Zur Dichotomie von Alltags- und Fachwissen : die psychiatrische Familienpflege Zürich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts

Autor(en): **Meier, Marietta**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **10 (2003)**

Heft 1

PDF erstellt am: **28.03.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-23619

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

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

http://www.e-periodica.ch

ZUR DICHOTOMIE VON ALLTAGS- UND FACHWISSEN

DIE PSYCHIATRISCHE FAMILIENPFLEGE ZÜRICH IN DER ERSTEN HÄLFTE DES 20. JAHRHUNDERTS

MARIETTA MEIER

Im Oktober 1906 suchte eine Familie aus Grüningen bei der Direktion des Gesundheitswesens des Kantons Zürich um die Bewilligung zur Aufnahme und Verpflegung von «geistig beschränkten Personen» in ihrem Hause nach. Darauf besuchte der Bezirksarzt die Familie und kam zum Schluss, die «bauliche Anlage und Einrichtung des Hauses» entspreche den Bedingungen der «Verordnung betreffend die private Verpflegung von Irren» von 1899 nicht: «Die zur Aufnahme von Pfleglingen bestimmten zwei Zimmer im obern Stockwerk sind nicht heizbar, für deren Beheizung muss ein transportabler Petrolofen genügen. Ausser einem Nachtstuhl sind irgendwelche Krankenutensilien nicht vorhanden. Die Aborte sind primitiv. Es fehlt am Allernötigsten, an einer Wasserversorgung, sogar an einem Laufbrunnen; sämtlicher Bedarf an Wasser für Haus und Scheune muss durch einen Ziehbrunnen gedeckt werden. Vorkehren gegen Feuersgefahr fehlen vollständig.» Erst am Schluss seines Berichts kommt der Arzt noch auf Kriterien zu sprechen, die nicht mit dem Haus und seiner Einrichtung zusammenhängen: Er schreibt, es fehle «auch an einer Person, welche zur Pflege von Kranken, vorab von Geisteskranken einigermassen qualifizirt wäre». Darüber hinaus seien auf einem Bauernhof zeitweise alle Familienmitglieder «auf Wiese und Feld engagirt», so dass allfällige Pfleglinge ohne Aufsicht wären. Aus diesen Gründen lehnte die Direktion des Gesundheitswesens das Gesuch auf Anraten des Bezirksarztes ab.[1]

Der Bezirksarzt war nicht der einzige Vertreter des medizinischen Standes, der sich mit solchen Anträgen befasste. 1909 – drei Jahre, nachdem die Familie aus Grüningen ihr Gesuch eingereicht hatte – gründete der Regierungsrat das «Kantonale Inspektorat für private Irrenpflege». Dieses Inspektorat wurde von einem Psychiater geleitet, der alle Pflegefamilien kontrollierte und über Aufnahme, Versetzung und Wiederinternierung in die Klinik entschied. Die Betreuung der PatientInnen hingegen übernahmen Laien. Diese Form von «privater Irrenpflege» – im Kanton Zürich seit 1971 Psychiatrische Familienpflege genannt – stellte eine Alternative zur geschlossenen Klinik dar und ist deshalb nicht mit den vielen, zum Teil sehr kleinen privaten Anstalten zu verwechseln,

die in der Schweiz gegen Ende des 19. Jahrhunderts entstanden sind[2] und auf die ich in diesem Beitrag nicht eingehe.

Die Psychiater setzten sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als offizielle Experten für Geisteskrankheit durch, die psychisch Kranke in eigens dafür eingerichteten Anstalten behandelten. Die Familienpflege bedeutete deshalb für ihre Disziplin zunächst einmal eine Provokation: Die Idee, dass sich auch Familien um psychisch Kranke kümmern könnten, stellte die Notwendigkeit einer (dauernden) medizinischen Behandlung in der Klinik wieder in Frage. Zudem hatten die Psychiater immer gegen die Meinung gekämpft, Laien wüssten, wie man mit Geisteskranken umgehen müsse. Gaben sie nun psychisch Kranke in die Hände von Pflegefamilien, riskierten sie, dieser Ansicht erneut Vorschub zu leisten.[3]

Nach dem Soziologen Andrew Abbott besetzen Professionen Tätigkeitsfelder. Eine Tätigkeit hängt von einem spezifischen Kontext von Gesetzen und Verwaltungspraxis ab, der dieser Tätigkeit überhaupt erst Sinn verleiht und sie definitorisch von ähnlichen Tätigkeiten abgrenzt. Professionen versuchen, auf solche Normsetzungen und Tätigkeitsdefinitionen Einfluss zu nehmen, um ihren Mitgliedern einen exklusiven Zugang zu bestimmten Tätigkeitsfeldern zu ermöglichen.[4] Einerseits bot die Gründung der Familienpflege der Psychiatrie die Möglichkeit, dem Platzmangel in den Anstalten zu begegnen und ihren Wirkungsradius über die Klinik hinaus auszudehnen. Andererseits riskierte sie aber auch, Kompetenzen oder unter Umständen sogar ein ganzes Tätigkeitsfeld zu verlieren. Ich gehe deshalb im folgenden der Frage nach, welche Strategien die Zürcher Psychiater anwandten, um die Familienpflege als Ausdifferenzierung des psychiatrischen Angebots darzustellen und die Kontrolle über das neue Tätigkeitsfeld zu bewahren. Dabei interessiert mich vor allem, welche Rollen sie sich und den Pflegefamilien zuschrieben und welcher Sprache sie sich dabei bedienten.

Um diese Fragen zu beantworten, gehe ich in vier Schritten vor: Zunächst folgt ein Überblick über die Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege sowie über ihre Gründung und Entwicklung im Kanton Zürich. Danach zeige ich, welche Anforderungen die Fachleute an Pflegefamilien stellten, warum sie gewisse Familien für geeignet, andere hingegen für ungeeignet hielten. Der dritte Abschnitt analysiert, mit welchen Argumenten die Psychiater erklärten, weshalb sich ihre Pflichten in der Familienpflege klar von den Aufgaben der Pflegefamilien unterschieden. Zuletzt komme ich auf die Stereotypen in ihren Definitionen von Alltags- und Fachwissen zu sprechen und zeige, wie eng Alltags- und Fachwissen zusammenhängen können. Der Aufsatz geht also anhand eines Beispiels auch der Frage nach, inwiefern die Inhalte wissenschaftlichen Denkens durch aussenwissenschaftliche Faktoren beeinflusst werden.[5]

ZUR GESCHICHTE DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE

In der Psychiatrischen Familienpflege unterscheidet man drei Modelle, die sich in verschiedenen Ländern entwickelt haben: Das erste Modell, der «Konzentrationstyp», auch «Belgischer Typ» oder «Geeler Modell» genannt, orientiert sich an der im belgischen Städtchen Geel seit Jahrhunderten bestehenden Familienpflege-Kolonie. Er stellt eine konzentrierte Ansammlung vieler Familienpflegestellen in einem kleinen Gebiet dar, die nicht unter der Leitung einer zentralen Anstalt stehen. Im Gegensatz dazu versteht man unter «Dispersionstyp» oder «Schottischem Typ» eine weiträumig über das ganze Land verteilte Familienpflege, die keine gemeinsame Organisation aufweist. Beim dritten Modell, dem «Adnextyp» oder «Deutschen Typ», ist die Familienpflege in enger Anbindung und Überwachung durch eine zentrale Anstalt organisiert, die sowohl die Aufnahme- und Überweisungsmodalitäten regelt als auch die ärztliche Betreuung sicherstellt.[6]

In Deutschland, das für die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in Europa eine wichtige Rolle spielte, wurde die Familienpflege gegen Ende des 19. Jahrhunderts eingeführt. Die führenden «Irrenärzte» Deutschlands hatten zwar bereits zwischen 1850 und 1880 heftig über die Einführung der Psychiatrischen Familienpflege diskutiert, entschieden diese Debatte aber zu Gunsten der Asyle. Dabei spielten machtpolitische, ökonomische und Forschungsinteressen eine entscheidende Rolle – die Familienpflege stellte die Psychiatrie zu stark in Frage. Trotzdem begannen einzelne Anstalten gegen Ende des 19. Jahrhunderts, die Familienpflege einzuführen, und bis 1914 hatte sich diese aufgrund der gravierenden Platzprobleme in den Anstalten in fast ganz Deutschland verbreitet. Man bezeichnete die Familienpflege nun nicht mehr als mögliche Alternative, sondern als Ergänzung zur Anstaltsversorgung.[7] Seit der Jahrhundertwende wurde der «Adnextyp» in vielen Ländern Europas, in Holland, Frankreich, Italien, Österreich, Russland, Schweden, Dänemark und Finnland und auch in der Schweiz eingeführt.[8] Wie ich im folgenden am Beispiel der Psychiatrischen Familienpflege Zürich zeigen werde, prägten die früheren ideologischen Debatten allerdings die Form der neuen Institution stark.

In der Schweiz wurde die Psychiatrische Familienpflege im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts eingeführt: Im Kanton Bern begann man 1901, in der Waadt 1904, in Schaffhausen 1907 und in Zürich 1909, PatientInnen bei privaten Pflegefamilien unterzubringen. Ein paar Jahrzehnte später wurde die Familienpflege auch im Kanton Solothurn (1925), Aargau (1927) und Basel-Stadt (1929), im Berner Jura (1931), in St. Gallen (1931) und im Wallis (1934) eingeführt.[9]

Im Kanton Zürich setzte die Psychiatrische Familienpflege wie erwähnt 1909 ein und verzeichnete in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts im Vergleich zu

anderen Kantonen den grössten Aufschwung.[10] Erste gesetzliche Bestimmungen über die Betreuung von Geisteskranken durch Privatleute entstanden 1899, als die «Verordnung betreffend die private Verpflegung von Irren» in Kraft trat. Diese Verordnung behandelt in einem Paragrafen die «Verpflegung» von Geisteskranken in fremden Familien, zielt im Wesentlichen aber auf die zahlreichen grösseren und vor allem kleineren privaten Anstalten ab, die neben psychisch Kranken auch alte Leute, Waisen, Arme und so genannt «sittlich Verdorbene» aufnahmen und die für die neu gegründeten staatlichen Anstalten eine Konkurrenz bedeuteten.[11] Die Oberaufsicht über die privaten Anstalten führte der zuständige Regierungsrat zusammen mit einer Kommission, die der gesamte Regierungsrat wählte und die aus medizinischen Fachleuten, Pfarrern, Amtsvormündern und Personen mit ähnlichen Aufgaben bestand.

Zehn Jahre später wurde dieser ersten Regelung eine «Verordnung betreffend die Beaufsichtigung und Pflege von Irren in Privatfamilien» beigefügt. «Zur Unterbringung und Beaufsichtigung der in Privatfamilien untergebrachten kantonsangehörigen Irren» errichtete man gleichzeitig ein Inspektorat. An dessen Spitze stand ein Fachmann, den der Regierungsrat auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens auf die gesetzliche Amtsdauer von drei Jahren wählte.[12] Der erste Inspektor war der damalige Oberarzt der kantonalen psychiatrischen Pflegeanstalt Rheinau, Franz Ricklin. Ihm folgte als Leiter dieser Institution ein selbstständiger Arzt aus Zürich, Ernst Hermann Müller. 1915 wurde das Inspektorat der Klinik Burghölzli angegliedert, dessen Leitung es bis heute untersteht.[13]

Ricklin, welcher der Direktion des Gesundheitswesens Vorschläge über das neue «Irreninspektorat» unterbreiten musste, erklärte dem Regierungsrat in einem Schreiben, weshalb ein solches Inspektorat zu gründen sei: Zum einen dürfe der Staat seinen Schutz und seine Aufsicht nicht nur auf die PatientInnen in öffentlichen Anstalten beschränken, sondern müsse sich um alle Geisteskranken im Kanton kümmern. Dafür müsse ein «vollständiges Irrengesetz» und ein «wenigstens teilweise, aus erfahrenen Irrenärzten zusammengesetztes Inspectorat» geschaffen werden. «Die andere Tendenz, welche in der Schaffung des neuen Inspectorates Gestalt angenommen hat, besteht in der Entlastung der öffentlichen Anstalten & gleichzeitig in der freieren Behandlung einer Grosszahl von sonst in Anstalten versorgten Kranken, welche diese Freiheit gut ertragen & sehr zu schätzen wissen, durch den activen Ausbau der familiären Verpflegung, & zwar unter irrenärztlicher Leitung & Aufsicht; denn nur dann kann erfahrungsgemäss eine solche Einrichtung gedeihen & bedeutet einen *Ausbau* des Irrenwesens, statt eine Rückkehr zu primitivern Verhältnissen.»[14] Ricklins Schreiben zeigt klar, dass die Psychiater mit der Familienpflege neben therapeutischen vor allem Standesinteressen verfolgten. Das erste Ziel bestand darin,

die staatliche Kontrolle nicht nur auf die öffentlichen psychiatrischen Anstalten zu beschränken, sondern auf alle Geisteskranken im Kanton auszudehnen. Zweitens sollte die Psychiatrische Familienpflege die Anstalten entlasten, indem sie PatientInnen, die nicht dauernd hospitalisiert bleiben mussten, bei Privatleuten unterbrachte. Beide Ziele, das betont Ricklin, könnten aber nur erreicht werden, wenn das Inspektorat durch erfahrene Psychiater besetzt werde.
Da die Verpflegung von Geisteskranken bei Privatleuten billiger war als der Aufenthalt in einer Klinik, bedeutete die Psychiatrische Familienpflege für den Kanton erhebliche finanzielle Einsparungen.[15] Auch Personen, die billige oder unentgeltliche Arbeitskräfte benötigten und/oder ihr Einkommen mit dem Kostgeld, das sie für die Verpflegung erhielten, aufbessern wollten, fanden sich lange. Die standespolitischen Interessen der Psychiatrie, die Interessen der Behörden – Ausbau der staatlichen Kontrolle und Kosteneinsparungen – sowie die Interessen der Pflegefamilien hatten zur Folge, dass die Zürcher Familienpflege in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts auf grossen Anklang stiess. Während sich 1909 erst drei Personen in Familienpflege befanden, waren es fünf Jahre nach der Gründung des Inspektorats bereits 133 und 1937 gar 431 Personen.[16] Ab 1940 nahm die Zahl der Personen, die sich in Familienpflege befanden, wieder ab: 1976 waren es 217, am Ende des Jahres 2002 noch 60 PatientInnen.[17] Die Entwicklung der Familienpflege korrelierte in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts also etwa mit der Zahl der Personen, die sich in psychiatrischen Kliniken befanden. Je mehr Leute hospitalisiert waren, je grösser der Platzmangel in den Anstalten war, desto mehr PatientInnen wurden bei Pflegefamilien versorgt.[18] Wie Ricklin 1909 gefordert hatte, bot die Familienpflege demnach den Psychiatern tatsächlich die Möglichkeit, die zuweilen immense Überfüllung der Anstalten zu reduzieren und bei Platzmangel freie Betten zu gewinnen, ohne die PatientInnen ganz aus der Hand geben zu müssen.

DIE ANFORDERUNGEN DER PSYCHIATER AN DIE PFLEGEFAMILIEN

Die Familien, die Geisteskranke in Pflege nahmen, mussten sich nach der Verordnung von 1909 verpflichten, die Kranken wie ein Familienmitglied unterzubringen, zu ernähren und sie immer «mit Freundlichkeit und Wohlwollen» zu behandeln. Zwangsmassregeln durften sie «nur im Notfall und nur mit Bewilligung des Inspektorates» anwenden; körperliche Züchtigungen waren verboten.[19] In einem Vertrag bestätigten die Pflegefamilien zudem, den Anordnungen des Inspektorats immer nachzukommen.[20]
Die Psychiater hatten klare Vorstellungen von einer guten Pflegefamilie. Fami-

lien, «deren häusliche Atmosphäre unharmonisch, zerrissen oder gar krankhaft» sei, eigneten sich – so der Psychiater Herbert Binswanger, Leiter des Inspektorats von 1932 bis 1938 und Verfasser einer Studie über die Familienpflege im Kanton Zürich – nicht. Eine gute Pflegefamilie durfte sich laut Binswanger nicht nur aus finanziellen Interessen bewerben, sie durfte die psychisch Kranken nicht «grob» oder «lieblos» behandeln und musste dafür sorgen, dass diese ihre Kleider und Körperpflege nicht vernachlässigten und keine Gelegenheit zu «übermässigem» Alkoholkonsum hatten. Um diese Forderungen zu veranschaulichen, stellt Binswanger vier «besonders geeignete Pflegefamilien» vor. Dabei zeigt bereits das erste Beispiel, dass vor allem die Wohnsituation und das Milieu der Pflegefamilie eine grosse Rolle spielten: «In einer Ortschaft, unweit der deutschen Grenze, bewohnt eine Familie mitten im Dorf ein altes, sehr gut im Stande gehaltenes Riegelhaus; davor befindet sich ein grosser Dorfbrunnen, am Fuss der Haustreppe stehen in den Sommermonaten grosse alte Begonienstöcke. Die Fensterbänke rechts und links der Haustüre sind mit Kakteen und andern Blumenstöcken geschmückt. Man betritt den Hausflur, und gleich rechts findet sich die Türe zur Wohnstube: ein grosser, niederer, sehr schlichter, aber dennoch gemütlicher Raum mit einem Kachelofen, einem Esstisch, Stühlen und einem alten Sekretär; an der Wand sind einige Photographien aufgehängt. Die Bewohner sind Leute von altem Schlag, sehr schlicht, konservativ, aber nicht eng, gütig und hilfsbereit, absolut echt und senkrecht. Dort ist ein Patient seit 25 Jahren untergebracht und gehört in jeder Beziehung zur Familie.» In einem anderen Beispiel wird die Landschaft, die «Häuslichkeit» und die «Beschaulichkeit des Alltags» gerühmt, in einem weiteren, dass die Frau «mit Güte und Geschick [...] für eine gewisse Tageseinteilung, für Reinlichkeit, Ordnung und gute Hausmannskost» sorge.[21] Dem Bericht, der am Anfang meines Beitrags steht, liegen also dieselben Kriterien zu Grunde, wie sie Binswanger zur Beurteilung der Pflegefamilien anwendet.

Die Pflegefamilien sollten zweimal pro Jahr besucht werden. Da jedoch immer mehr Geisteskranke in Familienpflege lebten und seit 1914 der zweite Oberarzt des Burghölzli das Inspektorat neben seiner Arbeit in der Klinik betreute, ist allerdings zu vermuten, dass der Inspektor notorisch überlastet war und eher Stippvisiten als umfassende Kontrollbesuche vornahm. Besser informiert war die Kanzlistin, ursprünglich eine Büroangestellte, die jedoch mehr und mehr auch die Betreuung der Kranken übernahm und 1944 schliesslich durch eine diplomierte Fürsorgerin abgelöst wurde.[22] Der Psychiater müsse sich, wie es in einem Protokoll des Regierungsrats von 1930 heisst, «in den meisten Detailfragen» auf die Kanzlistin verlassen können. Sie sei «die Seele des Inspektorates», kenne alle Pflegefamilien und PatientInnen und mache häufig Reisen, um Kranke unterzubringen und zu versetzen.[23]

Tatsächlich gab es viele Versetzungen. Je mehr Kranke man in Familienpflege unterbrachte – vor allem in Zeiten, wo die psychiatrischen Anstalten überfüllt waren –, desto mehr Versetzungen und Wiederinternierungen musste man vornehmen. Die Gründe für die Versetzungen waren vielfacher Natur; Versetzungen, zu denen die Geisteskranken Anlass gaben, kamen allerdings nach Binswanger siebenmal häufiger vor als Versetzungen, für die eindeutig die Pflegefamilien verantwortlich zu machen seien. «Unzweckmässige und unverständige Behandlung» steht dabei mit etwas über 40 Prozent an erster Stelle, wobei Binswanger nicht erklärt, was er darunter versteht. An zweiter Stelle mit etwas über 30 Prozent kommen Versetzungen, die auf den Tod von Familienangehörigen oder auf Platzmangel zurückzuführen sind. Finanzielle Gründe werden als weitere Ursache genannt; sei es, dass das Inspektorat glaubte, die Pflegefamilie sei nur am Geld interessiert, sei es, dass die Armenpflegen, die meist das Kostgeld zahlten, verlangten, die PatientInnen seien an einem billigeren Platz unterzubringen. An letzter Stelle rangiert schliesslich die Kategorie Unordnung – auch hier schliesst sich der Kreis zu den Inspektionsberichten wieder.[24]

In der Regel waren die Inspektoren jedoch zufrieden mit den Pflegefamilien. In den Jahresberichten heisst es jeweils, die Besuche hätten «im grossen und ganzen stets sehr befriedigende Resultate» ergeben, die Familien gäben sich im Allgemeinen grosse Mühe und würden den Kranken viel Verständnis entgegenbringen. Im Jahresbericht von 1924 heisst es: «Wir waren wegen des Platzmangels im Burghölzli und aus therapeutischen Gründen ohnedies genötigt, bei gewissen Kranken einen Versuch mit der Familienpflege zu machen, die schon in der Anstalt schwierig zu behandeln waren oder sich vor ihrer Internierung als unstet, haltlos, trunksüchtig usw., für eine Familienpflege als wenig geeignet erwiesen hatten. Dass trotz diesem im Allgemeinen ungünstigen Krankenmaterial den 86 Aufnahmen bloss 33 […] Rückversetzungen – teilweise auch von alten, hinfällig gewordenen Pfleglingen – in Anstalten gegenüberstehen, zeigt, dass auch schwierige Patienten sich in der Familienpflege wohl fühlen und von den Pflegefamilien mit anerkennungswertem Geschick behandelt werden.»[25]

Die Psychiater zollten den Pflegefamilien somit im besten Fall Anerkennung, weil sie geschickt mit den Geisteskranken umgingen. Ein Interesse für die Pflegefamilien und deren Erfahrungen äussern sie in ihren Schriften über die Familienpflege nicht. Es genügte, wenn die PatientInnen keine Schwierigkeiten machten, zufrieden waren, vielleicht sogar arbeiteten, wenn man das Gefühl hatte, die Pflegefamilien befolgten die Anordnungen, die Geisteskranken erhielten genügend Nahrung und lebten in einer möglichst «gesunden», sauberen, ordentlichen und häuslichen Umgebung.

ZUR DICHOTOMIE VON ALLTAGS- UND FACHWISSEN

Die Fachleute pochten also nicht nur gegenüber den Behörden, sondern auch im Umgang mit den Pflegefamilien auf ihr Expertenwissen. Das mag nicht besonders erstaunen. Interessant ist jedoch die Art und Weise, wie die Psychiater ihre Standesinteressen durchsetzten. Um die Kontrolle über die Psychiatrische Familienpflege zu bewahren, ergriffen sie verschiedene Massnahmen. Erstens hielt die kantonale Verordnung von 1909 fest, dass die Familienpflege keine Alternative zur psychiatrischen Klinik sei. Familienpflege kam nur in Frage, wenn – wie es in der Verordnung heisst – «für Verpflegung von Irren nicht genügend Raum vorhanden» war.[26] Brauchte man in der Klinik freie Betten, entschieden allein die Psychiater, welche Kranken sich für die Familienpflege eigneten; sie wählten die Pflegefamilien aus, kontrollierten sie, nahmen Umteilungen und Wiederinternierungen vor. Auch wenn die Ärzte im Laufe der Zeit immer mehr Aufgaben an die neue Profession der Fürsorgerinnen abgaben, die das Tätigkeitsfeld in der täglichen Praxis übernahmen, hielten sie die Institution der Familienpflege zumindest formell weiterhin unter Kontrolle[27] und sorgten so mit der Unterstützung der Behörden dafür, dass ihnen keine Konkurrenz erwuchs und ihre Standesinteressen gewahrt blieben. Aus wissenschaftlicher Sicht war das Tätigkeitsgebiet für Psychiater allerdings kaum attraktiv. So kündigte der erste Inspektor, Franz Ricklin, bereits nach zwei Jahren, wobei er erklärte, «ausschlaggebend für seine Demission sei die ungenügende Befriedigung, welche eine rein administrative Tätigkeit, wie sie die Familienpflege mit sich bringe, biete».[28] Auch seinen Nachfolger, Hermann Müller, stellte die Arbeit nicht zufrieden. Er bat deshalb die Regierung, neben seiner Anstellung als «Irreninspektor» noch eine Privatpraxis eröffnen zu dürfen, um auf der «Höhe seiner Wissenschaft» bleiben zu können.[29] Der Schwerpunkt der Inspektoratstätigkeit lag also, wie auch Herbert Binswanger in seiner Studie schreibt, «auf sozialem und fürsorgerischen Gebiet»,[30] gegen aussen wurde aber immer wieder betont, dass eine fachärztliche Leitung der Familienpflege ausschlaggebend sei.

Zweitens konstruierten die Psychiater eine Dichotomie zwischen Wissenschaftern und Laien, die – wie alle Dichotomien – durch eine klare Hierarchie gekennzeichnet war. Die Pflegefamilien stammten in der Regel aus der unteren Mittelschicht – viele waren Landwirte mit kleinen Höfen[31] – und nahmen aus finanziellen Interessen Geisteskranke bei sich auf. So schreibt Herbert Binswanger in seinem Buch über die Zürcher Familienpflege, dass bei Leuten, die sich für PatientInnen interessierten, «natürlich nicht idealistische Motive» im Vordergrund ständen, sondern «fast immer der Wunsch nach einer Hilfe bei der Arbeit oder das Begehren nach Kostgeld». Er nennt diese Motive «an sich

nicht unlauter», sofern sie gewisse Grenzen nicht überschritten, betont aber, das Inspektorat schreite sofort ein, wenn es den Eindruck gewinne, ein Pflegling werde ausgenützt oder eine Pflegefamilie habe «fast ausschliesslich Geldinteressen».[32] Während in Binswangers Augen also bei den Laien eindeutig finanzielle Interessen die entscheidende Rolle spielten, nahm er für die Fachleute in Anspruch, dass sie sich dem medizinischen Ethos gemäss völlig uneigennützig um die Kranken sorgten.

Dementsprechend waren die Erwartungen, die man gegenüber den Pflegefamilien hatte. In den Diskussionen um die Familienpflege spielte Geel, das bereits erwähnte Dorf in Belgien, eine wichtige Rolle, weil dessen Bevölkerung seit Jahrhunderten psychisch Kranke aufnahm und deshalb oft als Modell für die Familienpflege bezeichnet wurde. Die meisten Anstaltspsychiater äusserten sich allerdings kritisch über Geel. Ein solcher Gegner schrieb 1869, die Pflegefamilien seien keineswegs mit Fachleuten zu vergleichen: «[…] man darf von ihnen nicht mehr erwarten, als sie bei ihrem Bildungsgrad, ihrer socialen Stellung, ihren traditionellen Ansichten zu leisten im Stande sind. Sie nehmen eben nur den Grad eines guten Wartepersonals ein, das nach bestem Wissen und Gewissen für das leibliche und höchstens für das moralische Wohl zu sorgen verpflichtet ist: ein tieferes Eingehen auf ihren Seelenzustand, ein strenges, auf eine höhere Erkenntnis basirtes Individualisiren, ein Corrigieren und Normiren, ein Analysiren der krankhaften Kundgebungen, wie dies die Aufgabe des praktischen Psychiaters, des philosophisch gebildeten Arztes, des von höheren Interessen getragenen, für Selbstverleugnung und Opferwilligkeit qualificirten ärztlichen Leiters der Anstalten sein muss, ist in Gheel nicht möglich.»[33]

70 Jahre später erklärte Binswanger, wie man sich die «therapeutische Beeinflussung» der PatientInnen vorstellen müsse, die sich in Familienpflege befänden. Einen Beitrag aus Bleulers Lehrbuch für Psychiatrie aufgreifend, führt er aus, dass jedes Leiden «als Ergebnis des Zusammenspiels zweier Ursachengruppen» entstehe: «Die eine Gruppe ist die *Anlage,* oder besser, die Gesamtheit dessen, was vererbt wird, der Genotypus also, die andere die *Umwelt.*» Bei der Umwelt sei zwischen einer paratypischen und einer genotypischen zu unterscheiden, weshalb auch die Aussenwelt «als eine von mehreren echten Teil-Ursachen» von Erbkrankheiten betrachtet werden müsse. Da Binswanger ganz im Geiste der psychiatrischen Vererbungstheorien fast alle PatientInnen, die vom Inspektorat betreut wurden, als «mit einem Erbleiden behaftet» bezeichnet, kommt für ihn die Familienpflege «einer unspezifischen, paratypischen, therapeutischen Beeinflussung» gleich. Diese «therapeutische Beeinflussung» könne einen psychotherapeutischen und einen sozialen Effekt haben. Der psychotherapeutische Effekt bestehe darin, dass die Aussenwelt die psychische Konstitution der PatientInnen so beeinflusse, dass sie ruhiger, vernünftiger und

sozial angepasster würden. Dieser Effekt ziehe meistens auch den – wie er es nennt – «sozialen Erfolg» nach sich: «Der Patient wird sich der Häuslichkeit anpassen, seine Arbeit willig verrichten und mehr oder weniger unauffällig und unanstössig mit der Familie zusammenleben.»[34]

‹WEIBLICHE› LAIEN – ‹MÄNNLICHE› WISSENSCHAFT

Binswangers Theorie zeigt, wo die Psychiater die Pflegefamilien einordneten: Sie gehörten zu den «Aussenweltsfaktoren», die sich im besten Fall, d. h. wenn der paratypische Umweltfaktor für die Krankheit eine wichtige Rolle spielte, in unspezifischer Art und Weise positiv auf die Kranken auswirken konnten. Die Kriterien, nach denen die Pflegeplätze ausgewählt und kontrolliert wurden, passen ausgezeichnet in dieses Schema. Mit anderen Worten: Den Laien wurden weibliche Eigenschaften zugeschrieben, den Wissenschaftern männliche. Die Pflegefamilien mussten ordnungsliebend, reinlich und häuslich sein, dann konnten sie eventuell einen positiven, «unspezifischen therapeutischen Effekt» ausüben. Fachwissen brauchte eine Pflegefamilie dazu nicht, sie stellte quasi naturhaft – wie die «gesunde Lage» eines Hauses – einen positiven «Aussenweltsfaktor» dar, wenn sie in den Augen der Psychiater bestimmte bürgerliche Tugenden aufwies, die weiblich konnotiert wurden. Den Wissenschaftern blieben die männlich konnotierten Eigenschaften und Tätigkeiten vorbehalten: Sie entschieden kraft ihres Wissens, inwiefern Genotypus und Phänotypus an einer Krankheit beteiligt waren, sie beanspruchten die «spezifische Therapie» für sich, und sie entschieden, welche Art «unspezifischer Therapie» jemand benötigte. Ausserdem konnte, so Binswanger, die Familienpflege «nur dann erspriessliche Resultate zeitigen», «wenn die Auswahl der geeigneten Kranken und der hierfür in Betracht kommenden Pflegefamilien mit der erforderlichen Vorsicht und Voraussicht» erfolgte – die Fachleute waren letztlich also auch für allfällige positive Effekte der «unspezifischen Therapie» verantwortlich.

Obwohl die Psychiater immer ihre Fachkompetenz betonen, ist in ihren Berichten kaum jemals von Wissen die Rede, über das Laien nicht verfügt hätten. Wenn die Ärzte entschieden, ob eine Familie für die Aufnahme psychisch Kranker geeignet sei, und dabei in erster Linie die Einrichtung, Ordnung und Sauberkeit beurteilten, verwendeten sie Kriterien, die jede Person, die mit dem bürgerlichen Tugendkatalog vertraut war, hätte überprüfen können. Die Berichte des Inspektorats für Psychiatrische Familienpflege zeigen also, wie fragwürdig eine Perspektive sein kann, die strikt zwischen Fach- und Alltagswissen unterscheidet.

Trotzdem beruhte die Autorität der Psychiater in der Familienpflege auf dieser

Dichotomie. Nur sie als Fachleute konnten entscheiden, ob sich eine Familie für die Familienpflege eigne und welche PatientInnen in welche Familie kommen sollten. Nur sie konnten überprüfen, ob eine Familie ihre Aufgabe gut erfülle oder nicht. Diese Entscheide fällten die Psychiater, das betonen sie immer wieder, aufgrund ihrer medizinischen Kenntnisse, aber auch – so Binswanger – aufgrund ihrer klinischen Erfahrung und «bestimmter Gefühlsregungen, welche an sich nicht leicht zu beschreiben» seien;[35] aufgrund des impliziten Wissens und Know-hows also, des *tacit knowledge,*[36] das gemäss Binswanger nur den Experten vorbehalten ist.

Da die Psychiatrie PatientInnen an Pflegefamilien abgab und einen immer grösseren Teil ihrer Arbeit Fürsorgerinnen überliess, bestand für die Fachleute die Gefahr eines Machtverlusts. Obwohl sie in der Psychiatrischen Familienpflege in erster Linie auf bürgerliche Normen, also auf ihr Alltagswissen zurückgriffen, wollten sie eine klare Hierarchie zwischen Laien und Wissenschaft bewahren. Deshalb konstruierten sie eine Differenz, die auf unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Gewichtungen basierte – hier die ‹männliche› Wissenschaft, dort die ‹weiblichen› Laien. Die Psychiater verwendeten somit in ihren Schriften über die Familienpflege gesellschaftlich geprägte Geschlechterbilder, mit deren Hilfe sie ihre Aufgaben von ähnlichen Tätigkeiten abgrenzten. Auf diese Weise erreichten sie mit Unterstützung der Behörden, dass sie – zumindest formell – die Kontrolle über das Tätigkeitsfeld nicht verloren[37] und die Familienpflege nicht als Alternative, sondern als Ausdifferenzierung des psychiatrischen Angebots verstanden wurde.

Anmerkungen

1 StAZH, SS 30,1, Nr. 78, Verfügung der Direktion des Gesundheitswesens (9. 10. 1906). Das Gesuch ist der erste solche Antrag einer Privatfamilie, der im Staatsarchiv Zürich überliefert ist.

2 Vgl. Henri Bersot, *Que fait-on en Suisse pour les malades nerveux et mentaux?,* Bern 1936, 17 f.

3 Paul-Otto Schmidt, *Asylierung oder familiale Versorgung. Die Vorträge auf der Sektion Psychiatrie der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte bis 1885,* Husum 1982, 81.

4 Andrew Abbott, *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor, Chicago,* London 1988. Abbott (S. 20) nennt die Zuständigkeit einer Profession für ein bestimmtes Arbeitsgebiet «jurisdiction» und bezeichnet diese als zentrales Phänomen: "To analyze professional development is to analyze how this link [between a profession and its work] is created in work, how it is anchored by formal and informal social structure, and how the interplay of jurisdictional links between professions determines the history of the individual professions themselves."

5 Auf die wissenschaftstheoretische Ebene dieser Frage werde ich nicht eingehen. Auf der Suche nach einer Antwort haben in der Medizin- und Wissenschaftsgeschichte in den letzten Jahrzehnten vor allem drei Ansätze eine wichtige Rolle gespielt: der diskursanalytische Ansatz, mit dem ich im folgenden arbeite, eine soziologische Zugangsweise sowie «eine

von der wissenschaftlichen Praxis ausgehende Tradition, welche die Dichotomie von kognitiven und sozialen Faktoren grundsätzlich in Frage stellt und stattdessen nach den in (instrumentellen) Handlungen angelegten Strukturpotenzialen für soziales Verhalten und kognitive Inhalte fragt». Vgl. Volker Roelcke, *Krankheit und Kulturkritik. Psychiatrische Gesellschaftsdeutungen im bürgerlichen Zeitalter (1790–1914)*, Frankfurt a. M. 1999, 28 f.

6 Andreas Pernice, *Die Kontroversen über Familienpflege und Anstaltspsychiatrie in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie in der Zeit von 1844 bis 1902*, Diss. med., Lübeck 1991, 78–80.

7 Paul-Otto Schmidt-Michel, «Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland», in Michael Konrad, Paul-Otto Schmidt-Michel (Hg.), *Die 2te Familie. Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis – Forschung*, Bonn 1993, 41–76, hier 42, 74. Schmidt (wie Anm. 3), 82.

8 Pernice (wie Anm. 6), 79 f., 96.

9 Die Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in der Schweiz ist noch kaum erforscht. Einen kurzen Überblick bietet: Bersot (wie Anm. 2), 147–151, hier 148. Die Festschriften und historischen Abrisse der einzelnen Kliniken erwähnen die Familienpflege nur zum Teil. *Königsfelden 1872–1972. Zentenarschrift einer psychiatrischen Klinik, Aarau 1972*, 101. Thomas Haenel, *Zur Geschichte der Psychiatrie. Gedanken zur allgemeinen und Basler Psychiatriegeschichte*, Basel 1982, 206. Jan Mikolasek, *Das Kantonale Asyl Wil (St. Gallen). Die Jahre 1892 bis 1950 der heutigen Psychiatrischen Klinik*, Diss. med., Zürich 1990, 68–71.

10 Walther Büel, «Über Familienpflege», in *74. Jahresbericht des Zürcher Hülfsvereins für Geisteskranke über das Jahr 1949*, Zürich 1950, 10–28, hier 15.

11 StAZH, SS 30,1, Nr. 1, Verordnung betreffend die private Verpflegung von Irren (19. 6. 1899).

12 StAZH, SS 30,1, Fasz. 3, Verordnung betreffend die Beaufsichtigung und Pflege von Irren in Privatfamilien (12. 5. 1909).

13 75 Jahre Kantonale Psychiatrische Familienpflege, Zürich 1984, 35.

14 StAZH, S 335,1, Fasz. 1, Schreiben Franz Ricklins an die Direktion des Gesundheitswesens (Rheinau, 22. 2. 1909).

15 1924 z. B. beliefen sich die Kosten für die PatientInnen in der Familienpflege auf Fr. 119'200.–. Demgegenüber kostete ein Aufenthalt im Burghölzli für diese Zahl von PatientInnen Fr. 504'000.–. StAZH, SS 30, Nr. 195, Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrats vom 3. 6. 1926.

16 Vgl. die Jahresberichte des kantonalen Inspektorats für private Irrenpflege 1915–1930. Herbert Binswanger, *Die Familienpflege im Kanton Zürich 1909–1936. Medizinische Erfahrungen*, Basel 1939, 8. 75 Jahre Kantonale Psychiatrische Familienpflege (wie Anm. 13), 26.

17 Gertrud Christen, *Kantonale Psychiatrische Familienpflege Zürich*, Zürich 1977, 29 f. Telefonische Mitteilung der Kantonalen Psychiatrischen Familienpflege Zürich vom 20. 11. 2002. Obwohl der Name Familienpflege geblieben ist, leben die meisten Kranken inzwischen nicht mehr bei Pflegefamilien, sondern in Heimen.

18 Vgl. StAZH, SS 22, 1–21, Protokolle über die Pflegeanstalt Burghölzli 1878–1941.

19 StAZH, SS 30,1, Fasz. 3, Verordnung betreffend die Beaufsichtigung und Pflege von Irren in Privatfamilien (12. 5. 1909).

20 Binswanger (wie Anm. 16), 9.

21 Ebd., 13–15.

22 Die neue Angestellte besass das Diplom der Sozialen Frauenschule. Ende 1907 wurde in verschiedenen Schweizer Zeitungen ein «Kurs zur Einführung junger Mädchen in Fürsorgearbeit» annonciert. 1920 baute man diese privaten Kurse zu einer eigentlichen Schule aus. 1921 wurde die Soziale Frauenschule Zürich eröffnet, ab 1949 «Schule für Soziale Arbeit» genannt. Christen (wie Anm. 17), 47 f.

23 StAZH, SS 30,1, Nr. 242, Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrats vom 1. 6. 1930.
24 Binswanger (wie Anm. 16), 18–20.
25 Vgl. die Jahresberichte des kantonalen Inspektorats für private Irrenpflege 1920–1930.
26 StAZH, SS 30,1, Fasz. 3, Verordnung betreffend die Beaufsichtigung und Pflege von Irren in Privatfamilien (12. 5. 1909). Die Verordnung blieb bis 1960 in Kraft. In der nächsten, noch immer gültigen Verordnung vom 15. 9. 1960 heisst es: «Die kantonale Familienpflege übernimmt es, psychisch Kranke nach Möglichkeit in privaten Familien, Heimen oder bei Arbeitgebern unterzubringen und sie dort fürsorgerisch und ärztlich zu betreuen.» Die Platzverhältnisse in den Kliniken werden also nicht mehr erwähnt. Christen (wie Anm. 17), 11.
27 Eine ähnliche Entwicklung fand in der Amtsvormundschaft statt, wo die Fürsorgerinnen «in der täglichen Praxis zu den Protagonistinnen der Vormundschaftsbehörde» wurden, «obwohl sie von ihren frauenspezifischen Arbeitsbedingungen her auf der untersten behördlichen Hierarchiestufe standen». Nadja Ramsauer, *«Verwahrlost». Kindswegnahmen und die Entstehung der Jugendfürsorge im schweizerischen Sozialstaat 1900–1945,* Diss., Zürich 2000, 97.
28 StAZH, SS 30,1, Protokoll Private Irrenpflege 1911–1929, Protokoll der Kommissionssitzung vom 13. 3. 1911.
29 «Der Betrieb des Inspektorates, so wie er heute und voraussichtlich noch auf längere Zeit hinaus geschehen muss, ohne die Verhältnisse der Anstalten zu komplizieren und zu verteuern, bietet wenig Gelegenheit, ärztliche Funktionen auszuüben. Der dem Inspektorat unterstellte Krankenbestand ist ein überaus einförmiger; dadurch wird eine Betätigung bedingt, welche nicht nur die Arbeitsfreude reduziert, sondern auch den jeweiligen Arzt gefährdet, den Überblick über seine Spezialität und die Grenzgebiete zu verlieren.» StAZH, SS 30,1, Protokoll Private Irrenpflege 1911–1929, Auszug aus dem Protokoll des Regierungsrats vom 15. 6. 1912, Nr. 23.
30 Binswanger (wie Anm. 16), 126.
31 Vgl. z. B. den *Jahresbericht des kantonalen Inspektorates für private Irrenpflege,* 1929, 3 f.: «Unsere Pflegefamilien sind meistens Kleinbauern, die die Hilfeleistungen unserer Pfleglinge zu schätzen wissen, und denen das Kostgeld für die weniger Arbeitsfähigen einen willkommenen Beitrag zur Bestreitung der Haushaltskosten bedeutet.» In einem Verzeichnis von PatientInnen, die in den Jahren 1908 bis 1910 in Pflegefamilien versetzt wurden, ist zudem bei ca. 30% der Familien ein Beruf, in der Regel derjenige des Mannes, angegeben. Häufig handelt es sich dabei um Landwirte und um Wärter aus dem Burghölzli oder der Rheinau. Es kommen aber auch Posthalter, Armenpfleger, Bahnarbeiter, Polizisten, Portiers, ein Fuhrhalter, ein Fischer, ein Schneider, ein Förster sowie eine Hebamme und eine Arbeitslehrerin vor. StAZH, S 335,1, Fasz. 1.
32 Binswanger (wie Anm. 16), 13.
33 August Köhler, «Reiseskizzen», o. O., o. J., 157, zit. nach Schmidt (wie Anm. 3), 113.
34 Binswanger (wie Anm. 16), 16 f.
35 Ebd., 12.
36 Michael Polanyi, *Implizites Wissen,* Frankfurt a. M. 1985 *(Personal Knowledge. Towards a Post-Critical Philosophy,* London 1962).
37 Inwiefern die Pflegefamilien die ihnen verliehenen Kompetenzen in eigenem Interesse nutzten und inwiefern sie sich im alltäglichen Umgang mit den Geisteskranken an die Vorschriften der Psychiater hielten, sind Fragen, die es – sofern überhaupt Quellen zur *agency* und *performance* der Familien existieren – noch zu untersuchen gilt. Genauer untersucht werden müsste auch, wie die Kompetenz- und Arbeitsteilung zwischen Psychiatern und Fürsorgerinnen in der Praxis aussah.

RESUME

DE LA DICHOTOMIE ENTRE SAVOIR COURANT ET CONNAISSANCES PROFESSIONNELLES. LES SOINS PSYCHIATRIQUES FAMILIAUX A ZURICH DURANT LA PREMIERE MOITIE DU 20E SIECLE

Les psychiatres se sont imposés durant la seconde moitié du 19e siècle comme experts officiels des maladies mentales, traitant les patients dans des établissements spécialisés et conçus pour ce type d'intervention. En beaucoup d'endroits toutefois, ils furent confrontés à de sérieux problèmes de place dans les hôpitaux publics. Une solution à ce problème fut trouvée: une forme spécifique de soins psychiatriques en milieu familial se développa par l'introduction d'un autre modèle clinique, d'abord en Allemagne et, dès la fin du 19e siècle, dans d'autres pays européens. Selon ce modèle, les malades mentaux étaient hébergés et soignés dans des familles privées placées sous le contrôle d'une institution clinique psychiatrique.

L'introduction des soins familiaux s'accompagna de débats violents à l'intérieur des professionnels de la psychiatrie: l'idée que des familles pourraient s'occuper de malades psychiques remettait en cause, à nouveau, le statut d'expert conféré aux psychiatres et la nécessité d'un traitement médical continu en institution hospitalière. Ce nouveau dispositif risquait de faire perdre aux psychiatres des compétences ou même un champ entier d'activité.

Cette contribution cherche, à travers l'exemple zurichois, ce que furent les stratégies déployées par les psychiatres pour contrer ce danger. Publications et rapports aux autorités montrent que les psychiatres zurichois pratiquant les soins familiaux eurent recours au catalogue des valeurs bourgeoises hatibuelles et donc à un savoir commun. Toutefois, ils échafaudaient un principe dichotomique entre savoir profane et savoir scientifique qu'ils inscrivaient dans une hiérarchie très claire, en se définissant comme les experts des soins familiaux. De cette façon, avec l'aide des autorités, ils réussirent à ne pas perdre le contrôle sur ce nouveau champ d'intervention médicale et ils firent en sorte que les soins psychiatriques familiaux ne puissent être considérés comme une alternative à l'hôpital, mais seulement comme une diversification de l'offre psychiatrique.

(Traduction: Frédéric Sardet)