

## **Rückfall in die Steinzeit?**

### Eine Zwischenbilanz 20 Jahre nach der Wiederentdeckung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland

Michael Konrad und Paul-Otto Schmidt-Michel

#### **Neuerfindung der Familienpflege in Bonn und Ravensburg**

Vor 20 Jahren wurde die Psychiatrische Familienpflege in Deutschland neu entdeckt. Nachdem sie der Psychiatrie-Enquete nur wenige Zeilen wert war, machten Tilo Held in Bonn und Paul-Otto Schmidt-Michel in Ravensburg-Weissenau den Versuch, dieses traditionsreiche, aber auch deutlich angestaubte psychiatrische Angebot neu zu beleben. Tilo Held wusste, dass es funktioniert, Paul-Otto Schmidt-Michel war der festen Überzeugung, dass es funktionieren müsste. Beide wussten in der Planungsphase nichts voneinander und waren auf völlig unterschiedliche Weise an die Psychiatrische Familienpflege geraten. Tilo Held war ärztlicher Leiter des psychiatrischen Sektors am 13. Arrondissement in Paris gewesen und betreute dort auch die Einheit des *Placement Familiale*. Dort hatte er Daten gesammelt, die er im Rahmen einer Habilitationsarbeit auswertete (Held 1989). In der Studie hat er prognostische Faktoren für den Erfolg der Patienten und den Erfolg der Familien ermittelt. Beim Aufbau des Projekts in Bonn hatte er klare Vorstellungen, was die Familienpflege zu leisten vermag und was nicht. Er ging davon aus, dass die Psychiatrische Familienpflege ein Angebot für ältere schizophrene Patienten ohne Kontakt zur Herkunftsfamilie ist und dass ein bestimmter Typus von Gastfamilien unabhängig von den Merkmalen der Patienten erfolgreich ist.

Paul-Otto Schmidt-Michel war über die Auseinandersetzung mit der Psychiatrie-Geschichte auf die Psychiatrische Familienpflege gestoßen. In seiner Dissertation über die Diskussion in den Irrenärzte-Verbänden um die Psychiatrische Familienpflege (Schmidt 1983) hatte ihn nicht nur die Leidenschaftlichkeit der Diskussion fasziniert, sondern die Idee, die langfristige Versorgung von psychiatrischen Patienten in Gastfamilien statt in Anstalten zu leisten. Dieser konsequent institutions-kritische Ansatz war das wesentliche Motiv, die Psychiatrische Familienpflege in Ravensburg aufzubauen. Vorstellungen, wie die Familienpflege funktionieren sollte, lagen ihm nur historisch vor. Eine Konzeption existierte nur für den Kostenträger und beschränkte sich im Wesentlichen auf die Finanzierung der Gastfamilien und der begleitenden Fachkraft.

Beide Projekte wurden trotz ihrer unterschiedlichen Ausgangslage erfolgreich aufgebaut und waren der Start zu der Wiederbelebung der psychiatrischen Familienpflege in Deutschland.

Die Entwicklung der erneuerten Familienpflege verlief jedoch nicht linear. Im Gegensatz zu Versorgungskonzepten wie dem Ambulant Betreuten Wohnen vergrößerte sich die Familienpflege nicht gleichmäßig in allen Bundesländern. Sie verbreitete sich in manchen Regionen sehr stark und wurde zum quantitativ größten ambulanten Betreuungsangebot für chronisch psychisch kranke Menschen, während sie in einigen Bundesländern überhaupt nicht angeboten wird (vgl. Eisenhut in diesem Heft). Im Folgenden soll ein Überblick über die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in den letzten 20 Jahren – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – gegeben werden.

#### **Begrenzte Ausweitung in einigen Regionen**

Dem Beispiel Bonn und Ravensburg folgten zunächst Regionen aus den Landesteilen, für die der selbe überörtliche Sozialhilfeträger zuständig ist, also Regionen in der Zuständigkeit des Landschaftsverbandes Rheinland (Langenfeld, Vierssen) bzw. des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern (Bad Schussenried, Zwiefalten, Weinsberg). Der jeweils andere überörtliche Sozialhilfeträger der beiden Bundesländer, also der Landschaftsverband Westfalen-Lippe und der Landeswohlfahrtsverband Baden konnten sich trotz großem Interesse verschiedener Einrichtungsträger zunächst nicht zu einer Finanzierung entscheiden.

Die ersten Projekte wurden alle von psychiatrischen Landeskliniken oder in enger Kooperation mit psychiatrischen Landeskliniken durchgeführt. Diese Projekte waren getragen von der ärztlichen Direktion und/oder dem zuständigen Oberarzt. Dadurch erleichterte sich der Zugang zu den Patienten. Gleichzeitig konnten die älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus der Pflege, die häufig erhebliche Schwierigkeiten hatten, die Patienten loszulassen, gegen die Familienpflege nicht offen opponieren. Die Familienpflege bekam dadurch die Chance, positive Erfahrungen zu sammeln. Die Verarbeitung der Erfahrungen führte wiederum zu einer positiven Haltung auch seitens der älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Da die Familienpflege jeweils an den Langzeitbereichen angesiedelt war oder mit diesen kooperierte blieb sie von der Versorgung jüngerer chronisch psychisch kranker Menschen zunächst völlig unberührt. Die Versorgung dieser Klientel blieb den Sozialpsychiatrischen Diensten und dem Ambulant Betreuten Wohnen vorbehalten.

In den Projekten aus den Regionen in der Zuständigkeit des Landschaftsverbandes Rheinland wird die Familienpflege als Anhang der Psychiatrischen Klinik praktiziert. Für die Kliniken wurde damit ein Anreiz geschaffen, Langzeitpatienten in Gastfamilien zu entlassen, da sie weiterhin den Pflegesatz für diese Patienten erhalten. Dies erleichterte auch die Personalpolitik im begleitenden Fachdienst. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Langzeitstationen konnten in den begleitenden Fachdienst wechseln. Das hatte Vorteile für sie selbst, aber vor allem auch für die Patientinnen und Patienten, die sich mit der Hilfe der wohl bekannten Bezugsperson trauten, den Schritt nach draußen zu wagen. Diese Konstruktion hat aber auch Nachteile: die Betroffenen legen ihren Patientenstatus nicht ab, sondern er wird lediglich transformiert. Sie bleiben letztlich von den Entscheidungen der Großinstitution abhängig, die entsprechend der politischen und/oder finanziellen Situation restriktiv ausfallen können.

Zunächst wurden in den Regionen ausschließlich Langzeitpatienten versorgt. Die Erkenntnis von T. Held aus seiner Studie in Paris (Held 1989), Gastfamilien seien mit der Integration jüngerer, grenzüberschreitender chronisch psychisch kranker Patienten überfordert, wurde neu beginnenden Projekten als Lehrsatz auf den Weg gegeben. Die Familienpflege wurde dadurch in den Regionen, in denen sie eingeführt wurde, zu einem effizienten Mittel der Enthospitalisierung; interessanterweise ohne Einbindung in ein Enthospitalisierungsprogramm. Entgegen der Erwartung der psychiatrischen Experten kamen Langzeitpatienten gut mit der Veränderung zurecht. Offensichtlich hatten sie bei ihrer jahrzehntelangen Hospitalisierung gelernt, sich an neue Situationen anzupassen. Ab Anfang der 90er-Jahre nutzte die Klinik in Bedburg-Hau die Familienpflege extensiv für die systematische Enthospitalisierung von Langzeitpatienten. Für einen Teil der Langzeitpatienten war die Integration in eine Gastfamilie die einzige Möglichkeit, außerhalb eines Heimes zu leben, da sie dort die notwendigen Hilfen bei den Verrichtungen des täglichen Lebens und eine Betreuung rund um die Uhr erhielten.

An die Integration so genannter neuer chronischer Patienten wagten sich die Organisationen erst, nachdem sie Erfahrungen mit der Integration von Langzeitpatienten gemacht hatten. Insbesondere die Projekte in Langenfeld und in Ravensburg waren in diesem Feld experimentierfreudig. Bei den jährlich stattfindenden Bundestagungen löste diese Erweiterung der Indikation heftige Diskussionen über deren Sinnhaftigkeit aus. In gewisser Weise war die Beschaulichkeit der Familienpflege gestört. Zwischenzeitlich ist die Platzierung von jüngeren Patienten ein integraler Bestandteil der Familienpflege in Deutschland. Die Teams mussten jedoch lernen, die Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen bei ihrer Arbeit mit den Gastfamilien zu berücksichtigen. Im Gegensatz zu den Langzeitpatienten sind die neuen chronischen Patienten geprägt durch die Erfahrungen der Drehtürpsychiatrie. Sie passen sich nicht an die Gegebenheiten der Gastfamilie an, sondern fordern sie heraus. Die Gastfamilie muss

sich mit Grenzüberschreitungen der Patienten auseinandersetzen und benötigt dazu die Möglichkeit der Reflexion des eigenen Handelns. Die Mitarbeiter des begleitenden Fachdienstes sind in diesen Fällen als Mediatoren in einem komplexen System gefordert. In vielen Teams erforderte die Übernahme dieser Rolle eigene Supervision.

Trotz der Hinwendung zu neuen chronischen Patienten hatte die Familienpflege wenig Berührung mit dem durch die Aktion Psychisch Kranke repräsentierten Personenzentrierten Ansatz, der seit einem Jahrzehnt die Reformpsychiatrie in Deutschland kennzeichnet. Diese mit wenigen Ausnahmen durchgehende gegenseitige Ignorierung ist insofern paradox, als man sich in Diskussionen schnell darauf einigen kann, dass die Familienpflege ein Personenzentriertes Hilfeangebot *sui generis* darstellt. Die Zuordnung eines Patienten zu einer Gastfamilie erfolgt durch ein »matching« des begleitenden Fachdienstes, bei dem das besondere Passungsverhältnis die entscheidende Rolle spielt. Im Gegensatz zu der Hilfebedarfsermittlung mit Instrumenten wie dem Individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP), die die Kompensation spezifischer Funktionsstörungen in den Vordergrund stellen, erfolgt das individuelle matching in der Familienpflege aufgrund »atmosphärischer« Passungsverhältnisse, die vorwiegend intuitiv erfasst werden. Dementsprechend existieren mehr oder weniger große Vorbehalte der Teams gegenüber systematischer Hilfeplanung und Hilfeplankonferenzen.

### **Eroberung neuer Praxisfelder, Erfolge und Rückschläge**

Die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Familienpflege im Jahr 1986 und die Durchführung jährlicher Treffen sowie die Buchveröffentlichung »Die zweite Familie« (Konrad & Schmidt-Michel 1992) führte zum Aufbau weiterer Projekte über die Regionen Württemberg und Rheinland hinaus. Im Bereich des Landschaftsverbandes Westfalen interessierte sich die Anstalt Bethel, im Bereich des Landeswohlfahrtsverbandes Baden wollten verschiedene Träger der freien Wohlfahrtspflege in Verbindung mit Sozialpsychiatrischen Diensten die Familienpflege aufbauen. In Bayern wurde die Familienpflege im Rahmen von Enthospitalisierungsprogrammen genutzt. Im Saarland bestand Interesse, die Familienpflege in Verbindung mit einer psychiatrischen Abteilung des Allgemeinkrankenhauses in Völklingen aufzubauen. Nach der Dominanz der Großkrankenhäuser in der Anfangsphase stellte dies ein Novum dar und symbolisierte gleichsam die »normale« Nutzung von Gastfamilien für die Rehabilitation psychisch kranker Menschen. In allen Fällen erfolgte die Einführung der Familienpflege auf Initiative von engagierten Einzelpersonen oder kleinen Trägern. Obwohl sie an einem Abbau der stationären Kapazitäten interessiert waren, nutzten die überörtlichen Sozialhilfeträger die Familienpflege zu jener Zeit nicht systematisch. Sie ließen sich bestenfalls von interessierten Trägern überzeugen.

Zwischenzeitlich hat sich die Anwendung der Familienpflege weit über die Patienten mit Psychose-Erfahrungen und geisti-

ger Behinderung hinaus erweitert. Innerhalb der bestehenden Familienpflegeprojekte hat sich die Integration in Gastfamilien bei suchtkranken Menschen bis hin zu drogenabhängigen jüngeren Menschen oder älteren Menschen mit einem Korsakow-Syndrom (vgl. Schmidt et al. in diesem Heft) als geeignete Hilfeform erwiesen. Auch bei Patienten mit Borderline-Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen hat sich die Integration in eine Gastfamilie als ein Hilfeangebot erwiesen, das ausreichend Schutz und Entwicklungsmöglichkeit bietet. Mit einer eigenständigen Finanzierung und einem eigenen Team wurde in Ravensburg das Projekt JuMeGa zur Integration von psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen mit großem Erfolg aufgebaut (vgl. Roth in diesem Heft). Das Angebot der »Nachreifung« für psychisch beeinträchtigte junge Menschen in der »zweiten Familie« blieb bisher auf die Region Ravensburg/Bodensee beschränkt, wird derzeit aber in weiteren Regionen in Baden-Württemberg und in Bayern aufgebaut. Im entgegengesetzten Alterspektrum wurde in der Region Oberschwaben in den letzten drei Jahren versucht, ein Angebot »Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen« aufzubauen, das ebenfalls eine eigene Finanzierungsstruktur aufweist. Quantitativ hat sich das Projekt weniger rasant entwickelt wie JuMeGa, qualitativ konnte hingegen gezeigt werden, dass sehr pflegebedürftige verwirrte Menschen in Gastfamilien betreut werden können (vgl. Spinner et al. 2004).

#### **Unterschiede zwischen Ost und West, Stadt und Land**

Erfolglos blieb zunächst der Versuch, die Familienpflege in den neuen Bundesländern attraktiv zu machen. Die Autoren dieses Beitrages hatten nach Erscheinen der »Zweiten Familie« versucht, auf die Familienpflege aufmerksam zu machen, indem sie an alle psychiatrischen Kliniken in den neuen Bundesländern ein Exemplar versandten. Die Aktion hatte jedoch keinerlei sichtbaren Effekte. Erst mehrere Jahre später wurde das erste Projekt aufgebaut, ausgehend von der Fachhochschule Potsdam im Landkreis Dahme-Spreewald in Brandenburg (vgl. Schönberger & Stolz 2003). Unterstützt wurde der Aufbau des Projektes finanziell durch die Robert Bosch Stiftung. Nur durch diese Unterstützung war eine langfristige Etablierung der Familienpflege in Brandenburg möglich geworden; der überörtliche Sozialhilfeträger war erst am Ende der geförderten Projektphase bereit, die volle Finanzierung für die Gastfamilien und den begleitenden Fachdienst zu übernehmen. Diese Zurückhaltung der Kostenträger könnte mitverantwortlich dafür sein, dass trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit der Brandenburger Familienpflege bislang erst ein weiteres Projekt in den neuen Bundesländern, und zwar in Jena (Thüringen), entstanden ist. Die bisherige Entwicklung der Familienpflege in den neuen Bundesländern widerspricht auf jeden Fall der Annahme, sie habe v. a. in strukturschwachen Regionen ein Entwicklungspotenzial. Offensichtlich beeinflussen in den neuen Bundesländern mit Arbeitslosenzahlen um 25 % andere Variablen – wie möglicherweise der

geringere Anteil an Häusern mit ausreichend Platz oder die Fixierung der Frauen auf eine Erwerbstätigkeit – den Ausbau der Familienpflege.

Ein besonderes Problem bei der Verbreiterung stellt die Familienpflege in Großstädten dar. Auf der von Reinhold Eisenhut in seinem Beitrag für dieses Heft erstellten Karte findet man dort durchaus Familienpflege-Teams in Großstädten wie Bremen, Bielefeld, Dortmund, Bonn, Stuttgart und München. Die Zahl der in diesen Städten belegten Plätze macht allerdings nur einen geringen Anteil aller diesbezüglichen Betreuungen in Deutschland aus. Im Rahmen der psychiatrischen Rehabilitation ist der soziogeografische Standortnachteil der Familienpflege das größte Problem bei ihrer Verbreitung. Die Rehabilitation in der Familienpflege findet in einem Sozialraum statt, in dem sich keine oder wenig andere Betroffene finden. Eine Milieubildung kann nicht stattfinden. Das mag für einen Teil der chronisch psychisch kranken Menschen Vorteile haben. Ein anderer Teil der Betroffenen sieht das als Nachteil. Ein gelungener Versuch der Etablierung von Familienpflege stellt das 13. Arrondissement in Paris dar (vgl. Held 1989). Dort waren die erfolgreichen Gastfamilien eine soziokulturelle Minderheit, nämlich Einwandererfamilien nordafrikanisch-jüdischer Herkunft. Eine vergleichbare Ethnie, die einen gewichtigen Teil des Bedarfs an Gastfamilien in einer Region abdeckt, konnte in den deutschen Projekten bislang nicht gefunden werden.

Auch in den Städten bleibt die Familienpflege ein ländliches Angebot. Unseres Wissens gibt es keine Gastfamilie in der Stadt Bonn; in dem Kleinstädtekomplex Ravensburg/Weingarten mit 70 000 Einwohnern lebt eine Gastfamilie von sieben existierenden in dieser Region. Die meisten Gastfamilien leben in kleinen Ortschaften bis zu 5000 Einwohner, im Süden Württembergs mit der stärksten Massierung von Projekten in Ortschaften bis zu 1000 Einwohnern. Der öffentliche Nahverkehr von diesen Orten ist meist nicht gut ausgebaut. Die psychisch kranken Bewohner in den Gastfamilien sind damit auf den Sozialraum ihrer Ortschaften beschränkt, eine Überschreitung der Ortsgrenzen findet meist ausschließlich gemeinsam mit der Gastfamilie statt. Dementsprechend sieht es auch mit dem Angebot Sozialversicherter Beschäftigungsverhältnisse aus. Ein geringer Anteil psychisch kranker Menschen in Gastfamilien arbeitet in einer Werkstatt für behinderte Menschen – in der Region Ravensburg/Bodensee ist es etwa ein Drittel. In ungefähr ebenso vielen Fällen findet beschützte Arbeit bzw. Beschäftigung in der Gastfamilie selbst statt.

#### **Steuerungsmöglichkeiten des Gesetzgebers und der Kostenträger**

Die Finanzierung der Familienpflege ist in den einzelnen Regionen unterschiedlich; die Entgelt-Untergrenze für die Gastfamilien wurde von dem Fachausschuss Familienpflege als Forderung festgelegt und ist ebenso wie die Diskussion über unterschiedliche Bezahlung bei unterschiedlichem Hilfebedarf in dem Beitrag von Eisenhut nachzulesen. Hier sollen zwei übergreifende Aspekte diskutiert werden: die sozialpolitische

Stellung der Familienpflege und der Aspekt der Finanzierung als sozialpolitisches Steuerungsinstrument.

Die sozialpolitische Stellung der Familienpflege ist höchst indifferent. Für eine ehrenamtliche Hilfe ist sie im Vergleich zu hoch dotiert, für eine professionelle Arbeit fehlt ihr nicht nur die angemessene Höhe der Entlohnung, sondern vor allem auch die Beiträge zur Sozialversicherung. Seitens der Frauenförderung wird die Familienpflege kritisiert als Ablenkung von der Schaffung erziehungsfreundlicher Arbeitsplätze. In der Tat wird die Aufnahme eines Behinderten häufig von Familien angestrebt, in denen die Frau nach der Geburt der Kinder einer Beschäftigung innerhalb des Haushalts nachgehen möchte. Die finanzielle Entschädigung ist dabei für die Wertigkeit der Frau in der Familie ein nicht zu unterschätzender Aspekt. Sie erbringt bei Familien des unteren Einkommensspektrums einen nicht unerheblichen Beitrag zum Familieneinkommen ohne finanziellen Mehraufwand bei der Haushalts- und Erziehungstätigkeit. Gleichzeitig macht sie sich aufgrund der fehlenden sozialversicherungsrechtlichen Absicherung von ihrem Mann abhängig. Dieser Widerspruch lässt sich nur durch die Änderung sozialpolitischer Grundsätze auflösen. Ein Anfang wurde in dieser Hinsicht im § 44 SGB XI gemacht. Durch eine konsequente sozialversicherungsrechtliche Absicherung wäre eine stärkere Einbeziehung bürgerschaftlichen Engagements in die Systeme der Behindertenhilfe und der Altenhilfe umsetzbar, wie sie vor allem von Klaus Dörner gefordert wird.

Der Aspekt der sozialpolitischen Steuerung durch die Höhe des Entgelts an die Gastfamilien wurde von den überörtlichen Sozialhilfeträgern bislang nicht berücksichtigt. Dabei gibt es ein Beispiel, das diesen Zusammenhang zumindest hochwahrscheinlich stützt. Ungefähr drei Jahre nach Einführung der Familienpflege in der Region Ravensburg/Bodensee stagnierte die Zahl der Betreuungsverhältnisse bei 15–20. Drei Jahre lang konnte die damals als magische Grenze hochstilisierte Marke von 20 nicht überschritten werden. Die daraufhin ausgehandelte Erhöhung des Entgelts für die Betreuungsleistungen der Gastfamilie um ein Drittel hatte die kontinuierliche Ausdehnung der stabil bleibenden Familienpflegeverhältnisse zur Folge. Die Differenz zwischen den Kosten eines Heimplatzes und den Kosten für die Familienpflege (einschließlich der Kosten für den begleitenden Fachdienst) steht derzeit in einem Verhältnis von ungefähr 2:1; das heißt, der Heimplatz ist doppelt so teuer. Angesichts der Erfahrung in allen Regionen, dass die Betreuung in der Familienpflege die gleiche Qualität hat wie eine gut funktionierende sozialpsychiatrische Heimeinrichtung (vgl. Schulze-Steinmann et al. 2003), ist hier sozialpolitisch noch einiger Spielraum vorhanden. Insbesondere wäre das ein Schritt in die Richtung »ambulant vor stationär« für den so genannten »harten Kern« der chronisch psychisch kranken Menschen.

Bei der Umsetzung des Grundsatzes »ambulant vor stationär« wird die Familienpflege von einigen überörtlichen Sozialhilfeträgern systematisch genutzt – bisher allerdings nicht aus Überlegungen der Qualitätsverbesserung, sondern als Instrument zur

Einsparung von Kosten. Die Landeswohlfahrtsverbände Württemberg und Baden haben die Familienpflege als ambulante Leistungen für behinderte Menschen nach § 93 BSHG festgelegt. Gemäß der Richtlinien können Einrichtungsträger im gesamten Verbandsgebiet Vereinbarungen zur Durchführung der Familienpflege für behinderte Menschen abschließen. Diese rechtliche Verankerung hat v.a. im Bereich der Hilfen für geistig behinderte Menschen zu einem Wachstumsschub geführt. Einen Schritt weiter ging der Landschaftsverband Westfalen-Lippe. In seinen Richtlinien aus dem Jahr 2003 hat er festgelegt, dass ausschließlich Träger von Heimeinrichtungen eine Vereinbarung nach § 93 BSHG für die Durchführung der Familienpflege abschließen können. Mit dieser Festlegung sollte ein Anreiz für die Ersetzung stationärer Plätze durch ein ambulantes Angebot geschaffen werden. Ohne Beschränkung der Träger auf die Versorgung einer festgelegten Region könnte dadurch eine Verdopplung des Angebotes entstehen. Unabhängig davon ist zu befürchten, dass die Zulassungsbeschränkung auf Heimträger die bisherige Kreativität, die v.a. kleine, unabhängige Träger in das Hilfeangebot der Familienpflege eingebracht haben, verloren geht.

### Denken und Handeln der psychiatrischen Fachleute

Neben strukturellen, sozialpolitischen und finanzierungstechnischen Aspekten muss als Resümee der 20 Jahre neue Familienpflege in Deutschland festgehalten werden, dass das Engagement psychiatriepolitisch involvierter Einzelpersonen in einer Region ausschlaggebend für die erfolgreiche Einführung der Familienpflege sind. Häufig gegen den Widerstand etablierter Psychiatriepolitik sowie fest gefügter Denkstrukturen konnte sich die Familienpflege in einigen Regionen qualitativ und quantitativ als wichtiger Baustein der langfristigen Rehabilitation psychisch kranker Menschen etablieren. Angesichts des geforderten und teilweise auch realisierten Abbaus von Heimstrukturen könnte das »Leben in Gastfamilien« eine wichtige Rolle in der gemeindepsychiatrischen Versorgung einnehmen. Eine »heimelige« Atmosphäre wird von den Psychiatrie-Erfahrenen in der Gastfamilie stärker entdeckt als im Heim.

Der weitere Ausbau der Familienpflege ist derzeit vor allem dadurch blockiert, dass in der psychiatrischen Fachwelt große Bedenken und Vorbehalte gegenüber den »Eigenheiten« der Psychiatrischen Familienpflege bestehen. Eine Delphi-Studie über Enthospitalisierungsprozesse psychisch kranker und geistig behinderter Langzeitpatienten hat dies deutlich zum Vorschein gebracht (vgl. Ingenleuf in diesem Heft). Letztlich wird von Experten, die kein Projekt in ihrer Region haben, die Familienpflege ausschließlich als Mittel zur Kosteneinsparung gesehen. Wer keine praktischen Erfahrungen mit der Unterbringung in Gastfamilien gemacht hat, ist mit dem Problem konfrontiert, dass nicht nur die Sozialform Familie in den letzten 150 Jahren einem permanenten Strukturwandel ausgesetzt war, sondern sich auch die strukturellen Bedingungen der Betreuungsform Familienpflege fundamental geändert haben.

Der Ausgangspunkt Gheel – ein belgisches Städtchen mit 3000 Irren, wie Egon Erwin Kisch es genannt hat – war in seiner Gesamtheit eine Irren-Kolonie. Das Zusammenleben von behinderten Menschen und Gastfamilien hatte im Laufe der Jahrhunderte eine Tradition ausgebildet, in der die Verücktheit sich als Teil des Gemeindelebens etabliert hatte. Die Gheeler Bevölkerung hatte sich einerseits an Verhaltensauffälligkeiten der psychisch kranken Mitbürger gewöhnt, andererseits verhielten sich die psychisch Kranken inmitten der Bevölkerung anders als in der Anstalt. Darüber hinaus existierte in Gheel ein differenziertes System, mit dessen Hilfe die psychisch Kranken in Gastfamilien verteilt wurden.

Der Anspruch war, alle Langzeitkranken in dem familialen System zu versorgen. Den Verantwortlichen für die »Irrenfürsorge« in Gheel gelang das u. a. dadurch, dass sie die Region wie eine psychiatrische Anstalt organisierten. Die ruhigen Patienten wurden in Gastfamilien der Innenstadt untergebracht, motorisch unruhige und laute Patienten in Weilern des Umlandes, Patienten, die disziplinarisch zu überwachen waren, vermittelte man auf kleine Gehöfte in einem ausgedehnten Heideland mit einer großen Entfernung zwischen den einzelnen Höfen. Die Auswahl von Gastfamilien war einfach. Die Aufnahme eines Erkrankten war einerseits eine Selbstverständlichkeit, andererseits ökonomisch und sozial lukrativ. Dadurch etablierte sich ein soziales Kontrollsystem, in dem sich die Gastfamilien gegenseitig überwachten und den Missbrauch eines Bewohners bei den Verantwortlichen der »Irren-Kolonie« meldeten.

Es ist offensichtlich: Alle Neugründungen von Familienpflege-Organisationen leiteten sich direkt von Gheel ab, waren aber mit Ausnahme der wenigen anderen Patientenkolonien vollkommen anders strukturiert. Sie hätten sich auf ein völlig neues theoretisches Terrain begeben müssen. Weg von der institutionellen Organisation, hin zu einer Beschäftigung mit der Familie als therapeutisches Milieu. Dies wurde von den Befürwortern der »familiären Kranksinnigenpflege« in den Diskussionen Mitte des 19. Jahrhunderts nicht geleistet. Sie verblieben auf der Ebene der Idealisierung des Familienlebens, wie die viel zitierte Aussage von Griesinger (1868) belegt: »Die familiäre Kranksinnigenpflege gewährt dem Kranken das, was die prachvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium, *die Wohltat des Familienlebens.*« (Hervorhebung durch die Autoren)

Die fehlende kritische Bestimmung des Milieus Gastfamilie führt zwangsläufig zu einer Verlagerung von der therapeutischen auf die ökonomische Entscheidungsebene. Dass die langfristige Integration eines behinderten Menschen in einer Gastfamilie billiger ist als in der psychiatrischen Institution, steht außer Frage. Dies hat Wiedemeister (1864) unverblümt zum Ausdruck gebracht: »Ob für absolut unheilbar Kranke das Gheeler System anderswo ins Leben gerufen zu werden verdient, und ob das anderswo ausführbar ist, scheint mir weni-

ger eine Frage der wissenschaftlichen Psychiatrie als der Nationalökonomie.«

Der Aufbau der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland war am Anfang des 20. Jahrhunderts konsequenterweise in direkter Anbindung an die psychiatrischen Anstalten erfolgt. Die Überfüllung der Anstalten hat diesen Schritt nahe gelegt. Damit verblieb die Familienpflege jedoch in der ökonomischen Abhängigkeit zu den psychiatrischen Anstalten. Die Konsequenz dieser Praxis zeigte sich unter der nationalsozialistischen Herrschaft. Wie Schmidt-Michel (1993) gezeigt hat, reduzierten sich die Familienpflegestellen vor allem durch die Rücknahme der Familienpfleglinge in die Anstalten und die Mordaktion T4.

Der Aufbau der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland 40 Jahre nach ihrem schleichenden Niedergang eröffnete neue Möglichkeiten. Die Projekte konnten sich von den teils überkommenen Traditionen frei machen und die Integration psychisch kranker Menschen in Gastfamilien neu gestalten. Dabei kam ihnen zugute, dass sie die Integration in Gastfamilien im Kontext einer zunehmend entwickelten Gemeindepsychiatrie gestalten mussten. Richtungweisend ist hier vor allem die Ablösung des institutionszentrierten Denkens durch eine gleichermaßen personenzentrierte und milieutherapeutische Perspektive, die in der Familienpflege auch bei umfassend Hilfebedürftigen und emotional instabilen Klienten umgesetzt werden kann. Durch die individuelle Zuordnung der Patienten zu einer den Hilfebedarf genau abdeckenden Gastfamilie wird die Vermeidung einer Heimaufnahme oder die Entlassung aus jahrelanger Heimbetreuung möglich.

Entscheidend für die erfolgreiche Realisierung einer so verstandenen Praxis der Familienpflege ist die Nutzung des nahezu unerschöpflichen Potenzials von Gastfamilien. Entgegen der zwischenzeitlich vorherrschenden Meinung, nach der die moderne Familie brüchig, instabil, fragmentiert bis nicht existent dargestellt wird, lernt man in der praktischen Arbeit Gastfamilien als stabil, konsistent und kreativ kennen. Die Aufgabe des Familienpflegeteams ist es, die kreativen Seiten der Gastfamilien zu entdecken und sie für chronisch psychisch kranke Menschen nutzbar zu machen. Hinsichtlich der Beurteilung der Motivation von Gastfamilien, einen psychisch kranken Menschen bei sich aufzunehmen, muss vor allem die Bereitschaft vorhanden sein, die Lauterkeit der Motive zu unterstellen. Wie sich in einer qualitativen empirischen Studie zeigte, in der die Motivation der Gastfamilie aus ihrer Familiengeschichte abgeleitet wurde, kann selbst die eigenützige Kompensation von familiengeschichtlichen Brüchen eine gute Voraussetzung für die Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen sein (Konrad 1992).

#### Literatur bei den Verfassern

#### Anschrift für die Verfasser

Dr. Michael Konrad

Zentrum für Psychiatrie Weissenau

Wéingartshofer Straße 2, 88214 Ravensburg