Thomas Müller

Rückführung des Irren in die Gesellschaft?

Außerklinische Versorgungsformen und Behandlungsorte des Wahnsinns (ca. 1850–1914)

Die Psychiatrische Familienpflege ist und war eine außerklinische Alternative zur stationären Behandlung psychisch kranker Menschen.¹ In diesem Beitrag wird das Spektrum an Motiven dargestellt, die in historischer Perspektive zur Etablierung dieser Versorgungsform in Westeuropa geführt haben. Kurz gesagt, werden bei der Psychiatrischen Familienpflege psychisch Kranke in nicht-leibliche Familien aufgenommen und profitieren häufig von diesem Familienanschluss und einem – relativ gesehen – selbstbestimmten Lebensalltag. Die Gastfamilien erhalten ein monatliches Entgelt für ihren Versorgungsaufwand.

Diese Praxis wirkt kurios und ist zunächst überraschend. Aus der Perspektive konservativ-schulmedizinischer Ideologie scheint dieses, nur zum Teil der Welt der Medizin zuzuordnende *setting* antiquiert, unter Umständen sogar therapeutisch unzumutbar, in ethischer Perspektive fragwürdig. Solcherlei Bewertungen liegen, wie Quellen aus dem 19. und 20. Jahrhundert belegen, in substantiellem Maß vor. Als problematisch wurde und wird bis heute empfunden, dass herkömmliche Grenzziehungen zwischen „normal“ und „krank“ beträchtlich modifiziert zu werden scheinen. Aufgrund der (Mit-)Versorgung psychisch Kranker durch medizinische Laien wird der sogenannten Familienpflege von jeher Skepsis, aber auch identifikatorisches Interesse, in jedem Fall jedoch große Aufmerksamkeit auch jenseits der Expertenkreise zuteil: Egon Erwin Kisch, der in der Weimarer Republik als „rasender Reporter“ bekannte Schriftsteller, war der Faszination des zentralen kontinentaleuropäischen Ursprungsortes – dem flämischen Gheel bei Antwerpen – ebenso erlegen wie viele andere schreibende und journalistisch tätige Autorinnen und Autoren mit Renommee. Zudem existieren Reiseberichte einer schier unerschöpflichen Zahl von Ärzten und medizinischen Laien, deren Werke zwar die Akzeptanz der Familienpflege seitens der Experten

¹ Die historische Bezeichnung für diese von einigen Protagonisten auch als Therapie verstandene Versorgungsform ist grammatikalisch nicht eindeutig. In jüngster Zeit wurde sie durch den Terminus „Betreutes Wohnen in Familien“ abgelöst.

nur zum Teil indizieren, das erstaunliche Interesse daran jedoch zweifelsfrei belegen.²

Zuletzt wurde ein venezianischer Schriftsteller und Anwalt anlässlich seines 2012 erschienenen Romans „Tutti i colori del mondo“, dessen historische Handlung geografisch wesentlich in Gheel situiert ist, für den renommierten „Premio Campiello“ nominiert, ebenso für den „Premio Fiesole di Narrativa (Under 40)“. Giovanni Montanaro, Jahrgang 1983, in dessen Roman neben der Thematik der psychischen Erkrankung auch die Malerei van Goghs im Besonderen und die Welt der Farben im Allgemeinen eine zentrale Rolle spielen, ist der jüngste Autor, der diese flämische Versorgungsform psychisch Kranker, die – wir gehen von 800 Jahren aus – so alt ist wie die regionale Pilgergeschichte, auf dezente Weise in die Handlung seines Romans eingeflochten hat. Eine deutsche Übersetzung liegt seit dem Jahr 2013 vor. Im Zentrum der Handlung steht die fiktive Geschichte des zur jungen Frau werdenden Waisenkindes Teresa und ihre Begegnung mit dem jungen Vincent van Gogh in Flandern 1881. Sie begegnen sich in Gheel, der sogenannten Stadt der Verrückten, in der Grenzziehungen zwischen psychisch Kranken und der Gesellschaft so völlig anders vorgenommen zu werden scheinen als in vielen urbanen oder zum Teil auch ländlichen Räumen vor allem Westeuropas.

Diese Versorgungsform für kranke beziehungsweise als solche bezeichnete Menschen, die herkömmliche Grenzziehungen zwischen „normal“ und „krank“ verschiebt, fasziniert. Aus der Nähe betrachtet, auch aus gegenwärtiger therapeutischer Sicht, scheint es sich derart zu verhalten, dass der nüchterne Kontrakt – „Geld gegen Wohnangebot“ – eine offensichtlich befriedigendere Ausgangsbasis für eine kontinuierliche Pflege und einen sachlichen, der psychischen Erkrankung angemessenen Umgang zwischen dem Kranken und der Gastfamilie ist als Altruismus und Nächstenliebe allein. Erstreckt sich die diesem Beitrag zugrunde liegende Studie auch über circa 70 Jahre, und ist zweifelsfrei von sich verändernden Begriffen von „Krankheit“, „Pflege“, auch von „Patient“ oder „Familie“ auszugehen,³ so werden seitens der involvierten Patientinnen und Patienten die die Frage des Versorgungsortes betreffenden Entscheidungen in erstaunlichem Maße gleichförmig zugunsten der Psychiatrischen Familienpflege bilanziert. Bei der Familienpflege als Versorgungsform wird ein Eigeninteresse der die Versorgung Tragenden zumindest teilweise über das Geld und die damit verbundene soziale Anerkennung „abgegolten“.⁴

² Thomas Müller: Reisende Psychiater. Zum Transfer medizinischen Wissens unter europäischen Ärzten im späten 19. Jahrhundert. In: Arnd Bauerkämper/Hans Erich Bödeker/Bernhard Struck (Hg.): Die Welt erfahren. Reisen als kulturelle Begegnung von 1780 bis heute. Frankfurt a. M. 2004, S. 265–294.

³ Für den diesbezüglichen Hinweis danke ich Flurin Condrau.

⁴ Nichtmaterielle Interessen sind in der Zwischenzeit auch Gegenstand einer insgesamt noch jungen systematisch-wissenschaftlichen Versorgungsforschung in diesem Sektor der Medizin. Vgl. dazu: Michael Konrad/Marlies Miller-Clesle/Barbara Roth: Gute Familien – Schlechte Familien. Urteile des Familienpflegeteams und ihre Evidenz für den Verlauf einer Pflege-Episode. In: Michael Konrad/Paul-Otto Schmidt-Michel (Hg.): Die zweite Familie. Psychiatrische Familien-

Interessanterweise wird bei der Umsetzung dieser Versorgungsform *forciert*, was zu anderen Zeiten seitens der Psychiatrie, aber auch der Zivilgesellschaft zu *verhindern* versucht wurde: Eine Vermischung psychisch kranker Menschen mit der sogenannten Normalbevölkerung, im optimalen Falle eine Integration der Kranken in die Bevölkerung, um nicht gar – dem Vokabular aktueller Menschenrechts- und Behindertenkonventionen entliehen – von Inklusion zu sprechen. Berichtet wird im Rahmen dieses Beitrags also von einem Gegenstand in historischer Perspektive, dessen erneute Etablierung in zwölf deutschen Bundesländern, aber auch in einigen europäischen Nachbarstaaten, wie beispielsweise der Schweiz, binnen der letzten beiden Dekaden erfolgreich vonstatten ging. Dies erhöht die Komplexität der Betrachtung unseres Gegenstands.⁵

Zur Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege – Ein kurzer Überblick

Im Wesentlichen geht die Geschichte der westeuropäischen Psychiatrischen Familienpflege auf den Ort Gheel im belgischen Flandern zurück.⁶ Diskutiert und auf unterschiedlichste Weise umgesetzt wurde die Familienpflege seit dem 19. Jahrhundert übrigens nicht allein in fast allen europäischen Ländern, sondern auch in

pflege. Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn 1993, S. 165–180; Christine Schönberger/Peter Stolz: Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch zur Umsetzung. Bonn 2003.

⁵ In verschiedenen Ländern, vorwiegend der westlichen Welt, werden in jüngerer Zeit darüber hinaus Versuche unternommen, diese Versorgungsform nicht allein bei langfristig psychisch Kranken, sondern auch zur Krisenintervention sowie zur Versorgung geistig behinderter, pflegebedürftiger oder alter Menschen einzusetzen. Forschungen zu diesem Versorgungsmodell beziehen sich heute auf verschiedenste Fragestellungen, wie z. B., ob bei der familialen Versorgung schizophren erkrankter Menschen therapeutische Prozesse zu erwarten seien. Vgl. dazu z. B. Michael Konrad: Sind therapeutische Prozesse bei chronisch Schizophrenen in Psychiatrischer Familienpflege denkbar? In: ders./Schmidt-Michel (Hg.): Familie (wie Anm. 4), S. 142–164; vgl. auch die Beiträge in Michael Konrad/Jo Becker/Reinhold Eisenhut (Hg.): Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung. Freiburg i. Br. 2012. In einem übergeordneten Forschungsprojekt vergleiche ich die Anfänge der Psychiatrischen Familienpflege in Frankreich und Deutschland zwischen ca. 1850 und dem Beginn des Ersten Weltkriegs, auch vor dem Hintergrund der transnationalen Einflüsse bzw. des internationalen Wiederhalls dieser Thematik: Thomas Müller: Psychiatrische Familienpflege im Vergleich. Zur Rezeption eines belgischen Therapiesystems in der deutschen und französischen Psychiatrie, ca. 1850–1914 (Habilitationsschrift 2014, Publikation in Vorbereitung). Entsprechend wird in diesem Beitrag von den untersuchten historischen Modellen berichtet. Hingegen kann auf die aktuell klinisch umgesetzten Modelle über die oben gemachten Angaben hinaus nicht näher eingegangen werden.

⁶ Erläuterungen zur Geschichte der schottischen Familienpflege, eines nicht konfessionell gebundenen Typs der Familienpflege, und deren Einfluss, insbesondere auf die französische Debatte, müssen hier ausgespart bleiben. Hinsichtlich seiner Auswirkungen auf dem europäischen Kontinent erscheint der schottische Typ jedoch insgesamt nachgeordnet, wenn auch nicht unbedeutend.

Nord- und Südamerika, in Russland, Japan,⁷ Australien, Südafrika und anderen Teilen der Welt. Die Verbreitung der Familienpflege in adaptierter Form umfasst beispielsweise auch die britischen Kolonien in Indien, wie auch die Inseln Java und Kuba. Von zentraler Bedeutung war jedoch ohne Zweifel die Modellfunktion der flämischen Familienpflege. Die Gründung der Siedlung bei Antwerpen geht wohl auf das 6. Jahrhundert zurück. Als Pilgerort ist Gheel seit dem 12. Jahrhundert bekannt. Seit dem Mittelalter – und dies blieb in gewissem Sinne bis heute so – reisten die Menschen deswegen aus unterschiedlichsten Gründen dorthin: Sie kamen als Kranke, Angehörige oder mit medizinischer Versorgung beruflich Beauftragte. Die unzähligen christlichen Pilger und ihre Begleiter, die sich nach Gheel aufmachten, erhofften sich von der Durchführung eines neuntägigen Rituals in einer örtlichen Kirche insbesondere die Heilung ihrer Leiden, in deren Beschreibung wir heute – bei aller Vorsicht – vor allem zeit- und kontextgebundene psychische Auffälligkeiten erkennen können. Gheel war für diese Menschen ein Pilgerort im herkömmlichen Sinne des Wortes. Dort hofften sie, von ihren Erkrankungen geheilt zu werden, was unterschiedlich gut gelang. Um den Pilgern den Verbleib vor Ort und die Durchführung weiterer Heilungsrituale in den örtlichen Kirchen zu ermöglichen, entstand ein kirchlich organisiertes, aber privat in den einheimischen Familien umgesetztes Übernachtungs- und Unterbringungssystem. Gegen ein Entgelt wohnten die Patientinnen und Patienten bei fremden Familien – und manche dieser Gäste blieben ein Leben lang. Die gesellschaftliche Ausgrenzung von „Kranken“ verlor hier offenbar an Wirkmacht. Die religiöse Praxis verursachte eine Verschiebung von Grenzen, wenn auch nicht deren völlige Auflösung. Zuvor Ausgegrenzte erfuhren partielle Integration in zumeist ländliche gesellschaftliche Zusammenhänge.

Die Französische Revolution und ihre Folgen, die in ganz Europa mit der mehr oder minder starken, wenn zum Teil auch nur vorübergehenden Zurückdrängung religiöser Einrichtungen einherging, führte *mitnichten* zur Schließung dieser belgischen Initiativeeinrichtung, sondern zu ihrer Säkularisierung. Eine durch religiös motivierte Heilsvorstellungen und die Pilgerpraxis initiierte Verschiebung der Grenzen zwischen „gesund“ und „krank“ hatte auch weiterhin Bestand. Der Bürgermeister und ein Gemeindegremium übernahmen die Organisation, die zuvor ein Chorherrenkollegium besorgt hatte, und überwachten die Verteilung der verweilenden Pilger auf die Gastfamilien.

Zunächst übernahmen *ortsansässige* Ärzte die medizinische Versorgung. Erst ab 1850 – der Staat Belgien entstand 1830 – wurde diese von eigens *hierfür bestellten* Ärzten gewährleistet. Im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts besuchten Tausende von Menschen aus dem In- und Ausland – Experten wie Laien – Gheel, unter ihnen auch Familien mit kranken Menschen sowie Familien, die sich dafür interessierten, als Gastfamilie zu fungieren. Beamte der Gesundheitssysteme kamen

⁷ Zu diesem Länderbeispiel liegt eine ausgearbeitete Studie vor: Akira Hashimoto/Thomas Müller: Geel – Crossing the Borders. Transnational Histories of Psychiatric Foster Family Care in Germany and Japan. In: Tijdschrift van de Geschiedenis van de Geneeskunde 14 (2010) 2, S. 81–88.

ebenso nach Gheel wie eine große Zahl im 19. Jahrhundert geborener Psychiater und Nervenärzte internationaler Provenienz. Viele Namen füllen die Liste des Besucherbuchs der Irrenkolonie, darunter sogar die der gesamten Hautevolee der Psychoanalyse der US-amerikanischen Ostküste, die zeitgleich mit dem „rasenden Reporter“ Kisch vor Ort war.

Die Atmosphäre, die die Kranken in den fremden Familien umgab, und die Lebensqualität, die dies mit sich brachte, wurden insgesamt von den Nutzern wie auch von vielen Besuchern als äußerst positiv bewertet. Angesichts dessen ist es kaum überraschend, dass die Familienpflege in Gheel, wie auch an anderen Orten Belgiens, als Versorgungsform bis heute existiert.

Und man darf hier anmerken: Sie besteht entgegen aller anders lautenden Prognosen aus den verschiedensten Richtungen der Medizin und Gesellschaft, die quasi zu jeder Zeit geäußert wurden. Die Familienpflege wurde in jeder Dekade neu generiert, was Fachzeitschriften ebenso wie die Feuilletons belegen. Zwar hat die historische Form mit der heutigen Familienpflege in Belgien, Frankreich oder auch Deutschland nur noch wenige Gemeinsamkeiten, da beispielsweise in die Umsetzung umfassende krankenpflegerische, sozialpädagogische, psychologische, psychiatrische und andere medizinische Erkenntnisse und Entwicklungen auf unterschiedliche Art und Weise integriert wurden. Aus der Psychiatrischen Familienpflege des späten 19. Jahrhunderts ist eine zeitgemäße Versorgungsform der Gegenwart geworden. Gemeinsam ist der traditionellen Familienpflege und ihrer gegenwärtigen modernen Umsetzung jedoch offenbar noch das Folgende: Viele Patientinnen und Patienten fühlen sich in privaten, sogenannten zweiten Familien wohler als in großen, manchmal doch als recht anonym wahrgenommenen Gesundheitseinrichtungen, was sowohl dem historischen Aktenmaterial⁸ als auch den erfassbaren Aussagen der selbst wählenden Patientinnen und Patienten in gegenwärtiger Versorgung zu entnehmen ist. Dies verrät offenbar etwas über die Qualität und den vergleichsweise hohen individuellen Zuschnitt der Versorgung dieser Patienten, erlaubt also Rückschlüsse auf die allgemeine Lebensqualität der Patientinnen und Patienten, die derart versorgt werden. Auch das Einkommen, das der Gastfamilie als Entgelt für den zusätzlichen Kostenaufwand und zum Ausgleich für die alltägliche Versorgung zukommt, erfüllte und erfüllt seinen Zweck – ein zweiter Aspekt von Kontinuität seit den Anfängen der Familienpflege.

In seiner langfristigen Bedeutung nicht zu unterschätzen ist darüber hinaus ein hinsichtlich psychischer Erkrankungen aufklärerischer Aspekt für die Bevölkerung: Die Gastfamilie und die Menschen in ihrer Umgebung lernen quasi im alltäglichen Leben, von negativen Stereotypen und Diffamierungen psychisch Kranker Abstand zu nehmen. Kontinuität hat weiterhin, dass die Versorgung von psychisch Kranken in Gastfamilien im 19. Jahrhundert – auch im internationalen Vergleich – deutlich kostengünstiger war als die Versorgung in den sogenannten

⁸ Siehe demnächst Müller: Psychiatrische Familienpflege (wie Anm. 5).

Anstalten, und zwar unabhängig davon, wer in welchem gesetzlichen Zusammenhang formal die Kostenträgerschaft zu übernehmen hat(te).⁹

Zur Entwicklung eines außerklinischen Versorgungsmodells in Westeuropa – Die Psychiatrische Familienpflege

Die Entwicklung der Familienpflege in Deutschland

Kurz gesagt, kann man in ganz Westeuropa, und damit auch in deutschen Landen spätestens ab den 1850er Jahren von einer psychiatrischen Debatte sprechen, in der es um die Art und Weise der Unterbringung psychisch Kranker ging: Die Frage war damals, wie Patienten auf medizinisch adäquate und moralisch akzeptable Art und Weise zu versorgen seien.¹⁰ Wichtig ist hier, sich in Erinnerung zu rufen, dass die vielen Ziegelstein-Komplexe, die als psychiatrische Anstalten noch heute – wenn auch häufig in anderer Funktion – zum Bild fast jeder größeren deutschen Stadt gehören, um 1860 herum noch nicht existierten. Vielmehr diskutierte man, ob solch kostenintensive Einrichtungen überhaupt benötigt würden. Manche Diskussionsteilnehmer zogen schlichtweg in Zweifel, dass diese Anstalten notwendig seien. Die Gheel'sche Familienpflege wurde in den Publikationen und Vorträgen der federführenden deutschen Psychiater, der Befürworter des Anstaltsbaus, wie Flemming, Roller oder Damerow, jedoch scharf kritisiert. Sie wurde genau wie einige andere Reformvorschläge Wilhelm Griesingers von der Mehrheit der deutschen Psychiater um 1868 zurückgewiesen.¹¹ Dies kam einer Vorentscheidung ge-

⁹ Die geringeren Kosten stellen auch in unseren Tagen einen Vorteil der Familienpflege bzw. des Betreuten Wohnens in Familien dar, vor allem in der in Baden-Württemberg, in Brandenburg, in Teilen Thüringens, Nordrhein-Westfalens, dem Saarland und inzwischen beginnend auch in Bayern umgesetzten Form der entgeltlich geregelten, seitens der Sozialverbände finanzierten heterofamilialen Versorgung. Praktiker der klinischen Versorgung psychisch Kranker bringen auch die Versorgungsform des Betreuten Wohnens in Familien mit anspruchsvollen Konzepten wie dem der „Inklusion“ in Zusammenhang. Vgl. Thomas Müller: Institutionelle oder offene Versorgung. Zur Geschichte des Betreuten Wohnens in Familien („Psychiatrische Familienpflege“) als Gegenstand einer nie enden wollenden Kontroverse der Psychiatrie. In: Konrad/Becker/Eisenhut (Hg.): Inklusion (wie Anm. 5), S. 36–46.

¹⁰ Thomas Mueller: Community Spaces and Psychiatric Family Care in Belgium, France and Germany. A Comparative Study. In: Leslie Topp/James Moran/Jonathan Andrews (Hg.): Madness, Architecture and the Built Environment. Psychiatric Spaces in Historical Context. London 2007, S. 171–189; sowie Thomas Mueller: Re-Opening a Closed File of the History of Psychiatry. Open Care and its Historiography in Belgium, France and Germany, c. 1880–1980. In: Waltraud Ernst/Thomas Mueller (Hg.): Transnational Psychiatries. Social and Cultural Histories of Psychiatry in Comparative Perspective, c. 1800–2000. Newcastle on Tyne 2010, S. 172–199.

¹¹ Zu Griesingers Stadtasyl und zur Familienpflege vgl. Paul-Otto Schmidt: Asylisierung oder familiäre Versorgung. Die Vorträge auf der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte bis 1885 (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Bd. 44). Husum 1982; Thomas-Peter Schindler: Psychiatrie im Wilhelminischen Deutschland im Spiegel der Verhandlungen des „Vereins deutscher Irrenärzte“ (ab 1903: „Deutscher Verein für Psychiatrie“) von 1891–1914. Diss. med. Berlin 1990, S. 94–97; Kai Sammet:

gen die Familienpflege als Versorgungsmodell und Alternative zur Anstaltsversorgung gleich.¹² Die Einführung der Familienpflege im deutschen Raum war also, bis auf Ausnahmen, vorläufig obsolet.¹³ Allerdings setzten einige Befürworter der Familienpflege ihre Vision dennoch in die Praxis um – so gab es derartige Modelle im Königreich Hannover, in der Provinz Sachsen sowie in der Stadt Berlin.¹⁴

Wie erklärt sich die ablehnende Haltung vieler deutscher Psychiater? Die ersten Lehrstühle des Faches (1865 Berlin, dann Göttingen, Heidelberg 1871, Leipzig und Bonn 1882) wurden erst errichtet, die Psychiatrie war noch kein Prüfungsfach, und man strebte allgemein nach Professionalisierung. Die Unterbringung von Patienten bei medizinischen Laien war aus diesem Grund vollkommen unerwünscht und wurde als geradezu gefährlich für den Ruf des jungen Faches erachtet. Die Überfüllung der Anstalten im Deutschen Reich gegen Ende des 19. Jahrhunderts jedoch (unter anderem durch das Landarmengesetz 1891/1892 erklärbar)¹⁵ und das notwendig erscheinende Eingehen auf die von Laiengruppierungen geäußerte Kritik an der psychiatrischen Praxis¹⁶ brachten mit sich, dass in den 1890er Jahren doch damit begonnen wurde, die Familienpflege zu etablieren – jedoch *zusätzlich* zu den neu errichteten und bereits überfüllten Anstalten.

Recht unberührt von den Vorbehalten der Kollegen in der Debatte um die Asylisierung, hatten sich einige deutsche Psychiater vergleichsweise früh für die Familienpflege interessiert und engagiert, wie zum Beispiel Konrad Alt (1861–1922) in Uchtsprünge bei Magdeburg, oder Ferdinand Warendorff (1826–1898) in Ilten bei Hannover. Sie gelten als Initiatoren der Entwicklung der Familien-

„Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865–1868 (= Hamburger Studien zur Geschichte der Medizin, Bd. 1). Münster/Hamburg/London 2000.

¹² Siehe August Heinrich Philipp Damerow: Zur Irrencolonie Gheel (nach Dr. A. Droste in Osnabrück). In: AZP 12 (1855), S. 488–491; Christian Friedrich Wilhelm Roller: Die Irrencolonie Gheel von Jules Duval. In: AZP 15 (1858), S. 412–425; Carl Friedrich Flemming: Über Irren-Colonien und Irren-Anstalten. In: AZP 18 (1861), S. 814–818; darüber hinaus differenzierter bei Richard von Krafft-Ebing: Ein Besuch in Gheel vom 27.–29. November 1866. In: AZP 24 (1867), S. 665–688.

¹³ Konrad/Schmidt-Michel (Hg.): Familie (wie Anm. 4), S. 42; zu Konrad Alt siehe Lars Nyhøgen: Konrad Alt und die ersten Patienten der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtsprünge. Diss. med. Magdeburg 2011.

¹⁴ Diese wurden im übergeordneten Forschungsprojekt des Verfassers untersucht. Müller: Psychiatrische Familienpflege (wie Anm. 5); siehe u. a. auch Thomas Müller: Ein altmärkisches Modell medizinischer Versorgung im europäischen Kontext der Jahrhundertwende. In: *Comparativ* 14 (2004) 4, S. 64–78 (Themenheft „Mikro-, Makro-, Weltgeschichte. Wandervögel in Böhmisches Dörfern. Projekte einer neuen Generation.“ Hg. von Martin Krämer-Liehn).

¹⁵ Dieses Gesetz regelte die Kostenträgerschaft für die Anstaltsverpflegung bzw. änderte sie grundsätzlich. Mit dem Landarmengesetz wurde festgelegt, dass die Anstaltsverpflegung in Preußen zu zwei Dritteln durch den Kreis und zu einem Drittel durch die Ortsarmenverbände übernommen werden musste. Siehe Konrad/Schmidt-Michel (Hg.): Familie (wie Anm. 4), S. 46.

¹⁶ Siehe u. a. Heinz-Peter Schmiedebach: Eine „antipsychiatrische Bewegung“ um die Jahrhundertwende. In: Martin Dinges (Hg.): *Medizinkritische Bewegungen im Deutschen Reich* (ca. 1870–1933) (= MedGG, Beiheft, Bd. 9). Stuttgart 1996, S. 127–159.

pflege in Deutschland. Nach 1890 wurde diese an einer Reihe weiterer Orte initiiert.¹⁷

Ab 1895 circa, interessanterweise nun *ohne* umfassende Diskussion, wurden Familienpflegen vielen deutschen Anstalten angegliedert. Etliche Kranke waren hier jedoch zum Teil noch in der eigenen, leiblichen Familie untergebracht, man bezeichnete dies als „homofamiliale Pflege“, oder sie lebten in großen Gruppen in eigens hierfür errichteten Kleinpavillons, so zum Beispiel in Berlin. Es war zunächst und wesentlich auch der ökonomische Druck, der um die Jahrhundertwende zur Einführung der Familienpflege im Deutschen Reich führte, weniger die medizinische Erkenntnis oder gar der Wunsch nach gesellschaftlicher Integration der sogenannten Irren.

Die Familienpflege erlebte ihre erste goldene Zeit bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs. Die Umfunktionierung vieler Psychiatrien während des Ersten Weltkriegs zu Militärlazaretten führte zu einer deutlichen Stagnation. Festzuhalten ist, dass medizinisch und ökonomisch Verantwortliche zum Teil bewusst und beabsichtigt Erkrankung und Tod vieler Patientinnen und Patienten herbeiführten. Durch den mit dem Begriff „Hungersterben“¹⁸ bezeichneten Tod vieler Patientinnen und Patienten nach 1914 und während der Kriegsjahre verringerte sich faktisch auch die Zahl der für die Familienpflege infrage kommenden Patienten. Dies gilt auch, obwohl bekannt geworden ist, dass von einzelnen Ärztinnen und Ärzten die Familienpflege als Mittel zum Zweck der stationären Entlassung zur Anwendung gebracht wurde, in der realistischen Einschätzung der Gefahr einer stationären Behandlung und letztlich zum Schutz der Betroffenen. Allerdings geschah dies nur in einem quantitativ weniger bedeutsamen Maße.

Die durch die medizinischen, ökonomischen und politischen Entscheidungen während des Ersten Weltkriegs verursachte Stagnation konnte jedoch bis in die Jahre der Weimarer Republik hinein allmählich wieder kompensiert werden. Die Gesetzgebung der Nationalsozialisten setzte dann jedoch der Psychiatrischen Familienpflege, zumindest was ihre umfassende Anwendung angeht, weitgehend ein Ende.¹⁹

¹⁷ 1884 Dalldorf bei Berlin, 1886 Bunzlau, 1889 Eichberg und Kortau, 1891 Allenberg, 1892 Lübeck, 1893 Herzberge bei Berlin, 1895 Klingenmünster und Uchtspringe, 1896 Zwielfalten, 1897 Weißenau und Hildburghausen, 1898 Uchtspringe-Gardelegen, 1899 Merxhausen, 1900 Uchtspringe-Jerichow usw.; vgl. Paul-Otto Schmidt-Michel: Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. In: Konrad/ders. (Hg.): Familie (wie Anm. 4), S. 44.

¹⁸ Heinz Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie. Freiburg i. Br. 1998.

¹⁹ Die 1920er bis 1940er Jahre sind nicht Teil des Untersuchungszeitraums der übergeordneten Studie und finden daher in diesem Beitrag keine Berücksichtigung. Partiiell bearbeitet finden sich Aspekte dieser Jahre jedoch in Thomas Müller/Thomas Beddies: Psychiatrie und Psychotherapie im nationalsozialistischen Deutschland. Teil I: Die Psychiatrie. In: Psychologische Medizin. Österreichische Fachzeitschrift für medizinische Psychologie, Psychosomatik und Psychotherapie 15 (2004) 3, S. 16–23.

Die Familienpflege in Frankreich und Deutschland – ein Vergleich

Der Blick nach Frankreich ermöglicht uns, die Entwicklung der Familienpflege vergleichend zu betrachten. Dabei ist hervorzuheben, dass in Frankreich diese Versorgungsform ohne Unterbrechung und seit dem 19. Jahrhundert existierte – selbst während der deutschen Besatzung im Zweiten Weltkrieg. Welche Ähnlichkeiten, Unterschiede und Gemeinsamkeiten lassen sich festhalten?

Hinsichtlich der Familienpflege war den deutschen und französischen Pionieren gemeinsam, dass sie sich einer mächtigen Gruppe an Gegnern innerhalb der psychiatrischen Kollegenschaft gegenüber sahen. Der Aspekt der „Rückführung der Irren in die Gesellschaft“ war seitens der Mehrheit der Akteure schlichtweg unerwünscht. Eine weitere Ähnlichkeit zwischen Frankreich und Deutschland bestand darin, dass sich die Familienpflege-Einrichtungen inter-regional deutlich unterschieden: Die Familienpflege bei Grenoble, im Departement Isère, wurde aus einer Anstalt heraus initiiert, was spezifische Probleme mit sich brachte, die sich anhand einer Reihe historischer Beispiele – auch aus Deutschland – belegen lassen.²⁰ Die beiden Initiativen in den zentralfranzösischen Departements Cher und Allier wurden ohne eine zuvor bestehende psychiatrische Einrichtung gestartet. Ziel war es, eine neue Versorgungsstruktur zu schaffen.

Als Unterschied ist festzuhalten, dass die genannten französischen Familienpflege-Einrichtungen strukturell eine sehr viel größere Nähe zum belgischen Vorbild Gheel aufwiesen als fast alle deutschen Pendants. Auch bezüglich der Zahl der Initiativen in Deutschland und Frankreich lassen sich Unterschiede ausmachen: Im Deutschen Reich nahm die Zahl der Familienpflege-Einrichtungen aus psychiatrischen Anstalten heraus seit den 1880er Jahren recht rapide zu. In der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts wies fast jede Anstalt im Reich auch eine mehr oder weniger umfangreiche Familienpflege auf. Obwohl die Anzahl der Initiativen in Frankreich deutlich größer ist als oft zu lesen,²¹ bleibt sie insgesamt jedoch hinter derjenigen deutscher Familienpflege-Einrichtungen zurück. Allerdings umfassten die beiden zentralfranzösischen Initiativen von Beginn an ein riesiges Areal von vielen Quadratkilometern, in dem nach und nach viele Dörfer Patienten aufnahmen. Dieses Modell unterschied sich erheblich von der deutschen, städtischen Familienpflege, wie sie beispielsweise in Berlin zu finden war.

²⁰ So blieb diese an das Krankenhaus angegliederte, nicht autonome Familienpflege in hohem Maße von der leitenden ärztlichen Person und deren Haltung zu diesem Versorgungsmodell abhängig. Der Nachfolger des Leiters Dr. Bonnet in der Anstalt St. Robert entzog diesem Versorgungsmodell seine Unterstützung, sodass binnen weniger Jahre die Patientenzahlen drastisch sanken.

²¹ Die Initiative des Psychiaters Dr. Bonnet im Val d'Isère war bisher nicht bekannt; andere Initiativen – wie in der Anstalt l'Antiquaille in Lyon – wurden nicht berücksichtigt. Dass es gar einige Kopien der Gheel'schen christlichen Pilgeridee in Frankreich gegeben hatte, wie in St. Menoux, und dass man, wie ich kürzlich erst entdeckt habe, zu Beginn des 19. Jahrhunderts gar in St. Dizier ein religiös inspiriertes, französisches Gheel etablieren wollte, ist vielen Historikern bisher entgangen.

Für den Erfolg der zentralfranzösischen Einrichtungen war entscheidend, dass sich die in Paris zuständigen Ärzte sowie die Funktionäre der Gesundheitsverwaltung als äußerst geschickte Planer erwiesen. Denn man wählte für die Einrichtungen zwei Departements aus, die in tiefen ökonomischen Krisen²² steckten, sodass zu erwarten war, dass deren Bewohner von den zusätzlichen und neuen Einkommensmöglichkeiten durch die Pflegegelder sehr profitieren würden. Die hier im Fokus stehende Verschiebung der Grenzen zwischen „normal“ und „krank“ im Sinne einer erhöhten Akzeptanz zur Integration psychisch Kranker in fremde Familien war in Zentralfrankreich also ökonomisch motiviert.²³ Die zuständigen Gemeindefunktionäre jedenfalls versprachen sich Aufschwung von der Familienpflege, und das ermutigte die Pariser Politik wie auch die Ärzte, die Familienpflege dort 1892 zu initiieren. Einigen humanitär inspirierten Ideen zur Verbesserung der Unterbringung psychisch Kranker konnte quasi nebenbei Rechnung getragen werden.²⁴

Zur Beziehung zwischen außerinstitutionell versorgten Patientinnen und Patienten und dem gesellschaftlichem Umfeld, oder: Weshalb fremde und kranke Menschen in die eigene Familie aufnehmen?

Die Motive von Familien, die dazu führten, ehemals stationär versorgte psychiatrische Patienten bei sich aufzunehmen, sind vielschichtig.²⁵ Anders als im Unter-

²² Zwischen 1850 und 1914 sind in Zentralfrankreich vier dramatische Ursachen ökonomischer Krisen auszumachen, die zu deutlich gesteigerter Erwerbslosigkeit und Armut der Bevölkerung beigetragen hatten: 1. Die Reblaskatastrophe vernichtete große Teile der Weinanbauflächen und führte zu Erwerbslosigkeit. 2. Die Zurückdrängung des personalintensiven Transportwesens zu Schiff auf dem zentralfranzösischen Kanalsystem zugunsten der Eisenbahn erhöhte diese regionale Erwerbslosigkeit noch. 3. Die sich erschöpfenden Eisenvorkommen mit der Folge der Schließung vieler Schmieden sowie 4. die zur Neige gehenden Kaolinvorkommen mit der Folge der Abwanderung der Porzellanmanufakturen verschärften die ökonomische Situation noch darüber hinaus. Siehe Müller: Psychiatrische Familienpflege (wie Anm. 5).

²³ Zur Beschreibung der französischen Entwicklung siehe u. a. Thomas Mueller: Les débuts du placement familial des aliénés en France et la visite du Docteur Paetz. Parcours croisés dans la psychiatrie du XIXème siècle. In: Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences 3 (2005), S. 98–108; Thomas Mueller: Le placement familial des aliénés en France. Le Baron Mundy et l'Exposition universelle de 1867. In: Romantisme. Revue du dix-neuvième siècle 141 (2008) 3, S. 37–50.

²⁴ Bonnet war ein Experte der Psychiatrie, ein leidenschaftlicher Naturforscher und Archäologe, aber nicht sehr sattelfest in Bezug auf die Disziplin der Geographie: Er war der Meinung, dass es sich bei Gheel um eine *schottische* Stadt handle, und führte deswegen im Val d'Isère die schottische Familienpflege nach Gheel'schem Vorbild ein. Dieser Irrtum tat dem Erfolg seines Projekts, wie aus den jährlichen Medizinalrapporten der Einrichtung hervorgeht, selbstverständlich keinen Abbruch.

²⁵ Vgl. Paul-Otto Schmidt-Michel u. a.: Verlaufsuntersuchung zur therapeutischen Wirksamkeit der Psychiatrischen Familienpflege. Bericht aus einem Förderprojekt, Bundesministerium für Forschung und Technik (BMFT 07016423). o. O. o. J.; Michael Konrad: Die Familiengeschichte der Gastfamilie als milieuthérapeutischer Faktor in der psychiatrischen Familienpflege. Diss. biol. hum. Ulm 1992, S. 30.

suchungszeitraum dieses Beitrages, sind sie in den beiden letzten Dekaden Gegenstand auch überregional-vergleichender, wissenschaftlicher Forschung geworden. Legt man deren Ergebnisse zugrunde und überprüft sie am historischen Material, lassen sich Einschränkungen und Präzisierungen vornehmen: Altruistische Gründe oder gar religiöse Motivationen seitens der Gastfamilie erscheinen den Erfahrungen verschiedener Pflgeteams²⁶ zufolge eher als Risiko für beide Seiten – für Klient *und* Gastfamilie. Interessanterweise finden sich in solchen sozialen Zusammenhängen historische Spuren einer Deutung psychischer Erkrankungen als Strafe für „Sünde“ im religiösen, abendländisch-christlich geprägten Volksglauben seitens der betreuenden Personen. Konforme Haltung und Verhalten im Sinne der religiösen Auffassung und Praxis wurde demnach teilweise auch nach dem 19. Jahrhundert offenbar weiterhin mit zu erwartendem Heilungserfolg beziehungsweise symptomatischer Besserung in Verbindung gebracht. Der inhaltliche Bezug dieser Position zur Praxis der flämischen Familienpflege *vor* der Säkularisierung ist offenkundig, führte jedoch auch in den nachfolgenden Jahrhunderten zu ähnlichen, zum Teil sehr problematischen Ergebnissen.

Praktiker weisen darauf hin, dass die Qualität der Versorgung eng an das Maß der Aufwandsentschädigung gekoppelt sei. Dieser für Kost, Betreuung und Logis geleisteten Entschädigung kommt in den Gastfamilien eine wesentliche Bedeutung zu. In Gegenden mit hoher Arbeitslosigkeit kann die Entschädigung für die Familienpflege – auch in aktuellen Zusammenhängen – eine eventuell vorhandene Finanzierungslücke der privaten Haushalte schließen. Dies gilt für die oben erwähnte historische Situation in Zentralfrankreich während der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ebenso wie für die Gegebenheiten in den 1980er Jahren im Saarland oder gegen Ende der 1990er Jahre im Land Brandenburg, wo diese Versorgungsform ebenfalls initiiert wurde. Aus Sicht der Organisatoren der Familienpflege kommt, wie erwähnt, der vertraglichen Natur der Versorgung eines neuen Familienmitglieds einerseits und dem finanziellen Ausgleich für die entstehenden Kosten und den Pflegeaufwand andererseits offenbar eine die zwischenmenschliche Beziehung der Beteiligten stabilisierende Funktion zu. Dies konterkariert frühe Hypothesen, die von Akteuren der Familienpflege aufgestellt wurden. So hatte der Schweizer Psychiater Herbert Binswanger²⁷ vor dem zweifelhaften Motiv eines allzu großen pekuniären Interesses der Pflegefamilien seinerzeit noch gewarnt.²⁸ Binswanger befürchtete potentiell negative Folgen bei zuvorderst materiell-ökonomischer Motivation zur Familienpflege seitens der Gastfamilien. Diese Befürchtung fand sich retrospektiv kaum bestätigt. Hingegen erwies sich als

²⁶ Eine enorm wichtige Rolle spielte bei dieser Versorgungsform bereits in historischer Perspektive das betreuende Personal. Heute spricht man von sogenannten Pflgeteams, die damals wie heute Patienten und Gastfamilien auswählten, zusammenführten, betreuten und im Konfliktfall eingreifen sollten.

²⁷ Herbert Binswanger: Die Familienpflege im Kanton Zürich 1909–1936. Medizinische Erfahrungen. Basel 1939, S. 13–15.

²⁸ Vgl. Marietta Meier: Zur Dichotomie von Alltags- und Fachwissen. Die Psychiatrische Familienpflege Zürich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. In: *Traverse* 28 (2003), S. 79–92, hier: S. 85.

die Beziehung zwischen Klient und Gastfamilie stabilisierender Faktor, dass das der Gastfamilie überlassene Entgelt einen angemessenen Beitrag zum Haushalt darstellte und in Abhängigkeit von der Einkommenssituation der betreffenden Haushalte in seiner Höhe auch ein Einkommen einer vollbeschäftigten erwachsenen Person ersetzen oder, bei dessen Wegfall, zumindest doch teilkompensieren konnte. Ein weiterer Aspekt der bisherigen Erfahrungen mit der Psychiatrischen Familienpflege in der Bundesrepublik Deutschland ist, dass sich dieses Versorgungsmodell in ländlichen Gebieten auch heute noch leichter etablieren lässt als in städtischen Regionen. Im Unterschied zu einigen historischen Fallbeispielen der Familienpflege, so etwa aus ärmeren, seinerzeit vor allem landwirtschaftlich geprägten Regionen, in denen man sich von der Einführung der Familienpflege gar einen Aufschwung der gesamten Region im ökonomischen Sinne versprach, sind die Erwartungen der für die Gesundheitsversorgung Verantwortlichen in dieser Hinsicht heute zurückhaltender.²⁹

Psychisch Kranke in außerklinischer Versorgung – Zentrale Aspekte der Beziehungsdynamik

Zu der zentralen Frage, weshalb Familien sich dazu entschließen, einen fremden *und* psychisch kranken Menschen in die eigene Familie aufzunehmen, und was die Psychodynamik dieser Situation kennzeichnet, existieren bisher erstaunlich wenige wissenschaftlich fundierte Untersuchungen.³⁰ Marietta Meier führte 2003 dieses auch seither kaum behobene Manko für das Beispiel der Schweiz und in historiografischer Perspektive auf eine komplexe Verunsicherung der frühen Familienpflege-Psychiater zurück, aus der heraus ein gewisses Desinteresse an dieser Frage entstanden sei: „Es genügte, wenn die PatientInnen keine Schwierigkeiten machten.“³¹ Fakt ist, dass es sich bei den Personen, die sich initiativ mit der Aufnahme eines Patienten in die eigene Familie beschäftigen, gegenwärtig, belegbar an der bundesdeutschen Situation, mehrheitlich um Frauen handelt, was angesichts der bekannten, auch historischen, geschlechtsspezifischen Rollenzuschreibungen und deren Eigendynamik wiederum wenig überrascht. Weiterreichende und eventuell präzisierende, wie beispielsweise psychopathologische Typisierungen der an der Psychiatrischen Familienpflege interessierten Laien sind angesichts fehlender systematischer Untersuchungen meines Erachtens mit großer Vorsicht zu bewerten.

In einer Studie des Schweizer Psychiaters Moritz Tramer von 1928 betonte dieser, dass bei der Organisation der Familienpflege hinsichtlich der infrage kommenden Patientinnen und Patienten keinesfalls allein Menschen mit chronischen [psychiatrischen] Erkrankungen Berücksichtigung gefunden hätten, sondern man, von Beginn der Familienpflege in der Schweiz an, ebenso akut Erkrankte berück-

²⁹ Siehe demnächst Müller: Psychiatrische Familienpflege (wie Anm. 5).

³⁰ Konrad: Familiengeschichte (wie Anm. 25), S. 22–24.

³¹ Meier: Dichotomie (wie Anm. 28), S. 85.

sichtigt habe.³² Diese von Tramer beschriebene Möglichkeit galt zumal dann, „wenn [...] in einem bestimmten Zeitpunkte des Krankheitsablaufs die *therapeutische Indikation* zur Familienpflege als gegeben“ erachtet werden sollte.³³ Aus dieser Stellungnahme ergibt sich also, dass Tramer die Familienpflege zweifelsfrei als Therapie betrachtete, nicht allein als Versorgungsform. Was dann im Weiteren nach erfolgter, sauberer Indikationsstellung von der Familienpflege erwartet werden durfte, umschrieb er 1928 indirekt mit den folgenden Worten: „Wir müssen jedoch darüber hinaus, besonders wenn es sich um frischere Erkrankungen handelt, bei denen wir eine Förderung und Beschleunigung der Genesung oder, um uns vorsichtiger auszudrücken, eine Verkürzung der psychotischen Phase beziehungsweise des psychotischen Schubes durch die Familienpflege im Auge haben, versuchen, nach Möglichkeit die darin [im Leben in einer Familie] enthaltenen Einzelfaktoren zu ermitteln. Erst dadurch kann sich uns ein genauerer Einblick in die dynamische Wechselbeziehung zwischen dem psychopathologischen Geschehen im Patienten und den in der Familienpflege gelegenen Wirkungsmöglichkeiten erschließen, woraus wieder die Sicherheit der Indikationsstellung zur Familienpflege einen Gewinn davon tragen kann.“³⁴

Anhand eines anonymisierten Falles entwickelte Tramer eine Art Lehrbeispiel therapeutischer Anwendung der Familienpflege: Eine 1902 geborene Patientin wurde im Mai 1926 in stationäre psychiatrische Betreuung aufgenommen. Sie machte bei Aufnahme den Eindruck eines „chronischen Katatonikers“ und wirkte auf die aufnehmenden Psychiater „mutistisch“. Von September bis Dezember des Jahres wurde eine gewisse „innere Mobilisierung“ der Patientin beobachtet, die den Anlass „zur Versetzung in die Familienpflege“ gab. Die Monate danach zeigten laut Berichterstatter eine langsame, jedoch stetige Verbesserung des Zustands der Patientin, ihrer kommunikativen Möglichkeiten und ihrer körperlichen Verfassung. Das Zusammenleben mit der Gastfamilie gestaltete sich sehr gut, eine Integration schien ganz offensichtlich gewährleistet zu sein. Im August 1927 war den ärztlichen Eintragungen zu entnehmen: „Im allgemeinen hat sie sich sehr günstig verändert, man würde kaum die schwer katatone Patientin erkennen, eine gewisse Hemmung ist noch da.“³⁵ Ein äußerst klarer Bericht der Gastfamilie über Werdegang und Entwicklung der Patientin seit ihrer Ankunft in der Gastfamilie wird von Tramer in langen Auszügen wiedergegeben und entspricht den (positiven) medizinischen Beobachtungen und Eintragungen zum Verlauf. Briefe der Pa-

³² Dies ist auch in manchem westlichen Land, in dem die Familienpflege Teil des Spektrums an Versorgungsangeboten ist, zum Beispiel in den USA, noch in unserem Jahrhundert der Fall. Paul-Otto Schmidt-Michel/Michael Konrad: Akut-psychiatrische Versorgung in Gastfamilien. Erfahrungen aus den USA und Überlegungen zu Realisierungsmöglichkeiten in Deutschland. In: Sozialpsychiatrische Informationen 34 (2004), S. 35–39; Moritz Tramer: Zur Analyse der psychotherapeutischen Bedeutung der Familienpflege, Anstalt Rosegg (Sonthofen). In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 30 (1928), S. 321–324, hier: S. 321.

³³ Tramer: Analyse (wie Anm. 32), S. 321.

³⁴ Ebd.

³⁵ Ebd., S. 323.

tientin, unter anderem an die eigene Familie, lagen den psychiatrischen Betreuern wie auch Tramer selbst vor. Letztendlich entschied man sich für die Diagnose einer „mittelschweren Katatonie [...] bei gewisser hereditärer Belastung“. An therapeutischen Indikationen zur Versetzung in die Familienpflege listet Tramer noch einmal auf:³⁶

- „Positive affektive Beziehungen zur Pflegemutter“, die bereits zuvor derartige Betreuungsverhältnisse erfolgreich übernommen hatte, die jünger als die leibliche Mutter, also eher eine Freundin war, wovon man sich ärztlicherseits „eine Mobilisierung der Affektivitätsmomente der Freundschaft und damit einen Weg zur Realität der Gesellschaftsbeziehung erwartet[e]“.
- „Positive Affektivitätsbeziehungen zum kleinen Kinde [der Gastfamilie], wovon die Lockerung und Mobilisierung mütterlicher Instinkte, Triebregungen, Interessen und Gefühle, und über diese, Knüpfung von Beziehungen zur Realität auf einem zweiten Wege“ zu erhoffen war.
- Die Tatsache, dass die Patientin in der partiellen Haushaltsführung der Gastfamilie eine ähnliche Aufgabe wie zuhause vorfand, „an dessen Gestaltung in seinen mannigfachen Richtungen sie mitzuarbeiten hätte [...], wodurch eine Lockerung und Mobilisierung aller der hierbei funktionierenden intellektuellen und affektiven Kräfte erwartet werden durfte“.

Was man von der Tatsache zu erwarten hatte, dass sich der Gastvater charakterlich vom „tyrannischen“ leiblichen Vater im positiven Sinne stark unterschied, beschäftigte die Behandelnden nicht erkennbar. Jedoch wurde ein negatives Interferieren nicht angenommen.

Die Krankenberichte dieses in starkem, im zeitgenössischen Vergleich nicht repräsentativem Maße an der Psychiatrischen Familienpflege interessierten Psychiaters Tramer belegten seine diagnostische Einschätzung sowie die vorliegende Indikation für die Familienpflege im Wesentlichen: das Sich-Einstellen der in den drei genannten Punkten beschriebenen Hoffnungen an die Familienpflege als *therapeutischer* Intervention in Alternative zur Behandlung in einer sogenannten geschlossenen Einrichtung. Die dieser Intervention zugeschriebene „Verkürzung eines katatonen Schubes bzw. Beschleunigung eines Eintritts einer Remission“ wurde dementsprechend als therapeutischer Erfolg beurteilt. Einerseits räumte Tramer im Rahmen der genannten Publikation ein, dass aus diesem einzelnen Beispiel eines Krankheitsverlaufs keine verbindlichen Verallgemeinerungen abzuleiten seien. Andererseits betonte er jedoch im gleichen Gedankengang, dass ein individuell angepasstes Vorgehen „unter dem Gesichtspunkte des Vorhandenseins bestimmter mobilisierender Faktoren“ in der ausgewählten Familie auch im Falle anderer kataton psychotisch Erkrankter mit erfolgreicher Behandlung beschieden sein dürfte.³⁷ Diese notwendigen mobilisierenden Faktoren seien „jeweils aus der

³⁶ Für diese wie für die Zitate von Tramer im nachfolgenden Absatz: ebd., S. 321–324.

³⁷ Ebd., S. 324.

Analyse und Deutung der Lebensgeschichte und den Kundgaben der Patienten erschlossen worden“.

Tramers hier abschließend wiedergegebenen Anschauungen zur Familienpflege im Sinne einer therapeutischen Intervention, die zu Untersuchungen im Sinne systematisierbarer Indikationsstellung einladen, erweitern das Spektrum der Motive, die zur Etablierung der Psychiatrischen Familienpflege führten, um psychiatrisch-psychotherapeutische Aspekte.

Fazit

In der Zusammenschau ergeben sich folgende Aspekte, die in historischer Perspektive durch die Implementierung der Psychiatrischen Familienpflege gesellschaftliche Grenzverschiebungen zwischen „normal“ und „krank“ im Umgang mit psychisch Kranken provoziert haben:

1. Religiös motivierte Heilsvorstellungen führten seitens der Gesellschaft an spezifisch geprägten Orten auch in voraufklärerischen Zeiten zur Integration von psychisch Kranken, die anderenorts räumlich separiert und exkludiert wurden.
2. Ökonomische Interessen modifizierten nachweislich in verschiedenen westeuropäischen Kontexten – im 19. wie im 20. Jahrhundert – die Motivation, psychisch Kranke in die Familie aufzunehmen. Damit verbunden war die (partielle) Integration psychisch Kranker in familiäre Zusammenhänge vornehmlich ländlicher Gesellschaften.
3. Persönliche, psychodynamisch zu definierende Aspekte in Bezug auf die Mitglieder der das Versorgungsangebot aussprechenden Gastfamilien stellen eine weitere Motivation zur Familienpflege dar, die eine Grenzverschiebung zwischen „normal“ und „krank“ verursachen können.
4. Versorgungsstrukturelle Notsituationen – in Verbindung mit ökonomischer Pression – bewirkten (beispielsweise in Deutschland und in Frankreich um 1900) die erhöhte Akzeptanz eines Versorgungsmodells, das die Überforderung des Versorgungssystems der sogenannten Anstalten entschärfen sollte. Dies machte implizite Grenzverschiebungen im oben genannten Sinne faktisch unabdingbar.
5. Medizinisch-therapeutische Konzepte und Anschauungen stellten im Sinne einer therapeutischen Indikation für die (kurative Wirkung der) Familienpflege ein weiteres, aus dem Expertenkreis der Medizin und Psychiatrie heraus entwickeltes Motiv für die Akzeptanz des beschriebenen Versorgungsmodells dar.

In je eigener Weise und in unterschiedlichem Maße bewirk(t)en diese, zum Teil auch komplementär wirksam werdenden Faktoren und Aspekte jene Phänomene der Verschiebung, der „Verwischung“ und zum Teil möglicherweise auch der Aufhebung zuvor – beziehungsweise in anderen, auch zeitgleich gegebenen Zusammenhängen – gesetzter gesellschaftlicher Normen in Bezug auf psychische Gesundheit und Erkrankung. Die beschriebenen, auf mehreren Ebenen liegenden

Motive für die Etablierung der Familienpflege, auch die jeweils zur Anwendung kommenden Praktiken und Strukturen dieser Versorgungsform in verschiedenen westeuropäischen geokulturellen Kontexten ergaben ein jeweils sehr heterogenes Faktorengefüge, das in den vielfältigen und historiografisch darstellbaren Modi der Entgrenzung eine Entsprechung findet.

Abstract

During the second half of the nineteenth century hardly any other issue was discussed as controversially and aggressively as the question of the asylum. A central topic which was discussed again and again in these debates taking place for more than half a century was the placing of “mad people”, psychiatric patients, into ordinary families. In both Germany and France a small Belgian town served as the model of the so-called family care. Gheel, the Flemish “colony of the mad”, existed because of a pilgrimage dating back to the Middle Ages. It had attracted patients with all kinds of “diseases” considered to be connected to “madness” since as far back as the twelfth century. Medical experts followed these patients as a kind of secular pilgrimage. As a consequence of the French Revolution and its influence on the provinces of future Belgium this pilgrimage and its institutionalized hosting of “mad” visitors in mainly but not exclusively peasant families became secularized, and went on being practised. In this chapter debates about and institutions of psychiatric family care between app. 1850 and the First World War in both France and Germany will be analyzed in respect to parallel phenomena as well as in respect to differences in the discourse.