

Zur Geschichtsschreibung der Psychiatrischen Familienpflege, und zwei, drei Dingen, die ich von ihr weiß.....

© *Thomas Müller, Ravenburg / Ulm*



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich sehr herzlich für die Einladung bedanken und die Gelegenheit nutzen, mich sehr bei den anwesenden Gästen aus Ainay-le-château und Geel zu bedanken, als Teil der vielen Kolleginnen und Kollegen, die mein Forschungsprojekt zur Geschichte der Familienpflege, zu dem dieser Vortrag gehört, unterstützt haben. Vielen Dank Ihnen allen!

Meinem Vortrag kommt gegen Ende der Tagung, ob ich möchte oder nicht, eine Art „abschließender Charakter“ zu. Wir haben in zwei vollen Tagen eine Vielzahl von Vorträgen zu aktuellen Fragen der Psychiatrischen Familienpflege bzw. dem Betreuten Wohnen in Familien gehört. Diese Fragen bezogen sich nicht allein auf verschiedenste klinische, soziale, organisatorische, ökonomische und viele Andere Aspekte der Arbeit mit Menschen in sog. Zweiten Familien, sondern all diese und andere Aspekte konnten darüber hinaus auch mit Kolleginnen und Kollegen aus dem europäischen Ausland diskutiert werden, zuvorderst aus Frankreich, Belgien und Italien, wie ich sehe.

Genau dieser westeuropäische Fokus, allerdings in Hinsicht auf die Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege, beschäftigt mich in einem umfangreichen Forschungsprojekt, das von der Deutschen Forschungsgemeinschaft gefördert wurde, und in dem ich die Debatten und institutionellen Anfänge der Familienpflege, insbesondere in Frankreich und Deutschland, zwischen der Mitte des 19. Jahrhunderts und bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs untersucht habe. Und so sollen meine historischen Ausführungen die interessanten Erfahrungen zur aktuellen Arbeit im Betreuten Wohnen in Familien abrunden, ohne zu harmonisieren, denn es ist durchaus erstaunlich und widersprüchlich, was die historische Betrachtung dieses medizinhistorischen Themas zu Tage fördert, das heißt, was uns die historischen Funde über diese Geschichte erzählen. Ich benutze dabei die Formulierung „Psychiatrische Familienpflege“, da ich mich fast durchgängig auf die historische Versorgungsform beziehe, nicht auf die heutige Form. Ich werde nun in drei Teilen zunächst auf die jüngere Geschichte eingehen, im mittleren Teil über die Ursprünge und die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in Westeuropa sprechen, um mit einigen für mich wesentlichen Schlussfolgerungen zum Ende zu kommen.

1. Die Zeitgeschichte der Psychiatrischen Familienpflege und die Geschichtswissenschaft

Mitte der 1960er Jahre wurde die Dehospitalisierungs-Bewegung in den USA zu einer Kraft, die die Debatte um die Versorgung psychisch Kranker maßgeblich mitgestaltete. Diese Entwicklung hatte auch gewisse Entsprechungen in der deutschen Psychiatrie. Abgesehen von psychiatriekritischen Momenten, die sich in gesellschaftlichen Debatten der gesamten westlichen Welt erkennen ließen, trat in der deutschen Situation jedoch ein weiterer, ebenso gewichtiger Aspekt hinzu: Es ging um die Aufarbeitung dessen, was während des Nationalsozialismus an Verbrechen auch in der Psychiatrie begangen worden war (Müller & Beddies 2004a, b), und diese Aufarbeitung wurde wesentlich von der Nachfolge-Generation initiiert. In den gesellschaftlichen Debatten der späten 1960er und der 1970er Jahre wurden Funktion, Sinn, Zweck und Nachteile von Institutionen engagiert diskutiert – auch des Krankenhauses, und hier im Speziellen: des psychiatrischen Krankenhauses. Die Macht der die Psychiatrie Ausübenden wurde kritisch beleuchtet und ihre Rechtfertigung hinterfragt (Castel, Castel & Lovell 1982; Castel 1983).

Im Zuge der Kritik an der Institution des psychiatrischen Krankenhauses wurde ein breites Spektrum an außer- und nachstationären Versorgungsformen für psychisch Kranke entwickelt, zu der u.a. das „Ambulante Betreute Wohnen“, die „Therapeutische Wohngemeinschaft“ und die „Tagesklinik“ gehören.

Eine Versorgungsform für psychisch Kranke, die in den medizinischen Fachdebatten des späten 19. Jahrhunderts eine nicht unwesentliche Rolle gespielt hatte (Schmidt 1982), fand nun, gute 100 Jahre später, jedoch vorerst keinerlei Erwähnung: die sogenannte „*Psychiatrische Familienpflege*“. Bei dieser Versorgungsform, in der psychisch Kranke auf Basis heterogener Finanzierungsmodi relativ selbstbestimmt in nicht-leibliche Familien (heterofamiliale Pflege) aufgenommen werden, wird - so die Ihnen bekannte knappe Definition - den Gastfamilien eine monatliche Entschädigung für den Aufwand an Versorgung gewährleistet. Die Kranken profitieren von diesem Familienanschluss und einem Lebensalltag, der ganz allgemein demjenigen gesunder Menschen sehr viel näher kommt, als dies im Rahmen stationärer psychiatrischer Versorgung möglich und leistbar ist.

Verschiedene Funktionen und Serviceleistungen eines Gesundheitssystems werden unter Beteiligung mehrerer betreuender Berufsgruppen hierbei mit dem Versorgungsbeitrag der jeweiligen Familie kombiniert oder integriert. Interessanterweise wird bei der Umsetzung dieser Versorgungsform forciert, was zu anderen Zeiten seitens der Psychiatrie bzw. seitens der Zivilgesellschaft zu verhindern versucht wurde: eine ‚Vermischung‘ psychisch Kranker mit der sogenannten ‚Normalbevölkerung‘ bis hin zur gelungenen Integration. Im Falle der Bewerbung einer potentiellen Gastfamilie um die Aufnahme eines psychisch Kranken kommt es zu einem aktiven Aufsuchen und Sich-Konfrontieren mit psychischer Krankheit.

Im Bericht der sogenannten Psychiatrie-Enquête, einer umfangreichen Bestandsaufnahme der bundesrepublikanischen Psychiatrie der 1970er Jahre, erwähnte man die psychiatrische Familienpflege gerade einmal mit einem Satz. Dieser Befund ist im Kontext eines intellektuellen Klimas zu sehen, das der ‚bürgerlichen Familie‘ kritisch bis stark distanziert gegenüber stand. Mit einer gewissen Latenz kam es jedoch dennoch, u.a. mithilfe medizinhistorischer Studien, zu einer Auseinandersetzung, in deren Verlauf zunehmendes Interesse an dieser Verpflegungsform bekundet wurde (Schmidt 1982; Konrad & Schmidt-Michel 1993). Erste Etablierungen der psychiatrischen Familienpflege in der Bundesrepublik Deutschland wurden zu Beginn der 1980er Jahre initiiert. Auch in verschiedenen anderen Ländern, vorwiegend der westlichen Welt, werden inzwischen Versuche unternommen, diese Versorgungsform nicht allein bei langfristig psychisch Kranken, sondern auch zur Krisenintervention sowie zur Versorgung geistig Behinderter, Pflegebedürftiger oder alter Menschen einzusetzen.

Aus medizinhistorischer Sicht sind nun zwei Dinge interessant: Zum Ersten begegnete den eher wenigen, klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen und ihren Teams, die die Familienpflege in den 1980ern wieder einführen wollten, eine gewisse Skepsis, was man nun,

quasi in einer modernen Zeit, denn mit einer solch antiquierten Form der Versorgung wie der Familienpflege erreichen wollen? Skepsis und Unglauben machten sich breit. Kurz gesagt, hinderte dies jedoch weder die im Raum Bonn noch im Raum Ravensburg sich gründenden Initiativen, eine bald erfolgreiche Arbeit zu beginnen. Wie die Optimisten der 1880er und 1890er Jahre, Ferdinand Wahrendorff in Ilten bei Hannover und Konrad Alt in Uchtspringe bei Magdeburg, ließ man sich nicht beirren, und nicht zu Unrecht, wie wir heute sehen können. Interessant ist an diesen Entwicklungen der 1980er Jahre jedoch ein zweiter Aspekt: Ähnlich skeptisch wie die Mehrzahl der in der Versorgung psychisch Kranker Tätigen die mögliche Re-Etablierung der Familienpflege beäugten, kritisch betrachteten, oder sich gar von ihr distanzierten, ignorierte man die Familienpflege als historischen Gegenstand auch unter den Experten der universitären Psychiatriegeschichte an den historischen Instituten. Es gab diese Geschichtsschreibung quasi nicht, nicht in Deutschland, nicht in Frankreich, nicht in den USA oder anderen akademischen Zirkeln der westlichen Welt. Wie könnte man sich dies erklären?

Es ist ja zunächst kaum verstehbar, wie mehr als eine Historikergeneration die Themen Familie, ambulante Versorgungsformen und somit letztlich auch die Psychiatrische Familienpflege aussparen konnte? Meiner Ansicht nach findet man eine Antwort auf diese Frage nur, wenn man die Historiker und ihre Arbeit selbst wieder historisch untersucht, wenn man sie ‚historisiert‘, wie man sagt. Eine erste kurze Antwort auf die erwähnte Frage kann im zeitlich begrenzten Rahmen dieses Vortrags sein, dass die Familie, zumal in ihrer bürgerlichen Form, in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts über lange Zeit nicht nur ein Tabu war, oder gar der Hort der Krankheit selber, der Generierungsort der Schizophrenie etc., also nicht erstrebenswert war, als Modell, worüber man noch streiten könnte. Dass sie darüber hinaus jedoch auch kein Forschungsthema war, gar nicht in Erscheinung trat, jedenfalls nicht in dem uns interessierenden Bereich der Medizingeschichte, ist rational kaum erklärbar.

In den Werken eines Michel Foucault beispielsweise, der wie niemand sonst die westeuropäische Psychiatriegeschichtsschreibung der 1960er bis zu den 1990er Jahren prägte, sucht man vergeblich nach den Schilderungen der Debatten um ambulante, nicht krankenhausbundene, außerklinische Versorgungsformen. Nicht weiter erstaunlich, würde uns vielleicht ein neo-kraepelinianischer Psychiater zuraunen, dass kann doch auch kaum relevant gewesen sein. Weit gefehlt, müsste man diesem Kollegen entgegenrufen, denn kein Thema hat zwischen 1850 und 1870 die Gemüter dermaßen erhitzt und zu so dramatischen und gut dokumentierten aggressiven Durchbrüchen in Ärzteversammlungen bzw. – Zeitschriften geführt, wie die Debatte um unser Thema, oder wie es zeitgenössisch hieß: „Die

Debatte um Gheel“, das als flämischer Ort zum Synonym einer Versorgungsform geworden war, unabhängig von der Tatsache, dass Gheel'sche Verhältnisse in dieser Zeit an keinem anderen Ort der Welt wirklich genau nachgebildet worden waren.

Wir schließen diese Forschungslücke der Geschichte ambulanter Versorgung des 19.

Jahrhunderts quasi erst jetzt, zu Beginn des 21. Jahrhunderts.

Ich komme zum zweiten Teil meines Vortrags:

2. Die Ursprünge und Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in Westeuropa

Psychisch kranke Menschen wurden in Deutschland noch weit bis ins 20. Jahrhundert hinein sehr häufig in Ziegelsteingebäuden vor den Toren einer jeden Großstadt untergebracht, sorgsam von der sogenannten Normalbevölkerung separiert. Was den größeren Teil Deutschlands angeht, wurden entsprechende Einrichtungen bevorzugt in eher verlassen und entvölkerten Landstrichen „zusammengelegt“. Während des Nationalsozialismus wurden psychiatrische Patienten bekanntermaßen zunächst sterilisiert und später als „unwertes Leben“ sogar systematisch ermordet (Blasius 1980, 1994). Angesichts dieser Kapitel deutscher Psychiatriegeschichte, zu denen auch Misshandlung und Patientenmord gehören, ist man spontan geneigt, die Existenz der Versorgungsform der Familienpflege mit medizinisch-therapeutischen Errungenschaften des späten 20. Jahrhunderts in Verbindung zu bringen – quasi nach dem Motto: ‚Das haben bestimmt die 68er erfunden‘. Doch wie ich bereits angedeutet habe, trifft genau dies nicht zu: Denn für die allermeisten westeuropäischen, wie auch für viele der außereuropäischen Umsetzungsmodelle existiert ein historisches Vorbild aus dem Mittelalter – das flämische Städtchen Gheel,ⁱ ein im mehrfachen Sinne ‚wunderbarer‘ Ort.

Die Gründung der Siedlung Gheel, von der Sie alle wissen, die viele von Ihnen kennen, und aus der wir heute hier sogar Besucher und Kollegen zu Gast haben, geht auf eine christliche Legende des 6. Jahrhunderts zurück. Als Pilgerort ist Gheel in den einschlägigen Quellen spätestens seit dem 13. Jahrhundert bekannt. Dieser sich zu einem Marktflecken entwickelnde Ort war Ziel unterschiedlich motivierter Reisen. Die unzähligen Pilger, die sich – über die Jahrhunderte des Mittelalters und der Neuzeit und mindestens bis zur Französischen Revolution – nach Gheel aufmachten, setzten ihre Hoffnungen auf ein neuntägiges wie wir heute vielleicht sagen würden: exorzistisches Ritual in der „Ziemenkammer“ einer örtlichen Kirche. Die erhaltenen Krankheitsberichte erinnern uns heute an psychiatrische, mitunter auch an neurologische, bspw. epileptologische Krankheitsbilder; bei solchen retrospektiv zustandekommenden ‚Diagnosen‘ ist allerdings Vorsicht geboten.

Die seit den 1860er Jahren leidenschaftlich geführten Fachdebatten, deren zuweilen auftretende Schärfe uns wie erwähnt noch heute überrascht, zentrierten sich seinerzeit um die Frage der sogenannten Asylisierung (Schmidt 1982; Pernice 1991; Blasius 1980, 1994; Meier 2003). Die mit Ziegelstein im Pavillon-Stil errichteten ‚Irrenanstalten‘ galt es in den 1860er Jahren erst noch zu errichten.¹ In den Fachdebatten dieser Jahre wurde die Notwendigkeit solcher Institutionen insgesamt hinterfragt. Man diskutierte, ob nicht auch alternative Formen der Versorgung vorstellbar seien. Als solche ‚alternativen‘ Pflegeformen galten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bspw. die ‚agrikole Kolonie‘ (Müller 2005) oder die hier behandelte ‚psychiatrische Familienpflege‘. Im frühen 20. Jahrhundert treten verschiedene Maßnahmen der sogenannten „offenen Fürsorge“ hinzu (Kolb 1928, S. 343-346).

Die in Gheel praktizierte Familienpflege, das Rollenmodell, ist historisch damit zu erklären, dass viele derjenigen Menschen, deren Gebrechen durch die erwarteten vermeintlichen Wunder und Bußhandlungen nicht spontan zur „Heilung“ kamen, bei ortsansässigen Familien untergebracht wurden. „Unterbringung“ bedeutete in diesem Fall, dass die als heilungsbedürftig Angesehenen gegen Geld in Familien vor Ort aufgenommen wurden und ihnen in deren Haushalt ein dem Sozialstatus der Familie i.d.R. entsprechender Wohnraum zur Verfügung gestellt wurde. Nicht selten mussten sich diese sogenannten Pfleglinge an häuslicher oder landwirtschaftlicher Arbeit der Gastfamilie beteiligen.

Die Auswahl der Familien und die Organisation dieser Protoform der Familienpflege besorgte im vor-aufklärerischen Gheel das Chorherrenkollegium, eine konfessionelle Einrichtung. Resultierend aus den Auswirkungen der Französischen Revolution wurde auch diese Einrichtung säkularisiert. Bis ca. 1850 sollte es dauern, bis die medizinische Versorgung nicht mehr nur von ortsansässigen, sondern von eigens hierfür bestellten Ärzten gewährleistet wurde, die nun auch über eine kleine Beobachtungsstation verfügen konnten. Von besonderem Interesse ist hier jedoch, dass die Familienpflege nach der Französischen Revolution und dem Verbot von Exerzitien *überhaupt* weiter existierte – und dies bis in die Gegenwart. (vgl. Veraghtert 1970; Roosens 1977; Eynikel 1971; Camps 1972; De Bont 1974; sowie Konrad & Schmidt-Michel 1993; aktualisierte Berichte: Mattheussen 1997; Goldstein & Godemont 2003).

Die deutsche Geschichte der Familienpflege

¹ Bemerkenswert ist auch, dass die Frage, ob bestimmte Demenzformen erst in Anstalten auftraten, Gegenstand eines internationalen Diskurses der 1860er Jahre war. Die entsprechenden Beschreibungen kursierten unter der angelsächsischen Bezeichnung ‚asylum dementia‘. Auch der Begriff der „Anti-Psychiatrie“ stammt schon aus jener Zeit (vgl. Schmiedebach 1996).

Für einige Besucher Gheels stellte sich die Frage, ob dieses System auch in Deutschland - etablierbar sei (Müller 2004c, d, f; Sammet 2000), für andere wiederum, wie man den Import dieser Versorgungsform, der man Nutzen und Zuverlässigkeit nicht selten im Vorhinein absprach, am Besten verhindern könnte (Müller 2003, 2004e). In der hier gebotenen Kürze muss man allerdings sagen, dass im Verlauf des letzten Drittels des 19. Jahrhunderts die Etablierung großer und ihrem Dafürhalten nach zeitgemäßer Anstaltsneubauten favorisiert wurde – zumindest solange die materiellen Möglichkeiten der Kommunen dies ermöglichten. Gegen Ende der 1860er Jahre geriet die Familienpflege im deutschsprachigen Raum deswegen zunächst in Vergessenheit, von einzelnen Initiativen der Pioniere der deutschen Familienpflege einmal abgesehen.

Nachdem dreißig Jahre später zu erkennen war, dass auch die neuen und zusätzlichen Krankenhausbauten in ihrer Gesamtheit nicht geeignet waren, eine aus verschiedenen und hier nicht näher auszuführenden Gründen immer größer werdende Zahl an Patienten aufzunehmen, kam die Familienpflege jedoch erneut ins Fachgespräch – und wurde auch in die Tat umgesetzt. Zusätzlich zu den errichteten Anstalten, nicht alternativ zu ihnen, wie einige dies Jahrzehnte zuvor gefordert hatten, etablierte man im Deutschen Reich um die Jahrhundertwende die Familienpflege – nun durchaus auch ‚im großen Stile‘. Die Zeit bis zu Beginn des Ersten Weltkriegs kann als ‚goldene Zeit‘ der deutschen Familienpflege bezeichnet werden, auch im internationalen Vergleich (Müller 2004a, b) – und dies weit über den deutschsprachigen Raum hinaus: Diskutiert und auf unterschiedlichste Weise umgesetzt wurde die Familienpflege seinerzeit nicht allein in fast allen europäischen Ländern, wie z.B. in Großbritannien, den skandinavischen Ländern oder Österreich-Ungarn, sondern auch in Japan (Müller & Hashimoto 2006), Nord- und Südamerika, in Russland, Australien oder Südafrika. Dies umfasste auch die Britischen Kolonien in Indien oder die Inseln Java und Cuba.

In Deutschland wurden von mir die Einrichtungen Konrad Alts in Uchtspringe bei Stendal bzw. Magdeburg untersucht, die ich für die innovativsten und wesentlichsten Entwicklungen der frühen Familienpflege in Deutschland halte, sowie die Einrichtungen von Ferdinand Warendorff in Ilten bei Hannover und die städtischen Formen der Familienpflege in Berlin-Dalldorf, der späteren Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, sowie Berlin-Herzberge und Carl Moeli.

In Überblicksarbeiten zur Entwicklung der Familienpflege aus den Dekaden nach der Ära Alt wird in Bezug auf die in deutschen Landen etablierte Form der Familienpflege häufig vom „Adnextyp“ gesprochen. Andere Typen der Familienpflege werden ebenfalls bestimmten

Nationen oder Ländern fest zugeordnet, wie beispielsweise Belgien („Konzentrationstyp“) oder Schottland („Dispersionstyp“). Dieser Versuch einer analytischen Annäherung an Versorgungskonzepte entlang nationaler medikaler Kulturen ist nachvollziehbar, doch zeigen beispielsweise Konrad Alts Umsetzungsweisen der Familienpflege, dass eine offenere Diskussion zu Typologien der Versorgung oder gar deren Relativierung das Bild bereichert. Insbesondere bei Konrad Alts Initiativen in Uchtsprunge handelte es sich um innovative Beiträge, die sich in ihrer heterogenen, dynamisch entwickelnden Konzeption einer allzu starren Typologie entziehen, weil sie Charakteristika aller drei eben genannten Familienpflege-Typen aufweisen. Die in und um Uchtsprunge etablierten Funktionseinheiten waren für den deutschen Raum im besten Sinne außergewöhnlich, und zeitgenössisch also auch nicht repräsentativ. Es ist davon auszugehen, dass die Vielfalt von Unterbringungsstrukturen auch eine Entsprechung in der Vielzahl der Weisen in Bezug auf das tägliche Leben der Patientinnen und Patienten (nicht allein in der Familienpflege) findet. Uchtsprunge ist dabei nicht die einzige Einrichtung, die eine Kritik an der nationengebundenen Typologie der Familienpflege rechtfertigt.

Die deutsche Entwicklung der psychiatrischen Familienpflege zusammenfassend, ist festzustellen, dass das Studium Gheels eine Voraussetzung für die Befunderhebung darstellt, der zufolge die Unterschiede zwischen Gheel und den deutschen Initiativen strukturell so deutlich sind, dass sich Formulierungen wie „nach Gheelschem Modell“ für die meisten deutschen Initiativen streng genommen verbieten.

Nahezu alle deutschen Familienpflege-Initiativen seit Beginn der 1890er Jahre wurden aus einer Anstalt heraus gegründet. Dieser Befund ist unabhängig davon, ob es sich bei den jeweiligen Akteuren dieser Gründungen um Befürworter oder um vormalige Gegner oder Kritiker dieses Versorgungssystems handelte. Letztere wurden durch eine Vielzahl von Gründen, die letztlich zu einer Überbelegung der Anstalten führten, gezwungen, auf kostengünstigere Versorgungsformen zurück zu greifen, die unter den gegebenen materiellen Bedingungen noch als umsetzbar betrachtet wurden. Häufig wurde dies in Form von Adnexen, Anhängseln konzentrierter Unterbringung für eine Mehrzahl von Patienten an die Anstalten, umgesetzt, was die oben problematisierte Bezeichnung vom deutschen Typ der Familienpflege als sog. Adnex-Typ teilweise erklärt. Die Funktion dieser Form der Familienpflege-Einrichtungen war hatte keinen Experiment-Charakter im Sinne der Entwicklung neuer Versorgungsformen. Ihr Ziel war nicht die Entwicklung eines innovativen, zu den bisherigen Versorgungsformen alternativen Systems für psychiatrische Patientinnen und Patienten. Selbst Wilhelm Griesinger, der wohl prominenteste Deutsche unter den

ärztlichen Befürwortern der Familienpflege, der dieses System nicht kurzerhand als nicht umsetzbar erklärte, sondern es als modifiziertes Modell nach dem Vorbild Gheels in seine komplexen Konzepte der Versorgung integrieren wollte, schrieb von Familienpflege-Kolonien in der Nähe der Anstalten und Asyle. Ihm zufolge gab es keinen Zweifel an der zentralen Bedeutung einer gut ausgestatteten Anstalt im System der Versorgung einer jeden Region, die der psychiatrischen Ausbildung ebenso dienen sollte, wie in ihr Therapie und Forschung umgesetzt werden sollten. Dies gilt nicht minder für Konrad Alt, der trotz der strukturellen Variabilität der von ihm geschaffenen Versorgungseinrichtungen an der Anstalt als zentralem Punkt des Versorgungssystems bzw. funktionalem Zentrum des Organismus' der Kolonie festhielt. In den seltensten Einzelfällen, so muss man aus der hohen Bedeutung der Anstalt folgern, waren Familienpflege-Einrichtungen im Deutschen Reich medizinische Neugründungen in einer Region, oder gaben gar einer Region ein neues Gesicht, wie dies für Lierneux im wallonischen Belgien oder die die zentralfranzösischen Einrichtungen zutrifft. Die Betonung der Anstalt in einem regionalen Gefüge der Versorgung, im Zusammenspiel mit in sog. Pflegestellen, wie in Berlin-Dalldorf oder über verschiedene Gemeinden verteilte Pflegefamilien, stellt eine Verkehrung der ursprünglichen Situation in Gheel dar, wie sie noch bis ans Ende des 19. Jahrhunderts heran Gültigkeit hatte, wo bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts eine zentrale Einrichtung, eine sog. Infirmierie, nicht existierte, und auch in den nachfolgenden Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts keine vergleichbare zentrale Stellung im Versorgungsgefüge der Familienpflege einnahm. Zieht man die Statistiken beispielsweise der erwähnten Anstalt Berlin-Dalldorf heran, wird klar, dass bereits ein Drittel der sog. Familienpfleglinge in solchen Pflegestellen bis ca. 20 Personen untergebracht war. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Patientinnen und Patienten in Dalldorf war darüber hinaus gegen die üblichen Entgelte in der eigenen, leiblichen Familie untergebracht – eine Unterform der Familienpflege, der als sog. homofamiliale Pflege in keinem der in der vorliegenden Arbeit behandelten Kontexte eine nennenswerte Entwicklung beschieden war, und die heute nicht mehr existiert. Dies hinderte den Dalldorfer Psychiater van der Vleuthen nicht daran, die eigene Initiative in Berlin im Rückblick der 1920er Jahre als eigentliche Familienpflege zu bezeichnen, während er Gheel pejorativ als ungewöhnliche Abwandlung bezeichnete. Hier wurden als Original und Derivat bewusst verkehrt präsentiert.

Der französische Kontext: Parallele zu Deutschland oder Gegenmodell?

Die Debatten um die Asylisierung von Menschen, die wir heute als psychisch Kranke bezeichnen würden, versus ihrer Versorgung in alternativen Einrichtungen wie der offenen

Familienpflege gestalteten sich in Frankreich nicht weniger komplex (Parigot 1852; Duval 1867), genauso wie die historiographischen Beiträge zur Familienpflege in Frankreich (Vié 1941; de Fréminville 1974; Rostain 1980; Schüller & Wetsch-Benqué 1987; Sans 1988; Cébula 1999) sowie jüngere Arbeiten (Fauvel 2002; Müller 2003, 2005) ein sehr unterschiedliches Bild liefern.ⁱⁱ

Die Frage nach der Eignung der Familienpflege wurde auch in Frankreich zu einem zentralen Thema (Duval 1867) und auch hier *vornehmlich* am Beispiel des flämischen Städtchens Gheel diskutiert (Schmidt 1982, S. 77), weswegen Gheel zum Reiseziel auch vieler französischer Ärzte wurde. Die in Paris zuständigen Ärzte wie auch die Funktionäre der Gesundheitsverwaltung erwiesen sich als äußerst geschickte Planer der historischen Vorläufer-Einrichtungen. Denn man wählte letztendlich zwei Départements aus, die in tiefen ökonomischen Krisen steckten, und deren Bewohner von den zusätzlichen und neuen Einkunftsöglichkeiten der Pflegevergütungen sehr profitieren würden (Centre de Recherches et d'Études 1991, S. 45-54; Chambareau & Jamot-Robert, 1998, S. 81-95; Müller 2005, S. 98-108). Die zuständigen Gemeinde-Funktionäre versprachen sich von der Familienpflege einen Aufschwung, und das ermutigte die Pariser Politik, wie auch die Ärzte, die Familienpflege dort 1892 zu initiieren. Zudem konnte einigen humanistischen Ideen zur Verbesserung und Humanisierung der Unterbringung psychisch Kranker quasi mit demselben Schritt Rechnung getragen werden.ⁱⁱⁱ

In meinem Forschungsprojekt untersuchte ich Einrichtungen der Familienpflege in drei französischen Départements: Die von Auguste Armand Marie begründeten Einrichtungen in den zentralfranzösischen Départements Cher und Allier wurden untersucht,² sowie die Familienpflege-Initiative des Psychiaters J. Bonnet aus der Anstalt Saint-Robert (heutiger Name: Saint-Égrève) im Tal der Isère bei Grenoble.

In Bonnets Modell einer dezentralen Familienpflege wurden Patienten aus Grenoble weiträumig über verschiedene, weit auseinander liegende Gemeinden verteilt. Dies deckt sich mit der Stellungnahme Bonnets, denn er verkündete in seinen Publikationen die Absicht, im *Isère*-Tal das „Dispersions-Typ“ genannte und in Schottland favorisierte Modell der Familienpflege zu etablieren. Angesichts ihrer zunächst erfolgreichen Etablierung spielte es dann eine vernachlässigbare Rolle, dass Bonnet der Meinung war, dass es sich auch bei Gheel um eine schottische (sic!) Stadt handelt. Die Ausübung der Familienpflege am Standort endet offenbar mit der Tätigkeit Bonnets. So ist hier ein wesentlicher Befund, dass auch an dieser Einrichtung gezeigt werden kann, dass Erfolg und Qualität der Familienpflege einer Region in

² Jean-Claude Lardy, Direktor C.H.S. Ainay-le-château, Daniel Brandého, C.H.S. George Sande Dun-sur-Auron.

höchstem Maße vom Engagement der Akteure vor Ort abhängen, ohne dass die überregionale Akzeptanz dieses „Versorgungsmodells“ eine notwendige Voraussetzung darstellt, diesen Erfolg zu gewährleisten.

Eine **Gemeinsamkeit** der Institutionalisierungen im deutschen und französischen Kontext scheint zu sein, dass der Erfolg und die Qualität dieser Versorgungsform in höherem Maße davon abhängt, inwieweit eine Anpassung an regionale Gegebenheiten gelingt, als dies für in Krankenanstalten durchgeführte Therapie und Versorgung gesagt werden kann.

Als ein zentraler **Unterschied** zwischen beiden Kontexten wurde deutlich, dass die Zahl deutscher Etablierungsversuche der Familienpflege zwar einerseits die der französischen bei weitem übersteigt (zwischen 1880 und 1900 ca. 15 Anstalten mit Familienpflege; bis zum Beginn des 1. Weltkriegs versuchte sich fast jede deutsche psychiatrische Anstalt in der Etablierung der heterofamilialen Familienpflege), andererseits sich die **französischen Etablierungen** durch **gelungene und nachhaltigere Gründungen mit hohem Maß an Adaptationen** an regionale ökonomische und kulturelle Bedingungen auszeichnen. So etablierte man die Familienpflege beispielsweise in Regionen, die durch Armut und Landflucht (v.a. ab 1890) gekennzeichnet waren, und schätzte so die hohe Bedeutung der Versorgungsentgelte für den Haushalt der die Patienten aufnehmenden Familien bzw. deren Bereitschaft psychisch Kranke gegen Geld aufzunehmen, realistisch ein. Dies zeigt sich bspw. am zentralfranzösischen *Département Cher* nach der Reblaus-Katastrophe der 1880er Jahre und ihren Konsequenzen,³ sowie dem Niedergang des für die Region bedeutenden *Canal de Berry*, der als Bahn brechender Wirtschafts- und Wasserweg um 1880 in seiner Bedeutung von der Eisenbahn eingeholt und in den nächsten beiden Dekaden annähernd überflüssig gemacht wurde. Im südlich gelegenen *Département Allier* lassen sich nach dem Versiegen der dortigen Eisenminen und Schließung der zugehörigen Schmieden im *Forêt de Tronçais* bzw. nach dem Rückgang der Kaolingewinnung für die Porzellanmanufaktur vergleichbare Probleme in der Region zeigen.⁴ Für das *Département Isère* lassen sich ebenfalls Bedingungen finden, die die Initiative der Familienpflege, auch im Nachhinein, plausibel machen.

Die **Patienten waren** durch die im Vergleich zu den meisten deutschen Familienpflegen, zumal den sogenannten Pflegestellen der städtischen Familienpflege Berlins, deutlich größere, räumliche Entfernung der aufnehmenden Familien zu psychiatrischen Einrichtungen der

³ Centre de Recherches et d'Études Régionales (Hrsg.): Histoire Économique du Cher. 1790-1990. Bourges und Saint-Amand (1991) S. 45-54, für genauere Jahresangaben und weitere Daten S. 46-47.

⁴ Centre Hospitalier Spécialisé d'Ainay-le-château (Hrsg.): De la colonie familiale à l'accueil familial thérapeutique. Cent ans de psychiatrie. Ainay-le-château (2000) S. 7-12.

medizinischen Kontrolle weniger ausgesetzt: Dieser Parameter darf zwar nicht als Garant, jedoch als eine notwendige Voraussetzung für ein Leben mit mehr Freiheiten, in offener Versorgung beurteilt werden. Bei den zentralfranzösischen Familienpflegen wirkt einer starken ‚Psychiatisierung‘ / Medikalisierung darüber hinaus entgegen, dass an den ausgewählten Orten zuvor keinerlei psychiatrische, oder auch anderweitige medizinische Einrichtungen existierten.

Nun ist die Zahl der französischen Familienpflege-Initiativen numerisch gesehen zwar kleiner als im Deutschen Reich, doch gab es bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts - ein weiterer interessanter Befund - definitiv mehr Orte und Regionen, in denen die Familienpflege praktiziert wurde, als man der deutschen wie auch französischen Sekundärliteratur entnehmen kann, in der stereotyp immer nur von „zwei (!) Dörfern“ die Rede ist. Bei *Dun-sur-Auron* und *Ainay-le-château* handelte es sich um zwei Gemeinden in zwei verschiedenen Departements, die binnen kürzester Zeit voneinander autonome Einrichtungen wurden und jeweils 4 bis 8 weitere Dörfer mit Patienten versahen. Ähnliches gilt für *Saint-Robert* bei *Grenoble*.

Doch damit nicht genug: Nach der Gesetzgebung von 1838 sollte zwar jedes Departement mindestens ein „Asile“ erhalten, doch wurde bisher kaum beachtet, dass dies aufgrund ökonomischer Restriktionen häufig nicht umgesetzt wurde (im Departement *Saône-et-Loire* beispielsweise erst um 1970, also 132 Jahre nach der Gesetzesvorlage), so dass Patienten entweder alternativ zu Anstalten (Familienpflege) oder in anderen Departements versorgt werden mussten, was von Fall zu Fall vertraglich geregelt wurde. Auch im Departement *Vosges* stellte sich dieses Problem bereits im Jahr 1864. Der Transfer der Patienten in benachbarte Departements war zu kostenintensiv, und man initiierte die Familienpflege. Wie Cécile Flécharde in ihrer (in der Sekundärliteratur kaum beachteten) Dissertation schrieb, schien die Einführung der Familienpflege im Ergebnis zwar zufrieden stellend, doch in der Folge erbaute man in *Bron* dennoch ein neues Krankenhaus, offenbar um sich der Familienpflege entledigen zu können.

Dieser Fall von Bron ist nicht Gegenstand der vorliegenden Arbeit. Er wäre in einer gesonderten Studie zu untersuchen und kann daher noch nicht abschließend beurteilt werden. Doch sind Motivationen und Interessenskonflikte der Akteure sicher komplexer, als in der bisherigen Sekundärliteratur gemeinhin angenommen wurde. Was die Behandlung der psychiatrischen Patienten angeht, war das „19. Jahrhundert viel „offener und innovativer“ und jedenfalls hinsichtlich interferierender Interessen im Feld der Psychiatrie sehr viel komplexer,

als man bisher glauben wollte.⁵ Diese und andere Regionen zu untersuchen, die die hier zusammen getragenen Befunde zur Geschichte und Entwicklung der psychiatrischen Familienpflege in Frankreich stützen oder ihnen entgegen laufen mögen, muss nachfolgenden Arbeiten vorbehalten bleiben.⁶

3. Historisches Wissen als Bereicherung für die aktuelle Medizin und Therapie?

Schlussfolgerungen.

I.

Die Psychiatrische Familienpflege ist also doch kein kleines Thema, wie ich zunächst dachte, als ich mich vor Jahren zum ersten Mal damit beschäftigte. Denn sie ist zwar ein klar abgrenzbares Thema, das man gut in ein Forschungsprojekt packen kann, wie dies Drittmittelgeber als Erfolgsgarantie vom Antragsteller erwarten, und es ist auch korrekt, dass die Psychiatrische Familienpflege für sich allein genommen bereits interessant genug ist, ohne dass man sie in einen übernationalen, oder geschichtsphilosophischen Zusammenhang stellt. Dass sie darüber hinaus jedoch ein Schlüsselthema der europäischen Psychiatriegeschichte ist, wird erst auf den zweiten Blick klar. Sie ist wie kein anderes Thema der Psychiatriegeschichte in einem Spannungsfeld situiert: An der Schnittstelle zwischen der Versorgung kranker, hilfebedürftiger Menschen, also dem Individuum und seiner Familie einerseits, und dem Krankenhaus bzw. der Medizin und Wissenschaft, auch als Repräsentanten der Gesellschaft, andererseits.

Und so wurde die Psychiatrische Familienpflege, dies ist die erste Schlussfolgerung, in der Geschichte zu einer Art Lackmustest für eine jeweilige Gesellschaft, für den historischen Umgang mit dieser Versorgungsform, für den Umgang mit den psychisch Kranken selbst. Auch wurde der Umgang mit der Familienpflege zu einer Art Lackmustest für die jeweilige Medizin einer Gesellschaft.

II.

Die psychiatrische Familienpflege gilt ganz allgemein und auch zu Recht als älteste außerklinische Versorgungsform für psychisch Kranke und behinderte Menschen. Wie zu sehen war, besteht sie in Frankreich und Belgien spätestens seit dem 19. Jahrhundert

⁵ Fauvel, Aude: Aliénistes contre psychiatres. La médecine mentale en crise (1890-1914). In: Psychologie clinique 17 (2004) S. 61-76, für das Zitat S. 76.

⁶ Auf die Familienpflege-Einrichtung der Anstalt *l'Antiquaille* im *Departement Rhône* kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht mehr eingegangen werden.

durchgängig und wird dort heute in moderner Form umgesetzt. Auch die nationalsozialistische Besetzung Belgiens und Frankreichs hat, von passageren Problemen abgesehen, daran nichts ändern können. In der Bundesrepublik Deutschland hingegen wissen wir – nach einer sogenannten ‚Blüte‘ der psychiatrischen Familienpflege vor dem Ersten Weltkrieg – von einer ersten Krise während dieses Krieges, gefolgt von einem erneuten Aufschwung bis in die Jahre der Weimarer Republik hinein und letztendlich von einem fast völligen Niedergang in den Jahren des Nationalsozialismus. Zwischen dem Zweiten Weltkrieg und den 1980er Jahren existierten zumindest keine (im Vergleich zu vorher) ähnlich nennenswerten und umfangreichen Initiativen moderner Familienpflege. Medizinhistorisch relevant ist, und dies ist der Kern der zweiten Schlussfolgerung, dass die psychiatrische Versorgung im Sinne der Familienpflege in Deutschland aufgrund rein ideologischer Vorgaben ausgesetzt worden ist. Die überwiegende Abstinenz der Familienpflege in beiden deutschen Staaten nach 1945 ist also nicht etwa als Konsequenz der Beurteilung ihrer (mangelnden) Qualität zu interpretieren, sondern als Folge nationalsozialistischer Ideologie und Gesundheitsgesetzgebung.^{iv}

III.

Historische Befunde, wie sie hier beispielhaft dargelegt worden sind, lassen sich nicht automatisch in unsere Zeit übertragen. Auch sind eine Reihe von Unterschieden zwischen den nationalen Gesundheitssystemen, der variierenden Infrastruktur, sowie dem Charakter des Kulturraums, in dem die Familienpflege etabliert wird, zu beachten, um letztendlich zu sinnvollen Aussagen zu gelangen. Auch Mentalitätsunterschiede (Schönberger 2001, S. 53) hinsichtlich der Gestaltung der Familienpflege spielen eine wesentliche und profilgebende Rolle, was bspw. an der deutschen Situation gezeigt werden kann (Hildenbrand 2000; Bertram 1992; Konrad 1992). Es steht dem Fachpublikum dennoch natürlich frei, aus den präsentierten historischen Überlegungen Rückschlüsse zu ziehen.

Die wohlbedachte Anpassung der psychiatrischen Versorgung an regionale Bedürfnisse, nicht allein an medizinische, infrastrukturelle, sondern auch an ökonomische, versorgungsstrukturelle Bedürfnisse einer Region - so fällt bei der historischen Betrachtung auf - machen dabei ganz offensichtlich einen guten Teil des Erfolg aus, könnten vielleicht sogar als Prädiktor für einen mittelfristig erreichbaren Erfolg in der Umsetzung der Familienpflege in einer Region xy verwendet werden, ganz sicher kann man dies in Bezug auf die historischen Beispiele, also retrospektiv sagen. Will sagen: Wenn eine Etablierung der Familienpflege in der Vergangenheit gelang, dann traf das Angebot an die Gastfamilien ihre

ökonomische Situation, wie auch die Bedürfnisse der Pfleglinge, wie man die Patienten historisch nannte.

Hohe Investition in der Initialphase an Personal, an Recherchen zu den Gegebenheiten vor Ort und an Investitionen in die Infrastruktur, führten zu dem Effekt einer optimalen, mittelfristig insgesamt klar kostengünstigeren Versorgung durch die Familienpflege, die die Höhe der Kosten der stationären Versorgung in keiner historischen Situation erreichte, geschweige denn überstieg, und dies bei einer Qualität der Versorgung, die bei Sicherstellung medizinischer, pflegerischer, sozialpädagogischer, medikamentöser und anderer relevanter Notwendigkeiten eine weit höhere Anpassung an die individuellen Bedürfnisse vieler Patientinnen und Patienten ermöglichte. Und mit dieser dritten, für heute letzten Schlussfolgerung, bin ich am Ende angelangt.

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Publikation zur Empfehlung:

Wesentliche Teile dieses Vortrags, sowie die ausführliche Nennung der hier erwähnten Fachliteratur, finden sich bereits in:

Müller, Thomas: *Das Unbewusste in der Gemeinde – das Projekt der Psychiatrischen Familienpflege*. In: Buchholz, Michael B. und Götde, Günter (Hg.): *Das Unbewusste in der Praxis – Erfahrungen verschiedener Professionen*. Bd. 3. Psychosozial-Verlag, Gießen (2006) S. 342-370.

Diese Publikation ist im Vergleich zum oben stehenden Vortrag erweitert um zwei aktuelle Patienten-Vignetten und die Frage der Psychodynamik in der Familienpflege.

Weitere Literatur zum hier vorgestellten Forschungsprojekt beim Verfasser:

Dr. Thomas Müller
Leiter des Forschungsbereichs Geschichte und Ethik in der Medizin
Abteilung für Psychiatrie I der Universität Ulm /
Zentrum für Psychiatrie Die Weissenau
Weingartshofer Strasse 2
88214 Ravensburg
eMail: th.mueller@zfp-weissenau.de
Tel.: 0751-7601-2217 (Skr.: -2519/ -2216)

Koordinator „Historische Forschung“ der
Zentren für Psychiatrie in Baden-Württemberg

AG Geschichte und Ethik in der Medizin
<http://www.forschung-bw.de>
http://www.forschung-bw.de/VersFHist/Historical_Research.html

Württembergisches Psychiatriemuseum
<http://www.projektkompanie.de/>

ⁱ Dieser Beitrag entstand im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsprojekts MU 1804 / 1-2 des Verfassers, mit dem Titel „Zu Debatte und Institutionalisierung der

psychiatrischen Familienpflege im 19. Jahrhundert. Ein Vergleich der Therapiesysteme Deutschlands und Frankreichs“.

- ii Ich danke Paul-Otto Schmidt-Michel für eine Reihe weiterer hilfreicher Hinweise. Ebenso gilt mein Dank Katharina Lötscher, die mir Einblick in noch nicht veröffentlichtes Material gewährte. Für eine Reihe weiterer Hinweise und Einblicke in die Lebenswelt der Familienpflege in Deutschland, die in den vorliegenden Beitrag integriert werden konnten, danke ich darüber hinaus Richard Gerster, Dieter Weisser, Regina Trautmann, Barbara Roth, Michael Konrad, Peter Stolz, Christine Schönberger sowie in Frankreich Jean-Claude Lardy, Chantal Grolleau-Vallet, Monique Bankulé, Daniel Brandého und M. Meignier sehr herzlich. Für die historische Kooperation hinsichtlich des mit diesem Beitrag in Verbindung stehenden DFG-Projekts gilt mein aufrichtiger Dank Hartmut Kaelble, Arnd Bauerkämper und nicht zuletzt Etienne François.
- iii Die Geschichte der psychiatrischen Familienpflege ist ohne die Einbeziehung zugehöriger gesellschaftlicher, wie z.B. ökonomischer und landwirtschaftlicher Aspekte, kaum zu verstehen. Strukturelle Vorbedingungen in der Versorgung, die regionalen Gegebenheiten und andere Einflussfaktoren bzw. Hemmnisse der Entwicklung der Familienpflege auch bei zukünftigen Etablierungsversuchen zu berücksichtigen, scheint angeraten.
- iv Die vorgestellten medizinhistorischen Funde sind dabei für sich allein genommen bereits sehr interessant, ebenso sehr, wie sie für die aktuelle Medizin und Psychiatrie relevant sind – und zwar offensichtlich auch jenseits der Landesgrenzen, wie neben den hier ausführlicher erwähnten Ländern Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen, die an vielen Orten im In- und Ausland etablierte Familienpflege zeigt. Hier noch einmal zu nennen sind das Land Brandenburg (Stolz 2001), Thüringen (Dresler 2005, S. 4 f.), das Saarland, sowie andere europäische Länder wie die Schweiz (Lötscher & Bridler 2005, Vortrag), Belgien (Province de Liège 1984; Goldstein & Godemont 2003), die Niederlande (Ropers 1997) und Frankreich (Sans 1988). In Österreich findet sich die Familienpflege um die Jahrhundertwende zum 20. Jahrhundert (Gerényi 1902; Müller 2003; 2004a), wie auch an der Wende zum 21. Jahrhundert (Grössl 2004, S. 32-34). Außerhalb Europas stellen die USA (Schmidt-Michel & Konrad 2004, S. 35-39; Konrad 1992, S. 16-24) einen nennenswerten Kontext dar, in dem die Familienpflege weiter entwickelt wird.