Felicitas Söhner

Familiäre psychiatrische Versorgung an der Schwelle vom langen 19. Jahrhundert zur Moderne

Einleitung

Schon seit der Mitte des 19. Jahrhunderts fand eine sehr kontroverse Diskussion über die ambulante Versorgung psychisch kranker Patienten statt. Insbesondere alternative Konzepte der psychiatrischen Familienpflege bargen erhebliches Konfliktpotential, da diese Unterbringungsform in Gestalt von „Gastfamilien“ medizinische Laien einbezog. Mit dem ersten Internationalen Kongress für Familienpflege in Antwerpen (1902) gewann die Familienpflege in Deutschland zunehmend an Anerkennung. Erste deutsche Einrichtungen zur Familienpflege entstanden um die Jahrhundertwende durch Ferdinand Wahrendorff (Ilten) und Konrad Alt (Uchtspringe). In Bayern blieb die Entwicklung jedoch deutlich hinter der gesamtdeutschen zurück. So war die Familienpflege psychisch Kranker und Behinderter in Bayern zunächst eine Ausnahme, allerdings wurden die reformpsychiatrischen Ansätze in den ländlichen Heil- und Pflegeanstalten Günzburg und Kaufbeuren umgesetzt. Die einschneidenden Auswirkungen des Ersten Weltkriegs, der Weltwirtschaftskrise und die späteren politischen Entwicklungen versetzten den sich allmählich etablierenden reformpsychiatrischen Ansätzen jedoch einen herben Rückschlag. Obwohl die Familienpflege als weitaus kostengünstiger als die stationäre Versorgung galt, wurde sie in der Zeit des Nationalsozialismus – nicht nur im süddeutschen ländlichen Raum – beinahe ganz eingestellt und verschwand damit auch aus dem Repertoire der Versorgungsmöglichkeiten beider deutschen Staaten nach 1945.

Folgende Ausführungen basieren insbesondere auf der Auswertung des Archivmaterials zur Familienpflege der bayerisch-schwäbischen Heil- und Pflegeanstalten im Zeitraum von 1876 bis 1945. Da die Archivalien- und Datenlage zum untersuchten Zeitraum für Kaufbeuren deutlich breiter ist, bezieht sich die Untersuchung im Wesentlichen auf diese Einrichtung, berücksichtigt jedoch, soweit die Quellenlage dies ermöglicht, auch die erst 1915 gegründete Schwesteranstalt Günzburg.

In diesem Beitrag werden die Besonderheiten der extramuralen Versorgungspraxis im ländlichen Gebiet Bayerisch-Schwabens im Zeitraum von 1875 bis 1935 identifiziert und analysiert. Zudem wird exemplarisch geprüft, wie im Untersuchungsraum Konzepte der Familienpflege debattiert und praktiziert wurden. Des

Weiteren wird analysiert, was der familiären psychiatrischen Versorgung im baye-risch-ländlichen Raum hinderlich war. Anhand konkreter Fallbeispiele liefert der Beitrag eine Übersicht darüber, welche problematischen Konstellationen sich im Rahmen der Familienpflege ergaben. Anhand dessen werden therapeutische und pragmatisch-ökonomische Begründungszusammenhänge ländlicher Familienpflege in Bayern zusammenfassend beurteilt.

Debatten und Entwicklungen der Familienpflege an der Schwelle zur Moderne

„Ambulante institutionsgebundene psychiatrische Versorgung ist so alt wie eine sich als Wissenschaft verstehende Psychiatrie.“¹ Schon vor der Einrichtung psychiatrischer Anstalten wurden psychisch Kranke in Familien versorgt. Wenn es keine eigenen Angehörigen gab, die die Versorgungsbedürftigen unterbringen konnten, so wurden diese durchaus auch von anderen Familienhaushalten aufgenommen. Mit der Etablierung der Anstaltspsychiatrie setzte sich eine Umverteilung der Patienten aus den Armenasylen und der familiären Versorgung in die Anstalt in Gang. In der Phase des Vormärz und der 1848er Revolution entwickelte sich ein Diskurs um extramurale Versorgungsmodelle psychisch kranker Personen. Diese Initiativen kamen jedoch durch den allgemeinen Trend, Großasyle zu errichten, zum Erliegen.

In der Zeit des Kaiserreichs – zwischen 1871 und 1918 – entwickelte sich aufgrund eines rasant gestiegenen Bedarfs an Anstaltsplätzen ein regelrechter „Anstaltsboom“.² Diese Entwicklung wurde durch die zunehmende Industrialisierung ausgelöst, die mit ungeheuren sozialen Umwälzungen verbunden war. Bedingt durch die Landflucht der ehemals bäuerlichen Bevölkerung, der damit zusammenhängenden Auflösung der Großfamilien und dem gleichzeitigen Bevölkerungswachstum gerieten Geisteskranke mehr und mehr an den Rand der Gesellschaft und mussten „zu einem beträchtlichen Teil in den Anstalten aufgefangen“³ werden. Dies wirkte sich auch auf die Prioritäten der staatlichen Fürsorgepolitik aus.⁴ Unter diesen Voraussetzungen entwickelten sich die Anstalten zu separierenden, personell und räumlich überlasteten Einrichtungen von in erster Linie ordnender und verwahrender Funktion, an denen Personen mit sozial unerwünschtem Verhalten⁵ konzentriert wurden.

¹ Helmut Haselbeck: Zur Sozialgeschichte der „Offenen Irren-Fürsorge“. Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. In: Psychiatrische Praxis 12 (1985), S. 171–179, hier: S. 171.

² Vgl. Silvia Krumm/Thomas Becker: Historische Aspekte und Konzepte der Sozialpsychiatrie. In: Marc Schmid u. a. (Hg.): Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik. Göttingen 2004, S. 40–58, hier: S. 42f.

³ Vgl. ebd.

⁴ Vgl. Dirk Blasius: ‚Einfache Seelenstörung‘. Geschichte der deutschen Psychiatrie 1800–1945. Frankfurt a. M. 1994, S. 31ff.

⁵ Vgl. Krumm/Becker: Aspekte (wie Anm. 2), S. 42f.

Mit diesen Entwicklungen nahm der Ruf nach einer menschenwürdigeren psychiatrischen Versorgung zu.⁶ Die deutsche Psychiatrie sah sich gedrängt, nach alternativen Unterbringungsmöglichkeiten für Patienten zu suchen. Als Vorbilder dafür dienten ein im belgischen Dorf Gheel umgesetztes Modell, psychisch Kranke in umliegenden Bauernfamilien unterzubringen, sowie ähnliche Konzepte aus anderen europäischen Ländern wie Schottland, die in den zeitgenössischen Fachzeitschriften diskutiert wurden. Nach dem im 15. Jahrhundert wurzelnden Gheeler Konzept wurden psychisch beeinträchtigte Personen von Familien aufgenommen und betreut; im Gegenzug brachten diese ihre Mitarbeit in die Pflegefamilien ein. Erste Versuche gezielter und systematischer Familienpflege in Deutschland gehen zurück auf Hermann Engelken, der 1764 in Rockwinkel bei Bremen einige Patienten bei umliegenden Familien in Pflege gab.⁷

Ein maßgeblicher Vordenker der extramuralen Versorgungsform war Wilhelm Griesinger⁸ (Berlin), der bereits Mitte der 1860er Jahre äußerte, dass die Familienpflege dem Patienten das eröffnen könne, was die „prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, sociales Medium, die Wohltat des Familienlebens“.⁹ Allerdings stießen Griesingers Reformideen bei Psychiatern und Anstaltsdirektoren auf erheblichen Widerstand. Zwar lobten Befürworter die mögliche Entlastung der Anstalten, jedoch kritisierten deren Gegner den fehlenden ärztlichen Einfluss und die Abschiebung heilbarer Patienten in ein wenig therapeutisches Milieu.¹⁰ Zudem war das Interesse größer, die Pläne der Anstaltsneubauten zu verwirklichen und damit die Isolierung der Patienten beizubehalten. Wahrscheinlich spielten dabei ökonomische Gründe wie auch Professionalisierungs- und Machtbedürfnisse der Ärzte eine maßgebliche Rolle. Nach heftigen Auseinandersetzungen in etablierten Fachkreisen wurde Griesingers Konzept einer gemeindenahen Versorgung vehement abgelehnt.¹¹ „Man sei zum Schluß gekommen, daß die ‚Rückkehr‘ zur ‚Familie-Pflege ein offener Rückschritt sein würde.‘ [... Man verwerfe] das Modell Geel [!] mit

⁶ Vgl. Thomas Müller: Psychiatrische Familienpflege gestern und heute. Ein deutsch-französischer Vergleich mit Betonung mitteldeutscher „Situationen“. In: Wolfgang Hoffmann/Kristina Hübener/Paul Meusinger (Hg.): Fürsorge in Brandenburg. Entwicklungen – Kontinuitäten – Umbrüche. Bebra/Berlin 2007, S. 427–444, hier: S. 427–430; Thomas Müller: Ein altmärkisches Modell medizinischer Versorgung im europäischen Kontext der Jahrhundertwende. In: *Comparativ* 4 (2004), S. 64–78.

⁷ Vgl. Eugen Matthias: Fürsorge für Geisteskranke. In: Adolf Gottstein/Arthur Schlossmann/Ludwig Teleky (Hg.): *Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge*. Bd. 4: Gesundheitsfürsorge, soziale und private Versicherung. Berlin 1927, S. 521 f.

⁸ Griesinger lebte von 1817 bis 1868.

⁹ Griesinger, zit. nach: Konrad Alt: *Über familiäre Irrenpflege*. Halle a. d. S. 1899, S. 69.

¹⁰ Vgl. Christiane Roick: *Heilen, Verwahren, Vernichten. Die Geschichte der sächsischen Landesanstalt Leipzig-Dösen im Dritten Reich*. Diss. med. Leipzig 1997, S. 61–63.

¹¹ Vgl. Heinz-Peter Schmiedebach: Wilhelm Griesinger. In: Wilhelm Treue/Rolf Winau (Hg.): *Berlinische Lebensbilder*. Bd. 2: *Mediziner*. Berlin 1987, S. 109–131.

Verweis auf dessen nicht professionellen Charakter.¹² Im europäischen Ausland fielen die Reaktionen deutlich positiver aus. Gheel wurde von bedeutenden Psychiatern besucht und die dort geübte Versorgungspraxis verursachte eine intensive Debatte in der Ärzteschaft. Trotz der bisherigen Kritik der inländischen Fachkollegen begann 1880 der deutsche Psychiater Ferdinand Warendorff¹³ in Ilten bei Hannover mit der Betreuung geeigneter psychisch Kranker in fremden Familien und ließ in unmittelbarer Nähe zur Klinik ein Pflegerdorf bauen. Bereits nach wenigen Jahren erweiterten auch andere Einrichtungen ihr Versorgungsangebot und führten die Familienpflege ein, so beispielsweise 1884 in Dalldorf bei Berlin, 1886 in Bunzlau in Schlesien, 1889 in Eichberg in Hessen. Von 1890 bis 1900 folgten zehn weitere Anstalten, darunter 1895 das bayerische Klingenmünster und 1896 das sächsische Uchtspringe.¹⁴ Der dortige Direktor Konrad Alt¹⁵ war ein Kenner Gheels und galt als ein vehementer Befürworter der Familienpflege. Er gründete nach dem Muster von Gheel in der Nähe der Anstalt ein Pflegerdorf, in welchem geeignete Patienten in Familienpflege untergebracht wurden. Wesentliche Aspekte des Uchtspringer Konzepts bildeten dabei die Anstaltsarchitektur (Pavillonbauweise, Grünanlagen), die Strukturierung des Alltags und die vorwiegende Beschäftigung der Bewohner im Freien mit dem Ziel, sie zwanglos, frei und möglichst würdevoll zu behandeln.¹⁶

Alt zählte bei einer Umfrage 1902 im deutschen Gebiet 1300 Familienpfleglinge.¹⁷ Vier Jahre später ergab eine weitere Zählung 2600 Patienten in Fremdfamilien. In einer weiteren Erhebung im Jahr 1909 stellte man ein erneutes Ansteigen der familialen Pflege fest. Dieser Aufwärtstrend war jedoch keineswegs in allen deutschen Regionen gleichmäßig zu verzeichnen. Insbesondere in Süddeutschland deuteten die Zahlen auf eine äußerst zögerliche Entwicklung hin. Alts Erhebungen gründeten auf einer Umfrage, die an alle deutschen psychiatrischen Einrichtungen gerichtet war, deren Angaben jedoch unvollständig blieben. So fehlen beispielsweise Zahlen zur Familienpflege aus Kaufbeuren (vor 1899), daneben auch aus Wuhlgarten (1896), Winnental (1900) oder Lübben (1902).¹⁸ Man kann der Umfrage jedoch entnehmen, dass sich 1902 in zahlreichen Einrichtungen die

¹² Kai Sammet: „Ueber Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland“. Wilhelm Griesinger im Streit mit der konservativen Anstaltspsychiatrie 1865–1868. Münster 2000, S. 160, S. 195.

¹³ Warendorff lebte von 1826 bis 1898.

¹⁴ Vgl. Ernst Buße: Die Familienpflege Kanksinniger. Geschichte, Wesen, Wert und Technik. Halle a. d. S. 1939, S. 34–45; Gustav Kolb: Die offene psychiatrische Fürsorge. In: Oswald Bumke u. a. (Hg.): Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge. Leipzig 1931, S. 113–117, hier: S. 115.

¹⁵ Konrad Alt (1861–1922) hatte die Leitung der Landesanstalt der Provinz Sachsen in Uchtspringe von 1894 bis 1922 inne.

¹⁶ Vgl. Lars Nyhoegen: Konrad Alt und die ersten Patienten der Landes- Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe. Diss. Magdeburg 2012.

¹⁷ Vgl. Konrad Alt: Die familiäre Verpflegung der Kanksinnigen in Deutschland. Halle a. d. S. 1903.

¹⁸ Vgl. Buße: Familienpflege (wie Anm. 14), S. 54.

Familienpflege in Planung oder zumindest in Vorbereitung befand (so etwa in Blankenhain, Eglfing, Friedrichsberg, Langenhorn oder Meseritz). Weiter geht aus der Umfrage hervor, dass in anderen Heil- und Pflegeanstalten die Einführung der Familienpflege missglückt war (wie in Andernach, Marsberg oder Untergöltzsch).

Die zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Kaufbeuren und später auch in Günzburg praktizierte Familienpflege fand weder in Alts noch in Ernst Bufes drei Jahrzehnte später erschienener Publikation Erwähnung. Der Grund hierfür könnte möglicherweise darin liegen, dass sich die beiden schwäbischen Einrichtungen nicht an den Befragungen beteiligten und damit nicht in der Statistik erfasst wurden. Bufo interpretierte die regionalen Unterschiede seiner Zählung dahingehend, dass es „fast lediglich von der persönlichen Einstellung und Neigung des Anstaltsleiters und seiner ärztlichen Mitarbeiter abhing, ob und in welchem Umfang Familienpflege betrieben wurde“. ¹⁹

Um 1900 besuchten zahlreiche – darunter auch einige bayerische – Anstaltsärzte und Verwaltungsbeamte Gheel, um sich dort Anregungen für die Einrichtung der Familienpflege in ihren Heimatanstalten zu holen. ²⁰

In den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts fanden im zweijährigen Turnus internationale Psychiatriekongresse statt, auf denen Fragen der Familienpflege diskutiert wurden. Der im September 1902 in Antwerpen tagende „Internationale Kongress der Fürsorge für Geisteskranke und besonders der Familienpflege Krankensinniger“ stellte den Höhepunkt des Interesses an der Familienpflege dar. Spätestens nach diesem Kongress interessierte sich ein Großteil der deutschen Psychiater für diese Versorgungsform. Zum Kreis der Tagenden zählten nicht nur Ärzte, sondern auch Theologen, Juristen, Pädagogen und Verwaltungsbeamte. ²¹ Mit großer Aufmerksamkeit wurden der Zustand des psychiatrischen Versorgungswesens und vor allem die Durchführung der Familienpflege besprochen. In äußerst lebhaften Diskussionen wurden vielfältige Aspekte dieser Versorgungsform erörtert und debattiert, wie beispielsweise Gestaltung und Problemfelder der Familienpflege in der eigenen und fremden Familie, Auswahl der in Frage kommenden Pfleglinge wie deren Pflegefamilien, Besonderheiten aufgrund diverser Krankheitsbilder, Schulung und Weiterbildung des beteiligten Personals und der Gastfamilien wie auch organisatorische Fragen zur Neugründung, Kostenübernahme und Mängelbeseitigung in der Familienpflege. Das deutliche Interesse an der praktischen Psychiatrie spiegelt sich auch darin, dass am Kongress über 300 Experten aus Europa, Asien sowie

¹⁹ Ebd., S. 58f.

²⁰ Eine Übersicht zu Gheel-Besuchern aus Deutschland in: Akira Hashimoto: Belgisches Geel, deutsche Psychiatrie und Brandenburger Ärzte. In: Kristina Hübener: Leistende Verwaltung und Anstaltsfürsorge. Die Geisteskrankenfürsorge in der Provinz Brandenburg zwischen Kaiserreich und Weimarer Republik. Bebra/Potsdam 2005, S. 265–267.

²¹ Werner Leibbrand (Hg.): Um die Menschenrechte der Geisteskranken. Gedenk- und Mahnworte der Ärzte der Erlanger Heil- und Pflegeanstalt aus Anlaß deren 100jährigen Bestehens. Nürnberg 1946, S. 93f.

Nord- und Südamerika teilnahmen. Unter den 23 deutschen Teilnehmern trugen drei Ärzte ihre Thesen vor. So hielten Hermann Hesse und Rudolf Wahrendorff²², die beide in Ilten tätig waren, ein Referat über die Familienpflege an ihrer Einrichtung.²³ Konrad Alt sprach über die „Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland“²⁴ und legte in seinem Vortrag vier Thesen zur psychiatrischen Familienpflege vor, welche mit großer Mehrheit angenommen wurden.²⁵

Auch auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Dresden am 28. und 29. April 1905 wurde ausführlich über Aspekte der zunehmend praktizierten Familienpflege diskutiert.²⁶ Ursächliches Moment waren hier jedoch weniger humanitäre oder therapeutische Motive einer reformorientierten psychiatrischen Versorgung, sondern vielmehr die äußeren, organisatorischen Zwänge, die dringend die Entlastung der Anstalten sowie eine Kostenreduktion erforderlich machten.²⁷

Auf dem vom 26. bis 30. September 1906 in Mailand abgehaltenen „Internationalen Kongress für Irrenfürsorge“ beschäftigte man sich intensiv mit den freien Betreuungsformen. Diese Tagung verstand sich als Fortführung des Kongresses in Antwerpen (1902).²⁸ Große Aufmerksamkeit wurde abermals auf die Familien-

²² Es handelte sich um den Sohn des Gründers Ferdinand Wahrendorff.

²³ Dr. Hermann Hesse (Ilten): *Bewegungen in der Familienpflege Ilten*. In: Paul Masoin: 2me Congrès d'Assistance familiale. Congrès International de l'Assistance des Aliénés et spécialement de leur Assistance familiale. Anvers 1-7 September 1902. In: *Annales medico-psychologiques* (1902) Novembre, S. 126-174, hier: S. 173f.

²⁴ Vgl. Alt: *Verpflegung* (wie Anm. 17).

²⁵ Vgl. Masoin: Congrès (wie Anm. 23), S. 2. „1. Für einen nicht unerheblichen Teil der Fürsorgebedürftigen, dafür geeigneten Kranksinnigen stellt die familiäre Pflege die natürlichste, freieste, beste und billigste Verpflegungsform dar und bildet überdies für eine Anzahl von Kranken einen wichtigen Heilfaktor. 2. Familienpflege kann im Anschluß an jede psychiatrisch geleitete, zeitgemäß eingerichtete Anstalt angegliedert werden, namentlich wenn für das Wärterpersonal gesunde Familienwohnungen beschafft werden, die ja auch schon zur Erlangung eines wirklich guten Wärterstandes unentbehrlich sind. 3. Bei den meisten größeren Anstalten wird aber die Familienpflege nur eine beschränkte Ausdehnung gewinnen können; ausgedehntere Einführung einer solchen ist nur zu erwarten durch Gründung besonderer, nicht zu großer Zentralen in geeigneter Gegend, welche im Kleinen nach Art der bewährten Anstalten angelegt, hauptsächlich aber als Ausgangs- und Mittelpunkt der familialen Kolonie eingerichtet sind. 4. Die familialen Kolonien machen die bisherigen Anstalten keineswegs entbehrlich, bilden durchaus nicht für alle Kranksinnigen den zweckmäßigsten Aufenthalt, können aber in wirksamster und billigster Weise dem sonst unaufhaltsamen Anwachsen der Anstalten steuern.“; Konrad Alt: *Die familiäre Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland*. In: *Wiener klinische Wochenschrift* 16 (1903) 1-2, S. 455f.; ebenfalls abgedruckt in: Congrès international de l'assistance des aliénés et spécialement de leur assistance familiale. Rapports et compte-rendu de séances. Antwerpen 1903, S. 859ff.

²⁶ „The annual meeting of German alienists at Dresden, April, 1905 discussed largely the question of the housing, care, and treatment of idiots and feeble-minded. [...] The family care of the insane [= Familienpflege] becomes with us more and more extensively practiced.“; Johannes Bresler: *Germany*. In: *Journal of Mental Science* 52 (1906), S. 391f.

²⁷ Vgl. Heinz Schott/Rainer Tölle: *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren, Irrwege, Behandlungsförmn*. München 2006, S. 284.

²⁸ Vgl. G. C. Ferrari: Congrès international de l'assistance des aliénés. 2me Session tenue à Milan du 26 au 30 septembre 1906. Bologna 1906, S. 7.

pflege gerichtet, von der man sich angesichts der massiven Zunahme an Behandlungsfällen eine deutliche Entlastung der psychiatrischen Anstalten erwartete.²⁹ Als deutsche Vertreter gehörten Alfred Hoche (Freiburg) und Konrad Alt (Uchtspringe) der „Commission Internationale de Propagande“ an.³⁰ Konrad Alt trat in seinem Beitrag nachdrücklich für die „familiäre Verpflegung“ ein.³¹

Der Blick über die Grenzen³² ermutigte die deutsche Anstaltspsychiatrie,³³ sich für Alternativen zur vorherrschenden restriktiven Praxis der Irrenfürsorge zu öffnen.³⁴ Vor allem der Antwerpener Kongress und die dort verabschiedete Resolution, die breite Unterstützung fand, führten zu einem Aufschwung der Familienpflege in Deutschland.³⁵

Ein maßgeblicher Protagonist der extramuralen psychiatrischen Versorgung war Gustav Kolb (Kutzenberg, Erlangen).³⁶ Kolb vertrat mit seinen Vorschlägen zur Verbesserung der Organisation des bayerischen Irrenwesens auf dem „Tag der Vereinigung der Bayerischen Psychiater“ im Juni 1908 in Bamberg einen wenig populären Standpunkt. Auch in einem Vortrag beim „Verein Bayerischer Psychiater“³⁷ sprach er sich entschieden für den Ausbau der Familienpflege aus.³⁸ Kolb propagierte deren große Vorteile für Patienten und Gesellschaft: Die Familienpflege sei als „das letzte Glied der Kette der Errungenschaften der modernen Psychiatrie (Beseitigung der Zwangsmittel, Kolonisierung, Offentürsystem und Arbeitstherapie)“³⁹ anzusehen. Gleichzeitig beklagte er sich über die enorme Rückständigkeit der bayerischen Anstalten auf diesem Gebiet⁴⁰ und äußerte: „Die

²⁹ W. W. Ireland: The Milan International Congress. In: British Journal of Psychiatry 53 (1907), S. 225–227, hier: S. 225f.

³⁰ Vgl. Ferrari: Congrès (wie Anm. 28), S. 18–34.

³¹ Alt sprach in der zweiten Sektion (26. 9., nachmittags) zum Thema „Des progrès de l'assistance des aliénés dans les différents pays depuis 1902 jusqu'à nos jours“ [„Die Weiterentwicklung der Versorgung der Geisteskranken in verschiedenen Ländern seit 1902 bis zum heutigen Tag“ (Übers. d. Verf.)].

³² Auf dem I. Internationalen Kongress für psychische Hygiene im Mai 1930 in Washington waren unter den 44 Hauptreferenten sieben Deutsche vertreten. Vgl. Anna Plezko: Handlungsräume und Zwänge in der Medizin im Nationalsozialismus. Das Leben und Werk des Psychiaters Dr. Hans Roemer (1878–1947). Diss. Gießen 2011, S. 32.

³³ „Auf dem ersten internationalen Kongress in Washington 1930 war er [Kolb] mit Birnbaum unter den deutschen Vertretern und sprach in einem ausgedehnten Referat über die von ihm entwickelte offene Fürsorge in Deutschland.“; Leibbrand (Hg.): Menschenrechte (wie Anm. 21), S. 94f.

³⁴ Vgl. Dirk Blasius: Deutsche Erinnerung – Wegstrecken der Psychiatriegeschichte. In: Martin Wollschläger (Hg.): Sozialpsychiatrie. Entwicklungen – Kontroversen – Perspektiven. Tübingen 2001, S. 29–42, hier: S. 37f.

³⁵ Vgl. Anm. 25.

³⁶ Vgl. Krumm/Becker: Aspekte (wie Anm. 2), S. 46f.

³⁷ Vgl. Blasius: Deutsche Erinnerung (wie Anm. 34), S. 37f.

³⁸ Gustav Kolb: Die Familienpflege unter besonderer Berücksichtigung der bayrischen Verhältnisse. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 6 (1911), S. 273–304.

³⁹ Kolb, zit. nach: Dirk Blasius: Der verwaltete Wahnsinn. Eine Sozialgeschichte des Irrenhauses. Frankfurt a. M. 1980, S. 152.

⁴⁰ Laut Buße waren 1911 in ganz Bayern nur 12 Kranke in Familienpflege, während es in Preußen 3015 waren.

Familienpflege ist das beste Mittel, in einen veralteten Anstaltsbetrieb einen frischen Geist hineinzubringen, dem Personal und der Außenwelt die Möglichkeiten und Notwendigkeit freiheitlicher Krankenbehandlungen vor Augen zu führen.“⁴¹

Kolb betrachtete die Stärkung der familiären Versorgungsformen und den Abbau der permanenten Überfüllung der Anstalten als notwendigen Schritt zur Reformierung der psychiatrischen Versorgung.⁴² Er schlug vor, die Fürsorge für die außerhalb der Anstalten befindlichen Patienten in die Hände der Direktoren der Kreisirrenanstalten zu legen und dort einen externen ärztlichen Dienst einzurichten. Das Grundziel lag seiner Ansicht nach darin, den zahlreichen Bewohnern, welche nicht unbedingt anstaltsbedürftig seien, die Möglichkeit der Existenz außerhalb der Anstalt zu sichern.⁴³ In späteren Jahren sprach Kolb nicht mehr von einem externen Dienst, sondern von der offenen Fürsorge, deren Aufgaben er 1931 genauer präzisierte.⁴⁴ Dabei knüpfte er an die Tradition der Familienpflege an, deren System jedoch keine ambulante Nachsorge vorsah. Da Kolbs Forderung nach der allgemeinen Einrichtung einer offenen Fürsorge jedoch im Kreis des „Vereins Bayerischer Psychiater“ größtenteils auf Ablehnung stieß, konnte er sie zunächst nur in seinem eigenen Wirkungskreis – dafür mit größter Energie – umsetzen,⁴⁵ und zwar 1908 in Kutzenberg sowie ab 1912 in Erlangen. An diese Widerstände erinnerte er Jahre später vor dem bayerischen Kreistagsverband in München: „Es sind fast 20 Jahre, daß ich als Referent des bayerischen psychiatrischen Vereins zum erstenmal den Kollegen die offene Fürsorge vorgeschlagen habe. Außer Kraepelin, der von Anfang an ein warmer Freund der offenen Fürsorge gewesen ist, trat damals nur mein verehrter Kollege Dr. Prinzing-Kaufbeuren an meine Seite, sonst aber begegnete ich allgemeiner Ablehnung. Das war schmerzlich, aber gut. Denn ich war dadurch gezwungen, die Richtigkeit meiner Anschauungen durch die Tat zu beweisen.“⁴⁶

Die 1910er Jahre bis zu Beginn des Ersten Weltkriegs können mit deutschlandweit 34 Neugründungen familialer Pflegestellen⁴⁷ als Blütezeit der Familienpflege gesehen werden. Die Betreuungsverhältnisse nahmen zwar insgesamt zu, doch war die Verbreitung der Familienpflege nicht in allen Regionen gleichmäßig erfolgreich. Nach Kolbs Zählungen befanden sich Anfang 1911 in Deutschland 3519 Kranke in Familienpflege, darunter 3015 in Preußen, 7 in Bayern, 139 in Sachsen, 63 in Württemberg, 156 in Bremen.⁴⁸

⁴¹ Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 278.

⁴² Vgl. Krumm/Becker: Aspekte (wie Anm. 2), S. 46f.

⁴³ Vgl. Gustav Kolb: Reform der Irrenfürsorge. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 47 (1919), S. 137–172.

⁴⁴ Vgl. Kolb: Fürsorge (wie Anm. 14).

⁴⁵ Vgl. Helmut Haselbeck: Zur Sozialgeschichte der „Offenen Irren-Fürsorge“. Vom Stadtasyl zum Sozialpsychiatrischen Dienst. In: Psychiatrische Praxis 12 (1985), S. 171–179.

⁴⁶ Kolb, zit. nach: Leibbrand (Hg.): Menschenrechte (wie Anm. 21), S. 94f.

⁴⁷ Buße: Familienpflege (wie Anm. 14), S. 90.

⁴⁸ In der einzelnen Aufschlüsselung gibt es in der Quelle zu 139 Personen keine genaueren Angaben. Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 275.

Ungeachtet der damals praktizierten Reformkonzepte zur Öffnung der Psychiatrien stieg die Zahl der Anstaltspatienten unvermindert weiter; diese Entwicklung stagnierte erst während des Ersten Weltkriegs. Gleichzeitig waren die Fürsorgemaßnahmen des Sozialstaats in dieser Zeit außerordentlich gering.⁴⁹ Die kriegsbedingte Not der Bevölkerung wirkte sich in aller Härte auf die psychiatrische Versorgung aus.⁵⁰ Etwa 70 000 Psychiatriepatienten fanden aufgrund der katastrophalen Verhältnisse in den Einrichtungen den Tod.⁵¹ Zahlreiche Pflegeverhältnisse wurden aufgelöst und Kranke ihrem Schicksal überlassen.⁵² Im Hinblick auf das Elend der Gesamtbevölkerung und die zahlreichen Opfer unter den Soldaten hatte sich das gesellschaftliche Bewusstsein verändert – der Erste Weltkrieg hatte das zivile Grundgefüge der Gesellschaft tiefgreifend erschüttert. Auch die deutsche Psychiatrie ordnete sich in den Geleitzug des nationalen Aufbruchs ein und verlor ihre ethische Grundorientierung.⁵³ Der grauenhafte Zustand der Anstalten wurde beinahe ausnahmslos von der Gesellschaft wie von der Ärzteschaft relativiert⁵⁴ und das Hungersterben der Patienten als natürliches Schicksal von „Minderwertigen“ akzeptiert⁵⁵ – mit dem Anstieg der Kriegstoten schwand die Akzeptanz des Lebenswerts psychisch kranker Menschen; diese wurden zunehmend ins Abseits gedrängt.

Aufgrund der Härten des Kriegs entschieden sich viele Familien für die Auflösung ihrer Pflegeverhältnisse.⁵⁶ Inflation, Nahrungsmittelknappheit und Wohnungsnot verringerten zudem die Bereitschaft von Familien, psychisch Kranke in Pflege aufzunehmen. Daher gestaltete sich in den Nachkriegsjahren die Neuwerbung von Pflegefamilien zunächst schwierig.⁵⁷

⁴⁹ Vgl. Merith Niehuss: Keine Modernisierung in der Weimarer Republik? In: Zeithistorische Forschungen/Studies in Contemporary History, Online Ausgabe 1 (2004) 1, Abschnitt 1, hier: Absatz 1; online zugänglich unter: www.zeithistorische-forschungen.de/16126041-Niehuss-1-2004 (letzter Zugriff am 7. 10. 2015).

⁵⁰ Vgl. Krumm/Becker: Aspekte (wie Anm. 2), S. 47.

⁵¹ Vgl. Heinz Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1949. Freiburg i. Br. 1998.

⁵² Vgl. Michael Konrad/Paul-Otto Schmidt-Michel (Hg.): Die zweite Familie. Psychiatrische Familienpflege. Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn 1993, S. 47.

⁵³ Franz-Werner Kersting: „1968“ als psychiatriegeschichtliche Zäsur. In: Wollschläger (Hg.): Sozialpsychiatrie (wie Anm. 34), S. 43–58, hier: S. 53 f.

⁵⁴ Vgl. Blasius: Seelenstörung (wie Anm. 4).

⁵⁵ Vgl. Thomas Beddies/Heinz-Peter Schmiedebach: Die Diskussion um die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege in Deutschland. Historische Entwicklung einer Maßnahme zur sozialen Integration psychisch Kranker. In: Sudhoffs Archiv 85 (2001), S. 82–117, hier: S. 96; Faulstich: Hungersterben (wie Anm. 51).

⁵⁶ Christine Schönberger/Peter Stolz: Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch zur Umsetzung. Bonn 2003, S. 14.

⁵⁷ Ernst Buße beschreibt zwei Jahrzehnte später die Situation: „Die Gründe für den starken Rückgang [...] entsprangen sämtlich aus den anormalen Verhältnissen der Kriegs- und Nachkriegszeit [...]. Eine gedeihliche Familienpflege setzt bei den Pflegefamilien einen gewissen, wenn auch bescheidenen Wohlstand, gute Ordnung und Zucht voraus; es muß stets genügende Beaufsichtigung und Beschäftigungsanleitung für den Kranken vorhanden sein. All diese Dinge erlitten starke Einbuße. [...] Mit zunehmender Einziehung der Männer zum Heere konnten viele schwierige [...] Kranke nicht mehr in den Familien gehalten werden, da sie von den Frauen nicht genügend zu re-

Mit der allmählichen Konsolidierung der Wirtschaft in den 1920er Jahren wurde der Diskurs um die Reform der Anstaltspsychiatrie neu belebt.⁵⁸ 1923 zeichnete sich ein erneuter Aufschwung der Familienpflege ab und rückte sie in den Fokus der Psychiatrie.⁵⁹ Zentrale Gedanken der Reformansätze für eine „soziale Psychiatrie“⁶⁰ wiesen in Richtung Deinstitutionalisierung und deuteten auf ein neues Rollenverständnis der Anstaltspsychiatrie hin.⁶¹ In Anknüpfung an die sozialpsychiatrischen Konzepte des frühen 20. Jahrhunderts gewannen zentrale Forderungen wie die nach offener Fürsorge, aktiver Heilbehandlung und Arbeitstherapie an Bedeutung.

Die sich zuspitzende wirtschaftliche Krise Ende der 1920er Jahre traf erneut die schwächsten Glieder der Gesellschaft am härtesten. Die Verschlechterung der ökonomischen Rahmenbedingungen beeinflusste immer stärker die staatliche Fürsorgepolitik. So war die psychiatrische Versorgung von massiven Sparmaßnahmen betroffen, die sich insbesondere durch Kürzungen im Arzneimittelbudget, im Verköstigungsetat und im Anteil qualifizierten Personals bemerkbar machten.⁶² Für sozialpsychiatrische Reformen schwand der ökonomische Handlungsspielraum. Die Familienpflege wurde aus fiskalischen und vor allem ideologischen Gründen immer weiter abgebaut und kam schließlich Ende der 1930er Jahre beinahe ganz zum Erliegen.⁶³

Gleichzeitig machte die politische Lage im Nationalsozialismus eine Weiterführung sozialpsychiatrischer Ansätze immer schwieriger, sodass die „Kette der Er rungenschaften der modernen Psychiatrie“⁶⁴ wieder abbrach. Fehlte den Gedanken von Eugenik und Rassenhygiene in der Weimarer Republik noch die politische Unterstützung, nahm die allgemeine Akzeptanz dieser Konzepte im Nationalsozialismus beständig zu. Eine zunehmend biologistische Sicht und der zeitgleich entstehende wirtschaftliche Zwang zur Kostensenkung führten dazu, dass grundsätzlich die Frage nach dem Sinn psychiatrischer Hilfeleistung gestellt wurde. Es

gieren waren; dann kamen die Ernährungsschwierigkeiten, die erhöhte Krankheits- und Sterblichkeitsziffer, der Mangel an Arbeitskräften in der entvölkerten Anstalt [...], geradezu lähmend wirkte das berüchtigte Kohlrübenjahr 1917, Wohnungsnot, Flüchtlingskalamität, Papiergeldlawine und Arbeitslosigkeit taten das übrige. In Massen wurden die Kranken zur Anstalt zurückgegeben, es war den Familien nicht zu verdenken.“ Buße: Familienpflege (wie Anm. 14), S. 82ff.

⁵⁸ Vgl. Cornelia Brink: Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860–1980. Göttingen 2010.

⁵⁹ Vgl. Paul-Otto Schmidt-Michel: Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien. In: Thomas Becker u. a. (Hg.): Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte – Interventionen – Perspektiven. Köln 2006, S. 175–186, hier: S. 177.

⁶⁰ Julius Raecke: Soziale Psychiatrie. In: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 19/20 (1921), S. 116–119, hier: S. 117.

⁶¹ Vgl. Andrea Klendauer: Psychiatrische Familienpflege. Diplomarbeit Universität Bamberg 2004, S. 7.

⁶² Vgl. Christiane Roick: Heilen, Verwahren, Vernichten. Die Geschichte der sächsischen Landesanstalt Leipzig-Dösen im Dritten Reich. Diss. med. Universität Leipzig 1997, Anhang.

⁶³ Renate Koch: Die Behandlung psychisch Kranker in Leipzig-Dösen in der Zeit der faschistischen Diktatur. Diss. med. Universität Leipzig 1989, S. 31f.

⁶⁴ Kolb, zit. nach: Blasius: Wahnsinn (wie Anm. 39), S. 152.

gab zwar nach wie vor einzelne Befürworter wie Ernst Buße (Allenstein/Ostpreußen), die sich noch 1940 für die Verbreitung der Familienpflege engagierten,⁶⁵ doch wurden vielerorts bestehende Familienpflegverhältnisse aufgelöst. Nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs verlor die psychiatrische Familienpflege vollkommen an Bedeutung.⁶⁶

Frühe Etablierungsversuche in Bayerisch-Schwaben

In Bayerisch-Schwaben wurde im Frühjahr 1872 als Ergänzung für die ständig überfüllte Anstalt in Irsee mit dem Bau einer neuen Anstalt im Regierungsbezirk Schwaben und Neuburg begonnen. Schon im Vorfeld wurden der Bedarf und die Erfordernisse der neuen Einrichtung im ständigen Landratsausschuss diskutiert. Zum Gutachten des Ärztlichen Vereins der Kreishauptstadt Augsburg über die neu zu erbauende Anstalt wurde 1870 in Form einer anonymen Schrift kritisch Stellung genommen und schon dort auf die Möglichkeit der Einführung der familiären Pflege hingewiesen. So findet man darin Überlegungen zu den „socialen Verhältnissen“ der Umgebung des Kaufbeurer Standortes und zu den „colonialen und familiären“⁶⁷ Verhältnissen.

Folgt man den Einträgen in den Patientenakten und Jahresberichten, so kann man davon ausgehen, dass die Familienpflege in Kaufbeuren schon in der Gründungsphase eingeführt wurde oder zumindest vorgesehen war. Spätestens ab 1881 waren Kaufbeurer Patienten nachweislich in der Familienpflege untergebracht. So kamen von den 72 als ungeheilt entlassenen Patienten zwei Personen in fremde Pflegefamilien.⁶⁸

Für die Umsetzung der Familienpflege in der bayerisch-schwäbischen Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren engagierte sich zunächst Michael Kiderle (1876–1891). Sein Nachfolger Heinrich Ullrich (1891–1905), ein ehemaliger Assistenzarzt aus Erlangen, war Anhänger des aus England stammenden *open-door-system*.⁶⁹ Er setzte sich stark für den Ausbau und die Organisation der Familienpflege⁷⁰ als

⁶⁵ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel (Hg.): Familie (wie Anm. 52), S. 61f.

⁶⁶ Maria Sosna: Psychiatrische Familienpflege in Hessen. Möglichkeiten und Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Diplomarbeit Evangelische Fachhochschule Darmstadt 2008, S. 10ff.; vgl. Beddies/Schmiedebach: Diskussion (wie Anm. 55), S. 103.

⁶⁷ Anonymus: Kritische Bemerkungen zu dem Gutachten des ärztlichen Vereines der Kreishauptstadt Augsburg über eine neu zu erbauende Irren-Anstalt für den Regierungsbezirk Schwaben und Neuburg. [Broschüre im Selbstverlag] 1870, S. 33.

⁶⁸ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1881, Archiv Bezirkskrankenhause (BKH) Kaufbeuren.

⁶⁹ Vgl. Martin Schmidt/Robert Kuhlmann/Michael von Cranach: Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren. In: Michael von Cranach/Hans-Ludwig Siemen (Hg.): Psychiatrie im Nationalsozialismus. Die Bayerischen Heil- und Pflegeanstalten zwischen 1933 und 1945. München 2012, S. 265–326, hier: S. 267.

⁷⁰ „Unter Familienpflege verstand man die Unterbringung von Anstaltspatienten in geeigneten Familien, insbesondere in Familien auf dem Lande, die einerseits ausreichendes Verständnis für

maßgebliches Mittel der modernen Pflege und Therapie psychisch Kranker ein. Einen frühen Versuch, an der Anstalt Kaufbeuren Patienten in Familienpflege unterzubringen, unternahm Ullrich im Jahr 1899. So schlug Ullrich in einem Schreiben die Unterbringung der Patientin Balbina H. im Umland der Gemeinde Kaufbeuren vor, da er eine familiäre Versorgung in der nahen ländlichen Umgebung für geeigneter hielt als in den entfernteren Großstädten Augsburg und München. Ullrich empfahl der Stadt Kaufbeuren: „Die in hiesiger Kreisirrenanstalt untergebrachte Fotografensfrau Balbina H. [...] könnte nach Gutachten der Anstalten-Direktion in geeigneter Familie oder in einer Gemeindeanstalt versorgt werden, wo sie mit Näh- und Handarbeit beschäftigt werden könnte und eine gewisse Aufsicht genösse.“⁷¹

Tabelle 1: Verlegung „ungeheilte“ Patienten in Kaufbeuren vor 1900

	Verlegte Patienten ⁷² Gesamt	nach Irsee	in andere Anstalten	in eigene Familie	in fremde Familie Gesamt	davon Männer	davon Frauen
1881	72	39	4	27	2	k. A.	k. A.
1884	3			2	1	1	0
1887	91	52	2	33	4	k. A.	k. A.
1890	81	50	6	20	5	k. A.	k. A.
1891	43	22	7	13	1	1	0
1894	30	15	4	10	1	0	1
1896	33	21	4	7	1	0	1
1897	37	27	2	5	3	k. A.	k. A.
1898	47	33	8	2	4	k. A.	k. A.
1899	35	19	7	5	4	k. A.	k. A.

Auch Ullrichs Nachfolger Alfred Prinzing (1905–1929), der vor seiner Tätigkeit in Kaufbeuren zunächst Assistenzarzt der Kreis-Irrenanstalt München, später Oberarzt der Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth gewesen war,⁷³ beschäftigte sich mit Alts und Kolbs Reformgedanken. Unter Prinzing's Direktion wurde die Kaufbeurer Anstalt mit großem Aufwand baulich erweitert, zudem wurde die Bäderbehandlung eingeführt, ferner die offene Fürsorge und die Arbeitstherapie einge-

die spezielle seelische Situation des Patienten hatten und andererseits in eigener Landwirtschaft oder kleinem Gewerbe ausreichende Betätigungsmöglichkeiten bieten konnten. Dabei blieb der Kranke unter Aufsicht der Anstalt, wurde von Zeit zu Zeit von einem Arzt oder Pfleger besucht und konnte bei Rückfällen ohne weiteres wieder in die Anstalt aufgenommen werden. Während diese Einrichtung anfangs als ‚dauernde Irrenversorgung‘ zur Entlastung der Anstalten beitrug, wurde sie später immer mehr zu einem wichtigen therapeutischen und fürsorgerischen Bereich im Sinne einer stufenweisen Wiedereingliederung in die Gesellschaft und den Arbeitsprozeß.“; Koch: Behandlung (wie Anm. 63), S. 31f.

⁷¹ Patientenakte Balbina H., Archiv BKH Kaufbeuren.

⁷² Jahresberichte der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1881 bis 1899, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁷³ Vgl. Schmidt/Kuhlmann/von Cranach: Kaufbeuren (wie Anm. 69), S. 267.

richtet.⁷⁴ Der neue Direktor berichtete von den „großartigen 10-jährigen Erfolgen der sächsischen Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe mit Patienten in der Familienpflege“.⁷⁵ Auch griff er die von Alt auf dem Mailänder Kongress (1906) angesprochenen bayerischen Fortschritte in Eglfing auf und berichtete von den Planungen der Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg,⁷⁶ die „außerdem bestrebt [sei], die Familienpflege Geistesgestörter dadurch zu unterstützen, daß Anstaltsärzte Kranke besuchen, welche probeweise in ihren Familien untergebracht sind, um an Ort und Stelle die Durchführung der gegebenen Ratschläge zu überwachen und zu fördern“.⁷⁷ Prinzing erläuterte Maßnahmen, die das bayerische Innenministerium zur Etablierung der Familienpflege und damit zur Entlastung der zu dieser Zeit überfüllten bayerischen Psychiatrien vorschlug. In einem hierzu erstellten Gutachten beschrieb er, dass „nach § 60 der Anstaltssatzung [...] wiederholt der Versuch gemacht [wurde], Kranke in geeigneten Fällen in Kaufbeuren und Umgebung in Ökonomie- und anderen Betrieben unterzubringen. In Zukunft [werde] hierauf noch vermehrtes Augenmerk verwendet werden.“⁷⁸

1906 äußerte sich der Direktor Prinzing in einer Denkschrift zur Situation der bayerisch-schwäbischen Heil- und Pflegeanstalten und sprach Empfehlungen für deren zukünftige Entwicklung aus.⁷⁹ Um die Einführung der Familienpflege in Bayerisch-Schwaben zu unterstützen, schlug er vor, beim Bau einer von ihm empfohlenen zweiten schwäbischen Heil- und Pflegeanstalt die Pflegerfamilien mit einzubeziehen. Prinzings Ausführungen fanden später in den Plänen für die neue psychiatrische Anstalt Günzburg (1915 eröffnet) Berücksichtigung. So wurden auf dem Gelände der Günzburger Heil- und Pflegeanstalt Pflegerhäuser errichtet,

⁷⁴ Vgl. ebd.

⁷⁵ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1906, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁷⁶ Vgl. Ferrari: Congrès (wie Anm. 28), S. 166.

⁷⁷ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1906, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁷⁸ Ebd., S. 17.

⁷⁹ „Die Kaufbeurer Anstalten sind [...] jetzt schon überfüllt. Auf der Frauenabteilung sind nur noch 2 Betten frei, sonst sind alle Plätze besetzt; sogar auf den Gängen stehen Betten und in vielen Zimmern sind mehr Betten gestellt als nach dem Kubikraum zulässig wäre. [...] Bezüglich weiterer Maßnahmen zur Abhilfe des jetzt bestehenden Ärztemangels verweise ich auf den Artikel ‚Videant consules!‘ von Prof. Dr. Alt in N. 43–45 der psych. Neurologischen Wochenschrift (1906) und einer vom Verein bayer. Psychiater herausgegebenen Denkschrift über die Lage des irrenärztlichen Standes. [...] Der sachverständige Rat geht dahin, die Kaufbeurer Anstalt bis zum Maximalfassungsvermögen von 700 Kranken auszubauen, damit unterdessen die Vorbereitungen für den Neubau einer 2ten Anstalt in Schwaben in Ruhe getroffen werden können. [...] Der Neubau einer 2ten Anstalt [müsste] in die Jahre 1910 mit 1913 fallen. Sollte dieser [...] Plan nicht zur Ausführung kommen, so würde die Anstalt Kaufbeuren [...] in allergrößte Verlegenheit bezüglich der Krankenaufnahmen geraten. [...] Dabei wäre es nur vorteilhaft, wenn sich der Landrat von Schwaben schon bald mit dem Plan für eine neue Anstalt befassen würde. Die Auswahl eines geeigneten Platzes und eines [...] Landgutes, sowie die Wasserversorgung erfordern unter Umständen [...] jahrelange Vorverhandlungen. [...] Die Größe der neuen Anstalt brauchte anfangs 400 Plätze nicht zu übersteigen, es müssten aber alle Zentraleinrichtungen so getroffen sein, daß sie aufs doppelte erweiterungsfähig wäre.“; Alfred Prinzing: Denkschrift des K. Direktors der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren vom 14. August 1906 über den Stand und die Weiterentwicklung des Irrenwesens in Schwaben. [Eigenverlag] 1906, [ohne Seitenangabe].

welche jeweils mit zusätzlichen Räumen ausgestattet wurden, die für die Unterbringung von Familienpfleglingen gedacht waren.

Den konsequenten Versuch, die Familienpflege umzusetzen, verfolgte Prinzing vor allem in den Jahren nach den internationalen Kongressen.⁸⁰ Jedoch kam die bayerisch-schwäbische Familienpflege weder in jenen Jahren ihrer deutschlandweiten Blütezeit, noch in späteren Phasen so richtig in Schwung.

Dennoch wurden schon vor und während der Zeit der internationalen Diskussion auf den Kongressen für Irrenpflege (Antwerpen 1902, Mailand 1906, Wien 1908) in Bayerisch-Schwaben Patienten in Fremdfamilienpflege versorgt. So finden sich in den Kaufbeurer Jahresberichten, die während Ullrichs Direktorat erstellt wurden, Angaben zur Entlassung von sogenannten „ungebessert Abgegangenen [...] in eine fremde Familie“. Während in den Jahren 1901 und 1902 jeweils „eine Frau in eine fremde Familie verbracht“⁸¹ wurde, kamen laut Jahresbericht im Jahr 1900 insgesamt drei Frauen in Fremdfamilienpflege⁸² unter. Während sich für die Jahre 1904 und 1905 keinerlei Hinweise auf die Unterbringung Entlassener in Fremdfamilienpflege finden lassen, verzeichnet der Jahresbericht im Jahr des Direktorenwechsels 1905 erstmals die Unterbringung von zwei Männern in fremden Familien,⁸³ auch im folgenden Jahr wurde „ein Mann in eine fremde Familie verbracht“.⁸⁴ Im Jahresbericht zu 1909 findet sich rückblickend der Hinweis, dass „seit 1905 [...] 4 Fälle mit Erfolg in Familienpflege [versorgt wurden], davon drei in fremden Familien untergebracht. Alle sind definitiv entlassen.“⁸⁵ Einer der Familienpfleglinge wurde als ungeheilt in seine eigene Familie entlassen und befand sich damit in „Eigenfamilienpflege“ – ein erster Schritt hin zum sozialpsychiatrischen Konzept der offenen Fürsorge. Hierzu liest man im Jahresbericht: „Der in seiner eigenen Familie untergebrachte Patient steht noch unter periodischer Kontrolle der Anstalt und des Bezirksamtes.“⁸⁶ Ein weiterer Kranker befand sich phasenweise in Fremdfamilienpflege. Er war „jeden Sommer

⁸⁰ „Die Anstalten für Psychisch Kranke: Kaufbeuren 1911: a. Haupt- und Aufnahmeanst. Kaufbeuren, b. Pflegeanst. Irsee (6 km entfernt), Dir. Dr. Alfr. Prinzing; a. Kaufbeuren: Oberarzt Dr. Karl Eisen, Anst.-Ärzte Dr. Emil Krapf, Dr. Gottfried Edenhofer, Ass.A. Dr. Max Theobald, Med.Prakt.; b. Irsee: O.A. Dr. Friedrich Zierl, Ass.-A. Dr. Emil Ehrenfeld a) Kaufbeuren 1. 1. 1911: 652 Kr. (325 m., 327 w.) [...] Irsee 1. 1. 1911: 270 Kr. (125 m, 145 w.)“; Hans Lachr: Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Deutsch-Österreich, der Schweiz und den baltischen Ländern. Berlin 1912, S. 93f.

⁸¹ Vgl. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1901, S. 3, Archiv BKH Kaufbeuren; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1902, Archiv BKH Kaufbeuren [Transkription 01/2008, E. Resch].

⁸² Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1900, S. 3, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁸³ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1905, S. 5, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁸⁴ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1906, S. 5, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁸⁵ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1909, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

⁸⁶ Ebd.

einige Wochen bei einem Ökonomen der Umgebung, [konnte] sich aber nie lange außerhalb der Anstalt halten“.⁸⁷ Direktor Prinzing äußerte die Hoffnung auf einen weiteren Ausbau dieser Versorgungsform nach Abschluss eines geplanten Anwesen-zukaufs.⁸⁸ 1911 verfügte Kaufbeuren über eine Pflegerdienstwohnung, die mit zwei Zimmern für Familienpflege ausgestattet war. In diesem Jahr wurden außerhalb der Anstalt sieben Patienten (sechs Männer, eine Frau) in Familienpflege versorgt.⁸⁹ In den Berichten der folgenden Jahre finden sich leider keine Zahlenangaben zur Versorgung in fremden Familien; 1916 wurde in anderem Zusammenhang erwähnt, dass eine Patientin in Familienpflege verlegt worden sei.

Tabelle 2: Verlegung „ungeheilter“ Patienten in Kaufbeuren nach 1900⁹⁰

	Patientenzahl gesamt	Verlegte Patienten gesamt	nach Irsee	in andere Anstalten	in eigene Familie	in fremde Familie		
						Gesamt	davon Männer	davon Frauen
1900	k. A.	52	22	13	14	3	0	3
1901	k. A.	40	19	8	12	1	0	1
1902	428	37	21	8	7	1	0	1
1903	k. A.	52	25	14	13	0	0	0
1904	510	59	36	11	12	0	0	0
1905	545	51	31	8	10	2	2	0
1906	564	88	29	32	26	1	1	0
1907	592	70	33	18	17	2	2	0
1908	614	86	41	14	31	0	0	0
1909	641	77	27	18	28	4	3	1
1910	652	124	31	48	34	11	11	0
1911	672	mind. 49	20	22	k. A.	7	6	1
1912	698	mind. 31	26	5	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
1913	698	mind. 42	22	20	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
1914–16	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	k. A.	mind. 1

⁸⁷ Ebd.

⁸⁸ „Sobald das landwirtschaftliche Ruchi-Anwesen von der Anstalt übernommen und das dazugehörige Wohnhaus von einer Pflegerfamilie bezogen wird, hofft man dort 2 Kranke in Familienpflege unterbringen zu können.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1909, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

⁸⁹ Gustav Specht: Über die familiäre Verpflegung von Geisteskranken in Bayern. In: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 1 (1911), S. 305–325, hier: S. 318ff. Nach den Angaben von Buße und Kolb waren in ganz Bayern im Jahr 1911 sieben Patienten, 1927 elf Patienten und 1931 130 Patienten bei fremden Familien untergebracht, jedoch berücksichtigen diese Daten kein Zahlenmaterial aus der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren; vgl. Ernst Buße: Die Familienpflege Kranksinniger im heutigen Deutschland, ihr Stand vom 1. Oktober 1927, ihre Schicksale in der Kriegs- und Nachkriegszeit sowie ihre Beziehungen zur offenen Fürsorge. In: Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift 16 (1928), S. 159–166, S. 173–189; Ernst Buße: Internationale Übersicht über den Stand der Familienpflege. In: Zeitschrift für psychische Hygiene 4 (1931), S. 98–110; Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38).

⁹⁰ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1900 bis 1918, Archiv BKH Kaufbeuren.

Das alleinige Recht, sowohl die für die Familienpflege geeigneten Patienten als auch die hierzu passenden Familien auszuwählen, lag bei der Anstaltsdirektion.⁹¹ Prinzing erklärte „verblödete und harmlose“ Personen, von denen keine Gefährdung zu erwarten war, als besonders geeignet.⁹² Sein Nachfolger Valentin Faltlhauser, zuvor erster Fürsorgearzt in Nürnberg und enger Mitarbeiter Kolbs,⁹³ ab 1929 Leiter der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee,⁹⁴ empfahl als potentielle Kandidaten „namentlich ältere Frauen meist ohne Verwandtschaft, deren Befinden zeitweiligen Schwankungen unterworfen ist oder die stärkere geistige Defekte aufweisen und dauernder fachkundiger Aufsicht bei engem Zusammenhang mit der Anstalt bedürfen“.⁹⁵ Unter den in diesem Beitrag betrachteten Familienpfleglingen findet sich die Diagnose „Imbezillität“ und „Schizophrenie“ am häufigsten. Ein wesentliches Auswahlkriterium lag in der Arbeitsfähigkeit beziehungsweise „Nützlichkeit“ der Patienten. So kamen weder Kranke in Betracht, die einer besonderen Anstaltspflege bedurften, noch Patienten, für die in den Pflegefamilien keine für sie passenden Arbeitsmöglichkeiten zu finden waren. Ein weiteres Auswahlkriterium war, ob der persönliche Wunsch der Patienten bestand, sich in einen Alltag außerhalb der Anstalt zu begeben. In der Regel scheinen die Wünsche der Patienten, sofern sie realistisch waren, von der Anstaltsdirektion berücksichtigt worden zu sein. Es gab auch Patienten, die für die Familienpflege infrage kamen, die aber dennoch den Aufenthalt in der Anstalt den meist beschränkten Verhältnissen der Pflegefamilie vorzogen, da ihnen eine Pflegefamilie in manchen Beziehungen nicht das bieten konnte, was in der Anstalt vorhanden war (vor allem Wohnraum, Freizeit oder Verköstigung). Wichtigstes Kriterium für die Einrichtung dürfte gewesen sein, dass die Betreuung in der fremden Familie höchstens die gleichen Kosten verursachen durfte wie die psychiatrische Versorgung in der Anstalt selbst.

Familien, die einen Pflegling aufnehmen wollten, konnten bei der Anstaltsdirektion ihre Bereitschaft signalisieren,⁹⁶ doch ging die Initiative in den frühen Jahren meist von der Anstaltsdirektion aus. Diese konnte sich bei der Armen-

⁹¹ Vgl. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁹² Prinzing, zit. nach: Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 313.

⁹³ Vgl. Valentin Faltlhauser: Die in Deutschland praktisch durchgeführten Formen der offenen Geisteskrankenfürsorge. In: Hans Roemer/Gustav Kolb/Valentin Faltlhauser: Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten. Berlin 1927, S. 21–30, hier: S. 26f.; Valentin Faltlhauser: Der gegenwärtige Stand der offenen Fürsorge an den deutschen öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten. In: Zeitschrift für psychische Hygiene 3 (1930), S. 163–175.

⁹⁴ Vgl. Ulrich Pötzl: Reformpsychiatrie, Erbbiologie und Lebensvernichtung. Valentin Faltlhauser, Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren-Irsee in der Zeit des Nationalsozialismus (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften, Bd. 75). Husum 1995, S. 157–162.

⁹⁵ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁹⁶ 1931 waren dies 20 bis 25 Familien; vgl. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, Archiv BKH Kaufbeuren.

fürsorgestelle, beim jeweiligen Gemeindevorstand sowie beim Polizeiamt über die Wohn-, Lebens- und Erwerbsverhältnisse, den Leumund beziehungsweise eventuelle Vorstrafen der Familie erkundigen. Hauptsächlich wurden die Pfleglinge in Familien untergebracht, die in der Nähe der Kaufbeurer Anstalt wohnten.⁹⁷

In den Kaufbeurer Jahresberichten jener Zeit finden sich einerseits Hinweise auf eine allgemeine Akzeptanz dieser Versorgungsform aufseiten der Patienten und der Bevölkerung der umliegenden Gebiete.⁹⁸ Andererseits werden auch Schwierigkeiten angesprochen, geeignete Pflegefamilien für die Patienten zu finden: „Bereits im Vorjahr wurde diesbezüglich mit dem Irseer Bürgermeister verhandelt. Dessen Erkundigungen ergaben ein negatives Bild bei der Marktbevölkerung. Zwar wären Ökonomen bereit[,] im Sommer während der Heuernte Kranke zur Hilfeleistung bei sich aufzunehmen, [würden] diese aber im Winter mangels Arbeit nicht bei sich behalten.“⁹⁹ So konnte aus der Zahl der infrage kommenden Patienten nur ein geringer Anteil in Familienpflegestellen vermittelt werden.

Während des Ersten Weltkriegs änderte sich die Situation vor Ort. Die zunehmende Verschlechterung der wirtschaftlichen Verhältnisse und die Wohnungsnot führten auch in Bayerisch-Schwaben dazu, dass in der Bevölkerung die Bereitschaft stetig sank, Familienpfleglinge zu beherbergen.¹⁰⁰ Gleichzeitig wirkte sich der Abzug von 70 Angehörigen des Personals besonders einschneidend aus.¹⁰¹ Zwar konnte die Not mithilfe des anstaltseigenen, landwirtschaftlichen Guts gemildert werden, jedoch erreichten im Jahr 1917 die Todesfälle aufgrund der allgemeinen Mangelernährung und der Zunahme körperlicher Erkrankungen in der Kaufbeurer Einrichtung mit 10,4 % der Gesamtbelegung „eine nie bisher erreichte Höhe“.¹⁰² Erst Mitte 1919 normalisierten sich die Versorgungsverhältnisse wieder.

Die Nachkriegsjahre gestalteten sich für die psychiatrischen Einrichtungen besonders schwierig. Im Kaufbeurer Jahresbericht zu 1923 finden sich Ausführungen über die problematische Situation der bayerisch-schwäbischen Psychiatrie. So habe der Rückgang des Krankenstands seit Ende des Weltkriegs zur Schließung einzelner Anstalten geführt. Zudem würden die steigenden Ausgaben sowohl von

⁹⁷ „Weil die Familien in nächster Nähe wären, können die Pfleglinge – im Gegensatz zur Unterbringung in karitativen Anstalten – bei Bedarf schnell wieder in die Anstalt zurückgenommen werden.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, Archiv BKH Kaufbeuren.

⁹⁸ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1909, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

⁹⁹ Ebd.

¹⁰⁰ Dennoch wurde bereits 1916 in der neu eröffneten Heil- und Pflegeanstalt Günzburg der erste Patient in Familienpflege genommen; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg zu 1915/16, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Günzburg. Auch im Jahresbericht zu 1924 finden sich Hinweise, dass Günzburger Patienten in Familienpflege untergebracht wurden; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten Günzburg zu 1924, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Günzburg.

¹⁰¹ Vgl. Schmidt/Kuhlmann/von Cranach: Kaufbeuren (wie Anm. 69), S. 267.

¹⁰² Ebd.

den Angehörigen wie von den Behörden als zunehmende Last empfunden. Prinzing erinnerte an die schon länger bestehenden Familienpflegemodelle¹⁰³ und befürwortete den Ausbau der extramuralen Krankenversorgung in Bayerisch-Schwaben nach Kolbs Vorbild im Sinne der offenen Fürsorge.

Im Jahresbericht zu 1928 betonte der Kaufbeurer Direktor die Förderungswürdigkeit der Familienpflege.¹⁰⁴ In diesem Jahr bildete das Thema „Einsparungen im Irrenwesen“ den Hauptinhalt einer Tagung zur „Gemeinschaft in der Irrenfürsorge“. Dort tauschten sich bayerische und preußische Kreisvertreter intensiv über die psychiatrische Außenfürsorge aus und schlussfolgerten: „Die Hinübergabe in die Pflege bei fremden Familien im Anschluß an die Außenfürsorge ist nach Möglichkeit zu fördern.“¹⁰⁵

Prinzings Nachfolger Faltlhauser ging 1929 in seinem „Lehr- und Handbuch [...] zur Vorbereitung auf die Pflegerprüfung“ würdigend auf die Entwicklung und Bedeutung der Familienpflege ein und bedauerte deren Einbruch durch die Folgen des Ersten Weltkriegs. In einer vergleichenden Untersuchung beschäftigte sich Faltlhauser mit der Familienpflege am Beispiel der Berliner Anstalt Herzberge. Er präsentierte eine großstädtische Form fremdfamiliärer Unterbringung, die nicht dauerhaft, sondern vielmehr als „Durchgangsstation“¹⁰⁶ angelegt sei. Faltlhauser sah im ländlichen Bereich die Zukunft in einer engeren Verknüpfung der Familienpflege mit der offenen Fürsorge. Während letztere Mitte der 1920er Jahre in zahlreichen deutschen – darunter auch einigen bayerischen – Anstalten zum Teil bereits Fuß gefasst habe, stieß deren Einführung in den bayerisch-schwäbischen Einrichtungen weiter auf Schwierigkeiten.¹⁰⁷

In den folgenden Jahren wurde die Situation der extramuralen psychiatrischen Versorgung in Kaufbeuren wieder etwas entspannter. Die Kaufbeurer Familienpflege erreichte ihren Höhepunkt 1932 als ein Mann und 43 Frauen bei fremden Familien untergebracht waren. Im Kaufbeurer Jahresbericht zu 1931 heißt es, dass

¹⁰³ „Auch in Deutschland ist die Familienpflege, d. h. die Unterbringung von Patienten in Eigen- oder in Fremdfamilien, nach Versuchen des Irrenarzt Engelken in Rockwinkel/Bremen seit langem im Gang. In jüngster Zeit hat man die Kranken nach der Anstaltsentlassung auch in Fürsorge genommen.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1923, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁰⁴ „Die Familienpflege im Anschluß an die Außenfürsorge ist zu fördern, wobei diese Patienten im Anstaltsverband verbleiben und die Aufenthaltsgemeinden finanzielle Belastungen nicht zu befürchten haben.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1928, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁰⁵ Referat Kolb (Erlangen) auf der Tagung der bayerischen und preußischen Kreisvertreter gemäß Informationen der Münchner Neueste Nachrichten, Nr. 47, 17. 2. 1928, zit. nach: Hella Birk: Das ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘. Eine Untersuchung zum Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben in der Zeit des Nationalsozialismus. Augsburg 2002, S. 33.

¹⁰⁶ Valentin Faltlhauser: Geisteskrankenpflege. Ein Lehr- und Handbuch zum Unterricht und Selbstunterricht für Irrenpflege und zur Vorbereitung auf die Pflegerprüfung. Halle a. d. S. 1929, S. 36f.

¹⁰⁷ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1930, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

die schlechte wirtschaftliche Lage und der allgemeine Geldmangel auf dem Land die Bevölkerung dazu motivieren würden, gegen eine monatliche Entschädigung von 30 bis 50 Reichsmark einen teilweise arbeitsfähigen Familienpflegling aufzunehmen. Der schwäbische Kreistagspräsident Otto Merkt empfahl für Kaufbeuren die Übernahme der Familienpflege nach dem Muster der Heilanstalt Mainkofen, die ihren Schwerpunkt auf die bäuerliche Landarbeit legte.¹⁰⁸ Doch dies stieß bei der Direktion auf Widerstand. Es wurde auf Schwierigkeiten hingewiesen, ein funktionierendes Modell unkritisch in eine andere Region zu übertragen. Faltlhauser betonte, dass das Mainkofener Umland beinahe ausschließlich bäuerlich-ländlich geprägt sei, die Patienten in Kaufbeuren aber bis zu einem Anteil von 50 % aus der Großstadt Augsburg oder anderen Industriebezirken stammen würden und daher mit bäuerlicher Arbeit und Lebensweise nichts anfangen könnten. Die Patienten könnten für die landwirtschaftlichen Betriebe nichts leisten und würden nur Kosten verursachen. Faltlhauser hielt paradoxerweise für die Familienpflege das System der Systemlosigkeit am geeignetsten; sie müsse dem einzelnen Kranken und den örtlichen Verhältnissen angepasst sein.¹⁰⁹ Eine deutliche Grenze für die ländliche Familienpflege sah Faltlhauser, wenn die Anstalten selbst die Arbeitskräfte in eigenen Betrieben – wie Gärtnerei oder Gutshof – benötigten. Seine Haltung stützte sich auf kritische Diskussionen, die in Fachorganen wie der „Sanitätswarte“ geführt wurden.¹¹⁰

Gegen einen verstärkten Ausbau der ländlichen Familienpflege führte Faltlhauser im Jahresbericht zu 1931 eine „allzustarke [sic!] Überschwemmung bzw. Durchsetzung einer gesunden Bevölkerung mit Geisteskranken in Familienpflege, namentlich im zeugungsfähigen Alter“¹¹¹ an. Der Aspekt der Eugenik gewann im öffentlichen Diskurs immer mehr an Gewicht und bestimmte in der NS-Zeit zunehmend Gestalt und Struktur der Fürsorgepolitik. In diesem Sinne schrieb

¹⁰⁸ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁰⁹ „Prinzipiell kann gesagt werden, daß das für die Familienpflege geeignete System paradoxerweise Systemlosigkeit hat, nämlich daß die Familienpflege dem Kranken und den örtlichen Verhältnissen angepasst sein muss.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹¹⁰ „Können die Kosten für Unterbringung der Geisteskranken weiter vermindert werden? [...] Professor Friedländer weist sehr treffend darauf hin, daß schließlich durch die Erhöhung der Generalkosten für die Anstalt und durch die höheren Kosten für das zurückbleibende, immer schwieriger und daher auch kostspieliger werdende Anstaltsmaterial, die Ersparnisse, die durch die Familienpflege gemacht werden können, bei weitem überwogen werden. Das Streben, möglichst viele Patienten in Außenfürsorge, besonders in Familienpflege zu betreuen, hat übertriebenerweise dazu geführt, daß häufig bei der Auswahl der Kranken über den Kreis harmloser Endzustände und ähnlicher Erkrankungen hinausgegangen wird. Dadurch mehren sich die unsozialen Handlungen der Kranken vor allem durch kriminelle Psychopathen [...].“; Paul Levy: Können die Kosten für Unterbringung der Geisteskranken weiter vermindert werden? In: Sanitätswarte. Zeitschrift für das Personal in Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten 32 (1932) 16 [15. 9. 1932], S. 251 f., hier: S. 251.

¹¹¹ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

Valentin Faltlhauser bereits im Juli 1934 über „die dem Außendienste der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten erwachsenden Aufgaben im neuen Staate“, die für ihn in der tatkräftigen Unterstützung der Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses lagen.¹¹²

In den folgenden Jahren entwickelte sich in Bayerisch-Schwaben die Haltung gegenüber der Familienpflege ambivalent. Einerseits wurde die Familienpflege seit der Wirtschaftskrise vom schwäbischen Kreistag als Maßnahme zur finanziellen Entlastung der Heil- und Pflegeanstalten und des Landesfürsorgeverbands empfohlen.¹¹³ Andererseits wurden ab 1934 die Aufwandsentschädigungen für die Pflegefamilien gesenkt, sodass zahlreiche Familien nicht mehr bereit waren, ihren Pflegling für ein deutlich geringeres Entgelt weiter zu betreuen.¹¹⁴

Angesichts dieser Umstände berichtete 1934 Direktor Roderich Mayer aus der Günzburger Heil- und Pflegeanstalt von einer eher zögerlichen Einrichtung der Familienpflege: „Da sich der größte Teil unserer Kranken aus der ländlichen Bevölkerung rekrutiert, sind wir in der glücklichen Lage, fast ausnahmslos die Entlassungen in die eigene Familie bewerkstelligen und so auf fremde Familien verzichten zu können.“¹¹⁵ Aus Kaufbeuren hingegen hieß es zur selben Zeit, dass mehr Pflegeplätze zur Verfügung stünden als benötigt.¹¹⁶ Bevorzugt sollten Pfleglinge in Familien in der näheren Umgebung – Kaufbeuren, Oberbeuren und Irsee – vermittelt werden, damit ein eventuell notwendiges Eingreifen durch die Anstaltsmitarbeiter rasch – und ohne motorisierte Verkehrsmittel benutzen zu müssen – erfolgen könnte. Die schon eingerichteten Pflegestellen im 8 km entfernten Pforzen wurden deswegen wieder aufgelöst.

Das Interesse der schwäbischen Bevölkerung an der Familienpflege war in den frühen 1930er Jahren überraschend groß. So meldeten sich in Kaufbeuren neben Familien der anstaltseigenen Pfleger vor allem kleinstädtische und kleinstädtische Familien. Vonseiten der Krankenhausleitung wurden kleine bis mittlere Grundbesitzer sowie Beamte, Handwerker und auch Arbeiter bevorzugt.¹¹⁷ Kate-

¹¹² Vgl. Felix M. Böcker: Von der Familienpflege zur offenen Fürsorge. Der Beitrag von Gustav Kolb zur deutschen Sozialpsychiatrie im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. In: Sozialpsychiatrische Informationen 4 (2004), S. 11–18, hier: S. 11f.

¹¹³ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1931, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹¹⁴ Vgl. Klendauer: Familienpflege (wie Anm. 61).

¹¹⁵ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg zu 1933, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Günzburg.

¹¹⁶ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1935, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹¹⁷ Auch Gustav Kolb äußerte sich zu den Berufsgruppen, die neben der der Pfleger für die familiäre Verpflegung in Frage kommen würden: „Für die Aufnahme von Pensionären kommen in Betracht der Lehrer, event. der Gutsinspektor, die niederen Verwaltungsbeamten, unter Umständen der Maschinentechniker, der Gärtner“; Gustav Kolb: Sammel-Atlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Halle a. d. S. 1902, S. 220f. In Betracht für die Aufnahme von Patienten der Normalklasse kamen auch Familien der „im Dienste der Anstalt stehenden Handwerker (Schuster, Schneider, Tapezierer etc.)“; ebd., S. 224. „Die

gorisch ausgeschlossen wurden Pflegestellen in Umfeldern, in denen eine starke Neigung zum Alkohol bestand.¹¹⁸

Trotz gründlicher Auswahl der Pflegestellen kam von den Patienten, die in Kaufbeuren in Familienpflege gegeben wurden, beinahe die Hälfte wieder in die Anstalt zurück. Die Direktion schlussfolgerte: „Dies zeige unwiderlegbar, daß in Familien versorgte Kranke nur unter intensiver sachkundiger Aufsicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Anstalt gehalten werden können.“¹¹⁹

Während der familiären Versorgung blieben die psychisch Kranken stets Patienten der Heil- und Pflegeanstalt. Die Pflichten und Rechte der Pflegefamilie wurden in einem Vertrag zwischen Pflegepartner und Anstaltsdirektion festgelegt. Darin wurden Zuständigkeiten für die materielle Ausstattung der Patienten, die medizinische Versorgung im akuten Krankheitsfall sowie finanzielle Aspekte wie Taschengeld und Pflegesatz geregelt. Gewöhnlich wurde je ein Kranker in einer Familie untergebracht, selten auch zwei oder drei Patienten desselben Geschlechts. Die Pflegefamilie wurde per Vertrag nicht nur zu einem gütigen und gerechten Verhalten gegenüber dem Kranken verpflichtet, sondern auch dazu aufgefordert, die Pfleglinge wie Familienmitglieder zu behandeln, wobei Strafe, Zwang oder gar eine Züchtigung explizit verboten wurden. Da zahlreiche Kaufbeurer Pfleglinge in ländlichen Betrieben unterkamen, wurden die Gastfamilien dazu verpflichtet, sie von gefährlichen, anstrengenden und verantwortungsvollen Arbeiten fernzuhalten. Dabei wurde ausdrücklich die Pferdegespannführung auf der Straße untersagt. Freizeit musste zugesichert werden. Außerdem war das Verleihen der Pfleglinge als Arbeitskräfte, was in arbeitsreichen Phasen der Saison bei den Landwirten durchaus üblich war, nur mit ausdrücklicher Genehmigung der Anstalt gestattet.¹²⁰

Bei vielen Pfleglingen verbesserte sich der körperlich-seelische Zustand unter den neuen Bedingungen der familiären Versorgung. Ein Anstaltsarzt besuchte die Patienten in ihren Pflegefamilien ein- bis zweimal monatlich und erstellte kontinuierlich Berichte, die in der Patientenakte abgelegt wurden. Auch finden sich in den jeweiligen Akten regelmäßige Einträge der Fürsorgepflegerin, welche die Pfleglinge ungefähr im Monatsturnus besuchte. Zudem kamen die Patienten regelmäßig zum Baden in die Heil- und Pflegeanstalt, wobei sie jedes Mal gewogen und untersucht wurden. Bei diesen Kontakten wurde der physische und psychische Einfluss der neuen Umgebung auf den Gesundheitszustand der Pfleglinge geprüft.

Persönlichkeiten [...] sind so verschieden, dass sich ein allgemeingiltiger Vorschlag nicht machen lässt, zumal Art und Charakter der Frau bei der Entscheidung im einzelnen Falle eine ausschlaggebende Rolle spielt.“; ebd., S. 220f.

¹¹⁸ Vgl. Faltthäuser: Geisteskrankenpflege (wie Anm. 106), S. 36f.

¹¹⁹ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1935, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹²⁰ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1932, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

Auszug aus dem Vertrag zu den Bestimmungen für die Familienpflege

§ 1 Die Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren schließt mit NN einen Vertrag auf Übernahme des Kranken NN in Familienpflege ab.

§ 2 Die einer Familie zugewiesenen Kranken bleiben Anstaltspfleglinge und unterstehen der verantwortlichen Aufsicht des Anstaltsvorstandes [...]. Jeder Kranke kann durch Anordnung des Direktors ohne weiteres aus der Familienpflege wieder zurückgenommen werden.

§ 3 Die Pflegefamilie stellt für die Kranke ein als Schlafzimmer eingerichtetes Zimmer zur Verfügung.

§ 4 Leibwäsche, Kleidung und Schuhe für die Kranke werden regelmäßig von der Anstalt gestellt und nach Bedarf ersetzt. [...] Die Reinigung und die kleineren Ausbesserungsarbeiten [...] liegen der Pflegefamilie ob.

§ 5 Die Familie ist verpflichtet, die zugeteilten Kranken wie Familienmitglieder, im übrigen nach den vom Anstaltspersonal gegebenen Anweisungen zu behandeln, zu verköstigen, zu beaufsichtigen [...], bei leichteren und vorübergehenden Erkrankungen zu pflegen.

§ 6 Der pflegenden Familie wird ein gütiges und gerechtes Verhalten gegenüber den Kranken zur Pflicht gemacht [...].

§ 7 Die Familie soll die zugewiesenen Kranken gemäß den ärztlichen Anweisungen beschäftigen. [...]

§ 8 Die Kranken haben bei Tag Aufenthalt und berechtigten Platz in den Aufenthaltsräumen der Familie, mit der sie essen und leben [...].

§ 9 Die pflegende Familie hat die erforderliche körperliche Reinigung des Kranken bei Morgen, unter Tag in angemessenen Zwischenräumen zu ermöglichen und zu überwachen [...].

§ 10 Inwieweit Kranke an öffentlichen Gottesdiensten teilnehmen können entscheidet der Arzt. Wirtshausbesuch und Alkoholgenuß sind dem Kranken regelmäßig verboten [...].

§ 11 Die Familie ist verpflichtet, von allen besonderen Vorkommnissen insbesondere von jeder Verschlechterung des Zustandes [...] der Anstalt spätestens beim nächsten Besuche des Anstaltspersonals, in dringenden Fällen telephonisch Mitteilung zu machen [...].

§ 12 Der pflegenden Familie ist ohne besondere Erlaubnis nicht gestattet mit den Angehörigen der Kranken [...] in Briefwechsel zu treten [...]. An Sonntagen ist den Kranken der Besuch durch die nächsten Angehörigen gestattet, sowie der Arzt nicht anders bestimmt [...].

§ 13 Für jeden sich beschäftigenden Kranken ist von der betr. Familie ein Taschengeld zu gewähren, dessen Höhe, nach den Arbeitsleistungen der Kranken abgestuft, jeweils der Arzt bestimmt [...].

§ 14 Für Überlassung des Zimmers und als Vergütung für ihre übrigen Leistungen erhält die Familie für die Kranke ein Verpflegungsgeld von monatlich 60.- RM.

§ 15 Ein in Familienpflege gegebener Anstaltspflegling begründet einen Wohnsitz nicht [...].

§ 16 Die in Familienpflege befindlichen Anstaltspfleglinge sind nicht versicherungspflichtig [...].

§ 17 In allen aus dem Vertrag [...] sich ergebenden Streitfragen entscheidet die Anstaltsdirektion, in zweiter Instanz die Kreisregierung nach Anhören des Kreisausschusses.

Kaufbeuren, den 06. 05. 1932¹²¹

Erfahrungen im bayerischen ländlichen Raum

Trotz der internationalen Diskussion und der allmählichen Etablierung der Familienpflege in Deutschland gestaltete sich deren Realisierung in Bayerisch-Schwaben schwierig. Die Ursachen dafür sind vielschichtig und nicht immer offensichtlich, doch lässt sich beobachten, dass es in ganz Bayern mit der Familienpflege nicht recht voran ging.

Die besondere Situation der Familienpflege war auch Thema der IX. Jahresversammlung des „Vereins Bayerischer Psychiater“ in München (1910). Kolb stellte „in Bayern größere Hindernisse als anderwärts“¹²² fest. Auch Prinzing verwies in einer statistischen Gegenüberstellung auf die Schwierigkeiten der Region: „Während 1908 in der Provinz Brandenburg (ohne Berlin) bei einer Bevölkerung von ca. 3 800 000 Menschen in 9 Anstalten 6294 Kranke untergebracht waren, waren es um dieselbe Zeit in Bayern bei einer Bevölkerung von ca. 6 800 000 in 12 Anstalten nur 8535 Kranke.“¹²³ Gustav Specht¹²⁴ (Erlangen) beschäftigte sich mit der Frage, warum die Familienpflege gerade in diesem Gebiet nicht so recht Fuß fassen wollte. Zwar seien unter den bayerischen Anstaltsdirektoren keine prinzipiellen Gegner der Familienpflege zu finden,¹²⁵ doch existierten hier Faktoren, die sich hemmend auf die Ausbreitung dieser Pflegeform auswirkten. Specht bezeichnete Bayern auf der „Karte der familialen Kolonien“ gar als „eine Wüste“.¹²⁶

Schon in zeitgenössischen Debatten wurde betont, die wohl größte Schwierigkeit für die Akzeptanz der Familienpflege sei in der Gesetzgebung zur Versorgung von Bedürftigen zu suchen. Während in Preußen die Kosten der Unterbringung in einer psychiatrischen Anstalt überwiegend von den Landkreisen übernommen wurden, mussten diese in Bayern von den Angehörigen beziehungsweise den Armenkassen der jeweiligen Heimatgemeinden getragen werden.¹²⁷ Daher

¹²¹ Krankenakte Felizitas G., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹²² Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 284f.

¹²³ Prinzing, zit. nach: Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 316.

¹²⁴ Gustav Specht (1860–1940) war viele Jahre an der Kreis-Irrenanstalt in Erlangen tätig und ab 1903 ord. Prof. für Psychiatrie in Erlangen; er war der Doktorvater von Valentin Falthäuser.

¹²⁵ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 306.

¹²⁶ Ebd., S. 305.

¹²⁷ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel (Hg.): Familie (wie Anm. 52), S. 45f.; „Während in Preußen für die Verpflegskosten mittelloser Geisteskranker die unterstützungspflichtige Gemeinde im Höchsthalle nur mit einem Drittel aufzukommen hat und Landkreis und Gesamtlandarmenverband das übrige tragen, muß in Bayern nach Art. 11, Abs. II, Z. 2 unseres Armengesetzes die

hatten sowohl die Herkunftsgemeinde wie auch die Verwandten der Kranken ein gehöriges Interesse daran, dass die Patienten nur für möglichst kurze Zeit in einer psychiatrischen Anstalt (ob stationär oder extramural) versorgt wurden.¹²⁸ Insbesondere wenn sich Selbstzahler an der Grenze ihrer ökonomischen Leistungsfähigkeit befanden, wurde so früh wie möglich auf eine Entlassung gedrängt.¹²⁹ Während die preußische Gesetzgebung also „förmlich darauf zugeschnitten“ war, den Anstalten möglichst viele Kranken zuzuführen und diese dort zu halten, bewirkten die rechtlichen Verhältnisse in Bayern genau das Gegenteil.¹³⁰ Eine Ausnahme bildete die Gesetzeslage in der bayerischen Rheinpfalz. Die dortige von Stammbayern abweichende Bedürftigenversorgung spiegelte sich auch in der wesentlich stärkeren Etablierung der Familienpflege wider.

Als weiteres erschwerendes Moment stellte Specht in seiner Analyse fest, dass in kleinen ländlichen Gemeinden und Städten die Familienpflege kaum angenommen werde, da dort die Finanzierung eines – auch extramural untergebrachten – Anstaltspatienten die Gemeindekasse deutlich stärker belastete als dessen Unterbringung in sozialen Einrichtungen der eigenen Gemeinde. Im urbanen Raum hingegen gebe es eine „größere Anzahl an relativ harmlosen Patienten“,¹³¹ die für die Familienpflege gut geeignet seien.

Als zusätzliches Hemmnis für die Ausweitung der Familienpflege betrachtete Specht das Stigma, mit dem die Armenunterstützung verbunden war. So wollten sowohl die Angehörigen wie auch die Kranken selbst nicht als Kostgänger ihrer Heimatgemeinde gelten. Neben den Einschränkungen in der Freizügigkeit und Verhehlung war der Status eines psychiatrischen Patienten zudem oft mit Demütigungen und Kränkungen im sozialen Umfeld verbunden.¹³²

Auf ein weiteres Problem stieß die Familienpflege, wenn städtische Kranke auf dem Land untergebracht werden sollten. Diesen waren bäuerlich-ländliche Lebensgewohnheiten und Arbeitsfelder oft fremd, zudem waren die Besuchsmöglichkeiten der Angehörigen erschwert.¹³³

Dass die Lage für die Familienpflege in Bayern ungünstig war, wurde zudem durch engere Aufnahmekriterien in psychiatrische Einrichtungen bedingt. So stellte Eduard Kundt (Deggendorf) fest, dass zahlreiche Patienten, die in Preußen oder Sachsen zu den Familienpfleglingen gehörten, in Bayern satzungsgemäß von der Aufnahme in eine Kreisirrenanstalt ausgeschlossen seien.¹³⁴ Auch Prinzing

Heimatgemeinde primär für die vollen Verpflegskosten unbemittelter Geisteskranker in Anstalten aufkommen.“; ebd., S. 306.

¹²⁸ Vgl. Böcker: Familienpflege (wie Anm. 112), S. 11 f.

¹²⁹ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 311.

¹³⁰ Vgl. ebd., S. 306 f.

¹³¹ Ebd., S. 310.

¹³² Ebd.

¹³³ Ebd., S. 311.

¹³⁴ Friedrich Vocke: Verhandlungen psychiatrischer Vereine. IX. Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater in München am 6. und 7. Juni 1911. 1. Sitzungstag, Dienstag, den 6. Juni 1911. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin 69 (1911), S. 100–110, hier: S. 106.

bemerkte eine ausgesprochene „Verschiedenheit des Krankenmaterials“ zwischen Sachsen und Bayern. Die preußische Gesetzeslage würde dafür sorgen, dass den dortigen öffentlichen Heilanstalten „Kranke zuströmen, welche in Schwaben in Wohltätigkeits- und privaten Epilepsieanstalten untergebracht sind. Entsprechende Vergleichsberechnungen bestätigen diese Situation. In Schwaben werden die öffentlichen Heilanstalten in der Regel nur von schweren Erkrankungsfällen in Anspruch genommen. Bei Besserung steht meistens die Rückkehr in die eigene Familie oder in die Heimat offen.“¹³⁵

Ein anderes erschwerendes Moment für die Familienpflege in Bayern lag laut Specht in einem regional-typischen „stark ausgeprägte[n] Gefühl der familialen Zusammengehörigkeit“, welches sich dahingehend auswirke, dass sich der Angehörigenkreis eines Patienten gegen eine Unterbringung bei fremden Leuten sträube und auf dessen schnellstmögliche Entlassung dränge.¹³⁶ Diese Sicht teilte Prinzing, der ebenfalls betonte, „das Gefühl der Zusammengehörigkeit mit der Heimat scheint in Bayern mehr ausgeprägt zu sein“.¹³⁷ Gegen die Unterbringung in der Familienpflege sprach darüber hinaus, dass die Arbeitskraft eines Kranken zu Hause fehlte, weswegen oft sogar nur „halb gebesserte Kranke vorzeitig“ nach Hause geholt wurden.¹³⁸

Kolb erläuterte, dass im bayerisch-ländlichen Raum kaum Parzellenbetriebe vorhanden seien, sondern vielmehr kleine und vor allem mittelgroße Höfe dominierten. Mieter gebe es selten, es herrsche ein Mangel an Dienstboten und Tagelöhnern.¹³⁹ So existierten beinahe ausschließlich Familienbetriebe mit außerordentlich intensiver Bewirtschaftung. Diese „Bauern [würden] nur arbeitende Kranke [wollen]“.¹⁴⁰ Zudem komme es in den feiertagsreichen katholischen Gegenden zu einer starken Häufung der Arbeit an den Werktagen, was manchmal dazu führe, dass die Kranken in diesen Zeiten überanstrengt würden.¹⁴¹ Deswegen hielt Kolb die Bevölkerung der Umgebung nur bedingt für die Familienpflege geeignet. Aufgrund seiner statistischen Prüfung fand er in Bayern „die landwirtschaftlichen Be-

¹³⁵ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1911, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹³⁶ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 310f.

¹³⁷ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1911, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹³⁸ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 311.

¹³⁹ „Die eigentlichen Bauernbetriebe sind besonders bei Dienstbotennot für die Familienpflege wenig geeignet; die stärkere Entwicklung des Familienbetriebes in Bayern dürfte im Sinne einer größeren Dienstbotennot in Bayern verwertbar sein: In Bayern sind 78,5 % der landwirtschaftlich tätigen Personen Inhaber oder deren Familienangehörige und nur 21,5 % fremde Dienstboten. In Preußen sind 59,5 % der in Berufsabteilung A erwerbstätigen Personen Eigentümer, Pächter oder Familienangehörige, 40,5 % fremde Angestellte oder Dienstboten.“; Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 288f.

¹⁴⁰ Ebd., S. 284f.

¹⁴¹ „Im wesentlichen wegen dieser rücksichtslosen Ausnutzung der Kranken mußte ich 6 Pfleglinge, die in einer recht vielversprechenden Weise bei fremden Familien des Nachbarortes untergebracht waren, bis auf einen wieder in die Anstalt zurücknehmen, trotzdem im übrigen die Verhältnisse recht befriedigend waren.“; ebd., S. 284f.

triebe, welche für die Familienpflege am ungünstigsten sind, [...] fast doppelt so zahlreich als in Preußen“.¹⁴² Ein weiteres ungünstiges Moment für die Ausweitung der Familienpflege wurde darin gesehen, dass schon seinerzeit weite Gebiete Bayerns stark vom Fremdenverkehr geprägt waren und als „Sommerfrischen viel besucht“¹⁴³ wurden. Auch Breuer bemerkte 1925 eine die Familienpflege erschwere landwirtschaftliche und touristische Struktur Bayerns.¹⁴⁴

Zudem bekräftigte Prinzing, dass darüber hinaus in Bayern potentielle Familienpfleglinge häufig in privaten Einrichtungen untergebracht würden,¹⁴⁵ da diese „wegen ihres ganzen Charakters, insbesondere aber wegen der geringeren Verpflegskosten [...] gegenüber den Irrenanstalten bevorzugt“¹⁴⁶ würden. So seien aus der Kaufbeurer Anstalt von 1906 bis 1911 „nicht weniger als 69 verblödete und harmlose Kranke in Wohltätigkeitsanstalten versetzt worden“,¹⁴⁷ welche für die Familienpflege gut geeignet gewesen wären.

Ein weiteres kritisches Moment findet sich in einem Bericht aus Eglfing: So bestanden unter den dortigen Pflegern deutliche Vorbehalte, Kranke in die Familie aufzunehmen: „Man müsse um Frau und Kinder besorgt sein; habe keine Ruhe, wenn man heimkomme; könne in der Familie nicht so kochen lassen, wie es die Kranken von der Anstalt her gewohnt seien, schließlich habe man nur Schaden und keinen Nutzen.“¹⁴⁸ Auch gegenüber der benachbarten Bevölkerung habe man sich zum Teil mit Vorbehalten gegenüber der Übernahme eines Familienpfleglings auseinanderzusetzen, wenn dieser als „Fremdkörper“ und „dauernde Extraverantwortung“ gesehen wurde.

Darüber hinaus beobachtete Specht in der süddeutschen Bevölkerung eine stark ausgeprägte „Abneigung gegen jegliches Paragraphenwesen und Kontrollieren“, die sich im Zusammenhang mit den regelmäßigen Hausbesuchen durch Fürsorge-Arzt und -Pfleger äußerte; befürchtet wurde der Verlust „des Rechtes, Herr im eigenen Haus zu sein“.¹⁴⁹

¹⁴² Ebd., S. 288f.

¹⁴³ Ebd., S. 288ff.

¹⁴⁴ Maria Breuer: Die Fürsorge für Geisteskranke und Nervöse außerhalb der Anstalten. In: Psychiatrich-neurologische Wochenschrift 12/13 (1925), S. 110–115, hier: S. 113.

¹⁴⁵ Vgl. Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 299.

¹⁴⁶ Prinzing, zit. nach: Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 313.

¹⁴⁷ Ebd. Im Jahresbericht der Anstalt hieß es: „Erscheint bei unheilbar Kranken die Rückkehr nach Hause untunlich, werden Verblödete und Harmlose lieber in Wohltätigkeitsanstalten mit geringeren Kosten untergebracht als in der Irrenanstalt belassen. Davon wären sicher mehrere auch für die Familienpflege geeignet.“; Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1911, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁴⁸ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 321f. Bei Vocke: Verhandlungen (wie Anm. 134), S. 106, hieß es: „Bei uns scheiterte die Einführung der Familienpflege bei Pflegerfamilien an dem Widerstand der Kranken und der Pfleger. Die Kranken zogen die Kost, die ihnen liebgewordene Beschäftigung und die Geselligkeit der Anstalt vor, falls man sie nicht nach Hause entlassen wolle. Die Pfleger wollten von einer Familienpflege, die ihnen Verantwortung aufbürde und die häusliche Intimität störe, nichts wissen. Wenn sie vom Dienst heimkämen, möchten sie Ruhe und nicht wieder mit Kranken zu tun haben.“

¹⁴⁹ Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 321f.

Kolb stellte in der bayerischen Bevölkerung einige die Familienpflege erschwere Charakterzüge fest: Hinderlich sei „der konservative Sinn der ländlichen Bevölkerung, insbesondere in Schwaben und in einzelnen Teilen Frankens; der lebens- und genußfrohe Sinn des Altbayern, der nur selten bereit sein wird, für einen relativ kleinen Verdienst dauernd etwas von seiner Behaglichkeit zu opfern“.¹⁵⁰ Insgesamt wertete Kolb die Bevölkerung in Bayern als „durchschnittlich wenig für die Familienpflege geeignet“.¹⁵¹

Specht zog aus diesen Betrachtungen die Schlussfolgerung, dass die Familienpflege zwar als „die natürlichste, freieste, beste und billigste Verpflegsform [!] für einen mehr oder minder erheblichen Teil unserer Kranken“ gesehen würde, doch müsse gerade der Aspekt der Billigkeit im Hinblick auf die bayerischen Verhältnisse kritisch betrachtet werden. Auf jeden Fall sei es ein „prinzipiell falsches Rechenexempel“, wenn man die in einigen preußischen Provinzen erreichten Ergebnisse unhinterfragt auf die bayerische Situation übertragen wolle.¹⁵² In diesem Punkt riet er zu weniger Überschwang und zu mehr nüchterner Kritik. Kolb resümierte in seiner Untersuchung, dass der Familienpflege in Bayern zwar „äußere Momente in ungewöhnlich hohem Maße entgegenstehen“ würden,¹⁵³ jedoch sah er darin weniger ein Hemmnis als vielmehr einen Anlass, die Probleme zu beseitigen und die Gestaltung der Familienpflege entsprechend anzupassen. Prinzing hingegen blickte trotz der besprochenen Schwierigkeiten der Familienpflege in Bayern hoffnungsvoll auf deren zukünftige Entwicklung.¹⁵⁴

Konstellationen und Erfahrungen in der Kaufbeurer Familienpflege an konkreten Fallbeispielen

Faltlhauser äußerte sich in seinem ersten Amtsjahr dazu, welche Kriterien seiner Meinung nach erfüllt sein mussten, damit ein Patient für die Familienpflege geeignet sei. Genau diese Kriterien wurden unter den Zeitgenossen durchaus kon-

¹⁵⁰ Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 288ff.

¹⁵¹ Ebd., S. 284f.

¹⁵² Specht: Verpflegung (wie Anm. 89), S. 323.

¹⁵³ Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 294.

¹⁵⁴ „Prinzing-Kaufbeuren: Wir dürfen Herrn Kollegen Kolb dankbar sein, und ich empfinde es als ein Bedürfnis, ihm dies auszusprechen, daß er die ideale Seite der Frage in den Vordergrund gestellt und einen energischen Appell an unsere Mitarbeit bei der Einführung der Familienpflege in Bayern gerichtet hat. Mögen die Schwierigkeiten noch so groß sein, so dürfen wir doch hoffen, über dieselben hinwegzukommen, wenn wir mit einer gewissen Begeisterung an die neue Aufgabe herangehen und die freiheitliche Entwicklung unserer Anstalten mit allen Kräften zu fördern suchen. Es ist meine feste Überzeugung, daß in dieser Beziehung noch viel geschehen kann, und daß jetzt noch in manchen Fällen – ich denke vor allem an gewisse Stadien der Dementia praecox – die geschlossene Anstalt, statt fördernd, schädigend auf das Befinden unserer Kranken einwirkt. Großen Erfolg verspreche ich mir von der Mitarbeit unserer jüngeren Kollegen, denen sich dadurch ein dankbares Feld selbständiger Tätigkeit eröffnet.“ Vocke: Verhandlungen (wie Anm. 134), hier: S. 107.

trovers diskutiert. Während einige Ärzte ausschließlich unheilbare Patienten für die Familienpflege geeignet hielten, wollten andere auch heilbare Kandidaten an Pflegefamilien empfehlen. Weitgehende Übereinstimmung herrschte darüber, dass Gemeingefährlichkeit, Suizidneigung, Neigung zur Entweichung, zur Brandstiftung oder zu sexuellen Übergriffen von der Familienpflege ausschließende Kriterien seien.¹⁵⁵

Nach Alt eigneten sich am ehesten „Idioten und Imbecile“¹⁵⁶ für die Familienpflege. Unter den Kaufbeurer Familienpfleglingen bildeten geistig Behinderte und Schizophrene die größte Patientengruppe. Ein Grund dafür könnte in der relativen Häufigkeit dieser Diagnosen unter den stationären Patienten liegen. Ein weiterer Grund ist darin zu suchen, dass eine hohe Zahl der schizophrenen Bewohner nicht geheilt und deswegen auch nicht als gesund entlassen werden konnte; diese Unterbringungsform bot jedoch eine Alternative zur dauerhaften Hospitalisierung.

Um die Persönlichkeit eines Kandidaten für die Familienpflege gut einschätzen zu können, wurde empfohlen, die Kranken zunächst stationär in der Einrichtung aufzunehmen und dort eine gewisse Zeit zu beobachten. Gleichzeitig wurde als unabdingbar angesehen, die ärztliche Überwachung der Patienten auch nach ihrer Aufnahme in die Pflegefamilie aufrechtzuerhalten. Es sollte gewährleistet werden, dass ein Pflegling bei Verschlechterung seines Zustandes oder anderweitigen Zwischenfällen jederzeit in die Einrichtung wieder aufgenommen werden könnte.¹⁵⁷ Im Hinblick auf die Wahl der Pflegefamilien galt es ebenfalls, im Vorfeld untragbare Verhältnisse auszuschließen.

Doch kam es trotz einer bedachten Auswahl von Pflegling und Pflegefamilie auch zu manchen ungünstigen Verläufen der Familienpflege. In einzelnen Fällen mussten Pfleglinge in die Anstalt zurückgeholt werden und wurden teilweise recht bald wieder an anderen Pflegestellen untergebracht. Zum Teil erfolgte die Zurücknahme, weil die Pfleglinge entgegen der ursprünglichen Einschätzung für die Familienpflege nicht geeignet zu sein schienen. So kam es in einigen Fällen dazu, dass sich Pfleglinge betranken oder Unfrieden in die Familien brachten. In einem Krankenbericht hieß es: „weil sie dauernd schimpfte wurde sie von ihrer Pflegefamilie zurückgebracht. [...] Pat. ist immer nörgelnd und streitsüchtig.“¹⁵⁸ Auch erfolgten Rückverlegungen in die Anstalt wegen Diebstahls.¹⁵⁹ Im Februar 1945 findet sich ein entsprechender Eintrag: „Kommt heute wieder von der Familienpflege zurück, hat bei ihrer Pflegefamilie (Bäcke-

¹⁵⁵ Vgl. Faltlhauser: Geisteskrankenpflege (wie Anm. 106), S. 36ff.; Kolb: Familienpflege (wie Anm. 38), S. 282.

¹⁵⁶ Konrad Alt: Über familiäre Irrenpflege. Halle a. d. S. 1899, S. 54.

¹⁵⁷ Eugen Matthias: Fürsorge für Geisteskranke. In: Adolf von Gottstein/Arthur Schlossmann/Ludwig Teleky (Hg.): Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Bd. 4: Gesundheitsfürsorge, soziale und private Versicherung. Berlin 1927, S. 512–526, hier: S. 522.

¹⁵⁸ Patientenakte Rosa F., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁵⁹ Vgl. Helmut Müller: Die Familienpflege in der Stadt Leipzig 1910. In: Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie 2 (1910), S. 276–292, hier: S. 288.

rei B., Kaufbeuren) Marken¹⁶⁰ für 97 Semmeln und für 3 ½ Pfd. Schwarzbrot gestohlen.“¹⁶¹

Ebenso sind Berichte überliefert, dass sich die Familienpflege ungünstig auf den Krankheitsverlauf auswirkte und sich die Wahnvorstellungen einzelner Patienten verstärkten. In diesen Fällen wurden die Patienten in Absprache zwischen der Pflegefamilie und der Einrichtung erst bei Unzumutbarkeit aus dem Familiengefüge genommen.¹⁶²

Ebenfalls wurden Patienten aus der Pflegefamilie zurückgeholt, wenn das Verhältnis zwischen beiden von Antipathie geprägt war beziehungsweise sich beiderseitige Erwartungen an das Leben in der Familienpflege nicht erfüllten. Dafür beispielhaft steht der *Fall der Georgina Z.* Die ledige Patientin wurde im September 1906 im Alter von 30 Jahren erstmals in Kaufbeuren als „manisch-depressive Irre“ aufgenommen. Vor ihrer Erkrankung hatte sie als Telefonistin in Augsburg gearbeitet und beherrschte fließend mehrere Sprachen. Die phasenweise als konfus und halluzinierend beschriebene Patientin verfasste zahlreiche Briefe an fiktive und reale prominente Personen sowie zahlreiche Gesuche und Bittbriefe an nationale und internationale Vertreter aus Politik, Wissenschaft und Öffentlichkeit. Durch Vermittlung ihres Vormundes wurde sie im Oktober 1909 nach Tegernsee in Familienpflege gegeben. Doch blieb sie dort nur für drei Tage. Die aufnehmende Familie berichtete, dass sie „sehr kurz angebunden“ und durchweg unhöflich gewesen sei. Zudem habe sich die Patientin nicht mit der norddeutschen Sprachfärbung der Pflegemutter anfreunden können und mehrfach ihre Abneigung gegenüber den ihr fremden Gepflogenheiten geäußert. Die Pflegefamilie beschwerte sich, dass Georgina Z. weder aß noch tätig wurde. Zudem „machte [sie] mit den Kindern nichts, setzte sich in den Garten in eine Ecke so daß man sie im ganzen Haus suchte“.¹⁶³ Auch mit dem Dienstmädchen der Familie sei sie nicht ausgekommen. Die Patientin war eher unzufrieden mit ihrer Verlegung in eine Pflegefamilie und betonte, sie würde sich nicht schulmeistern lassen und wolle ihre Freiheit. Nach diesem gescheiterten Versuch, Georgina Z. in die Familienpflege einzubinden, wurde kein weiterer unternommen. 1925 wurde sie nach Eglfing verlegt.

Ein anderer Grund für den Abbruch der Familienpflege konnten sexuelle Übergriffe sein, die sowohl vonseiten des Pfleglings als auch von dem Personenkreis der Pflegestelle ausgehen konnten.¹⁶⁴ Ein konkretes Beispiel ist der *Fall der Anna H.* Die geschiedene Fabrikarbeiterin wurde im September 1919 mit beinahe 50 Jahren als „Imbezille“ aufgenommen. In ihrer Krankengeschichte wird sie

¹⁶⁰ Lebensmittelmarken wurden in diesen Jahren an die Bevölkerung ausgegeben, um den allgemeinen Mangel an Konsumgütern besser verwalten zu können.

¹⁶¹ Patientenakte Anna H., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁶² Vgl. Müller: Familienpflege (wie Anm. 159), S. 289.

¹⁶³ Patientenakte Georgina Z., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁶⁴ Vgl. Nyhoegen: Konrad Alt (wie Anm. 16), S. 211, der in seiner Untersuchung konstatiert, „dass das Verhalten der Patientinnen der Landes-Heil- und Pflege-Anstalt Uchtspringe eher in Verbindung mit Erotik interpretiert wurde als bei den männlichen Patienten“.

durchweg als freundlich, „kindisch-läppisch“, aufreizend und „sexuell lasziv“ beschrieben. 1922 wurde sie während ihrer Unterbringung in Weissenau sterilisiert. Nach mehreren Verlegungen und auch missglückten Versuchen, sie in der Familienpflege unterzubringen, kam Anna H. 1931 erneut in eine Familienpflegestelle. Die Protokolle der Fürsorgearztbesuche berichten von Beschwerden der Pflegefamilie. So sei „sie mit einem Burschen fort ins Holz. Sie braucht andauernd Männer sonst sei sie nicht zufrieden. Wenn sie Geld hat[,] verschlecke sie es, im übrigen sei sie ein faules, schlechtes Frauenzimmer.“¹⁶⁵ Die Pflegemutter beschwerte sich, dass „die Kranke [...] in der letzten Zeit sexuell sehr tätig [sei und] [...] alle Augenblick andere junge Burschen bei sich [habe,] mit denen sie dann schamlos sexuell verkehrt. Sie [halte] einen jungen Burschen aus, der Mitglied der NSDAP sei,¹⁶⁶ und gebe sogar für diesen Burschen ihr bisschen Geld hin[,] um für ihn den Mitgliederbeitrag und Zeitungen zu zahlen.“¹⁶⁷ Der entscheidende Faktor für die Auflösung des Familienpflegeverhältnisses war schließlich, dass sich die Patientin „sexuell übel benommen [habe] und sich nachts zu dem minderjährigen Sohn der Hausfrau ins Bett gelegt hat[,] um ihm den Geschlechtsverkehr anzulernen“.¹⁶⁸

Ebenfalls untragbar in der Familienpflege waren Gewalttätigkeiten. Es kam durchaus vor, dass Patienten an ihrer Pflegestelle schlecht behandelt oder gar geschlagen wurden. So wurde beispielsweise die Patientin Anna H. im Oktober 1929 aus einer Familienpflegestelle zurückgeholt, da sie „von ihrem Dienstherrn, wo sie zuletzt in Stellung war, fortgesetzt roh mißhandelt [und geschlagen wurde und] [...] mit Verletzungen (Beulen u. Schürfwunden) ins Krankenhaus [Kaufbeuren]“¹⁶⁹ gebracht worden war. Einige Jahre später wurde ein familiäres Pflegeverhältnis mit Anna H. aufgelöst, weil sie ihrerseits gewalttätig geworden war: Nachdem sie berechtigterweise eines Ringdiebstahls bezichtigt und von der Pflegemutter danach befragt worden war, wurde sie „gegen die Pflegemutter tätlich, kratzte diese ins Gesicht“.¹⁷⁰ Nach diesem Vorkommnis wurde die Patientin von der Pflegefamilie umgehend in die Einrichtung zurückgeschickt. Ein Gutachten, das 1953 kurz vor ihrem Tod angefertigt wurde, beschrieb das mehrfache Scheitern ihrer Unterbringung in Pflegefamilien: „Sie wurde von hier aus mehrmals in Familienpflege gegeben, doch scheiterte diese Unterbringung nach einer gewissen Zeit immer wieder an ihrem asozialen Verhalten.“¹⁷¹

Neben schwierigen Konstellationen konnte die Unterbringung in der Familienpflege auch glücklich verlaufen und erst durch äußere Umstände (wie Krankheit oder Tod betreuender Personen) beendet werden, wie im *Fall der Felizitas G.* Die verwitwete Frau wurde 1922 im Alter von rund fünfzig Jahren Patientin der Heil-

¹⁶⁵ Patientenakte Anna H., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁶⁶ Die Erwähnung der politischen Orientierung in diesem Zusammenhang ist m. E. bemerkenswert und wurde in anderen betrachteten Fällen nicht beobachtet.

¹⁶⁷ Patientenakte Anna H., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁶⁸ Ebd.

¹⁶⁹ Ebd.

¹⁷⁰ Ebd.

¹⁷¹ Ebd.

und Pflegeanstalt Kaufbeuren. Die als ruhig, depressiv und hypochondrisch beschriebene Patientin wurde 1932 in der Familie eines in der Anstalt beschäftigten Pflegers gut aufgenommen. Über mehrere Jahre fügte sich die als „immer zufrieden, freundlich u. sehr bescheiden“¹⁷² beschriebene Patientin in die Pflegestelle ein. Als jedoch 1944 die Pflegemutter schwer erkrankte, musste sie in die Anstalt zurückgenommen werden. In ihrer Akte wurde vermerkt: „Sie scheidet schweren Herzens von ihrer Pflegefamilie. Sie war dort an alles gewohnt und hat zum Haus gehört.“¹⁷³ Von der Wiederaufnahme an wurde ihr körperlicher Zustand aufgrund der seinerzeit angeordneten Hungerkost beständig schlechter. Die Patientin wurde schließlich im März 1945 nach Irsee verlegt und fiel dort zwei Wochen später der Euthanasie zum Opfer.

Vor diesem Los versuchten einige Pflegefamilien einzelne Patienten über den Weg der Familienpflege zu retten. Auch die im Folgenden betrachteten Patientinnen Anna M. und Maria K. wurden von Pflegefamilien aus diesem Grund zu sich geholt. Die Tochter einer Familie erinnert sich: „Sie sollte nicht Opfer der Euthanasie werden [...]. Die Eltern haben sie aus Mitleid aufgenommen [...]. Damals hat man etliche rausgeholt. Als die Eltern gemerkt haben, die Sache läuft schief, haben sie eine rausholen wollen. Mehr als eine ging nicht. Unsere Maria hat Glück gehabt.“¹⁷⁴

Es kam auch vor, dass eine gelungene Familienpflege beendet wurde, da der Patient von seinen Angehörigen in den eigenen Familienkreis zurückgeholt wurde. Dafür beispielhaft steht der *Fall der Anna M.* Die ledige Haushälterin wurde als 30-Jährige in die Anstalt aufgenommen, sie galt als empfindlich, stark „wehleidig“, hypochondrisch und antriebslos. 1932 wurde sie von der Familie eines Pflegers aufgenommen, verrichtete dort einfache Tätigkeiten im Haushalt und war daneben als Näherin für mehrere Arztfamilien tätig. Anna M. fügte sich sehr gut in die Familie ein und kümmerte sich um die Kinder. Eines dieser Kinder erinnert sich: „Tante Annerl war immer mit Hausarbeiten beschäftigt, die Tante war auch Pflegerin und hat eine glückliche Hand gehabt im Umgang mit ihr.“¹⁷⁵ Als 1936 die Pflegemutter schwer erkrankte, „führt[e] [die Patientin] den Haushalt fast völlig allein und pflegt[e] die Pflegemutter“.¹⁷⁶ Als sich gegen Ende des Zweiten Weltkriegs die Situation für die Patienten immer mehr zuspitzte, wurde Anna M. zu ihrem Bruder beurlaubt und dann schließlich in dessen Familie entlassen. Hierzu findet sich auch ein Eintrag im Jahresbericht: „Eine 49-jährige Patientin, welche [...] seit 1932 in die Familie eines Oberpflegers [...] in Familienpflege kam, kann zu ihrem Bruder entlassen werden. Dieser bestätigt, daß es seiner Schwester in der Familie des Oberpflegers sehr gut gegangen ist.“¹⁷⁷

¹⁷² Patientenakte Felizitas G., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁷³ Ebd.

¹⁷⁴ Patientenakte Maria K., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁷⁵ Zeitzeugengespräch Erich Resch zu Anna M., 14.5.2014, Kaufbeuren, via Telefon, Archiv Söhner.

¹⁷⁶ Patientenakte Anna M., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁷⁷ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1944, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

Eine Ausnahme stellt der Fall einer Familienpflegschaft dar, die bis zum Tod des Familienpfleglings dauerte. Die ledige Dienstmagd Maria K. wurde 1921 als beinahe 40-Jährige als „chronisch schizophrene“ in die Heil- und Pflegeanstalt eingewiesen. Dort arbeitete die ruhige und fleißige Patientin in der Putzgruppe, bis sie 1936 in die Familie eines Pflegers aufgenommen wurde. Dort übernahm sie leichtere Arbeiten im Haushalt, machte Botengänge und passte auf die kleinen Kinder auf. Die Tochter der Familie erinnert sich: „Maria hat jeden Tag beim Bauern mit der Kanne Milch geholt, war eine beliebte Person. [...] Sie hat bei uns im Haus gewohnt, hatte ihr eigenes Zimmer und hat mit der Familie zusammengelebt. Als meine Schwester zur Welt kam, hat sie sich um uns gekümmert. Sie war für uns Kinder eine ganz liebevolle Person. [...] hat auf uns aufgepasst, war sehr fürsorglich.“¹⁷⁸ Auch in der Nachbarschaft war Maria K. recht gern gesehen: „Maria hat einfach zur Familie gehört, war so liebevoll und ist überall gut aufgenommen worden. Sie war in der ganzen Straße beliebt, alle Leute mochten die Maria.“¹⁷⁹ Bis auf kurze Anstaltsaufenthalte zur Krankenbehandlung beziehungsweise während des Urlaubs der Pflegefamilie blieb die Patientin bis kurz vor ihrem Tod in Familienpflege und verstarb im Jahr 1966 84-jährig im Krankenhaus an einer Lungenentzündung. Mit dem Tod von Maria K. endete vorerst die Familienpflegschaft in den bayerisch-schwäbischen Heil- und Pflegeanstalten.¹⁸⁰

Trotz mancher Schwierigkeiten finden sich in einigen Patientenakten Hinweise, dass sich einige Patienten in ihren Pflegefamilien behaglicher fühlten als in der Anstalt.¹⁸¹ So konnten sie am Familienleben teilhaben, was dem therapeutischen Ziel, die Patienten zu resozialisieren, entgegen kam. In dieser Hinsicht stellte die Familienpflege eine wesentliche Ergänzung zur damals üblichen psychiatrischen Versorgung dar, denn diese Verpflegungsform vermochte den Pfinglingen eine im Vergleich zur Heilanstalt weitreichendere Bewegungsfreiheit zu verschaffen.

Zusammenfassende Betrachtung

Am historischen Beispiel der Familienpflege lässt sich erkennen, in welchem Maß sich ökonomische und gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen auf die Entwicklung medizinischer Versorgung auswirkten¹⁸² und heute noch auswirken.

Schon um die Jahrhundertwende, während die Verbesserung psychiatrischer Versorgungsformen auf internationalen Kongressen diskutiert wurde, fanden erste Etablierungsversuche der Familienpflege in Kaufbeuren statt. Neben einer räumlichen und finanziellen Entlastung seiner Einrichtung verfolgte insbesondere

¹⁷⁸ Zeitzeugengespräch mit Familie Zeiser zu Maria K., 27.3.2014, Kaufbeuren, Archiv Söhner.

¹⁷⁹ Ebd.

¹⁸⁰ Ähnliche ambulante Versorgungsformen wurden erst wieder ab den 1980er Jahren angeboten.

¹⁸¹ Patientenakten Felizitas G., Anna M. und Maria K., Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁸² Vgl. Thomas Müller: Ein altmärkisches Modell medizinischer Versorgung im europäischen Kontext der Jahrhundertwende. In: *Comparativ* 4 (2004), S. 64–78, hier: S. 76ff.

der Anstaltsleiter Prinzing mit dem Aufbau und der Etablierung der Familienpflege in Kaufbeuren das Ziel, psychisch Kranke, die nicht unbedingt ständig einer Unterbringung in der Anstalt bedurften, in ein gesellschaftliches Gefüge zu integrieren und ihnen somit die Wiedereingliederung in ein Leben außerhalb der Anstalt zu erleichtern.¹⁸³ Diese Ansätze fanden später in der Planung der neu zu erbauenden Heil- und Pflegeanstalt in Günzburg ihren Niederschlag.

Während des Ersten Weltkriegs verzeichnete die Familienpflege sowohl in Kaufbeuren wie auch in Günzburg einen starken Rückgang beziehungsweise kam überhaupt nicht richtig in Schwung. Die erneute Konjunktur der Familienpflege in den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg war weniger therapeutischen oder humanitären Motiven geschuldet, sondern ist viel eher als pragmatischer Ansatz angesichts der schlechten ökonomischen Lage zu sehen. Organisatorische Zwänge, die eine deutliche Entlastung der Anstalten von den massiv angestiegenen Patientenzahlen sowie die Reduktion von Kosten erforderten, beschleunigten diese Entwicklung. Als in den Jahren allgemeiner Sparmaßnahmen vonseiten der zuständigen Behörden die Familienpflege als günstige Alternative psychiatrischer Versorgung gefördert wurde, nahm auch in Bayerisch-Schwaben das Interesse an dieser Versorgungsform zu. Ihren Höhepunkt verzeichnete die Familienpflege zu Beginn der 1930er Jahre, mit dem Erstarken des Nationalsozialismus ging sie jedoch deutlich zurück.

In wirtschaftlichen Blütezeiten noch als therapeutisch sinnvolle Verpflegungsform im „Kampf gegen unnötige Hospitalisierung“¹⁸⁴ und in Krisenzeiten zunächst als Einsparungsmodell propagiert, fiel die Familienpflege schließlich äußeren Zwängen und gesellschaftspolitischen Strömungen zum Opfer. Sowohl in den Jahren des Ersten Weltkriegs als auch zum Höhepunkt der Weltwirtschaftskrise ging das Interesse der Bevölkerung an der Familienpflege stark zurück. In der Zeit des Nationalsozialismus erfuhr die Familienpflege einen beinahe vollständigen Niedergang; auch in Bayerisch-Schwaben war die Familienpflege stark rückläufig. Psychisch kranke Patienten wurden nicht mehr in die Gesellschaft integriert, sondern von ihr separiert, um schließlich als „lebensunwertes Leben“ eliminiert zu werden.

Trotz der Abkehr von dieser psychiatrischen Versorgungsform waren deren Auswirkungen in beiden deutschen Staaten bis weit in die 1980er Jahre beobachtbar: Im späten 20. Jahrhundert entwickelten sich andere Formen der extramuralen Versorgung wie betreutes Wohnen, zeitgemäße Arbeitstherapie und verschiedene ambulante psychiatrische Betreuungsformen.

Gleichzeitig hat sich die propagierte obligatorische Heilwirkung dieser Therapieform nicht bestätigt. So zeigte sich, dass die Familienpflege nicht qua Existenz eine perfekte, ideale Unterbringungsform bot und bietet. Auch hier konnten Erfahrungen von Gewalt oder unzureichender medizinischer Versorgung nicht aus-

¹⁸³ Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalten bei Kaufbeuren zu 1906, [ohne Seitenangabe], Archiv BKH Kaufbeuren.

¹⁸⁴ Buße: Übersicht (wie Anm. 89), S. 99.

geschlossen werden. Da in der Familienpflege insbesondere unheilbare, chronisch anfallsranke, schizophrene und schwachsinnige Patienten versorgt wurden,¹⁸⁵ lassen sich zwar bei einigen Patienten Verbesserungen im Zustand erkennen, doch ist es ein nahezu unmögliches Unterfangen, der Familienpflege im Hinblick auf die Bedingungen des frühen 20. Jahrhunderts grundsätzliche heiltherapeutische Erfolge zu bescheinigen.

Im deutschlandweiten Vergleich etablierte sich die Familienpflege in Bayern, insbesondere in Bayerisch-Schwaben, deutlich langsamer als in anderen deutschen Regionen. Schon im frühen 20. Jahrhundert setzten sich mehrere Ärzte mit dafür möglichen Ursachen – wie spezifischer bäuerlicher Struktur, bayerischer Gesetzgebung zur Kostenübernahme, Aufnahmekriterien und anderem – auseinander. Wahrscheinlich ist der Grund für die spezifische Entwicklung in einer Kombination und dem summarischen Aufeinandertreffen zahlreicher Faktoren zu suchen. Einerseits existierten Rahmenbedingungen, die eine Initiierung und Etablierung der Familienpflege erschwerten. Andererseits gab es auch zahlreiche Gründe, die eine bereits bestehende familiäre Pflege wieder enden ließen. Hätte es vonseiten der Politik und Wirtschaft kontinuierlich deutlich mehr unterstützende Impulse gegeben, dann hätte sich dieses extramurale Konzept bereits früh als zusätzliche Versorgungsform etablieren können. Einen vollständigen Ersatz für die stationäre Versorgung in psychiatrischen Einrichtungen hätte die familiäre Versorgung meines Erachtens aber auch unter günstigsten Bedingungen nicht bieten können.

Abschließend betrachtet ist die phasenweise Konjunktur der Familienpflege an der Schwelle zur Moderne als Reaktion auf den gescheiterten Versuch während des 19. Jahrhunderts zu verstehen, der Versorgungsproblematik psychisch Kranker mit Asylierung und Verwaltungslösungen zu begegnen.¹⁸⁶ Damit spiegelt das Beispiel der Geschichte der Familienpflege in Bayerisch-Schwaben im frühen 20. Jahrhundert die Krise, in der sich die zeitgenössische psychiatrische Fürsorge als Anstaltsfürsorge befand.

Abstract

Already in the mid of the 19th century there was a very controversial discussion about ambulant care of mentally ill patients. In particular alternative concepts of family care involved substantially possibilities of conflict. In connection with the first International Congress of Family care in Antwerp (1902) this form of psychiatric supply in Germany became increasingly important. The development in Bavaria remains significantly behind the total German movement. As exception

¹⁸⁵ Vgl. Holger Steinberg/Astrid Lerner: Zur Geschichte einer sozialpsychiatrischen Versorgungsform. Die Familienpflege am Beispiel der Heil- und Pflegeanstalt Leipzig-Dösen. In: *Psychiatrische Praxis* 6 (2011), S. 274–279.

¹⁸⁶ Vgl. Blasius: *Deutsche Erinnerung* (wie Anm. 34), S. 37f.

implemented in the Bavarian-Swabian sanatoriums Günzburg and Kaufbeuren, the impact of World War I, the global economic crisis and later political developments in Nazi-Germany cause several kickbacks to these alternative approaches. This analysis wants to identify and survey characteristics of extramural care practice in the study area between 1875 and 1935. Furthermore it will be checked how concepts of family care were discussed and practiced. On the basis of practical case studies the article supplies a compendium about challenges accounting family care. Thereby this essay aims less to a comprehensive presentation of German psychiatric care, but rather to a research of therapeutic as well as pragmatic-economic relations of identification of rural family care in the early 20th century.