der Kranke soll sich der Obrigkeit der Psychiatrie fügen: Nicht nur die Pariser Irrenhäuser, sondern auch andere wenden z.B. die Einführung der erzwungenen Sonderernährung als Zwangsbehandlung an. Hoch im Kurs halten sich moralische

Mittel und Arbeitstherapie (vgl. Müller, 2006, S. 5f.).

### **3.3. Das 20. Jahrhundert**

Während die naturwissenschaftlich-medizinischen Erfahrungen und Erkenntnisse zunehmen, beschäftigen sich auch gesellschaftspolitische Bewegungen kritisch mit den Behandlungs- und Unterbringungsformen für psychisch Kranke. Die Psychiatrie erhält dadurch bedeutende Akzente. Durch den Geist der Aufklärung erfolgt eine Humanisierung im Umgang mit psychisch Kranken. Am Ende des 18. Jahrhunderts entsteht in England eine Reformbewegung von philanthropisch eingestellten Personen die „Retreats“, aus welcher die sozialpsychiatrische Ausrichtung der englischen klinischen Psychiatrie hervorgeht. 1909 entsteht die „Mental Health“ - Bewegung in den Vereinigten Staaten, welche durch die Auseinandersetzung eines ehemaligen Patienten (Clifford Beers) mit seiner eigenen psychischen Erkrankung ausgelöst wird (vgl. Küfferle, 2002, S. 25f.).

Auf die Psychiatrie und den Umgang mit behinderten sowie psychisch kranken Menschen im Nationalsozialismus wird in einem eigenen Kapitel eingegangen.

Um die Mitte des 20. Jahrhunderts erfolgt eine Weiterentwicklung unter dem Schlagwort Community Psychiatry (Gemeindepsychiatrie). Es ist ihr Anliegen, im sozialen Umfeld Hilfestellungen anzubieten, um so eine Deinstitutionalisierung zu verwirklichen sowie von stationären psychiatrischen Behandlungen wegzukommen. In dieser Zeit wird die moderne Psychopharmakotherapie erfolgreich in der ganzen Welt eingeführt. Diese Therapie bringt wesentliche Fortschritte in der Behandlung. Das Elend psychisch Kranker kann sich erfahrungsgemäß nicht nur durch die Vermeidung stationärer Aufenthalte reduzieren. Im Fokus auf die Deinstitutionalisierung darf nicht auf effiziente präventive sowie extramurale Angebote von anderen Hilfen vergessen werden (vgl. Küfferle, 2002, S. 26).

Eine rasche, zu Beginn psychoanalytisch geleitete Ausweitung einer neuen Bewegung findet fast zum gleichen Zeitpunkt statt. Diese Bewegung vertritt einen psychiatriekritischen Standpunkt mit diversen ideologischen Ausgangspositionen, die

sich unter dem Schlagwort „Antipsychiatrie“ vereinen. Bei diesen Ansätzen finden sich etliche Vertreter, wie z.B. Franco Basaglia. Verbindend wirken in erster Linie gemeinsam vertretende politische oder gesellschaftliche Richtungen. Hauptvertreter sind in folgenden Ländern zu finden:

- USA: Der Soziologe Erving Goffman sowie der Psychiater Thomas Szasz.
- England: Der Psychiater Ronald Laing sowie David Cooper.
- Frankreich: Der Soziologe und Philosoph Michel Foucault.
- Italien: Der Psychiater Franco Basaglia, der eine Deinstitutionalisierung per Gesetz erreicht.

In Deutschland vertritt der Psychiater Klaus Dörner die kritischen Ansätze der antipsychiatrischen Bewegung. Die Vertreter der Antipsychiatrie weisen verschiedene ideologische Hintergründe auf. Diese können vom Liberalismus des 19. Jahrhunderts (z.B. Szasz) bis zu radikal linken Ideologien führen (vgl. Küfferle, 2002, S. 26).

*„Trotz ihrer zum Teil extrem psychiatriefeindlichen Haltung hat diese Bewegung letztlich positiven Einfluss auf die Veränderung unbefriedigende Behandlungsbedingungen genommen, indem sie die ‚Psychiatriereform‘, eine Formel, die für eine Verbesserung dieser Behandlungsbedingungen mit Einführung komplementärer ambulanter Behandlungsformen und Festlegung von Mindeststandards steht, vorantrieb (Küfferle, 2002, S.26f.).“*

Die klinische Psychiatrie wechselt gegenwärtig, vor allem in den USA, in einer Art „Paradigmenwende“ von den psychodynamischen zu den mehr biologisch orientierten Theorien sowie Therapien. Eine psychodynamische Orientierung kommt in der österreichischen klinischen Psychiatrie während der Zwischenkriegszeit (Paul Schilder, Otto Hartmann) nur ansatzweise vor. Durch den Erfolg der Psychopharmakotherapie entsteht mehr die Ausrichtung an der biologischen, genetischen sowie neuropsychopharmakologischen Erforschung. Die klinische Psychiatrie des angloamerikanischen Raums übernimmt erst in den 60er-Jahren die klassischen psychopathologischen Entwürfe der deutschsprachigen Psychiatrie (Emil Kraepelin, Kurt Schneider). Dadurch wird sie wissenschaftlich einer standardisierten Diagnostik (Research Criteria, DSM-III) zugänglich. Die europäische Psychiatrie verändert sich ebenfalls aufgrund dieser Entfaltung (vgl. Küfferle, 2002, S. 27).

*„Es bleibt das Verdienst der Psychoanalyse, das Hauptaugenmerk auf Patientenbedürfnisse gelegt zu haben und in wissenschaftlicher Hinsicht immer ein multifaktorielles Entstehungsmodell für psychische Erkrankungen vertreten zu haben, das endogene (genetisch, stoffwechselbedingt) und exogene (soziales Umfeld) pathogene Faktoren einschließt (Otto Fenichel) (Küfferle, 2002, S. 27).“*

Während die traditionelle Anstaltspsychiatrie etwas in den Hintergrund tritt, gewinnt die Psychologie gleichzeitig an Bedeutung. Obwohl nicht unumstritten, hat die Psychiatrie noch immer einen Stellenwert in der heutigen Zeit (vgl. Küfferle, 2002, S. 27).

Ein Kuriosum der Zeitgeschichte zeigt sich im Zeitgeist der Studentenunruhen von 1968, die in Heidelberg länger als in anderen Universitätsstädten angehalten haben. Der Assistenzarzt der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg Wolfgang Huber sowie 52 Patienten rufen im Februar 1970 das Sozialistische Patientenkollektiv (= SPK) hervor. Die SPK präsentiert sich als Therapiegemeinschaft und will die Krankheit in eine Waffe verwandeln. Hubers Denkweise, dass Erkrankungen durch die Folge der kapitalistischen Produktionsverhältnisse entstehen und eine Form der Ablehnung wären, findet Anhänger. Neben psychiatrischen Patienten sowie unkritischen Mitläufern sind unter Hubers Gefolgsleuten auch Anarchisten zu finden, die später zur RAF gehen (vgl. Haack/Haack, 2010, S. 190).

Eine Broschüre beinhaltet dazu folgendes Zitat (vgl. Haack/Haack, 2010, S. 190):

*„Die Krankheit ist einerseits Produktivkraft, andererseits, als Identität von Produktion und Destruktion, Begriff der Produktionsverhältnisse. Der Grundwiderspruch von Produktivkräften und Produktionsverhältnissen ist also so aufzufassen, dass die Krankheit die umfassende Notwendigkeit ist, die ihr eigenes Gegenteil produziert, die Revolution. Die Kranken sind somit an sich und als bewusst Leidende für sich die revolutionäre Klasse (Haack/Haack, 2010, S. 190).“*

Kritiker sehen dieses mit einem inneren Kern angewachsene Kollektiv aus 500 Mitgliedern als kriminelle Gruppe. Schließlich werden Wolfgang sowie Ursel Huber am 19.12.1972 mit 4 ½ Jahren Gefängnis bestraft (vgl. Haack/Haack, 2010, S. 190).

*„Der Einfall, Krankheit sei Produktivkraft und Begriff der Produktionsverhältnisse sowie die absurde Schlussfolgerung, dass die Krankheit die umfassende Notwendigkeit ist, die ihr eigenes Gegenteil produziert, die Revolution, erinnern an Denkstörungen, wie sie bei blanden Psychosen vorkommen. Auch der verstiegene Duktus ist psychopathologisch auffällig (Haack/Haack, 2010, S. 190).“*

## **4. Bedeutende Psychiater**

### **4.1. Philippe Pinel (1745 – 1826)**

Ein neues Zeitalter bricht im letzten Jahrzehnt des 18. Jahrhunderts für die eingesperrten Geisteskranken in staatlichen Institutionen durch Vincenzo Chiarugi in Italien sowie in der Anstalt von York in England an. In Frankreich geschieht dies vorwiegend durch Philippe Pinel (vgl. Roback, 1970, S. 210). 1801 erscheint erstmals Pinels „Traité medico – philosophique sur l’ Aliénation mentale“, welches zum einen als die Krönung der Psychiatrie des 18. Jahrhunderts, zum anderen als der Anfang eines neuen Zeitalters gilt (vgl. Ackerknecht, 1967, S. 39).

Sehr mutig zieht Philippe Pinel seine Reformen durch (vgl. Roback, 1970, S. 210f.). In Paris ist er derjenige, der in weiten Kreisen auf das Unrecht der unglücklichen Kranken hindeutet. Diese werden an Fesseln wie wilde Tiere oder Verbrecher gekettet. Pinel fordert vehement eine Wendung in der „Irrenpflege“. Viele betrachten Pinel als Wegbereiter der modernen, humanen „Irrenpflege“ (vgl. Snell, 1898c, S. 66). Zur Zeit der Revolution wertet nicht jeder seine Handlungen positiv, wie z.B. ein einflussreicher Revolutionsführer (vgl. Roback, 1970, S. 211):

*„Zu Pinel gewandt, rief er aus: «Bürger, du mußt selbst verrückt sein, wenn du diese tierischen Rohlinge freilassen willst!» (Roback, 1970, S. 211).“*

Pinel begründet darauf, dass die unmenschliche Unterbringung sowie Betreuung entsprechende Reaktionen hervorrufen. Im Vorwort zu seinem Hauptwerk gibt er seine Gedanken über das Experiment wieder (vgl. Roback, 1970, S. 211f.):

„ *«Ich habe mit äußerster Sorgfalt die Wirkung untersucht, welche die eisernen Ketten auf die Geisteskranken hatten, und hinterher die entsprechenden Resultate der Entlassung: Ich kann nicht umhin, eine verständigere und gemäßigtere Verwahrung zu befürworten.» (Pinel, zit. in: Roback, 1970, S. 212).*“

In seinem Bericht erwähnt er eine große Zahl von gewalttätigen Patienten, die ohne angelegte Ketten friedlich und redselig werden. Bei Erfordernis wird ihnen aber auch die Zwangsjacke angelegt. Pinel kuriert an der Bicêtre auch mit Aderlass, Abführen und Untertauchen. Als praktischer Arzt beschäftigt er sich am Anfang seiner Ausübung mit deutschen, englischen, französischen und italienischen Theorien sowie Praktiken. Er übersetzt zum Beispiel „Institutions of Medicine“ von Cullen und „Opera Omnia“ von Giorgio Baglivi (vgl. Roback, 1970, S. 212).

Die Umsetzung seiner Pläne schafft er im Jahr 1795 als Direktor der Anstalt Salpêtrière. Ein Jahrhundert lang steht dieses Institut richtungsweisend für eine humane Psychiatrie, wobei viele Pinels Werk weiterführen und durch die großartige Persönlichkeit Jean-Martin Charcot eine Blütezeit entstehen lässt. Zugleich etabliert sich hingegen Leipzig als Erprobungsfeld für experimentelle Psychologen. Der Arzt Pinel ist nicht von den zu dieser Zeit verwendeten physischen Heilmitteln überzeugt, worauf er mit der Bezeichnung „medico-philosophisch“ hinweist. Während er der empfindungslosen, intellektualistischen Einstellung der Deutschen nicht zustimmt und deren Praktiken als „méthodes gothiques“ bezeichnet, akzeptiert er einige Methoden englischer Ärzte (vgl. Roback, 1970, S. 212f.).

Die Symptome der Geisteskrankheiten erhalten durch ihn eine Klassifizierung. Er betont die Wichtigkeit der Diätvorschriften, der Ermutigung sowie der Milderung des Zwangs. Generell kann diese Vorgangsweise Psychotherapie genannt werden. Die

Ungewissheit der Theorien fasst er in seinem Buch zusammen. Diese Theorien stammen von praktischen Ärzten aus vergangenen Zeiten und zu seiner Lebenszeit. Die französische medizinische Literatur nimmt bis heute die gründliche Schilderung des Verhaltens bei einem Patienten wahr, was für Pinel das „sine qua non“ zur Behandlung bedeutet. Das Erkennen der Symptome gilt ihm als Hauptanliegen. Sein anderes bekanntes Buch „Nosographie Philosophique“ (Philosophische Krankheitsbeschreibung) gibt es bereits in mehreren Auflagen und bewährt sich als Standardwerk, weil besonders auf die Diagnosen eingegangen wird (vgl. Roback, 1970, S. 213).

Pinel zeichnet sich als bedeutender Therapeut aus, weil er sorgfältige Berichte verfasst, fortwährend evaluiert und ein gutes Verhältnis zu Patienten besitzt. Er prägt seine Studenten an der Universität und besitzt noch im hohen Alter eine außerordentliche Dynamik. Durch seine Leistungen bekommt er auch einen Sonderplatz in den Chroniken der modernen Psychiatrie. Sein Glaube an das mögliche Gesundwerden der meisten seiner Patienten fällt als einer seiner bedeutsamsten Charaktermerkmale auf (vgl. Roback, 1970, S. 213). Pinel schafft am Übergang zum 19. Jahrhundert die Grundlage für den fortlaufenden Prozess in der weiteren Entkriminalisierung sowie Entmystifizierung der Geisteskrankheiten durch die Herauslösung aus ihrer diskriminierenden Isolierung (vgl. Eckart, 2000, S. 296).

Als Begründer der wissenschaftlichen Psychiatrie wird Pinel somit der französischen Aufklärung zugeschrieben. Er schafft es, die Diagnostik und Behandlung der psychisch Kranken zu einem Fach der Medizin umzusetzen (vgl. Haack/Haack, 2010, S. 12).

## **4.2. Sigmund Freud (1856 – 1939)**

Als Begründer der Psychoanalyse arbeitet Freud zunächst als Neurologe (vgl. Cohen, 1997, S. 100f.). Durch seine hirnanatomischen Forschungen von 1882 – 1885 bemerkt er die schmerzbetäubende Wirkung des Kokains (vgl. Brockhaus, 1997, Band 5, S. 26). Im Jahr 1885 wird Freud Dozent der Neuropathologie an der Universität. Jedoch gelingt es ihm nicht, ordentlicher Professor oder gar Nobelpreisträger zu werden (vgl. Marcuse, 1956, S. 128).

Nach dem Erlernen der hypnotherapeutischen Techniken bei seinem Freund sowie Kollegen Joseph Breuer (1842 – 1925) verweilt Freud an den medizinischen Schulen in Paris 1885/86 und in Nancy 1889. Als Basis des psychotherapeutischen Arbeitens der beiden Wiener Kollegen dienen die französischen Erkenntnisse. Breuer stellt im Gegensatz zur Pariser Schule fest, dass hysterische Symptome kein Anzeichen einer angeborenen Entartung des Hysterikers seien. Diese Symptome weisen eher auf traumatische Erlebnisse erworbener und verdrängter Erscheinungen hin, die durch hypnotische Erinnerung jedoch immer wieder neu durchgespielt werden (Katharsis). Auf der einen Seite glaubt Breuer bei den hysterischen Symptomen an die Theorie der Verdrängung allgemeiner Erlebnisse und die Veränderung der Verdrängungsenergie. Auf der anderen Seite sieht Freud den Ausgangspunkt hysterischer Krankheitsbilder vor allem als Unterdrückung traumatisch-triebhafter Ereignisse oder Vorstellungen. Laut Freud entstehe durch die Unterdrückungsenergie eine Konversion, welche traumatische Erfahrungen umwandle und darauf zu psychopathologischen Symptomen (Traumtheorie) führe. Schon anfangs der neunziger Jahre geht durch diese unterschiedliche Konzeption die Arbeitsgemeinschaft zwischen Freud und Breuer in die Brüche. In seinen therapeutischen Überlegungen findet sich keine hypnotische Methode von Breuer. Freud widmet sich der Methode der freien Assoziation und der Traumdeutung (vgl. Eckart, 2000, S. 299f.).

Bei der freien Assoziation soll der Patient nach Kräften aussprechen, was ihm einfällt. Der hypnotisch-kathartische Weg sowie die Psychoanalyse werden durch diese neue Methode deutlich abgegrenzt (vgl. Marcuse, 1956, S. 129).

*„Und die Einsichten, die ihm seine Kranken so vermittelten, führten zur neuen Theorie, deren wesentlichste Stücke wurden: der <Widerstand> des Patienten, über das Entscheidende zu reden; der Prozeß der Verdrängung; der Oedipus-Komplex; die lange Geschichte der Sexualität vor der Pubertät; die Umsetzung des Verdrängten in Krankheits-Symptome (Marcuse, 1956, S. 129f.)*

Ein Dilemma der Menschheit kommt laut Freud im Ödipuskomplex bei der Tragödie des Königs Ödipus von Sophokles vor: Als Nebenbuhler liebt der Sohn, ohne es zu wissen, dass es sich um seine Eltern handelt, die Mutter und tötet den Vater. Nun gehört ihm seine Mutter, bis diese entdeckt, dass es sich um ihren Sohn handelt. Mit Unterstützung einer Selbstanalyse sowie des Sophokles-Textes versucht Freud den Ödipuskomplex zu interpretieren. Die Bedeutung „die Mutter besitzen“ ist beim geheimnisvollen Thema Sex noch nicht geklärt. Einerseits weist dies auf Inzest, andererseits auf den Ausschluss des Vaters hin. Die Lösung dieses Problems erledigen laut Freud die jungen Buben in der ödipalen Phase mit der Identifizierung des Vaters, um als sein Vertreter die Mutter zu begehren. Da sechsjährige Buben solche Gefühlsthemen noch nicht artikulieren können, sind die experimentellen Versuche sowie der Nachweis eines bestehenden Ödipuskomplexes nicht möglich (vgl. Cohen, 1997, S. 211).

Die Psychoanalyse von Freud entsteht mit der Schrift „Die Traumdeutung“ in Leipzig und Wien 1900, die allerdings in einem Konzept schon vor 1900 entworfen worden ist (Analyse 1894; Psychoanalyse 1896). In den Jahren 1920 bis 1929 erfolgt mit der Entstehung des Struktur-Konzepts eine dritte Phase in der Konzeptualisierung psychotherapeutischer Methoden (vgl. Eckart, 2000, S. 299f.).

Nach „Die Traumdeutung“ von Freud sind Träume eine Wunscherfüllung, da viele unserer Wünsche ins Unbewusste verbannt werden. Oft wird Freud auf einige seiner wichtigsten Theorien reduziert und danach beurteilt. Seine zentralen Thesen finden sich

- bei den Träumen,
- bei der Gliederung des Geistes in Ich, Es und Über-Ich,
- beim Lustprinzip,
- sowie bei der einflussreichen Verdrängung für die Entfaltung unserer Zivilisation (vgl. Cohen, 1997, S. 101).

In seinem Werk „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ (1905) beschreibt er die sexuelle Komponente des normalen und pathogenen Verhaltens. Er betont besonders den Sexualtrieb als die größte Antriebskraft des menschlichen Verhaltens und gesteht erstmalig bereits dem Kleinkind erotische Wünsche zu.

Da er auf seiner Couch das Wissen über die menschliche Komplexität erweitert, glaubt er seinem Verlangen eines mit psychologischen „Tatsachen“ arbeitenden Wissenschaftlers nicht nachkommen zu können (vgl. Cohen, 1997, S. 101).

1920 revidiert Freud in seinem Werk „Jenseits des Lustprinzips“ die Wunscherfüllungstheorie und gelangt zum Triebdualismus von Tod und Eros. Das Essay „Das Unbehagen in der Kultur“ von Sigmund Freud aus dem Jahr 1930 enthält die psychoanalytische Bezeichnung „Kultur-Über-Ich“. Die Gebote sowie Verbote stellen diese Bezeichnung dar, um so das „Es“ beeinflussen und einengen zu können. Dies geschieht in der Erwartung, dass weder eine Auflehnung noch eine Neurose eintritt. Die Ansprüche des „Über-Ich“ (in Verbindung des „Kultur-Über-Ich“) sollen durch die analytische Therapie absichtlich minimal gehalten werden (vgl. Haack/Haack, 2010, S. 164).

Wyklicky vertritt die Auffassung, Sigmund Freud sei in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts der bedeutendste Arzt seiner Zeit, der mit Paracelsus, Boerhaave oder Virchow gleichzustellen sei (vgl. Wyklicky, 1997, S. 12).

## **5. Exemplarische psychiatrische Anstalten in Österreich vom Ende des 18. Jahrhunderts bis zur Gegenwart**

### **5.1. Die Bauform von Anstalten im Allgemeinen**

Durch die zunehmende Industrialisierung und Verstädterung mit dem Verlust der traditionellen Lebensformen kommt es im 18./19. Jahrhundert zu einem großen Anstieg der aufzunehmenden Kranken. Es gilt nun dafür zu sorgen, für alle Kranken ausreichende Unterkünfte zu haben. Der Bau zahlreicher neuer Anstalten ermöglicht sogar die Aufteilung der Kranken nach Konfessionen. Die evangelischen Kranken siedeln beispielsweise von der ersten westfälischen Anstalt in Marsberg 1864 in die neugebaute Anstalt nach Lengerich um (vgl. Falkenstein, 1999, S. 16).

In folgenden wichtigen Städten werden im 18. und 19. Jahrhundert „Irrenanstalten“ gegründet:

- Bologna (1710)
- Warschau (1726)
- Berlin (1728)
- Dublin (1745)
- Ludwigsburg (1746)
- London (1759)
- Deventer (1760)
- Manchester und Kopenhagen (1766)
- Williamsburg (1773)
- Wien (1784) sowie
- Frankfurt am Main (1785) (vgl. Ackerknecht, 1967, S. 35).

Eine psychiatrische Anstalt gehört nach Auffassung der Psychiater gewissenhaft adaptiert sowie verwaltet, damit eine wirksame ärztliche Behandlung möglich ist. Eine Kritik an der Welt außerhalb der Anstaltsmauern ergibt sich aus dieser Auffassung, weil Reize und hohe Belastungen der modernen Zivilisation die psychischen Störungen hervorrufen oder verschlechtern. Eine gleichsam „heile“ Welt passt die Anstalt den Patienten an, um ihnen so ein Leben in Harmonie mit der Natur zu ermöglichen (vgl. Blackshaw/Topp, 2009, S. 21). Damit sich die Kranken von der „ungesunden“ Stadt erholen können, befinden sich die meisten psychiatrischen Anstaltsanlagen in einer „gesunden“ Umgebung z.B. auf Anhöhen mit einem erholsamen Ausblick (vgl. Imrie/Topp, 2009, S. 84).

Als Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe sowie Gegner des neuen Pavillon systems erklärt Konrad Alt in seiner veröffentlichten Zeitschrift „Irrenpflege“ diese entstehende Bauweise: Beinahe alle Anstalten werden aus ehemaligen Zuchthäusern, Schlössern und Klöstern neu gestaltet. Darauf erfolgt die Darstellung der Irrenanstalt (vgl. Falkenstein, 1999, S. 16). Die Grundsätze der „moralischen Verwaltung“ psychisch Kranker wandeln sich bis zum Ende des 19. Jahrhunderts kaum. Nun entsteht ein neuer architektonischer Rahmen. Das „Villensystem“ in der Anstaltsplanung findet Anklang bei den deutschen Psychiatern. So sind viele kleine

Pavillons oder „Villen“ über weite Gebiete des Grundstücks der Anstalt zu finden, anstatt eines einzigen weitläufigen Gebäudes. Die Kranken erhalten durch das „Villensystem“ mehr Freiheiten innerhalb der Anstaltsgrenze. Die genaue Einteilung der Internierten nach ihrem Verhalten sowie ein Bauplanzuschnitt eines jeden Pavillons entsprechend den jeweiligen Sicherheitsanforderungen ist so eher durchführbar (vgl. Imrie/Topp, 2009; S. 84).

Für das „Villensystem“ gelten seinerzeit besonders zwei Vorteile:

- Die einzelnen Abteilungen sind mit einer besseren Belüftung ausgestattet.
- Der Ausblick ins Freie sowie ein Ausgang in den Parkanlagen der Anstalt bringen die Internierten in Verbindung mit der Natur (vgl. Imrie/Topp, 2009, S. 84).

Da sich im Pavillonsystem viele zweigeschossige Krankengebäude in der Umgebung der zentralen Wirtschafts- und Verwaltungsgebäude befinden, erwähnt Alt ebenfalls folgende Vorteile:

- Die Kranken können nach Geschlechtern und nach Art der Krankheit eingeteilt werden.
- Im Gegensatz zu riesigen Einheits- oder Korridorbauten ist die Einhaltung nach der Gesundheitslehre hinsichtlich Licht, Luft, Reinlichkeit, Bekämpfung vor Ansteckung und Feuersicherheit in den freistehenden kleinen Gebäuden gewährleistet (vgl. Falkenstein, 1999, S. 16).

Dieses Konzept für ein „Villensystem“ findet viele Befürworter. Die Nachstellung eines Dorfes oder einer Siedlung bewirke bei den Bewohnern ein Gefühl der Normalität, das ihnen ermöglicht, ihre Aktivitäten auf einem Areal im Freien ausführen zu können (vgl. Imrie/Topp, 2009, S. 84). Das Pavillonsystem erhält somit im Gegensatz zum Korridorsystem bei der Bauweise im späten 19. Jahrhundert den Vorzug (vgl. Falkenstein, 1999, S. 16f.).

Auch in Österreich erfolgt schließlich der Bau von zwei neuen, modernen psychiatrischen Einrichtungen: Mauer-Öhling bei Amstetten (1898-1902) und Steinhof am Stadtrand von Wien (1903-1907). Beide Einrichtungen gelten als kleine utopische Kolonien (vgl. Blackshaw/Topp, 2009, S. 21).

## 5.2. Der „Narrenturm“

1784 entsteht unter Joseph II. das erste Spezialinstitut Europas nur für Geisteskranke im Areal des Wiener Allgemeinen Krankenhauses. Dieses Institut wird bald im Volksmund als „Narrenturm“ bezeichnet (vgl. Wyklicky, 1997, S. 9). Das zylindrische Gebäude, welches noch immer erhalten ist, besteht aus fünf Stockwerken mit jeweils 28 ringförmig angeordneten Zellen. Vergitterte Fenster und eine schwere Holztür sind vor jeder dieser Zellen vorzufinden. Nach dem Öffnen der Holztür gibt es den Blick auf das Fenster in den Innenhof, welches den kreisförmigen Korridor mit Licht versorgt (vgl. Imrie/Topp, 2009, S. 80). Das Prinzip des Narrenturms, d.h. des Panoptikums, ist in der Mitte des ringförmigen Gebäudes ein mit Fenstern durchbrochener Turm, dessen Fenster sich auch nach der Innenseite des Ringes öffnen. Die Zellen können dadurch von beiden Seiten aus mit Licht beleuchtet werden, das bedeutet, dass theoretisch ein Aufseher genügt, um die Silhouetten der Irren zu beobachten (vgl. Foucault, 1994/1, S. 256f.)

Durch die Eröffnung des „Narrenturms“ können die bis dahin im Gefängnis am Salzgries untergebrachten psychisch Kranken aufgenommen werden (vgl. Tragl, 2007, S. 57). Ab 1803 finden „ruhige“ Patienten in einer Expositur (dem sogenannten Lazarett) mit 100 Betten bzw. im Groß-Armenhaus in Ybbs Aufnahme (vgl. Tragl, 2007, S. 72).

Im Narrenturm sind bis zu 140 „gefährlich wahnsinnige“ Männer und Frauen eingeschlossen. Die im Gebäude eingesperrten Insassen haben das nötigste Essen, schlafen auf Strohmatten oder sind an Wänden gekettet. Sie werden auch nicht ins Freie gelassen. Der „Narrenturm“ weist in seiner auffälligen Bauweise eine exakt gleichmäßige Form sowie sich einfach wiederholende rationale Volumina innerhalb des streng zylindrischen Baukörpers auf (vgl. Imrie/Topp, 2009, S. 80).

Kaiser Joseph II. befiehlt, die Kranken nach Möglichkeit in den Hof zum Spaziergang zu bringen. Dies entsteht vor dem Anlegen eines Gartens durch Johann Peter Frank (1745-1821). Für die geisteskranken Männer bzw. Frauen ist je ein Primararzt des

Allgemeinen Krankenhauses verantwortlich. Die Zustände im „Narrenturm“ werden jedoch teilweise vom Ausland kritisiert. Um 1819 entwickelt der ehemalige Primararzt des „Narrenturms“ Bruno Goergen (1777-1842) das Modell einer Form der erst später so genannten „Anstaltspsychiatrie“. Er leitet zuerst in Gumpendorf, dann in Oberdöbling eine Privatheilanstalt mit mustergültiger Betreuung, Beschäftigungstherapie und erlesener Geselligkeit. Diese vorbildliche Anstalt ist aber nur für Kranke aus wohlhabenden Kreisen vorgesehen. Die Kranken erhalten ihr Essen nicht wie im „Narrenturm“ geschnitten und verzehrbereit serviert. Jeder Patient besitzt sein Besteck aus schwerem Silber, was die Wächter wiederum zu höchster Achtsamkeit der Besteckrückgabe motiviert. So soll kein Patient unbeachtet ein Messer für sich behalten können (vgl. Wyklicky, 1997, S. 9f.).

Sein Nachfolger Michael Viszanik lässt angeblich bei seinem Amtsantritt 1838 über 3000 kg Eisenketten entsorgen (vgl. Tragl, 2007, S. 58).

### **5.3. Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke »Am Steinhof«**

Trotz einer zusätzlichen „Irrenanstalt“ (ab 1853) am Bründlfeld, der Errichtung von acht Pavillons in Kierling – Gugging und einer „Irrenkolonie“ in Haschhof kann der Bedarf an Unterbringungsmöglichkeiten nicht gedeckt werden (vgl. Tragl, 2007, S. 475).

Der Komplex „Niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke »Am Steinhof«“ wird im Oktober 1907 eröffnet. Zu dieser Zeit sowie auch gegenwärtig stellt diese Anstalt die größte Einrichtung in Europa dar (vgl. Topp, 2009, S. 105). Als Begründer der Architektur der Moderne gestaltet Otto Wagner die Anlagen am Steinhof. Dabei leitet er seine Ideen aus der Meisterklasse mit utopischen Stadtplanungen her, die er im Wesen dieses Konzeptes anwendet (vgl. Imrie/Topp, 2009, S. 97):

*„Am Scheitel einer Mittelachse, im Zentrum eines genau strukturierten Bebauungsplans mit von üppigem Grün umgebenen klar strukturierten Baukörpern, liegt ein modernes Monument – in Steinhof ist es die Kirche (Imrie/Topp, 2009, S. 97).“*

Von den insgesamt 36 Pavillons dienen 13 der Pflegeanstalt, 13 der Heilanstalt und zehn dem Sanatorium (vgl. Tragl, 2007, S. 475).

Die Anstalt befindet sich auf einem gegen Süden abfallenden Gebiet, das 143 Hektar im westlichen Wien umfasst, mit Blick über die Stadt. 2000 Patienten sowie Patientinnen, die wohlhabend oder mittellos sein können, mit chronischen oder heilbaren psychischen oder neurologischen Krankheiten erhalten einen Platz in der Anstalt. Die Anstalt ist in drei Bereiche gegliedert. Die Hauptanstalt für Patienten mit akuten sowie chronischen Erkrankungen befindet sich im Zentrum, die aus mehreren Reihen von Pavillons (links für Frauen und rechts für Männer) besteht. Gemäß der Topographie des Hanggrundstückes stehen diese Pavillons auf fünf Terrassen und symmetrisch entlang einer von Verwaltungs- und Gemeinschaftsgebäuden gebildeten Mittelachse (vgl. Topp, 2009, S. 105).

*„In Steinhof beherbergten die der Mittelachse am nächsten gelegenen Pavillons die »ruhigen« PatientInnen, während die »halbruhigen« und »unruhigen« PatientInnen in immer größerer Entfernung vom Zentrum untergebracht waren. Die »ruhigen« Pavillons waren nur mit Schlafsälen und Gemeinschaftsräumen ausgestattet und boten direkten Zugang zu den Außenanlagen der Anstalt. An die Pavillons für »halbruhige« PatientInnen grenzte eine große Gartenanlage, umgeben von durchlässigen Zäunen. Die Pavillons für »unruhige« PatientInnen verfügten über mit Mauern umgebene Gärten und in Maschendrahtzäunen eingeschlossene Veranden (Imrie/Topp, 2009, S. 84).“*

Die Einrichtungen Prosektur, Wirtschaftsgebäude sowie Pavillons für „gefährliche“ Patienten sind im Osten untergebracht (vgl. Topp, 2009, S. 105).

Ein weiterer Komplex von 60 separaten Gebäuden mit Räumlichkeiten für 3000 männliche und weibliche Patienten sowie Beschäftigte besteht noch zusätzlich aus einem Gesellschaftshaus mit:

- einem Theater,
- einer Kirche,
- einer Landwirtschaft,
- einem Gewächshaus,
- einigen Gemeinschaftsküchen und Wäschereien,
- einer Krankenstation,
- Verwaltungsbüros sowie
- einer Leichenhalle (vgl. Imrie/Topp, 2009, S. 80).

Der Häuserblock des „Sanatoriums“ Steinhof für zahlende Patienten befindet sich im Westen. Dieser etwas abgeschiedene Komplex zeigt sich als großzügigere Anlage mit Flachdächern. Dieser wissenschaftliche Anstaltsentwurf zeigt sich laut den Anstaltsplanern als der Idealentwurf, weil der räumlich-organisierte Gesamtbau mit seinem „Villen-System“ mehrere Häusergruppen über eine weitläufige Parklandschaft verteilt (vgl. Topp, 2009, S. 105).

Nachdem Wien 1922 ein eigenständiges Bundesland wird, kommen die Anstalten „Am Steinhof“ und Ybbs zu Wien (Mauer – Öhling und Kierling – Gugging zu Niederösterreich). Der erste ärztliche Direktor „Am Steinhof“ Heinrich Schlöss setzt sich für eine fundierte Ausbildung der Wärter ein („Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen Irrenanstalten“) (vgl. Tragl, 2007, S. 479).

## **II. Die Entwicklungsgeschichte der Psychiatrischen Pflege**

### **6. Ein Überblick über die Geschichte der allgemeinen Krankenpflege**

#### **6.1. Vom Altertum bis zum Mittelalter**

Aufgrund fehlender Quellen wird bei der frühen Krankenpflege angenommen, dass Frauen die Pflege übernehmen und als „dienende Engel“ am Krankenbett des Familienverbandes helfen. Männer sind für die so bezeichnete „heilkundige Pflege“ zuständig. Die Heilkunst umfasst die Medizin und Pflege. Die Schüler der Heilkunst im antiken Griechenland beobachten und pflegen die Kranken bereits in krankenhausähnlichen Institutionen, um bei Abwesenheit des Arztes Notfälle versorgen zu können. Die Frau erhält ihre Bedeutsamkeit vor allem in kleineren Ärzteniederlassungen. Frauen sowie Töchter der Ärzte pflegen und versorgen in der Privatklinik die Kranken. Bei den Griechen führen Männer sowie Frauen die Krankenpflege durch (vgl. Dorffner, 1998, S. 99f.).

Das rational geprägte Verhältnis zu Kranken zeigt sich im Altertum auch bei den Römern. Die medizinische Hilfe ist kein Akt der Barmherzigkeit, sondern ökonomisch notwendig. Vorwiegend erhalten Soldaten in den eigenen Militärkrankenhäusern (Valetudinarien) ärztliche Betreuung sowie Pflege von Männern. Einige pflegerische Arbeiten (z.B. Hygienemaßnahmen) führen Frauen durch. Während sich in den meisten antiken Kulturen, in Asien sowie in Europa die Männer mit heilkundiger Pflege um die Kranken kümmern, pflegt die Frau in der Familie (vgl. Dorffner, 1998, S. 100f.).

Vom Dienste der Nächstenliebe entsteht im Christentum die Diakonie. Neben der Betreuung in den Krankenhäusern gibt es für kranke Personen die Gemeindepflege. Männer sowie Frauen arbeiten für die Diakonie als Seelsorger, welche auch die Almosenvergabe sowie Krankenbetreuung in der Gemeinde durchführen. Erstmals sind

Frauen auch außerhalb ihrer Familie in der Pflege tätig. In einer Gemeindeordnung werden z.B. Ende des 3. Jahrhunderts drei Witwen für die Gemeinde vorgeschlagen, von denen zwei durchgehend beten sollen und eine die erkrankten Frauen pflegen soll. Eine Blütezeit im Diakonissenwesen entwickelt sich neben dem oströmischen Reich ebenfalls in Rom durch die Diakonisse Fabiola. Nach der Errichtung ihres Armenspitals 400 nach Christus pflegt sie dort auch selbst (vgl. Dorffner, 1998, S. 100f.).

Die Kranken sowie Bedürftigen erhalten im Mittelalter verstärkt Aufmerksamkeit in Bezug auf Fürsorge sowie Schmerzbefreiung. Bei einigen Klöstern nimmt nun auch die Krankenpflege einen wichtigen Stellenwert ein. Als Gründer des Benediktinerordens verlangt der Heilige Benedikt von Nursia in seiner Ordensregel die Errichtung eines Klosterhospitals zur Aufnahme sowie Pflege von kranken Pilgern, bevor die klösterliche Krankenpflege bei den Armen und Hilfsbedürftigen erfolgt. Die Hospitäler beherbergen schließlich Kranke, Schwache sowie gesellschaftlich Ausgegrenzte. Da nur freiwillige Helfer sowie Ordensmitglieder diese Häuser betreten, werden die Insassen meist selbst zum Pflegepersonal. Während Laien (z.B. Elisabeth von Thüringen und Franz von Assisi) die Kranken versorgen, kümmern sich sowohl Männer- als auch Frauenorden um den Betrieb der Klosterhospitäler. Die weltlichen Gemeinschaften der Beginnen und Begarden sowie die ritterlichen Krankenpflegeorden Johanniter und der Deutsche Ritterorden befassen sich ebenfalls mit der Krankenpflege. Eine Aufnahme von Frauen erfolgt im Johanniterorden, um diesen eine Ausbildung als Krankenpflegerinnen zu ermöglichen. Bis zum ausgehenden Mittelalter führen Männer sowie Frauen die Pflege durch. In vielen dörflichen Gebieten kümmern sich heilkundige Frauen um die medizinische Versorgung, therapeutische Pflege und Geburtshilfe. Ihr Wissen umfasst überlieferte Erkenntnisse aus der Kräuterkunde und Erfahrungswissen. Sie stellen eine starke Konkurrenz zu den Ärzten dar (vgl. Dorffner, 1998, S. 101f.).

## **6.2. Von der Neuzeit bis zum 20. Jahrhundert**

Da sich gegen Ende des Mittelalters die Einstellung gegenüber den Kranken wandelt, löst sich auch die Medizin immer mehr von religiösen Vorstellungen über Krankheit, Leid, Sünde und der „pastoralen Heilkunde“. Krankenhäuser werden auch von weltlichen Personen gegründet und nicht nur aus klösterlichen Infirmarien (Kranken-

und Sterbehäuser) errichtet (vgl. Dorffner, 1998, S. 103). Während weltliche Spitäler außerhalb der Stadtmauern flussabwärts erbaut werden, lässt die Kirche Bürgerhospitäler mit großen Krankensälen, einem Altar oder zumindest mit einer Kapelle errichten (vgl. Möller/Hesselbarth, 1998, S. 49).

Die städtischen Spitäler hingegen gehen von den Pflegegemeinschaften des Hochmittelalters weg und führen eine Bezahlung der von der Stadt angestellten Wärter und Wärterinnen ein (vgl. Dorffner, 1998, S. 103). Das Wort „Warten“ (bewachen, Aufsicht führen) bringt die Bezeichnungen „Wärter“ sowie „Wärterinnen hervor. Dieses Lohnwartpersonal erledigt die Arbeiten am Kranken gegen Bezahlung, welche aus Naturallohn, einer Unterkunft sowie einem Bett im Krankensaal besteht. Durch die jetzt „bezahlten“ Wärter wird vor allem durch den Klerus das Verschwinden des seit Jahrhunderten hoch gehaltenen Schildes der „Caritas“ (=himmlischer Lohn durch dienende Liebe am Nächsten) befürchtet. Die „einfachen“ Bevölkerungsschichten arbeiten ohne Lese- und Schreibkenntnisse als Lohnwartpersonal und werden für unzuverlässig, unehrlich sowie krankenvernachlässigend gehalten. Jedoch gibt es auch Lohnwartpersonal aus „achtbaren“ Baderfamilien (vgl. Möller/Hesselbarth, 1998, S. 49).

Das medizinische Voranschreiten bringt auch der Krankenpflege ein neues Ansehen. In den katholischen Ländern werden neue Gemeinschaften im Dienst der Krankenpflege errichtet. Die Barmherzigen Schwestern des Vinzenz von Paul (1581 – 1660) entstehen zum Beispiel zu Beginn des 17. Jahrhunderts in Frankreich. Die Gründung seines Ordens „Association de la Charité“ (für Kranke und Hilfsbedürftige) lässt Vinzenz auf die Idee einer neuen Diakonie kommen (vgl. Dorffner, 1998, S. 103). Die Ausbildung seiner Schwestern erfolgt am Krankenbett ohne Eide, strenger Klausur sowie stundenlanger Gebete (vgl. Möller/Hesselbarth, 1998, S. 52).

*„Die Schwestern sollten eine weltliche Tracht, die Tracht der einfachen Bürgersfrau tragen. Diese Kleidung bedeutete Schutz und Anerkennung in der Öffentlichkeit (Möller/Hesselbarth, 1998, S. 52).“*

Nach ersten Probeläufen verfasst Vinzenz von Paul definitive Regeln, an die sich die Schwestern halten müssen (vgl. Möller/Hesselbarth, 1998, S. 52).

Die Krankenpflege gilt anfangs – außerhalb der Ordenstätigkeiten – nicht als ehrbare Tätigkeit, weil dort allerlei „leichtlebigen“ Volk sowie „unzüchtige Frauen“ zu finden sein sollen. Bedeutende Erneuerungen im Spitalswesen sowie in der Krankenpflege entstehen in Österreich erst unter Josef II., der durch eine Verordnung am 16. April 1781 (bezüglich Pflegeablauf eines Gebär-, Kranken-, Irren-, Siechen-, Armen-, Findel- sowie Waisenhauses) erste Ansätze für ein zeitgemäßes Spitalswesen bewirkt. Nach dem Vorbild des französischen „Hotel Dieu“ lässt er im Jahr 1784 die Errichtung sowie Organisation des Wiener Allgemeinen Krankenhauses durchführen. Besoldetes Krankenwartpersonal kümmert sich dort um die Pflege. Die zu Beginn geschlechtsspezifische Pflege benötigt bis zum Jahr 1796 Männer zum Wartdienst auf den Männerzimmern (vgl. Dorffner, 1998, S. 104). Das Wartpersonal im Wiener Allgemeinen Krankenhaus übt unter schlechten Bedingungen (niedriger Lohn sowie lange Dienstzeiten) ihre Arbeit aus. Überdies müssen die Wärter außerhalb ihrer Arbeitszeit im Krankenhaus bleiben, um für etwaige Notfälle bereitgestellt zu sein. Die Wärterinnen sind sogar bis ins 20. Jahrhundert verpflichtet, in den sogenannten Holzverschlägen schlafen zu gehen. Da einige Wärterinnen aufgrund der langen Dienstzeiten kaum ihre Ehemänner sowie Kinder sehen, entsteht dazu eine berühmte, zeitgenössische Karikatur (vgl. Walter, 2004, S. 36f.):

*„Sie zeigt einen Mann mit zwei adrett gekleideten Kindern an der Hand, der den Aufnahmebeamten im Allgemeinen Krankenhaus höflich fragt, ob er seine Frau und die Kinder ihre Mutter noch einmal sehen könnten. Der Beamte, im Glauben, es handle sich um eine Patientin, fragt teilnahmsvoll, ob es ihr denn so schlecht gehe. Darauf erwidert der Mann, es fehle ihr Gott sei Dank nichts, sie sei jedoch Krankenwärterin (Walter, 2004, S. 37f).“ (=Abbildung 5)*

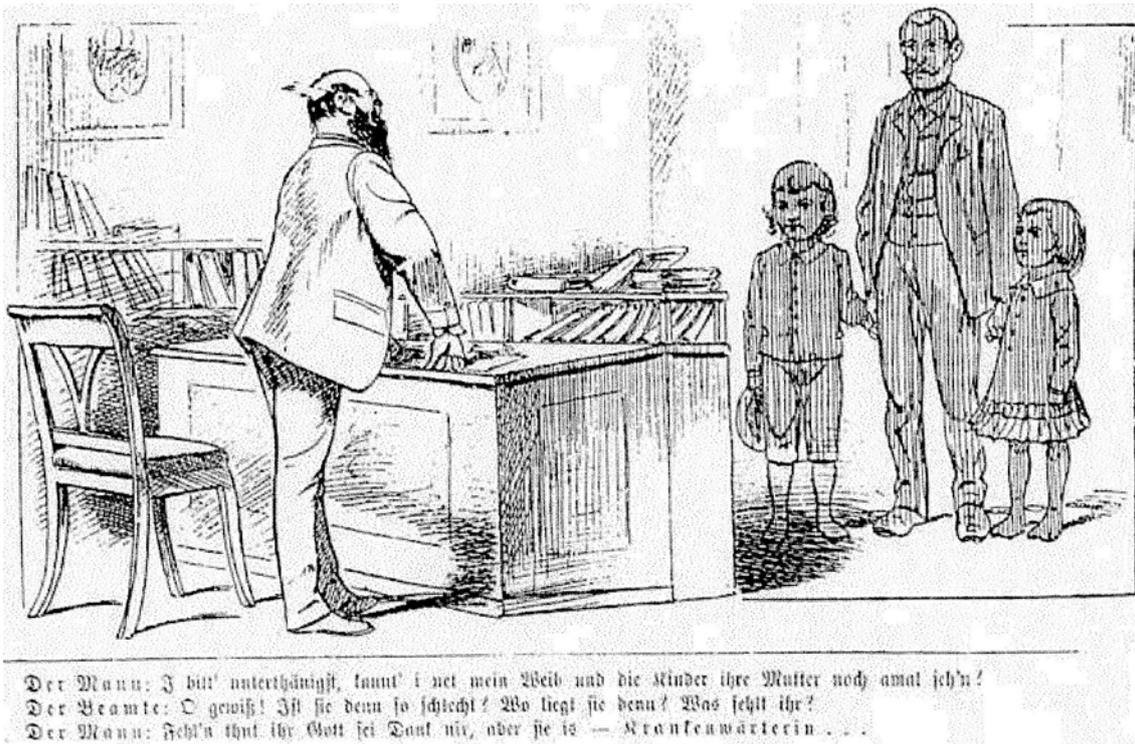


Abbildung 5: „Karikatur (In: Walter, 2004, S. 38).“

Im Gegensatz zu den Behörden gewähren die Ärzte großzügigere Ausgangserlaubnisse für Pflegepersonen (vgl. Walter, 2004, S. 38).

Die weltliche Pflege bzw. das „Krankenwarten“ der Männer und Frauen wird ab der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts bezahlt. Für die Frage, ob männliches oder weibliches Pflegepersonal die bessere Eignung hätte, gibt es unterschiedliche Ansichten. Der Stellenwert des Mannes in der Krankenpflege ist in bestimmten Fachgebieten sehr groß, wodurch er bevorzugt wird. So entsteht in Heidelberg im Jahr 1781 durch Franz Anton Mai (auch als May angeführt, 1742 – 1814) eine Krankenwärterschule mit Schwerpunkt auf die männlichen Pfleger (vgl. Dorffner, 1998, S. 104). Nach einer dreimonatigen Ausbildung erfolgt in der „öffentlichen Schule zur Erziehung wohlunterrichteter Krankenwärter“ eine Prüfung in Anwesenheit der Regierungsmitglieder, diverser Standespersonen, der Direktor der Anatomie sowie der Regiments- und Stadtwundärzte. Diese belohnen die Besten mit drei silbernen Gedenkmünzen (vgl. Möller/Hesselbarth, 1998, S. 55).

Im Sommersemester 1797 wird die Vorlesung über „Krankenwärterlehre“ an der Universität Heidelberg abgehalten. 1800 veröffentlicht Mai den „Gesetzesentwurf über die wichtigsten Gegenstände der medizinischen Polizei“ (vgl. Möller/Hesselbarth, 1998, S. 55). Mai sieht bei Männern eine bessere Eignung für diesen Beruf als bei Frauen, die in seinen Augen schwatzhaft sowie quacksalberisch auffallen. Seiner Meinung nach unterlaufen diese gezielt den ärztlichen Anweisungen, um so ihre eigenen Mittel mit der Gefahr auf Leben oder Tod anwenden zu können (vgl. Dorffner, 1998, S. 104). 1801 bietet Mai jedoch in Zusammenarbeit mit der Universität Heidelberg eine „Schule für Gesundheits- und Krankenwärterlehre weiblicher Zöglinge“ an. Dort erhalten heranwachsende Mädchen Einblicke in die Gesundheitslehre. Nach einem erfolgreichen Schulbesuch sollen sie in die berufsmäßige Krankenpflege überwechseln (vgl. Möller/Hesselbarth, 1998, S. 55).

*„Für dieses vorausschauende Denken Mays war die Zeit insofern noch nicht reif, als daß es in einer vom Mann bestimmten gesellschaftlichen Struktur einer Frau gelingen könnte, eine Qualifizierung über ein Universitätsstudium zu erlangen (Möller/Hesselbarth, 1998, S. 55).“*

Da für Frauen eine Krankenpflegeausbildung außerhalb einer Ordensgemeinschaft nicht durchführbar ist, gibt Mai seinen fünfjährigen Kampf mit den Behörden sowie der öffentlichen Meinung auf. Der erste Vorstoß zu einer „wirklichen Krankenpflege“ und einer Verbesserung der Spitalspflege entsteht durch Mais Lehrbuch sowie Idee einer modernen Krankenwärterschule (vgl. Möller/Hesselbarth, 1998, S. 55f.).

Trotz der kolportierten körperlichen Schwäche gelten Frauen für die Krankenpflege als besonders gut geeignet, da sie über angeblich angeborene weibliche Charaktereigenschaften (anspruchlos, arbeitsam, aufopfernd, folgsam, mütterlich, sauber u. Ä.) verfügen sollen. Allerdings wird unter anderem die körperliche Schwäche der Frau als Argument für die Verwehrung des Medizinstudiums verwendet (vgl. Dorffner, 1998, S. 105f.). Dadurch ergibt sich das männliche ärztliche Medizinmonopol im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts sowie während der gesellschaftlichen Umbruchphase. Die Aufnahmeverweigerung für das Studium der Medizin für Frauen führt die Obrigkeit gemeinsam mit den Ärzten durch (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 39).

In der Krankenpflege tauchen im Laufe des 19. Jahrhunderts wieder vermehrt Elemente des Liebesdienstes auf. Während diese Arbeit für die Krankenwärterinnen und Krankenwärter als lebensnotwendige Grundlage dient, stellt sie für Frauen aus bürgerlichem oder adeligem Milieu eine Betätigung aus patriotischen oder karitativen Gründen dar. So entstehen vor allem in Deutschland Schwesterngemeinschaften mit Mutterhauscharakter, meist von einer adeligen Oberin geleitet. Diese grenzen sich von den sogenannten „wilden Schwestern“ ab, denen teilweise unehrenhafte Motive unterstellt werden. Die bezahlte Tätigkeit des Wärters gilt lange Zeit als Beruf, die – möglichst unbesoldete Tätigkeit – der Wärterin als „Berufung“ (vgl. Dorffner, 1998, S. 106). Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts wird den Wärterinnen sowie Wärtern der gleiche Lohn ausgezahlt. Diese finanzielle Gleichbehandlung ändert sich ab 1854 durch die Lohnerhöhung für die wenigen männlichen Wärter. Mit unterschiedlichen Argumenten versucht die Krankenhausdirektion diese Maßnahmen zu begründen (vgl. Walter, 2004, S. 34):

*„Männern stünden andere Arbeitsmöglichkeiten mit besserer Bezahlung und ohne Nacht- und Sonntagsarbeit offen; auch in anderen Bereichen sei eine höhere Entlohnung von männlichen Arbeitskräften üblich; Männer hätten größere Bedürfnisse und als Familienväter höhere Verpflichtungen gegenüber der Familie; schließlich hätten die männlichen Wärter weniger Gelegenheit, von den Angehörigen oder Dienstgebern der Kranken kleine Geldgeschenke zu erhalten (Walter, 2004, S. 34f.).“*

1856 ergeben die Bezüge im Wiener Allgemeinen Krankenhaus bei Männern bis zu 28 Kronen und bei Frauen bis zu 24 Kronen. (vgl. Dorffner, 1998, S. 106).

Zwei Gründe können genannt werden, weshalb die Frauen zunehmend in der (bezahlten) Krankenpflege gegen Ende des 19. Jahrhunderts arbeiten (vgl. Dorffner, 1998, S. 106):

1. In der Pflege in Österreich dominieren lange Zeit Ordensschwestern, die eine starke Konkurrenz zu den weltlichen Pflegepersonen sind (vgl. Dorffner, 1998, S. 106).

2. Während der Befreiungskriege mit der napoleonischen Arme (1813-1815), werden in Preußen Frauen aus allen Volksschichten um Hilfe gebeten. Sie sollen verwundete sowie kranke Soldaten pflegen. Zur Lösung dieser Aufgabe gründen Frauen die „Vaterländischen Frauenvereine“ (Möller/Hesselbarth, 1998, S. 68). Nach den Befreiungskriegen findet eine Auflösung der meisten Vaterländischen Frauenvereine oder eine Eingliederung in das Rote Kreuz statt. Die freiwillige Kriegsrankenpflege der bürgerlichen Frau und die Verwendung der bisher ungenutzten weiblichen Kräfte bleiben der Öffentlichkeit und den Leistungsträgern in Erinnerung (vgl. Dorffner, 1998, S. 107).

Ledigen Frauen ist es durch den Pflegeberuf möglich, in respektabler Weise in der Öffentlichkeit aufzutreten. Die geschlechtsspezifische Grenzziehung zwischen öffentlich sowie privat lockert sich durch die Gemeindepflege (vgl. Hähner-Rombach, 2011, S. 25).

Direktor Helm (1856-1869) gestaltet im Wiener Allgemeinen Krankenhaus den Wartdienst zur „weiblichen Krankenpflege“ um. Um ihrer tatsächlichen Beschäftigung nachzukommen, bekommen die einzelnen Abteilungen (nach der festgelegten Verrichtung sowie Entlohnung) zu den Wärterinnen auch Tagelöhnerinnen für die Durchführung der groben Arbeiten. Das „Wärterinnenzeitalter“ findet so den Anfang. Im 1856 Jahr sind durch einen Austausch von männlichem zu weiblichem Personal 15 bis 21 Männer für die Männerzimmer der Augen-, Syphilis- sowie Ausschlagsabteilung zuständig, während für alle übrigen Krankensäle im Allgemeinen Krankenhaus 210 bis 220 Frauen beschäftigt sind. 1910 arbeiten in den k.k. Krankenanstalten neben 962 Frauen 15 Männer. Elf Männer sind im k.k. Allgemeinen Krankenhaus in der Psychiatrischen Abteilung angestellt. Die anderen vier üben ihren Dienst im k.k. Kaiserin Elisabeth-Spital aus. Während sich einer auf der chirurgischen Abteilung befindet, sind die anderen drei in den Medizinischen Abteilungen. 18 Zivilwärter, 208 Zivilwärterinnen, 641 geistliche Schwestern und 81 weltliche Schwestern gibt es im Jahr 1911 als Pflegepersonal. Von den 18 Männern arbeiten 14 im k.k. Allgemeinen Krankenhaus sowie vier im k.k. Elisabeth-Spital (vgl. Dorffner, 1998, S. 107).

Durch den Mangel an Arbeitsplätzen für Frauen Ende des 19. Jahrhunderts melden sich trotz niedriger Bezahlung, niedrigem Status und hoher Infektionsgefahr immer wieder Interessierte für das Wartpersonal an Anstalten. Laut Archivunterlagen rekrutiert sich das weibliche Pflegepersonal hauptsächlich aus Näherinnen, Dienstmädchen oder Fabrikarbeiterinnen (vgl. Dorffner, 1998, S. 108). Es müssen keine Fachkenntnisse erbracht werden, um in der Krankenpflege arbeiten zu können. Durch diese Situation können die Krankenhausträger nicht ausgebildetes – also „billigeres“ – Personal beschäftigen. So bemessen sie im Voraus das Gehalt niedrig, weil beispielsweise Geschenke sowie Trinkgelder als Teil des Lohnes berechnet werden. Die daraus ergebende menschlich sowie fachlich vollkommen ungenügende Pflege bringt den ausübenden Pflegepersonen in der Bevölkerung kein hohes Ansehen. Diese nicht erfreuliche Entwicklung schildert der Berliner Arzt Johann Friedrich Dieffenbach (1792 – 1847) in seinem Buch „Anleitung zur Krankenwartung“ (1832) mit folgenden Worten (vgl. (Möller/Hesselbarth, 1998, S. 68):

*„Es ist ein wahrer Jammer anzusehen, welche Menschen man als Krankenwärter und Wärterinnen anstellt. Jeder Alte, Versoffene, Triefäugige, Blinde, Taube, Lahme, Krumme, Abgelebte, jeder, der zu nichts in der Welt mehr taugt, ist dennoch nach Meinung der Leute zum Wärter gut genug. Menschen, die ein unehrliches Gewerbe getrieben haben, Faulenzer, Taugenichtse, alle die scheinen vielen noch außerordentlich brauchbar als Krankenwärter. So ist denn dieser schöne, edle Beruf in Verruf gekommen (Dieffenbach, 1832, In: Möller/Hesselbarth, 1998, S. 57).“*

Oft satteln Männer von Tagelöhnerdiensten zum Krankenwärter um. Durch die schlechten Arbeitsbedingungen entsteht ein laufender Wechsel des Personals, wodurch ordentlich eingeschultes Personal meist nicht vorhanden ist. In der allgemeinen Krankenpflege sind Männer ungeachtet der Verstärkung von weiblichem Personal unentbehrlich. Daher ist es ebenfalls notwendig, das Interesse bei den Krankenpflegern zu wecken. Doch bei den Pflegern gibt es nicht wie bei den Frauen die Forderung nach Herzensbildung oder Güte, sondern die Aussicht auf einen sicheren Arbeitsplatz sowie

ein zufriedenstellendes Gehalt. Diese Angebote ermöglichen den Pflegern die Gründung eines eigenen Haushaltes und eine Pensionierung bei längerer Dienstzeit. Das weibliche Pflegepersonal muss auch Tätigkeiten verrichten, die von Wärtern nicht verlangt werden, wie das Reinigen von Fenstern, Bädern, Wäsche und andere hauswirtschaftliche Tätigkeiten. Die Krankenpflege entwickelt sich bald zum „Frauenberuf“ mit einer Minderheit an Männern (vgl. Dorffner, 1998, S. 108).

Unter der Schirmherrschaft von Kronprinz Rudolf (1858 – 1889) gründet der Chirurg Theodor Billroth (1829 – 1894) aufgrund der katastrophalen Betreuungsverhältnisse durch das Wartpersonal ein Privatkrankenhaus im Wiener „Rudolfinerhaus“ für eine sachkundige Pflege (Hilfeleistungen sowie Durchführung der ärztlichen Behandlungen und Verordnungen). In diesem Krankenhaus werden Pflegerinnen für Kranke sowie Verwundete ausgebildet, da Billroth (meist weibliches) Betreuungspersonal mit seinen Behandlungsmethoden in den Lazaretten während des deutsch-französischen Krieges 1870/71 (als „wilde Krankenpflege“ bezeichnet) erlebt hat (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 55f.). Die Anforderungen, Auswahlkriterien und Ausbildungsinhalte der Pflegerinnen im Rudolfinerhaus sind strenger bzw. höher als die des Wartpersonals. Die Mutterhäuser der Diakonissen sowie Ordensschwestern in Frankreich und Deutschland dienen der Schule als Vorbilder. Nach einer dreijährigen praktischen Ausbildung erhalten die Pflegerinnen das Rudolfinerdiplom. Die Schule gestaltet ein „Mutterhaussystem“ wie bei Ordensschwestern und Diakonissen, um die Riten der Einkleidung, bei der Vergabe diverser Broschen sowie die feierliche Aufnahme in den Verband der Rudolfinerinnen abhalten zu können. Die Rudolfinerinnen werden wie die geistlichen Schwestern als „Schwestern“ bezeichnet (vgl. Fürstler/Malina, S. 56). Der Rudolfiner-Verein sowie das „Pflegeinstitut im Wiener Allgemeinen Krankenhaus bestehen auf Ehelosigkeit der Schwestern. Im Falle einer Vermählung werden sie aus dem betreffenden Verband (Verband der Rudolfinerinnen bzw. „Blaue Schwestern“) entfernt (vgl. Landenberger, 2005, S. 163f.). Laut Ilsemarie Walter erhalten bis zur Jahrhundertwende nur 44 Frauen das Rudolfinerdiplom. 1919 wird die Schule staatlich anerkannt, weil bisher keine gesetzliche Regelung der Schule bestanden hat (vgl. Fürstler/Malina, S.56f.)

Um der Forderung nach einer besseren Ausbildung gegen Ende des 19. Jahrhunderts nachzukommen, wird nach dem ersten Kurs im Allgemeinen Krankenhaus 1913 am 25. Juni 1914 eine geregelte Ausbildung mit einer Diplomprüfung in Österreich verordnet. Die Ausbildungsdauer beträgt zwei Jahre (ein Lehr- und ein Probejahr). Auch die Ausbildung obliegt fast ausnahmslos den Ärzten (vgl. Dorffner, 1998, S. 109). Die Krankenpflege ordnet sich weiterhin der ärztlichen Autorität unter (vgl. Möller/Hesselbarth, 1998, S. 68).

*„Wir Krankenschwestern sind nur Dienerinnen der Ärzte und werden nie etwas anderes sein, und wir sollten gute Dienerinnen sein, glücklich in unserer Abhängigkeit, die mit dazu beiträgt, große Taten zu vollbringen (Hospital, 07.04.1906, In: Möller/Hesselbarth, 1998, S. 68).“*

Schon während des ersten Weltkrieges sind ungefähr 25000 Krankenschwestern im unterschiedlichen Einsatz hauptsächlich in der Pflege Verwundeter und Kranker in Lazaretten, Bahnhöfen und in der Betreuung von Kriegsgefangenen. Den Großteil machen Schwestern und -helferinnen des Roten Kreuzes aus (vgl. Panke-Kochinke/Schaidhammer-Placke, 2002, S. 37 – 153). Die Verordnung von 1914 vermerkt für männliche Bewerber einen anderen Maßstab im III. Abschnitt unter „Allgemeine Bestimmungen“ (§ 16). Im Allgemeinen Krankenhaus arbeiten die Männer vorwiegend im psychiatrischen Bereich sowie in der Pflege von Haut- und Geschlechtskrankheiten (vgl. Dorffner, 1998, S. 109).

Während die wenigen männlichen Pfleger im ersten Weltkrieg als Sanitäter eingeteilt sind, befindet sich die eigentliche Kriegskrankenpflege in weiblichen Händen. Die Frau lässt in diesem Bereich ein beachtliches Selbstbewusstsein entstehen. Der erste Krankenpfleger erhält erst 1920 das Diplom (vgl. Dorffner, 1998, S. 109f.).

## **7. Aspekte der psychiatrischen Pflege im deutschsprachigen Raum**

### **7.1. Die psychiatrische Pflegeausbildung in Deutschland**

Während die Krankenpflege vor allem aus den religiösen Orden sowie bürgerlichen Rollenvorstellungen hervorgeht, entspringt die Psychiatriepflege aus anderen Wurzeln (vgl. Braunschweig, 2004, S. 117). Die ständigen Neubauten von Anstalten haben die Nachfrage nach Wartpersonal erhöht. Ein Arzt meint 1819, fleißige „Irrenwärter“ seien ohne Unterricht und Anleitung nicht heranzubilden (vgl. Falkenstein, 1999, S. 19f.). Das Wartpersonal der Heil- und Pflegeanstalten – hauptsächlich aus unteren Schichten – nimmt diese Arbeit im 19. Jahrhundert vorwiegend als Notlösung, bis sich eine Arbeit mit besserem Ansehen und besserer Bezahlung oder eine aus dem eigentlichen Beruf anbietet. Die „Irrenpflege“ kommt ohne Ausbildung aus und wird nicht als Lebensberuf angesehen. Die harten Arbeitsbedingungen bringen kein gewisses Sozialprestige wie in der Krankenpflege hervor (vgl. Braunschweig, 2004, S. 117). In der Mitte des 19. Jahrhunderts wird die Problematik der „Wärterfrage“ thematisiert. Bei jeder Jahresversammlung der deutschen „Irrenärzte“ steht dieser Punkt ab 1895 auf der Tagesordnung. Als Inhalt findet sich z.B. folgender Titel aus einem öffentlichen Preisausschreiben in der Leipziger Zeitung aus dem Jahr 1842 (vgl. Falkenstein, 1999, S. 19):

*„Wie können für Irrenanstalten menschenliebende Wärter und Aufseher gewonnen werden? (Höll/Schmidt-Michel, 1989, S. 24)“*

Die Verordnungen eines Irrenarztes können beispielsweise „veraltete Tagelöhner“, „verdorbene Handwerksgesellen“ sowie „zweideutig abgelebte“ Mädchen nicht durchführen. Ein ständiger Personalwechsel entsteht in den Anstalten aufgrund der lukrativeren Arbeitsplätze in den Industriestädten. Das Dilemma für die Wärter hätte nicht größer sein können: Auf der einen Seite sollen sie über bestimmte Merkmale wie Sanftmut, Liebe, Engelsgeduld, Teilnahme, Furchtlosigkeit, völlige Selbstverleugnung, einen gesunden Verstand, Selbstbeherrschung, Gehorsam gegenüber Vorgesetzten,

Eifer, Fleiß, Gewissenhaftigkeit sowie einen männlichen festen Charakter verfügen. Auf der anderen Seite fehlen ein annehmbarer Lohn und ein sicherer Arbeitsplatz. Männer erhalten einen niedrigeren Lohn als in der Industrie. Das Gehalt für die in der Psychiatrie tätigen Frauen ist geringer als das eines Dienstmädchens. Die Dienstanweisungen laufen wie beim Militär ab, sodass ein streng reglementierter Tagesablauf beim Wartpersonal entsteht. Keine eigenen Schlafräume, sehr wenig Erholung zwischen den Dienstzeiten, keine Pensionsberechtigung sowie ein fehlender Kündigungsschutz zeichnen den Alltag der Wärter aus. Der Wärter wird z.B. fristlos gekündigt, wenn dieser

- aus seiner eigenen Schuld eine Syphiliskrankheit bekommt,
- zu viel trinkt,
- stiehlt,
- Kranke belästigt, bewusst beleidigt, in ihrem Wahn bekräftigt oder verhöhnt,
- seine unangenehme Verhaltensweise trotz Warnung nicht ändert (vgl. Falkenstein, 1999, S. 19f.).

Die Wärterinnen müssen ehelos sein und werden nach einer Heirat entlassen. In einzelnen Fällen genehmigt der Direktor den Wärtern eine Eheschließung. Die meisten Referenten sind in den genannten Preisschriften von 1842 gegen eine Ehe von Wärtern, weil diese ohnehin die Anstalt als „Familie“ hätten und überdies bei den Kranken nächtigen müssen. Eine unabwendbare Lohnerhöhung sowie eine Art geregelter Pension finden sich als einheitliche Aussage in den Schriften (vgl. Falkenstein, 1999, S. 20). Der Psychiater Konrad Alt (Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe bei Stendal in der Altmark seit 1890) hebt den wichtigen Stellenwert von ausgebildeten Kräften in der Krankenpflege hervor. Um eine Verbesserung des Arbeitsklimas sowie der Lebensqualität der Pflegekräfte zu ermöglichen, befürwortet Alt eine bessere Bezahlung, die Erlaubnis der Heirat, zusätzliche Leistungen sowie Zugeständnisse an das Pflegepersonal. Dadurch verringere sich die beträchtliche Fluktuation der in der psychiatrischen Krankenpflege Tätigen, welche die Ärzte beklagen (vgl. Müller, 2006, S. 6). Ein gutes Wartpersonal entstehe nur dann dauerhaft, wenn sich die Dienstbedingungen (u.a. eine fundierte Ausbildung und Alterssicherung sowie die Errichtung von Wärterwohnungen) verbessern (vgl. Falkenstein, 1999, S. 20).

Durch die Einführung neuer Behandlungsmethoden ergibt sich ein gesteigerter Bedarf an Wartpersonal. Einfühlsame Pflegekräfte mit bestimmten medizinischen und pflegerischen Wissenskenntnissen werden mehr gebraucht als nur angelehrte Aufseher, da neben Zuwendung und sprachlicher Kompetenz bei Bettbehandlung, Dauerbädern und in der Arbeitstherapie eine andauernde Anwesenheit des Wartpersonals durch die lange Aufenthaltsdauer der Kranken verlangt wird. Über Monate und Jahre entwickelt sich dadurch eine persönliche Bindung zu den einzelnen Wärterinnen oder Wärtern mit dem „Heilmittel“ Pflege (vgl. Falkenstein, 1999, S. 20).

Der konservativ-autoritäre Teil der Ärzteschaft ist strikt gegen eine Errichtung von Wärterschulen, gegen Lockerungen bei Eheschließungen und gegen Pensionsansprüche. Das Wartpersonal erlebt sowohl verschiedene Beschäftigungsbedingungen in den Anstalten als auch unterschiedliche Arten der Ausbildung. Im westfälischen Marsberg wird z.B. 1819 die erste Wärterschule gegründet. Jedoch erst beinahe ein Jahrhundert später existiert eine regelmäßige Ausbildung an allen psychiatrischen Einrichtungen (vgl. Falkenstein, 1999, S. 21). Laut einer Befragung an 65 öffentlichen Anstalten im Jahr 1896 bieten 21 Anstalten gar keine Kurse und 18 Anstalten planmäßige Kurse an. An 26 Anstalten haben bereits Kurse stattgefunden (vgl. Höll/Schmidt-Michel, 1989, S. 47). Das Königreich Sachsen errichtet 1887 die ersten zentralen Wärterschulen und ist somit in der Ausbildungsfrage am fortschrittlichsten. Während Ende des 19. Jahrhunderts in England, Holland und Frankreich die zentralen Wärterschulen bereits existieren, hinkt Deutschland nach. Durch die diversen Standpunkte der Anstaltsdirektoren verzögert sich die Wärterfrage lange u.a., weil keine reichseinheitliche Regelung besteht sowie eine Organisierung des „Irrenwartpersonals“ verzögert stattfindet (vgl. Falkenstein, 1999, S. 21).

Zur selben Zeit gibt es öffentliche Anstalten mit teilweise geistlichem und/oder weltlichem Personal sowie Privatanstalten unter geistlicher Führung (vgl. Falkenstein, 1999, S. 21f.). In der Ordensgemeinschaft zählt die Kranken- und „Irrenpflege“ als Auftrag und nicht als zentraler Schwerpunkt. Bei dieser Akzentsetzung fehlt die erforderliche Beachtung einer spezifizierten Ausbildung zum Beruf (vgl. Rübenstahl, 1994, S. 26f.).

Von der evangelischen Kirche aus sind die Diakonissen ab 1844 in den „Irrenanstalten“ im Einsatz. Die Schwestertracht, welche einer typischen Kleidung der bürgerlich-verheirateten Frau gleichkommt, erfolgt zum Schutz moralischer Integrität. Die Diakonissen besitzen einen beiderseitig kündbaren Vertrag, während die katholischen Ordensschwestern durch ein ewiges Gelübde eine lebenslange Verbindung mit dem Orden eingehen. Im Besonderen wird an den katholischen Pflegeorden beanstandet, dass diese mehr den geistlichen Aufträgen (z.B. Bekehrungsversuche bei den Patienten, hoher Stellenwert der Anstaltsgeistlichen...) als den pflegerischen den Vorzug geben. Jedoch zeigen sich sowohl die Opferbereitschaft und die Selbstlosigkeit der Schwestern als auch die Kostenersparnis für die Anstalten durch die Ordensschwestern als Vorteil (vgl. Falkenstein, 1999, S. 22f.).

Immer wieder kommt es zu Diskussionen, ob entweder das geistliche oder das weltliche Personal besser für die „Irrenpflege“ geeignet wäre. Die Angehörigen geistlicher Orden beanspruchen dies und auch den Titel „Schwester“ für sich (vgl. Falkenstein, 1999, S. 23f.).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts bestehen keine genauen Angaben über das beschäftigte Pflegepersonal mit religiösen Anbindungen. Während die katholischen Pflegeorden ungefähr die Hälfte aller Krankenpflegepersonen stellen, decken die Diakonissenanstalten ungefähr 30% ab. Ein religiös gebundenes Personal liegt in der „Irrenpflege“ unter 10% (vgl. Falkenstein, 1999, S. 23f.).

*„Eine Lösung der Wärterfrage konnten die religiösen Orden ohnehin nicht bieten, weil 1. zu wenig Pflegepersonal vorhanden war und 2. in der Irrenpflege erheblich mehr männliche Pflegekräfte benötigt wurden als in der Krankenpflege (Falkenstein, 1999, S. 24).“*

Die unterschiedlichen Anforderungen der Kranken- und der „Irrenpflege“ setzen sich bis zur Gegenwart weiter fort. Bei der früheren „Irrenpflege“ und der gegenwärtigen psychiatrischen Pflege sind wegen möglicher gewalttätiger Situationen mit Kranken mehr männliche als weibliche Pflegekräfte (Wärter!) zu finden. Das gesellschaftliche Ansehen wird durch die zu pflegende Gruppe beeinflusst. So genießen Pflegekräfte auf

Abteilungen für Betagte, chronisch Kranke, Behinderte, Sterbende und Randgruppen generell wenig gesellschaftliches Ansehen. In der Krankenpflege im 19. Jahrhundert arbeiten viel mehr Frauen als Männer in diesem Beruf, während in der „Irrenpflege“ oft sogar mehr Männer als Frauen vertreten sind. Die Arbeitsbedingungen bewirken den hohen Anteil von Männern, weil das Wärtersein mehr auf Einschließen, Bewachen sowie Züchtigen und nicht auf Heilen sowie Pflegen ausgerichtet ist (vgl. Falkenstein, 1999, S. 24f.). Ihre Auslese orientiert sich an der Körperstärke und verlangt „trotziges Aussehen, Courage und Gemüt“. Damalige Zeitgenossen sehen das Personal meist als roh, gefühllos und unordentlich. „Schlimmes, meist unbrauchbares Gesindel“ sowie Sträflinge vor und nach ihrer Entlassung werden als Krankenpfleger eingesetzt. Die Oberaufsicht ist äußerst mangelhaft und das Personal hat die Zwangs- und Quälmittel zur freien Verfügung. Die Wärter mit ihren Hunden haben neben einem mächtigen Schlüsselbund die Peitsche als Hauptinstrument (vgl. Morgenthaler, 1935, S. 252f.). Die früheren „Irrenwärter“ tragen eine große Verantwortung und erhalten bei eigentlich hohen Ansprüchen an ihren Charakter ein schlechteres Einkommen als die Gefängniswärter, die Polizisten, das Betriebspersonal der Eisenbahner etc. (vgl. Braunschweig, 2004, S. 120f.).

*„Kranken- und Irrenpflege unterschieden sich auch durch die unterschiedliche soziale Herkunft der sie ausübenden Personen (Falkenstein, 1999, S. 25).“*

So wie ihre männlichen Mitarbeiter stammen die „Irrenwärterinnen“ meistens aus proletarischen und kaum gebildeten Schichten. In den folgenden Jahrzehnten thematisieren Kongresse sowie Fachzeitschriften das Bildungsgefälle zwischen Schwestern und Wärterinnen. Bis zum Ende des 19. Jahrhunderts haben die Kranken- und „Irrenpflege“ durch den ständigen Personalwechsel, die unangenehmen Tätigkeiten bei als „minderwertig“ angesehenen Patienten, überlange Dienstzeiten sowie das nur für Frauen geltende Berufszölibat ein schlechtes berufliches Image (vgl. Falkenstein, 1999, S. 25). Während Männer immer schwerer als brauchbares Wartpersonal zu finden sind, sind tüchtige Wärterinnen leichter zu rekrutieren. In der Berner Anstalt Waldau wird z.B. weibliches Pflegepersonal ebenfalls auf diversen Männerabteilungen eingesetzt. Pflegerinnen sollen durch ihren angeborenen Mutterinstinkt und ihre weiblichen Charaktereigenschaften eine spezielle Fähigkeit zur Arbeit in der Pflege aufweisen.

Durch das bestehende Zölibat haben sie keine eigene Familie. Darum stehen sie dem Anstaltsbetrieb jederzeit zur Verfügung. Zwischen Psychiatern und Pflegerinnen herrschen weniger Autoritätsprobleme. Die Pflegerinnen üben kaum Kritik und Einspruch gegen ärztliche Verordnungen, andererseits geben sich die Anstaltsärzte auch weniger mit den psychiatrischen Patienten ab. Desweiteren besteht das Anforderungsprofil bis zu einem bestimmten Grad aus männlichen Eigenschaften wie Durchsetzungsvermögen und Strenge. Im Gegensatz zur Krankenpflege erwähnt der Schweizer Psychiater Oscar L. Forel im Artikel „Charakter und Kenntnisse. Kranken- und Irrenpflege“ zum Berufsbild der Psychiatriepflege keine Attribute wie Aufopferung und selbstloses Dienen. Die Hochstilisierung dieser Eigenschaften wird von einem Großteil der Pfleger abgelehnt, die sich in der „Kranken- und Irrenpflege“ ausdrücklich auch gegen ein Ideal auf religiöser Basis aussprechen. Der Kranken- und „Irrenpflegeberuf“ sei keine Art von Betätigung in der menschlichen Barmherzigkeit und christlichen Nächstenliebe. Um den Pflegeberuf auszuüben, sollten die materiellen Voraussetzungen (Tausch- und Geldwirtschaft) stimmen (vgl. Braunschweig, 2004, S. 120f.). Während in der Krankenpflege durch eine frühere Organisierung von den freien Pflegekräften und einem größeren Druck der Öffentlichkeit ein Ausbildungs- und Lebensberuf entsteht, bezieht 1907 eine landeseinheitlichen Regelung die „Irrenpflege“ nicht in die Krankenpflege mit ein. Die „Irrenpflege“ wird in der Öffentlichkeit nicht wahrgenommen, weil diese die Patienten und die wenig geschätzte Beschäftigung des „Irrenwartpersonals“ verstärkt ausgrenzen (vgl. Falkenstein, 1999, S. 25).

Für die deutschen Provinzen sollen neue Anstalten kostengünstig eingerichtet und betrieben werden. Während die „Siechen- und Bewahrungsanstalten“ im kostensparenden Blocksystem erbaut worden sind und die Unheilbaren aufnehmen, befinden sich in den Anstalten der Provinz nur akute Fälle (vgl. Falkenstein, 1999, S. 29f.). Spätestens ab den 1850er Jahren erfolgt in ganz Westeuropa und in den deutschen Ländern eine psychiatrische Debatte, welche die Frage der so bezeichneten Asylierung (= Unterbringungsformen) der psychisch Kranken beinhaltet. Folglich ergibt sich die Frage einer passenden medizinischen sowie moralisch annehmbaren Art und Weise der Versorgung für die Patienten. Nach der Reichsgründung 1870/71 in Deutschland entstehen große sowie zentrale Anstalten für psychisch Kranke. Da aus diversen Gründen eine steigende Zahl an Patienten aufzunehmen ist, genügen die neu errichteten

Bauten in Krankenhäusern nicht. In den 1860er Jahren kommen alternative Versorgungsformen wie z.B. die landwirtschaftliche Ansiedelung („Kolonien“) oder die psychiatrische Familienpflege auf, weil das Budget zur Versorgung von psychisch Kranken bei allen kommunalen und anderen zuständigen Einrichtungen völlig verbraucht ist. Als medizinische Einrichtungen für die gehobenen sozialen Schichten des Bürgertums und des Adels entstehen aufgrund des zunehmenden Bedarfes viele Privat-Sanatorien, hauptsächlich für „Nervöse“, „Gemütskranke“, „Hysteriker“ und „Wahnhaft“. Einen bestimmten Einfluss in der Geschichte der Pflege psychisch kranker Menschen übt die psychiatrische Familienpflege aus (vgl. Müller, 2006, S. 6ff.). Die Familienpflege stellt ein neues Konzept dar. Nach einer längeren Behandlung in einer Anstalt und Verbesserung des Zustands wird die geschlossene Anstalt nicht mehr benötigt. Daher kommen diese Kranken aus den Anstalten zu Familien „mit besonderem Charakter“ (z.B. mit „redlicher“, „menschenfreundlicher“ und „geduldiger Gemütsart“). Auch Familien mit ehemaligen Anstaltsangestellten werden erwähnt. Daneben finden sich für die Kranken noch Unterkünfte bei Landwirten, Handwerkern, Angestellten und bei Arbeitern „mit regelmäßigen Haushaltungen“ (vgl. Wahrendorf, 1898, S. 27ff.). Selbst bei psychisch Kranken mit keiner erhofften Besserung ändert sich durch die Familienpflege ihr Zustand positiv. Diese Zustandsverbesserung ergibt sich u.a. durch den kleinen Haushalt, in dem der Kranke im Gegenstück zum eintönigen Anstaltsablauf viel erledigen kann. Außerdem ermöglicht die Familie dem Kranken die größtmögliche Bewegungsfreiheit und die passende Beschäftigungsart. In der Anstalt ist das aufgrund der vielen anderen Patienten nicht durchführbar. Die Familienpflege stellt einen weiteren Schritt in der Humanisierung der Psychiatrie dar (vgl. Blasius, 1980, S. 151f.).

*„Die Zunahme der Familienpflege an deutschen Anstalten bis 1914 hatte verschiedene, in erster Linie ökonomische Gründe:*

- 1. Für die Anstalt stellte die Familienpflege eine geeignete Form dar, aufnahmefähig zu bleiben, indem die gebesserten, arbeitsfähigen Kranken ‚weitergegeben‘ wurden.*
- 2. Durch den Bau von Pflegehäusern für verheiratete Pfleger mit der Verpflichtung zur Aufnahme von Familienpfleglingen band die Anstalt Pflegekräfte an sich und wirkte so der fast überall vorherrschenden*

*Fluktuation entgegen.*

3. *Für die Provinzialverwaltung war es billiger, Zimmer für Familienpfleglinge als neue Anstalten zu bauen.*
4. *Für die Pflegefamilien bedeutete die Aufnahme von Kranken einen Zuverdienst und Mithilfe in Haus und Garten.*
5. *Für die Kranken, die einzige Gruppe ohne finanzielles Interesse, war die familiäre Atmosphäre und ein eigenes Zimmer im günstigen Fall angenehmer als das Anstaltsleben (Falkenstein, 1999, S. 102).“*

Trotz niedriger Kosten können sich diese neuen Entwicklungen wie Familienpflege und Offene Fürsorge nicht entfalten. Durch den Kostendruck fällt das Einkommen des Pflegepersonals gering aus (vgl. Falkenstein, 1999, S. 29f.).

Von Seiten der Ärzte bzw. Anstaltsdirektoren ereignen sich um die Jahrhundertwende viele Diskussionen und ein beginnender Vereinheitlichungsprozess in Bezug auf das „Irrenpflegepersonal“. Die Wärterfrage wird beispielsweise, wie bereits erwähnt, zum Hauptanliegen bei der Jahresversammlung des Vereins Deutscher „Irrenärzte“. Viele Ärzte sind für einen professionellen Berufspflegestand, allerdings unter strenger ärztlicher Aufsicht. Sogar den Krankenpflegeunterricht beanspruchen sie für sich (vgl. Falkenstein, 1999, S. 30).

- „1. *Es ist anzunehmen, daß für die Behandlung Geisteskranker ein besonders ausgebildetes Personal genommen werde, das möglichst lange im Dienst bleibt.*
2. *Jede Anstalt soll ihr Pflegepersonal möglichst selbst heranbilden. Direktor und Ärzte der Anstalt sollen das Pflegepersonal in der Krankenpflege unterrichten.*
3. *Es sind Einrichtungen zu treffen, durch welche die Zukunft des Pflegepersonals möglichst sichergestellt wird.*
4. *Es sind Einrichtungen zu treffen, durch welche die notwendige Erholung und Schonung des Personals gewährleistet wird (Höll/Schmidt-Michel, 1989, S. 51f.).“*

Zwei Gerichtsverfahren in den Jahren 1893 und 1894 sowie öffentliche Auseinandersetzungen über die Zustände in den Irrenanstalten ändern diese Situation. Über die Lage des Irrenpflegepersonals erfolgt 1900 eine Debatte im Reichstag. Die zu langen Arbeitszeiten, das schlechte Einkommen und den ständigen Wechsel sowie den Mangel an eigenen Schlafräumen kritisieren mehrere sozialdemokratische Abgeordnete. Diese Diskussion erbringt keine gesetzlichen Konsequenzen. Jedoch erwähnen manche aufgebrauchte Direktoren von Anstalten, die Situation habe sich durch ihren Einsatz und nicht durch irgendwelche Leistungen der Sozialdemokraten verbessert (vgl. Falkenstein, 1999, S. 26).

1899 erhält der Psychiater Ludwig Scholz eine Auszeichnung für sein leicht lesbares und rasch verbreitetes Werk „Leitfaden für Irrenpfleger“, welches in familiär-patriarchalischem Stil beinahe unverändert bis in die 50er Jahre des 20. Jahrhunderts veröffentlicht wird (vgl. Falkenstein, 1999, S. 31). Seit 1901 wird der „Leitfaden für Irrenpfleger“ von Scholz im Unterricht verwendet, welcher sich nach den Richtlinien des Preisausschreibens hält. Das Werk beinhaltet eine kurze historische Zusammenfassung, einen Krankenpflegeabriss, mehrere Arbeitsaufträge sowie die Anstaltshygiene. Die Beziehung zwischen Ärzten und Pflegepersonal spiegelt sich besonders in den zu dieser Zeit verwendeten Lehrbüchern wieder. „Als erste Berufspflicht“ zählt der Gehorsam zum Vorgesetzten, dann folgen ein „anständiger Lebenswandel“, Tüchtigkeit sowie ein gut zusammenarbeitendes Personal. Laut den Lehrbüchern sollen die freundlichen und geduldigen Pfleger die Zwangsmittel gezielt einsetzen sowie die unruhigen Kranken besonders gewissenhaft beaufsichtigen (vgl. Falkenstein, 1999, S. 75f).

Die Fortschritte in Bezug auf das Pflegepersonal sind bei Umfragen in 78 teilnehmenden Anstalten im deutschsprachigen Raum aus den Jahren 1895 und 1907 deutlich erkennbar. Für das Pflegepersonal ist eine Verbesserung offensichtlich, weil eigene Zimmer eingerichtet worden und freie Esspausen sowie mehrheitliche Dauernachtwachen vorhanden sind. Die Aspekte Pensionsberechtigung, Heiraterlaubnis sowie Erteilung eines ständigen Unterrichts werden unterschiedlich festgelegt. Die männlichen Pfleger erhalten nach wie vor mehr Lohn als die weiblichen (vgl. Falkenstein, 1999, S. 31f.).

Als Berufsvertretung für das Krankenpflegepersonal entstehen zwischen 1895 und 1905 drei überregionale Organisationen, die allerdings hauptsächlich für Tätige in der allgemeinen Krankenpflege vorgesehen sind:

- Sektion Gesundheitswesen im Jahr 1898,
- Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands“ (B.O.K.D. – ist der Vorläufer des „Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe“) im Jahr 1903 durch Agnes Karll,
- Deutscher Verband der Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen im Jahr 1908 durch Georg Streiter in Berlin (vgl. Falkenstein, 1999, S. 33f.).

Die Gewerkschaft setzt sich ebenfalls für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen ein. Dank geringer Berührungspunkte mit gewerkschaftlichen Ideen erhält der VPOD (Verband des Personals öffentlicher Dienste) schnell Einfluss. Kaum Ansehen erhält hingegen der später gegründete Berufsverband des Personals für Nerven- und Gemütskranke im Jahr 1925 (vgl. Braunschweig, 2004, S. 117).

Um die Jahrhundertwende erscheint eine eigene Zeitschrift. Der Herausgeber Konrad Alt veröffentlicht 1897 das Monatsblatt „Die Irrenpflege“ mit folgendem Untertitel (vgl. Falkenstein, 1999, S. 35):

*„(...) zur Hebung, Belehrung und Unterhaltung des Irrenpflegepersonals, mit besonderer Berücksichtigung der freien Behandlung, der kolonialen und familiären Krankenpflege unter ständiger Mithilfe erfahrener Irrenärzte und Anstaltsbeamten“ (Falkenstein, 1999, S. 35).*

Das psychiatrische Personal soll in dieser Zeitschrift auch eigene Erfahrungsberichte liefern, allerdings trifft – wie in ähnlichen Fachzeitschriften – jeweils die Schriftleitung die Auswahl. Daher beschränken sich kritische Artikel hauptsächlich auf Nebensächlichkeiten. Seit 1906 veröffentlicht die B.O.K.D. als Herausgeber die Zeitschrift „Unter'm Lazarkreuz“, in der auch vereinzelt Artikel über die „Irrenpflege“ zu finden sind. Sowohl in bewegenden Aufrufen als auch in Roman- und Gedichtform wird den Pflegerinnen aus den „gebildeten“ Kreisen die „Irrenpflege“ veranschaulicht, um sie für Führungsaufgaben zu motivieren. Die zentrale Zeitschrift

des Staatsarbeiterverbandes gibt seit 1900 die Beilage „Sanitätswarte“ mit sozialpolitischen und gewerkschaftlichen Standpunkten heraus. Die Artikel beinhalten viele Themen wie z.B. die nicht vorschriftsmäßige Qualität und Menge des Essens, die nicht vorhandenen Waschbecken für das Pflegepersonal sowie die nicht gern gesehene Schwesternpflege auf Männerstationen (männliche Pfleger fühlen sich dadurch aus ihrem Beruf verdrängt). Das „Irrenpflegepersonal“ zählt nur zu einer kleinen Interessengruppe. „Die Irrenpflege“ gilt grundsätzlich als die einzige spezielle Zeitschrift für das „Irrenpersonal“. Die Schriftenreihe „Die Irrenpflege“ kann bis in die 20er Jahre als wichtigstes Organ für das psychiatrische Pflegepersonal betrachtet werden, durch sie entsteht eine bisher nicht vorhandene Berufsidentität (vgl. Falkenstein, 1999, S. 35ff.). Andere Psychiatriepfleger erwähnen in ihren Artikeln zu ihrem Berufsbild keine Aspekte des Dienens und des Unterordnens. Der Begriff „Berufung“ hat bei ihnen keine Bedeutung. Aber auch Ärzte schreiben Texte zum Thema Berufsbild der Krankenschwester in der Zeitschrift „Blätter für Krankenpflege“, die vom krankenschwesterlichen Berufsverband veröffentlicht werden (vgl. Braunschweig, 2004, S. 121).

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts wird eine Humanisierung im Umgang von Medizin und Gesellschaft mit psychisch Kranken angestrebt. Trotz dieser Prägung im 19. Jahrhundert finden sich unterschiedliche Arten von Gewaltanwendungen gegenüber Patienten. Als traditionelle Disziplinierungs- und Behandlungsmethoden werden diese bis in das 20. Jahrhundert durchgeführt. Ein Exzess nie gekanntes Ausmaßes zeigt sich in den 40er Jahren des 20. Jahrhunderts, wo im nationalsozialistischen Deutschland Patienten auf grausamste Weise getötet werden (vgl. Müller, 2006, S. 10).

Der Erste Weltkrieg verändert durch die militärische Aufrüstung sowie die Länge des Krieges die schlechte Versorgungslage an den Heilanstalten. Viele Ärzte und Pfleger müssen zum Militärdienst, jedoch werden die Stellen an vielen Heilanstalten kaum nachbesetzt und es entstehen Kriegslazarette. Soldaten, die seelische Wunden erleiden und von Ärzten als „Kriegsneurotiker“ oder „Kriegshysteriker“ bezeichnet werden, müssen in Anstalten aufgenommen werden. Die schlechte Versorgungslage verursacht viele Todesfälle unter den Geisteskranken. Da die Kranken nur mit dem allernötigsten versorgt werden, fallen u.a. die Therapien weg. Diese Veränderungen bewirken in der

Geisteskrankenpflege, dass vermehrt Frauen auf Männerstationen kommen und die Ausbildungs- und Organisierungsfragen in den Hintergrund gestellt werden. In der „Irrenpflege“ fordert die Broschüre „Unsere Schriften während des Krieges“ eine patriotische Pflichterfüllung bei der „irrenpflegerischen“ Arbeit durch Mitfühlen mit den Kriegsopfern sowie sparsames Wirtschaften und Einfallsreichtum. Aufgrund vieler junger und unerfahrener Kräfte sollen Einführungskurse in die Grundlage der „Irrenpflege“ die schlimmsten Verfehlungen gegenüber den Kranken verhindern (vgl. Falkenstein, 1999, S. 113f.).

Nach dem Ersten Weltkrieg kommt es erneut zu Diskussionen um eine professionelle Ausbildung. Die „Irrenpflege“ ist nach den vielen Anstrengungen immer noch als „Stiefkind der Krankenpflege“ zu betrachten, weil in den Vorschriften über die staatliche Ausbildung von Krankenpflegepersonen vom Juli 1921 das „Irrenpflegepersonal“ nicht miteinbezogen wird. Diese „zweitklassige“ Behandlung führt zu Protestschreiben aus den Berufsorganisationen sowie einem Großteil der psychiatrischen Ärzteschaft: Die „Irrenpflege“ müsse mit der Krankenpflege gleichgestellt werden, weil beide Berufe ähnliche Anforderungen haben. Diese Proteste bringen keinen Erfolg. Nach wie vor findet die Ausbildung in den folgenden Jahrzehnten aufgrund der mangelnden verbindlichen Ausbildungsstandards mit großen regionalen Unterschieden statt. Zu staatlichen Krankenpflegeschulen werden z.B. die Heil- und Pflegeanstalten in Bayern und Hessen. Nach der bestandenen Prüfung wird den Pflegern in Baden ein Ausweis als staatlich geprüfte „Irrenpflegeperson“ ausgestellt und überreicht. Die einzelnen Provinzen in Preußen gestalten die Ausbildung und Prüfung nach eigenen Prüfungsordnungen. Die Westfaler Anstaltsdirektoren diskutieren in den 1920er Jahren erneut über eine Vereinheitlichung der Pflegeausbildung an den Anstalten. Diese Ausbildung soll sich nach der allgemeinen Krankenpflege richten und mit der staatlichen Anerkennung abgeschlossen werden. Im Jahr 1922 sind nach einer Befragung von zwölf Anstalten quer durch die gesamte Republik viele Unterschiede in der Ausbildungsdauer und –art, den Lehrplänen sowie Abschlussprüfungen festzustellen (vgl. Falkenstein, 1999, S. 129ff.):

- „ – *Unterrichtsstunden zwischen 50 und 200 (Berlin),*
- *Ausbildungszeiten zwischen ein und zwei Jahren,*
- *Ausbildung in zentralen (Sachsen) und dezentralen Schulen,*
- *Prüfungskommissionen mit und ohne staatliche Vertreter (Falkenstein, 1999, S. 131).“*

Nach einer bestandenen Prüfung werden die Pfleger von den meisten Anstalten als Beamte angestellt sowie wird die Heiratserlaubnis erteilt. Das vorgeschlagene Modell von 1921 mit provinziell interner Anerkennung erfolgt schließlich für Westfalen. Der Münster Landeshauptmann verkündet 1924 die „Ausbildungs- und Prüfungsordnung für das Pflegepersonal der Heilanstalten der Provinz Westfalen“. Die Hilfspfleger werden danach in zwei halbjährlichen Winterlehrgängen ausgebildet (vgl. Falkenstein, 1999, S. 131f.).

Das Innenministerium von Preußen schreibt das Lehrbuch von Scholz und das Krankenpflegelehrbuch für die Verwendung im Unterricht vor. Nach einem theoretischen Teil (mit Themen von der „Einrichtung der Krankenzimmer“ bis zur „Geschichte der Irrenpflege“) und einem umfassenden praktischen Teil ist die Prüfung abzulegen. Der praktische Teil verlangt die Vorführung pflegerischer Fähigkeiten sowie einen Bericht nach einem eigenverantwortlichen Tages- und Nachdienst. Es wird nach der Skala „sehr gut“, „gut“, „genügend“ und „nicht bestanden“ beurteilt. Im Falle von „nicht bestanden“ kann die Prüfung noch einmal abgelegt werden. Wenn das Hilfspflegepersonal die Prüfung besteht, wird dieses zu Pflegern befördert. Innerhalb von drei Jahren nach der bestandenen Prüfung muss die geprüfte Person an einem Wiederholungskurs teilnehmen. Pflegepersonen, die staatlich geprüft worden sind und im Anstaltsdienst arbeiten, müssen ohne eine Prüfung nur den psychiatrischen Teil des Kurses belegen. Dieses Ausbildungsniveau in Westfalen ist somit im Vergleich zu anderen Regionen niedrig. Vertreter der Berufsverbände finden eine insgesamt einjährige Ausbildungszeit mit ca. 90 Unterrichtsstunden als nicht ausreichend, denn die Auszubildenden sollen in den verschiedenen Zweigen der Kranken- und „Irrenpflege“, Geschichte, Gesetzeskunde, Hygiene usw. eine fundierte Einführung bekommen. Die Anerkennung als geprüfte „Irrenpflegeperson“ beschränkt sich außerdem nur auf die Provinz Westfalen (vgl. Falkenstein, 1999, S. 132).

Aufgrund der Inflation ab 1924 betreffen die staatlichen Sparmaßnahmen auch die Heilanstalten. Diese müssen wegen der wirtschaftlichen Rezession die Kosten beim Pflegepersonal sehr stark senken. Es folgen Lohnkürzungen, Änderungskündigungen sowie ein Stellenabbau bei gleichzeitiger Stundenerhöhung für das verbleibende Personal (vgl. Falkenstein, 1999, S. 136).

Da das Pflegepersonal eine zentrale Vermittlerrolle zwischen Kranken und Psychiatern darstellt, ist deren Einfluss auf den Inhalt der Ausbildung sowie das Anforderungsprofil bedeutend. Vermehrt ermöglichen Psychiater dem Psychiatriepflegepersonal gegen Ende der 1920er Jahre einen bestimmten Handlungsspielraum z.B. kann dieses durch ihre Beobachtungen dem Arzt wichtige Anregungen für Behandlungen geben. Die Psychiater erkennen die bedeutende Rolle der Psychiatriepflege für die Behandlung und Betreuung der psychisch Kranken in der Heil- und Pflegeanstalt. Psychiater erwähnen in mehreren Artikeln der Zeitschrift „Kranken- und Irrenpflege“ die wesentliche Verantwortung des Pflegepersonals in der Betreuung der psychisch Kranken. Das Pflegepersonal erhält endlich einen gewissen Stellenwert, pflegerische Beobachtungen dienen häufig als Grundlage für Diagnose und Therapie (vgl. Braunschweig, 2004, S. 120ff.).

*„Zu untersuchen wäre nun, wie sich diese Zugeständnisse an das Personal in der Praxis auswirkten, welchen Einfluss Pflegende tatsächlich auf Diagnose und Therapie hatten und wie Psychiater eigenständiges Denken und Handeln der Pflegenden sanktionierten (Braunschweig, 2004, S. 122).“*

Noch immer fühlen sich Ärzte für die Pflegeausbildung zuständig. Die „Körperkrankenpflege“ und die „Irrenpflege“ sind als zwei verschiedene Berufe zu verstehen, die getrennte Spezialausbildungen und spezielle Diplome haben sollten. Weniger technische Kenntnisse, jedoch erhöhte Einfühlungs- und Anpassungsfähigkeit, längere Erfahrung und eine bestimmte Auslese sind in der „Irrenpflege“ notwendig. Als Vertreter dieser Auffassung findet sich z.B. der Schweizer Psychiater und Direktor der Aargauer Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, Arthur Kielholz, bei der Sanitätsdirektorenkonferenz von 1927. Der Meinung von Kielholz schließt sich sein

Berufskollege Walter Morgenthaler an, der zwei Jahre zuvor in der Schweizerischen Ärztezeitung behauptet, dass nicht jedes ausgebildete Pflegepersonal geeignet ist, mit psychisch Kranken umzugehen (vgl. Braunschweig, 2004, S. 113). Im Jahr 1930 sind die Ausbildung sowie die staatliche Prüfung des „Irrenpflegepersonals“ bereits geregelt, jedoch bis zu diesem Zeitpunkt die Kranken- und „Irrenpflege“ reichseinheitlich nicht gleichwertig. Der größte Teil der Ärzte will keine einheitliche Diplombildung und begründet dies durch den ständigen Personalwechsel sowie den häufigen Unterschied zwischen praktisch- und theoretisch talentiertem Pflegepersonal. Dies führt folglich zu sehr ungleichen Verordnungen hinsichtlich der Unterrichtsstundenanzahl sowie der internen Prüfungsanforderungen. Nach dem verbindlichen Unterricht in der Anstalt sowie einem erfolgreich abgeschlossenen Kurs wird den Pflegepersonen kein Zeugnis oder gar Diplom überreicht, wodurch sie an die Psychiatrie gebunden sind und auch in keine höhere Einkommensgruppe aufsteigen können. Einige Psychiater wollen zwar ein gut ausgebildetes „Berufsirrenpflegepersonal“, aber ohne einer ähnlichen Regelung wie in der Krankenpflege, möglicherweise damit sich dieses ihres niedrigen Status bewusst bleiben. Daher sollte ein nur kurzer Lehrgang für das „Irrenpflegepersonal“ mit Prüfung eingeführt werden. Um dem andauernden Pflegepersonalwechsel entgegen zu wirken, würde nach der positiv abgelegten Prüfung eine „erheblich“ höhere Bezahlung mit Festanstellung erfolgen (vgl. Falkenstein, 1999, S. 75ff.).

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges sind die Auswirkungen der nationalsozialistischen Psychiatrie lange Zeit prägend (vgl. Müller, 2006, S. 11f.). Der Leitfaden von Scholz bleibt bis in den 1960er Jahren das bestimmende und auch meistgelesene Lehrbuch für die Ausbildung des Pflegepersonals an den psychiatrischen Kliniken. Eine spezielle psychiatrische Pflegeausbildung wird mit der Begründung, eine allgemeine Krankenpflegeausbildung genüge, weiterhin nicht angeboten. Außerdem sind in der Psychiatrie sehr viele Hilfskräfte tätig, die allerdings meist die gleiche Tätigkeit wie geprüftes Personal ausüben. Selbst das Krankenpflegegesetz von 1985 berücksichtigt nicht die nötige spezielle Ausbildung in der psychiatrischen Pflege (vgl. Höll/Schmidt-Michel, 1989, S. 93).

Zu Beginn der siebziger Jahre erfolgt aber auf verschiedenen Ebenen eine Reihe von Veränderungen und Reformen, nachdem Psychiater aus der Nachkriegsgeneration nachfolgen: Zur Diskussion bringen diese auch tabuisierte Themen, wie beispielsweise die Psychiatrie in der Zeit des Nationalsozialismus, Zwangsabtreibungen, Gewalt in der Psychiatrie u.s.w. Die Forderung einer radikalen Neugestaltung in der deutschen Psychiatrie soll die personelle und inhaltliche Distanzierung von Akteuren und deren Thesen bezwecken, die sich teilweise noch nach Kosten – Nutzen Berechnungen orientieren. Die Zustände in den knapp 70 Landeskrankenhäusern der Bundesrepublik stehen wiederholt im Zentrum der Kritik. Mit der Gründung von Betroffenenverbänden wird die psychiatrische Versorgung zum Dauerthema der Sozialpolitik. Umfassende Patientenbefragungen, Untersuchungen sowie Empfehlungen diverser Kommissionen werden in der Mitte der Siebzigerjahre veröffentlicht. In Westdeutschland erfolgt diese Herausgabe in der so bezeichneten Psychiatrie-Enquete, die aus einer Sachverständigenkommission im Deutschen Bundestag besteht. In der DDR wird Ähnliches in den so gesagten Rodewiescher Thesen veröffentlicht. Die Bemühungen um eine Reform der jeweiligen psychiatrischen Konzepte sowie Therapien in beiden Staaten sind als Gemeinsamkeit zu erkennen (vgl. Müller, 2006, S. 12).

Ab 1970 folgen weitere Vorschläge bezüglich einer humanen auf den Prinzipien des Normalisierungsprinzips und der Inklusion basierenden Vorschläge. Um dies zu verwirklichen, ist folgendes zu berücksichtigen:

- Auflösung von psychiatrischen Großeinrichtungen,
- weitgehender Verzicht von Zwangs- und Gewaltmaßnahmen,
- eine möglichst breite Palette von Interventions- und Therapiemaßnahmen
- Ausbau der Rechte psychisch Kranker.

In der BRD entstehen durch diese Umgestaltungen neue Bereiche der Versorgung. Es erfolgt der Aufbau einer gemeindenahen Psychiatrie. Um eine effiziente Zusammenarbeit aller daran beteiligten Einrichtungen zu ermöglichen, wäre eine spezielle Ausbildung der Mitarbeiter der psychiatrischen Versorgung erforderlich. Das Gesundheitswesen besteht aus unterschiedlichen Berufsgruppen, die durch die Zunahme einer extramuralen Versorgung stärker zusammenarbeiten sollen sowie sich zu vernetzen beauftragt sind (vgl. Müller, 2006, S. 12). Der Mythos einer „Stunde Null“ in personeller sowie institutioneller Hinsicht ist aber aus heutiger Sicht nicht zu

rechtfertigen. Mehrere Ebenen lassen dies veranschaulichen. In unzähligen Fällen führen nationalsozialistische Funktionsträger im psychiatrischen Zweig weiterhin ihre Arbeiten ohne erhebliche Begrenzung ihres Einflusses nach dem Ende des Krieges durch. Häufig finden sich politisch oppositionelle Personen in der Deutschen Demokratischen Republik in psychiatrischen Institutionen. Die Psychiatrische Familienpflege ist unter anderen Versorgungsformen in der Weimarer Republik sowohl aus medizinischen als auch wirtschaftlichen Motiven etabliert und ausgeweitet worden. Erst in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts findet diese Form eine neuerliche Etablierung (vgl. Müller, 2006, S. 11f.).

Im Vergleich zu den vorherigen Jahrzehnten hat sich die gesellschaftliche sowie gesundheitspolitische Situation im vereinigten Deutschland nach 1989 stark gewandelt. Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland gilt nun für ganz Deutschland, inklusive der Ausbildungszweige (vgl. Müller, 2006, S. 13f.).

*„Eine bis in die Gegenwart nicht erreichte Anpassung der medizinischen Infrastrukturen in den verschiedenen Bundesländern, die Herausforderung der Integration einer gesamten Staatswirtschaft in eine nun vereinigte Bundesrepublik Deutschland führte zu nachhaltigen ökonomischen Einschnitten auch im Gesundheitswesen (Müller, 2006, S. 14).“*

Ein großes Problem stellt die steigende Zahl der arbeitslosen Menschen sowie ihre gesundheitliche Betreuung dar. Der Zusammenbruch eines Staates, Massenentlassungen und Umschichtungen in der ehemaligen DDR, eine ungewisse Zukunft und fehlende Perspektiven bringen einen Anstieg von neurologischen und psychischen Krankheiten mit sich. Generell explodieren auch in Deutschland die Kosten im Gesundheitswesen trotz Personalreduktion, Aufbau der ambulanten Systeme, Bettenabbau in Kliniken usw. (vgl. Müller, 2006, S. 14).

Durch die Psychiatriereform und ihre Fokussierung auf den extramuralen Bereich entstehen neue Formen der Unterbringung psychiatrischer und geistig behinderter Menschen (betreutes Wohnen, WG, Kleinwohnheime). Zusätzlich existieren in Deutschland diverse Berufsgruppen für dieses Klientel (Heilerziehungspflege, Diplom –

Sozialpädagoge, Sozialbetreuer, Behindertenbetreuer usw.). Im Großen und Ganzen fallen im Bezug auf die Weiterbildung in der psychiatrischen Pflege zwei verschiedene Formen auf: Auf der einen Seite kann eine Fachpflegeweiterbildung in Kooperation mit psychiatrischen Krankenhäusern oder Fachabteilungen mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen werden. Auf der anderen Seite bieten diverse Institutionen der Fort- und Weiterbildung nach einer berufsübergreifenden Fortbildung eine abschließende Zertifizierung an. Länderrechtliche Regelungen und die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1978, mit einem Zusatz im Jahr 1991, dienen als Basis für das ersterwähnte Modell. In den 1990er Jahren erfolgen für die Weiterbildung in diesem Gebiet eigene Qualitätsstandards. Im Jahr 2001 arbeiten ca. 45 000 Pflegekräfte in psychiatrischen Krankenhäusern, von denen bis zu diesem Zeitpunkt etwa 5000 eine psychiatrische Weiterbildung absolvieren. An unterschiedlichen Orten in Deutschland starten Modell- und Pilotprojekte, weil die Beschäftigten in der Krankenpflege in einem schnell wandelnden Arbeitsfeld tätig sind. Zusätzlich wird eine Reform der medizinischen Ausbildung gefordert. Aspekte der interkulturellen Pflege oder der Empathie-Forschung rücken zunehmend in den Vordergrund. Die Beziehungsarbeit zwischen Pflegepersonal und Patienten, die auch Beratung und Aufklärungsarbeit zu Prävention, Intervention und Alltagsproblemen beinhalten muss, werden nun stärker betont (vgl. Müller, 2006, S. 14).

Um in Deutschland eine psychiatrische Pflegeausbildung absolvieren zu können, erfolgt zuerst die allgemeine Krankenpflegeausbildung. Danach erfolgt als Weiterbildung die psychiatrische Pflegeausbildung. Zur Veranschaulichung eines aktuellen Weiterbildungslehrplans folgt als Beispiel der des Universitätsklinikums Freiburg:

Module der theoretischen Weiterbildung:

Grundlagen der für die „Pflege in der Psychiatrie“ relevanten Bezugswissenschaften	120 Stunden
Wissenschaftliches Arbeiten der Pflegenden in der Psychiatrie	90 Stunden
Professionelle Kommunikation der Pflegenden in der Psychiatrie	90 Stunden
Ethische und rechtliche Aspekte der Pflege in der Psychiatrie	90 Stunden
Soziale Sicherung und Gesundheitsversorgung	90 Stunden
Professionelle Gestaltung einer Beziehung in der Pflege in der Psychiatrie	60 Stunden
Spezifische Behandlungssettings in der Pflege in der Psychiatrie	120 Stunden
Psychiatrische Pflege als Verknüpfung von ethischem, empirischen, persönlichem Wissen und Intuition	90 Stunden

Abbildung 6: Theorielehrplan am Beispiel des Universitätsklinikum Freiburg (Universitätsklinikum Freiburg, 2006,

<http://www.uniklinik-freiburg.de/pflegeausbildung/live/forschung/Psychiatrie.html>)

*„Die praktische Weiterbildung hat einen Gesamtumfang von mindestens 2350 Stunden. Die Weiterbildungsordnung legt obligatorische und fakultative Einsatzbereiche im Rahmen der praktischen Weiterbildung fest. Obligatorisch sind mindestens 250 Stunden stationäre Behandlung:*

- *Versorgung der Patienten der Allgemeinen Psychiatrie*
- *Versorgung von Abhängigkeitskranken*
- *Versorgung von gerontopsychiatrischen Patienten*
- *Teilstationäre Einrichtungen und Institutsambulanzen*
- *Komplementäre Dienste und Einrichtungen*

*Die verbleibende Zeit der praktischen Weiterbildung ist in einem oder mehreren der genannten Einsatzbereiche abzuleisten.*

*Der erfolgreiche Abschluss berechtigt zur Führung der Weiterbildungsbezeichnung*

- *Gesundheits- und Krankenpflegerin für Psychiatrie*
- *Gesundheits- und Krankenpfleger für Psychiatrie*
- *Altenpflegerin / Altenpfleger für Psychiatrie,*
- *Heilerziehungspflegerin / Heilerziehungspfleger für Psychiatrie*

*(Universitätsklinikum Freiburg, 2006,*

*<http://www.uniklinik-freiburg.de/pflegeausbildung/live/forschung/Psychiatrie.html>*)“

Am Anfang des 21. Jahrhunderts fällt im deutschen Sprach- und Kulturraum ein beachtlicher Anstieg an Versorgungsformen auf, welche die psychisch Kranken wieder ins gesellschaftliche Leben einführen sollen (vgl. Müller, 2006, S. 12).

## **7.2. Die psychiatrische Pflegeausbildung in Österreich**

Bis in das 19. Jahrhundert ähneln die Behandlungsmethoden bei psychiatrisch Erkrankten denen des Strafvollzugs. Diese Methoden bzw. Zwangsmaßnahmen zur Disziplinierung umfassen körperliche Strafen oder Freiheitsentzug in Verschlagen sowie Einzelkammern (Zellen). Der Verwahrungsgedanke aber auch die Auffassung, nach denen psychiatrische Patienten einen Beitrag für die Allgemeinheit zu erbringen haben („Arbeitstherapie“), bleiben erhalten, obwohl der Umgang zu diesen Patienten ab 1842 menschlicher und liberaler wird. Die so bezeichneten „Wärter“ und „Wärterinnen“ führen sehr lang neben den Spitälern auch in den psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten die psychiatrische Krankenpflege durch. Das Berufsbild und die Praxis der „Irrenpflege“ werden von Pflegergeneration zu Pflegergeneration mündlich übermittelt. Aufgrund der anstrengenden und belastenden Arbeit mit den ausgegrenzten Patienten sowie der schlechten Bezahlung ist die „Irrenpflege“ als gesellschaftlich geächtet anzusehen. Die Wärter haben ähnlich wie in anderen Ländern neben der wenigen Freizeit keine Pensionsvorsorge, keinen Kündigungsschutz und keine Ausbildung. Um das Wartpersonal rund um die Uhr zur Verfügung zu haben, führen die Anstaltsdirektoren Vorschriften (z.B. strenge Ausgangsregelungen, Heiratsverbote, keine eigenen Schlafräume) als regelrechte „Disziplinierung“ durch (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 66f.).

*„Mit der Verordnung des Ministers des Innern war die Ausbildung für das Pflegepersonal in den Spitälern gesetzlich geregelt, allerdings blieb die psychiatrische Krankenpflege – damals ‚Irrenpflege‘ – davon bis 1961 ausgeschlossen. Bis dahin musste sie einen eigenen Weg gehen und ihre Ausbildungsfrage, die sogenannte ‚Wärterfrage‘, selbst lösen (Fürstler/Malina, 2004, S. 67).“*

Da angelernte Aufseher die Anforderungen in der sich entwickelnden psychiatrischen Medizin nicht mehr bewältigen können und wohl wegen einiger Zwischenfälle, verordnet z.B. der Niederösterreichische Landtag im Jänner 1899 eine geregelte „Irrenpflegerausbildung“. Diese Verordnung enthält die Unterrichtsart und -weise, die Prüfungsbedingungen sowie eine festgelegte Einkommensstufe der geprüften Pfleger. Diese „hausinternen“ Weiterbildungskurse finden bis 1961 (mit Unterbrechung in der Zeit des Nationalsozialismus) nicht in einer Krankenpflegeschule statt. Da der ständige Wechsel des Personals ein großes Problem darstellt, wird durch diese Kurse genügend Personal erhofft. Der geringe Lehrstoffumfang beinhaltet die wichtigsten sowie notwendigsten Verbände und die Erklärung von medizinischen Geräten. In einem Leitfaden zum Unterricht für das Pflegepersonal an öffentlichen „Irrenanstalten“ findet sich dieser zusammengefasste Lehrstoff. Die Ausbildung wird mit der Dienstbelehrung sowie der Hausordnung der betreffenden Anstalt beendet. Bevor diese Ausbildung auf ein Jahr verlängert wird, findet sie anfangs dreimonatig, berufsbegleitend sowie geschlechtergetrennt statt. Es gibt keine fixierten Kursstunden. Die jeweiligen Anstaltsdirektoren führen diese hausinternen Kurse („Fachkurse für Irrenpflege“) mit nicht mehr als 25 Kursteilnehmern durch. Jede Pflegeperson muss sich während der ersten zwei Dienstzeitjahre für einen Unterrichtskurs vormerken lassen, wenn auch der Anstaltsdirektor über die Kursteilnehmer entscheidet. Der Kurs endet mit einer festgesetzten Prüfung, welche mit den drei Noten „sehr gut“, „gut“ und „ungenügend“ beurteilt wird. Bei einer negativen Note ist der Kurs mit einer nochmaligen Prüfung zu absolvieren. Im Falle des Austritts findet sich das Prüfungsergebnis im Abgangszeugnis, da keine Prüfungszeugnisse sowie Diplome ausgestellt werden. Hauptsächlich praktische Fähigkeiten ohne „erforderliche Redegewandtheit“ werden erwartet. Die weiterhin Unausgebildeten behalten ihre Berufsbezeichnung „Wärter“,

während die Absolventen nach dieser Ausbildung ab 1901 den Titel „Pfleger“ verliehen bekommen (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 67f.).

„Höhere Fachkurse für Irrenpflege“ werden ab 1924 mit einer Dauer von sechs Monaten und folgenden Fächern angeboten:

- Grundzüge der Lehre vom Bau des menschlichen Körpers sowie der Organtätigkeit,
- allgemeine Hygiene,
- Krankenpflegetechnik inklusive der Geisteskrankenlehre und -pflege,
- erste Hilfe
- sowie besondere administrative Dienste.

Nach dem Abschluss der schriftlichen und mündlichen Prüfung gibt es ein Zeugnis über diese Kurse sowie die Prüfungsergebnisse. Wenn der Fachkurs für „Irrenpflege“ erfolgreich absolviert worden ist und eine Karriere zum Oberpfleger beabsichtigt wird, können die „Irrenpfleger“ nach einer mindestens dreijährigen praktischen Verwendung diese höheren Fachkurse besuchen. 1946 starten die Fachkurse erneut. Allerdings soll ein Einführungskurs von vier Wochen die Grundbegriffe der „Irrenpflege“ vermitteln. Um künftig im Pflegedienst bleiben zu können, müssen alle Pflegepersonen nach Jahresfrist den Kurs ablegen. Pfleger mit besonderen Fähigkeiten bilden sich im „höheren Fachkurs für Irrenpflege“ weiter, wodurch sie nach diesen abgelegten Prüfungen zum Oberpfleger bzw. Vorsteher qualifiziert sind. 84 Pflegepersonen nehmen von 1946 – 1948 am Steinhof den Grundkurs wahr. Nach einer sechsmonatigen Dauer soll ein weiterer Kurs Grundbegriffe der Anatomie, Physiologie, Ersten Hilfe, Desinfektion, Dienst- und Hausordnung, Krankheitslehre, Psychiatrie, speziellen „Irrenpflege“ sowie der Verbandslehre vermitteln. Die einzelnen Gegenstände erhalten keine festgelegte Stundenanzahl (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 68f.).

Da nur Ärzte die Lehrer und an der Ausbildung mit einbezogen sind – und nicht der Pflegevorsteher – unterrichtet ebenfalls ein Arzt das Fach „Krankenpflege und Irrenpflege“. Eigene „Ausbildungsstätten für psychiatrische Krankenpflege“ bewirken ab 1961 eine Änderung dieser Ausbildungspraxis (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 70).

Im Unterschied zu der Allgemeinen Krankenpflege sowie der Säuglings- und Kinderkrankenpflege, bei der die Schüler zu Beginn die Ausbildung an einer Pflegeschule absolvieren, arbeitet das angehende psychiatrische Pflegepersonal von Anfang an an den Stationen („Lernpfleger“, „Lernpflegerin“) mit einem Gehalt. In einem Bundesgesetz aus dem Jahr 1961 wird erstmals die Ausbildung zur „psychiatrischen Krankenpflege“ im Krankenpflegefachdienst festgelegt, wodurch ab diesem Jahr drei Sparten entstehen: Die Krankenpflege, die Kinder- und Säuglingspflege sowie die psychiatrische Krankenpflege (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 64).

Um einen Einblick in den aktuellen Lehrplan in der psychiatrischen Pflegeausbildung zu bekommen, folgt der Wiener Krankenanstaltenverbund als Beispiel einer Ausbildungsstätte:

Der Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV Wien) gehört mit zwölf Spitälern, elf Geriatriezentren sowie drei Pflegewohnhäusern zu einer der größten Gesundheitseinrichtungen in Europa. In Österreich verfügt der KAV Wien über 2100 Ausbildungsplätze für angehende Gesundheits- und Krankenpflegepersonen sowie die Ausbildung zum medizinisch-technischen Fachdienst, womit dieser als größter Ausbildner in Österreich gilt. Der KAV Wien bietet sowohl die allgemeine als auch die psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung sowie die Ausbildung in der Kinder- und Jugendpflege an (vgl. Stadt Wien – Wiener Krankenanstaltenverbund, Der Wiener Krankenanstaltenverbund, [http://www.wienkav.at/kav/texte\\_anzeigen.asp?id=24619](http://www.wienkav.at/kav/texte_anzeigen.asp?id=24619)).

*„Die Ausbildung ist im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) vom 19. August 1997, BGBl. Nr. 108 (mit Berücksichtigung der Novellen 95/1998 und 116/1999) beziehungsweise in den Verordnungen geregelt.*

*Die Ausbildung im gehobenen Dienst für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege erfolgt an Schulen für psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege.*

*Über die Aufnahme entscheidet die Aufnahmekommission.*

*Neben der Erfüllung der Aufnahmebedingungen tragen ein*

*Aufnahmegespräch und/oder ein Aufnahmetest zur Auswahl der Bewerber bei. (In: Stadt Wien – Wiener Krankenanstaltenverbund, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Berufsbild, [http://www.wienkav.at/\\_cache/Doku/Berufsbild%20der%20psychiatrischen%20Gesundheits%20und%20Krankenpflege%202008\\_29347.pdf](http://www.wienkav.at/_cache/Doku/Berufsbild%20der%20psychiatrischen%20Gesundheits%20und%20Krankenpflege%202008_29347.pdf))“*

### Theoretische Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege

Unterrichtsfach	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr
Gesundheits- und Krankenpflege einschließlich Ernährungslehre, Erste Hilfe und Hygiene	300	-	-
Psychiatrische und neurologische Gesundheits- und Krankenpflege	70	210	220
Pflege von alten Menschen, Palliativpflege	-	90	-
Medizinische Grundlagen einschließlich Psychopathologie, psychiatrische und neurologische Krankheitslehre, Pharmakologie	170	70	100
Gerontologie, Geriatrie und Gerontopsychiatrie	-	40	-
Berufsspezifische Ergonomie und Körperarbeit	40	30	20
Soziologie, Psychologie, Pädagogik und Sozialhygiene	90	60	30
Gesprächsführung, psychosoziale Betreuung und Angehörigenarbeit	50	40	10
Supervision	40	30	20
Kreativitätstraining	40	10	10
Strukturen und Einrichtungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, Organisationslehre	10	-	20
Elektronische Datenverarbeitung, fachspezifische Informatik, Statistik und Dokumentation	-	20	20
Berufsspezifische Rechtsgrundlagen	30	30	-
Fachspezifisches Englisch	40	20	20
<b>Gesamt</b>	<b>880</b>	<b>650</b>	<b>470</b>

Abbildung 7: psychiatrische Theorieausbildung des Wiener Krankenanstaltenverbundes, „In: Stadt Wien – Wiener Krankenanstaltenverbund, [http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte\\_anzeigen.asp?id=453](http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte_anzeigen.asp?id=453), 2012“

### Praktische Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege

Ausbildungseinrichtung	Fachbereich	Stunden
Abteilungen einer Krankenanstalt	Akut- und Subakutpsychiatrie	600
Abteilungen einer Krankenanstalt	Neurologie, Neurochirurgie	320
Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen	Langzeitpflege/rehabilitative Pflege	320
Extramurale Einrichtungen der psychiatrischen Versorgung, anderer Gesundheitsdienste oder sozialer Dienste	Extramurale Pflege, Betreuung und Beratung	520
nach Wahl des Schülers	Wahlpraktikum	200
nach Wahl der Schule: • Abteilungen oder sonstige Organisationseinheiten einer Krankenanstalt • Einrichtungen, die der stationären Betreuung pflegebedürftiger Menschen dienen • Einrichtungen, die Hauskrankenpflege, andere Gesundheitsdienste oder soziale Dienste anbieten	Akutupflege, Langzeitpflege, rehabilitative Pflege, extramurale Pflege im Bereich der Psychiatrie	360
nach Wahl der Schule	Diplomprüfungsbezogenes Praktikum	160
<b>Gesamt</b>		<b>2.480</b>

Abbildung 8: psychiatrische Praxisausbildung des Wiener Krankenanstaltenverbundes, „In: Stadt Wien – Wiener Krankenanstaltenverbund,

[http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte\\_anzeigen.asp?id=454](http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte_anzeigen.asp?id=454), 2012“

*„Neben den Ausbildungsinhalten der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege beinhaltet sie insbesondere folgende Sachgebiete:*

- 1. Pflege und Betreuung von Menschen mit psychischen Störungen*
- 2. Pflege und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen und Entwicklungsstörungen*
- 3. Pflege und Betreuung von Menschen mit organischen und psychischen Störungen im höheren Lebensalter*
- 4. Pflege und Betreuung von geistig abnormen Rechtsbrechern*
- 5. Pflege und Betreuung von Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen*
- 6. Pflege und Betreuung bei neurologischen Krankheiten*
- 7. Pflege, Betreuung und gezielte Förderung von Menschen mit Intelligenzmin- derung*
- 8. Übergangspflege, reaktivierende Pflege und nachgehende psychiatrische Betreuung*
- 9. Rehabilitation und Ergotherapie im psychiatrisch-neurologischen Bereich*
- 10. Psychopathologie und psychiatrische Krankheitslehre*
- 11. Neurologische Krankheitslehre*

*(In: Stadt Wien – Wiener Krankenanstaltenverbund, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Berufsbild,*

*[http://www.wienkav.at/\\_cache/Doku/Berufsbild%20der%20psychiatrischen%20Gesundheits%20und%20Krankenpflege%202008\\_29347.pdf](http://www.wienkav.at/_cache/Doku/Berufsbild%20der%20psychiatrischen%20Gesundheits%20und%20Krankenpflege%202008_29347.pdf))“*

Wenn das Diplom in psychiatrischer Gesundheits- und Krankenpflege absolviert worden ist, besteht die Möglichkeit einer verkürzten Ausbildung in der allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege. Die Ausbildungsdauer beträgt dann ein Jahr (vgl. Stadt Wien – Wiener Krankenanstaltenverbund, Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Berufsbild,

[http://www.wienkav.at/\\_cache/Doku/Berufsbild%20der%20psychiatrischen%20Gesundheits%20und%20Krankenpflege%202008\\_29347.pdf](http://www.wienkav.at/_cache/Doku/Berufsbild%20der%20psychiatrischen%20Gesundheits%20und%20Krankenpflege%202008_29347.pdf)).

### **7.3. Die psychiatrische Pflegeausbildung in der Schweiz im 20. Jahrhundert**

In der Schweiz besteht nach fast 80 Jahren strenger Trennung in Allgemeiner Krankenpflege und „Irrenpflege“ nur noch eine Grundausbildung für die verschiedenen Pflegezweige. Statt Spezialisten sollen flexible Generalisten die unterschiedlichen Anforderungen erledigen. Da die alleinige Forderung nach besseren Arbeitsbedingungen kein höheres Berufssehen bringt, erfolgt eine systematische Berufsausbildung (vgl. Braunschweig, 2004, S. 113).

Erstmals bietet die deutschsprachige Schweiz 1916 in einer Privatanstalt für weibliche Kranke den „Nervenpflegerinnen“ eine Ausbildung für die „Gemüts- und Nervenpflege“ an. Wie in der allgemeinen Krankenpflege arbeitet das ausgebildete Psychiatriepflegepersonal gemeinsam mit den Ärzten. Mit einem bestimmten Maß an eigenverantwortlichem Handeln soll das Personal die ärztlichen Anordnungen durch ein gewisses selbständiges Denken und Handeln ausführen, ohne die Position des Psychiaters zu schwächen. Eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Ärzten und Pflegepersonal existiert nicht, weil die Ärzte das Pflegepersonal als Hilfspersonal sehen. Der Ausbildungslehrplan beinhaltet die für den Pflegeberuf wichtigsten Kenntnisse u.a. bezüglich Einfühlungsvermögen für die Kranken. Langjährig tätige Wärter stehen einer Einführung neuer Kurse skeptisch gegenüber. Einige Psychiater befürchten durch diese Ausbildung eine Autoritätsschwächung, andere finden Vorteile beim gut ausgebildeten Personal. Diese können den Anstaltsärzten mit ihren Beobachtungen helfen sowie moderne Heilmethoden anwenden. 1920 löst z.B. ein Brief des Baslers Anstaltsdirektors an die Aufsichtskommission eine gewisse Verunsicherung bezüglich ausgebildeten Personals aus. Dieser Anstaltsdirektor meint, das Wartpersonal lerne am besten direkt am Krankenbett und auf der Abteilung mit Einprägung sowie Befolgung der Ärzte- und Oberwärtpersonalanweisungen. Ein „geschultes“ Wartpersonal sei untauglich und wolle selbst der Arzt zu sein, um Injektionen, Schlafmittel u. a. zu verabreichen. Anstatt zu lernen, fordere das Wartpersonal unnötige Kurse, wodurch die Autorität der Psychiater bedroht wäre (vgl. Braunschweig, 2004, S. 113 – 119). 1922 präsentieren die Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie (SGP) und einige Personalvertreter das erste Ausbildungsprogramm. Es folgt der Vorschlag „Pflegepersonal“ anstelle der

Bezeichnung „Wärter“ zu verwenden. Im allgemeinen Sprachgebrauch bleibt die Bezeichnung „Wärter“ jedoch bis in die vierziger Jahre bestehen. Dieser Ausdruck degradiert das Personal zur Aufsichtskraft. Neben unterschiedlichen Vorschlägen zur Berufsbezeichnung kommen 1926 SGP-Richtlinien für die Prüfungen der „Spezial-Krankenwärter für Nerven- und Gemütskranke“. 1935 kommentiert der Berner Psychiater Walter Morgenthaler, dass durch das Diplom der SGP der Titel „Irrenanstaltspfleger“ vorgesehen sei und nicht „Krankenwärter“. In den Protokollen des SRK findet sich bis 1946 immer noch die Bezeichnung „Irrenpfleger“. Erst in den sechziger Jahren verdrängt der „psychiatrische Krankenpfleger“ die Bezeichnungen „Irrenpfleger“ oder „Pfleger für Gemüts- und Geisteskranke“ (vgl. de Roulet, 1991, S. 242).

Wie auch in anderen Staaten verwenden Schweizer Psychiater die neuen somatischen Schlaf- und Fieberkuren, Cardiazol-, Insulin- und Elektroschocktherapien in den 1920er und 1930 Jahren. Dazu brauchen diese jedenfalls geschultes Personal. Das äußerst niedrige Prestige der psychiatrischen Pflegekräfte und die Einstellung, nach der eine kurze Anleitung für den Beruf genüge, verbessern sich im Laufe der Zeit. Statt passiver Aufsichtstätigkeiten und Versorgungsaufgaben sollen die Pfleger nun allgemeine Krankenpflegekenntnisse, -methoden und -techniken besitzen (vgl. Braunschweig, 2004, S. 119). Das Pflegepersonal aus der allgemeinen Krankenpflege soll psychiatrische Kräfte lehren, erst jahrzehntelang später kann das psychiatrische Pflegepersonal die Leitung einer psychiatrischen Krankenpflegeschule übernehmen. Eine Artikel-Serie „Die berufliche Ausbildung des Psychiatrie-Pflegers in der Schweiz von 1900 bis 1975“ schildert die langwierigen Pionierschritte um eine angemessene Ausbildung sowie die Kontaktaufnahme mit dem Roten Kreuz (vgl. de Roulet, 1991, S. 242f.). Ein weiterer Entwicklungsgrundstein des Psychiatriepflegeberufes ergibt sich mit der Verknüpfung der in Heil- und Pflegeanstalten aktiven VPOD – Mitglieder (Anstaltkartell des Schweizerischen Verbandes des Personals öffentlicher Dienste). Die enge Kooperation mit den Ärzten soll den Professionalisierungsprozess beschleunigen (vgl. Braunschweig, 2004, S. 117f.). Die Ausbildung in psychiatrischer Krankenpflege erfolgt seit 1927 einerseits durch die SGP, andererseits durch die damit beauftragte Schulkommission. Dieser Kommission obliegt die Lehrplanerstellung, die Ausbildungsaufsicht sowie die Durchführung von zwei Abschlussexamen pro Jahr (vgl.

de Roulet, 1991, S. 244). Eine „Asylkommission“ mit Personalvertretern erstellen 1929 einen Lehrplan (vgl. de Roulet, 1991, S. 265):

- 1. Pflege der physisch Kranken: a) Theoriekurse mit Anatomie, Physiologie, Erste Hilfe, Hygiene, Krankenpflege; b) Praktische Kurse mit Grundpflege, Beobachtung des Kranken, Toilette, Krankentransport, Liegen, Wechseln der Wäsche, Verbinden, Arzneimittel usw.*
- 2. Pflege der Geisteskranken: a) Theoriekurse: normales und krankhaftes Nervensystem, einige Grundbegriffe der Psychologie, Vorführungen, die Asyle und ihre Geschichte, Geistes- und Nervenkrankheiten, Symptome, Irrenpflege, Arbeitstherapie, soziale Fürsorge, Charakterbildung, Selbsterziehung; b) Praktische Kurse, vom Oberpflegepersonal und von den Ärzten erteilt: Innendienst, Wiederholung und Anwendung der körperlichen Pflege in der Psychiatrie. Spezielle Pflege: Wie spricht man einen Geisteskranken an? Suizidgefährdete, gefährliche Patienten, Flucht, Verweigerung, Nahrungsverweigerung, Geistesschwäche, Bäder, Lumbalpunktion usw., Beobachtung der Kranken, schriftliche und mündliche Berichte. Medikation, spezielle Behandlungen. Körperliche Krankheiten bei den Irren, praktische Beispiele, Vorführungen, Diskussionen über spezielle Fälle, Charakterkunde (Cantini, a.a.O., März 1978, S.71-72, In: de Roulet, 1991, S. 265).“*

1933 entsteht das Ausbildungs- und Prüfungssekretariat des Pflegepersonals, welche die SGP auf Antrag Morgenthalers veranlasst (vgl. de Roulet, 1991, S. 244). Neben seinem starken Engagement in der Ausbildung vermittelt er zwischen seinen Berufskollegen und dem Anstaltkartell. Durch seinen Lehrplanentwurf, seine Formulierung im Prüfungsreglement und das 1930 veröffentlichte schweizerische Lehrbuch „Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken“ erhält die damalige Psychiatriepflegeausbildung in der Schweiz eine prägende inhaltliche Ausrichtung. Morgenthaler richtet sich nach den Bestimmungen der Krankenpflege und möchte die strenge Hierarchie zwischen Ärzten sowie Pflegepersonal abbauen sowie die ärztliche Seite mehr „in die große Anstaltsgemeinschaft“ einbinden (vgl. Braunschweig, 2004, S. 117 – 120):

*„Gerade das bessere Personal lässt sich nicht mehr mit Brosamen abspesen, die wir ihm vom Tisch der Wissenschaft gnädig herabreichen. Besorgen wir die Aufklärung nicht richtig, so nimmt es sie selber in unzweckmäßiger Weise zur Hand oder es verliert das Interesse. Je gründlicher wir ihm selber aber über unser Fachwissen in seinem Bildungsgrade angemessenen Form Aufklärung geben, um so mehr wird es nicht nur mitgehen, sondern auch die Grenzen respektieren (Morgenthaler, 1935, S. XI und XII).“*

1934 errichtet die SGP das Sekretariat die „Schweizerische Zentralstelle des Pflegepersonals für Gemüts- und Geisteskranke“ (ab 1962 als „Schweizerische Zentralstelle für praktische Psychiatrie“ oder nur „Die Zentralstelle“ bezeichnet). Zu den Mitgliedern zählen (vgl. de Roulet, 1991, S. 244):

- „- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie bestehend aus Psychiatern*
- Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Direktoren der schweizerischen psychiatrischen Krankenanstalten*
- Arbeitsgemeinschaft der Verwalter von schweizerischen Heil- und Pflegeanstalten*
- Arbeitsgemeinschaft der privaten Kranken- und Kuranstalten der Schweiz*
- Anstaltskartell des Schweizerischen Verbandes des Personals öffentlicher Dienste (VPOD)*
- Schweizerischer Verband diplomierter Psychiatriseschwesterinnen und -pfleger (im Jahre 1925 als «Schweizerischer Verband des Pflegepersonals für Nerven- und Gemütskranke» gegründet)*
- Zentralverband des Staats- und Gemeindepersonals der Schweiz*
- Arbeitsgemeinschaft des Oberpflegepersonals der schweizerischen Heilanstalten (1944)*
- Verband des Christlichen Staats- und Gemeindepersonals der Schweiz (VchP) (de Roulet, 1991, S. 244).“*

Ohne eigene Pflegeschulen finden 1933 bereits Kurse statt. Ein System in dieser Ausbildung entwickelt sich erst ab 1940. Die vom SRK anerkannten Diplome sind einem ausländischen Staatsdiplom gleichwertig (vgl. de Roulet, 1991, S.245). Jedoch

erst nach dem Zweiten Weltkrieg akzeptiert das Schweizerische Rote Kreuz Psychiatriepflegediplome der SGP (vgl. Braunschweig, 2004, S. 117f.).

Nach einem Entwurf vom März 1946 können bereits ausgebildete Pflegepersonen jeweils das Diplom der anderen Sparte in verkürzter Form (zwei Jahre) erwerben (vgl. de Roulet, 1991, S. 248).

*„Zu bemerken ist, dass die Psychiatrieschwester nach bestandener Probezeit von sechs Monaten zu einer zweijährigen Ausbildung in einer anerkannten Schule verpflichtet wird, bevor sie sich zu den Prüfungen anmelden darf; hingegen wird die Schwester für allgemeine Krankenpflege bereits nach einer einjährigen Ausbildung in einer psychiatrischen Anstalt (einschliesslich sechsmonatiger Probezeit) zu den Prüfungen zugelassen; das Diplom wird ihr allerdings erst ausgehändigt, wenn sie ein zusätzliches Jahr in der Psychiatrie gearbeitet hat. Dazu kommt, dass ihr die Prüfungen in Anatomie, Physiologie, Pathologie und physischer Pflege erlassen werden; die Psychiatrieschwester wird hingegen von keiner Prüfung dispensiert. (de Roulet, 1991, S. 248)“*

Nachdem Pflegepersonal aus dem allgemeinen Pflegebereich auch in psychiatrischer Pflege diplomiert hat, kann dieses in der allgemeinen Krankenpflegeschule die erforderlichen Pflegemaßnahmen bei bestimmten Nerven- und Geisteskranken unterrichten. Das Psychiatriepflegepersonal mit einer allgemeinen Krankenpflegeausbildung ist auch in den Akutspitälern bei Kranken mit psychischen Problemen tätig, da es bereits über Erfahrungen verfügt (vgl. de Roulet, 1991, S. 248f.).

Für militärische Aufgaben sucht das SRK-Zentralkomitee 1947 80 bis 100 „Irrenpfleger“. Das SRK einigt sich mit der SGP im Juli 1949 auf eine Bestätigung ihrer Diplome im Gegenzug für bereitgestelltes Psychiatriepflegepersonal in Militärsanitätsanstalten. 1952 fordern die SGP sowie die Kommission für Krankenpflege (KfK) eine genaue Kandidatenauswahl für die verkürzte Zusatzausbildung. Nach der Diskussion über das Unterrichtssystem entsteht eine eigene Schule mit einer gemeinsamen Basisausbildung (Einführungs-, Mittel- und

Schlusskurs). Die Vertreter der Schweizerischen Zentralstelle für praktische Psychiatrie, des SRK und der KfK beschließen im Jänner 1958, dass das SRK die SPG-Diplome nicht unterzeichnet bzw. stempelt und ein Aufsichtsrecht (für Schulbesuche sowie Diplomprüfungen) bekommt, desweiteren eine Schulschwester sowie ein Schulspital mit ca. 50 Betten. Die KfK veranlasst nach der Mitgliederauswahl des psychiatrischen Krankenpflegefachausschusses im Mai 1962 die erste Sitzung mit SGP-Psychiatern sowie KfK-Diplomschwestern, wo alle aufgrund des Personalmangels in der Psychiatrie für eine verbesserte Ausbildungsqualität kooperieren müssen. Die Anstaltsdirektoren, die sich nicht über zu die lehrenden oder prüfenden Fächer einig sind, fordern eine verbesserte Ausbildung in Psycho-, Arbeits-, Spiel- und Gruppentherapie, dafür mit weniger Pathologie und Körperpflege. Nach Gesprächen mit allgemeinen Krankenpflegeschülern ergibt sich erst 10 Jahre später, 1972 (in Sigriswil), die Idee einer gemeinsamen Grundausbildung beider Pflegezweige. Im Einverständnis mit der Schulkommission startet die SRK-Kaderschule für Krankenpflege (KSKP) in Zürich einen Erstversuch: 1963 findet für 24 Anwärter ein zweimonatiger Kurs in Psychiatriepflege statt. Eine Arbeitsgruppe präsentiert im September 1965 dem Fachausschuss ihre Resultate, wobei einige befragte Psychiatrieanstaltsdirektoren gegen die vorgeschlagene Theorieausbildung sind. Zuerst bekommen die Schulkommission den Entwurf, nachher der Fachausschuss und die KfK (vgl. de Roulet, 1991, S. 250-257).

*„Die behandelten Artikel betreffen in der Hauptsache folgenden Bereiche:*

- die Schule: ihre Organisation und der Lehrkörper;*
- die Schulkommission: ihre Zusammensetzung und ihre Zuständigkeit; sie soll zusammen mit einem Psychiatrie-Chefarzt das Aufsichtsorgan der Schule bilden; das Präsidium durch einen Spitalverwalter ist nicht angemessen;*
- die Schulleitung: die Rolle eines Arztes bzw. einer Krankenschwester; letztere soll auf diese Aufgabe vorbereitet sein und sich ihr vollamtlich widmen. Diese letzte Bestimmung wird von den kleineren Anstalten, die manchmal nur fünf Schülerinnen zählen, angegriffen. Die Rollen müssen genau abgegrenzt sein;*
- die Aufnahmebedingungen für die Bewerber: Eintrittsalter: das vollendete*

*18. Jahr und die von der KfK auf begründetes Gesuch der Schule bewilligten Ausnahmen;*

- Schulbildung: Sekundarschule und eine zweite Sprache. Die Zahl der Schuljahre ruft eine Diskussion hervor. Die Schwierigkeit, mit einer ungenügenden Schulbildung ein Programm zu absolvieren, muss unterstrichen werden. Ausserdem sind die nötigen Eigenschaften, Intelligenz und die Persönlichkeit wichtig. Das Aufnahmeverfahren kann sich an dasjenige der Schulen für allgemeine Krankenpflege anlehnen;*
- die Diplomprüfung: ist in Anwesenheit nicht nur eines Experten der schweizerischen Zentralstelle für praktische Psychiatrie (in Person eines der SGP angeschlossenen Arztes, der das Examen abnimmt), sondern auch eines Delegierten des SRK vorgesehen. Gewünscht wird ausserdem, dass der Lehrkörper der Schule anwesend sei;*
- die Unterschrift auf dem Diplom: bleibt bis auf weiteres bei der SGP (KfK-Protokolle, Sitzung vom 16. April 1966, In: de Roulet, 1991, S. 257).“*

Eine einheitliche Ausbildung benötigt eine gemeinsame Stundenanzahl sowie Praktika. Diese vom KfK im Dezember 1965 genehmigten Richtlinien gelangen zu den Verantwortlichen in der Psychiatrie sowie den Schulen. Das SRK soll die Oberaufsicht über die Ausbildung mit einem „Mitspracherecht“ der Personalverbände übernehmen. Als erste Instanz für die Beaufsichtigung über die Ausbildung kümmert sich die Zentralstelle auch um die Ausstellung des Psychiatriediploms mit einer SRK-Mitunterzeichnung. Während das SRK seit 1968 für die Ausbildung sowie die Gutachtenerstellung der SGP-Diplome zuständig ist, obliegt der Zentralstelle für praktische Psychiatrie die Administration sowie Organisation. Nach der Anerkennung von 21 Psychiatriepflegesschulen zwischen 1969 und 1977 entsendet das SRK erstmals im Jahr 1970 erfahrenes Psychiatriepflegepersonal zu den Diplomprüfungen. Nach 132 genehmigten Diplomen bekommen gemäß der Vereinbarung mit der Zentralstelle 282 Schwestern und Pfleger ein Zeugnis des SRK. Das Psychiatriepflegepersonal verlangt eine gründliche Arbeitsvorbereitung vom Fachausschuss, der eine Zusatzausbildung in allgemeiner Krankenpflege anbietet. Jeden Herbst startet die SGP einen Kurs von vier Wochen für ca. 45 Absolventen mit einer Schulung in Pädagogik, in Organisation sowie in Verwaltung einer Abteilung, obwohl gewisse Ärzte eine Spezialausbildung für den

Psychiatriekader fordern. Das SRK organisiert in der psychiatrischen Universitätsklinik Basel 1971/72 einen zweimonatigen berufsbegleitenden Sonderweiterbildungskurs, der allerdings nicht einer Kaderschulausbildung entspricht. Neben dem Kurs der SRK für alle drei Pflegezweige besteht seit 1972 eine gemeinsame Grundausbildung mit nachträglicher Spezialisierung durch die Arbeitsgruppe der Westschweizer und Tessiner Abteilungen des „Groupement d’enseignement infirmier“ sowie der Gruppierung „Association romande et tessinoise des moniteurs d’enseignement infirmier en psychiatrie“ (ARTMEIP). Die großen Erneuerungen in der Psychiatrie verlangen eine intensive Basisaus- und Fortbildung. Das SRK legt eine minimale Stundenzahl mit 395 Kursstunden im Jahr 1965 fest, die sich ab 1969 zwischen 650 und mehr als 1000 erhöht (vgl. de Roulet, 1991, S. 257-263).

1973 bestehen fast alle Schüler die Schulpraktika in den unterschiedlichen Bereichen bei diversen Abteilungen. Neben Praktika in sozialpsychiatrischen Diensten sind Schüler in Abteilungen für Entwöhnungskuren (z.B. bei Alkoholikern) eingeteilt. Nachdem eine grundlegende Krankenpflegeausbildung erarbeitet worden ist, existieren seit Herbst 1973 nur Programme für die allgemeine Krankenpflege. Nach verschiedenen Erneuerungen bietet die psychiatrische Krankenpflegeschule der Genfer Universitätsklinik Bel-Air für diplomiertes Pflegepersonal in allgemeiner Krankenpflege eine 18 monatige Ausbildung zum psychiatrischen Krankenpflegediplom an. Das SRK beschließt im Juli 1974 eine neue Regelung in der Anerkennung der Berufszweige. Die SRK-Abteilung „Berufsbildung“ administriert alle Ausbildungsarten des Pflegepersonals und eine geregelte Ausbildung des Psychiatriepflegepersonals: Die neu entstandenen Berufe beunruhigen die Pflegekreise durch die neuerdings eingegrenzten Tätigkeiten des Psychiatriepflegepersonals. Die Hauswirtschaft übernimmt das Hilfspersonal. Erzieher, Sozialarbeiter, Ergo-, Spiel-, Sozio- und Physiotherapeuten übernehmen vom Pflegepersonal bisherige Tätigkeitsfelder. Einige Psychiater fordern eine Animationsausbildung (Turnen, Handarbeiten, Singen mit Instrumentenbegleitung u.a.), andere wollen mehr Kenntnisse in der Allgemeinen Krankenpflege sowie ein einjähriges Praktikum in einem Akutspital. Es erfolgt eine Empfehlung neuer Hauptfächer (z.B. die Gruppenbetreuung psychisch Kranker u.a.) (vgl. de Roulet, 1991, S. 265-269):

*„ Die Ausbildung muss einheitlich dem Ziel der Gemeinschaftstherapie dienen, die Mittel dazu müssen dem Können und Empfinden eines jeden einzelnen angepasst sein (de Roulet, 1991, S. 266).“*

Das Zentralkomitee bewilligt im Mai 1980 einen überarbeiteten Richtlinieninhalt, welcher den Schulen mehr Autonomie aber auch weniger Medizinunterricht gestattet (vgl. de Roulet, 1991, S. 266).

Allgemein reduzieren sich psychiatrische Spitalbetten, bei gleichzeitigem Ausbau von Tageskliniken, Ambulanzen und extramuralen Aufgabenbereichen.

## **8. Exemplarische Berichte über Anstalten sowie deren Tages- und Nachtabläufe**

### **8.1. Die Heil- und Pflege-Anstalt in Hildesheim im Jahr 1898**

Dieser Bericht schildert den typischen Ablauf in einer psychiatrischen Anstalt um 1900, wobei immer wieder idealtypische Eigenschaften des Personals und Anordnungen zu finden sind:

Der Morgendienst zählt im Krankenwartdienst dieser „Irrenanstalt“ zum wichtigsten Teil des ganzen Tages. Neben einer Menge zusätzlicher hauswirtschaftlicher Arbeiten muss das Wartpersonal die Kranken beaufsichtigen und pflegen. Bei dieser Aufgabe ist besondere Aufmerksamkeit sowie Verständnis nötig. Beispielsweise wollen sich viele Patienten aus den größeren Schlafsälen nach dem Aufstehen nicht anziehen. Auch „Zank und Streit“ entsteht durch das Vertauschen des Gewandes. Andere haben wiederum in der Nacht sich und ihr Bett schmutzig gemacht, was eine sofortige Reinigung notwendig macht. Auf den „Aborten“ und den gemeinschaftlichen Waschplätzen herrschen am Morgen chaotische Zustände, weil zu dieser Zeit alle Kranken aus diversen Schlafsälen aufeinander treffen. Bei zu wenig Aufsicht kann es zwischen den Patienten manchmal zu Streitereien kommen. Zur Vermeidung solcher

Kontroversen müssen die Wärter daher laut Hausordnung sehr früh aufstehen, damit sie rechtzeitig an ihrem Dienstort sind. Nach einem „freundlichen Morgengruß“ der Wärter haben die Kranken aufzustehen. Die Schwachen, Gebrechlichen sowie „Zerstreuten“ sollen in einer „behutsamen und verständnisvollen Art“ beim Anziehen unterstützt werden. Eigentlich soll jeder Kranke sein Bett machen und sein Nachtgeschirr selbst wegbringen, ausleeren sowie säubern. Bei Nichtbewältigung oder Verweigerung übernimmt das Wartpersonal diese Aufgabe. Bei den Kranken ist darauf zu achten, dass sie beim Waschen ihre Hände, ihr Gesicht und ihren Hals mit der Seife sorgfältig säubern und anschließend mit ihren Handtüchern abtrocknen. Das Wartpersonal hat Kranke ebenfalls „behutsam und sanftmütig“ zu waschen, wenn diese aus bestimmten Gründen sich nicht selbst waschen können oder wollen. Beim Frisieren der Kranken ist zu beachten, dass jeder seinen eigenen Kamm verwendet und sauber hält (vgl. Capelle, 1898, S. 207f.).

Bei Nicht – Einhaltung der Hausordnung sollen diese Kranken eine Behandlung mit Geduld und großer Milde ohne Strenge, harter Appelle, Rügen oder Tadel erhalten. Dies erfolgt nach einem altbekannten Sprichwort:

*„Wie man in den Wald hineinruft, so schallt es zurück (Capelle, 1898, S. 208).“*

Damit es weniger Auseinandersetzungen zwischen den Kranken und dem Wartpersonal gibt, sollen sich die Wärter gegenüber schwierigen Patienten besonders höflich und ruhig verhalten (vgl. Capelle, 1898, S. 208).

Nach dem Ankleiden, Waschen und Kämmen nehmen die Kranken ihren zugewiesenen Platz beim Tisch ein.

*„Wie das ganze Anstaltsleben ein Leben in steter Ordnung sein soll, so muß dies ganz besonders bei Tische der Fall sein (Capelle, 1898, S. 208f.).“*

Zur Erleichterung in der Aufsicht haben die Kranken ihre Mahlzeiten und den Kaffee sitzend einzunehmen. So kann garantiert werden, dass alle Kranken ihre Speisen

wirklich verzehren. Es muss aufgepasst werden, dass die Kranken sich nicht gegenseitig die Speisen wegnehmen. Diejenigen, die dazu neigen, sitzen auf separaten Plätzen. Nach dem ersten eingenommenen Frühstück arbeiten die Kranken in den verschiedenen Bereichen, den Werkstätten, Gärten und in der Landwirtschaft. Auch die Hausarbeit wird von ihnen „zwar nicht perfekt, aber dafür sorgfältig“ ausgeführt. Die Betten in den Schlafsälen sind täglich zu reinigen. In den Wohn- und Schlafräumen sind die Fußböden mit einem feuchten Wischtuch aus Wolle oder Leinen und einem möglichst niedrig gehaltenen Wasserverbrauch aufzuwaschen. Jeder Schmutz und der Inhalt der Spucknapfe muss verbrannt werden. Die Kranken sind darauf hinzuweisen, im Zimmer nicht herum zu spucken. Wenn dies doch geschieht, ist der „Auswurf“ sofort mit etwas feuchter Watte oder einem feuchten Wischtuch wegzuputzen und anschließend zu verbrennen. Die Wohnräume sind im Winter rechtzeitig zu heizen (vgl. Capelle, 1898, S. 208f.).

Nach den erledigten Hausarbeiten sollen die nicht beschäftigten Kranken in den Gärten spazieren gehen. Kein Kranker darf ohne Sonderbewilligung und Aufsicht im Haus allein sein. Der Dienst verläuft in allen Abteilungen anders ab. Die „Siechenstationen“ sowie Abteilungen für Unruhige beinhalten schwerere und verantwortungsvollere Arbeiten, weil diese aufgenommenen Kranken intensive Pflege, Schonung sowie ein gewisses Mitgefühl brauchen. Da manche Kranke nicht mehr kontrolliert ausscheiden können, sind diese vom Personal „sauber zu halten“. Trotz fehlender Nachtwachen in diesen Abteilungen wird das Problem mit „Fleiß und Verständnis“ gelöst. Die Kranken werden am Abend kurz vor der Schlafenszeit gebeten, ihre Bedürfnisse zu erledigen. In gewissen Zeitabständen sind die Kranken untermits an die Verrichtung ihrer Bedürfnisse zu erinnern. Neben dem mehrmaligen Wechseln und Auslüften der Kleidung erledigt das Wartpersonal in diesen Abteilungen auch viele andere wichtige Aufgaben. Da manche Kranke nicht mehr selbständig essen können, muss ihnen das Essen eingegeben werden (vgl. Capelle, 1898, S. 209f.).

*„So schwer und verantwortlich der Dienst in diesen Abteilungen auch ist, so verdienstlich ist er auch, namentlich wenn das betreffende Pflegepersonal ihren gewiß schweren Beruf treu und gewissenhaft erfüllt (Capelle, 1898, S. 210).“*

Das Pflegepersonal in den Abteilungen für „Unruhige“ befasst sich mit ähnlichen Aufgaben wie auf den „Siechenstationen“. Am Morgen sollen sich die unruhigen Kranken einzeln vor einem Wärter oder zwei Wärtern waschen (vgl. Capelle, 1898, S. 210).

#### Interpretation zu diesem Text:

Sowohl die Wärter als auch die Kranken haben sich an Hausordnungen in der Anstalt zu halten. Durch diverse Tätigkeiten im Haus oder außerhalb bekommen die Patienten einen Rhythmus und sollen dadurch von ihren psychischen Problemen abgelenkt werden. Diese Tätigkeiten gelten zur damaligen Zeit als Therapien. Das Wartpersonal pflegt die Kranken „nur“ körperlich (an- und ausziehen, beim Waschen helfen, Essen verabreichen, Aufsicht bei den Tätigkeiten, Betten machen usw.), Hilfestellungen im psychischen Bereich werden nicht erwähnt.

## **8.2. Gugging von den 70er Jahren bis zur Schließung 2007**

Die niederösterreichische Landes- „Irrenanstaltsfiliale“ in Kierling – Gugging besteht seit April 1885. Die Stadt Wien lässt sie dem damaligen Zeitgeist der Krankenhausarchitektur entsprechend im Pavillonsystem erbauen. Zwischen den Hügeln des Wienerwaldes in der Katastralgemeinde Gugging entstehen auf dem Areal elf Pavillons sowie eine der Anstalt zugehörige Kirche (vgl. Bittmann, 2008, S. 16ff.) Aufgrund der Zusammenlegung mit dem Donauklinikum Tulln wird Gugging nach 122 Jahren im September 2007 geschlossen. In diesem Areal befindet sich seitdem das „Haus der Künstler“ mit einem angeschlossenen Museum und Ateliers sowie die erste österreichische Eliteuniversität (Institute of Science and Technology Austria, I.S.T. Austria) (vgl. Bittmann, 2008, S. 135ff.)

Die folgenden Erfahrungsberichte stammen von Brigitte Bittmann, die über ihre Erlebnisse ein Buch verfasst hat. Nach einer Friseurlehre beschließt sie 1968 die Krankenpflegeausbildung in Gugging zu machen. Da eine Nachbarin auch dort als Pflegerin arbeitet, hilft sie Frau Bittmann, diese Arbeitsstelle bis zu ihrem erfolgreichen Ausbildungsende 1972 nicht aufzugeben (vgl. Bittmann, 2008, S.

22ff. und S. 69). Nach einer Psychotherapieausbildung von 1989 bis 1997 geht Frau Bittmann im Mai 2008 in Pension (vgl. Bittmann, 2008, S. 126 und S. 137).

Nach dem Einkleiden in der Wäscherei erhält Frau Bittmann am Tag ihres Dienstantritts das wichtigste „Werkzeug“ während ihrer Tätigkeit.

*„Schnell wurde mir dabei auch klar, wozu ich die vielen Schlüssel benötigte: Die Station, aber auch einzelne Zimmer am Stockwerk blieben grundsätzlich verschlossen. Ständig war irgendeine von uns Schwestern am Auf- oder Zusperrren (Bittmann, 2008, S. 28).“*

*„Mit der Einkleidung ging der Vormittag vorüber. Als gelernte Friseurin hatte ich im Geschäft nur einen einfachen Arbeitsmantel aus Nylon über den Alltagskleidern getragen, nun sah ich aus wie eine richtige Krankenschwester. Das hatte was! Ein Gefühl von Stolz und Macht kann in mir auf und der unbändige Wille: Ich werde die Diplomprüfung schaffen (Bittmann, 2008, S. 26)!“*

Vor ihrem Dienstbeginn auf der Abteilung 9 am nächsten Morgen richtet die Stationsschwester folgende Worte an die Neulinge:

*„Eines sag ich euch gleich: ‚Bei mir miasst’s spurn, was anderes braucht euch gar net einfallen‘ (Bittmann, 2008, S. 27)!“*

Nach diesen warnenden Worten und der Dienstplanerklärung hilft sie einer Diplomkrankenschwester, da sie bis zum Ausbildungsbeginn nicht ohne Aufsicht arbeiten darf. Frau Bittmann empfindet diesen Tag sehr aufregend, weil sie bis zu diesem Zeitpunkt noch mit keinem unter psychischen Problemen leidenden Menschen zu tun gehabt hat. Bald darauf bemerkt Frau Bittmann die Belastungen der Arbeit in einer psychiatrischen Einrichtung sowie die total überfüllten Stationen mit ungefähr 80 Betten (ohne einen Platz für Nachtkästchen) in drei Schlafsälen, bestehend aus einer unten sowie oben offenen Toilette mit Schwingtüren:

*„Normalerweise standen die Betten so eng nebeneinander, dass die Krankenschwester bei der abendlichen Medikamentenausgabe von einem Bett ins andere steigen musste (Bittmann, 2008, S. 29).“*

Zu dieser Zeit gibt es auch die „Tischwagerl“ für Frauen, die unter Aufsicht untertags somit völlig passiv sitzen müssen. Diese Wägelchen bestehen aus einer kleinen Tischplatte, die ein Aufstehen verhindert.

*„Den ganzen Tag blieben sie quasi eingesperrt! Wollten sie auf die Toiletten gehen oder aus einem anderen Grund aufstehen, schlugen sie mit allem, was nur irgendwie Lärm verursachte, auf die Tischplatte. Anfangs konnte ich es kaum mit ansehen. Was für eine demütigende Situation für die Frauen! (Bittmann, 2008, S. 29 und 31)“*



Abbildung 9: Patientinnen im Tischwagerl, „In: Bittmann, 2008, S. 30“

Erst anlässlich der bedeutenden Reformen in der Gerontopsychiatrie im Jahr 1979 werden die „Tischwagerl“ durch Rollstühle ersetzt (vgl. Bittmann, 2008, S. 93f.).

Frau Bittmann steht zu Beginn in der strengen Krankenhaushierarchie ganz unten, dadurch muss sie sämtliche unangenehmen und schweren Tätigkeiten verrichten.

Außerdem empfindet sie das Verhalten des Pflegepersonals gegenüber den Neuen oft als ungerecht, schikanierend und bössartig (vgl. Bittmann, 2008, S. 31).

*„Ununterbrochen befahlen sie mir irgendwelche Tätigkeiten, die ich noch nicht richtig ausführen konnte. Wie auch, es war ja alles ganz neu für mich! Das begann schon beim Bettenmachen. Von Anfang an half ich jeden Morgen mit, doch hieß es mehrfach, nachdem ich es allein versucht hatte: ‚Das machst du noch einmal!‘ Das ärgerte mich sehr: ‚Jetzt habe ich alle Betten gemacht und hinter mir reißen Sie alles wieder auf. Ich will nicht mehr!‘ (Bittmann, 2008, S. 31f.).“*

Einer der stressigsten Abläufe beginnt am Morgen: Um ca. fünf Uhr in der Früh weckt die diensthabende Schwester die Kranken im Osttrakt auf, um diese zur Toilette zu bringen oder ihnen eine Bettschüssel zu geben. Neben dem möglichst raschen Säubern und gegebenenfalls einem Verbandwechsel, sind die Betten zu machen und bei Notwendigkeit neu zu überziehen.

*„Waschlappen gab es übrigens keine. Wir Schwestern wussten uns aber zu helfen: Was eben gerade zur Hand war – Hemden, Polsterüberzüge oder andere Wäsche, die sich waschen und desinfizieren ließ –, wurde ins Wasser getaucht und zum Reinigen der Patientin verwendet (Bittmann, 2008, S. 34).“*

Der Nachtschwester obliegt auch das Wechseln des Schlafgewandes. Alle Frauen sind mit bis zu den Oberschenkeln reichende Korsetten bekleidet, in denen sie wie in Babyhemdchen hineinschlüpfen. Um den Schwestern das Umziehen zu erleichtern, wird diese Kleidung hinten mit Bändern zusammengehalten. Diese stressige einstündige Morgenprozedur beginnt auch um fünf Uhr in der Früh im Westtrakt. Nachdem ein Bett nach dem anderen auseinander geschoben ist, unterstützt ebenfalls die Nachtdienstschwester die Kranken beim Säubern und Ankleiden. Um die Pflege bei verwirrten Personen beim Morgendienst leichter zu schaffen, helfen die „besseren“ Langzeitpatienten beim Bettenmachen oder Schmutzwäschezusammenlegen mit. Die bereits erwähnten Patienten kommen nach der „Morgenprozedur“ in die „Tischwagerl“. Nachdem die anderen am langen Gangtisch ihren Platz eingenommen haben, wird das

Frühstück verteilt oder das Essen verabreicht. Wenn ein Patient nicht mehr rechtzeitig das WC erreicht oder aus dem „Tischwagerl“ kommt, muss dieser möglichst schnell ausgezogen, gereinigt und frisch angekleidet werden. Da auch das Bettenmachen in den Schlafsälen zu erledigen ist, müssen alle Tätigkeiten schnell ablaufen (vgl. Bittmann, 2008, S. 34-37).

Später arbeitet Frau Bittmann auch als „Laufschwester“, die alle Hol- und Bringdienste (Begleitung der Patienten zu Untersuchungen, Übermittlung der Harn- und Blutproben ins Labor, Rücknahme der Befunde, Abgabe bzw. Abholung von Unterlagen in der Verwaltung) außerhalb des Sperrbereiches erledigen muss und für die Beschaffung der drei täglichen Mahlzeiten zu sorgen hat. Nach dem Abholen aus der Hauptküche wird in der kleinen Stationsküche das Essen auf den Plastik- oder Blechtellern und -schüsseln verteilt. Als Vorsichtsmaßnahme gibt es nur Löffel, wodurch alle Speisen zerkleinert werden müssen (vgl. Bittmann, 2008, S. 37-40).

Vom Ausbildungsbeginn bis ins zweite Ausbildungsjahr sind die Hauptaufgaben der Lernschwestern nicht qualifizierte und niedere Tätigkeiten wie z.B. tägliches Putzen, da es zu dieser Zeit noch kein externes Reinigungspersonal gibt.

*„Wenn es hieß: ‚Schlafsaal putzen!‘, stöhnten wir. Das bedeutete nämlich einen ganzen Tag Arbeit. Jedes Eisenbett mit seinem schweren Einsatz wurde mit einer Reißbürste geschrubbt, jede Matratze geklopft. Bett für Bett arbeiteten wir uns durch den großen Schlafsaal. War das geschehen, mussten wir den bis zu einen Meter hohen Ölanstrich der Wände abwaschen. Wir standen unter gewaltigem Zeitdruck, denn es wartete noch die große Herausforderung auf uns – die Fenster: uralte Butzenfenster, die nicht als Ganzes geöffnet werden konnten, sondern jeweils nur eine Butze links und rechts in der untersten Reihe und eine links und rechts ganz oben. (Frischlufte bekamen unsere Patienten über die für sie unerreichbare Oberlichte.) Nur mit Verrenkungen gelang es uns, die Butzenfenster von außen zu reinigen. Dabei rann uns das schmutzige Wasser beim Ärmel hinein und unter dem Rock wieder heraus (Bittmann, 2008, S. 41 und 43).“*

Nach dieser Arbeit füllen die jungen Lernschwestern die Nachtdienstlichter mit Petroleum, damit die Nachtschwester im Falle eines Stromausfalles (in den sechziger Jahren ist das Notstromaggregat im Krankenhaus noch nicht vorhanden) die Petroleumleuchten mit dem Fensterschlüssel herunterkurbeln kann und so die Schafsäle nicht dunkel bleiben. Dann erfolgen das Scheuern der Holzböden mit Schmierseife sowie das Wachsen und Hochglanzpolieren.

*„Hatten wir das alles geschafft, stellten wir die Betten wieder in Reih und Glied auf und bezogen sie neu. Jetzt sah alles picobello aus. Bis auf uns junge Schwestern: Hundemüde und von Kopf bis Fuß schmutzig, fragte sich wohl jede insgeheim: Ist es das, was ich wirklich wollte? (Bittmann, 2008, S. 43)“*

Eine sehr anstrengende Pflegehandlung ist der Badetag. Diese Tätigkeit verläuft wie in einem Uhrwerk, in welchem jede ihren Teil gründlich zu machen hat. Nachdem entsprechend der Badeliste die Stationspatientinnen gewaschen und abgetrocknet werden, erfolgt das Schneiden der Nägel als eine der unangenehmsten und schwersten Aufgaben. Während eine Schwester die Patientin wieder anzieht, reinigt und füllt die andere die Badewanne gleich wieder mit heißem Wasser für die nächste. Die im Bett liegenden Patientinnen aus den Krankenzimmern müssen gehoben, getragen und nach dem Baden bei Bedarf Wunden wieder neu verbunden werden. 80 Patientinnen sind bis zum späten Nachmittag gebadet und mit frischer Kleidung versehen worden. Da Frau Bittmann gelernte Friseurin ist, fallen ihr die struppigen Köpfe nach der Haarwäsche auf.

*„Gleich am nächsten Tag drehte ich, zur großen Freude der Patientinnen, einigen die Haare ein. Ein Schnitt dort und da, bald mehrte sich die Zahl meiner ‚Kundinnen‘. ‚Wann komme ich dran?‘ ‚Ach, wenn Sie mir die Haare kürzen könnten!‘ (Bittmann, 2008, S. 45).“*

Beim ersten Nachtdienst entdeckt Frau Bittmann beim Kontrollgang eine verstorbene Patientin. Nach diesem Erlebnis (Überwindung leblose Körper anzufassen sowie die Waschung der Toten) zweifelt sie erneut am Pflegeberuf. In diesen Diensten erfährt sie die nächtlichen Routinearbeiten wie z.B. die Reinigung, die Desinfektion und das

Sterilisieren von Geräten, Verbandsmaterial, Infusionsglasflaschen u.a. (Einmalartikel sind noch nicht in Verwendung) (vgl. Bittmann, 2008, S. 46ff.). Frau Bittmann versucht neben der Grund- und Therapiepflege sowie den hauswirtschaftlichen Tätigkeiten mit den Patientinnen zu plaudern oder Probleme zu besprechen. Diese Tätigkeit gilt bei anderen Schwestern oft als Zeitverschwendung.

*„Hier holte ich mir das zurück, was mir die gestrengen Kolleginnen mit ihren Schikanen fast vereitelt hätten: die Freude an diesem Beruf. Und hier konnte ich aktiv zum Wohlbefinden der Patientinnen beitragen (Bittmann, 2008, S. 51).“*

Nach der praktischen Arbeit beginnt im Frühsommer 1969 die eigentliche Krankenschwesterausbildung. Insgesamt 15 Personen, überwiegend junge Frauen, werden in der Anfängerklasse unterrichtet. Jedoch müssen sie in den schulfreien Stunden auf den Stationen mithelfen. Am Ende der zweieinhalbjährigen Ausbildung erhalten mit ihr nur drei Übriggebliebene aus der Klasse im Februar 1972 das Diplomzeugnis (vgl. Bittmann, 2008, S. 56 und 69).

*„Die Fächer umfassten sowohl den Pflege- als auch den medizinischen Bereich, wie allgemeine, interne, chirurgische und psychiatrische Krankenpflege, Anatomie, Pathologie, Kinderheilkunde, Augenheilkunde, Chirurgie, Medikamentenlehre, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Arbeitstherapie, außerdem die Gegenstände, die sich mit Verwaltungsaufgaben und Rechtsfragen beschäftigten. Zu unserem Leidwesen verwendeten die unterrichtenden Ärzte viele lateinische Bezeichnungen, mit denen wir uns anfänglich sehr schwer taten. Ich kam mit allem gut zurecht. Als uns aber der Pathologe, wie vorgeschrieben, zu einer Obduktion beizog, geriet ich an meine Grenzen. War das furchtbar! Und dieser Gestank! ,Da musst du durch! Wenn du die Schule schaffst, werden dich auch diese Furien von Kolleginnen respektieren‘, dachte ich bei mir. ,Das wäre doch gelacht!‘ (Bittmann, 2008, S. 56).“*

*„Im Laufe des zweiten und vermehrt im dritten Lehrjahr durften wir schließlich Medikamente verabreichen. Welch eine Ehre! Als ich zum ersten Mal Patientinnen über ihrer Befindlichkeit befragen und die Antworten im Beobachtungsbogen eintragen durfte, fühlte ich mich ungemein wichtig (Bittmann, 2008, S. 59).“*

Zur Anstalt gehört auch eine bis 1970 von Ordensschwestern geführte Abteilung für geistig behinderte Kinder. Wie in ähnlichen Einrichtungen sind auch hier viele Schwestern durch Dauerdienste überfordert und greifen häufig zu Disziplinar- und Bestrafungsmitteln (Schläge, kaltes Abduschen, Isolierung etc.). Kein besonders guter Ruf wird der Schwesternschaft nachgesagt, weil die geistlichen Pflegerinnen eher schlecht ausgebildet sind und die modernen Behandlungsmethoden sehr verspätet einsetzen. Das dort eingesetzte weltliche Pflegepersonal möchte möglichst bald diese Abteilung wieder verlassen, da die Arbeitsbedingungen und die Behinderungen kaum verkraftbar erscheinen.

*„Die Gesellschaft kümmerte sich nicht um diese armen Wesen, im Gegenteil: Meinem Eindruck nach wurden sie einfach abgeschoben, und zwar ins hinterste Eck. So auch in der Anstalt Gugging, obendrein im wörtlichen Sinne: Man musste weit bis ans Ende des Areals gehen, um auf das Gebäude zu stoßen (Bittmann, 2008, S. 80).“*

Im Vergleich zu heute sind früher viel mehr physikalische Behandlungsmethoden bei psychischen oder geistigen Erkrankungen angewandt worden, z.B. kalte Fuß-, Sitz oder Vollbäder sowie auch oft Teil- und Ganzkörperwickel bei leichter Unruhe. Zwangsmaßnahmen sind das Einsperren der nicht zu beruhigenden Patienten in eine Zelle mit einer zehn Zentimeter dicken gepolsterten Tür sowie das Fixieren am Bett. Die Zwangsjacke wird bei bestehender Gefahr zur Selbstverletzung angelegt.

*„Die Verwahrung im Vollnetzbett diente ebenfalls dazu, randalierende Kranke vor sich selbst zu schützen. Sie ließ ihnen wenigstens eine gewisse Bewegungsfreiheit, die meiner Meinung nach unbedingt notwendig ist, um Aggressionen abzubauen. Heute entspricht diese Methode nicht mehr*

*den EU-Pflegerichtlinien (Bittmann, 2008, S. 60).“*

Die Elektroschock- (gegenwärtig nur mehr in Ausnahmefällen in Verwendung) und die Insulinschocktherapie (viele Todesfälle durch diese bewusste Unterzuckerung) sind zwei weitere Behandlungsmethoden (vgl. Bittmann, 2008, S. 61ff.).

Bei Bedarf wird das Pflegepersonal sogar in der Wäscherei eingesetzt, als willkürlich erlebte Versetzungen auf andere Stationen gehören ebenfalls zum pflegerischen Alltag in Gugging. Die strenge Hierarchie zeigt sich besonders bei den „Chefvisiten“, wo streng nach Stellung jeder daran teilnehmenden Person eine bestimmte Aufgabe obliegt.

*„Ohne Rücksicht auf den einzelnen wurde hier vor den Mitpatienten die ärztliche Schweigepflicht ignoriert. Ich empfand dies immer als große Respektlosigkeit gegenüber den uns anvertrauten Menschen (Bittmann, 2008, S. 68).*

Ab 1972 arbeitet nun Frau Bittmann als Diplomkrankenschwester in der Aufnahmestation und versorgt die neu eingelieferten Patienten (vgl. Bittmann, 2008, S. 69ff.). Da bei der Aufnahme eines Neuankömmlings in Gugging die Privatkleidung, jede Art von Schmuck (selbst der Ehering) bis zur Entlassung oder zum Ableben in einen Safe kommt, tragen alle Kranken die sogenannte Anstaltskleidung aus Baumwolle. Während untertags Frauen rot-braun oder gelb-blau karierte Kleider oder durchgeknöpfte Kleiderschürzen tragen, haben Männer fast immer blau-weiß gestreifte Hosen und Jacken. Es gibt auch dünne Garnstrümpfe, die am Oberschenkel mit einem breiten Einziehgummi festgehalten werden (vgl. Bittmann, 2008, S. 35f.). Bevor ein Neuankömmling diese Anstaltskleidung trägt, muss dieser laut Vorschrift gebadet werden. Je nach Diagnose erfolgt die Zuweisung in den jeweiligen Schlafraum. Diese sind seit den 1970er Jahren nach der Art der Erkrankung belegt. Während in dem einen Schlafraum die Depressiven und „Ruhigen“ liegen, befinden sich die Psychotiker, Erethiker oder Maniker im Akutzimmer (vgl. Bittmann, 2008, S. 72).

In Gugging gibt es eine strenge Geschlechtertrennung der Patienten. Das Näherkommen zum anderen Geschlecht ermöglicht das große Parkareal z.B. in der freien Natur, hinter

einem Stadel, im Stall, am WC, im Häuschen der Beseirpartie oder im Lusthäuschen bei Station 1. Im Vordergrund steht bei manchen nur der Körperkontakt (küssen und streicheln). Zur Libidoabschwächung lassen die Ärzte das „altbewährte“ Medikament Brom an die Patienten verabreichen. Trotz vieler nicht lang anhaltender Verlobungen bleiben einige Pärchen nach dem Krankenhausaufenthalt zusammen (vgl. Bittmann, 2008, S. 74f.).

In einem katastrophal befindlichen Zustand (Überbelag, Personalmangel, bauliche Mängel) übernimmt 1975 Primarius Dr. Alois Marksteiner die Krankenhausleitung. Er verändert in den ersten zehn Jahren die psychiatrische Versorgung grundlegend, z.B. reduziert er die vier Aufnahmestationen auf zwei. Marksteiner hebt die bis jetzt bestehende Geschlechtertrennung bei Patienten und dem Pflegepersonal auf. Nach einigen geänderten sowie gänzlich abgeschafften Hausregeln dürfen die Patienten abends länger aufbleiben und die Anstaltskleidung wird abgeschafft. Sogar Messer und Gabeln dürfen jetzt auf den Stationen verwendet werden. Ein nettes Kaffeehaus entsteht im Festsaal für das Personal und die Patienten (vgl. Bittmann, 2008, S. 87f.).

*„Dann geschah das Unfassbare: Die Türen wurden geöffnet. Der Sperrschlüssel hatte seine Schuldigkeit getan, die Löwen durften die Käfige verlassen. Doch nicht jeder wollte hinaus. Halb in der Tür stehend, warfen manche Langzeitpatienten zuerst nur einen vorsichtigen Blick in den Garten, bevor sie zögernd die ersten Schritte in die Freiheit taten. Diese Augenblicke bleiben mir unvergesslich (Bittmann, 2008, S. 89).“*

Diese neue Anstaltspsychiatrie (entwickelt von Franco Basaglia zur Vermenschlichung der Psychiatrie) ist für das Pflegepersonal sehr ungewohnt, daher empfiehlt Marksteiner Fortbildungsveranstaltungen und Seminare. Das Pflegepersonal soll die neuen Erkenntnisse und Behandlungsmethoden kennenlernen (vgl. Bittmann, 2008, S. 90).

*„Ich gehörte mittlerweile zu den Krankenschwestern, die sämtliche Stationen durchlaufen hatten. Routiniert im Pflegebereich, beschäftigten mich aber wieder die Fragen: Was sind die Ursachen für psychische Störungen? Wie äußern sich geistige Erkrankungen? Welche neuen Behandlungsmethoden gibt es? (Bittmann, 2008, S. 90)“*

Nach einigen Seminarbesuchen ist Frau Bittmann mit den Grundlagen der psychiatrischen Reformbestrebungen vertraut.

*„Die Verweildauer in der Anstalt sollte so kurz wie möglich gehalten werden. Das familiäre Verhältnis auf den Stationen, das ich bisher immer als sehr wichtig empfunden und geschätzt hatte, zeigte sich für den psychiatrischen Patienten kontraproduktiv. Wir nahmen ihm jegliche Verantwortung ab und entfremdeten ihn vom Alltag. Unsere Hauptaufgabe sollte eigentlich darin liegen, ihn für das Leben außerhalb der Anstaltswände zu festigen (Bittmann, 2008, S. 90).“*

Auch die Bettenanzahl in den Schlafsälen wird reduziert, sodass jedem Patienten durch hohe Kästen Rücken an Rücken sowie ein Nachtkästchen eine gewisse Privatsphäre vermittelt werden kann. Die Lebensqualität der Patienten verbessert sich, weil diese Veränderungen von einer gefängnisartigen Verwahranstalt zu einer patientenorientierten Einrichtung führen. Auch Beschäftigungstherapien (Musiktherapie, das Stricken, Töpfe anmalen oder Zeichnen) werden nun angeboten. Ab dem Jahr 1980 findet ein jährlicher Urlaub für Langzeitpatienten mit dem Pflegepersonal in mehreren Gruppen statt. Das Pflegepersonal muss das Essen nicht mehr abholen und vorbereiten, denn die neu errichtete Küche bringt die heißen sowie schon portionierten Mahlzeiten in einem Transportwagen auf die Stationen (vgl. Bittmann, 2008, S. 93-97).

*„In den siebziger Jahren gehörte ich noch zu den jüngeren Krankenschwestern, gesund und voller Tatkraft. Es machte mir nichts aus, hart zu arbeiten. Natürlich war ich nach einem Badetag fix und fertig, der ganze Körper schmerzte. Es ging uns allen so. Kein Gedanke an eventuelle irreversible Spätfolgen. Niemand konnte sich vorstellen, vielleicht mit fünfzig*

*Jahren bereits an ernsthaften, dauernden Rückenproblemen zu leiden. Es kam einzig darauf an, die Badeliste zügig abzuarbeiten – wer dachte da schon an eine Rücken schonende Haltung? Heute werden wir tagtäglich schmerzvoll daran erinnert, dass wir mehr auf uns hätten Acht geben müssen (Bittmann, 2008, S. 81).“*

Ab 1981 unterrichtet Frau Bittmann eine Diplomgruppe, ehe sie wieder in den Pflegebereich zurückgeht. Ab dann übernimmt Frau Bittmann bis zu ihrer Pensionierung viele Funktionen in Gugging: Tagesbetreuerin, Betreuerin einer Wohngemeinschaft und anschließend Leiterin des Kaffeehauses im Festsaal (in diesem Kommunikationscenter führen Langzeitpatienten den Betrieb mit selbstgemachten Mehlspeisen). Nachdem die Schließung des Krankenhauses verkündet wird, geht Frau Bittmann 2008 in ihren wohlverdienten Ruhestand.

*„Was mir aus meinen früheren Gugginger Zeiten auf den Aufnahmestationen bleibt, ist der große Sperrschlüssel als mahnende Erinnerung an eine menschenunwürdige Psychiatrie (Bittmann, 2008, S. 138).“*

#### Interpretation zu diesem Text:

Die Ausbildung in psychiatrischer Pflege beginnt in den 1960er Jahren zuerst mit dem Praxisteil, wo die Neulinge zunächst mit Putzarbeiten schikaniert werden und nicht viel von den pflegerischen Tätigkeiten mitbekommen. Sehr interessant ist auch, wie wichtig am Anfang der Sperrschlüssel ist. Die Patienten dürfen die Stationen nicht verlassen und bleiben sehr lange oder bis zum Lebensende in der Anstalt. Dass das Pflegepersonal den psychisch Kranken bei der Bewältigung von Alltagsaufgaben zur Wiedereingliederung in die Gesellschaft helfen soll, ist erst eine Erkenntnis der späten 1970er Jahre.

### **8.3. Steinhof in den 80er Jahren**

Karl Schwediauer, geboren 1957, studiert nach seiner technischen Ausbildung an der HTL (Zweig Maschinenbau) Soziologie in Wien. Von April 1980 bis Mai 1981 führt er eine Untersuchung in Form einer teilnehmenden Beobachtung bei den psychisch

Kranken im psychiatrischen Krankenhaus der Stadt Wien Baumgartner Höhe, der psychiatrischen Anstalt am Steinhof, durch (vgl. Schwediauer, 1984, S. 9). Schwediauer bewirbt sich im Juni 1980 bei der Gemeinde Wien um eine Stelle als Stationsgehilfe. Da die Anstalt einen großen Mangel an Personal hat, bekommt er nach einem kurzen Aufnahmegespräch mit dem Vorsteher des Pflegepersonals sofort diese Stelle. Schwediauer wird nun zum Pfleger und das Pflegepersonal betrachtet ihn als „einen der ihren“. Der Stationsgehilfe hilft als Hilfskraft dem diplomierten Pflegepersonal bei den Routinetätigkeiten Bettenmachen sowie Essen austeilen. Diese Arbeiten benötigen keine medizinischen oder pflegerischen Vorkenntnisse. Eine entsprechende Kurzausbildung wird jeweils nach Bedarf angeboten („geprüfter Stationsgehilfe“).

*„Durch den drückenden Personalmangel, insbesondere an diplomierten Personal, verrichten jedoch Stationsgehilfen in der Regel die gleiche Arbeit wie Diplompfleger oder –schwestern mit einer mehrjährigen Fachausbildung. So mußte auch ich Medikamente austeilen und allein Nachtdienste versehen, obwohl mir jede fachliche Voraussetzung dazu fehlte (Schwediauer, 1984, S. 11).“*

Im Gegensatz zu freiwillig aufgenommenen Patienten werden nach der Einlieferung allen anderen Neuaufgenommenen die Kleidung sowie persönliche Wertsachen (= Uhr, Ringe, Taschengeld) abgenommen.

*„Er verliert alles, was zum individuellen Wert eines Menschen gehört. Der Geisteskranke wird zu einer Person ohne jede Privatsphäre (Schwediauer, 1984, S. 63).“*

Nach Schwediauer betrachtet die Station den Patienten nur als Krankenobjekt und gibt ihm daher keine besondere Zuwendung. Der Patient bleibt ohne Routinebehandlungen sich selbst überlassen. Da dieser von nun an als Geisteskranker bezeichnet wird, entzieht die Station ihm sein Recht auf Selbstbestimmung (vgl. Schwediauer, 1984, S. 63f.).

Für die Patientenwelt ist die Station der Ort, an dem am stärksten und ständig überwacht wird. Ein entscheidender Schritt in der Rehabilitation des Patienten zur möglichen Entlassung entsteht durch das zeitweilige Verlassen der Station („freie Sperre“) in Form der Arbeitstherapie oder beim Aufsuchen der Ämter. Am Steinhof existieren geschlossene und offene Abteilungen (vgl. Schwediauer, 1984, S. 48).

*„So steht der Patient, der die Arbeitstherapie besucht, zwar unter Aufsicht von Arbeitspflegern und Therapeuten, hat aber eben dadurch die Möglichkeit, sich auf dem Anstaltsgelände frei zu bewegen.*

*Patienten mit ‚freier Sperre‘ können am Nachmittag das Kommunikationszentrum aufsuchen und dort einen Kaffee trinken. Es stellt einen relativ großen Freiraum für den Patienten dar, er kann dort Musik hören oder sich ungezwungen mit anderen Patienten unterhalten, ohne unter der Aufsicht von Pflegern oder Ärzten zu stehen.*

*Auch das Anstaltsgelände bietet durch seine Größe die Möglichkeit, sich der direkten Aufsicht des Personals zu entziehen. So wurde mir von einigen Patienten berichtet, daß hinter der Kirche der ideale Ort für den Schwarzhandel sei (vgl. Kap. 3.5.2. [Patientenstrategien zur Medikamentenbeschaffung und Einnahmeverweigerung, A.d.V.]) und es dort regelmäßig zu sexuellen Kontakten zwischen den Patienten komme, die ihnen durch die Geschlechtertrennung auf den Stationen verwehrt ist (Schwediauer, 1984, S. 48f.).“*

Der Stationsalltag in der psychiatrischen Anstalt prägt je nach Verweildauer das Leben des Patienten. Die „freie Sperre“ ermöglicht manchen mit einem speziellen Ausweis, sich für eine gewisse Zeit oder ein Wochenende außerhalb der Anstalt aufzuhalten. Diesen Ausgang erhalten nur Patienten oder freiwillig Aufgenommene, wenn sie bald entlassen werden. Ein unabwendbares Schicksal steht den chronischen Langzeitpatienten bevor. Da sich ihr Zustand nicht bessert, erhalten sie keine Therapien mehr. Diese Patienten leben über Jahre in der Anstalt und bleiben viele Monate nur auf der Station (vgl. Schwediauer, 1984, S. 49).

*„Die Station stellt also den primären Lebensbereich für alle Patienten dar, für*

*viele ist sie der einzige Ort ihrer Existenz (Schwediauer, 1984, S. 49).“*

Da der Patient mit allen Mitteln in vorgegebene Strukturen gezwungen wird, muss dieser Strategien zur Erleichterung seines Lebens anwenden. So eine vorgegebene Struktur zeigt sich beim Tagesablauf des Patienten, der sich nach der zeitlichen und inhaltlichen Organisation der pflegerischen Arbeit zu richten hat. Desweiteren unterstützen bestimmte Patienten („Hausarbeiter“) das Pflegepersonal bei eher hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Dafür erhalten sie Vergünstigungen (z.B. zusätzliche Essensportionen). In sogenannten „6er-Radln“ arbeitet das Pflegepersonal:

- Erster Tag ein zwölf Stunden Dienst von 6:30 Uhr bis 18:30 Uhr,
- zweiter Tag frei,
- dritter Tag wieder ein Tagdienst,
- dritter auf den vierten Tag ein Nachtdienst von 18:30 Uhr bis 6:30 Uhr,
- fünfter und sechster Tag frei (vgl. Schwediauer, 1984, S. 49f.).

*„Ein ‚Radl‘ wird von einer relativ gleichbleibenden Gruppe des Pflegepersonals, einer sogenannten ‚Tour‘ durchgeführt, sodaß der Patient jeden zweiten Tag mit einer anderen Gruppe in Kontakt kommt.*

<i>6.30</i>	<i>Beginn des Tagdienstes der ersten ‚Tour‘, Schichtwechsel des Pflegepersonals</i>
<i>7.00</i>	<i>Frühstück</i>
<i>7.30</i>	<i>erste Medikamentenausgabe</i>
<i>8.00–9.00</i>	<i>Körperpflege</i>
<i>9.00</i>	<i>Visite</i>
<i>9.30</i>	<i>Gabelfrühstück</i>
<i>11.30–12.30</i>	<i>Mittagessen</i>
<i>12.30</i>	<i>zweite Medikamentenausgabe</i>
<i>14.30</i>	<i>Jause</i>
<i>16.30</i>	<i>Abendessen</i>
<i>17.00–17.15</i>	<i>Temperatur-, Puls- und Stuhlkontrolle</i>
<i>18.30</i>	<i>Dienstübergabe, Beginn des Nachtdienstes (ein Nachtdienstpfleger)</i>
<i>19.30</i>	<i>dritte Medikamentenausgabe</i>



einige Patienten ihre Notdurft regelmäßig im Bett verrichten, bestraft das Pflegepersonal sie durch ein gewaltsames Wannensitzen mit zu heißem oder kaltem Wasser. Durch diese brutale Methode abgeschreckt, wollen die Patienten ohne Hilfe der Pflegepersonen baden. Eine weitere Machtdemonstration des Pflegepersonals ergibt sich beim Dienstwechsel. Die Aufgabe des dienstübernehmenden Personals ist u.a. die Kontrolle der Patientenzahl. Damit die Fehlenden gleich auffallen, müssen die Patienten z.B. bei der Abendübernahme gehorsam vor ihren Betten antreten. Ein Pfleger kümmert sich um den Nachtdienst, bei dem er zwischen 19 und 20 Uhr die Medikamente verabreicht. In einem der Schlafräume dürfen die Patienten bis ungefähr 22 Uhr Fernsehen oder Karten spielen. Um für den freien Tag fit zu sein, gestattet eine heimlich gehaltene Übereinkunft unter dem Personal, während des Nachtdienstes einige Stunden zu schlafen. Zur Verwirklichung der Schlafenszeit wenden die Pfleger bestimmte Strategien an.

*„Unruhigen Patienten wird gewöhnlich eine starke Dosis von Beruhigungsmitteln verabreicht, um in der Nacht Ruhe vor ihnen zu haben. Die wenigen, die auf diese Medikamente nicht reagieren, werden ins Netzbett gesteckt, wo sie sich selbst überlassen bleiben. (Schwediauer, 1984, S. 54)“*

Wenn Patienten Harn abgeben müssen, nach dem Bettnässen trockenulegen sind sowie bei einigen Fieber und Puls zu messen ist, werden sie schon um 5.30 Uhr geweckt. Alle anderen müssen um sechs Uhr aufstehen (vgl. Schwediauer, 1984, S. 54).

Das Stationsleben besteht aus einer einseitigen Abhängigkeitsbeziehung. In seiner Gesamtheit muss sich der Patient an eine gewisse Struktur einfügen. Die organisatorischen Zwänge werden vom Pflegepersonal ausgeführt, welches mit dem Patienten als einziges in ständigem Direktkontakt ist (vgl. Schwediauer, 1984, S. 84).

*„Da psychische Krankheit in erster Linie als Unangepasstheit an die Stationsnormen definiert wird, ist Anpassung jene zentrale Strategie des Patienten, die Aussicht auf Entlassung verspricht und ihm das Leben in der Anstalt erleichtert (Schwediauer, 1984, S. 85).“*

Der Patient versucht also, sich an diese Normen zu fügen oder spielt diese Fügung vor. Dadurch kann er die Situation leichter zu seinem Vorteil beeinflussen. Ohne direkten Kontrollbereich des Pflegepersonals schafft sich der Patient Freiräume für ein Leben in dieser totalen Institution (vgl. Schwediauer, 1984, S. 85).

Interpretation zu diesem Text:

Ohne eine pflegerische Ausbildung muss der Stationsgehilfe pflegerische Tätigkeiten übernehmen sowie Nachtdienste allein machen. Auch in den 1980er Jahren bleibt der psychisch Kranke sich selbst überlassen. Das Pflegepersonal will möglichst wenig mit den Patienten zu tun haben, obwohl das eigentlich ihr Arbeitsbereich sein sollte! Anstatt diesen Kranken zu helfen, führen sie Strafmaßnahmen durch. Diese schaden dem Kranken, der sich immer mehr zurückzieht. So ergeben sich mehr Langzeitpatienten als Patienten, die wieder in ihr Leben zurückfinden.

### **III. Die Psychiatrische Pflege in der Zeit des Nationalsozialismus**

#### **9. Die ideologischen Hintergründe des Nationalsozialismus, die Einstellung zur psychiatrischen Pflege und der Umgang mit psychisch Kranken**

##### **9.1. Von Charles Darwin bis zum Rassenwahn bzw. der Rassenhygiene**

1859 erscheint „On the origins of species by means of natural selection, or the prevention of favoured races in the struggle for life“ („Die Entstehung der Arten durch natürliche Zuchtwahl oder Die Erhaltung der begünstigten Rassen im Kampfe ums Dasein“) des Naturforschers Charles Darwin, worauf andere Wissenschaftler seine Thesen zur menschlichen Rasse hin interpretieren (Baader, 2007, S. 67f.). Laut Darwin haben Individuen mit vorteilhafter Eigenschaft bessere Chancen beim „Existenzkampf“ sowie bei der Fortpflanzung, wodurch diese die „günstige“ Eigenschaft vererben. Die minder geeigneten Lebensformen verschwinden aufgrund der gesetzmäßig natürlichen Zuchtwahl, in welcher die kräftigsten und am besten „angepassten“ Individuen im „Existenzkampf“ gewinnen. Im Gegensatz zur „natürlichen Zuchtwahl“ sterben die „Schwächeren“ bei der geschlechtlichen Zuchtwahl nicht, sondern bringen weniger oder gar keine Nachkommen hervor (vgl. Rainer, 1995, S. 108f.). Diese Auffassung erweitert der Naturforscher Francis Galton (Darwins Cousin) um den Begriff Eugenik, was die Lehre von der „guten“ Erbveranlagung bedeutet, die in positive und negative (präventive) Eugenik unterteilt wird. Die positive Eugenik fördert die Fortpflanzung „Erbgesunder“, die negative Eugenik möchte dies bei „Erbkranken“ verhindern (vgl. Brockhaus, 1997, Band 4, S. 193).

Das Ziel der Rassenhygiene ist anfangs, die nicht erwünschten Erbanlagen z.B. durch Geburtenbeschränkungen und Sterilisation nach und nach auszuschalten (vgl. Rainer, 1995, S. 95f.).

*„Die Verbindung zwischen dem rassenhygienischen Programm der ‚Rationalisierung der Fortpflanzung‘ und der Vernichtung von Leben bestand von Anfang an, da es primär um die Verhinderung von gesellschaftlich unangepaßten Menschen ging. Die rassenhygienische Utopie einer Gemeinschaft nur noch gesunder, schöner und ‚normaler‘ Menschen war nur durch die systematische Beseitigung all jener, die dem Ideal widersprachen, zu realisieren (Rainer, 1995, S. 96).“*

Die Rassenhygieniker und Eugeniker formulieren eine neue Ethik, welche zum Wohl für die nächste Generation beitragen soll. Diese könne in einer Welt ohne Behinderung, Krankheit u.a. leben, wenn die schlechten Erbträger nicht mehr existieren (vgl. Rainer, 1995, S. 96f.). Der zentrale Gedanke des Sozialdarwinismus lautet (vgl. Weingart, 1992, S. 117):

*„In der biologischen Evolution ist alle Entwicklung auf das Überleben und die Durchsetzung des »fittest« zurückzuführen; und umgekehrt: wer überlebt, hat damit – zumindest im statistischen Durchschnitt – zugleich auch seine »fitness« unter Beweis gestellt. Da auch in der Gesellschaft das Grundgesetz der Selektion gilt, muß auch hier davon ausgegangen werden, daß die Sieger im sozialen Daseinskampf, also diejenigen, die die oberen Ränge der gesellschaftlichen Hierarchie einnehmen, eo ipso die »Tüchtigsten« und »Tauglichsten« sein müssen. Dasselbe gilt für die Unterlegenen im Daseinskampf: Die Tatsache ihres Unterliegens ist bereits der Beweis dafür, daß sie weniger »tüchtig«, weniger »tauglich« sind. Wie anders wäre ihr sozialer Abstieg zu erklären? (Weingart, 1992, S. 117)“*

Ab der Wende zum 20. Jahrhundert diskutieren bereits viele Psychiater über eine Sterilisierung bei bestimmten Personenkreisen. Die zentralen Kategorien für „Minderwertigkeit“ sind laut den Rassenhygienikern neben sozialer Abweichung („Arbeitsscheue“, Bettelerei, Kindsmord, Straffälligkeit, Trunksucht), auch psychische Erkrankungen (Imbezillität, manische Depression, Schizophrenie, Suizidneigung), sexuelle Andersartigkeit (ehelose Mutterschaft, Onanie, Prostitution, Sittlichkeitsverbrechen, „moralischer“ Schwachsinn, männliche Homosexualität,

Transvestiten) und unheilbare Krankheiten (Blindheit, Epilepsie, Gehörlosigkeit, Syphilis, Tuberkulose usw.). Die neu entwickelten Operationstechniken etwa ab 1910 erleichtern eine Sterilisation aus eugenischen Gründen. Obwohl die Ehe- und Geburtenbeschränkungen sowie die Sterilisation als „sinnvollere Methoden“ bewertet werden, wird auch über eine Zwangsasylie nachgedacht (vgl. Rainer, 1995, S. 105).

Selbst linke Politiker propagieren inhumane sozialdarwinistische Forderungen. In Österreich begrüßt z.B. der Sozialdemokrat Julius Tandler die „Eugenik“. Er teilt in „lebenswert“ und „lebensunwert“ ein, wobei das „wertvolle“ unterstützt werden soll. Tandlers gesundheitserhaltendes Ziel stellt sich als generative Ethik dar, die in Eheberatungsstellen umgesetzt wird: Bei der Beratung ist den Ehemännern bewusst zu machen, dass ihr geistiger sowie körperlicher Zustand im Zusammenhang mit geistig und körperlich gesunden Nachkommen stehe (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 133f.).

## **9.2. Binding/Hoche**

Zu den radikalen Verbreitern des Sozialdarwinismus gehören Binding/Hoche, da diese mit ihrer Publikation „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form“ die schwer Geisteskranken „streng justizförmig“ und organisiert ermorden wollen. Moralische und rechtliche Bedenken lassen Binding/Hoche bei der Einschränkung des Tötungsverbotes sowie bei den Verfahrensvorschlägen außer Acht, nur der Staat wäre die oberste Instanz. Der Betroffene verliert somit jegliche rechtliche Sicherung. Die Publikation von Binding/Hoche entspricht nicht einem wissenschaftlich seriösen Sozialdarwinismus (vgl. Naucke, 2006, S. XXXII). Es gibt zwei Gruppen, bei denen die „Vernichtung“ aufgrund ihres unerträglichen Leidens gerechtfertigt sein soll (vgl. Binding/Hoche, 1920, S. 24):

1. Jene Kranken, die wegen Krankheit oder Verwundung nicht mehr heilbar sind und sich ihrer hoffnungslosen Lage bewusst sind (vgl. Binding/Hoche, 1920, S. 28).

2. Die „unheilbar Blödsinnigen“, die entweder so zur Welt gekommen sind oder sich im Stadium ihres Leidens in diese Richtung entwickelt haben. Da diese keinen Willen zum Leben oder Sterben haben, müsse für ihre Vernichtung aufgrund ihres nicht

vorhandenen Lebenswillens keine Erlaubnis erbracht werden. Ihr sinnloses Leben sehen sie allerdings nicht als unerträglich, obwohl sie die Angehörigen sowie die Gesellschaft entsetzlich schwer belasten. Wenn sie sterben, würden nur die Mutter oder die Pflegerin sie vermissen. Durch ihren großen Pflegeaufwand entwickelt sich ein Beruf für Menschen, die ihre Zeit für „definitiv lebensunwertes Leben“ über Jahre aufwenden (vgl. Binding/Hoche, 1920, S. 30).

*„Daß darin eine furchtbare Widersinnigkeit, ein Mißbrauch der Lebenskraft zu ihrer unwürdigen Zwecken enthalten ist, läßt sich nicht leugnen  
(Binding/Hoche, 1920, S. 30).“*

Nach Binding/Hoche findet sich kein gesetzmäßiger, sozialer, sittlicher sowie religiöser Standpunkt, der die Ermordung dieser Menschen verbietet. Ihr „schreckliches Gegenbild echter Menschen“ erschüttert viele. Der behinderte Betroffene, der Arzt oder Angehörige können einen Antrag stellen, ein „Ausschuss“ aus zwei Ärzten und einem Juristen genehmigen diesen. Als ärztliche Therapie müsse die Tötung schmerzlos und nur durch Mediziner erfolgen. Falls der Pflegling in eine „Idiotenanstalt“ aufgenommen wird, dann können auch die Vormünder diese Freigabe beantragen. Wenn der unheilbare Blödsinn festgestellt worden ist, wäre dies die optimale Gelegenheit für eine Antragsstellung (vgl. Binding/Hoche, 1920, S. 30f.).

*„In wirtschaftlicher Beziehung würden also diese Vollidioten, ebenso wie sie auch am ehesten alle Voraussetzungen des vollständigen geistigen Todes erfüllen, gleichzeitig diejenigen sein, deren Existenz am schwersten auf der Allgemeinheit lastet (Binding/Hoche, 1920, S. 50).“*

Es geht durch die Betreuung ein ungeheures Kapital des Nationalvermögens in der Form von Nahrungsmitteln, Kleidung und Heizung verloren. Die der „Idiotenpflege“ dienenden Anstalten können nicht für andere Zwecke verwendet werden. Viele Pflegekräfte arbeiten daher für eine gänzlich sinnlose Aufgabe, bei der diese „leeren Menschenhülsen“ mit 70 Jahren und noch mehr dahin altern. (vgl. Binding/Hoche, 1920, S. 50f.).

### 9.3. Die Zeit von 1930 – 1945

Nachdem die Nationalsozialisten am 30.1.1933 die Macht übernehmen, erfolgt ab 14.7. die Einführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (vgl. Gröger/Pfoltz, 1997, S. 102f.). Das NS-Regime betrachtet die geistig und körperlich Behinderten als „minderwertiges und unwertes Leben“, als „Ballastexistenzen“ und „unnütze Esser“. Deswegen werden sie ihrer menschlichen Würde und Lebensberechtigung beraubt und fallen schließlich der „Euthanasie“, einer ersten großen staatlich organisierten Massenmordaktion, zum Opfer. Die NS-Funktionäre planen eine Gesundheits- und Sozialpolitik, die nicht nur Behinderte, „Erb-“ und „Geisteskranke“ betreffen soll. All jene Menschen, die nichts für die „Volksgemeinschaft“ leisten können und daher wirtschaftlich als „unnütze Esser“ zu betrachten sind, wären laut den NS-Normen zu erfassen und nach den Kriterien Aufwand sowie Selbstversorgung zu klassifizieren. Später verwenden die Nationalsozialisten den Begriff „moralischen Schwachsinn“ für alle jene, die als unangepasst oder feindlich gegenüber dem Regime gelten. Die als „asozial“ eingestuften Menschen fallen unter das „Gemeinschaftsfremdengesetz“, welches die Zwangssterilisierung und Schutzhaft beinhaltet (vgl. Neugebauer, 2000, S. 141 und 144f.). Wie bereits erwähnt, führen die Nationalsozialisten kurz nach der Machtergreifung das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (14.7. 1933) ein (vgl. Gröger/Pfoltz, 1997, S. 102f.).

§1 listet auf, wer als „erbkrank“ gegolten hat; Personen mit:

- „angeborenem Schwachsinn,
- Schizophrenie,
- zirkulärem (manisch-depressiven) Irresein,
- erblicher Fallsucht,
- erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
- erbliche Taubheit,
- schwerer erblicher Missbildung“

(vgl. RGBL. 86, S. 529 vom 14. Juli 1933).

Zusätzlich können schwere Alkoholiker sterilisiert werden. Durch dieses Gesetz sollen v.a. „leichte“ Fälle erfasst und an der Fortpflanzung gehindert werden; sie gelten als viel

gefährlicher für die Volksgesundheit als asylierte und in Anstalten untergebrachte schwere Formen (vgl. Gröger/Pfoltz, 1997, S. 103ff.). Da im September 1939 Polen überfallen wird, erweitert sich der nationalsozialistische Handlungsspielraum von der Sterilisierung bis zur „Euthanasie“. Direkt nach Kriegsbeginn beginnt dieser Prozess in Polen, in dem die ersten psychiatrischen Patienten durch Gas ihren Tod finden (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 140).

*„Die Gleichsetzung von Polen und psychisch Kranken als ‚Untermenschen‘ half, eine wesentliche Hemmschwelle zur systematisch-industriellen Tötung von Menschen zu durchbrechen. Auf die Tötung kranker, ‚wertloser‘ Untermenschen folgte die Säuberung des ‚Reiches‘ von unheilbar Kranken und dann (mit zum Teil demselben Personal) die Ermordung all jener, die den ‚rassistischen‘ Anforderungen oder den Phantasmen einer ‚neuen‘, nationalsozialistischen Gesellschaft nicht zu entsprechen vermochten (Fürstler/Malina, 2004, S. 140).“*

Die Durchführung des „Euthanasieprogramms“ ist in den Händen einer Organisationszentrale, die sich in Berlin in der Tiergartenstraße 4 befindet. Da dieser Ort geheim bleiben soll, wird das Geschehen als „T4 Aktion“ getarnt (vgl. Gröger/Pfoltz, 1997, S. 103). Mit der Vorbereitung zur Tötungsaktion befasst sich die „Kanzlei des Führers“. Tarnorganisationen sollen die strenge Geheimhaltung gewährleisten. Das Reichsinnenministerium verpflichtet alle Heil- und Pflegeanstalten, sämtliche Insassen mittels zugesendeter Meldebogen zu erfassen, die an Schizophrenie, Epilepsie, Senilität, „Schwachsinn“, Geschlechtskrankheiten, Gehirnentzündung und Choren leiden. Dies betrifft auch Patienten mit mehr als fünf Jahren Aufenthalt, kriminelle Geisteskranke, Personen ohne deutsche Staatsbürgerschaft und Juden (vgl. Kammer/Bartsch, 1999, S. 76). Aufgrund der Meldebögen entscheiden Gutachter in Berlin über die Tötung der Betroffenen, in einigen Fällen (z.B. mangelhafte Mitarbeit einer Heilanstalt) erscheinen sogenannte „fliegende Kommissionen“. Die selektierten Opfer kommen schließlich in eine der sechs Mordzentren (Grafeneck, Hadamar, Brandenburg, Bernburg, Sonnenstein und Hartheim). Dort werden sie nochmals im Schnellverfahren von einem Arzt begutachtet und dann vergast. Die Vergasung gilt als ärztliche Therapie und soll nur von einem Mediziner durchgeführt werden (vgl.

Friedlander, 1997, S. 152 – 190). Hitler beauftragt in einem von ihm persönlich unterschriebenen Schriftstück von Anfang Oktober 1939, das auf den Kriegsbeginn rückdatiert wird, den Arzt Brandt sowie den Reichsleiter Bouhler den „Gnadentod“ im Rahmen der Mordaktion T4 durchführen zu lassen (Fürstler/Malina, 2004, S. 140f.). Drei getarnte Organisationen vollziehen das „Euthanasieprogramm“. Während die „Reichsarbeitsgemeinschaft Heil- und Pflegeanstalten“ vorrangig den Grad der Erkrankung und die Produktivität durch Versand und Bearbeitung von Fragebögen ermittelt, führt die „Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege“ finanzielle Belange und die Rekrutierung des Personals durch. Die „Gemeinnützige Krankentransportgesellschaft Ges.m.b.H.“ erhält den Auftrag, die Kranken zu verlegen. Die Ärzte bekommen wiederum die Mitteilung, bei diesem Auftrag handle es sich um eine legale Angelegenheit aus kriegswichtigen Gründen. In Wien erfolgt das Ausfüllen von diesen Meldebögen nicht von Anstaltsärzten, sondern von nicht fachpsychiatrisch ausgebildeten Ärzten aus anderen Krankenhäusern. Nach dem Kriterium der Produktivität und nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten wird hier ebenfalls über den Lebenswert des jeweiligen Patienten entschieden (vgl. Gröger/Pfözl, 1997, S. 103-106).

Erst nach dem Ende des Krieges zeigt sich das ganze Ausmaß der Tragödie: Verlegung von erwachsenen Patienten in andere Anstalten zur Durchführung der Tötungen, Tötungsaktionen an geistig behinderten Kindern in der Anstalt selbst und nicht menschenwürdige Behandlung der in der Anstalt verbliebenen Personen. Die Vernichtungsaktionen in allen psychiatrischen Anstalten werden aus ideologisch geprägten und ökonomischen Gesichtspunkten durchgeführt und teilen sich in zwei Bereiche: die gegen Kinder gerichteten Tötungsaktionen und die gegen Erwachsene gerichteten Sterilisierungs- und Euthanasieprogramme. Die Einstellung der „T4 – Aktion“ erfolgt im August 1941. Als Gründe werden Gerüchte, Unruhe in der Bevölkerung, der Widerstand der katholischen Kirche und das Erreichen des Plan – Solls diskutiert (vgl. Gröger/Pfözl, 1997, S. 103-106).

Die „Kindereuthanasie“ findet ihre Fortsetzung bis zum Ende der NS-Herrschaft. Der Personenkreis wird durch die Hinaufsetzung der Altersgrenze auf 17 Jahre sogar beachtlich vergrößert (vgl. Neugebauer, 2000, S. 143). Der „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ in Berlin

sorgt für die Organisation. Die Gesundheitsämter, Ärzte, Kliniken und Hebammen sind verpflichtet, behinderte Kinder zu melden. Da sich die meisten der betroffenen Kinder in familiärer Pflege befinden, werden in vielen Fällen die Eltern überredet, überzeugt oder gezwungen, ihr Kind in eine der über 30 „Kinderfachabteilungen“ abzugeben. Dort sollen neue Therapien und Behandlungsformen ausprobiert werden. Nach einer unterschiedlich langen Beobachtungszeit (im Gegensatz zur „T4-Aktion“, wo Betroffene nach der Einlieferung sofort zu Tode kommen), senden die betreuenden Ärzte einen Meldebogen nach Berlin. Dort entscheiden die Gutachter nach den Kriterien Pflegeaufwand und spätere produktive Leistung über die Tötung („Ermächtigung“). Die tätigen Gutachter und Obergutachter für den Reichsausschuss treffen in den einzelnen Fällen die Entscheidung über die „Euthanasie“ und stellen die Befugnis für die verschiedenen Kinderfachabteilungen des Reichsausschusses aus (vgl. Gröger/Pfözl, 1997, S. 106). Während sich parallel die „Kinder-Euthanasie“ fortsetzt, werden „unangepasste“ oder nicht mehr arbeitsfähige KZ – Häftlinge im Rahmen der „Sonderbehandlung 14f13“ in den bereits existierenden Vernichtungslagern der „Euthanasieanstalten“ umgebracht. Nach dem deutschen Überfall auf Polen 1939 sowie die Sowjetunion 1941 erfolgt auch in den eroberten Gebieten eine totale „Leermordung“ der psychiatrischen Anstalten, Krankenhäuser und Altersheime. Die Opfer werden auch auf die „sozial Minderwertigen“ sowie die Insassen von Altersheimen, Fürsorgeanstalten und Heimen für Sicherheitsverwahrte ausgedehnt (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 140f.).

*„Unter dem Begriff ‚Psychopath‘, der durchaus auch im Sprachgebrauch der praktischen Krankenpflege (im Übrigen bis weit nach 1945 hinaus) zu finden ist, fielen nun auch jene, die als nicht ‚gemeinschaftsfähig‘ oder als zum ‚Parasitismus‘ neigende Volkselemente angeprangert wurden (Fürstler/Malina, 2004, S. 141).“*

Im Rahmen der dezentralen Aktion konnten Ärzte, aber auch Pflegekräfte, Behinderte, psychisch Kranke und Pflegeaufwändige mit Medikamenten oder Nahrungsentzug töten. Auf nähere Einzelheiten dazu wird später eingegangen.

Das neue Konzept der „wilden Euthanasie“ nach 1941 weist energischere Behandlungsformen sowie die Tötung der hoffnungslosen „Fälle“ auf, die nach einem „Ausleseprozess“ direkt in den Heil- und Pflegeanstalten umgebracht werden (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 141f.). Ein geplantes „Euthanasie-Gesetz“, von Ärzten und Eugenikern entworfen, lehnt Hitler ab. Möglicherweise wollte er sich auch die Option offen lassen, auch die sogenannten „Asozialen“ und „Gemeinschaftsfremden“ damit zu erfassen (vgl. Friedlander, 1997, S. 254). Die wilde „Euthanasie“ soll möglichst unauffällig stattfinden. Das übliche Anstaltsgeschehen darf nicht durch die Verordnungen und die Ausführung der „Euthanasie“ beeinflusst werden (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 142).

*„Arbeits scheu‘, ‚Betteln‘, ‚Landstreichern‘, ‚Liederlichkeit‘, ‚Arbeitsbummelei‘, ‚Ausschreitungen in der Trunkenheit‘, aber auch ‚Unverträglichkeit‘ und ‚Streitlust‘ waren Anlass genug, jemanden aus der Gemeinschaft auszuschneiden, das heißt: in geschlossenen Anstalten der Psychiatrie und der Fürsorge zu ‚verwahren‘, polizeilich zu überwachen und/oder in Konzentrationslagern zur ‚Arbeitserziehung‘ einzusperren (Fürstler/Malina, 2004, S. 142).“*

Wenn Gefängnisse sowie psychiatrische Anstalten der Ostmark die verbliebenen unerwünschten Insassen los werden wollen, kommen diese zur „Vernichtung durch Arbeit“ überwiegend ins Konzentrationslager Mauthausen. Nach der unmenschlichen Arbeit im KZ landen die kraftlosen sowie erschöpften Kranken in der psychiatrischen Anstalt Hartheim, wo sie in der Gaskammer umkommen (vgl. Klee, 2009, S. 363).

Wie bereits erwähnt, lässt Hitler u.a. wegen des Widerstandes der katholischen Kirche Ende August 1941 die „Euthanasie“ offiziell beenden, weil auch die im Oktober 1939 gesteckte Richtlinie erreicht worden ist (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 140f.). Auf der Seite der Kirche weist Bischof Clemens August Graf von Galen in einer seiner Predigten darauf hin, dass kein Mensch – ausgenommen im Krieg sowie bei einer gerechten Notwehr – einen unschuldigen Menschen umbringen darf (vgl. Klee, 2009, S. 334).

*„Dann braucht nur irgendein Geheimerlaß anzuordnen, daß das bei Geisteskranken erprobte Verfahren auf andere »Unproduktive« auszudehnen ist, daß es auch bei den unheilbar Lungenkranken, bei den Altersschwachen, bei den Altersinvaliden, bei den schwerkriegsverletzten Soldaten anzuwenden ist. Dann ist keiner von uns seines Lebens mehr sicher. Irgendeine Kommission kann ihn auf die Liste der »Unproduktiven« setzen, die nach ihrem Urteil »lebensunwert« geworden sind. Und keine Polizei wird ihn schützen und kein Gericht seine Ermordung ahnden und den Mörder der verdienten Strafe übergeben (Galen zit. in: Klee, 2007, S. 197).“*

Mehrere Bischöfe trauen sich nach Galens Predigt die „Euthanasie“ zu kritisieren (vgl. Klee, 2009, S. 337). Nach der Veröffentlichung des Predigttextes im In- und Ausland ist Galen für die Nazis ihr Feindbild (vgl. Klee, 2007, S. 193). Um ein flexibleres Programm für die Weiterführung der Tötungsaktionen entwickeln zu können, erfolgt statt der Abschaffung der Zentrale T4 nur eine Organisationsveränderung (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 140f.).

## **10. Die Pflege und das Psychiatriepflegepersonal in der Zeit von 1933 – 1945**

Nach einer jahrzehntelangen Abwertung und Missachtung des Krankenpflegeberufs bessert sich die Gesamtsituation der Pflege scheinbar zwischen 1933 und 1945. Als plötzlich angesehener Beruf für Frauen ist die deutsche Schwester neben der deutschen Mutter im Dienst am Volk gleichgestellt. Dieses Berufsansetzen entsteht durch die Politisierung der Krankenpflege, wodurch jede einzelne Krankenschwester zum wichtigen Glied eines politischen Systems gemacht wird (vgl. Steppe, 2001, S. 83).

*„Die Vereinheitlichung und organisatorische Straffung ermöglichte sowohl Transparenz als auch Kontrolle und erfüllte für Viele [sic!] lang gehegte Wünsche nach berufspolitischer und einheitlicher Stärke. (Steppe, 2001, S. 83)“*

Zusätzlich wird dieser Beruf aufgewertet, indem weibliches Pflegepersonal bestimmte Führungspositionen im Schwesternwesen erhält. Jedoch soll bei diesen organisatorischen Veränderungen nicht die Meinung entstehen, dass die Pflege ein eigenständiger Beruf geworden ist. Die untergeordnete Pflege hilft in der Medizin bei allen fachlichen Belangen, welche die Ärzte in der Gesundheitspolitik vorgeben. Die Pflege stellt ein der Medizin total untergeordnetes Instrumentarium dar. Allein Ärzte entscheiden, geben Anordnungen, kontrollieren die Ergebnisse, dominieren die Ausbildung und können disziplinieren sowie Strafen verhängen (vgl. Steppe, 2001, S. 83f.).

Durch die ständige Konfrontation mit der nationalsozialistischen Ideologie, Schulung und Propaganda übernehmen viele Pflegekräfte eugenische, sozialdarwinistische und inhumane Thesen. Dieser Missbrauch erfolgt auch beim psychiatrischen Pflegepersonal, das u.a. auch in den psychiatrischen Mordanstalten eingesetzt wird. Die Auswahl des Pflegepersonals für diese Mordanstalten erfolgt durch:

- Die Ärzte, die für die zentrale Berliner „Stiftung“ das Personal für die Beschäftigung in Vergasungsanstalten sowie für den Einsatz in den verschiedenen Anstalten aussuchen. Eine zusammengestellte Gruppe von über 20 Krankenpflegekräften wird in der Berliner Zentrale im Jänner 1940 über ihre zukünftigen Arbeiten informiert. Sie seien zu durchführenden „Euthanasieprogrammen“ einberufen. Da die Pflegepersonen aus den Heil- und Pflegeanstalten viel Berufserfahrung haben, können diese den Krankheitsschweregrad mitteilen und mithelfen, die Schwerkranken von ihrem Dasein zu erlösen. Die Ärzte wissen alle genauen Details, während der Informationsstand über ihre bevorstehenden Tätigkeiten von Gruppe zu Gruppe bei den Pflegekräften immer spärlicher wird.
- Das Pflegepersonal in den Tötungsanstalten wird nach einer hausinternen Auswahl der Berliner Zentrale für die Mordaktionen bereitgestellt. Als die Vergasungsaktionen beginnen, wollen sich einige Pflegekräfte – nach eigenen Angaben – versetzen lassen. Dem Wunsch nach einer Versetzung wird aber selten stattgegeben.
- Viele Anstalten der „wilden Euthanasie“ stellen bestimmte Pflegepersonen für die Tötungsaufgaben zusammen, die bereits dort arbeiten. Nach einer hausinternen Auswahl erfolgen „Einschulungsmaßnahmen“ (vgl. Steppe, 2001, S. 146ff.).

Die involvierten Pflegekräfte kommen meistens aus kleinbürgerlichen Verhältnissen, wo die Frauen vorher in der Hauswirtschaft und die Männer in Handwerksberufen gearbeitet haben. Ihre Ausbildung haben sie meist bereits in der Weimarer Republik abgeschlossen, wodurch sie im Jahre 1940 als mittlerweile 30 oder 40jährige eine langjährige Berufserfahrung vorweisen können. Das von der Zentrale Berlin ausgewählte Pflegepersonal scheint vermehrt Mitglied der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP) gewesen zu sein. Da die psychiatrische Pflegeausbildung nur hausintern geregelt worden ist, finden sich unterschiedliche Qualitäten in der Ausbildung. Die Ausbildungsdauer beträgt ein bis zwei Jahre mit wöchentlichen ein bis zwei Stunden Unterricht durch einen Arzt, wodurch der Gesamtstundenumfang nicht mehr als 200 Stunden ergibt. Da das erste reichseinheitliche Krankenpflegegesetz von 1938 nicht die „Irrenpflege“ mit einbezieht, haben die Krankenpflegepersonen den beruflichen Status von Pflegern (vgl. Steppe, 2001, S. 149f.).

Der Aufgabenbereich des Pflegepersonals verläuft in den zwei verschiedenen Mordphasen unterschiedlich ab. Bei der „T4 – Aktion“ umfassen die Aufgabenbereiche des Pflegepersonals die Mitarbeit an folgenden Phasen (vgl. Steppe, 2001, S. 152):

- „1. Vorbereitung zum Abtransport, Richten und Auflisten der persönlichen Gegenstände, Kennzeichnung der Patienten mittels Pflasterklebestreifen oder direkt auf die Haut, wobei mit Tintenstift zwischen die Schulterblätter Angaben zur Person geschrieben wurden, An- und Auskleiden der Patienten.*
- 2. Begleitung der Transporte zur Zwischen- oder Tötungsanstalt, während der Fahrt wurden unruhige Patienten mit Medikamenten oder Fesseln „beruhigt“.*
- 3. Begleitung der Patienten in die Tötungsanstalten, Hilfe beim Entkleiden und der Vorführung beim Arzt.*
- 4. Begleitung der Patienten bis zur Gaskammer.*
- 5. Entgegennahme der persönlichen beziehungsweise anstaltseigenen Sachen der Patienten nach der Ermordung. (Steppe, 2001, S. 152).“*

Es gibt nicht viel Wissen über die pflegerische „Betreuung“ der Patienten während dieser Zeit, weil der Kontakt des „T4“-Personals mit den einzelnen Patienten im Gegensatz zum Pflegepersonal in den Anstalten der „wilden Euthanasie“ aufgrund der geringfügigen Pflegehandlungen (Unterstützung beim Auskleiden, Begleitung sowie Ruhigstellung) sehr kurz ist. Das Pflegepersonal, welches in den Heimatanstalten der Patienten beschäftigt ist, versucht laut einigen Zeugenaussagen bei der ersten Mordphase ihre jahrelang anvertrauten Patienten durch falsche Angaben zu ihrer Arbeitsfähigkeit oder durch ein Versteck zu retten. Manche benachrichtigen die Angehörigen mit der Information, ihre kranken Familienmitglieder möglichst rasch von der Anstalt abzuholen. Ärzte versuchen ebenfalls durch gefälschte oder nicht ausgefüllte Meldebögen die Kranken zu schützen (vgl. Steppe, 2001, S. 154f.).

In der zweiten Mordphase, auch „wilde Euthanasie“ genannt, wird die Auswahl der zu tötenden Patienten dezentral ausgeführt. Die Oberschwester oder der Oberpfleger notieren die von einem Arzt angegebenen Namen der Patienten, die meist in einem speziell vorgesehenen Zimmer mit Medikamenten getötet werden. Auch durch absichtliche Unternahrung oder völligem Nahrungsentzug sterben während dieser Phase viele Patienten (vgl. Steppe, 2001, S. 155). Das Krankenpflegepersonal versorgt im Auftrag der Ärzte die Patienten mit keiner oder wenig Nahrung, wodurch diese neben ihrer Krankheit auch Hunger erleiden. Da hungernde Menschen schnell eine Tuberkulose bekommen, finden diese bald den Tod. Das Pflegepersonal erlebt in den Anstalten das vorgesehene Hungersterben mit, indem sie den schnellen Gewichtsverlust sowie die Hungerödeme beobachten können (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 26).

In dieser zweiten Mordphase unterscheiden sich die Aufgaben des Pflegepersonals wegen des hohen Maßes an „Selbständigkeit“. Diese können die Auswahl der Patienten bei den Ärzten aufgrund des Pflegeaufwandes oder „unreinen“ Patienten beeinflussen. Nach den ärztlichen Anweisungen bei der Visite verlegen die Pflegekräfte die Patienten in das „Sterbezimmer“ und führen die Tötung selbständig (nach Verabreichung der vorbereiteten Medikamente sehen sie dem Patienten beim Sterben zu) durch. In der Regel transportieren Krankenpfleger die Ermordeten ab (vgl. Steppe, 2001, S. 159f.).

Wenn auch bestimmte Pflegekräfte aktiv bei den „Euthanasierungen“ beteiligt gewesen sind, leisten einige unterschiedliche Formen des Widerstands. Diese Pflegepersonen verdeutlichen z.B. ihrem Vorgesetzten die beabsichtigten Tötungen von Patienten nicht durchführen zu wollen, worauf dies entweder akzeptiert wird oder sie innerhalb der Klinik eine schlechtere Position erhalten (vgl. Steppe, 2001, S. 166). Um diesen schrecklichen Tätigkeiten zu entkommen, flüchtet sich beispielsweise eine Schwester in die Ehe (vgl. Klee, 2009, S. 172).

In den Nachkriegsprozessen berufen sich nahezu alle angeklagten Pflegepersonen auf einen Befehlsnotstand (d.h. sie mussten die Anordnungen ihrer – meist ärztlichen Vorgesetzten – befolgen, da sie sonst mit Konsequenzen zu rechnen hätten). Viele berichten von Drohungen (KZ), Überredungen, Aussicht auf Vergünstigungen (mehr Gehalt, Befreiung vom Kriegseinsatz). Die Pflegepersonen betonen in den Gerichtsverhandlungen ihre untergeordnete Stellung in der Hierarchie und dass ihnen schon während ihrer Ausbildung „eingetrichtert“ wurde, alle Anordnungen von Ärzten, ohne zu hinterfragen, auszuführen (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 149 – 354).

## **11. Exemplarische Orte nationalsozialistischer Pflegeverbrechen in Österreich**

### **11.1. „Am Steinhof“ bzw. „Am Spiegelgrund“**

Als größte Einrichtung Europas mit 2000 Betten ist das am Rande von Wien 1907 entstandene psychiatrische Krankenhaus im Pavillonsystem als Niederösterreichische Landesheil- und Pflegeanstalt „Am Steinhof“ mit allen damaligen Ansprüchen einer Anstalt für Geistes- und Nervenranke ausgestattet. Die Anzahl der Patienten verdoppelt sich jedoch durch den Ersten Weltkrieg. Indem auf die humanitären Aufgaben einer Krankenanstalt hingewiesen wird, ist das Krankenhaus in dieser Zeit als Kriegslazarett umfunktioniert worden. Nach dem Zusammenbruch der Monarchie erfolgt eine Neuaufteilung der Bundesländer mit der Hauptstadt Wien als eigenes Bundesland sowie die Gründung der Republik. Diese Ereignisse bringen organisatorische Veränderungen des Krankenhauses, wodurch Patienten folglich in das

Bundesland Niederösterreich transferiert werden. Die internationale Entwicklung auf therapeutischem und organisatorischem Gebiet in der Zwischenkriegszeit wird im Krankenhaus berücksichtigt. Teilweise erfolgt die Einführung neuer Behandlungsmethoden (z.B. Arbeits- und Beschäftigungstherapie nach Simon). Die Anstalt zeigt sich im Jahre 1937 als geschlossene Anstalt für Männer und Frauen mit einer offenen Abteilung (Trinkerheilstätte). Als Außenfürsorge versteht sich die Beratungsstelle für Nerven- und Gemütskranke beim Städtischen Gesundheitsamt. Seit der Anstaltsgründung besteht ein neuropathologisches Labor (vgl. Gröger/Pfolz, 1997, S. 102).

In der NS-Zeit verwandeln sich die Pavillons in dem idyllischen, parkähnlichen Areal allerdings zu Orten des Schreckens. Patienten der psychiatrischen Anstalten werden im Zuge der „Aktion T4“ umgebracht. Am Steinhof werden 4432 Patienten durch einen Meldebogen vermerkt und mindestens 3200 von ihnen in die Tötungsanstalt Hartheim in Oberösterreich geschickt. Wie viele später der „wilden Euthanasie“ zum Opfer fallen, ist nicht bekannt (vgl. Neugebauer, 2000, S. 141).

Mitte 1940 beginnt „Am Steinhof“ die Arbeit der Berliner Kommission. Innerhalb von vier Tagen wird nur aufgrund der Krankengeschichte selektiert. Im Juli 1940 kommen die ersten „Überführungen“ nach Hartheim über Zwischenstationen (Niedernhardt und Ybbs). Die größte Gruppe umfasst Schizophrenie (2/3) neben „Schwachsinn“ ( $\approx 10\%$ ) (vgl. Mende, 2000, S. 68). Die Zahl der Sterilisierungen ist nicht exakt feststellbar und aufgrund des unvollständigen Materials nicht nachvollziehbar (vgl. Gröger/Pfolz, 1997, S. 105f.).

Die städtische Jugendfürsorgeanstalt „Am Spiegelgrund“ entsteht im Juli 1940 innerhalb des Anstaltsterritoriums, welches im Mai 1941 von „Heil- und Pflegeanstalt der Stadt Wien Am Steinhof“ in „Wagner von Jauregg-Heil- und Pflegeanstalt der Stadt Wien“ umbenannt wird. Die städtische Jugendfürsorgeanstalt am Spiegelgrund verfügt nun über neun freigewordene Pavillons. Während sieben als Erziehungsheim eingerichtet sind, dienen die zwei Pavillons (Nr. 15 und Nr. 17) als „Heilpädagogische Klinik der Stadt Wien am Spiegelgrund“ mit über insgesamt 640 Betten. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr finden in diesen beiden Pavillons ihre

Unterbringung, in welcher die „Kindereuthanasie“ stattfindet. Der Psychiater und Neurologe Ernst Illing führt die Klinik „Am Spiegelgrund“ vom 1.7. 1942 bis zum Zusammenbruch des Dritten Reiches. In dieser Anstalt werden Patienten mit hirnorganischen Erkrankungen oder mit körperlichen Missbildungen behandelt (vgl. Gröger/Pfolz, 1997, S. 106f.). Nach einem unterschiedlich langen Beobachtungszeitraum kommt es zu einer Teambesprechung (Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal aus der Kinder- und Jugendpflege, Sonderpädagogen aus dem Kindergarten). Vor allem die Beobachtungsaufzeichnung der Pflegeperson (besonders den Pflegeaufwand betreffend) dienen neben den Bereichen Bildungsfähigkeit und mögliche spätere Selbsterhaltung als Grundlage für die Meldung nach Berlin zum „Reichsausschuss“. Dort kommt es zur Genehmigung und Ermächtigung einer „Euthanasie“ („Todesbeschleunigung“). Meist erfolgt diese langsam, um eine „natürliche“ Todesursache zu erwirken. Die tödlichen Dosen verabreichen die Pflegekräfte. Insgesamt kommt es in den „Kinderfachabteilungen“ während der NS-Zeit zu 770 Todesfällen, bei ca. einem Drittel geben die an den Morden beteiligten Ärzte eine Mithilfe zu. Die Kinder müssen teilweise schmerzhaft Eingriffe (Punktionen, Impfversuche) über sich ergehen lassen (vgl. Dahl, 2000, S. 80 und 87). Nach der Tötung werden die Hirne entnommen, diese „Sammlung“ verwendet der Tötungsarzt H. Gross noch jahrzehntelang für Forschungszwecke. Die Tat der Angeklagten verstößt sowohl gegen das auch im NS geltende allgemeine Strafgesetz als auch gegen das allgemeine Sittengesetz und die ärztliche Ethik, weil die hier betroffenen Kinder unter dem besonderen Schutz des Gesetzes stehen sollten (vgl. Gröger/Pfolz, 1997, S. 106f.).

Nach 1945 gibt es einen Prozess mit vielen Freisprüchen, nur Ernst Illing wird hingerichtet. Das ehemalige Pflegepersonal der Anstalt arbeitet bald wieder im Pflege- oder Sozialbereich. Anlässlich der 50-Jahr Feier 1988 werden die Vorgänge erneut thematisiert. Seitdem ist auf dem Anstaltsgelände des seit 1968 umbenannten Psychiatrischen Krankenhauses der Stadt Wien – Baumgartner Höhe eine Gedenktafel und eine Dauerausstellung. Gänzlich unbehelligt bleiben die teilweise sadistisch und unmenschlich agierenden Pflegerinnen in der Jugendfürsorgeanstalt „Am Spiegelgrund“, die den Kindern oftmals mit einer „Euthanasie“ drohen (vgl. Gröger/Pfolz, 1997, S. 104).

## 11.2. Schloss Hartheim

Auf der Suche nach Beweisstücken im Juni 1945 für die „Euthanasie“ im Dritten Reich, wird in einem Tresor des Renaissanceschlosses Hartheim (ein kleines oberösterreichisches Dorf bei Linz) ein umfangreiches Schriftstück von der hier tätigen nationalsozialistischen Organisation entdeckt. Die Nationalsozialisten haben auf 39 Seiten dokumentiert, wie viele Menschen pro Monat aufgrund der Vernichtungsaktion „T4“ in den Jahren 1940 und 1941 bei der Vergasung getötet worden sind. Dann findet sich noch eine genaue Statistik über die Einsparungen an Geld, Nahrungsmitteln sowie Personal durch die Ermordungen (vgl. Matzek, 2002, S. 13). Im Schloss Hartheim finden die Vernichtungsaktionen ab Mai 1940 statt, sodass im ersten „Betriebsjahr“ ca. 1000 Menschen pro Monat mit Bussen zum „Mordschloss“ transportiert werden. Darunter sind viele arbeitsunfähige Häftlinge aus dem KZ Mauthausen. Sie glauben geheilt zu werden, jedoch finden sie dort ihren Tod (vgl. Matzek, 2002, S. 21). Von Mai 1940 bis Dezember 1944 werden mindestens 30 000 Menschen mit Kohlenmonoxid vergast und nach ihrer Haar- und Zahngoldverwertung im Krematorium verbrannt (vgl. Matzek, 2002, S. 13f.). Zuvor befindet sich in der Gaskammer ein Holzfußboden mit Holzsitzen, ehe der Fußboden betoniert wird und die Seitenwände verfließt werden. Da auch an den Decken drei Brausen montiert sind, wirkt diese Kammer wie ein Badezimmer (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 242). Diese größte Vergasungsanstalt der nationalsozialistischen Euthanasie-Aktion bleibt von den insgesamt sechs Mordanstalten am längsten in Betrieb (vgl. Matzek, 2002, S. 13f.).

*„Mit der Verwendung des griechischen Wortes »Euthanasie«, das übersetzt »schöner Tod« heißt, wollten die Nationalsozialisten verschleiern, worum es wirklich ging, nämlich um einen geplanten, systematischen und industriellen Massenmord.*

*Die Geschichte der Massenmorde im Namen des Rassenwahns ist voll von Euphemismen. Es hieß »desinfizieren« und »ausmerzen«, wenn töten gemeint war, »Erlösung«, wenn Menschen gewaltsam umgebracht wurden (Matzek, 2002, S. 14f.).“*

Aus folgenden Orten und Gebieten des gesamten Deutschen Reiches und ganz Europas sterben Menschen in Hartheim:

- aus österreichischen, süddeutschen und slowenischen Altersheimen sowie Heilanstalten,
- aus den eroberten sowie besetzten Gebieten am Balkan, aus Polen, Russland und der ehemaligen Tschechoslowakei,
- aus Belgien und Frankreich, die politische Sträflinge und Zwangsarbeiter sind,
- Häftlinge aus Konzentrationslagern wie Dachau sowie Mauthausen,
- Kriegsgefangene aus dem Osten (vgl. Matzek, 2002, S. 15f.).

Die „Erfahrungen“ mit den Vergasungen werden ab 1942 in den Vernichtungslagern weitergeführt und perfektioniert. Ein Teil des Führungspersonals von Hartheim (Franz Stangl und Christian Wirth) machen später Karriere beim Holocaust und der Tötung unerwünschter Volksgruppen (vgl. Friedlander, 1997, S. 327 – 332).

Der Ablauf verläuft in den sechs Mordzentren ähnlich. Nach der Ankunft begleiten sie die Pfleger in den Aufnahmetrakt. Die Betroffenen müssen sich entkleiden, anschließend werden sie gemessen und gewogen. Aufgrund der mitgebrachten Krankenakten erfolgt eine oberflächliche Inspektion durch einen Arzt. Nach einer Markierung bei eventuellen Goldzähnen bekommt jeder Angekommene eine Nummer aufgestempelt oder aufgeklebt, nach einer fotografischen Aufnahme führen die Pflegekräfte die Opfer in die „Duschräume“. Den Gashahn dürfen eigentlich nur Ärzte aufdrehen, in Hartheim führt diese „medizinische Therapie“ teilweise der „Oberbrenner“ durch (vgl. Friedlander, 1997, S. 165 – 170).

Die getöteten Personen kommen in das Krematorium, die Asche füllen Mitarbeiter in eine Urne. Zu den Aufgaben der Mordzentren gehört auch das Verfassen von Trostbriefen an Angehörige samt fiktiven Angaben zum Tod. Insgesamt kommen in Hartheim bis 1941 ca. 18000 Menschen um (vgl. Friedlander, 1997, S. 184).

Nach 1945 kommt es zur Anklage gegen fünf Pflegerinnen und einem Pfleger in Österreich. Alle geben an, notdienstverpflichtet gewesen zu sein und dass sie im Fall einer Verweigerung mit der Einweisung in ein KZ gerechnet hätten. Zu Prozessbeginn

beschränken sie ihre Tätigkeit auf Koch- und Reinigungsarbeiten, geben aber schließlich Mithilfe beim Auskleiden, bei der Verabreichung von Beruhigungsmitteln und bei der Begleitung zu. Alle werden freigesprochen (vgl. Fürstler/Malina, 2004, S. 246 – 255).

Im Gegensatz zu Mauthausen bleiben die Opfer von Hartheim lange Zeit vergessen, nicht nur, weil detaillierte Dokumente fehlen, sondern vor allem weil überwiegend Behinderte betroffen sind, die nach Ansicht vieler ohnehin nichts vom Leben haben.

## Resümee und Ausblick

Die Geschichte der Psychiatrie und der psychiatrischen Pflege zeigt viele Irrwege in der Betreuung psychisch kranker Patienten. Diese werden, vor allem wenn sie unruhig sind, vielfach eingesperrt und mit inhumanen Behandlungen konfrontiert:

- Im Altertum betrachtet die Menschheit bestimmte psychische Krankheiten als nicht fassbare Ereignisse der Götter. Die Geistesstörungen galten als von bösen Geistern oder Dämonen verursacht. Als Behandlung werden Gebete, Austreibungen, Arzneien, bestimmte Ernährungsweisen u. Ä. angewandt.
- Die Neuzeit bringt körperliche Anwendungen wie z.B. Aderlass, Schröpfung, Abführmittel, Brechmittel, Niesmittel u.v.a. hervor. Wenn der Kranke nicht zu heilen ist, wird dieser eingesperrt.
- Während im 18. Jahrhundert auch brutale Behandlungsmethoden wie z.B. Erschrecken durch Kanonenschüsse oder Zwangsmittel Verwendung finden, bessern sich die Behandlungsformen im 19. und 20. Jahrhundert.

Im 19. Jahrhundert kommen Ärzte zur Auffassung, dass eine somatische Ursache (Störungen im Gehirn) ein wesentlicher Entstehungsgrund für psychische Erkrankungen ist. Statt der Isolation des Kranken, entwickeln sich die Wachabteilungen. Dort leben die vom Pflegepersonal überwachten Kranken miteinander, wodurch sie ihre Krankheit in der Umgebung „vergessen“ sollen. Dadurch verlaufen die unheilbaren Krankheiten milder bzw. bestehen größere Chancen auf Besserungen und Heilungen. Es entstehen auch eigene „Irrenanstalten“ mit einem leitenden Arzt. In der Anstalt sollen die psychisch Kranken möglichst nach Art ihrer Erkrankung zusammengelegt werden. Als Anstaltsbauform erweist sich das Pavillon- oder „Villensystem“ günstiger als ein einziges weitläufiges Gebäude, viele größere Institutionen sind peripher angelegt und autark.

Nach den „düsteren Jahren“ des Nationalsozialismus entsteht in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts bei manchen Medizinern die Auffassung, psychisch Kranke möglichst nur in Ausnahmefällen stationär aufzunehmen. Stattdessen werden extramurale Hilfen, neue Wohnmöglichkeiten und humane Behandlungsformen angeboten. Das 20. Jahrhundert bringt u.a. auch eine Weiterentwicklung unter dem Schlagwort Community

Psychiatrie (Gemeindepsychiatrie) hervor. Weltweit wird die moderne Psychopharmakotherapie eingeführt. Die traditionelle Anstaltspsychiatrie verliert stark an Ansehen unter anderem wegen ihrer Eigenschaft als Zwangs- und Entmündigungsinstitution. Neben dieser Erkenntnis entsteht ein psychiatriekritischer Standpunkt mit dem Schlagwort „Antipsychiatrie“, welchem wichtige Psychiater aus den USA sowie aus England, Frankreich, Italien und Deutschland zustimmen. Der Ansatz, dass viele psychisch Kranke fehlplatziert in Anstalten untergebracht sind, gewinnt an Bedeutung. Nur unter bestimmten Voraussetzungen (z. B. Eigen- und Fremdgefährdung) soll der psychisch Kranke in einer psychiatrischen Institution Aufnahme finden. Nach einer Besserung seines Zustandes ist der Betroffene möglichst bald wieder auf die Alltagsaufgaben vorzubereiten, zu entlassen und je nach Bedarf nach zu betreuen.

Das frühere psychiatrische Pflegepersonal übt nur eine Wärterrolle aus, es darf strafen und disziplinieren. Dementsprechend gering ist das Ansehen dieser Beschäftigten. Allerdings nimmt auch die Beschäftigung und Arbeitsleistung der Patienten unter der Aufsicht der Wärter eine bedeutende Rolle ein. Je mehr Arten von Beschäftigungstherapien angeboten werden, umso bessere Heilerfolge konnten erwartet werden.

Das Pflegepersonal soll sich intensiv um die Kranken kümmern, sie beobachten und Veränderungen den Ärzten melden. Erst sehr spät wird erkannt, dass auch für das psychiatrische Personal daher eine fundierte Ausbildung und eine entsprechende Entlohnung notwendig sind. Eine über die früheren Kurzanleitungen hinausgehende psychiatrische Pflegeausbildung erfolgt in Deutschland ab dem 19. Jahrhundert und in Österreich sowie in der Schweiz erst ab dem 20. Jahrhundert, da die psychiatrische Pflege im Gegensatz zur allgemeinen Pflege immer benachteiligt wird und geringes Ansehen genießt.

Die derzeitige Ausbildung für die psychiatrische Pflege erfolgt in Deutschland über die allgemeine Krankenpflegeausbildung, danach erfolgt eine kurze Spezialausbildung für die psychiatrische Pflege. In Österreich gibt es die Möglichkeit einer dreijährigen

Ausbildung, bei einem bereits vorhandenen Diplom dauert sie ein Jahr. Die Ausbildung in der Schweiz ist dazu im Vergleich indifferent.

Trotz des geringen Berufsprestiges der Pflegepersonen – eine Tendenz die bis heute anhält – konnten sich psychiatrische Pflegepersonen gewisse Freiräume und Selbständigkeiten erkämpfen, wobei heute möglicherweise der relativ hohe Anteil an Männern eine Rolle spielt.

Zusammengefasst müsste eine moderne „gehobene“ psychiatrische Pflegeausbildung länger dauern und noch spezifischer gestaltet werden. Da auch extramurale Aufgaben zunehmen, ist auch in diesem Bereich ein gut ausgebildetes Personal für die Betreuung und Pflege notwendig. Im extramuralen Bereich wird daher eine verbesserte und vielfältige professionelle Ausbildung immer notwendiger. Zwischen den einzelnen Ausbildungsbereichen (Diplom-Sozialbetreuungsberufe, Behindertenbetreuer) ist eine intensive Vernetzung notwendig, um den psychisch Kranken und Behinderten die bestmögliche Betreuung zu bieten. Somit besteht die Chance, dass sich auch die psychiatrische Pflege zu einer gesellschaftlich anerkannten Profession entwickelt und sie auch einen höheren Stellenwert in der Pflegewissenschaft einnimmt. Es wäre daher eine wichtige zukünftige Aufgabe der Pflegewissenschaft, nicht nur die Erfassung und Untersuchung pflegerischer und psychosozialer Bedürfnisse, Konsequenzen für die Praxis und eine Abklärung von Unterstützungsangeboten durchzuführen, sondern die Qualität der pflegerischen Versorgung unter Berücksichtigung neuer (interdisziplinärer) Erkenntnisse laufend weiter zu entwickeln....

## Literatur

Ackerknecht, E. H. (1967): Kurze Geschichte der Psychiatrie, 2. verbesserte Auflage, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

Alt, K. (1898): Die Irrenpflege, Monatsblatt zur Hebung, Belehrung und Unterhaltung des Irrenpflegepersonals mit besonderer Berücksichtigung der freien Behandlung, der kolonialen und familiären Krankenpflege. 1. Jahrgang, Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Baader, G. (2007): Eugenik in Österreich. Biopolitische Strukturen von 1900 bis 1945, Czernin Verlags GmbH, Wien

Binding, K. / Hoche, A. (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form, Verlag von Felix Meiner in Leipzig. In: Vormbaum, T. [Hrsg.] (2006): Juristische Zeitgeschichte, Taschenbücher Band 1, Berliner Wissenschafts-Verlag

Bittmann, B. (2008): Sperrschlüssel. Meine Erinnerungen an vierzig Jahre Pflegedienst in Gugging, Edition Nove, Neckenmarkt

Blackshaw, G. / Topp, L. [Hrsg.] (2009): Madness und Modernity. Kunst und Wahn in Wien um 1900, 1. Auflage, Christian Brandstätter Verlag, Wien

Blackshaw, G. / Topp, L. (2009): Erforschungen des Körpers und Utopien des Irrsinns. Geisteskrankheit, Psychiatrie und bildende Kunst in Wien zwischen 1898 und 1914. In: Blackshaw, G. / Topp, L. [Hrsg.] (2009): Madness und Modernity. Kunst und Wahn in Wien um 1900, 1. Auflage, Christian Brandstätter Verlag, Wien

Blasius, D. (1980): Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses, Originalausgabe, Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, Frankfurt am Main

Braunschweig, S. (2004): Die Entwicklung der Krankenpflege und der Psychiatriepflege in der Schweiz. In: Walter, I. (Hrsg.) (2004): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, ÖGV (Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege) Verlag, Wien

Brockhaus (1997): Der Brockhaus in fünfzehn Bänden, ungekürzte Buchgemeinschafts-Lizenzausgabe, Kremayr & Scheriau, Wien

Capelle (1898): Der Morgendienst in der Irrenanstalt. In: Alt, K. (1898): Die Irrenpflege, Monatsblatt zur Hebung, Belehrung und Unterhaltung des Irrenpflegepersonals mit besonderer Berücksichtigung der freien Behandlung, der kolonialen und familiären Krankenpflege. 1. Jahrgang, Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Cohen, D. (1997): Lexikon der Psychologie. Namen, Daten, Begriffe, Seehamer Verlag

Dahl, M. (2000): Die Tötung behinderter Kinder in der Anstalt Am Spiegelgrund 1940 bis 1945. In: Gabriel, E. / Neugebauer, W. (2000): NS – Euthanasie in Wien, Böhlau Verlag Ges. m. b. H. und Co. KG., Wien – Köln - Weimar

Das Neue Testament (1980), Katholische Bibelanstalt Stuttgart und Österreichisches Katholisches Bibelwerk Klosterneuburg

de Roulet, R. (1991): Die Ausbildung in psychiatrischer Krankenpflege. In: Valsangiacomo, E. (Hrsg.) (1991): Zum Wohle der Kranken. Das Schweizerische Rote Kreuz und seine Rolle in der Krankenpflegeausbildung (1882-1976), im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes, Schwabe & CO AG, Verlag Basel

Dorffner, G. (1998): Männer und Frauen in der Krankenpflege. In: Seidl, E. / Walter, I. (1998): Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur historischen Pflegeforschung, Pflegewissenschaft Heute Band 5, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien – München – Bern

Eckart, W. (2000): Geschichte der Medizin, 4. Auflage, Springer-Verlag, Berlin – Heidelberg – New York

Falkenstein, D. (1999): „Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel...“. Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf, Mabuse-Verlag, Wissenschaft 47, Frankfurt am Main

Foucault, M. (1994/1): Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses; aus dem Französischen übersetzt von Walter Seitter, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Foucault, M. (2005): Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft, 16. Auflage, Suhrkamp-Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main

Friedlander, H. (1997): Der Weg zum NS-Genozid. Von der Euthanasie zur Endlösung, Berlin Verlag, Berlin

Fürstler, G. / Malina, P. (2004): „Ich tat nur meinen Dienst“. Zur Geschichte der Krankenpflege in Österreich in der NS – Zeit, Facultas – Universitätsverlag, Wien

Gabriel, E. / Neugebauer, W. (2000): NS – Euthanasie in Wien, Böhlau Verlag Ges. m. b. H. und Co. KG., Wien – Köln - Weimar

Gaßmann, Mirjam et al. [Hrsg.] (2006): Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege — Mental Health Care, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Gröger, H. / Pfolz, H. (1997): Die Wiener Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof in der Zeit des Nationalsozialismus. In: Gröger, H. / Gabriel, E. / Kasper, S. (1997): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien, 1. Auflage, Verlag Christian Brandstätter, Wien – München

Gröger, H. / Gabriel, E. / Kasper, S. (1997): Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien, 1. Auflage, Verlag Christian Brandstätter, Wien – München

- Gross, J. (2000): Spiegelgrund. Leben in NS-Erziehungsanstalten, Ueberreuter, Wien
- Haack, H.P. / Haack, C. (2010): Atlas zur Entwicklung der Psychiatrie. Eine Dokumentation, Verlag und Antiquariat Haack, Leipzig
- Hähner-Rombach, S. (2011): Festsetzungen und Überschreitungen: Ein Blick auf Grenzen in der Geschichte der Pflege. In: Kozon, V. / Seidl, E. / Walter, I. [Hrsg.] (2011): Geschichte der Pflege – Der Blick über die Grenze, ÖGVP Verlag, Wien
- Höll, T. / Schmidt-Michel, P.-O. (1989): Irrenpflege im 19. Jahrhundert. Die Wärterfrage in der Diskussion der deutschen Psychiater, Originalausgabe, Psychiatrie-Verlag, Band 44, Bonn
- Horn, E. (1818): Öffentliche Rechenschaft über meine zwölfjährige Dienstführung als zweiter Arzt des Königlichen Charité-Krankenhauses zu Berlin, nebst Erfahrungen über Krankenhäuser und Irrenanstalten. In der Realbuchhandlung, Berlin
- Imrie, N. / Topp, L. (2009): Psychiatrie und Moderne. Wiens Architektur für Geistes- und Nervenranke. In: Blackshaw, G. / Topp, L. [Hrsg.] (2009): Madness and Modernity. Kunst und Wahn in Wien um 1900, 1. Auflage, Christian Brandstätter Verlag, Wien
- Kammer, H. / Bartsch, E. (1999): Lexikon Nationalsozialismus. Begriffe, Organisationen und Institutionen, Rowohlt – Taschenbuch – Verlag, Reinbek bei Hamburg
- Klee, E. [Hrsg.] (2007): Dokumente zur „Euthanasie“, 6. Auflage, Fischer – Taschenbuch – Verlag, Frankfurt am Main
- Klee, E. (2009): „Euthanasie“ im NS – Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, 12. Auflage, ungekürzte Ausgabe, Fischer – Taschenbuch – Verlag, Frankfurt am Main

Kozon, V. / Seidl, E. / Walter, I. [Hrsg.] (2011): Geschichte der Pflege – Der Blick über die Grenze, ÖGVP Verlag, Wien

Küfferle, B. (2002): Geschichte der Psychiatrie. In: Lenz, G. / Küfferle, B. (2002): Klinische Psychiatrie. Grundlagen, Krankheitslehre und spezifische Therapiestrategien, 2. Auflage, Facultas Verlag, Wien

Landenberger, M. et al. (2005): Ausbildung der Pflegeberufe in Europa. Vergleichende Analyse und Vorbilder für eine Weiterentwicklung in Deutschland, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover

Lenz, G. / Küfferle, B. (2002): Klinische Psychiatrie. Grundlagen, Krankheitslehre und spezifische Therapiestrategien, 2. Auflage, Facultas Verlag, Wien

Marcuse, L. (1956): Sigmund Freud. Sein Bild vom Menschen. Rowohlt's deutsche Enzyklopädie, Rowohlt Taschenbuch Verlag, Hamburg

Matzek, T. (2002): Das Mordschloss, auf den Spuren von NS-Verbrechen in Schloss Hartheim, 1. Auflage, Kremayr & Scheriau, Wien

Mende, S. (2000): Die Wiener Heil- und Pflegeanstalt Am Steinhof in der Zeit des NS-Regimes in Österreich. In: Gabriel, E. / Neugebauer, W. (2000): NS – Euthanasie in Wien, Böhlau Verlag Ges. m. b. H. und Co. KG., Wien – Köln - Weimar

Möller, U. / Hesselbarth, U. (1998): Die geschichtliche Entwicklung der Krankenpflege – Hintergründe, Analysen, Perspektiven, 2. Auflage, Brigitte Kunz Verlag, Hagen

Morgenthaler, W. (1935): Die Pflege der Gemüts- und Geisteskranken, II. Band, Dritte vermehrte und verbesserte Auflage, Medizinischer Verlag Hans Huber, Bern

Müller, Thomas (2006): Zur Geschichte der Psychiatrie und der psychiatrischen Krankenpflege im deutschsprachigen Raum. In: Gaßmann, Mirjam et al. [Hrsg.] (2006): Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege — Mental Health Care, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Naucke, W. (2006): Einführung: Rechtstheorie und Staatsverbrechen, Berliner Wissenschafts-Verlag. In: Vormbaum, T. [Hrsg.] (2006): Juristische Zeitgeschichte, Taschenbücher Band 1. Binding, K. / Hoche, A., Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form (1920), Berliner Wissenschafts-Verlag

Neugebauer, W. (2000): Leben und Sterben am Spiegelgrund. In: Gross, J. (2000): Spiegelgrund. Leben in NS-Erziehungsanstalten, Ueberreuter, Wien

Panke-Kochinke, B. / Schaidhammer – Placke, M. (2002): Frontschwester und Friedensengel. Kriegskrankenpflege im Ersten und Zweiten Weltkrieg, ein Quellen- und Fotoband, Mabuse – Verlag, Frankfurt am Main

Platon (1955): Der Staat, Stuttgart

Rainer, B. (1995): Euthanasie, zu den Folgen eines harmoniesüchtigen Weltbildes, Wiener Frauenverlag, Wien

RGBL. 86, S. 529 vom 14. Juli 1933

Roback, A. A. (1970): Weltgeschichte der Psychologie und Psychiatrie, Walter-Verlag, Olten und Freiburg im Breisgau

Rübenstahl, M. (1994): „Wilde Schwestern“. Krankenpflegereform um 1900, Mabuse – Verlag, Wissenschaft 18, Frankfurt am Main

Schmidt-Degenhard, M. (1983): Melancholie und Depression. Zur Problemgeschichte der depressiven Erkrankungen seit Beginn des 19. Jahrhunderts, Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart

Schwediauer, K. (1984): Alltag in Steinhof. Leben in einer psychiatrischen Großanstalt, (Studien zur qualitativen Sozialforschung; Bd. 2), Hermann Böhlaus Nachf. Gesellschaft m. b. H., Graz Wien

Seidl, E. / Walter, I. (1998): Rückblick für die Zukunft. Beiträge zur historischen Pflegeforschung, Pflegewissenschaft Heute Band 5, Verlag Wilhelm Maudrich, Wien – München – Bern

Snell, O. (1898a): Die Irrenpflege im griechischen Alterthum. In: Alt, K. (1898): Die Irrenpflege, Monatsblatt zur Hebung, Belehrung und Unterhaltung des Irrenpflegepersonals mit besonderer Berücksichtigung der freien Behandlung, der kolonialen und familiären Krankenpflege. 1. Jahrgang, Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Snell, O. (1898b): Die Behandlung der Geisteskranken im Mittelalter. In: Alt, K. (1898): Die Irrenpflege, Monatsblatt zur Hebung, Belehrung und Unterhaltung des Irrenpflegepersonals mit besonderer Berücksichtigung der freien Behandlung, der kolonialen und familiären Krankenpflege. 1. Jahrgang, Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Snell, O. (1898c): Die Behandlung der Geisteskranken in der Neuzeit. In: Alt, K. (1898): Die Irrenpflege, Monatsblatt zur Hebung, Belehrung und Unterhaltung des Irrenpflegepersonals mit besonderer Berücksichtigung der freien Behandlung, der kolonialen und familiären Krankenpflege. 1. Jahrgang, Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Steppe, H. [Hrsg.] (2001): Krankenpflege im Nationalsozialismus, 9. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main

Toellner, R. (2000): Illustrierte Geschichte der Medizin 4, Bechtermünz – Genehmigte Lizenzausgabe für Weltbild Verlag GmbH, Augsburg 2000

Topp, L. (2009): Erwin Pendl. Modell der Niederösterreichischen Landes- Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke »Am Steinhof«, um 1907. In: Blackshaw, G. / Topp, L. [Hrsg.] (2009): Madness und Modernity. Kunst und Wahn in Wien um 1900, 1. Auflage, Christian Brandstätter Verlag, Wien

Tragl, K. H. (2007): Chronik der Wiener Krankenanstalten, Böhlau Verlag, Wien

Valsangiacomo, E. (Hrsg.) (1991): Zum Wohle der Kranken. Das Schweizerische Rote Kreuz und seine Rolle in der Krankenpflegeausbildung (1882-1976), im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes, Schwabe & CO AG, Verlag Basel

Vié, J. / Baruk, H. (2000): Geschichte der Psychiatrie. In: Toellner, R. (2000): Illustrierte Geschichte der Medizin 4, Bechtermünz – Genehmigte Lizenzausgabe für Weltbild Verlag GmbH, Augsburg 2000

Vormbaum, T. [Hrsg.] (2006): Juristische Zeitgeschichte, Taschenbücher Band 1. Binding, K. / Hoche, A., Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form (1920), Berliner Wissenschafts-Verlag

Wahrendorf (1898): Zur familiären Irrenpflege. In: Alt, K. (1898): Die Irrenpflege, Monatsblatt zur Hebung, Belehrung und Unterhaltung des Irrenpflegepersonals mit besonderer Berücksichtigung der freien Behandlung, der kolonialen und familiären Krankenpflege. 1. Jahrgang, Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Walter, I. (Hrsg.) (2004): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, ÖGVP (Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege) Verlag, Wien

Walter, I. (2004): Zur beruflichen Pflege in Österreich 1784 bis 1914. Wärterinnen und Wärter in öffentlichen Krankenhäusern. In: Walter, I. (Hrsg.) (2004): Wider die Geschichtslosigkeit der Pflege, ÖGVP (Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege) Verlag, Wien

Watzka, C. (2007): *Arme, Kranke, Verrückte. Hospitäler und Krankenhäuser in der Steiermark vom 16. bis zum 18. Jahrhundert und ihre Bedeutung für den Umgang mit psychisch Kranken*, Veröffentlichung des steiermärkischen Landesarchivs Band 36, Hofrat Hon.-Prof. Dr. Josef Riegler, MAS (Hrsg.), Graz

Weingart, P. (1992): *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main

Wyklicky, H. (1997): *Zur Geschichte der Psychiatrie in Österreich*. In: Gröger, H. / Gabriel, E. / Kasper, S. [Hrsg.] (1997): *Zur Geschichte der Psychiatrie in Wien*, 1. Auflage, Verlag Christian Brandstätter, Wien – München

## **Onlinequellen:**

Stadt Wien – Wiener Krankenanstaltenverbund: Der Wiener Krankenanstaltenverbund; Internet-Homepage des Wiener Krankenanstaltenverbundes:

[http://www.wienkav.at/kav/texte\\_anzeigen.asp?id=24619](http://www.wienkav.at/kav/texte_anzeigen.asp?id=24619) (Zugriff: 01.10.2012)

Stadt Wien – Wiener Krankenanstaltenverbund: Praktische Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, Internet-Homepage des Wiener Krankenanstaltenverbundes:

[http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte\\_anzeigen.asp?id=454](http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte_anzeigen.asp?id=454)

(Zugriff: 01.10.2012)

Stadt Wien – Wiener Krankenanstaltenverbund: Psychiatrische Gesundheits- und Krankenpflege. Berufsbild, Internet-Homepage des Wiener Krankenanstaltenverbundes:

[http://www.wienkav.at/\\_cache/Doku/Berufsbild%20der%20psychiatrischen%20Gesundheits%20und%20Krankenpflege%202008\\_29347.pdf](http://www.wienkav.at/_cache/Doku/Berufsbild%20der%20psychiatrischen%20Gesundheits%20und%20Krankenpflege%202008_29347.pdf) (Zugriff: 22.06.2012)

Stadt Wien – Wiener Krankenanstaltenverbund: Theoretische Ausbildung in der psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflege, Internet-Homepage des Wiener Krankenanstaltenverbundes:

[http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte\\_anzeigen.asp?id=453](http://www.wienkav.at/kav/ausbildung/texte_anzeigen.asp?id=453)

(Zugriff: 01.10.2012)

Universitätsklinikum Freiburg (Copyright 2006): Pflege in der Psychiatrie, Internet-Homepage des Universitätsklinikum Freiburg: <http://www.uniklinik-freiburg.de/pflegeausbildung/live/forschung/Psychiatrie.html> (Zugriff: 01.10.2012)

## **Anhang**

### **Abstract - Deutsch**

In allen Zeiten und Kulturen reagiert die Gesellschaft verschieden auf psychisch Kranke. Im Altertum werden bestimmte psychische Krankheiten als Bestrafung der Götter oder der Dämonen angesehen. Im Mittelalter stagniert die Medizin trotz der Erkenntnisse aus den vorigen Jahrhunderten, weil der Mensch die Merkmale der Krankheit nicht rational erklären kann. Durch tiefste Unwissenheit über das Wesen der Geisteskrankheit werden psychisch Kranke verwahrt, mit inhumanen Techniken diszipliniert und „behandelt“. Im Gefolge der Aufklärung entstehen im 18. Jahrhundert große Umwälzungen im Bereich der „Irrenpflege“. Die Geisteskranken werden allmählich immer mehr mit den körperlich Kranken gleichgestellt. Im 19. Jahrhundert kommt es zu einer Weiterentwicklung in der Psychiatrie. Die bedeutenden Psychiater Philippe Pinel sowie Sigmund Freud tragen zur Entmystifizierung der Geisteskrankheiten bei. Aufgrund der zunehmenden Industrialisierung sind nach einem großen Anstieg der Krankenzahlen ausreichend Unterkünfte nötig. Ab 1819 entstehen unterschiedliche Ausbildungsarten. Während die allgemeine Krankenpflege zum Frauenberuf zählt, sind bei der psychiatrischen Pflege vermehrt männliche Pflegekräfte zu finden. Nach dem Ersten Weltkrieg ist nach den vielen Anstrengungen die „Irrenpflege“ immer noch als „Stiefkind der Krankenpflege“ zu betrachten. Es kommt im Nationalsozialismus unter der Bezeichnung „Euthanasie“ zum zigtausendfachen Massenmord an den psychisch Kranken. Durch die ständige Beeinflussung mit der nationalsozialistischen Ideologie übernehmen viele Pflegekräfte aus der allgemeinen und psychiatrischen Pflege eugenische und sozialdarwinistische Thesen. In den Nachkriegsprozessen berufen sich nahezu alle angeklagten Pflegepersonen auf einen Befehlsnotstand. Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges sind die Auswirkungen der nationalsozialistischen Psychiatrie im Umgang mit den Kranken lange Zeit merkbar. In Österreich wird in einem Bundesgesetz aus dem Jahr 1961 die psychiatrische Krankenpflegeausbildung geregelt. Infolge neuer Konzepte („Mental Health“ - Bewegung, Gemeindepsychiatrie, Psychopharmakotherapie, „Antipsychiatrie“ usw.) kommt es zu großen Veränderungen in der Psychiatrie und der psychiatrischen Pflegeausbildung seit den 1980er Jahren.

## **Abstract - English**

The society has responded differently to people with psychological disorders in all times and cultures. In antiquity, certain psychological disorders were regarded as punishment from gods or demons. Despite advances gained in earlier centuries, progress in psychology stagnated due to an inability to rationally explain mental illness in the Middle Ages. Due to a lack of knowledge and understanding of psychological disorders, people with mental illness were kept isolated from society (“in a safe place”), were disciplined with inhumane techniques or were otherwise “treated.” The 18<sup>th</sup> century (the “Age of Enlightenment”) brought huge advances in the field of “Care of the insane”. Mental illness was regarded increasingly similar to other bodily illnesses. Further developments in the field of psychiatry occurred in the 19<sup>th</sup> century. The important and famous psychiatrists Philippe Pinel and Sigmund Freud contributed a lot to the further understanding of psychological disorders. The development in industrialization brought with it an increase in the number of cases of patients needing psychological care. More facilities were needed to treat the growing numbers of patients. Since 1819, education in the field has evolved. While nursing was regarded as a job for women, mental healthcare saw an increase in the number of men entering the field. After World War I, mental healthcare was still seen as a “stepchild of nursing.” During the time of National Socialism, thousands of people with mental illness were killed in the name of “euthanasia.” Through the influence of the National Socialist ideology, nursing staff applied practices following the theories of eugenics and Social Darwinism. In the post-war court trials, accused nursing staff claimed “orders during a state of emergency” as a defence in court for their inhuman treatment of mentally ill patients. After the end of World War II the long term effects of National Socialist psychiatry can be seen in relations with the patients. In 1961, Austrian federal law began regulating education for mental healthcare. Since the 1980’s, as a result of new concepts (“Mental Health” movement, community psychiatry, therapy with antipsychotic drugs, “Anti-psychiatry,” etc.), large changes have occurred in psychiatry and the education for mental healthcare.

## Curriculum Vitae

Name: Gudrun Elisabeth Margarete Pasteiner  
Geburtsdatum und -ort: 18. Oktober 1982 in Wien  
Heimatort: Wiener Neustadt  
Email: pasteiner\_gudrun@gmx.at

### Schule, Studium:

seit 2003: Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaft an der  
Universität Wien  
2001 – 2003: Diplomstudium Pharmazie an der Universität Wien  
1993 – 2001: Bundesgymnasium Zehnergasse in Wiener Neustadt  
1989 – 1993: Volksschule Baumkirchnerring in Wiener Neustadt

### Praktika zum Studium Pharmazie und Pflegewissenschaft:

- Mitarbeit im Reinigungsdienst:

Juli 2012: KABEG Landeskrankenhaus Villach in der  
Abteilung Medizinische Geriatrie, Kärnten  
August/September 2010: KABEG Landeskrankenhaus Villach in der  
Abteilung Neurologie und Psychiatrie, Kärnten

- Mitarbeit im hauswirtschaftlichen Bereich:

September 2009: Pflegeheim Lustenauerstraße in Dornbirn,  
Vorarlberg

- Mitarbeit im Pflegedienst:

August/Oktober 2009: SeneCura Sozialzentrum Haus Lauterach,  
Vorarlberg  
Juni und Juli 2008: Krankenhaus Hietzing, Abteilung  
Gastroenterologie, Wien  
Juli und August 2007: Krankenhaus Hietzing Abteilung Onkologie, Wien  
Juli 2006: Altenwohn- und Pflegeheim Trofer, Wiener  
Neustadt  
Juli und August 2005: Stadtheim Wiener Neustadt

- September 2003 und 2004: Heiland Apotheke in Wiener Neustadt