



Dorit van Meel

Petra Hagen Hodgson

Roswitha Wolf

(Hrsg.)

Green Care

Lehr- und Praxishandbuch
für Grün- und Gesundheits-
berufe

Green Care

Green Care

Dorit van Meel, Petra Hagen Hodgson, Roswitha Wolf (Hrsg.)

Dorit van Meel
Petra Hagen Hodgson
Roswitha Wolf
(Hrsg.)

Green Care

Lehr- und Praxishandbuch für
Grün- und Gesundheitsberufe

mit Beiträgen von

Christina Bauernfeind
Andrea Göhring
Petra Hagen Hodgson
Georg Jungnitsch
Petra Köchli
Stefan Lirsch

Karoline Meixner-Katzmann
Fritz Neuhauser
Jutta Schneider-Rapp
Dorit van Meel
Roswitha Wolf
Regina Würfl



Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus Dorit van Meel: „Green Care“ (9783456863009) © 2026 Hogrefe AG, Bern.

Dr. biol. Dorit van Meel (Hrsg.). Dozentin, Leiterin der Forschungsgruppe „Grün und Gesundheit“ an der ZHAW, Chefredakteurin der Zeitschrift „Green Care“. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Wädenswil; Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik, Wien. E-Mail: vanm@zhaw.ch

Dr. phil. Petra Hagen Hodgson (Hrsg.). Dozentin BSLA, diverse Leitungsfunktionen für Lehre und Forschung, Institut für Umwelt und natürliche Ressourcen an der ZHAW (2007–2023), seither freiberufliche Tätigkeit in Zürich www.petrahagenhodgson.ch. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Wädenswil. E-Mail: petra.hodgson@bluewin.ch

Prof.ⁱⁿ Dipl.-Ing.ⁱⁿ Roswitha Wolf BED (Hrsg.). Vizerektorin für Lehre und Hochschulentwicklung Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik, Wien. E-Mail: roswitha.wolf@agraruwmweltpaedagogik.ac.at

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt. Der Verlag weist ausdrücklich darauf hin, dass im Text enthaltene externe Links vom Verlag nur bis zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses eingesehen werden konnten. Auf spätere Veränderungen hat der Verlag keinerlei Einfluss. Eine Haftung des Verlags ist daher ausgeschlossen.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

All rights, including for text and data mining (TDM), Artificial Intelligence (AI) training, and similar technologies, are reserved.

Alle Rechte, auch für Text- und Data-Mining (TDM), Training für künstliche Intelligenz (KI) und ähnliche Technologien, sind vorbehalten.

Verantwortliche Person in der EU: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Merkelstraße 3, 37085 Göttingen, info@hogrefe.de

Anregungen und Zuschriften bitte an den Hersteller:

Hogrefe AG
Lektorat Pflege
Länggass-Strasse 76
3012 Bern
Schweiz
Tel. +41 31 300 45 00
info@hogrefe.ch
www.hogrefe.ch

Lektorat: Jürgen Georg, Amélie Oberson
Redaktionelle Bearbeitung: Martina Kasper
Herstellung: René Tschirren
Umschlagabbildung: Getty Images/NikiLitov
Umschlaggestaltung: Hogrefe AG
Satz: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín
Printed in Czech Republic
Auf säurefreiem Papier gedruckt

1. Auflage 2026
© 2026 Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN_PDF 978-3-456-96300-6)
(E-Book-ISBN_EPUB 978-3-456-76300-2)
ISBN 978-3-456-86300-9
<https://doi.org/10.1024/86300-000>

Nutzungsbedingungen

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden. Davon ausgenommen sind Materialien, die eindeutig als Vervielfältigungsvorlage vorgesehen sind (z. B. Fragebögen, Arbeitsmaterialien).

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Die Inhalte dürfen nicht zur Entwicklung, zum Training und/oder zur Anreicherung von KI-Systemen, insbesondere von generativen KI-Systemen, verwendet werden. Das Verbot gilt nicht, soweit eine gesetzliche Ausnahme vorliegt.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Download-Materialien.

Inhaltsverzeichnis

Dank	10
Vorwort	11
1 Historische Perspektive und anthropologische Voraussetzungen von Green Care	13
<i>Petra Hagen Hodgson</i>	
1.1 Wurzeln: Natur als Sehnsuchtsort und Heilkraft	14
1.2 Fürsorge im Mittelalter: Hospitäler und Gärten	18
1.3 St. Luke's Hospital und die „Moral Therapy“	22
1.4 Heil- und Pflegeanstalten im 19. und frühen 20. Jahrhundert	26
1.5 Licht, Luft, Sonne: Lebensreform und Gartenstadt	29
1.6 Technikbegeisterung	31
1.7 Von „heilenden Gärten“ und „therapeutischen Landschaften“	32
1.8 Der Mensch – ein ultrasoziales Wesen	35
1.9 Erkenntnisse der Bindungsforschung	35
1.10 Notwendiges psychologisches Verständnis	37
2 Green Care und Gesundheit – Zu den Begrifflichkeiten	41
<i>Dorit van Meel</i>	
2.1 Was ist Green Care?	42
2.2 Entstehung des Green Care Konzeptes	43
2.3 Wann spricht man von einem Green Care Angebot?	46
2.4 Zu den Konzepten von Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität	50
2.4.1 Gesundheit	50
2.4.2 Wohlbefinden und Lebensqualität	52
2.5 Verknüpfung zwischen Menschen, ihrer Gesundheit und Green Care	53
2.5.1 Erklärungen für das Warum	54
2.5.2 Positive Wirkfaktoren von Green Care Angeboten	55
2.5.3 Breite Wirkungsmöglichkeiten	58

3 Naturbasierte Interventionen für Gesundheit und Wohlbefinden	61
<i>Roswitha Wolf und Karoline Meixner-Katzmann</i>	
3.1 Entwicklung von Green Care Angeboten	62
3.1.1 Warum Green Care als umfassendes Konzept?	62
3.1.2 Green Care Angebote auf landwirtschaftlichen Betrieben	62
3.2 Nutzungsmöglichkeiten und Ziele von Green Care Angeboten	62
3.3 Ausgewählte beobachtete Wirkungen	65
3.4 Ausblick und Perspektiven	66
3.5 Green Care Projektplanung und -umsetzung	67
4 Der Weg zu einer urbanen Care Farm	69
<i>Petra Köchli</i>	
4.1 Einleitung	70
4.2 Erste Schritte in die Landwirtschaft	71
4.3 Von der herkömmlichen zur sozialen Landwirtschaft	71
4.4 Suche nach einer Care Farm	73
4.5 SAH Garten und Landwirtschaft	74
4.6 Umstrukturierung und Professionalisierung	75
4.7 Abhängigkeit von gesellschaftspolitischen Umständen	75
4.8 Suche nach einem geeigneten Standort	76
4.9 Aufbauprozess	77
4.10 Lebendiger Raum mitten im Quartier	78
4.11 Gartenarbeiten so vielfältig wie die Teilnehmenden	80
4.12 Biogemüse für die lokale Gemeinschaft	81
4.13 Gelungene Teamarbeit	82
4.14 Ausstrahlung der urbanen Landwirtschaft	82
4.15 Persönliche Motivation	83
4.15.1 Gewinn für Teilnehmende	83
4.15.2 Eigene Freude an der Arbeit	85
4.16 Vielschichtige Herausforderungen, kreative Lösungen	86
4.17 Schlussfolgerungen	87
5 Heilsames Grün im Klinikalltag	91
<i>Christina Bauernfeind, Fritz Neuhauser und Regina Würfl</i>	
5.1 Angewandte Gartentherapie im Wandel der Zeit	92
5.2 Die Krise als Auftrag und Inspiration	93
5.2.1 Gartentherapeutische Angebote	96
5.2.2 Der Park als Beziehungsstifter	98

5.3	Treffpunkt Garten	100
5.4	Die Pflanzen: der Kern des Gartens	103
5.5	Die Pflanzerei als Stütz- und Angelpunkt	104
5.6	Kochen in „Die Pflanzerei“	104
5.7	Ein Garten für die Intensivstation	107
5.7.1	Ausgangslage	107
5.7.2	Garten trifft Intensivstation	108
6	Gemeinschaftswerk GartenPark Hohrainli	115
	<i>Petra Hagen Hodgson</i>	
6.1	Gärten	116
6.2	Wohnliche Außenräume	118
6.3	Partizipation mit offenem Ergebnis	120
6.3.1	Das Quartier Hohrainli mit geplanter Verdichtung	121
6.3.2	Stadt und Eigentümer für neue Ideen gewinnen	123
6.3.3	Rollen im Prozess, keine Animateure	124
6.3.4	Sichtbar werden, kommunizieren	125
6.3.5	Blumen, Gemüse und ein Treffpunkt	127
6.3.6	Realisierung des GartenParks	128
6.3.7	Entwurf und Bau des Upcycling GartenParkTreff	132
6.3.8	Kinder sind zugänglich	137
6.4	Interdisziplinäres Denken und Arbeiten	141
6.5	Weiterführende Überlegungen	141
6.6	Verstetigung	143
7	Tiergestützte Intervention auf dem Bauernhof	147
	<i>Andrea Göhring und Jutta Schneider-Rapp</i>	
7.1	Tierische Unterstützung	148
7.1.1	Hennen als Logopäden	148
7.1.2	Hühner sehen viel und spüren alles	149
7.1.3	Schafe beruhigen	150
7.1.4	Jedem seine Tierart	150
7.1.5	Kühe machen stark	151
7.1.6	Kühe sehen die Welt anders	152
7.2	Professionelles Planen und Arbeiten	154
7.2.1	Anforderungen an die Anbieter:innen	154
7.2.2	Anforderungen an die Kooperationspartner	156
7.2.3	Anforderungen an die Gäste: Keine Scheu vor Bauernhoftieren	157
7.2.4	Die Bauernhoftiere	157
7.2.5	Hygiene muss sein	164
7.2.6	Räumliche Voraussetzungen	165
7.3	Persönliche Bilanz und Perspektiven	165

8	Wald als Lehr- und Heilkraft	169
	<i>Stefan Lirsch</i>	
8.1	Grundlegende Haltung	170
8.2	Bedeutung von Naturvermittlung und Naturverbundenheit	173
8.3	Thematisch relevanter biografischer Hintergrund	174
8.4	Gesundheitsförderndes Projekt Waldpädagogik für den Kindergarten	174
8.4.1	Ausgangssituation	174
8.4.2	Ausrichtung und Zielsetzungen	175
8.4.3	Umsetzung und Aktivitäten	175
8.4.4	Auswirkungen und Erfahrungen	176
8.5	Waldpädagogik und Soziales Lernen an einer Mittelschule	176
8.5.1	Ausgangssituation	177
8.5.2	Ausrichtung und Zielsetzungen	177
8.5.3	Umsetzung und Aktivitäten	178
8.5.4	Etablierung des Waldschwerpunktes an der Schule	179
8.5.5	Persönliche Erfahrungen und Auswirkungen auf die Schule	180
8.6	Waldwandern mit der Heilkraft Natur in einer Suchtklinik	181
8.6.1	Ausgangssituation	182
8.6.2	Ausrichtung und Zielsetzungen	182
8.6.3	Umsetzung und Aktivitäten	182
8.6.4	Auswirkungen und Erfahrungen	185
8.7	Weitere Projekte und Möglichkeiten	186
8.7.1	Aus- und Weiterbildungs-Angebote sowie Vortragstätigkeiten	186
8.7.2	Seelische Gesundheit von Kindern als Unfallprävention	187
8.7.3	Waldkindergärten	187
8.7.4	Wildnis-Spielplätze im städtischen Bereich	187
8.7.5	Kompetenztrainings im Wald für Lehrlinge	187
8.7.6	Gesundheitsförderung im Wald in Reha- und Kuranstalten	188
8.7.7	Kooperationen mit Green Care WALD	188
8.7.8	Initiationsriten und Mentoring für Jugendliche	188
8.7.9	Einzel-Begleitung in die Natur	189
9	Wann kommen die Alpakas wieder?	193
	<i>Georg Jungnitsch</i>	
9.1	Allgemeines zum Tier „Alpaka“	194
9.1.1	Verhaltenseigenschaften von Alpakas	195
9.1.2	Haltungsbedingungen	198
9.2	Grundsätzliche Bedingungen für den Tiereinsatz	202
9.3	Allgemeine Durchführungsprinzipien in der TGI	203
9.4	Einsatzbeispiele	206
9.4.1	Bei Kindern und Jugendlichen im Gruppensetting	207
9.4.2	Im Einzelsetting	209

9.4.3	Weitere Beispiele mit Erwachsenen	209
9.4.4	Diskussionswürdige Angebote aus Tierschutzgründen	211
9.5	Zusammenfassende Überlegungen	212
10	Schlussbetrachtungen	215
	<i>Petra Hagen Hodgson und Dorit van Meel</i>	
<hr/>		
	Anhang	221
	Herausgeberinnen und Autor:innen	223
	Das Green Care-Programm des Hogrefe Verlages	226
	Sachwortverzeichnis	229

Dank

Ein Buch thematisch zusammenzustellen und zu schreiben, bedeutet viel Engagement und kostet viel Zeit. Wir möchten allen Autorinnen und Autoren, die zu diesem Buch beigetragen haben, danken. Weiterhin geht unser Dank an M.Sc. Jürgen Georg, Programmleitung Bereich Pflege & Gerontologie des Hogrefe Verlages, für seine Geduld und sein Vertrauen, aus unserem Konzept ein Buch zu machen. Wir danken nicht zuletzt der Redakteurin Martina Kasper, die sich

mit viel Engagement an unsere Texte gemacht hat. Ebenso danken wir der Grafikerin zur optischen Gestaltung dieses Werkes.

Vor allem danken wir unseren Familien für ihre verständnisvolle Unterstützung bei diesem langjährigen Projekt.

Dorit van Meel

Petra Hagen Hodgson

Roswitha Wolf

Vorwort

Seit rund 20 Jahren hat sich der Begriff „Green Care“ international etabliert und wurde auch im deutschen Sprachraum eingeführt. Dabei reichen die Wurzeln von Angeboten, die heute unter diesen Sammelbegriff fallen, historisch weit zurück und beruhen auf langen kulturellen Erfahrungen und Entwicklungen. Das englische „Care“ ist breit gefasst. Es beinhaltet ein wohlwollendes Sorgetragen für etwas oder für jemanden, ein Pflegen, ein jemanden oder etwas in Obhut nehmen, ebenso wie grundsätzlich Sorgfalt walten lassen. In der Kombination mit dem ebenso breit zu verstehenden Wort „Green“, also im weitesten Sinne Natur, ließe sich Green Care wortwörtlich mit „Grüne Pflege“ übersetzen. Doch ist ein solcher Begriff nicht gebräuchlich, sondern jener der „naturbasierten Intervention“.

Green Care, bzw. naturbasierte Interventionen, umfassen von entsprechend geschulten Personen vermittelte und angeleitete Tätigkeiten in der Natur, mit Pflanzen oder Tieren, die zur Stabilisierung, Unterstützung und Förderung physischer, seelischer und sozialer Gesundheit verschiedenster bedürftiger Menschengruppen und zur Stärkung ihrer Lebensqualität und ihres Wohlbefindens beitragen können. Die Bandbreite an möglichen Angeboten, die sich daraus ergibt, ist groß und hängt immer von den einzelnen Menschen ab, die sie ins Leben rufen und durchführen. Sie können auf dem Bauernhof, im

Wald oder im Garten einer Institution oder einer Wohnsiedlung stattfinden. In diesem Buch werden deshalb sehr unterschiedliche, exemplarische Beispiele vorgestellt, ausgelotet und aufgezeigt, wie entsprechende Projekte funktionieren. Damit wird ein Überblick geliefert, welchen Beitrag Green Care heute leisten kann und was es dazu braucht. Es werden praktische Ratschläge vermittelt, auf Notwendigkeiten und Stolpersteine hingewiesen sowie Definitionen geliefert. Die Darstellung der historischen Perspektive und der anthropologischen Voraussetzungenbettet die Beispiele in den weiteren Kontext ein. Vor allem werden Geschichten gelingender fürsorglicher, naturbasierter Angebote erzählt, die anregen sollen, selbst ein solches Projekt in die Hand zu nehmen.

So richtet sich dieses Buch zugleich an interessierte Menschen, die einen Einblick in den Bereich Green Care gewinnen oder möglicherweise selbst ein solches Angebot in Anspruch nehmen wollen sowie an Fachleute, die spezifisches Wissen, Erkenntnisse und Erfahrungen abrufen oder ein eigenes Projekt im größeren Kontext vororten wollen.

*Dorit van Meel
Petra Hagen Hodgson
Roswitha Wolf*

28. Mai 2025

1 Historische Perspektive und anthropologische Voraussetzungen von Green Care

Petra Hagen Hodgson



Die Wurzeln von Green Care liegen weit zurück. In diesem Kapitel wird anhand von exemplarischen Beispielen ein Bogen von der Antike bis heute gespannt, mit dem aufzeigt wird, wie Landschaften, Gärten sowie die Beschäftigung mit Pflanzen und auch Tieren seit jeher therapeutisch genutzt wurden. Es werden Vorstellungen, Konzepte und Entwicklungen nachgegangen, die vor und nach der Technisierung der modernen Medizin die heilsamen Wirkungen der Natur im Fokus haben.

Zugleich werden die anthropologischen Voraussetzungen beleuchtet, auf denen gelingende naturbasierte Interventionen basieren. Weiterhin kommen das notwendige psychologische Verständnis und die zwischenmenschlichen Fähigkeiten zur Sprache, denen es bedarf, um erfolgreich ein Green Care-Angebot durchführen zu können und um bedürftigen Menschen eine positive Green Care-Erfahrung zu ermöglichen.

1.1 Wurzeln: Natur als Sehnsuchtsort und Heilkraft

Natur und ihre Schönheit berühren. Wir Menschen begnügen uns „nicht mit Funktionalität, mit der reinen Nützlichkeit von Dingen und Lebensumständen“ (Hagen Hodgson & Eberhard, 2018, S. 121). Sofern die Existenz erst einmal gesichert ist, richten wir es uns wohnlich ein. Das betrifft alles von Menschenhand Gestaltete, angefangen bei den (Kultur-)Landschaften, unseren Städten und Wohnstätten bis hin zu Parks und Gärten. Natur- und Landschaftsdarstellungen sind seit Jahrtausenden überliefert. Frühe Beispiele sind die Fresken und Tafelbilder von Akrotiri auf Santorin um 1600 v. Chr., auf denen einzelne Pflanzen sowie erste Ansätze von Landschaften zur Zierde der Räume zu sehen sind. Seit jeher finden wir in allen Kulturen der Welt den Garten als „Projektionsfläche menschlicher Sehnsüchte“ (Schulze, 2006, S. 15) und als Sehnsuchtsort vollendeten menschlichen Wohlbefindens und Glücks. Ein solcher Ort ist etwa im Garten der Götter im

Gilgamesch-Epos und in der Vorstellung des christlichen Paradieses dargestellt. Homer malte uns circa 800 v. Chr. in der *Ilias* und in der *Odyssee* im VII. Gesang (Homer, 1950) das Bild schattiger heiliger Haine und beschrieb üppige Nutzgärten, wie jene des mythischen Phäakenherrschers Alkinoos, bestehend aus Gemüse-, Wein- und Fruchtgärten mit diversen Fruchtbäumen, mit Birnen, Granaten, Äpfeln, Feigen, auch grünen Oliven, roten Trauben und mit zierlichen Beeten duftender Kräuter. Die das ganze Jahr über „andauernde Fruchtfülle wird in der Beschreibung so poetisch hervorgehoben, dass nicht nur der Nutzen, sondern auch die Schönheit des Gartens fassbar wird“ (Kalusok, 2003, S. 21).

Schönheit (Liessmann, 2009) und Nützlichkeit zählten nicht als Gegensatz. Dies verdeutlicht schon die ägyptische Wandmalerei mit der Darstellung des Gartens des Amun-Tempels von Karnak (Luxor) im Grab des Sennefer (um 1400 v. Chr.), welche als eine der ältesten überlieferten Dokumente zur Geschichte der Gartenkunst gilt.

Abbildung 1-1 zeigt diese Darstellung des Gartens des Sennefer. Er ist von schützenden, hohen Mauern umschlossen und weist Baumalleen und Baumgärten auf sowie Beete, Wasserbecken und im Zentrum eine mit Weinreben behangene Pergola mit direkter Verbindung in den Palast. Unter dem dichten Blätterdach der Pergola fand das tägliche Leben statt. Zahllose weitere Beispiele über die Jahrhunderte folgten.

Nicht nur das Bild des Gartens als Sehnsuchtsort friedlichen Lebens in der Natur und Sinnbild einer harmonischen Einheit von Mensch und Natur, auch die Landschaft war seit jeher Gegenstand sinnlich-emotionaler Erfahrung und wurde immer wieder von Neuem in anderem Kontext als wohltuende Quelle für seelische Erquickung angesehen. Denn der Mensch steht sowohl im Garten wie in der weiten Landschaft „in einem so nahen Verhältnis mit der Natur, dass er ihre Einwirkungen auf seine Seele nicht verleugnen kann“, hieß es bei Christian Cay Lorenz Hirschfeld in dessen ein-

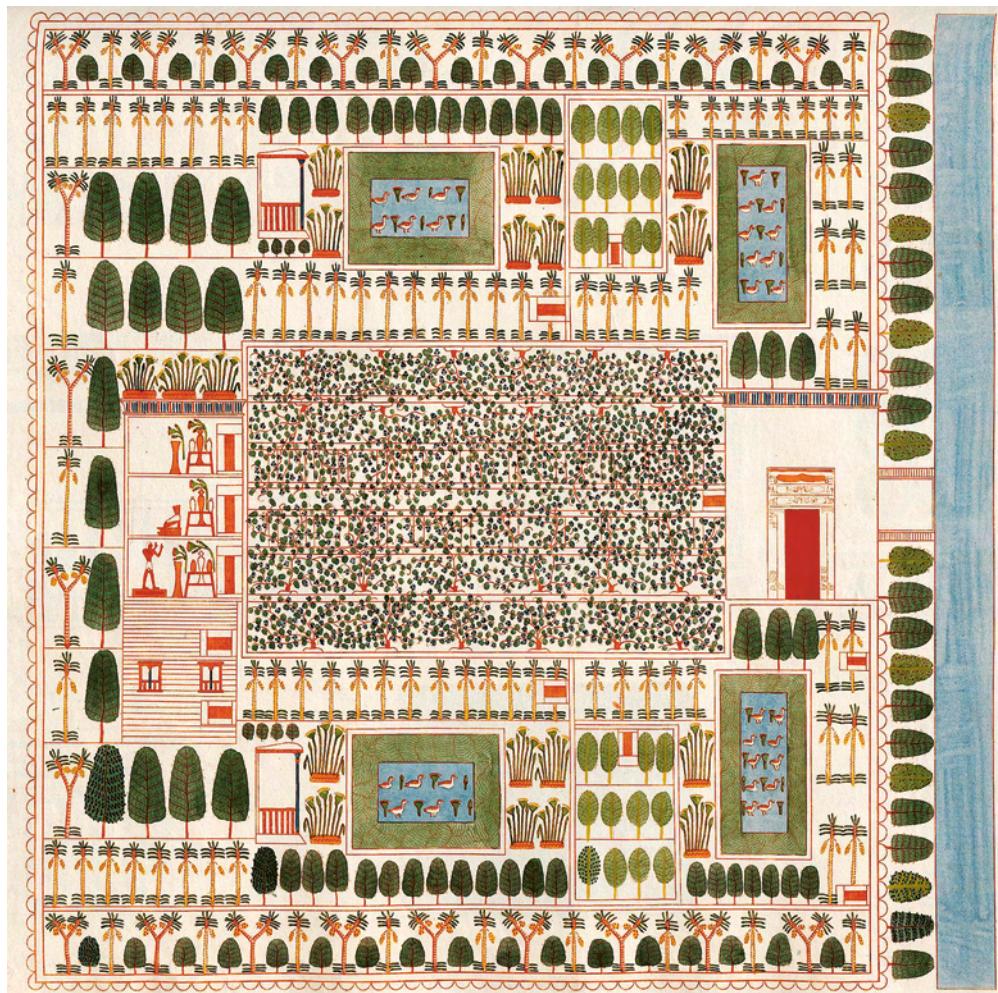


Abbildung 1-1: Grab des Sennefer (Quelle: © Universitätsbibliothek Heidelberg; mit freundlicher Genehmigung; Rosellini, Ippolito: I monumenti dell'Egitto e della Nubia, Band 4,2, Atlas: Monumenti civili Pisa, 1834)

flussreicher *Theorie der Gartenkunst* (Hirschfeld, 1779–85, S. 86), die er zu einer Zeit verfasste, als der Gedanke der Natürlichkeit in der Gartengestaltung und eine Verherrlichung des unmittelbaren Naturerlebens im Auf und Ab des Kulturganzen vorherrschte. Weiterhin kreisten über die Jahrhunderte die Vorstellungen von zahllosen Dichterinnen und Dichtern, Malerinnen und Malern sowie Gartenkünstlerinnen und Gartenkünstlern um das Thema Arkadien als einer Landschaft ländlichen, sor-

genfreien, unverdorbenen, gesunden Lebens mit friedlich weidenden Schafen und Panflöte spielenden Hirten – einem landschaftlichen Idealbild, das bis heute wirkt.

Auch die Verbindung von Pflanzen und Medizin wurzelt tief in der Menschheitsgeschichte. Nicht umsonst gehört die Pflanzenheilkunde zu den ältesten medizinischen Therapien. Bereits seit dem griechischen Arzt Hippokrates kennen wir schriftliche Aufzeichnungen über heilende Kräfte von Pflanzen. Die ersten Koch-

bücher waren eher Medizinalbücher, in welchen die gesundheitsfördernden Wirkungen von pflanzlichen Inhaltsstoffen mit der Zubereitung schmackhafter Speisen verbunden wurden. In der Sittenlehre der Philosophen „spielte die Ernährung eine [ebenso] wesentliche Rolle“ (Grimm, 2007, S. 70) wie die körperliche Ertüchtigung für das Idealbild eines gesunden Menschen und für das Bild einer idealen Gesellschaft, die u. a. auf der Tugend des Maßhaltens basiert. Bei Plato lässt sich in seiner *Politeia* die Ernährungsweise einer gerechten Gesellschaft anschaulich nachlesen (Grimm, 2007). Weiterhin sah man die Luft und das Wasser früh schon als natürliche, heilende Elemente an, wenngleich über die Jahrhunderte freilich nicht immer in gleichem Maße, weil die Einstellung und das Wissen in Bezug auf die Körperpflege und notwendige körperliche Regeneration nicht immer dieselbe war. Tatsächlich findet sich in den „meisten Kulturen die Vorstellung, dass die Natur heilende Wirkungen hat“ (Gesler, 1992, S. 10), einschließlich der Luft, die wir einatmen, wenngleich sich die Erklärungen auch dafür über die Jahrhunderte verändert haben. Bezüglich des Bades und wie dieses im Kulturganzen eingegliedert sei verrät, wie der Kunsthistoriker Siegfried Giedion erkannte, „wie eine Periode zur menschlichen Entspannung sich verhält. Die Stellung, die dem Bad zugebilligt wird und die Art, wie es mit dem Leben verflochten wird, geben oft Auskunft darüber, wie weit das Wohlergehen des Einzelnen als Teil des Gemeinschaftslebens eingeschätzt wird“ (Giedion, 1948/1994, S. 679).

Oft wird die bedeutendste antike Kultstätte für den Gott der Heilkunst Asklepios in Epidavros aus dem 5. Jh.v.Chr. als eine der ältesten überlieferten Orte der Heilung der abendländischen Kultur genannt. Hier wurden Waschungen mit heiligem Wasser vorgenommen und unter kühlenden Baumhainen, in der Bibliothek oder im Theater auf günstige Stunden für den heilenden Tempelschlaf im Abaton gewartet. Während des Schlafes soll Asklepios erschienen sein und dem Kranken Anweisungen für zu befolgende Kuren oder Diäten aufgegeben haben,

die anschließend von Priestern verordnet wurden. Der Legende nach erschien Asklepios nicht nur in menschlicher Gestalt, sondern auch als Schlange oder als Hund, der den Kranken ableckte und damit zur Heilung beitrug. Offenbar wurden Hunde entsprechend dazu abgerichtet. Für die Geschichte der tiergestützten Interventionen bedeutet diese Erzählung „ein frühes Beispiel institutioneller, tiergestützter Therapie“ (Serpell, 2019, S. 22), ein Beleg für die lange Tradition, Tiere mit in Heilungsprozesse einzubeziehen (Fine, 2019).

Gerade zu Hunden haben wir Menschen seit Jahrtausenden eine enge Beziehung. Sie sind uns Arbeitstier, Bewacher, Beschützer, treue Begleiter, freudige Kameraden. In Krisenzeiten können sie Trost und emotionale Unterstützung spenden und werden heute hierfür in Interventionen eingesetzt. Diese enge Beziehung, verewigt in Thomas Manns Erzählung *Herr und Hund* (1918), ist in **Abbildung 1-2** dargestellt. Sie zeigt die 2001 entstandene Skulpturengruppe des Bildhauers Quirin Roth in Gmund am Te-



Abbildung 1-2: Thomas Mann mit Hund Bauschan, beide ganz aufeinander ausgerichtet, Skulpturengruppe von Quirin Roth 2001 (Foto: Petra Hagen Hodgson)

gernsee, welche den Schriftsteller mit seinem Hund Bauschan veranschaulicht.

Von den Ägyptern der Antike wissen wir, dass sie bereits konkrete medizinische Behandlungen in Gärten durchführten, weil sie die beruhigende Wirkung eines Aufenthalts in der Natur kannten. So verordneten ägyptische Ärzte „psychisch verwirrten Mitgliedern des Königshauses Spaziergänge im Palastgarten“ (Schneider-Ulmann, 2010, S. 26). Entsprechend entdeckte der römische Arzt Galen von Pergamon, dass ein „Tätigsein in Garten und Landwirtschaft zur Linderung von psychischen Störungen beiträgt“ (Krause, 2008, S. 95). Wir finden also wesentliche Aspekte von Green Care bereits vor rund 2000 Jahren. Was wir nicht wissen, ist, wie sich dieses Tätigsein konkret vollzogen haben mag, ob bzw. wie es mit zwischenmenschlichen Beziehungen verbunden war und wenn ja, wie sich diese gestalteten, weil die Überlieferungen dazu fehlen.

Vertiefte historische Kenntnisse über therapeutisch genutzte Gärten und Landschaften konzentrieren sich vor allem auf die Entwicklung der Hospitäler bzw. der Krankenhäuser und ihrer Freiräume seit dem Mittelalter, insbesondere seit den letzten rund 250 Jahren. Gärten und Parkanlagen sind im Gegensatz zu Bauwerken nicht nur höchst vergänglich, sondern auch aufgrund des lebendigen Materials Pflanze, aus denen sie bestehen, stetem Wandel unterworfen. So sind wir für historisches Wissen über Gärten, Parks und ihre Nutzung in hohem Maße auf Pläne, künstlerische Darstellungen und Schriftliches angewiesen. Die hier getroffene Auswahl aus der langen Geschichte der Gartenkunst, mit der die Gedankengänge und konkreten Vorfäder der heutigen Green Care Angebote aufgezeigt werden, beschränkt sich deshalb auf einige Anmerkungen und Beispiele aus dem Mittelalter sowie Entwicklungen aus den letzten 250 Jahren. Insbesondere für psy-

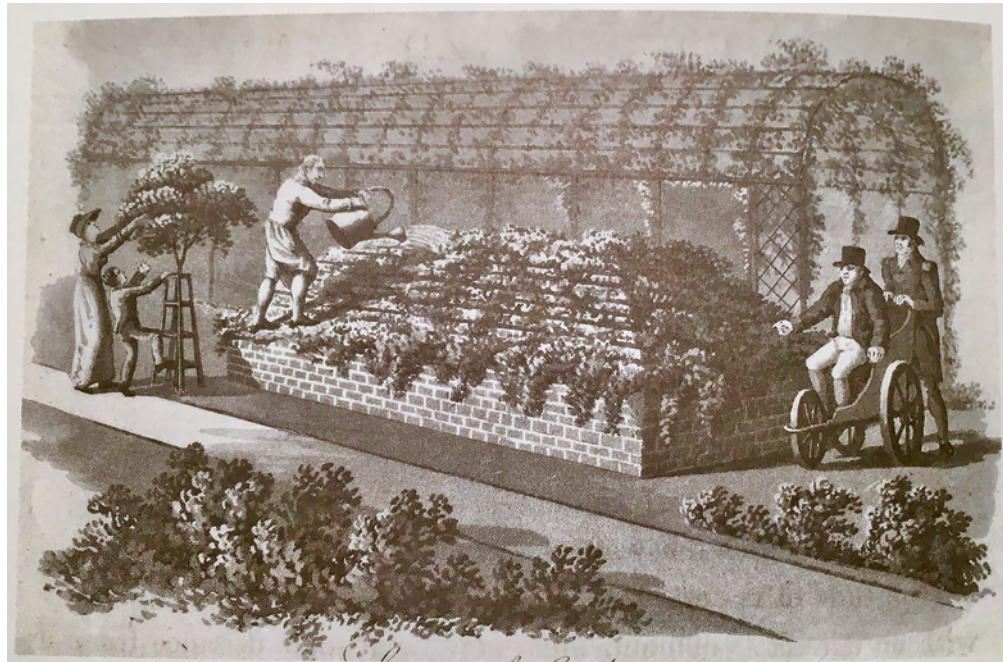


Abbildung 1-3: Humphry Repton: Erdbeeren in einem Hochbeet für Behinderte (Quelle: H. Repton: Fragments on the Theory and Practice of Landscape Gardening: including some remarks on Grecian and Gothic architecture. T. Bensley and Son, 1816, S. 183)

chisch kranke Menschen wurden in der jüngeren Vergangenheit Gärten, Parkanlagen und der Ausblick in die Landschaft aus therapeutischen Gründen in die Behandlung einbezogen (Hickman 2013; Markus & Sachs, 2014). Diesen Entwicklungen wollen wir im Folgenden punktuell nachgehen, da Green Care den Anspruch erhebt, nicht nur zur Förderung und Heilung physischer Gesundheit beitragen zu wollen, sondern auch zu mentaler Gesundheit, zu der soziale Gesundheit letztendlich dazugehört. Zur Einstimmung ins Thema sei hier auf die **Abbildung 1-3** verwiesen. Sie stammt vom bedeutenden englischen Landschaftsarchitekt Humphry Repton und ist in Humphreys Sammlung von *Fragmenten über die Theorie und Praxis der Landschaftsgärtnerie*, den *Fragments on the Theory and Practice of Landscape Gardening* (Repton, 1816), enthalten und zeigt ein Hochbeet mit Erdbeeren, zu dem ein Herr im Rollstuhl geführt wird.

1.2 Fürsorge im Mittelalter: Hospitäler und Gärten

Fürsorge gehört zu den grundlegenden lebens-ermöglichen und lebenserhaltenden Kategorien menschlichen Daseins, weil wir Menschen ihrer über unser gesamtes Leben „als Säugling, als kleines Kind, bei Krankheiten, im Alter oder bei Verletzungen“ (Falkenstörfer 2020, S. 1) bedürfen. Wie Fürsorge gehandhabt wird, ist allerdings nicht immer gleich. Im Christentum, das unsere abendländische Kultur wesentlich geprägt hat, hat die Fürsorge einen wichtigen Stellenwert. So findet sich im Matthäusevangelium die Idee der Nächstenliebe, der Barmherzigkeit und der Fürsorge verschriftlicht (Tobit 1:16-17; Tobit 25:35-36). Eine solche grundsätzliche Haltung wirkt bis heute in unsere westliche, säkulare Welt mit ihrer völlig anders konstituierten gesellschaftlich-kulturellen Situation. Sie ist eine der Grundvoraussetzungen für jedes Green Care Angebot. Der Fürsorge- und Barmherzigkeitsgedanke in sei-

nem ursprünglichen christlichen Sinne basierte auf „einer positiven Sicht des Armen als Abbild Christi“ (Head-König, 2014, S. 1). Armut wurde dabei als Tugend angesehen. Eine solche Sichtweise eröffnete eine christliche Ethik, mit der sowohl arme wie reiche Menschen zu ihrem Seelenheil gelangen konnten – die einen, indem sie Zuwendungen empfingen und dabei Demut zeigten, die anderen, indem sie Almosen verteilt und um Fürsorge bedacht waren. Mitunter erwarteten manche Spender im Gegenzug für die erhaltenen karitativen Dienste entsprechende Gebete für das Heil ihrer Seelen und ihrer Familien. Die Regel war das aber nicht. Um was für einen Bedürftigen es sich handelte und warum ein Mensch bedürftig geworden war, spielte keine Rolle, vielmehr hatten grundsätzlich alle Menschen Anrecht auf Almosen, Barmherzigkeit und Fürsorge. Die meisten psychisch kranken Menschen wurden innerhalb der eigenen Großfamilie oder in den Dorfgemeinschaften gepflegt und versorgt. Wobei immer galt: „Alle Menschen, auch der Geringste, also auch die ‚Irren‘, waren nicht auszugrenzen, sondern anerkannt als Kinder Gottes, als der ‚einen Welt Gottes‘ zugehörig“ (Dörner, 1982, S. 429).

Der Fürsorge-Gedanke kristallisierte sich in frühchristlicher Zeit zunächst in den sogenannten Xenodochien, den Fremdenhäusern, die Unterkunft für Fremde, Pilger und Arme boten und auch schon Kranke pflegten (Dörnemann, 2003). In der Folge entstanden im frühen Mittelalter zahlreiche Hospize oder Hospitäler (lat. hospes = Gast; lat. hospitium = Herberge), den Vorläufern des späteren Krankenhauses. Auch wenn manche von ihnen von Königen, Adligen und Gilden betrieben wurden, war Gesundheit und Soziales Aufgabe der Kirche. Vor allem Mönche und Schwestern in den Klöstern nahmen Hilfsbedürftige aller Art auf und hier entwickelte sich auch das medizinische Wissen weiter. Meist waren solche Hospitäler zunächst für nicht mehr als fünf bis maximal ein Dutzend hilfesuchende Menschen ausgelegt. Auch das vom Bischof Landericus bereits 651 gegründe-

te Pariser Hôtel-Dieu (Herberge Gottes) war anfangs nur eine kleine bescheidene Institution, in der „Waisenkinder, Pilger, Landstreicher, Behinderte, Alte, Kranke und Irre“ (Gerlach-Spriggs et al., 1998, S. 8) Zuflucht fanden. Erst allmählich wuchs es zu einer großen, dann aber bald auch schon medizinisch ausgerichteten Institution heran.

Für unseren Zusammenhang interessant ist insbesondere der als Klosterplan von St. Gallen bekannte, um 830 n. Chr. datierte Bauplan, die älteste überlieferte Architekturzeichnung Mitteleuropas, weil er auch etwas über die Außenanlagen des Klosters aussagt, dargestellt in **Abbildung 1-4**. Der Plan ist damit eines der wichtigsten Dokumente der frühmittelalterlichen Gartenkultur, über die wir sonst wenig wissen. Der als Idealplan für das St. Galler Benediktinerkloster angefertigte Plan zeigt eine hoch komplexe bauliche Anlage mit Kirche, diversen Wohngebäuden für unterschiedliche Zwecke bzw. gesellschaftliche Schichten (Mönche, Novizen, Gäste, Pilger, Arme) mit Schule, Werkstätten, Stallungen etc. und einem Haus für Kranke mit eigenem Kreuzgang, das räumlich eng auf das Ärztehaus mit Kräutergarten sowie dem Badehaus und der Küche des Pflegebereiches bezogen ist, während der Obstbaumgarten (als Paradiesgarten) zugleich auch als Friedhof fungiert. Schwer Erkrankte fanden Aufnahme im Ärztehaus mit direktem Blick in den mit Blumen, Arznei- und Heilkräutern bepflanzten Kräutergarten (Thompson & Goldin, 1975).

Eine schriftliche Überlieferung eines klösterlichen Hospital-Gartens und seiner Funktion ist uns vom Zisterzienser-Abt Sankt Bernhard von Clairvaux (1090-1153) erhalten geblieben, der eine Beschreibung der Außenräume seines Klosters verfasst hat. Er spricht darin von zahlreichen unterschiedlichen Fruchtbäumen, die zu einem veritablen Hain in seinem Kloster herangewachsen seien. Dieser Hain aus blühenden und Frucht tragenden Bäumen liege direkt vor den Zellen der Kranken, wobei ihr Anblick den Bettlägerigen Trost spende. Ande-

ren, die laufen könnten, biete er einen schattigen Ort der Ruhe in Sicherheit, während sich die Anwesenden der guten Düfte und frischen Luft erfreuen könnten. Aufgrund der genauen Beschreibung ist dieser Klostergarten als „restorative garden“ (Gerlach-Spriggs et. al., 1998, S. 9) als erholsamer, stärkender, heilender Garten bezeichnet worden. Wie schon im antiken Rom war in den städtischen Wohnhäusern ein durch Mauern begrenzter Garten, ein *hortus conclusus*, üblich geworden. Der als Innenhof gestaltete Garten hatte insbesondere im Kloster den Zweck, diesen als höchst geordnet erscheinen zu lassen, vor den Unwägbarkeiten der Außenwelt zu schützen und zugleich zur Reflexion, Meditation und Kontemplation anzuregen. (Gerlach-Spriggs et al., 1998)

Erst mit dem Anwachsen der Städte im Zuge des Erstarkens des Handels und des städtischen Bürgertums, das auch Dank des Übergangs von Tauschwirtschaft in Geldwirtschaft zu großem Reichtum gelangte, verbunden mit dem gleichzeitigen Kampf um kirchliche oder weltliche Vormachtstellung begann sich ab dem späten Mittelalter die Vorstellung durchzusetzen, dass Armut und Bedürftigkeit ein Übel und der „schlechte“ Arme und Bedürftige „unnütz, ja eine Gefahr für die Gesellschaft, da er unstet und müßig sei und die christlichen Bräuche nicht respektiere“ (Head-König, 2014, S. 2; Falkenstörfer 2020, S. 35-36). Eine solche Sichtweise legte den Grundstein dafür, dass Irre, wie man sie früher nannte, auch aus Angst und Aberglaube möglichst aus dem Alltag verschwanden, weggesperrt und über Jahrhunderte in speziellen Einrichtungen „gehalten“ wurden.

Die Klöster verloren mit der Zeit an Bedeutung, andere kirchliche Institutionen sowie die Öffentlichkeit übernahmen deren karitative Aufgaben und es etablierten sich allmählich öffentliche Gesundheitseinrichtungen. Zugleich gewann wissenschaftliches Vorgehen und bald schon die Naturwissenschaft an Bedeutung, die gerade auch für die Medizin wesentlich wurde.

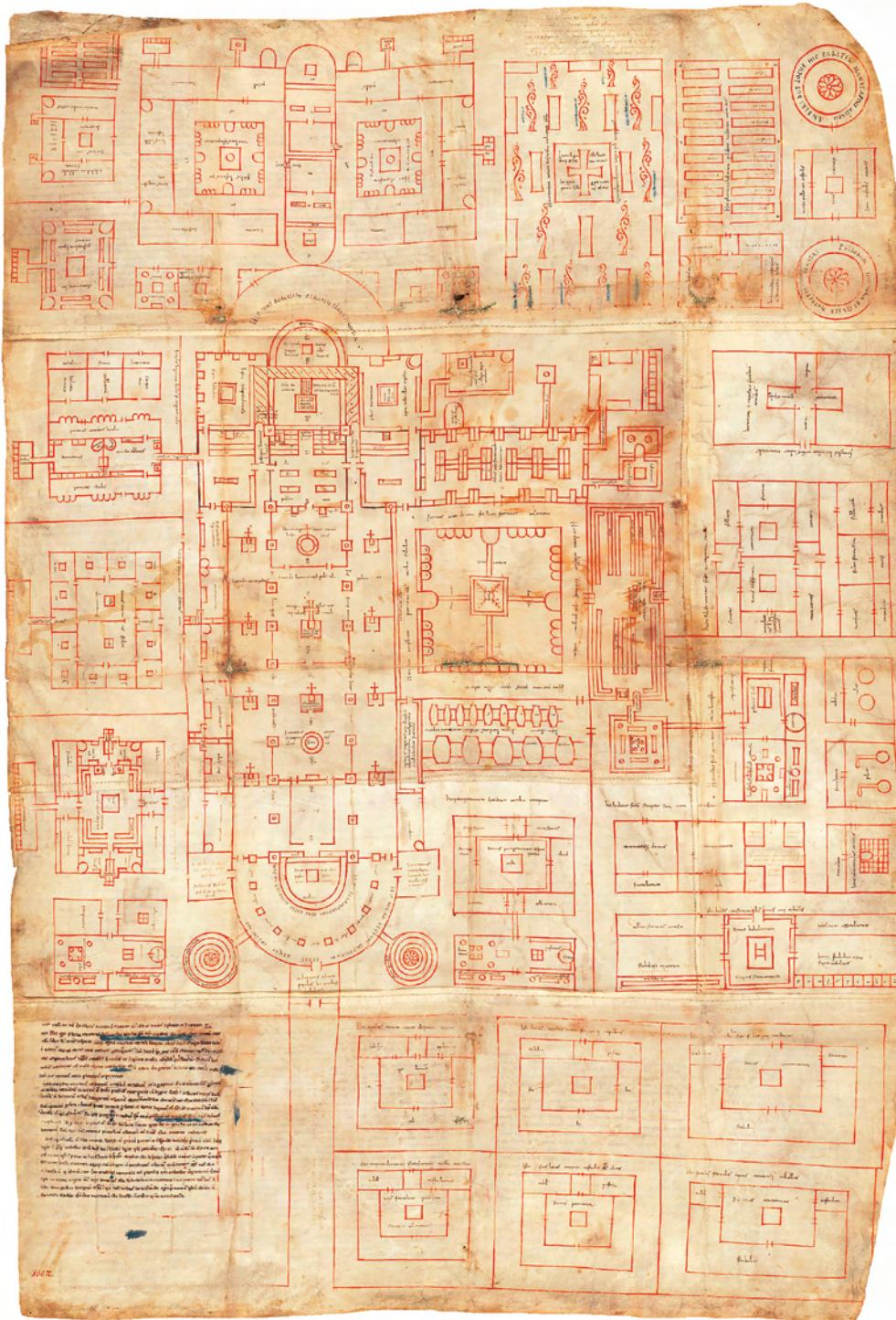
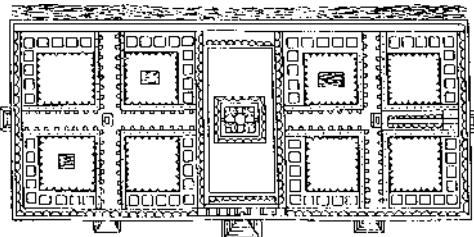


Abbildung 1-4: Klosterplan St. Gallen, die älteste überlieferte Architekturzeichnung Mitteleuropas mit Gartenelementen (Quelle: Stiftsbibliothek St. Gallen)

**Abbildung 1-5:**

Filarete: *Ospedale Maggiore* Umzeichnung von W. v. Öttingen (1890) des Grundrisses aus dem Architekturtraktat von 1460–64
(Quelle: Filarete: *Trattato d'architettura 1460/64*, Quadflieg, Abb. 3, Wikipedia)

Es entstanden die ersten größeren Krankenhäuser mit regelrechten Betten-Hallen, in die meist eine Kapelle integriert war, in der ein Priester die Messe abhalten konnte. In der Regel waren hier die Betten nach innen auf den Priester hin ausgerichtet aufgestellt, nicht auf eine Sicht nach außen. Entsprechend hoch waren die Fenster angesetzt ohne Blick vom Bett aus nach draußen. Umgekehrt war damit der Anblick von außen auf Krankheit und Siechtum verwehrt (Marcus & Sachs, 2014).

Ein frühes kommunales, nicht kirchlich geführtes Beispiel zeigt **Abbildung 1-5**: das von Filarete 1456 entworfene *Ospedale Maggiore* in Mailand, mit um Innenhöfe gruppierten, hohen und langen Krankenhallen. **Abbildung 1-6** stellt einen weiteren solchen Krankensaal eines Hospitals mit Arztbesuch dar.

Insbesondere alte katholische, karitative Einrichtungen behielten aber durchaus ihre Gärten und Innenhöfe bei, die in der Regel mit Schatten spendenden und vor Regen schützen-

**Abbildung 1-6:**

Krankensaal eines Hospitals mit Arztbesuch. Auf den Banderolen ist zu lesen: „Der Kranke soll Gott vertrauen, auf seine Hülfe bauen, so wird er Wunder schauen“ (Quelle: Johann Christoph Thiemen: Haus-Feld-Arzney-Koch-Kunst und Wunderbuch, S. 1384, Wikipedia)

den, umlaufenden Arkadengängen ausgestattet waren, welche zugleich die umliegenden Gebäude Teile miteinander verbanden. Sie blieben bis weit ins 18. Jahrhundert Vorbild für zahlreiche neu entstehende Krankenhäuser für diverse Bedürfnisse (z.B. das von König Louis XIV in Auftrag gegebene *Hôtel royal des Invalides* in Paris für kriegsversehrte, nicht mehr arbeitsfähige Soldaten, 1670–76 erbaut). Mit Francis Bacon, Wegbereiter des Empirismus, hatte im 17. Jahrhundert die Naturwissenschaft an Bedeutung gewonnen, die gerade auch für die moderne Medizin wesentlich wurde. Entsprechend entwickelte sich „die neuartige Institution des medizinischen Krankenhauses, in dem es [allein] um die Heilung von Krankheiten“ (Jankoviak, S. 120) geht, mit einem Pavillon-System zur besseren Durchlüftung, weniger Krankheitsübertragung, besserer Wundheilung und besserer Belichtung. Oder es wurden im 17. Jahrhundert Villen reicher, wohlwollender Bürger zu spezialisierten Krankenhäusern, z.B. für Ner-

venkrank um- und neugebaut, die häufig von begüterten Privaten geführt wurden.

Abbildung 1-7 zeigt das *Allgemeine (alte) Krankenhaus der Stadt Wien* am Stadtrand gelegen mit Blick auf die Hügellandschaft des Wienerwaldes, mit Innenhöfen zum Spazieren für Arme, invalide Soldaten, Kranke, Ärzte, Pflegepersonal und Besucherinnen und Besucher. Im Hintergrund ist der Narrenturm zu sehen, in dem die Irren weggesperrt wurden. Räumlich wurde ansonsten klar in Zahlende und Nicht-Zahlende (sozialer Status) sowie in Männer und Frauen unterteilt.

1.3 St. Luke's Hospital und die „Moral Therapy“

Für unsere Betrachtungen interessant ist das Konzept des sogenannten *Moral Treatment* oder auch *Moral Therapy* genannt, das im späten 18. Jahrhundert in England aufkam und bis



Abbildung 1-7: Allgemeines (altes Krankenhaus) Wien (Quelle: CC BY-NC-ND 4.0; Wienbibliothek im Rathaus; mit freundlicher Genehmigung)

weit ins 19. Jahrhundert Einfluss hatte, weil hier der Garten und die Landschaft wieder an entscheidender Bedeutung für die Therapie von seelisch kranken und generell kranken Menschen gewann. In England waren die Auswirkungen der Industrialisierung am frühesten sichtbar geworden, die bedürftigere und seelisch kranke Menschen besonders trafen oder überhaupt erst zu Krankheitszuständen führten. Das Aufkommen der *Moral Therapy* geht nach dem Medizinhistoriker und Sozialpsychiater Klaus Dörner auf den Gründer des einflussreichen Londoner Krankenhauses *St. Luke's Hospital for Lunatics* (1751 eröffnet), den Arzt und Philologen William Battie (1703-1776) zurück (Dörner, 1969). Battie, der 1758 das erste Lehrbuch für Psychiatrie (*Treatise on Madness*) verfasste, das auf „umfangreicher eigener Erfahrung basiert und entsprechend auf alle theoretische Fundierung der Tradition verzichtet“ (Dörner, 1969, S. 57), vertrat die Ansicht, dass psychisch Kranke nicht nur versorgt („care“) werden sollten, sondern auch durch gezielte Behandlung („cure“) geheilt werden könnten. Aus den vermeintlich besessenen „armen Irren“ wurden Patienten“ (Dörner, 1969, S. 56). Sie erhielten damit ihre menschliche Würde zurück. Weiterhin waren im *St. Luke's* Krankenhaus erstmals Studenten zugelassen, die Patient:innen systematisch beobachten und praktische Erfahrung sammeln sollten. Dies war ebenfalls bahnbrechend. Die Auseinandersetzung mit psychisch kranken Menschen „auf der Basis wirklicher Erfahrungen täglichen Umgangs“ (Dörner, 1982, S. 433) wurde damit zu einer wissenschaftlichen Disziplin der Medizin. Battie vertrat weiterhin die Ansicht, dass ein menschlicher Umgang und das therapeutische Umfeld viel mehr als medikamentöse Behandlung bewirken können, seine „epochale Zusammenfassung seiner Erfahrung [lautete]: „Management did much more than medicine“. Die Beeinflussung der Lebensweise und der Gewohnheiten der Patienten schien ihm wirksamer als die Vergabe von Medikamenten“ (Dörner, 1982, S. 433) und befreite

mit einer solchen Sichtweise psychisch Kranke zugleich von deren Ausgrenzung und Wegsperrung in düstere Zellen, hinter Gitter, an Ketten. Er stützte sich dabei auf niemand geringeren als den Arzt, Philosophen und Vordenker der Aufklärung John Locke, der in seinem *Essay Concerning Human Understanding* von 1690 die Ansicht vertrat, dass Geisteskranke ihm nicht so erscheinen würden, als seien sie verwirrt, sondern dass sie Dinge nur falsch wahrnehmen, verstehen und in der Folge als wahr ansehen würden. (Locke, 1690/2020) Locke berief sich dabei auf folgende, seine gesamte Abhandlung leitende Erkenntnis: „Manche sind der festen Meinung, der Verstand enthalte bestimmte angeborene Prinzipien, Urvorstellungen (κοινωνικά), gleichsam dem Geist des Menschen aufgestempelte Zeichen, welche die Seele in ihrer frühesten Existenzform empfängt und dann in die Welt mitbringt. Um unbefangene Leser von der Falschheit dieser Annahme zu überzeugen, brauchte ich eigentlich nur zu zeigen [...], auf welche Weise es den Menschen allein durch den Gebrauch ihrer natürlichen Vermögen gelingen kann, ihr gesamtes Wissen ohne Mitwirkung angeborener Eindrücke zu bekommen und ohne Urvorstellungen oder -prinzipien zur Gewissheit zu gelangen“ (Locke, 1690/2020, S. 25). Mit einer solchen Denkrichtung war in Frage gestellt, dass eine Geisteskrankheit ein permanenter Zustand und unbehandelbar sei und machte den Weg für andere Behandlungsmethoden frei. Damit nahm Locke und in der Folge die Vertreter der Moral Therapy vorweg, was sich später in der modernen Anthropologie bestätigt findet. Zugleich initiierte Battie eine bessere Ausbildung der Pflegepersonen.

Diese für ihre Zeit erstaunlich fortschrittlichen Sichtweisen übernahm auch der begüterte Geschäftsmann und Philanthrop William Tuke (1732-1822) von der Quäkergemeinde in York. Als Quäker glaubte er an ein nie auslöschendes „inneres Licht“ eines jeden Menschen und vertrat aus Überzeugung Gewaltlosigkeit. Angesichts unwürdiger Verhältnisse in der Ir-

renanstalt *York Lunatic Asylum*, in der unter mysteriösen Umständen ein Mitglied der Quäkergemeinde 1790 verstorben war, initiierte er 1792 den Bau eines privaten Heimes für Geisteskranke in Form einer gemeinnützigen non-profit-Institution mit finanzieller und ideeller Unterstützung der Quäkergemeinde, welches 1796 bezogen werden konnte. Die Institution führte er unter dem bezeichnenden Namen *The Retreat* (Rückzugsort bzw. Zufluchtsort) und praktizierte dort eine „moralische Behandlung“ (Charland, 2015, S. 2), wobei dieser Begriff damals im Sinne von mentaler Therapie, weniger als ethische Kategorie (höchstens im Sinne einer menschenwürdigen Therapie) und im Gegensatz zur Vergabe von Medikamenten verstanden wurde. Sie beruhte im Wesentlichen auf der Vorstellung eines heilsamen Einflusses der Gemeinschaft (*sensus communis*) in einem angenehmen, möglichst familiären Umfeld, in „gesunder“ landschaftlicher Umgebung, mit bekömmlichem Essen sowie sinnvollen Betätigungs möglichkeiten und setzte auf Selbstachtung und Selbstkontrolle. Gewalt bzw. mechanischer Zwang wurden nur im äußersten Notfall vor allem zum Selbstschutz der Kranken und des Pflegepersonals angewendet und Medikamente wurden nicht verabreicht. Was es gab, war Bestrafung durch Absonderung für unordentliches oder gewaltsames Verhalten.

Entsprechend diesen Vorstellungen wurde das *Retreat* außerhalb von York in attraktiver, bäuerlich geprägter Landschaft erbaut und verfügte über einen großen Garten mit landwirtschaftlich genutztem Boden. Tatsächlich war für die Kranken die „sorgsam gestaltete“ (Hickham, 2013, S. 26) [Übers. d. Autorin], möglichst gewohnte Häuslichkeit vermittelnde Umgebung, zusammen mit dem Leben in der überschaubaren Gemeinschaft statt eines auf sich selbst zurückgeworfenen Lebens in Isolation von entscheidender Bedeutung.

Im Garten, in dem es auch etliche Tiere gab, u.a. Hasen, Hühner, Falken und Möwen, durften sich die Kranken laut Samuel Tuke (1813/1964), der den Garten im 3. Kapitel seiner Abhandlung

über das *Retreat* ausführlich beschreibt, frei bewegen. Es handelte sich bewusst um allgemein bekannte Tierarten. Mit ihnen sollte nicht nur „innocent pleasure“ (unschuldiges Vergnügen) gefördert, sondern auch „social and benevolent feelings“ (Tuke, 1813/1964, S. 96), also wohlende und soziale, mitmenschliche Gefühle wachgerufen werden. Der Einsatz von Tieren muss auf Gedankengänge von John Locke basieren, der vorschlug, Kindern Hunde, Eichhörnchen, Vögel oder dergleichen Tiere zu geben, damit sie lernen, sich um diese zu kümmern sowie als Mittel, gute, warmherzige Gefühle zu entwickeln und einen Sinn für Verantwortung für andere aufzubauen (Locke, 1699/1964). Zugleich sollten sie als beruhigender Faktor bei der Stressbewältigung dienen.

William Tuke selbst lebte mit der Bewohner schaft zusammen im Haus, die anfangs nur aus 8 Patient:innen bestand. Auch später unter seiner Führung blieb das *Retreat* ein kleines Haus mit maximal 30 Personen, erst später verwässerte sein Konzept. Empirische Studien freilich wurden dort nicht vorgenommen, doch das Haus stand zu jederzeit offen für öffentliche Besichtigungen und Fachleute konnten im *Retreat* wohnen, um eigene Beobachtungen und Erfahrungen zu sammeln. Das *Retreat* wird inzwischen in der Regel als Vorläufer für die heutige Sozialpsychiatrie angesehen. Tukes Sohn Samuel hat die Institution und die dort praktizierten Methoden 1813 ausführlich beschrieben und damit einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht, nachdem bereits 15 Jahre vorher der Schweizer Arzt G.C. de la Rive in Genf wohlwollend über das Haus berichtet hatte (Dörner, 1969).

Zeitgleich, aber unabhängig von William Tuke, setzte sich auch in Frankreich der Arzt Philippe Pinel, der seit 1794 Leiter des *Hôpital Salpêtrière* war, für ein „humane treatment of the insane“ (Tuke, 1892, S. 92), für eine menschliche Behandlung der Irren ohne Ketten ein. Auch er vertrat die Hypothese der Heilbarkeit von Geisteskranken und trug zugleich wichtige Impulse zur wissenschaftlichen Psychiatrie bei.



Abbildung 1-8: The Retreat (Quelle: Reform in the treatment of the insane: early history of the retreat, York; its objects and influence, with a report of the celebrations of its centenary).

Das französische *traitement moral* unterscheidet sich von der englischen Variante, bei welcher Zuwendung, Milde und Geduld wesentlich waren, insofern, als für Pinel insbesondere ein medizinisch-wissenschaftliches Interesse mit genauen Klassifizierungen im Vordergrund stand. Beide Richtungen begrüßten Garten- und Feldarbeit. Pinel schrieb: „Eine erquickende Bewegung oder eine mühsame Arbeit hemmen die Ausschweifungen der Wahnsinnigen, verhindern Congestionen im Kopfe, machen den Kreislauf gleichförmiger und bereiten einen ruhigen Schlaf“ (Pinel, 1800/1801, S. 211).

Wenn Tuke und Pinel einem Aufenthalt im Grünen und einer Betätigung im Garten oder gar in der Landwirtschaft Bedeutung beimaßen, geschah dies, als in der Gartenkunst die Prinzipien der „Natürlichkeit“, wie sie im Englischen Landschaftsgarten zum Ausdruck kommen, wirkten. Der damals einflussreiche Botaniker, Gartenarchitekt und Theoretiker John Claudius Loudon hob in seinem Buch *The Suburban Gar-*

dener (Loudon, 1838/1982), bereits in der Einleitung die gesundheitliche Bedeutung einer sinnvollen Betätigung im Garten hervor, indem er argumentierte, dass man beim Gärtnern das natürliche Material Pflanze wachsen und sich verändern sehe. Der bereits zitierte Hirschfeld seinerseits formulierte das entsprechende theoretische Fundament für die Anlage von Krankenhausgärten. In seiner *Theorie der Gartenkunst* findet sich im 5. Band ein ganzes Kapitel über „Gärten von Hospitälern“ (Hirschfeld, 1779–1785, S. 115–116). Hospitäler, schrieb er darin, seien „in Rücksicht sowohl auf die Gesunden, als auch auf die Kranken, außer den Städten anzulegen“ und zwar: „in einer gesunden und anmuthigen Gegend, nicht in Thälern und Niederungen, sondern an heitern, von der Sonne erwärmten und von rauhen Winden geschützten Höhen [...]“ Nach Hirschfeld sollte „ein Hospital frei liegen“ und der Garten „unmittelbar mit dem Gebäude Verbindung haben. [...] Denn ein Blick aus den Fenstern in diese blü-

henden und fröhlichen Scenen hin belebt schon den Kranken; auch kann er seinen Spaziergang nicht weit suchen. [...] Ein Hospitalgarten soll dem Schwachen einen bequemen Spaziergang, liebliche Erwärmung der Sonne, Erfrischung durch freie Luft, und durch Wohlgerüche der Pflanzen geben; gibt es zugleich lebhafte und erfreuende Aussichten so hat er ein Verdienst mehr [...], alles muss Heiterkeit sein und Heiterkeit verbreiten. Keine Scene der Melancholie [...] viele singende Vögel [...]. Noch könnten größere Hospitalgärten sehr schicklich mit Arznei-kräutern bepflanzt werden. Dem Kranken würde der Anblick der Pflanzen, welche die wohlthätige Natur zu seiner Genesung bestimmte, nicht gleichgültig sein“, wobei Hirschfeld darüber hinaus ökonomische Überlegungen und Aspekte der Bildung hinzufügte: „Man könnte mit dem Ertrag die Apotheke des Hospitals, vielleicht auch andere Apotheken versorgen, oder doch den Leuten, die für sie sammeln, bestimmt die Pflanzen hier zeigen, die sie zu suchen hätten.“ (Hirschfeld, Band 5, 1758, S. 115-116). Im Kern handelt es sich bei diesen Aussagen um dieselben Beobachtungen, die einst Sankt Bernhard von Clairvaux gemacht hatte.

Schon bald verbreitete sich der Ansatz der *Moral Therapy* in Europa und bis nach Amerika. Hierzu sei angemerkt, dass bereits damals bekannt war, dass nicht jeder Mensch automatisch einen Zugang zur Natur, zu den Schönheiten einer Landschaft oder zur Landwirtschaft hatte und dass schöne Gärten in entsprechendem seelischem Zustand gleichwohl als „gilded cages“ (Hickman, 2013, S. 49), als goldene Käfige empfunden werden können. Eine schöne Umgebung bedeutet per se also noch keine Hilfe für seelisch kranke Menschen. Wir werden auf dieses Thema noch zurückkommen. Die Idealisierung der Natur, eines harmonischen Lebens in und mit der Natur, einschließlich einer Betätigung im Garten und auf dem Feld fernab der Großstadt entsprach den romantischen Vorstellungen der Zeit, die bis in die Lebensreformbewegung des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts hineinwirkten. Der Garten als

Ort des Spazierens und des erholsamen, beruhigenden Aufenthalts war bei den Patient:innen des *Retreat* offenbar so beliebt, dass er durch zweimaligen Zukauf erweitert wurde. Zugleich machte Tuke mit einem anderen Patienten aber auch die Erfahrung, dass er diesen gerade nicht zu langen Spaziergängen bei gemeinsamen Gesprächen animieren konnte, zum Arbeiten im Garten hingegen schon. Solche Beispiele ließen Tuke zum Schluss kommen, dass ein Zugang zu den Phänomenen der Natur nicht einfach bei jedem Menschen gegeben ist, sondern von der Heranführung des Patienten an diese durch entsprechende Erziehung und Weitergabe abhängt. In den Worten Samuel Tukes: „had his education enlarged his curiosity, and encouraged a taste and observation respecting the objects of nature and art, he might have derived much greater advantage, as many patients obviously do, from variety of conversation and scenery“ (Tuke, 1813/1964, S. 155). Vor allem zeigen Tukes aus Erfahrung gewonnenen Erkenntnisse, dass grundsätzlich das psycho-soziale Moment wesentlich entscheidender für die Heilung ist als allein ein positives Naturerlebnis fernab der damals als chaotisch empfundenen, krank machenden Stadt.

1.4 Heil- und Pflegeanstalten im 19. und frühen 20. Jahrhundert

Im Laufe des 19. Jahrhunderts entstanden nach den Vorgaben der Krankenschwester Florence Nightingale (1820-1910), die als Wegbereiterin einer modernen Krankenpflege gilt, zahlreiche allgemeine und spezialisierte Krankenhäuser sowie private Institutionen nach der raumgreifenden Pavillonbauweise. Mit dieser wurden die Kranken in kleineren Gruppen in einer sorgsam gestalteten grünen Umgebung untergebracht, wobei der Außenraum zur Erholung, Beruhigung und zum Spazieren der Kranken diente, gewissermaßen als indirekte Therapieform. Etliche Institutionen für psy-



Abbildung 1-9: Illenau im Jahr 1865. Nach einer Lithografie von J. Vollweider und C. Kiefer. Lithografische Anstalt L. Geissendörfer Carlsruhe – Reproduktion von Florian Hofmeister, Gemeinfrei (Quelle: Wikimedia, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=15916458>).

chisch Kranke setzten zugleich Garten- sowie landwirtschaftliche Arbeit zur nützlichen, strukturierten Tätigkeit als aktiven Baustein zur Genesung ein. Auch handwerkliche Tätigkeiten wie Holzhacken oder in der Waschküche mit-helfen waren je nach Neigung und Geschlecht der Patient:innen üblich. Eines der bekannten diesbezüglichen deutschen Beispiele der Zeit war die von Christian Roller (1802-1878) geleitete, 1842 eröffnete *Heil- und Pflegeanstalt Klinik Illenau*, veranschaulicht in der **Abbildung 1-9**. Wie damals üblich wurde hier ein großer Nutzgarten mit Gemüse und Obst betrieben. Zum einen galt die Mitarbeit der Patient:innen als Therapiemaßnahme und zum anderen diente der Nutzgarten als ökonomischer Beitrag zur Versorgung der Anstalt. Dies war auch in anderen Institutionen übliche Praxis. In den Gärten der verschiedenen Abteilungen

wurden Blumen angepflanzt, die von den Kran-ken selbst gepflegt wurden.

Die *Schweizer Psychiatrische Universitätsklinik Zürich*, auch *Burghölzli* genannt und zu sehen in **Abbildung 1-10**, ist ein weiteres herausragen-des Beispiel aus der Zeit. Ganz Hirschfelds Empfehlungen entsprechend wurde sie 1864-70 außerhalb der Stadt auf einem den Zürichsee überschauenden, sonnigen Hügel errichtet und besaß ein ausgedehntes, parkähnliches Klinik-gelände mit eigenen Obst- und Gemüsebaube-trieben sowie einem Rebberg und sogar etwas Wald. Sie wurde fast 30 Jahre von dem Psychia-trer Paul Eugen Bleuler geleitet (von 1898 bis 1927), der zusammen mit seinem Oberarzt G.C. Jung (von 1900 bis 1909 am *Burghölzli*) durch den erstmaligen Einbezug der Psychoanalyse für Therapiezwecke bahnbrechende Erkennt-nisse in der Schizophrenieforschung einleitete

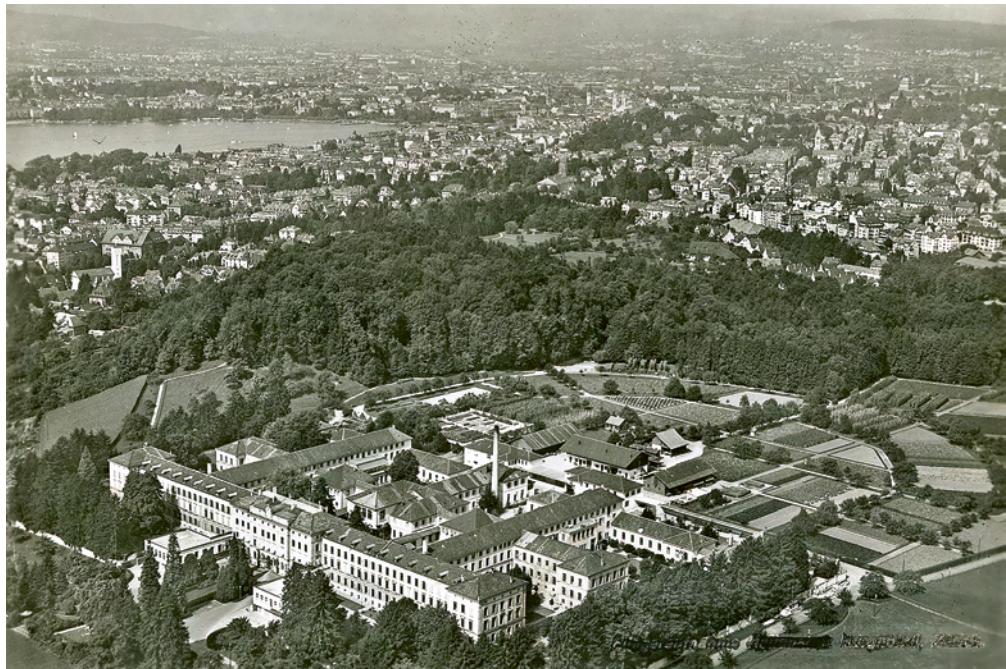


Abbildung 1-10: Luftbild der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, auch Burghölzli genannt, mit ausgedehnten Grünflächen einschließlich einem Stück Wald (Quelle: © BAZ_128359 Bildarchiv Baugeschichtliches Archiv der Stadt Zürich; mit freundlicher Genehmigung)



und damit einen neuartigen Therapieansatz verfolgte. Mit diesem Ansatz konnte in der Psychiatrie eine völlig neue Sichtweise und ein vertieftes Verständnis für psychische Störungen eröffnet werden, die eine „lebensgeschichtlich bedingte Psychodynamik“ (Kissling, 2025, S. 37) als Ausgangspunkt nahm.

Für Bleuler hatte die Beschäftigung psychisch kranker Menschen mit alltäglichen Aufgaben, um „sich als gewöhnliche Menschen zu fühlen und auch als solche zu benehmen“ (Bleuler 1894/2012, S. 50) und insbesondere Arbeiten im Freien große Bedeutung: „[...] und

Abbildung 1-11: Patienten beim Pikieren von Pflanzen in der Gärtnerei des Burghölzli in den 1940er Jahren (Quelle: Staatsarchiv des Kantons Zürich; mit freundlicher Genehmigung)

doch ist die Arbeit im Freien weitaus das beste Beruhigungsmittel für die meisten Unheilbaren“ (Bleuler, 1894/2012, S. 38). In einer Würdigung Bleulers schrieb der bekannte zeitgenössische Psychiater, Psychotherapeut und Depressionsforscher Daniel Hell, dass der Paradigmenwechsel hin zu Bleulers Schizophrenie-Verständnis „als Abkehr von der distanzierenden Beobachtung vom Kranken zur inneren Anteilnahme am kranken Menschen gesehen werden“ (Hell, 2012, S. 25) muss. Auch die am gegenüberliegenden Zürcher Seeufer mit herrlicher Aussicht gelegene *Privat-Heil- und Pflege-Anstalt* in Kilchberg beispielsweise – später *Sanatorium Kilchberg* genannt – reihte sich hier ursprünglich ein. Das Ehepaar Hedinger, welches die Anstalt gegründet, bekannt gemacht und in der Anfangszeit geführt hat, setzten auf viel Bewegung im Freien und einer Beschäftigung im anstaltseigenen Landwirtschaftsbetrieb. „Heilerfolge“, heißt es bezeichnenderweise, „verdanken sich nicht zuletzt der menschlichen Zuwendung, mit der er [Hedinger] sich der Kranken annimmt“ (Gemeinderat Kilchberg, 2016, S. 5).

1.5 Licht, Luft, Sonne: Lebensreform und Gartenstadt

Diese Entwicklungen vollzogen sich vor dem Hintergrund des Aufkommens des Industriezeitalters und dessen Motor Eisenbahn. Mit den einhergehenden, ganz neuen, auch sozialen Beschleunigungen (Rosa, 2013) begannen sich die funktional-räumlichen wie sozial-räumlichen Beziehungen des Lebens neu zu ordnen. Die typischen Phänomene der modernen Industriestadt – industrielle und finanzielle Konzentration, Landflucht und Geburtenüberschuss – ließen die Städte in kürzester Zeit beispiellos anwachsen (Hagen Hodgson, 1992). Weil es nur wenige Auflagen für Entwässerung und bauliche Konstruktionen gab, versanken die Städte in Dreck, Rauch und Übervölkerung mit Typhus- und Cholera-Epidemien. So formierte sich alsbald

eine Kritik grundsätzlich an der Moderne, eine Kritik an der Industrialisierung, am Materialismus, an der Urbanisierung, an der Technisierung und mündete u. a. in die verschiedenen Facetten der Lebensreformbewegung, die zunächst eher medizinisch-hygienisch und später sozial-reformerisch ausgerichtet war (Kurzmeyer, 2012). Zugleich war die Lebensreformbewegung eine Suche nach neuen ethischen und sozialen Werten als „Reformbewegung des ‚dritten Weges‘ jenseits von Kapitalismus und Kommunismus“ (Linse, 1999, S. 319). Naturheilkunde, gesunde Ernährung, überhaupt ein gesundes Leben in und mit der Natur, brachten die Betonung auf eine Ich-bezogene Körperkultur hervor, mit der Arbeit am Körper (Ertüchtigung) sowie für den Körper mit Sonnen- und Luftbädern, bequemer Kleidung und vegetarischer (Rohkost-)Ernährung, wie sie der Naturheilarzt Maximilian Oskar Bircher-Benner vertrat. Hier reihten sich auch die Wandervogelbewegung und die Reformpädagogik ein mit Landschulheimerziehung, Anschauungs- und Erlebnispädagogik einschließlich Waldschulen, während die einstigen Armengärten in der Schrebergartenbewegung eine neue Bestimmung fanden. **Abbildung 1-12** zeigt das Sonnenbaden im *Luft- und Sonnenbad Zürichberg* um circa 1909.

Für eine gesunde Entwicklung der Städte wurde die Forderung nach „sanitärem Grün“ mit Volksparks und Sportstätten, kurz, nach einer Durchgrünung der Stadt laut. Insbesondere das gesamtheitlich gedachte Konzept der Gartenstadt wurde zum wohl einflussreichsten städtebaulichen Modell des 20. Jahrhunderts, das eine „gesunde“, sozial ausgerichtete Form des Zusammenlebens der Menschen im Industriezeitalter skizzierte. Entwickelt hat es der Londoner Gerichtsprotokollar Ebenezer Howard angesichts der desolaten Ost-Londoner Wohn- und Lebensverhältnisse der Arbeiterklasse. Sein Modell veröffentlichte er zuerst 1898 unter dem bezeichnenden Namen *To-morrow. A Peaceful Path to Real Reform*. Erst die zweite Auflage von 1902 hieß dann *Garden Cities of To-morrow*.



Abbildung 1-12: Sonnenbad Zürichberg des Vereins für Volksgesundheit um 1909 (Quelle: BAZ_107728, Bildarchiv Baugeschichtliches Archiv der Stadt Zürich)

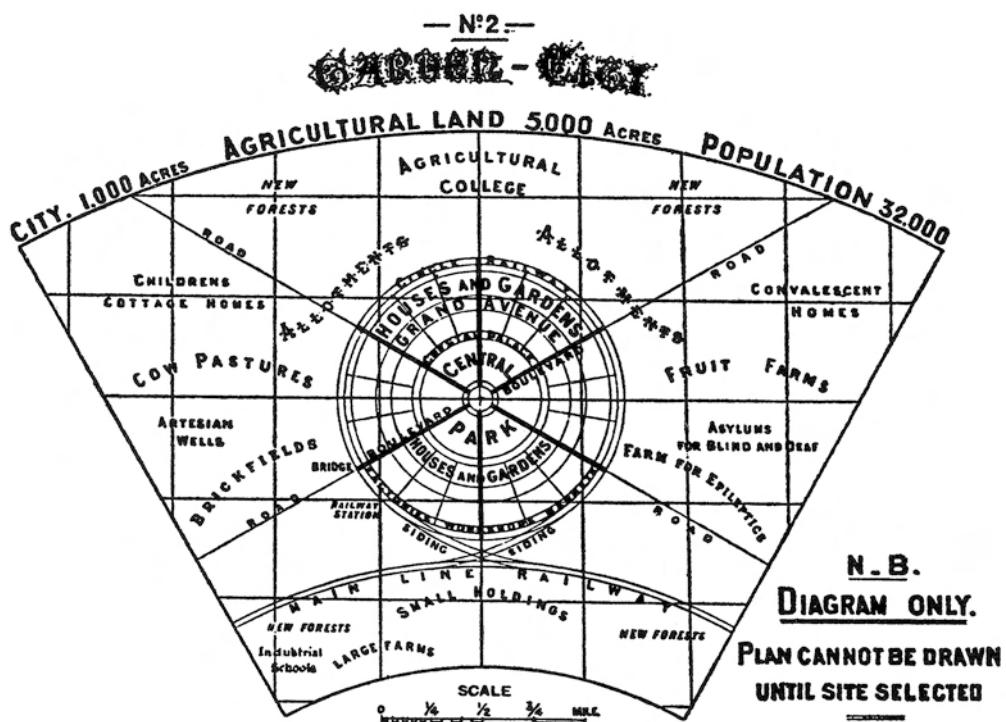


Abbildung 1-13: Ebenezer Howard: Gartenstadt Diagramm Nr. 2 (Quelle: Ebenezer Howard: Garden Cities of Tomorrow, Zuerst publiziert 1898 als: To-morrow. A Peaceful Path to Real Reform. Überarbeitete Neuauflage des Reprints von 1902, Attic Books, Eastbourne, East Sussex 1985, hier S. 15).

Abbildung 1-13 zeigt das schematische Diagramm 2, welches Ebenezer Howard (1898) zur Veranschaulichung seiner Vorstellungen einer Gartenstadt beigefügt hat. Die für alle gesellschaftlichen Schichten entworfene Gartenstadt, in der alle Menschen ein gesundes, naturnahe, modernes Leben mit allen Annehmlichkeiten von Stadt und Land zugleich führen sollten, umgab Howard mit einem Grüngürtel. Hier sollten nicht nur regional angepflanzte, gesunde Lebensmittel für die Bewohnerschaft der Stadt produziert werden, sondern auch – nebst Kuhweiden, landwirtschaftlich genutzten Feldern, Obstbaumwiesen und Wäldern – diverse soziale Institutionen eingebettet sein: ein Heim zur Rekonvaleszenz, ein Blinden- und Taubstummenasyl, ein Bauernhof für Epileptiker, ein Kinderheim, eine Landwirtschaftsschule – höchst aktuelle Überlegungen (Hagen Hodgson, 1992; Hagen Hodgson, 2018). Leider hat Howard den *Bauernhof für Epileptiker* und die anderen sozialen Institutionen in seiner Abhandlung nicht weiter beschrieben.

Spezialisierte medizinische Institutionen, welche die Landschaft, einen Park, frische Luft, Licht und Sonne als unterstützende Elemente für eine Behandlung und den Heilungsprozess erachteten, wurden auch im 20. Jahrhundert noch gegründet – z.B. das berühmte Tuberkulose-Sanatorium Waldhaus 1911 in Davos, in dem Katja Mann eine Weile wohnte, verewigt von Thomas Mann im Roman „Der Zauberberg“.

1.6 Technikbegeisterung

Doch mit rasanten Entdeckungen und Entwicklungen in der Medizin (mit neuen, bis heute gültigen Theorien der Krankheitsübertragung, neuen Theorien der Bakteriologie, mit Antibiotika und modernen Schmerzmitteln) sowie neuer anti- und aseptischer Verbands- und Operationsmethoden (einschließlich Anästhesie) brauchte es keine besondere Krankenhausbauweise mehr. Gleichzeitig ging der Trend grundsätzlich immer weiter in Richtung einer rein

medikamentösen Behandlung und Versorgung kranker Menschen (Gerlach-Spriggs et al., 1998). Die erstarkenden Gewerkschaften ihrerseits sahen die bewährten Arbeitseinsätze in psychiatrischen Kliniken nun als Ausbeutung an. So fanden dort gärtnerische Aktivitäten bald nur noch in kleinstem Rahmen statt. Auch verlagerte sich die Lebensrealität der Menschen allgemein immer weiter weg von einem agrarischen Hintergrund hin zu einer rein städtischen Lebensweise. Damit verringerte sich der Bezug zur Landwirtschaft und zu Gartenarbeit.

Die Begeisterung für moderne Technik und exakte Wissenschaft fand nicht zuletzt im Krankenhaus-Design ihren Niederschlag. Nach dem Diktum der 1920er Jahre nach Licht, Luft und Sonne auch in der modernen Architektur, gekoppelt mit wissenschaftlichen Berechnungen (z.B. zum bestmöglichen Lichteinfall) und neuen technischen Konstruktionsmöglichkeiten kam das Terrassenkrankenhaus mit großflächigen Verglasungen als neuer Bautypus auf, während die Gärten immer weniger Bedeutung hatten (Hickham, 2013). Spätestens seit den 1950er Jahren galt dann das kompakte, gläserne Hochhaus als ideale Gebäudeform – hochtechnisiert, funktional und effizient. In der Weiterentwicklung führte das gläserne Hochhaus zu den Megastrukturen der 1960er und 1970er Jahre (Thompson & Goldin, 1975; Murken, 1988). Dieser grundlegende Wandel lässt sich am Außenraum der Londoner Klinik St. Bartholomew's höchst anschaulich aufzeigen: Da, wo früher die Patientinnen und Patienten vom Pflegepersonal bei Sonnenschein in ihren Betten nach draußen in einen schön begrünten Gartenhof gefahren wurden, degradierte dieser Ort ab den 1960er Jahren zu einem Parkplatz (Hickham, 2013). Tatsächlich wurden Krankenhäuser zu effizienten Maschinen der Medizin. In dieser Fortführung sollen Medizin und Pflege im Krankenhaus inzwischen Teil einer gewinnbringenden Unternehmensführung sein. Das 1973–1983 erbaute Aachener Universitätsklinikum ist mit seiner architektonischen High-Tech-Megastruktur eines der bekannten Bei-



Abbildung 1-14: Die denkmalgeschützte Uniklinik RWTH Aachen (1971–83): Großkrankenhaus mit rund 1600 Betten und 52 Operationssälen als Hight-Tech-Maschine mit sichtbarer Gebäudetechnik konzipiert. Entworfen von Weber, Brand & Partner in Zusammenarbeit mit Benno Schachner (Foto: Uniklinik RWTH Aachen, mit freundlicher Genehmigung)

spiele für eine solche Weiterentwicklung hin zu einer ökonomisch ausgerichteten Krankenhausmaschine, dargestellt in **Abbildung 1-14**. 2001 wurde das Klinikum in eine Anstalt des öffentlichen Rechts umgewandelt und wird seither als Wirtschaftsunternehmen geführt, während Forschung und Lehre ausgelagert wurden und die Pflege vor allem „effizient“ sein soll.

1.7 Von „heilenden Gärten“ und „therapeutischen Landschaften“

Unser Wissen über die Ursachen von Krankheiten aller Art ist erheblich gewachsen, viele medizinische Vorgänge sind weitgehend erklärbar. Ebenso sind wir aber auch in der Lage, die besonderen gesundheitsfördernden Kräfte der Natur recht präzise zu ermitteln. Heute liegen etliche empirische Studien vor, so beispielswei-

se jene des Architekturprofessors Roger Ulrich (Ulrich, 1984), der sich seit den 1980er Jahren mit umweltpsychologischen Fragen befasste und in einer oft zitierten Studie aufzeigen konnte, dass ein Blick aus dem Fenster ins Grüne statt auf eine Betonwand den Aufenthalt im Krankenhaus tatsächlich zeitlich verkürzen kann – mit Zahlen gemessen und belegt. Oder es haben medizinische Untersuchungen wie etwa die Lichttherapieforschung den Nachweis erbracht, dass das Sonnenlicht tatsächlich ein wichtiger Faktor für Gesundheit und Wohlbefinden ist – nicht bloß als Vitamin D-Spender, sondern ebenso als Mittel gegen depressive Verstimmungen. Ein täglicher, halbstündiger Spaziergang in den Morgenstunden im Freien auch bei bedecktem Himmel kann hier wirksam sein (Wirz-Justice & Bromundt, 2013). Eine Lichttherapielampe wäre die technische Variante. Hinzu kommen jene Erkenntnisse aus den 1980er und folgenden Jahren u.a. von Rahel

und Stephen Kaplan (Kaplan & Kaplan, 1989) oder etwa Clare Cooper Marcus (Marcus & Sachs, 2014), die sich mit der psychologischen Perspektive der Naturerfahrung befasst haben. Auch über die Arbeitsagogik und die moderne Physiotherapie sind weitere Impulse gekommen. So spricht man heute von „heilenden Gärten“ und „restaurativen“ oder „therapeutischen Landschaften“, die landschaftsarchitektonisch zu gestalten seien. David E. Cooper hat in *A Philosophy of Gardens* (2006) nicht nur die Bedeutung von Gärten und des Gärtnern für uns Menschen nochmals neu philosophisch untersucht und anschaulich dargelegt, dass, wenn man sich aufs Gärtnern einlässt, Gärten dem eigenen Leben Struktur, Ordnung und Rhythmus geben können, sondern zugleich auch aufgezeigt, dass Gärten und das Gärtnern entscheidende Tugenden wie Geduld, Sorgfalt, Verantwortung, Demut aber auch Gelassenheit und Hoffnung in uns fördern (Cooper, 2007). Beides lässt sich auch in Bezug auf Bauernhöfe und die dort anstehenden Tätigkeiten sagen, sofern sie auf einem entsprechend geführten Bauernhof (d.h. kein unpersönlicher Groß- sondern ein Kleinbetrieb mit angeleiteter Betreuung etc.) stattfinden.

All diese Erkenntnisse haben direkt oder indirekt dazu beigetragen, dass Gärten, eine Beteiligung mit Pflanzen und im Garten wieder mehr Bedeutung für moderne Krankenhäuser, Pflege- und Rehabilitationsinstitutionen unterschiedlichster Art erhalten haben. So bietet die bereits erwähnte *Psychiatrische Universitätsklinik Zürich* heute neben Arbeitsagogik, Ergotherapie, Ernährungsberatung, Kunst- und Musiktherapie auch wieder Gartengruppen und Tiergestützte Interventionen an, wenngleich nur in bescheidenem Ausmaß. Die *RehaClinic Bad Zurzach* nutzt gartentherapeutische Anwendungen in einem speziell angelegten Erlebnis- und Therapiegarten bei diversen Patient:innengruppen, wobei drei Patient:innengruppen (mit Schlaganfall, chronischen Rückenschmerzen und Fibromyalgie) 2006–2009 wissenschaftlich begleitet wurden (Schneiter-Ulmann,

2010). Die **Abbildung 1-15** zeigt den Therapie- und Erlebnisgarten der *RehaClinic Zurzach* kurz nach der Anlage und in **Abbildung 1-16** ist die Anlage in heutigem Zustand zu sehen, mit einem Gewächshaus, in dem auch Interventionen stattfinden.

Ein weiteres Schweizer Beispiel ist die 2002 eröffnete *Klinik für Neurorehabilitation und Paraplegiologie* in Basel (REHAB), die seit 2013 einen „Therapie-Tiergarten“ mit verschiedenen Tieren aufweist, die in der Rehabilitation als zusätzliche Therapiemöglichkeit sehr erfolgreich eingesetzt werden. Zusammen mit der Universität Basel wurden Studien im REHAB durchgeführt, die wissenschaftlich nachgewiesen haben, dass Patientinnen und Patienten bei Anwesenheit von Tieren in der Therapie mehr Sozialverhalten aufweisen, mehr positive Emotionen zeigen, dass der Blutdruck sinkt, die Lernprozesse besser sind sowie weniger depressive Symptome, Ängste und Schmerzen auftreten. In einem vom REHAB Basel ausgestrahlten Film wird eine junge Frau mit schweren Schädelhirnverletzungen gezeigt, wie sie freudvoll und hoch konzentriert Futter für Meerschweinchen unter An- und Begleitung von Therapeutinnen zurechtschneidet und die Tiere damit füttert. Ganz offensichtlich bringt diese Patientin einen positiven Zugang zu Tieren mit, zugleich wird im Film sichtbar, wie wesentlich die gute Gestimmtheit, die Zuversicht und behutsame Hilfestellung der Therapeutin in der zwischenmenschlichen Situation ist (REHAB Basel, 2023).

Die heutige Green Care Arbeit beruht auf all diesen Erkenntnissen und es gibt inzwischen sehr unterschiedliche Varianten an Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten für Menschen, bei denen es darum geht, ihre geistige, emotionale, somatische, physische oder soziale Gesundheit aufzubauen, zu stabilisieren und zu stärken. Ob es um körperlich und motorisch beeinträchtigte Menschen, um traumatisierte Flüchtlinge oder Asylbewerber:innen, um psychisch beeinträchtigte Menschen, um solche mit schwerwiegenden Kontakt- und Kommuni-

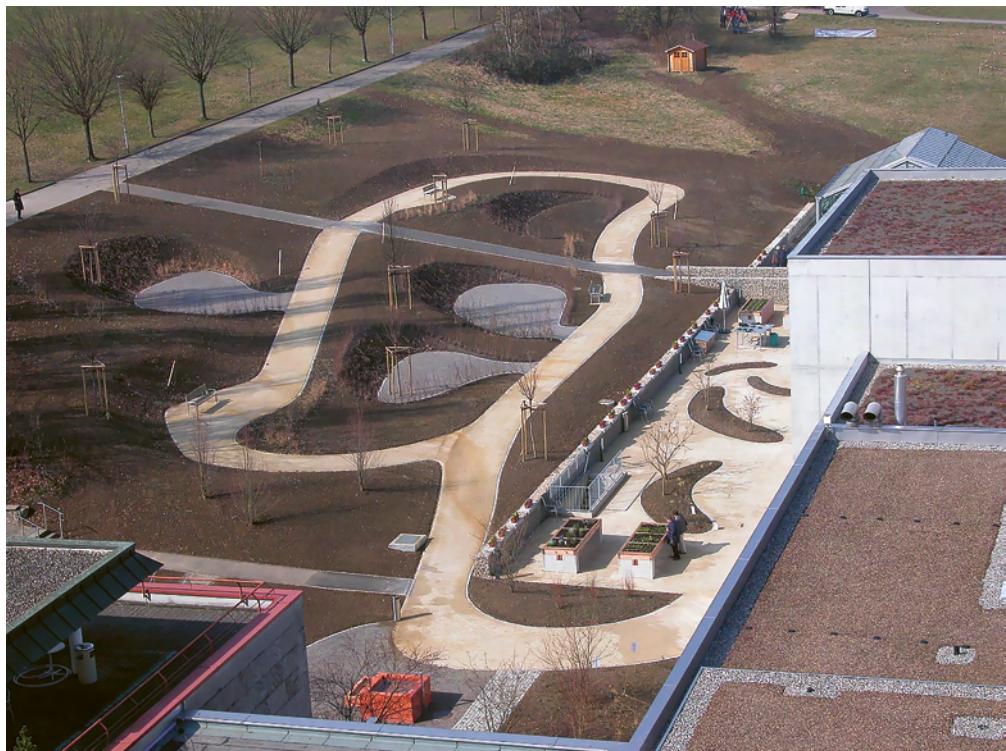


Abbildung 1-15: Der Therapie- und Erlebnisgarten der RehaClinic Zurzach, kurz nachdem er angelegt worden ist – begleitet von einem Forschungsprojekt der ZHAW und HSR mit Wirkungsanalysen und Erfolgskontrollen (2006–2009) (© Martina Föhn; mit freundlicher Genehmigung)



Abbildung 1-16: Gartentherapie in der RehaClinic Zurzach, im Hintergrund das Gewächshaus, in dem auch Interventionen stattfinden (© Martina Föhn; mit freundlicher Genehmigung)

kationsstörungen oder um sozial wenig integrierte, eher vernachlässigte ältere und jüngere Bewohner:innen einer Wohnsiedlung in einem wenig erbaulichen Umfeld geht, bei allen Menschen werden letztendlich dieselben Bedürfnisse angesprochen. Für wirksame Green Care Angebote ist das Verständnis dieser Bedürfnisse grundlegend. Sie werden deshalb im Folgenden in ihren Grundzügen aufgezeigt.

1.8 Der Mensch – ein ultrasoziales Wesen

Unser Bezug als Mensch zur Natur ist von jeher ein vermittelter. Niemand kommt auf die Welt und hat a priori ein eigenes, individuelles Naturverhältnis. Vielmehr entwickelt das Kind seine persönliche Einstellung zu und seinen Umgang mit den Naturerscheinungen aufgrund seiner Hinführung durch die Eltern oder durch entsprechende Bezugspersonen. Anschließend formt das sich erweiternde soziale Umfeld mit (Hobson, 2003; Harris, 2012). Die Haltung, die das Kind bei seinen Eltern erlebt und die Art und Weise, wie es von ihnen zum Beispiel lernt, den Kontakt mit einem Haustier aufzunehmen und dessen Bedürfnisse nach Zuwendung, Spielfreude, Bewegungsdrang, Nahrung und Ruhe wahrzunehmen und zu verstehen, erfordert die entsprechende Anleitung durch seine Bezugspersonen. Daraus erwächst mit der Zeit das Maß an genuinem Interesse am Tier und entsprechend an der Pflanzenwelt (oder an der Landschaft), an der Freude, ein Blumenbeet zu pflegen, einen Garten oder ein Feld mit Gemüse und Früchten zu bearbeiten, das erworbene Wissen, die Kompetenz und das Feingefühl im Umgang mit den Haus- oder auch Haftieren anzuwenden. Wir erinnern uns an William Tukes Erfahrung mit einem Patienten, der zwar keinen engeren Bezug zur Landschaft, aber durchaus zum Gärtnern mitbrachte und sich deshalb eher für das letztere entschließen konnte.

Dieser bewusste oder auch zuweilen unbewusste, sozial vermittelte Prozess des entstehenden kindlichen Weltbezugs baut auf der anthropologischen Voraussetzung auf, dass wir Menschen eine „ultrakooperative“ Lebensweise führen, wie der Psychologe und Anthropologe Michael Tomasello es nennt (Tomasello, 2020, S. 43) und vom „ultrasozialen Wesen“ (Tomasello, 2014a, S. 187) des Menschen spricht. Mit seiner fast 20-jährigen Forschung am *Max-Planck-Institut für evolutionäre Anthropologie* mittels zahlloser Experimente zum Vergleich der Entwicklung des Menschen und der

Menschenaffen (unserem nächsten biologischen Verwandten) hat er die besondere, ausgeprägte Sozialnatur des *Homo sapiens sapiens* greifbar gemacht und erklärt, wieso nur dieser sich zu einem Kulturschaffenden und Kultur geprägten Wesen mit vielen möglichen Varianten an Lebensführung entwickeln konnte. Die Ontogenese des Menschen zeigt, dass bereits das knapp einjährige Kind zur aktiven Kooperation mit seinen Bezugspersonen in der Lage ist und auch spontan die Bereitschaft und Fähigkeit zeigt, Intentionen von Erwachsenen zu verstehen und sich adäquat helfend zu verhalten. Dieses Vermögen, Absichten eines anderen Menschen zu erfassen und ihm von sich aus adäquat zu helfen (ohne dazu aufgefordert worden zu sein) nennt Tomasello „geteilte Intentionalität“ (Tomasello, 2014b, S. 1). Ein Experiment mag diesen Gedankengang veranschaulichen. Es zeigt folgende Szene: Ein mit Ordnern schwerbeladener Erwachsener betritt einen Raum, in dem eine Mutter mit ihrem Kind sitzt. Die Personen kennen sich nicht. Der beladene Mann geht zu einem Schrank und versucht wiederholt, diesen zu öffnen, aber vergeblich, weil er die Hände nicht frei hat. Nach kurzer Zeit läuft das Kind, ohne Aufforderung, von der Mutter weg auf den Schrank zu, öffnet diesen und schaut dann den Erwachsenen erwartungsvoll an und scheint zu sagen: „Voilà!“

1.9 Erkenntnisse der Bindungsforschung

Die Einsichten Tomasellos verdeutlichen, dass der Erfolg des Lebensverlaufs eines Menschen in allen Phasen wesentlich von dessen Verbundenheit mit seinen Mitmenschen abhängt. Schon der Säugling muss für eine gesunde Entwicklung zu seinen nächsten Bezugspersonen eine vertrauensvolle Bindung aufbauen können, welche die Basis für seine sämtlichen weiteren sozialen Beziehungen sein wird. Das sozial-emotionale Bedürfnis nach Zuwendung, Zärtlichkeit, Anerkennung, Förderung, Ermutigung und Hil-

festellung trifft für alle Menschen zu und bildet die Voraussetzung dafür, dass der Mensch ein grundlegendes Vertrauen zu seinen Bezugspersonen und zu Menschen überhaupt entwickeln kann sowie auch zu sich selbst. Die Bindungstheorie (Bowlby 1995; Ainsworth, 1967; Grossmann & Grossmann, 2017), die diesen Sachverhalt erklärt, gehört heute zu den wissenschaftlich am besten untersuchten psychologischen Zusammenhängen. Sie lässt verständlich werden, wieso die menschliche Autonomie von der Bindungssicherheit abhängt, die ein Kind in seiner Kindheit erlebt hat. Praktisch alle Entwicklungsdefizite in sozialer, emotionaler und kognitiver Hinsicht haben ihre wesentliche Quelle darin, dass dieses basale zwischenmenschliche Vertrauen bei einem Menschen nicht oder bisher nur bedingt entstehen konnte.

Die Green Care-Projekte, die in diesem Buch vorgestellt werden, handeln alle von therapeutischen, sozialintegrativen, sozial- und umwelt-pädagogischen Bemühungen um Menschen, die in ihrer Lebensführung in verschiedenerlei Aspekten beeinträchtigt sind:

- Flüchtlingen und Langzeitarbeitslosen mit einer psychischen Beeinträchtigung werden durch den Erwerb von Kompetenzen in Projekten der sozialen Landwirtschaft Fähigkeiten vermittelt, die ihr Selbstwertgefühl stärken und ihre Fähigkeiten zur gesellschaftlichen Integration wesentlich erweitern.
- Patient:innen einer psychiatrischen Einrichtung, die nicht alle freiwillig und manche für lange Zeit stationär aufgenommen worden sind mit zum Teil geringem Antrieb bzw. Motivation zur selbstverantwortlichen Gestaltung des Alltags erhalten die Gelegenheit, im Garten ohne Stress und Anspruch Hand anzulegen und bei der gemeinsamen, entspannten und entspannenden Pflege der Beete aus ihrer Isolierung herauszutreten und auf unbefangene Weise in Kontakt mit anderen zu treten.
- Eine weniger bemittelte Bewohnerschaft mit zahlreichen älteren Bewohner:innen, viele mit Migrationshintergrund, in einem margi-

nalisierten Quartier inmitten eines umweltbelasteten Umfelds, viele von ihnen einsam, manche ohne freundschaftliche Kontakte und nachbarschaftliche Beziehungen, erleben und gestalten in einem partizipativen Prozess gemeinsam die Entstehung eines Gartenparks und Gartenpavillons mit Pflanz- und Begegnungsmöglichkeiten, der die Menschen mehr zusammenbringt sowie ihre Selbstwirksamkeit und Eigenaktivität stärkt.

- Kinder mit Schwierigkeiten u.a. bei der zwischenmenschlichen Kontaktnahme oder mit diversen, mitunter schweren körperlichen Beeinträchtigungen erleben auf einem Bauernhof eigene Bedeutung und Selbstwirksamkeit durch ihren Umgang mit Nutztieren wie Schafen, Schweinen und Hühnern. Die tägliche Stallarbeit und erforderliche Tierpflege vermitteln ihnen die nötige Motivation, trotz ihrer Einschränkungen eine sinnstiftende, wertvolle Arbeit erfüllen zu können, ohne das Gefühl zu haben, therapiert zu werden. Zugleich stärken sie ihre körperliche Motorik.
- Menschen mit ebenfalls schweren Kontakt- und Kommunikationsproblemen, aber auch sozial und generell reifemäßig entwicklungsretardierte junge Menschen werden über tiergestützte Interventionen dazu veranlasst, sich aktiv um das Wohl der ihnen anvertrauten Tiere (hier Alpakas) zu kümmern, einer Tierart, die selbst in der Pflege eine respektive Distanz schätzt, was den Schwierigkeiten der Patientinnen und Patienten entgegenkommt.
- Kinder, Jugendliche und Lehrlinge werden durch waldpädagogische Angebote in ihrer Entwicklung unterstützt, gestärkt und der respektvolle Umgang mit der Natur gefördert. Menschen mit Suchtproblemen und sonstigen psychischen Beeinträchtigungen werden durch die gemeinsame Erschließung der natürlichen Besonderheiten des Waldes die Möglichkeit zur psychischen Rehabilitation eröffnet. Der positive, insbesondere emotionale Naturzugang soll für die Patient:innen

zur Wiedererlangung der geschwächten Lebenskompetenzen wesentlich beitragen.

1.10 Notwendiges psycho-logisches Verständnis

Diese verschiedenen Green Care Angebote erscheinen auf den ersten Blick recht einfach umzusetzende Angebote zu sein, die mit funktionalen, technisch-methodischen Maßnahmen zu bewältigen sind. Tatsächlich wird im Allgemeinen unterschätzt, wie viel psychoedukative und didaktische sowie therapeutische Kompetenzen vonseiten der Green Care Fachleute erforderlich sind, damit die Potenziale der Angebote auch wirklich zielführend sein können. Die Heranführung der Klient:innen an die Green Care Angebote und ihre Involvierung in die Aktivitäten brauchen viel psychologisches Verständnis, Mit- und Feingefühl – dies nur schon, um die jeweiligen Teilnehmenden zu motivieren, ohne zu überfordern, sich überhaupt auf das Angebot einzulassen sowie sie während den Aktivitäten immer wieder zu ermutigen und die erforderliche Unterstützung zuzusichern. Psychisch beeinträchtigte, sich minderwertig oder kontaktarm fühlende Menschen sind sehr dünnhäutig und auch empfindlich hinsichtlich dessen, ob man sie ernst nimmt, sie im Auge hat und geben bei neuen Anforderungen sehr rasch auf. Alle Menschen ohne Unterschied – seien es Kinder, Jugendliche oder Erwachsene, ohne oder mit körperlichen oder geistigen Einschränkungen – sind emotional darauf angewiesen, wahr- und ernstgenommen, geschätzt und unterstützt zu werden. Dies ist die entscheidende Grundlage, um von den therapeutischen, sozialpädagogischen und bildungsaufbauenden Green Care Bemühungen profitieren zu können.

Hinzu kommt, was die jeweilige teilnehmende Person an Naturbezug und Naturzugang mitbringt und was sie sich von der Auseinandersetzung mit den naturverbundenen Angeboten überhaupt verspricht. Je vertiefter die bisherigen positiven Erfahrungen mit der Natur sind,

desto einfacher ist es, eine Klientin/einen Klienten motivieren zu können, sich auf entsprechende neue Erfahrungen einzulassen und umgekehrt. Bei denjenigen Menschen, die wenig positiven Naturbezug und Naturzugang mitbringen, spielt das Vertrauen in die unterstützende Fachperson eine umso entscheidendere Rolle, damit sich die betreffende Person auf eine diesbezügliche neue Erfahrung überhaupt einlassen kann. Weiterhin: Bis sich eine erfolgreiche Entwicklung einstellen kann, gibt es zahlreiche, nicht unbedingt immer vorhersehbare, psycho-soziale und gegebenenfalls körperliche Hürden, die ohne Druck und Zwang überwunden werden müssen. Dies betrifft alle Green Care-Angebote, sei es, beim Gemüseanbau die notwendigen Handlungen und das erforderliche Wissen zu erwerben, sei es zu lernen, wie man den Kontakt mit einem Alpaka oder anderen Tieren herstellen und ausbauen kann oder sei es mit kontaktarmen, vernachlässigten Menschen ein gemeinsames, sozial aufbauendes Projekt zu initiieren und schrittweise aufzubauen, indem es die Teilnehmenden selbst sind, welche das Projekt wesentlich mitgestalten. Bei allen diesen Projekten und Angeboten sind stets die zwischenmenschlichen Fähigkeiten der leitenden Person entscheidend dafür, wie tief das emotionale Erlebnis ist, das in der Green Care-Erfahrung ermöglicht wird.

1.11 Literatur

- Ainsworth, M. D. S. (1967). *Infancy in Uganda. Infant Care and the Growth of Love*. The Johns Hopkins Press.
- Bleuler, E. (2012). Die Erweiterung der zürcherischen Irrenpflege. In R. Mösl (Hrsg.), *Eugen Bleuler. Pionier der Psychiatrie* (S. 33–50). Römerhofverlag. (Originalquelle veröffentlicht 1894)
- Bowlby, J. (1995). *Elternbindung und Persönlichkeitsentwicklung. Therapeutische Aspekte der Bindungstheorie* (A. Hillig & H. Hanf, Übers.). Dexter. (Originalquelle veröffentlicht in 1988)
- Charland, L. C. (2015). Moral Treatment. In R. L. Cautin & S. O. Lilienfeld (Hrsg.), *The Encyclopedia of*

- Clinical Psychology* (1. Aufl.). John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbcp094>
- Cooper, D.E. (2006). *A Philosophy of Gardens*. Clarendon Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780199290345.001.0001>
- Cooper, D.E. (2007). Tugenden des Gartens. In A. Moritz & H. Schwillus (Hrsg.), *Gartendiskurse: Mensch und Garten in Philosophie und Theologie* (S. 23–32). Peter Lang.
- Dörnemann, M. (2003). *Krankheit und Heilung in der Theologie der frühen Kirchenväter*. Mohr Siebeck.
- Dörner, K. (1969). *Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie*. Europäische Verlagsanstalt.
- Dörner, K. & Plog, U. (1982). *Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie* (6. Aufl.). Psychiatrie Verlag.
- Falkenstörfer, S. (2020). *Zur Relevanz der Fürsorge in Geschichte und Gegenwart. Eine Analyse im Kontext komplexer Behinderungen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-30482-9>
- Fine, A. H. (2019). *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Foundations and Guidelines for Animal-Assisted Interventions* (5. Aufl.). Academic Press.
- Gemeinderat Kilchberg (Hrsg.). (2016). *150 Jahre Sanatorium Kilchberg* [Neujahrsblatt Nr. 58].
- Gerlach-Spriggs, N., Kaufman, R. E. & Warner, S. B. (1998). *Restorative Gardens. The Healing Landscape*. Yale University Press.
- Gesler, W. M. (1992). Therapeutic landscapes: Medical issues in light of the new cultural geography. *Social Science & Medicine*, 34(7), 735–746. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90360-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90360-3)
- Giedion, S. (1994). *Die Herrschaft der Mechanisierung. Ein Beitrag zur anonymen Geschichte*. Europäische Verlagsanstalt. (Originalquelle veröffentlicht in 1948)
- Grimm, V. (2007). Zum lecker bereiteten Mahle. Geschmack in der Antike. In P. Freedman (Hrsg.), *Essen. Eine Kulturgeschichte des Geschmacks* (S. 63–97). Primus Verlag.
- Grossmann, K. & Grossmann, K. E. (2017). *Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit* (7. Aufl.). Klett-Cotta.
- Hagen Hodgson, P. (1992). Die gesunde Stadt: Letchworth Garden City gestern und heute. *Werk, Bauen + Wohnen*, 79(4), 8.
- Hagen Hodgson, P. (2018). Vom schönen Nützlichen und Nützlichen im Schönen – Anmerkungen zu den Freiräumen. In Stadtzürcher Heimatschutz (Hrsg.), *Gartenstadt Friesenberg. Familienheim-Genossenschaft Zürich Etappen I/II*. [Neujahrsblatt 2018 des Stadtzürcher Heimatschutzes (S. 26–33)].
- Hagen Hodgson, P. & Eberhard, P. (2018). *Gartenleben im Alter. 66 Schritte zu einem gemeinsam gestalteten und bewohnten Garten*. Haupt.
- Harris, P. L. (2012). *Trusting What You're Told. How Children Learn from Others*. Harvard University Press.
- Head-König, A.-L. & Christ, T. (2014, 22. Mai). *Fürsorge. Armenwesen* (M.D. Corbellari, Übers.). Historisches Lexikon der Schweiz HLS. (Originalquelle veröffentlicht in 2014) <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/025809/2014-05-22/>
- Hell, D. (2012). Herkunft, Kindheit und Jugend. In R. Mösl (Hrsg.), *Eugen Bleuler. Pionier der Psychiatrie* (S. 15–26). Römerhof.
- Hickman, C. (2013). *Therapeutic landscapes. A history of English hospital gardens since 1800*. Manchester University Press.
- Hirschfeld, C. C. L. (1779–1785). *Theorie der Gartenkunst* (Band 1–5). M. G. Weidmanns Erben und Reich.
- Howard, E. (1898). *Garden Cities of Tomorrow*. Zuerst publiziert 1898 als: To-morrow. A Peaceful Path to Real Reform. Überarbeitete Neuauflage des Reprints von 1902, (1885), Attic Books.
- Hobson, P. (2003). *Wie wir denken lernen. Gehirnentwicklung und die Rolle der Gefühle*. Walter.
- Homer. (1950). *Odyssee* (R. A. Schröder, Übers.). Suhrkamp.
- Jankowiak, T. (2010). *Architektur und Tod. Zum architektonischen Umgang mit Sterben, Tod und Trauer. Eine Kulturgeschichte*. Wilhelm Fink.
- Kalusok, M. (2003). *Schnellkurs Gartenkunst*. DuMont.
- Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The Experience of Nature: A Psychological Perspective*. Cambridge University Press.
- Kissling, B. (2025, 4. Januar). Mehr Diagnosen, weniger Menschlichkeit. *Neue Zürcher Zeitung*, 37.
- Krause, G. (2008). Therapiegartenplanung versus Gartentherapie. Forschung und Lehre an der Fachhochschule Erfurt. In Deutsche Gesellschaft für Gartenkunst und Landschaftskultur e.V. (Hrsg.), *Garten und Gesundheit. Zur Bedeutung des Grüns für das Wohlbefinden* (S. 95–99). Callwey.
- Kurzmeyer, R. (2012, 3. Juli). *Lebensreformbewegung*. Historisches Lexikon der Schweiz HLS. <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/016446/2012-07-03/>
- Liessmann, K. P. (2009). *Schönheit*. Facultas. <https://doi.org/10.36198/9783838530482>
- Linse, U. (1999). Lebensreform. In C. Auffarth, J. Bernard, & H. Mohr (Hrsg.), *Metzler Lexikon Religion*.

- Band 2: Haar – Osho-Bewegung* (S. 319–321). J. B. Metzler.
- Locke, J. (1964). *Some Thoughts Concerning Education* [Nachgedruckt mit einer Einleitung von F. W. Garforth]. Heinemann. (Originalquelle veröffentlicht in 1699)
- Locke, J. (2020). *An Essay Concerning Human Understanding. Versuch über den menschlichen Verstand.* (J. Schulte, Übers.; K. Saporiti, Hrsg.). Reclam. (Originalquelle veröffentlicht 1690)
- Loudon, J. C. (1982). *The Suburban Gardener, and Villa Companion* [nachgedruckt in The English Landscape Garten Series]. Garland. (Originalquelle veröffentlicht in 1838)
- Marcus, C. C. & Sachs, N. A. (2014). *Therapeutic Landscapes. An Evidence-Based Approach to Designing Healing Gardens and Restorative Outdoor Spaces.* Wiley.
- Murken, A. H. (1988). *Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart.* DuMont Buchverlag.
- Pinel, P. (1801). *Philosophisch-medicinische Abhandlung über Geistesverwirrungen oder Manie* (M. Wagner, Übers.). Carl Schaumburg und Companie. (Originalquelle publiziert in 1800) <https://www.digitale-sammlungen.de/de/view/bsb10473949?page=1>
- REHAB Basel. (2023, 17. Oktober). *Diagnose Tiergestützte Therapie im REHAB Basel Telebasel* [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=sQIVhsUcUNw>
- Repton, H. (1816). *Fragments on the Theory and Practice of Landscape Gardening. Including some Remarks on Grecian and Gothic Architecture.* T. Bensley and Son.
- Rosa, H. (2013). *Beschleunigung und Entfremdung.* Suhrkamp.
- Schneiter-Ulmann, R. (Hrsg.). (2010). *Lehrbuch Gartentherapie.* Verlag Hans Huber.
- Schulze, S. (Hrsg.). (2006). Gärten – Ordnung, Inspiration, Glück. Konzeption und Ausstellungsroundgang. In S. Schulze (Hrsg.), *Gärten – Ordnung, Inspiration, Glück* (S. 14–59). Städelsches Kunstmuseum Ausstellungskatalog, Hatje Cantz.
- Serpell, J. A. (2019). Animal-assisted interventions in historical perspective. In A. H. Fine (Hrsg.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical Foundations and Guidelines for Practice* (3. Aufl, S. 17–32). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815395-6.00002-X>
- Thompson, J. D. & Goldin, G. (1975). *The Hospital: A Social and Architectural History.* Yale University Press.
- Tomasello, M. (2014a). The ultra-social animal. *Journal of Social Psychology*, 3(44), 187–194. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2015>
- Tomasello, M. (2014b). *A Natural History of Human Thinking.* Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/9780674726369>
- Tomasello, M. (2020). *Mensch werden. Eine Theorie der Ontogenese.* Suhrkamp.
- Tuke, D. H. (1892). *Reform in the Treatment of the Insane. Early History of the Retreat, York; its Objects and Influence, with a report of the celebrations of its centenary.* J. & A. Churchill. <https://archive.org/details/39002086343507.med.yale.edu/page/92/mode/1up>
- Tuke, S. (1964). *Description of the Retreat* [Nachgedruckt mit einer Einleitung von R. Hunter & I. Macalpine]. Dawsons of Pall Mall. (Originalquelle veröffentlicht in 1813)
- Ulrich, R. S. (1984). View through a window may influence recovery from surgery. *Science*, 224(4647), 420–421.
- Wirz-Justice, A. & Bromundt, V. (2013). Lichttherapie. *Schlaf*, 2(1), 20–29. <https://doi.org/10.1055/s-0038-1626044>