

Psychiatrische Familienpflege – neues Konzept oder Auslaufmodell?

Eingereicht als Diplomarbeit an der Fachhochschule Kiel,
Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

Verfasserin: Claudia Hecht
Betreuender Dozent: Prof. Dr. R. Lütjen
Zweitgutachter: Prof. Dr. P. Dentler

Kiel, den 27.12.2006

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Psychiatrische Familienpflege – eine Einführung	5
2.1. Formen Psychiatrischer Familienpflege	6
2.2. Rechtsgrundlagen für die Arbeit der Familienpflege-Einrichtungen	8
2.3. Die Teams und ihre Arbeit	10
2.3.1. Öffentlichkeitsarbeit , Verwaltung und Aufbau von Kooperationsstrukturen	10
2.3.2. Die Arbeit mit den KlientInnen	11
2.3.2.1. Ausdifferenzierung der Zielgruppen	11
2.3.2.2. Ziele der Psychiatrischen Familienpflege bei der Betreuung der BewohnerInnen	12
2.3.2.3. Geeignete BewohnerInnen	12
2.3.2.4. Die konkrete Arbeit mit den BewohnerInnen	13
2.4. Ein Blick über die Bundesgrenzen	14
3. Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege	17
3.1. Gheel in Belgien	17
3.2. Die Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland von 1850 bis 1945	20
3.3. Die Familienpflege nach dem 2. Weltkrieg	25
4. Neubeginn der Familienpflege in Deutschland	25
4.1. Bonn und Ravensburg	25
4.2. Weitere Projekte	27
4.3. Der Fachausschuss Familienpflege der DGSP	29
5. Theoretische Fundierung der Psychiatrischen Familienpflege zwischen Lebensweltorientierung und Systemtheorie – Versuch einer Zuordnung	30
5.1. Systemtheorie	31
5.2. Lebensweltorientierung	37
5.3. Die Bedeutung von systemtheoretischen Ansätzen und Lebensweltorientierung im Arbeitsfeld der Psychiatrischen Familienpflege	40
6. Kritik der Experten	44
6.1. Historisches	44
6.2. Psychiatrie und Familie	45
6.3. Familiärer Strukturwandel	51
6.4. Ausblick	52
7. Familien heute und in Zukunft	53
7.1. Definitionen von Familie	53
7.2. Signifikante Eckpunkte der Entwicklung des familiären Zusammenlebens	56
7.2.1. Heirat und Scheidung	56
7.2.2. Die sinkende Fertilitätsrate	57

7.2.3. Eheliche und nicht eheliche Kinder	58
7.2.4. Das Familienleben	58
7.3. Umweltbedingungen und deren Anforderungen an Familie	61
7.3.1. Erwerbsarbeit	61
7.3.2. Finanzielle Situation	62
7.3.3. Familien- und Kinderbetreuungsorganisation	63
7.4. Folgen	64
7.4.1. Belastungen und Widersprüchlichkeiten	64
7.4.2. Ressourcen	65
7.5. Fazit	66
8. Die Arbeit mit den Gastfamilien	69
8.1. Gewinnung geeigneter Gastfamilien und Anbahnung einer Familienpflege	69
8.2. Motive der Gastfamilien	73
8.3. Die Zusammenarbeit von Team und Gastfamilie	74
8.3.1. Die Gestaltung und Begleitung des Passungsprozesses	74
8.3.2. Inhalte der Begleitung	77
8.3.3. Phasen in der Begleitung	79
8.4. Merkmale geeigneter Gastfamilien	82
8.5. Geeignete Gastfamilien für bestimmte Zielgruppen von BewohnerInnen	85
9. Fachlichkeit und Qualität	87
9.1. Übergreifende Konzepte in der Familienpflege	87
9.1.1. Normalisierung und Integration	87
9.1.2. Das salutogenetische Modell	88
9.2. Besonderheiten der Familienpflege	89
9.2.1. Begrifflichkeiten	89
9.2.2. Regelmäßige aufsuchende Beratung bei den Gastfamilien	91
9.2.3. Die Arbeit in der Triade	91
9.3. Methoden in der Psychiatrischen Familienpflege: Konzepte, Methoden und Techniken	94
9.3.1. Die methodisch-instrumentelle Ebene fachlicher Kompetenzen der Sozialen Arbeit in der Familienpflege	95
9.3.2. Auswahl angewandter Methoden	97
9.3.3. Rational-emoitives Training	102
9.4. Standards und Qualität	103
9.5. Persönliche Voraussetzungen	106
9.6. Fazit	108
10. Befragung von Familienpflegeeinrichtungen	108
10.1. Die Gestaltung der Befragung	108
10.2. Durchführung und Auswertung der Befragung	112
10.2.1. Rechtlich-organisatorische Arbeitsgrundlage der Einrichtungen	112
10.2.2. Die BewohnerInnen	114
10.2.3. Die Gastfamilien	116
11. Schlussbetrachtung	120

1. Einleitung

Psychiatrische Familienpflege ist ein relativ unbekanntes und nur an bestimmten regionalen Schwerpunkten verbreitetes Angebot der extramuralen Versorgung psychisch kranker Menschen, das unter anderem besonders für LangzeitpatientInnen aus vollstationären Einrichtungen geeignet ist. Während der verschiedenen Praktika und der theoretischen Vorbereitung auf das von mir nach dem Studium angestrebte Arbeitsfeld der Gemeindepsychiatrie habe ich verschiedene Betreuungsformen außerhalb vollstationärer Institutionen kennen gelernt, deren unterschiedliche Inhalte an die Bedürfnisse der KlientInnen angepasst waren. Im Allgemeinen werden hier die Ziele einer angemessenen Integration in das gemeindliche Lebensumfeld und die Vermittlung der notwendigen lebenspraktischen Fertigkeiten angestrebt. Selten jedoch stieß ich in diesem Bereich auf die so genannten LangzeitpatientInnen und es hatte für mich den Anschein, als habe die gemeindepsychiatrische Bewegung den Bereich der Langzeitrehabilitation nicht oder nur in Ausnahmefällen erreicht. Der Schritt von der vollstationären Institution Wohnheim in ein selbstbestimmteres Leben mit alltäglichen normalen Wahlmöglichkeiten scheint für viele Betroffene zu groß. Auf die Psychiatrische Familienpflege stieß ich durch das Abonnement einer Fachzeitschrift, die sich 2004 in einem Heft ausschließlich diesem Thema widmete. Vereinzelt Beiträge in späteren Ausgaben und die Tendenz der staatlichen Rahmenbedingungen für die psychiatrische Versorgung in Richtung ambulanter Hilfen ließen den Wunsch reifen, mich in meiner Diplomarbeit mit dem Thema der Familienpflege zu beschäftigen. Besonders hat mich auch die Arbeit in der Beziehungstriade fasziniert, die die Beratung der Familie als Vertragspartner und die Betreuung des in der Familie lebenden Klienten umfasst. Die außerordentliche Vielseitigkeit der Arbeit wurde mir erst nach intensiverer Beschäftigung mit dem Thema deutlich.

In dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, ob Psychiatrische Familienpflege sich als neues Konzept in der bisherigen Versorgungslandschaft etablieren könnte, indem sie Zielgruppen von KlientInnen anspricht, für die bisher kaum Wahlmöglichkeiten bei Hilfen und Versorgungsangeboten bestehen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der Darstellung der Arbeit mit den Gastfamilien und der Klärung ihrer Rolle im Familienpflegeverhältnis. Ein weiteres Interesse hat sich aus den Ergebnissen einer Einrichtungsbefragung ergeben und liegt in der Frage nach der Bedeutung der Profession der Sozialen Arbeit für die Psychiatrische Familienpflege.

Bei der Sichtung der Literatur zum Thema wurde schnell klar, dass es nur wenige Veröffentlichungen gibt. Insbesondere fehlen Ausführungen zur theoretischen und methodischen Fundierung der Arbeit. Eine theoretische Zuordnung habe ich daher selbst versucht. Um einen Überblick über die in der aktuellen Arbeit angewendeten Methoden zu erhalten, habe ich die von mir im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Einrichtungsbefragung genutzt.

Eine Einrichtungsbefragung war meiner Meinung nach notwendig, da aktuelle Informationen zur Arbeit nur in Bezug auf den Aufbau einer Einrichtung in Brandenburg zur Verfügung standen. Allein auf dieser Grundlage wäre es zu einer Darstellung aus einseitiger Perspektive gekommen. Daher habe ich einen Einrichtungsfragebogen entwickelt und an Einrichtungen mit E-mail-Adresse verschickt.

In der Arbeit gehe ich wie folgt vor: Zunächst wird eine recht ausführliche Einführung in die Psychiatrische Familienpflege gegeben, da diese auch in Fachkreisen einen geringen Bekanntheitsgrad hat. Da sich Familienpflege vom Ende des 19. Jahrhunderts bis in die Weimarer Zeit durchaus erfolgreich in Deutschland etablieren konnte wird auch der historische Verlauf und der Neubeginn nach dem 2. Weltkrieg nachgezeichnet. Danach folgt der Versuch einer theoretischen Fundierung der Familienpflege in Bezug auf Lebensweltorientierung und Systemtheorie. Da sich aus der Literatur ergibt, dass Familienpflege mit der Anerkennung durch die psychiatrische Fachlichkeit vielfältige Schwierigkeiten hat, beschäftigt sich die Arbeit auch mit der Kritik der professionellen Psychiatrie an der Familienpflege. Insbesondere herrscht eine tief verwurzelte Skepsis gegenüber dem Phänomen Familie. Daher gehe ich recht ausführlich auf aktuelle soziologische Einschätzungen des Phänomens Familie ein. Die Ergebnisse daraus fließen in die Darstellung der Arbeit mit den Gastfamilien ein. Methodische Konzepte und Standards der Arbeit werden ausführlich im Kapitel „Fachlichkeit und Qualität“ dargestellt. Die Befragung von Einrichtungen der Familienpflege gibt Auskunft über die Einrichtungen, Familien, Klienten und die praktische Arbeit. Die Schlussbetrachtung führt die Erkenntnisse und Ergebnisse der Kapitel zusammen und versucht, eine Antwort auf die zentrale Fragestellung der Arbeit zu geben. Sie wird relativ kurz gefasst, da viele Kapitel bereits am Ende ein Resümee beinhalten.

2. Psychiatrische Familienpflege – Eine Einführung

Unter Psychiatrischer Familienpflege versteht man die Betreuung chronisch psychisch kranker Menschen (BewohnerInnen) in Gastfamilien, also in aller Regel Fremdfamilien, gegen finanzielle Entschädigung unter gleichzeitiger professioneller Begleitung der Bewohner und der Familien (vgl. Konrad/Schmidt-Michel 1993, S. 10) durch ein zumeist multiprofessionelles Team. Becker et al. entscheiden sich für den alternativen Begriff ‚Betreutes Leben in Familien‘ und verstehen darunter „eine Kombination von ambulanter professioneller Begleitung und Unterbringung in dafür bezahlten Gastfamilien „als Alternative zur Wohnheimbetreuung für verschiedene Zielgruppen: Kinder und Jugendliche mit seelischen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten, psychisch Kranke, geistig Behinderte und hilfsbedürftige alte Menschen“ (Becker/Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 14).

Bosshard et al. erwähnen in ihrem Standardwerk „Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie“ die Familienpflege als Exkurs zum Thema der Gestaltung eines antihospitalisierenden Milieus bei der Sozialen Arbeit mit Langzeitpatienten, die unter Psychosen leiden. Einleitend heißt es „Der Rahmen für ein heilsames Milieu kann nur ein familiärer Rahmen sein, der feste und diffus-natürliche Beziehungen zwischen Personal und Bewohnern zulässt, die so kontinuierlich und sicher sind, dass sie Nähe und Ablösung, Verschmelzung und Konflikte gleichermaßen ermöglichen.“ Erst dann könnten im gemeinsamen Tun alltagspraktische Fähigkeiten entwickelt und gelernt werden (Bosshard et al. 1999, S. 152). Anschließend wird kurz erläutert, was Psychiatrische Familienpflege beinhaltet und daran anschließend ein allerdings sehr untypischer Praxisfall beschrieben, in dem ein Langzeitpatient erfolgreich mit Hilfe Psychiatrischer Familienpflege in einen verwandtschaftlich etwas entfernteren Zweig seiner Ursprungsfamilie reintegriert wird (vgl. a.a.O., S. 155 ff).

Ansonsten lassen sich Definitionen nur in den einleitenden Sätzen konkret zugeschnittener Konzeptionen einzelner Familienpflegeeinrichtungen finden. Insgesamt hält sich die Fachliteratur mit Definitionen überhaupt eher zurück, so dass es angebracht scheint, auf die Merkmale Psychiatrischer Familienpflege abzustellen, wie sie beispielsweise in den Standards des Fachausschusses Familienpflege der DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale

Psychiatrie) festgeschrieben sind. Darin wird Familienpflege zunächst als ambulantes Angebot des Gemeindepsychiatrischen Verbundes im Rahmen der Eingliederungshilfe dargestellt. Die Gastfamilien erhalten eine angemessene Aufwandsentschädigung, die sich aus Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung und hilfebedarfsorientiertem Betreuungsgeld zusammensetzt. In eine Gastfamilie sollen höchstens 1-2 KlientInnen integriert werden. Die Professionen des Familienpflegeteams werden auf die Zielgruppe und den Schwerpunkt des Betreuungsangebotes abgestimmt. Das Team wählt die Gastfamilien aus, wobei auf ein ausgewogenes Verhältnis von finanziellen und ideellen Motiven geachtet wird. Grundlage des Familienpflegeverhältnisses bildet eine Betreuungsvereinbarung, die zwischen KlientIn, Familie und Leistungsträger, also in der Regel der Familienpflegeeinrichtung, geschlossen wird und in der die Rechte und Pflichten aller Vertragsparteien geregelt sind. Angebahnt wird ein Familienpflegeverhältnis zumeist durch ein unverbindliches Probewohnen. Das Team übernimmt die fachliche Beratung, Begleitung und die Betreuung des Familienpflegeverhältnisses, wobei sich die Frequenz von regelmäßigen Hausbesuchen nach dem jeweiligen Bedarf richtet (vgl. Eisenhut 2004, S. 47).

2.1. Formen Psychiatrischer Familienpflege

Psychiatrische Familienpflege entwickelte sich in Deutschland seit Ende des 19. Jahrhunderts bis in die Weimarer Zeit hinein erfolgreich als eine Alternative zum Leben in Anstalten. Insbesondere für chronisch psychisch erkrankte Menschen war dies häufig die einzig mögliche Lebensform. Industrialisierung und Urbanisierung hatten dazu geführt, dass bürgerliche Kleinfamilien in ihren existentiellen Sorgen sich nicht mehr um psychisch kranke Angehörige kümmern konnten. Es kam zu Überfüllung, Versorgungsengpässen und Kostenexplosionen in den Anstalten. Zwangsläufig mussten Alternativen zur Anstaltsversorgung gesucht werden. Zum einen etablierte sich Familienpflege aus dieser Notwendigkeit heraus, zum anderen gab es einige wenige überzeugte Anstaltsleiter, die den Aufbau in ihrem Wirkungsbereich vorantrieben. Anders als beispielsweise in Frankreich entschloss sich die Psychiatrie in Deutschland nicht aus inhaltlicher Überzeugung zum Aufbau der Familienpflege. Vielmehr entwickelte sie eine Art billigende Haltung. Bis zur Weimarer Zeit befanden sich schließlich etwa 5000 psychisch Kranke in Familienpflege. Im 3. Reich fielen dann auch diese den systematischen Vernichtungsaktionen zum Opfer. Erst in den 80er Jahren gelang über einen Umweg durch Frankreich eine regionale Etablierung der

Familienpflege zunächst in der so genannten „krankenhauszentrierten Form“, auch Adnex-Typ genannt.

Der Adnex-Typ ist die am meisten verbreitete Form der Familienpflege. Ausgehend von einem psychiatrischen Krankenhaus werden PatientInnen als BewohnerInnen in Gastfamilien aus dem Einzugsbereich vermittelt und von einer dem Krankenhaus komplementär angeschlossenen Familienpflegeeinrichtung betreut. Diese Form findet sich in Deutschland, der Schweiz, Holland, Frankreich, der USA und Kanada (vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 1993, S. 10). Als Vorteile führen Schönberger und Stolz an, dass hier die personellen Ressourcen der Klinik nutzbar seien, so könnten Übergänge durch gewachsene und vertraute Beziehungen der MitarbeiterInnen „drinnen und draußen“ sanfter gestaltet werden. Das gelte sowohl für den Auszug als auch für eine unter Umständen zeitweilige Aufnahme während einer psychischen Krise. Zudem stelle Heim oder Klinik eine große Zahl möglicher zukünftiger BewohnerInnen zur Verfügung. Nachteilig wirke sich aus, dass BewohnerInnen ihren Patientenstatus nicht ablegen könnten, was vermehrt zu Stigmatisierung und neuer Hospitalisierung führen könne. Möglicherweise weiche die personenzentrierte Perspektive im Konfliktfall auch den institutionellen Interessen (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 39).

Daneben gibt es noch drei weitere Organisationsformen: Der „Konzentrationstyp“ in Form von Patientenkolonien geht historisch auf den Ursprung der Familienpflege im belgischen Gheel zurück: Viele psychiatrische PatientInnen werden in Haushalten eines größeren Ortes oder einer Stadt untergebracht. Ambulanzen, Praxen von Nervenärzten und professionelle Betreuung werden nach Bedarf und Notwendigkeit in Kooperation mit der zuständigen Kommune erst aufgebaut.

Der „Dispersions-Typ“ bezeichnet eine krankenhausunabhängige Familienpflege, wobei die BewohnerInnen über das ganze Land verstreut in Gastfamilien untergebracht sind. Die Betreuung ist dann auf kommunaler Ebene angesiedelt. Krankenhausunabhängige Familienpflege findet sich in Schottland, Norwegen und war hierzulande in der Weimarer Zeit verbreitet (vgl. Konrad/Schmidt-Michel 1993, S. 10). Schönberger und Stolz beschreiben in Fortführung des Dispersions-Typen den „kommunalen Anbindungstyp“ als Organisationsmodell. Hier schließt sich Familienpflege an einen regional vorhandenen größeren Leistungsträger im Bereich Gemeindepsychiatrie an. Problematisch sei dabei die Unsicherheit der langfristigen Finanzierung, solange zwischen Kommune/Landkreis und

Land keine entsprechende Vereinbarung getroffen wird. Langfristigkeit und Betreuungskontinuität seien für alle Beteiligten unbedingt notwendig. Auch hier könne es allerdings wieder zur Verfolgung institutioneller Interessen kommen, die den eigentlichen Interessen der BewohnerInnen entgegenstehen. Der bedeutende Vorteil liege hingegen im gemeindeintegrativen Charakter des Angebotes (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 40).

Konrad und Schmidt-Michel erwähnen noch den „semiprofessionellen Typ“ von Familienpflege, der zurückgeht auf die Gründer der Familienpflege Wahrendorff und Alt. Beide errichteten direkt an der Klinik Pflegerdörfer, die von Klinikpflegern günstig gemietet werden konnten und die Platz zur Aufnahme von 2-3 PatientInnen boten. Diese Form gibt es gegenwärtig nicht mehr (vgl. Konrad/Schmidt-Michel 1993, S. 10).

Schönberger und Stolz berichten vom Versuch, beim Aufbau der Familienpflege im Landkreis Dahme-Spreewald ein selbständiges Organisationsmodell zu entwickeln: Familienpflege als selbständiges Vereinsangebot. Als Vorteil betrachten sie die Unabhängigkeit des Teams bei allen Entscheidungen hinsichtlich der Gestaltung von Praxis und Konzept der Unternehmung. Klienten könnten über die Partizipation im gemeindepsychiatrischen Verbund des Landkreises oder direkt akquiriert werden. Nachteile seien das unternehmerische Risiko, das nicht vorhandene Reservoir an potentiellen BewohnerInnen aus einer Klinik sowie die fehlende Möglichkeit einer stationären Unterbringung im individuellen Bedarfsfall (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 40f).

2.2. Rechtsgrundlagen für die Arbeit der Familienpflegeeinrichtungen

Die Rechtsgrundlagen für die Arbeit hängen zum einen von dem sozialrechtlichen Status der KlientInnen ab. Zumeist handelt es sich um so schwer beeinträchtigte Menschen, dass eine ambulante Betreuung im eigenen Wohnraum oder eine teilstationäre Betreuung in Wohngemeinschaften oder Tagesstätten den Betreuungsbedarf nicht abdecken könnten. Zugleich ist aber eine vollstationäre Unterbringung mit rein professioneller Pflege und Betreuung abgesehen von Krisenepisoden eigentlich nicht erforderlich. Daher handelt es sich bei KlientInnen der Familienpflege in aller Regel um Personen im Sinne des SGB XII §53ff i.V.m. SGB IX §2 (1) 1. und §26 sowie SGB XII §61, also seelisch behinderte oder chronisch kranke Menschen, die bisher in einer Einrichtung gelebt haben oder die mangels anderer Alternativen zukünftig dort leben müssten. Für die neue Zielgruppe der psychisch

erkrankten Mütter und Väter mit Kindern kommt noch das SGB VIII , §§27ff, insbesondere §33 (Vollzeitpflege) hinzu. Familienpflege selbst ist heute eine Form der ambulanten Eingliederungshilfe, sachlich zuständig für die zumeist notwendige Kostenübernahme ist nach §97 (3) SGB XII der überörtliche Träger der Sozialhilfe, soweit es nach Landesrecht keine abweichenden Bestimmungen gibt. Kostenersparnisse sind im Vergleich zu vollstationären Maßnahmen erheblich. Wie sich die Einrichtungen finanzieren, ist je nach Form und Rechtsform unterschiedlich. Schönberger und Stolz berichten über den Aufbau der Familienpflege im Landkreis Dahme-Spreewald , der losgelöst von Kommune und Psychiatrischem Krankenhaus als freier Träger zunächst durch eine Stiftung finanziert wurde. Nach der erfolgreichen Installierung wurde mit dem Kreis eine Leistungsvereinbarung abgeschlossen, wobei die Vergütung über Fachleistungsstunden geregelt ist (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 155). Nach den Antworten der von mir durchgeführten Einrichtungsbefragung scheint dies jedoch nicht die Regel zu sein, die Mehrzahl der Einrichtungen gehören als Komplementäreinrichtungen zu einer Psychiatrischen Klinik, die Finanzierung erfolgt bei allen befragten Einrichtungen pauschal. Näheres dazu findet sich im Kapitel „Befragung von Familienpflegeeinrichtungen“. Leistungsvereinbarungen bilden aber auch hier die Grundlage der Zusammenarbeit zwischen Leistungs- und Kostenträger. Schönberger und Stolz führen in dem Zusammenhang eine Leistungs- und Qualitätssicherungsvereinbarung sowie Vereinbarungen über Dokumentationen und Prüfungen an (vgl. ebd.).

Privatrechtlich wird das Familienpflegeverhältnis durch einen Familienpflegevertrag begründet. Hierin werden die Rechte und Pflichten der 3 Vertragsparteien (Familie, Klient und Pflgeteam), die grundsätzlichen Ziele der Maßnahme sowie Regelungen zu finanziellen Leistungen, Urlaubsregelungen und Kündigungsmöglichkeiten festgeschrieben. Die Familie erhält in der Regel ein Betreuungsgeld sowie eine angemessene Miete für das Zimmer und die Mitbenutzung der gemeinschaftlich genutzten Räume. Hinzu kommen Hilfe zum Lebensunterhalt oder Grundsicherung für den Klienten. Erhält der Klient Pflegegeld, erklärt er sich vertraglich zur Weiterleitung an die Pflegefamilie bereit (vgl. a.a.O., S. 151).

Ob ein Barbetrag gem. §35 (2) SGB XII zur Verfügung gestellt wird und wie sich eine angemessene Miete und die Höhe des Betreuungsgeldes errechnet muss mit dem Kostenträger ausgehandelt werden. Das gilt auch für den Zeitraum der Fortzahlung des Betreuungsgeldes im Falle eines klinischen Aufenthaltes der KlientInnen. Dabei kann auf

bereits bestehende Vereinbarungen anderer Einrichtungen im Bundesgebiet zurückgegriffen werden.

2.3. Die Teams und ihre Arbeit

Gemäß der Standards des DGSP-Fachausschusses Familienpflege haben sich multiprofessionelle Teams bewährt. Welche Professionen im Einzelnen vertreten sind, hängt von der Zielgruppe und damit von der Schwerpunktsetzung der Betreuung ab. Aus der mir vorliegenden Literatur und der Einrichtungsbefragung wird deutlich, dass die Teams hauptsächlich aus SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen sowie in der Regel aus PsychologInnen, Fachkrankenschwestern/-pflegern für Psychiatrie, ÄrztInnen und/oder HeilpädagogInnen mit Erfahrungen in der psychiatrischen Arbeit bestehen. ÄrztInnen und PsychologInnen sind zumeist stundenweise oder mit halben Plätzen beteiligt. Die Profession der Sozialen Arbeit bildet zumeist einen Schwerpunkt in den Teams. Das hängt meines Erachtens insoweit vor allem mit den vielschichtigen Aufgaben des Teams zusammen, als dass stets der Blick auf soziale Konstellationen und Interaktionen und deren Interpretation hinsichtlich der verschiedenen beteiligten (Sub)Systeme erforderlich ist.

2.3.1. Öffentlichkeitsarbeit, Verwaltung und Aufbau von Kooperationsstrukturen

Chronologisch steht am Anfang zunächst die Öffentlichkeitsarbeit zur Gewinnung geeigneter Gastfamilien. Doch muss diese Arbeit laufend fortgesetzt werden, um kontinuierlich eine angemessene Zahl geeigneter Bewerberfamilien zu haben. Nur so könne eine passende Zuordnung von interessierten KlientInnen zeitnah gelingen. Schönberger und Stolz favorisieren regelmäßige Anzeigen in der Regionalpresse, während sich „der Zugang ... über kirchliche oder kommunale Gremien... als weniger erfolgreich erwiesen“ habe (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 75). Zu Beginn ist der Anteil an organisatorischen Aufgaben sehr hoch, hängt aber auch von der Form der Familienpflege ab: Ist die Einrichtung nicht an eine stationäre Institution angebunden (Adnextyp), hängt der Erfolg vom Aufbau guter Kooperationsstrukturen mit Fachkräften unterschiedlicher Einrichtungen ab. Dazu gehören neben MitarbeiterInnen der stationären Versorgung auch gesetzliche BetreuerInnen, Sozialpsychiatrische Dienste und Sozialämter (vgl. ebd.). Zu ergänzen wären noch der gemeindepsychiatrische Verbund, andere kommunale und regionale psychiatrische Netzwerke und nicht zu vergessen der Kostenträger. Alle diese Kooperationspartner müssen

zunächst informiert und überzeugt werden. Dabei hat die psychiatrische und pflegerische Fachlichkeit in den Institutionen eine besondere Bedeutung, denn ohne ihre wohlwollende Unterstützung lassen sich Ansprache und Motivation der BewohnerInnen kaum bewerkstelligen. Insbesondere dieser Kooperationspartner ist jedoch oft gegenüber der Familienpflege sehr kritisch eingestellt. Näheres dazu findet sich im Kapitel „Kritik der Experten“.

2.3.2. Die Arbeit mit den KlientInnen

2.3.2.1. Ausdifferenzierung der Zielgruppen

In den 90er Jahren war die Zielgruppe der BewohnerInnen noch relativ homogen auf Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie, deren Verlauf sich als chronisch erwiesen hatte, begrenzt (vgl. Konrad/Schmidt-Michel 1993, S. 10). Inzwischen hat sich die Zielgruppe wesentlich erweitert. So werden auch geistig behinderte Menschen, seelisch schwer belastete junge Menschen (also Kinder und Jugendliche), Menschen mit einer Alkoholdemenz, mit Persönlichkeitsstörungen oder die „new chronics“, die so genannten Drehtürpatienten, zu KlientInnen der Psychiatrischen Familienpflege (vgl. Sozialpsychiatrische Informationen 2004 H. 4). Konrad erweitert den Blick 1993 bereits schon auf die Zielgruppen geistig behinderter und alter Menschen, tatsächlich ist es aber in der Praxis zu einer viel weiter gehenden Ausdifferenzierung gekommen. Diese Ausdifferenzierung entspricht der Diversifizierung therapeutischer Konzepte in der Sozialpsychiatrie, die für Patienten mit bestimmten Störungen entwickelt wurden. Dass sich auch Familienpflegeteams mit Schwerpunkten für bestimmte Zielgruppen herausgebildet haben, liegt an der zu Grunde liegenden Zusammenarbeit mit bestimmten Bereichen oder Stationen psychiatrischer Kliniken oder Rehabilitationseinrichtungen. Familienpflege kann sich vor allem dort etablieren, wo klinische Abteilungen nach einer geeigneten und förderlichen Weiterbetreuung ihrer Patienten außerhalb von vollstationären Heimeinrichtungen suchen (vgl. Sommer/Dondalski/Schmidt 2004, S. 24; Roth 2004, S. 23f).

Schönberger und Stolz verweisen als eine der jüngsten Entwicklungen auf die Betreuung von psychisch kranken Müttern oder Vätern in Gastfamilien. Andere vorhandene Angebote entsprächen oftmals nicht den besonderen Bedürfnissen und Erfordernissen von gesundem Kind und krankem Elternteil. Notwendige Heimaufenthalte führten oftmals zur Trennung

von Kind und Elternteil. Betreuung in Gastfamilien lässt Heimaufenthalte für Kinder obsolet werden, da vorübergehende Klinikaufenthalte durch die Gastfamilie aufgefangen werden können und das Kind nicht noch zusätzlich durch den Wechsel des sozialen Umfeldes belastet wird. Die Betreuung dieser Zielgruppe sei nicht nur im Landkreis Dahme-Spreewald erfolgreich erprobt worden (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 69).

Insgesamt ergibt sich also eine inzwischen sehr heterogene Klientenstruktur mit entsprechend unterschiedlichen Bedürfnissen. Die Art und Zahl der Fachkräfte, die Ziele und die Art der professionellen Begleitung sowie die Auswahl von passenden Familien und BewohnerInnen müssen daher individuell abgestimmt und geplant werden (vgl. ebd.).

2.3.2.2. Ziele der Psychiatrischen Familienpflege bei der Betreuung der BewohnerInnen

Für alle Zielgruppen gibt es durchaus übergreifende, gemeinsame Ziele. Schönberger/Stolz führen dazu an: „Normalisierung des Alltags, Festigung der Identität und des Selbstwertgefühls und die Erweiterung von Handlungsspielräumen“. Unterschiedliche Ziele für verschiedene Zielgruppen ergeben sich zum einen durch die grobe Einteilung nach chronisch psychisch Kranken, Menschen mit geistiger Behinderung und psychisch kranken Eltern(teilen) mit Kindern sowie zum anderen durch das Alter der Betroffenen. Die Einteilung zwischen geistig behinderten Menschen und Menschen mit psychischen Erkrankungen wird damit begründet, dass vor allem in den Familien sehr unterschiedliche Meinungen, Erwartungen oder Vorurteile bestehen, die zu Beginn oft zum Thema der fachlichen Begleitung durch die Pflgeteams werden. Hinsichtlich des Alters ist die Unterscheidung nachvollziehbar: Ältere KlientInnen aus Langzeiteinrichtungen sehen Familienpflege als langfristige Lebensform, in der schließlich auch Pflegbedürftigkeit zum Thema wird. Bei jüngeren KlientInnen hingegen ist die Familienpflege meist befristet zu sehen; oft steht die Eingliederung in eine selbständigere Lebensform im Vordergrund (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 71ff).

2.3.2.3. Geeignete BewohnerInnen

Diagnosen spielen bei der Eignung von BewohnerInnen eine untergeordnete Rolle. Weniger die Krankheitssymptome als vielmehr das für die jeweilige Gastfamilie tolerierbare Maß an

Verhaltensbesonderheiten oder Affektschwankungen, die oft genug Folge langjähriger vollstationärer institutioneller Betreuung sind, ist ausschlaggebend für den erfolgreichen Verlauf einer Integration des Bewohners in die Gastfamilie. Genauso wichtig ist dabei, wie sich der Bewohner in dem jeweiligen Familienmilieu zurechtfindet.

Für die Eignung von BewohnerInnen sind keine objektiven Kriterien formuliert worden. Schönberger und Stolz betonen den prozessbetonten, verstehenden Ansatz der Familienpflege und verstehen Eignung als „oft...schwieriges Verständigungs- und Kooperationsproblem.“ Eignung sei ein Konstrukt, das sich aus den Ansichten, Meinungen, Situationsdeutungen und Interessen der Beteiligten ergebe. Eignung als prozesshaftes, dynamisches Geschehen könne sich oft erst mit dem Situationspotential einer Familie entfalten. Einflussfaktoren seien die Einschätzung der Fachkräfte, der Wunsch des Bewohners nach Veränderung sowie die soziale Kompetenz, die Feinfühligkeit und der emotionale Zugang der Gastfamilien. Für die Beurteilung durch die Fachkräfte sei es wichtig, Beziehungsfähigkeit, Interesse und Neugier des Bewohners einzuschätzen, das Verhalten genau zu beobachten und sich biografisches Wissen anzueignen. Letzteres sei schwierig, da diese Informationen bei Langzeitpatienten oft nicht in die Akten der Folgeeinrichtungen weitergegeben worden seien. Von Seiten der BewohnerInnen wirken sich zum Beispiel der Wunsch nach einer Familie, Veränderungswünsche bzw. Neugier auf eine neue Lebensform und Wohlfühl in einem engen sozialen Bindungssystem positiv aus. Ausschlusskriterien gibt es nur soweit sie sich auf sozial nicht oder nur schwer zu integrierendes Verhalten beziehen: Wiederkehrende akute Suizidgefahr, ein hohes Maß an aggressiven Verhaltensweisen, Fremdgefährdung, sexuell belästigendes Verhalten oder eine akute Alkohol- oder Abhängigkeitsproblematik (vgl. Schönberger/Stolz, 2003 S. 68ff).

2.3.2.4. Die konkrete Arbeit mit den BewohnerInnen

Zunächst müssen interessierte BewohnerInnen gefunden werden, wobei oft schon die Entscheidung für den Versuch, eine Familie kennen zu lernen, einige Zeit und Gespräche erfordert. Das Pflgeteam hat hier die Aufgabe, den Entscheidungsprozess der BewohnerInnen zu unterstützen. Nach ersten Familienkontakten müssen Eindrücke der Kennlernphase verarbeitet und eine Entscheidung verdichtet werden. Sicherheit gibt die vertragliche Vereinbarung einer Art Probezeit, innerhalb der die BewohnerInnen in ihre bisherige Lebensform zurückkehren können. Nach einem Umzug ist es wichtig, die

KlientInnen bei der Kontaktpflege zu den ehemaligen Bezugspersonen zu unterstützen, indem zum Beispiel bei der Organisation gegenseitiger Besuche geholfen wird. Der Umzug muss vorbereitet werden. Es muss sicher sein, dass der Bewohner die weitreichenden Konsequenzen eines Wohnorts- und Lebensformwechsels verinnerlicht hat. Es gilt, die Entscheidung zu festigen in Auseinandersetzung mit Loslösung von und Wiederannäherung an das alte Wohnumfeld. Das Team betreibt ein so genanntes Ambivalenzcoaching, indem es mit dem Klienten Vor- und Nachteile der anstehenden Entscheidung durcharbeitet. Ferner muss eine Passung auch in zeitlicher Hinsicht erreicht werden: Es gilt, den Bewohner behutsam vorzubereiten und seine Motivation bis zur Konkretisierung der Entscheidung zu erhalten unter gleichzeitiger Berücksichtigung der zeitlichen Vorstellungen der Gastfamilie, die meist einen zeitnahen Beginn des Pflegeverhältnisses favorisiert. Das Team ist zudem auch Vermittlungsinstanz zwischen weiteren Beteiligten: Miet- oder Heimverträge müssen unter Fristberücksichtigung gekündigt oder Kostenzusagen abgewartet werden. Die Motivation der Klienten und Familien bei oft gegensätzlichen zeitlichen Interessen zu erhalten ist eine schwierige Aufgabe (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 81f).

Nach dem Umzug führen Schönberger und Stolz für die Unterstützung der BewohnerInnen folgende Ziele an: Integration in die Gastfamilie, Erhöhung von Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit, Identitätssicherung, Sicherung der Betreuungsqualität in der Familie. Aufgaben können zum Beispiel sein: Sozialrechtliche Beratung, Suche nach einer angemessenen Beschäftigung, Krisenintervention, Weitervermittlung bei Auflösung des Vertrages mit der Gastfamilie, Erstellung von Hilfe- und Entwicklungsplänen (vgl. a.a.O., S. 85). Besuche finden zu Beginn eines Pflegeverhältnisses meist wöchentlich, später in größeren Abständen statt.

Die Arbeit mit den Gastfamilien erhält auf Grund des Schwerpunkts in dieser Arbeit ein eigenes Kapitel. Eine besondere Herausforderung der Arbeit von Familienpflegeteams ist die Positionierung innerhalb der Beziehungstriade Familie-Bewohner-Team, in der der Besonderheit Rechnung zu tragen ist, dass die Familie kein Klient, sondern Vertragspartner im Pflegeverhältnis ist. Hierin liegen unter anderem Gefahren für Loyalitätskonflikte auf Seiten der Teams.

2.4. Ein Blick über die Bundesgrenzen: Psychiatrische Familienpflege in Frankreich, Österreich und den USA

In Frankreich konnte sich die Psychiatrische Familienpflege wie in Deutschland Ende des 19. Jahrhunderts zunächst in einer ländlichen Region Mittelfrankreichs etablieren. In Lierneux und benachbarten Dörfern entstanden Kolonien nach Gheeler Vorbild. Die gewünschte familiäre, soziale und berufliche Integration ließ sich jedoch nicht verwirklichen. Mit der Einführung der sektorisierten Psychiatrie im Sinne einer gemeindenahen Behandlung psychisch kranker Menschen wurde 1967 Familienpflege neu konzipiert. Danach einigte man sich auf folgende Vorgehensweisen: Wohnort der Gastfamilie und Herkunftsort des Patienten waren identisch oder unmittelbar benachbart. Das Team konnte Familien im Umkreis bis zu einer Autostunde rekrutieren. Die Familien wurden gut bezahlt, dadurch konnten hohe Ansprüche an die Qualität gestellt werden. Pro Familie durften bis zu zwei Patienten aufgenommen werden. Der Personalschlüssel ermöglichte eine enge fachliche Begleitung. Familienpflege etablierte sich zunächst in Paris, später in Nantes. 1989 wurde die Zahl der BewohnerInnen psychiatrischer Familienpflege auf ca. 4200 geschätzt. Seit 1990 gibt es einen ministerialen Erlass, der die rechtliche Basis für therapeutische Familienpflegeeinrichtungen bildet. Der Erlass schafft und sichert die Rahmenbedingungen für die Arbeit der Einrichtungen. Darin werden geregelt: Gegenstand, Ziele und Zielgruppen der Arbeit, die Eröffnung von Einrichtungen, Aufnahme- und Behandlungsmodalitäten, die Definition von Familie, maximale Anzahl der BewohnerInnen pro Familie (2), Zusammensetzung des multidisziplinären Teams, ein Psychiater als Teamkoordinator und verantwortlicher Arzt, Erlass einer Geschäftsordnung als Basis des Familienpflegevertrags der Einrichtung durch den Klinikdirektor. Die Geschäftsordnung definiert konkret Gegenstand, Ziele, Zielgruppen sowie Rechte und Pflichten der Vertragspartner und des Krankenhauses. Finanziert wird die Einrichtung gesetzlich über die allgemeine Krankenversicherung, der Patient beteiligt sich daran (vgl. Held 1993, S. 90 ff).

Aus Graz in Österreich berichtet Bernhard Grössl von der Umstrukturierung und damit verbundenen Qualitätsentwicklung der an der Nervenklinik in Graz angesiedelten Familienpflege mit Außenfürsorgestelle. Von 1946 bis 1990 waren rund 140 Pfleglinge bei 90 Pflegefamilien mit bäuerlichem Hintergrund untergebracht. Die Rahmenbedingungen der Landesregierung waren rechtlich sehr unzureichend formuliert und seit Beginn der Familienpflege nicht mehr überarbeitet worden. Die Betreuung erfolgte als Außenfürsorge über je eine(n) psychiatrische(n) Fachkrankenschwester/pfleger. Nach Aufarbeitung der Akten, Anlage einer Dokumentation und Visiten bei allem Pflegefamilien kam es zu einer

gänzlichen Neuorganisation: Ein multiprofessionelles Team wurde installiert, Verträge geschlossen, intern ein standardisiertes Vorgehen beschlossen und die Finanzierung nach geltendem Recht neu nach einheitlichem Verfahren geregelt. Bezüglich einer nachhaltigen Qualitätssicherung wurden Beurteilungskriterien zur Prozessanalyse für die Bereiche Wohnen, Integration, Betreuung, Tagesstruktur und Rehabilitation festgelegt. Die Gewichtung der einzelnen Bereiche nimmt das Betreuungsteam vor, wobei für jeden Bereich 1-5 Punkte vergeben werden. Eine Summe von unter 10 Punkten stellt eine Indikation für die Revision eines Pflegeverhältnisses dar, über 20 Punkte werden nur selten erreicht. Das Betreuungsgeld der Familien wird auf Basis der erreichten Punktzahl festgelegt. Die Finanzierung erfolgt nach den geltenden Sozialgesetzen: 80% der Einkünfte des Klienten werden einbehalten, 20% verbleiben ihm als Taschengeld. Werden die Kosten nicht gedeckt, springt der zuständige Sozialhilfverband ein (vgl. Grössl 2004, S. 32ff).

In den USA erlebte die Familienpflege seit der Dehospitalisierungsbewegung in den 60er Jahren einen neuen Aufschwung. 1987 wurde eine eigene Fachzeitschrift, der „Adult Foster Care Journal“ gegründet. Die Organisationsformen sind vielfältig. Projekte werden staatlich oder regional organisiert unter der finanziellen Verantwortung der verschiedensten Kostenträger. Schätzungen zufolge belief sich die Anzahl der BewohnerInnen in Gastfamilien 1983 auf 65.000. Zielgruppen sind vor allem psychisch kranke Erwachsene und geistig behinderte Menschen. Die monatliche Entschädigung der Familien ist in der Regel abhängig vom Betreuungsaufwand. Die vielfältigen Formen von Familienpflege haben allerdings zu einer schweren Überschaubarkeit geführt. Eine verbindliche Definition von dem, was Familienpflege ist oder nicht ist, gibt es nicht. Zum Teil werden auch private Kleinstheime als Familienpflegeeinrichtungen geführt, eine Begrenzung auf wenige BewohnerInnen, wie sie in den deutschen Standards festgelegt ist, gibt es ebenfalls nicht (vgl. Kössinger /Schmidt-Michel 1993, S. 114ff). Die in Deutschland betriebene enge Vernetzung über den Fachausschuss der DGSP, die Entwicklung von Standards und jährliche Fachkonferenzen haben dagegen hierzulande ein einheitliches Vorgehen erreicht.

In den USA existiert eine weitere Form der Familienpflege, die in Deutschland (bisher) gar nicht praktiziert wird und die im ersten Augenblick erstaunen lässt: Die akut-psychiatrische Versorgung in Gastfamilien oder Krisen-Familienpflege. Sie begann 1973 in Denver im Rahmen eines integrativen gemeindepsychiatrischen Programms. Um eine krisenverstärkende Atmosphäre auf den klinischen Akutstationen zu meiden und so den

Verlauf von krisenhaften Episoden abzumildern und zu verkürzen, wurden Patienten bei vorher sehr sorgfältig ausgewählten Gastfamilien untergebracht. Der Betreuer besuchte die Familie und den Patienten täglich, es gab einen 24-Stunden-Notfalldienst. Eine Familie konnte bis zu 2 Patienten aufnehmen. Es gab Kriterien für die Aufnahme in die Krisen-Familienpflege und für die Auswahl der Gastfamilien. Auf Grund von Veränderungen der kommunalen Rahmenbedingungen wurde die Krisen-Familienpflege in Denver nach einigen Jahren eingestellt. Nach gleichem Muster wurde 1987 in Wisconsin das Crisis Home Programm aufgebaut und weiter entwickelt. 1992 wurden z.B. insgesamt 140 Patienten in das Programm aufgenommen, das bis heute existiert (vgl. Schmidt-Michel/Konrad 2004, S. 35ff). Schmidt-Michel und Konrad halten einen Transfer der Krisen-Familienpflege nach Deutschland für unbedingt wünschenswert und sinnvoll. Sie sollte ihrer Meinung nach in ein gemeindepsychiatrisches Netzwerk von ambulanten, und (teil)stationären Angeboten eingebunden sein und für Psychiatrie-Erfahrene eine mögliche Alternative zum Klinikaufenthalt darstellen, für die sie sich selbst entscheiden können. Der begleitende Fachdienst müsste eine mehrjährige Erfahrung in der ambulanten Arbeit mit psychisch kranken Menschen haben, Institutsambulanzen und sozialpsychiatrische Dienste müssten in die Arbeit integriert werden (vgl. a.a.O., S. 37f).

3. Die Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege

Die Psychiatrische Familienpflege entwickelte sich vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zur Weimarer Zeit zu einer erfolgreichen Alternative der üblichen Anstaltsversorgung. Es ist von daher sinnvoll, auch diese Entwicklungsgeschichte näher zu betrachten, wenn die Chance für eine Neuetablierung in heutiger Zeit beurteilt werden soll.

3.1. Gheel in Belgien

Die Psychiatrische Familienpflege hat ihren Ursprung in der belgischen Stadt Gheel. Sie geht nicht auf eine fortschrittliche Idee psychiatrischer Pioniere zurück, sondern gründet sich auf eine christliche Legende des 6. Jahrhunderts. Ein irischer König soll in inzestuösem Wahn seine Tochter Dymphna und deren Liebhaber bis in die belgische Stadt verfolgt und beide schließlich in rasender Wut enthauptet haben. Bauern fanden kurz darauf die Leichname in Särgen aus unbekanntem weißen Stein gebettet. Sie knieten nieder und beteten. Unter ihnen war eine „Irre“, die sofort geheilt war. Gheel wurde so zu einer Heilquelle der „Irren“ und

die Stadt entwickelte sich im Verlauf der Jahrhunderte zu einem Pilgerort. Statuen und Bilder der heilenden heiligen Dymphna zieren seither Wände und Reliquienschrein der Kirche. „Irre“ wurden von ihren Verwandten aus ganz Europa in die Stadt gebracht und unterzogen sich in der so genannten Siechenkammer einem neuntägigen Ritual. Wer nicht geheilt wurde, blieb in der Nähe der Kirche, entweder mit seinen Angehörigen oder aber in der Obhut einer ortsansässigen Familie (Kisch 1993, S. 26ff). Die Irrenpflege wurde zur Hauptaufgabe der Stadt. Kranke wurden nur besonders geprüften Familien mit gutem Ruf zugewiesen. Wer keinen Pflegling hatte, sah sein Ansehen gefährdet, es begann eine Art „Ehrenwettbewerb“ unter der Gheeler Bevölkerung um die Erlaubnis zur Irrenpflege.

Im Laufe der Zeit entwickelten sich Regularien für die nun so benannte „Heimpflege“: Ausschlusskriterien waren Kriminalität, Suizidalität und „übertriebene Erotik“. Bei Ausbrüchen von Gewalttätigkeit stand ein Hospital für 50 Pfleglinge zur Verfügung. Erwiesen sich Unruhe oder Unreinlichkeit als chronisch, mussten Pfleglinge in ein Irrenhaus übersiedeln. Zugelassen waren maximal 2 Pfleglinge pro Familie (vgl. a.a.O., S. 31f). Als das Irrenhaus in Brügge aufgelöst wurde, übernahm die Gheeler Kolonie alle 136 Kranken, von denen sich „nur 20% ... als untauglich für die Gheeler Heimpflege“ erwiesen.

Kisch schildert bei einer Reise durch Belgien 1934 das Leben in Gheel als überaus integrativ. So berichtet er von einem „Klub Hollandia“, in dem Männer und Frauen sich, wie es damals gesellschaftlich üblich war, getrennt voneinander trafen. Pfleglinge arbeiteten im örtlichen Zigarrenladen oder in anderen Geschäften. Freizeitgestaltung werde unter Nutzung der gemeindlichen Infrastruktur organisiert. Wenn ein Pflegling auf der Straße zusammenbreche, griffen verantwortungsvolle Passanten beherzt helfend ein. Nach Kischs Schilderungen werden Familien und Pfleglinge, was Lebensstil und Bildungshintergrund betrifft, zueinander passend ausgewählt (vgl. Müller 2004, S. 8). Kisch beschreibt die Lebenshintergründe verschiedener Pfleglinge vor Beginn der Familienpflege und bringt sie in Zusammenhang mit den neuen Lebensumständen in Gheel: Ein ehemaliger Metzgerlehrling lebe und arbeite beispielsweise auf einem Bauernhof, die Gastmutter einer reichen Italienerin ist die Frau des ansässigen Architekten und spricht mit ihrem Pflegling entsprechend des gemeinsamen Bildungsstandes französisch.

Schilderungen verschiedener Begegnungen Kischs mit Kranken erwecken den Eindruck, dass nach heutiger Krankheitsklassifizierung affektive und schizophrene Psychosen überwiegen,

doch handelt es sich hier um einen Reisebericht mit journalistischem Fokus, der entsprechende Schwerpunkte setzt und nicht um eine psychiatrisch-fachliche Studie (vgl. Kisch 1993, S. 37ff).

Interessant ist auch die Finanzierung dieser besonderen Form von Psychiatrischer Familienpflege in Gheel: Es gibt drei Pflegeklassen, in der ersten Klasse gibt es auf Grund von besonderen Wünschen der Angehörigen große Preisschwankungen, Leistungen werden höchst individuell vereinbart. Holländische Kranke zahlen den Preis der 3. Klasse, für Gemeindefarme (das trifft auf mehr als die Hälfte der 3000 Kranken zu) ist der belgische Staat Kostenträger. Der mit dem Staat vereinbarte Pflegesatz liegt bei etwa 70 % des Normalpreises für die 3. Klasse. Im Regelfall kommen die Angehörigen für die Kranken auf. Ändert sich in Einzelfällen die Zahlungsmoral der Angehörigen, behält man langjährige Pfleglinge dennoch im Hause. Die Pflegeklassen entsprechen allerdings nicht den heutigen Pflegestufen, die sich am pflegerischen Aufwand orientieren, sondern bezeichnen viel mehr Klassenunterschiede hinsichtlich des Pflegekomforts (vgl. a.a.O., S.30).

Es gab auch eine Art Familienpflegeteam, das aus Ärzten und Wärtern bestand. Einmal im Monat besuchte ein Arzt die Patienten, alle 14 Tage kontrollierte ein Wärter das so genannte Krankenbuch, das die Gastfamilien über ihren Pensionär führten. Darin verzeichneten sie unter anderem „Verhalten, Gewicht, Bad und Wäsche...“ (a.a.O., S.31).

Die Auswahl der Familien und die Organisation der Familienpflege oblag bis zur Französischen Revolution dem Gheeler Chorherrenstift. Nach der Säkularisierung übernahm ein städtisches Gremium diese Aufgabe. Erst Mitte des 19. Jahrhunderts wurde ein Gremium eigens dafür bestellter Ärzte damit betraut (vgl. Müller 2004, S. 8).

Gheel wurde im Verlauf des 19. Jahrhunderts „in einem zweiten, übertragenen Sinne zu einem Pilgerort“, nämlich für Fachleute, die im Dienste der Versorgung psychisch Kranker standen (vgl. a.a.O., S. 7). Die hier praktizierte Familienpflege war die einzige extramurale Versorgungsform für psychisch Kranke, die so genannte Offene Fürsorge entwickelte sich erst Anfang des 20. Jahrhunderts. Gheel gilt bis heute als eine besonders behindertenfreundliche Stadt mit einem Kurzentrum für psychisch Kranke.

Egon Erwin Kisch (1885-1948) war bekannter Journalist und Schriftsteller (der rasende Reporter), der zahlreiche häufig politisch motivierte Reisen durch Europa unternahm und seine Beobachtungen in Reiseberichten zusammenfasste und veröffentlichte.

3.2. Die Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland 1850-1945

Familienpflege für psychisch Kranke ist seit dem späteren Mittelalter belegt, in Nürnberg beispielsweise seit 1529. Ein berühmter Pflegling war der Schriftsteller Friedrich Hölderlin, der von 1807-1843 bei der Tischlerfamilie Zimmer untergebracht war (vgl. Böcker 2004, S. 12). Bis dahin war Familienpflege eher eine individuelle Form der Krankenversorgung.

Die Geschichte der Familienpflege in Deutschland beginnt in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts. Ein Grund war die steigende Nachfrage im Anschluss an die Etablierung der großen Heil- und Pflegeanstalten, die sich schließlich zu Massenbetriebsorganisationen entwickelten. In Preußen stieg die Zahl der anstaltsversorgten Menschen innerhalb von 20 Jahren um mehr als das 3fache. Insbesondere die Anstaltsärzte begannen deswegen nach Reformmöglichkeiten außerhalb der geschlossenen Fürsorge zu suchen. Ferner lässt der im Zeitalter der Aufklärung wachsende soziokulturelle Aufbruch der bürgerlichen Gesellschaft Forderungen nach Humanisierung der Anstalten laut werden. Konrad Alt entwickelt Normalisierungsforderungen, die 1902 auf einem internationalen Fachkongress in Antwerpen mit großer Mehrheit angenommen werden. Bereits hier wird die familiäre Pflege als geeignetste und kostengünstigste Verpflegungsform mit wichtigem Heilfaktor beschrieben.

Doch die familiäre Laienpflege wurde für die professionelle Psychiatrie schnell zu einem Ärgernis. Sie wies rasch Erfolge auf und hatte nicht mit den teilweise gravierenden Hospitalisierungsschäden des Anstaltsmilieus zu kämpfen. Familienpflege konnte zumindest quantitativ betrachtet nie zu einer Alternative klinischer Unterbringung werden, sondern hat sich eher zu einer Erweiterung der Anstalten unter deren Kontrolle entwickelt (vgl. Schönberger/ Stolz 2003 S. 11ff). Durch die Erfolge der Familienpflege in Gheel und die Befürworter eines solchen Konzepts herausgefordert, sahen sich die etablierten Befürworter des so genannten Asylierungsprinzips gezwungen, ihre Sichtweise zu verteidigen. In Deutschland entschied man sich im Gegensatz zu Frankreich gegen eine Einführung der Familienpflege. Warendorff und Alt setzten jedoch das Konzept ohne Rücksicht auf diesen fachlichen Konflikt in ihrem Wirkungskreis um.

Ferdinand Wahrendorff gründete 1862 eine kleine Privatanstalt in Ilten. Als die Anfrage nachhaltig stieg, begann er 1880 mit dem Aufbau der Familienpflege. 1898 waren bereits 140 Kranke in Familienpflege. Die Anstalt zahlte 270 Mark jährlich für jeden Pflegling an die Familie und erstattete einen Pauschalsatz von 90 Mark für Kleidung, Medikamente und Tabak. Die Anstalt sorgte ebenfalls für ärztliche Betreuung, Wahrendorff besuchte die Gastfamilien einmal monatlich. In jedem Dorf, in dem Familienpflege betrieben wurde, warb Wahrendorff einen Vertrauensmann, der sich vor Ort um den ordnungsgemäßen Ablauf kümmerte. Das notwendige Inventar für die Zimmer der Pfleglinge besorgte die Anstaltsleitung, die Familie erwarb den Besitz daran über monatliche Abzahlungen. Jeder Kranke suchte monatlich zum Baden, Wiegen und Instandsetzen der Kleidung die Anstalt auf.

Konrad Alt übernahm 1894 die noch im Bau befindliche Anstalt Uchtspringe in der Altmark westlich von Berlin. Statt Anstaltsneubauten wollte er Landasyle mit bis zu 150 Betten errichten und diese als Zentralen für Familienpflege nutzen. Alt orientierte sich dabei an Wahrendorff. Pflegefamilien sollten zunächst die Familien der Anstaltswärter sein. Alt schuf entsprechende Rahmenbedingungen: Eine günstige Miete für Wärterwohnungen mit der Möglichkeit eines Zuverdienstes über die Aufnahme von Pfleglingen besserte den eher kargen Wärterlohn auf. 1903 wurde der Bau fertig gestellt. Alt entwarf eine umfassende Anweisung für die Pflegefamilien, in der die Rahmenbedingungen und Pflichten für die Pflege festgeschrieben wurden.

Die Anstalt Uchtspringe hatte noch 2 Zweigstellen in Gardelegen und Jerichow. 1914 waren hier insgesamt 455 Pfleglinge untergebracht. Eine der Zweigstellen entwickelte sich zu dem, was wir heute ein psychosoziales Zentrum nennen würden: Ein Frauenlazarett und ein Badehaus wurden in Betrieb genommen, ferner war hier das Pflegepersonal ansässig, es gab ein Bekleidungsmagazin und ein Untersuchungszimmer sowie es ein sechssitziges Anstaltsauto mit hauptamtlichem Kraftfahrer (vgl. Schmidt-Michel 1993, S. 50ff).

Aufgrund der stark steigenden Nachfrage und der Überfüllung der Anstalten (die größte Anstalt in Bedburg-Hau umfasste 4000 Plätze) hatte sich die Debatte um Einführung oder Ablehnung der Familienpflege bald aus pragmatischen Gründen erledigt und Familienpflege konnte sich etablieren (vgl. a.a.O., S. 42f). Innerhalb von 20 Jahren wurde an 16 Anstalten

die Familienpflege als Adnex-Typ eingeführt, für Schleswig-Holstein erstmals 1892 in Lübeck (vgl. a.a.O., S.44).

1901 sollte in der Anstalt Dösen bei Leipzig die ländliche Familienpflege installiert werden. Als dies auf massiven Widerstand der Bevölkerung stieß, wurde 1907 der Versuch in der Stadt Leipzig selbst gestartet. Bereits 1909 waren 73 Pfleglinge in 36 Familien untergebracht. Der verantwortliche Aufsichtsarzt Helmut Müller äußerte sich über Beweggründe der Bewerberfamilien: Alle wären an einem sicheren Nebenerwerb interessiert, manchmal sei auch das Interesse an der Krankenpflege ein entscheidendes Motiv. Alleinstehende weibliche Personen wären für manche Krankheit auf Grund ihrer Verfügbarkeit sehr geeignet, jedoch fehle die Integration in einen größeren Familienkreis und die Vertretung wäre schwierig zu organisieren. Besonderer Wert wurde auf Beschäftigungsmöglichkeiten gelegt. Die meisten Kranken halfen im Haushalt, andere außerhalb des Hauses und einige verdienten sich Geld durch reguläre Arbeit. Überwiegend würden sich die Kranken in der Familie wohler fühlen als in der Anstalt, insbesondere der soziale Anschluss täte ihnen gut. Müller betreute die Familien intensiv und machte mindestens wöchentlich einen Besuch (vgl. a.a.O., S. 57ff).

Das Hungersterben nach dem 1. Weltkrieg führt in den Jahren zwischen den Weltkriegen zu einem Rückgang der Familienpflege. Zunächst mussten die Anstalten wieder belegt werden und Wohnungsnot bzw. Nahrungsmittelknappheit zwangen viele Familien zur Aufgabe oder hielten sie von einer Bewerbung ab (vgl. Schönberger/ Stolz 2003, S. 14f).

Erst in der Weimarer Zeit ab 1923 stieg das Interesse wieder deutlich an, erste sozialpsychiatrische Reformansätze wurden entwickelt. Chronisch Kranke wurden dabei allerdings weniger berücksichtigt. 1932 gab es circa 5000 Familienpflegestellen in Deutschland, das entsprach etwa 7 % der insgesamt in Anstalten untergebrachten psychisch Kranken. Betreut wurde der Pflegling durch Arzt und Pflegepersonal: Der Arzt besuchte die Pflegestelle meist einmal, das Pflegepersonal ein- bis zweimal pro Monat. Die Fluktuation war erheblich, die Dauerpflegefamilie eher eine Ausnahme. Der Adnex-Typ setzte sich durch, nur in Hessen etablierte sich eine Kreisfamilienpflege (vgl. Schmidt-Michel 1993, S. 46ff).

Der Anstaltspsychiater Gustav Kolb (1870 bis 1938) versuchte als Leiter der Irrenanstalt Erlangen (1911-1934) die Struktur psychiatrischer Versorgung nachhaltig zu verändern und gilt als ein Begründer der so genannten offenen Fürsorge. Er bemühte sich um die

Ergänzung der Anstaltsbehandlung durch Familienpflege und die nachgehende ambulante Betreuung der Patienten in Anbindung an die Anstalt, woraus er schließlich die offene Fürsorge entwickelte. Zunächst schlug er dem Verein bayerischer Psychiater vor, einen externen ärztlichen Dienst einzurichten, der von der Anstalt aus dafür sorgen sollte, dass Patienten, die unter kontinuierlicher fachärztlicher Betreuung keiner Anstaltspflege bedurften, die „Möglichkeit der Existenz außerhalb der Anstalt gesichert wird“ (Böcker 2004, S. 15). Diese Form der Versorgung fasst Kolb unter dem Begriff „Offene Fürsorge“ zusammen, deren Aufgaben er später wie folgt umschreibt: Wiedereingliederung Entlassener in ihre Familie und wenn möglich in die Erwerbstätigkeit, die Erfassung der außerhalb der Anstalten lebenden „geisteskranken und geistig abwegigen Menschen“ und die Zusammenfassung der örtlich ansässigen Träger der Irrenfürsorge. (vgl. a.a.O., S. 16). Kolb baute in Erlangen ein entsprechendes System auf, hatte aber auch Gegenspieler, die die Geisteskrankenfürsorge nicht den Anstalten, sondern der allgemeinen Fürsorge als kommunale Aufgabe unterstellen wollten. Familienpflege war für Kolb vor allem ein Baustein innerhalb des extramuralen Versorgungssystems. Vor allem hielt er sie in Übergangsphasen für sinnvoll, sie ermöglichte aus seiner Sicht einen natürlichen Übergang aus der Gebundenheit in Anstalten in die Freiheit. Im Blick hatte er dabei vor allem die negativen Auswirkungen von dem, was wir heute Hospitalisierung nennen. Ein Aufbau der Familienpflege gelang jedoch nur schleppend und nur über die eigene Anstalt. Dafür waren vermutlich zu großem Teil auch die sozialpolitischen Rahmenbedingungen in Bayern verantwortlich: Die Finanzierung der Unterbringung oblag den Angehörigen, welche ihre Kranken aus Geldnot bei geringsten Anzeichen von Besserung wieder aus der Anstalt nahmen (vgl. a.a.O., S. 15). In Preußen hingegen trug der Staat die Kosten, zu 2/3 zahlte der Kreis, zu 1/3 die Ortsarmenverbände. In Preußen waren 1891 nur 15% der Kranken Selbstzahler, in Bayern 38% (vgl. Schmidt-Michel, 1993, S. 47). Rechtlich blieben die Pfleglinge Anstaltsinsassen, die aber durch den externen Dienst der Anstalt außerhalb derselben betreut wurden (vgl. Böcker 2004, S. 14f). Das aufkommende Dritte Reich schob der weiteren Entwicklung einen Riegel vor. Kolb wurde bereits 1934 auf eigenen Wunsch in den vorzeitigen Ruhestand versetzt, schon die Anfänge der „Gesundheitspolitik“ des NS-Regimes brachten ihn in unerträgliche Gewissenskonflikte zwischen Beamtentreue und seiner Vorstellung von psychiatrischer Fürsorge. Er trat nie der Partei bei und wünschte das auch nicht von seinen Mitarbeitern (vgl. a.a.O., S. 18). Kolb sind vor allem die Sichtweise von Familienpflege als Baustein in einem gemeindepsychiatrischen System und die damit verbundenen organisatorischen Überlegungen zu verdanken.

Im Nationalsozialismus wurde die Familienpflege zwar zunächst aus Kostengründen empfohlen, dann jedoch wurden BewohnerInnen aus Belegungsmangel in die Anstalten zurückgeholt. Die Rahmenbedingungen der Familienpflege verschlechterten sich aufgrund der rassenhygienischen Gesetze und Verordnungen für die Pfleglinge immer mehr.

Gegen Ende der Weimarer Republik und im NS-Staat wurde Familienpflege nur noch unter dem Sparaspekt betrieben. Zunächst versuchte man noch, eine offene psychiatrische Fürsorge in Form einer lockeren Anbindung an die Anstalt durchzusetzen, doch bald war an Aufbau und Erhalt von Familienpflege in Folge mangelnder Ausstattung der Anstalten auf allen Gebieten nicht mehr zu denken. Im Zuge der im 3. Reich vorgenommenen Zwangssterilisationen nahm man BewohnerInnen in die Anstalten zurück. Damit einher ging die gesetzliche Beschränkung möglicher Gastfamilien auf ärmere Schichten und die Reduzierung der Aufwandsentschädigung auf ein völlig unzureichendes Maß, so dass Familien sich schließlich keine Kranken mehr leisten konnten. Die Pfleglinge strömten zurück in die Anstalten. Vor der Aktion T4 erfolgte eine nicht nachvollziehbare Umverteilung der Kranken zwischen den Anstalten (vgl. Schmidt-Michel 1993, S. 59ff). Schmidt-Michel unterteilt die historische Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege von 1850 bis 1945 in 5 Phasen:

1. Theoretische Diskussion unter den Irrenärzten um Familienpflege als mögliche Anstaltsalternative von 1850 bis 1880
2. Einführung der Familienpflege an fast allen Anstalten als Ventil gegen Überfüllung von 1880 bis 1914.
3. Kriegs- und nachkriegsbedingte drastische Reduktion der Familienpflege zwischen 1915 und 1925.
4. Wiederaufbau auf den Vorkriegsstand zwischen 1915 und 1925
5. Sukzessive Auflösung der Familienpflege über Sterilisations- und Spargesetze, Anstaltsrücknahme und Ermordung des Großteils der in Anstalten untergebrachten psychisch Kranken im Rahmen der Aktion T4.

(vgl. Schmidt-Michel 1993, S. 74)

Die Motive zur Etablierung der Psychiatrischen Familienpflege waren von Beginn an nicht ausschließlich therapeutisch geprägt. Wahrendorff und Alt stellten zwar die therapeutischen Effekte der Familienpflege durchaus in den Vordergrund ihrer Arbeit, doch waren sowohl pragmatische als auch ökonomische Überlegungen (Alternative bei Überfüllung der

Anstalten, billigere Versorgung in der Familienpflege) die Motive, die schließlich der Familienpflege zu ihrer Ausbreitung verhalf. Im 3.Reich sorgten dann ideologische Motive unter Zuhilfenahme von Gesetzen und wirtschaftlicher Aushöhlung schließlich für den Niedergang der Familienpflege.

3.3. Die Familienpflege nach dem 2. Weltkrieg

Nach dem 2. Weltkrieg erfuhr die Familienpflege einen nahezu totalen Bedeutungsverlust. Es gab kaum mehr Patienten, so gut wie keine psychiatrische Versorgungsstruktur, die Pflegestellen und Bewerbungen gingen zurück, und es gab Vorbehalte der übrig gebliebenen professionellen Psychiatrie gegen die Familienpflege. Auch die extreme Wohnraumverknappung als Kriegsfolge hat dabei eine Rolle gespielt (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 15).

Die Psychiatrie-Enquete äußerte sich bezüglich der Familienpflege eher zurückhaltend. Zwar wurde ihre Eignung als Alternative zur Heimunterbringung festgestellt und sogar eingeräumt, dass sie gegebenenfalls vorzuziehen wäre, allerdings nur unter Schaffung einer Reihe von Voraussetzungen (vgl. ebd.). Schönberger und Stolz kommen zu dem Schluss, dass die Familienpflege als alternative Versorgungsform lediglich der Vollständigkeit halber von der Enquete aufgenommen, jedoch nicht ernsthaft erwogen wurde (vgl. ebd.). Die professionelle Psychiatrie stehe Familie seit langer Zeit negativ bis ambivalent gegenüber. Familiäre Beziehungen psychisch Kranker würden pathologisiert und lange Zeit als ursächlich für die Erkrankung eingeschätzt. Dies änderte sich erst langsam mit Dörners „Freispruch der Familie“ 1982 (vgl. a.a.O., S. 16).

4. Neubeginn der Familienpflege in Deutschland

4.1. Bonn und Ravensburg

Die Familienpflege im Rheinland wurde 1984 vom leitenden Arzt der Rheinischen Landeslinik Bonn, Dr. Tilo Held, basierend auf seinen beruflichen Erfahrungen in Frankreich aufgebaut. Held lernte die Familienpflege in Paris kennen, wo er von 1965 bis 1981 als Arzt, Psychiater, Therapeut und Psychoanalytiker arbeitete und lehrte. In Frankreich etablierte sich die Familienpflege dem dortigen Grundsatz der gemeindenahen Behandlung

psychisch Kranker folgend zunächst in Paris und später an vielen anderen Orten als sektorisierte Familienpflege. An ihrem Auf- und Ausbau war Held entscheidend beteiligt. Die flächendeckende und zahlenmäßige Ausbreitung der Familienpflege führte 1990 zu einem ministeriellen Erlass, der die Rahmenbedingungen für Einrichtungen der Familienpflege in insgesamt 16 Paragraphen festschrieb. Durch die Regelfinanzierung der Familienpflege über die Allgemeine Krankenversicherung konnte Familienpflege sich dann weiter ausdifferenzieren (vgl. Held, 1993 S. 90ff).

Im Rahmen seiner Tätigkeit in Paris führte Held von 1967 (Gründung eines Familienpflegemodells) bis 1978 eine prospektive Langzeitstudie über die in das Projekt eingestellten 91 Patienten und 49 Familien durch. Bestandteile dieser Studie waren eine deskriptiv-analytische Untersuchung der soziodemografischen Daten und eine prospektive Interventionsstudie zur Schätzung von Erfolgsquoten und –kriterien von Familien und Patienten. Die Auswertung der Daten erfolgte im Rahmen von Helds Habilitation 1989 an der Rheinischen Landesklinik in Bonn. Von hier aus wurde dann die Psychiatrische Familienpflege aufgebaut.

Zielgruppe der Familienpflege waren Langzeitpatienten der Rheinischen Landesklinik. Organisiert war die Familienpflege als Adnex-Typ. Geeignete Pflegefamilien fanden sich in der ländlichen Umgebung Bonns. Motive für die Bewerbung der Familien waren beispielsweise die Suche nach einer neuen Aufgabe nach dem Auszug der Kinder oder der Ersatz für eine Tätigkeit außer Haus bei Familien mit kleineren Kindern. Erwartungen an die Familien waren stabile Lebensumstände, ausreichendes Einkommen und Interesse an einer zusätzlichen Einkommensquelle, spürbares Interesse an einem psychisch behinderten Menschen und ausreichender Wohnraum. 2003 befanden sich 30 Patienten in Familienpflege, die meisten davon mit schizophrenen Psychosen (vgl. Kempkens-Wingen et al. 1993, S. 98).

Die Patienten wiesen vor Eintritt in die Familienpflege häufig Eigenschaften auf, die nicht nur mit ihrer Erkrankung, sondern auch mit Hospitalisierungsfolgen in Zusammenhang standen: Erwähnt werden in diesem Zusammenhang Antriebsarmut, Unselbständigkeit, Angst bei der Verrichtung alltäglicher Aufgaben und vor der Welt „draußen“, mangelhafte Körperhygiene und /oder allgemeines Desinteresse. Die psychische Erkrankung bliebe zwar in aller Regel bestehen, verlöre jedoch bezüglich der oben genannten Einschränkungen stark

an Bedeutung, was sich auch an einem deutlichen Rückgang in Dosierung und Vielfalt der Neuroleptika-Präparate zeigte (vgl. a.a.O., S. 99).

Das Team bestand aus zwei Krankenschwestern, einer Sozialarbeiterin in Vollzeit sowie aus einem Arzt im Umfang von zehn Wochenstunden.

Nach einem Erstkontakt bei einem gemeinsamen Kaffeetrinken gab es als Entscheidungshilfe für die Interessierten die Möglichkeit, Probewochenenden bei der zukünftigen Gastfamilie zu verbringen. Erst wenn sich alle Parteien für die Familienpflege entschieden hatten, erfolgte der Umzug des Patienten. Hausbesuche wurden regelmäßig in zwei- bis sechswöchigem Rhythmus gemacht. Zu Beginn des Pflegeverhältnisses oder während psychischer Krisen fanden die Besuche in kürzeren Abständen statt. Konnte eine Dekompensation nicht aufgefangen werden, wurden die PatientInnen für die Dauer der Krise stationär aufgenommen (vgl. ebd.).

Unabhängig von Held unternahm Paul-Otto Schmidt-Michel zur gleichen Zeit in Ravensburg-Weissenau nach seiner Dissertation über die historische Diskussion der Irrenärzte-Verbände bezüglich der Psychiatrischen Familienpflege ebenfalls den Versuch einer Neubelebung derselben. Dabei stand die institutionskritische Idee einer langfristigen Versorgung von psychiatrischen Patienten in Gastfamilien im Vordergrund. Im Gegensatz zu Held konnte Schmidt-Michel nur auf historische Konzeptionen zurückgreifen.

Beide Projekte wurden erfolgreich aufgebaut. Eine weitere Ausbreitung erfolgte zunächst im Gebiet der für Bonn und Ravensburg zuständigen überörtlichen Sozialhilfeträger, Rheinland und Württemberg-Hohenzollern.

4.2. Weitere Projekte

Erste Projekte wurden entweder direkt von psychiatrischen Landeskliniken oder in enger Kooperation mit diesen durchgeführt. Die Verantwortung trugen ärztliche Direktionen oder Oberärzte, wodurch zum einen Patienten kontaktiert werden und zum anderen die Opposition vor allem der älteren klinischen Pflegekräfte ausgehebelt werden konnte. Positive

Erfahrungen mit der Familienpflege führten dann wiederum zu einer positiven Haltung auch des älteren Pflegepersonals.

Zunächst blieb die Familienpflege auf chronisch psychisch kranke und damit zumeist ältere Patienten des klinischen Langzeitbereichs begrenzt. Familienpflege als Klinikangriff hatte über die oben genannten Punkte hinaus auch finanzielle Vorteile für die Kliniken, da sie weiterhin den Pflegesatz erhielten und daher Familienpflege nicht als Konkurrenz sondern als Anreiz betrachten konnten. Vorteile ergaben sich auch bei der Personaldisposition, da MitarbeiterInnen der Klinik mit entsprechenden Erfahrungen und Verbindungen in die Familienpflege überwechseln konnten. Als nachteilig muss hingegen betrachtet werden, dass Gastbewohner von den Entscheidungen der Klinik abhängig blieben und ihren Patientenstatus nicht ablegen konnten. Die Projekte zeigten Erfolge bei der Enthospitalisierung von Langzeitpatienten ; die Psychiatrische Klinik in Bedburg-Hau setzte Familienpflege systematisch dazu ein. Für viele auf Unterstützung und Betreuung rund um die Uhr angewiesene Langzeitpatienten war die Familienpflege die einzige Alternative zu einem Leben im Heim.

Die Integration jüngerer neuer chronischer Patienten (Drehtürpatienten) erfolgte eher zögerlich und gestaltete sich aus verschiedenen Gründen schwieriger. Zum einen spielten dabei bestehende Beziehungen zur Ursprungsfamilie eine Rolle, zum anderen forderten diese Patienten die Gastfamilien häufig durch grenzüberschreitendes Verhalten heraus statt sich wie die älteren LangzeitpatientInnen den Gegebenheiten anzupassen.

Durch die jährlichen Treffen der Arbeitsgemeinschaft Familienpflege (Gründung 1986) und die Veröffentlichung des Buches „Die zweite Familie“ von Konrad und Schmidt-Michel 1993 erlangte die Familienpflege einen Bekanntheitsgrad über Württemberg und Rheinland hinaus. In Westfalen interessierte sich die Bodelschwingschen Anstalten Bethel dafür, in Baden sollte Familienpflege in Verbindung mit den Sozialpsychiatrischen Diensten aufgebaut werden. Bayern führte Familienpflege im Rahmen von Enthospitalisierungsprogrammen ein. In allen Fällen waren es jedoch Einzelpersonen oder kleinere Träger, die eine Einführung vorantrieben. Die überörtlichen Sozialhilfeträger nutzten Familienpflege erstaunlicherweise nicht systematisch als kostengünstige und effiziente Alternative, sondern ließen sich allenfalls von an der Arbeit interessierten Trägern überzeugen.

Inzwischen haben sich innerhalb der bestehenden Projekte Ausdifferenzierungen hinsichtlich der Patientenzielgruppen ergeben: Auch drogenabhängige jüngere Menschen oder Alkoholranke mit Korsakov-Syndrom sowie Patienten mit Borderline- oder anderen Persönlichkeitsstörungen und junge Menschen mit schweren seelischen Belastungen sowie gerontopsychiatrische PatientInnen wurden Zielgruppen Psychiatrischer Familienpflege (vgl. Konrad / Schmidt-Michel 2004, S.2 ff).

Zusammenfassend ist zu sagen, dass Familienpflege sich stets auf das Engagement Einzelner hin und häufig nur „gegen den Widerstand etablierter Psychiatriepolitik sowie fest gefügter Denkstrukturen“ qualitativ und quantitativ „als wichtiger Baustein der langfristigen Rehabilitation psychisch kranker Menschen etablieren“ konnte (a.a.O., S. 5). Dabei kam es zu einer clusterartigen Ausbreitung vor allem in Süddeutschland und im Rheinland. Ende 2003 befanden sich knapp 1000 Patienten in Psychiatrischer Familienpflege. Am stärksten konnte sich die Familienpflege in den Pionierregionen Württemberg und Rheinland ausbreiten und darüber hinaus auch in Baden quantitative Bedeutsamkeit erlangen. In Baden-Württemberg lebten 2003 beispielsweise rund 15% aller potentiellen Heimbewohner in Familienpflege, während PatientInnen aus Niedersachsen oder Schleswig-Holstein dieses Angebot nicht nutzen können (vgl. Eisenhut 2004, S. 46ff).

4.3. Der Fachausschuss Familienpflege der DGSP

1997 wurde im Rahmen der 12. Familienpflegetagung in Saarbrücken die Gründung des Fachausschusses Familienpflege beschlossen, der sich inzwischen unter dem Dach der DGSP (Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie) konstituiert hat. Ziel dieses Zusammenschlusses von Praktikern war es, die Entwicklung der Familienpflege im Bundesgebiet zu forcieren und sie als „als gleichrangiges Angebot neben allen anderen Formen der außerklinischen Betreuung zu etablieren.“ (ebd., S. 46). Eisenhut berichtet 2004 von ca. 20 Ausschussmitgliedern, die aus den jeweiligen Regionen entsandt werden. Der Ausschuss trifft sich 3 Mal jährlich mit dem Ziel des Austausches, der kollektiven Beratung und der Erarbeitung von Zielen und Projekten. Ursprüngliche Ziele waren die Erarbeitung verbindlicher Mindeststandards, der Aufbau eines Beratungsangebotes für neue Teams, Einrichtungen, Interessenten und Kostenträger sowie die Schaffung einer bundeseinheitlichen Terminologie.

2003 entstanden die fachlichen Standards der Familienpflege auf der Basis der Leitlinien zur Durchführung der psychiatrischen Familienpflege, die Held und Schmidt-Michel 1986 im Rahmen ihrer „Arbeitsgemeinschaft Psychiatrische Familienpflege“ formuliert hatten. Inhaltlich wird darauf im Kapitel „Fachlichkeit und Qualität“ weiter eingegangen.

Um die Familienpflege an sich zu vergrößern und bundesweit zu verbreiten, macht der Fachausschuss vor allem Hilfsangebote zum Aufbau von Familienpflegeeinrichtungen: Interessierte Teams werden unterstützt durch Hospitationen, Beratungen, Vorträge, Schulungen und die Weitergabe von bewährten Arbeitsmaterialien. Auch bei der Werbung von und beim Umgang mit Gastfamilien sowie bei der Zuordnung der Bewerber können sich interessierte Einrichtungen unterstützen lassen. Ferner werden Teams und Leistungsträger bei der Aushandlung von Leistungsvereinbarungen beraten. Da in der Regel keine Richtlinien oder Vereinbarungen bestehen, jedoch ein umfassender Regelungsbedarf (zum Beispiel bei der Klärung der rechtlichen Position der mehr oder weniger ehrenamtlich tätigen Gastfamilien) vorhanden ist, besteht die Notwendigkeit, dass wichtige Grundsätze auf überörtlicher Ebene geklärt werden, um separate und unterschiedliche Vereinbarungen der verschiedenen Landkreise zu vermeiden, die zumeist mit dem Regelungsbedarf dieser für sie ganz neuen Eingliederungsmaßnahme überfordert sind.

Der Fachausschuss selbst stuft seinen Erfolg als lediglich mäßig ein. Zum Teil sei dies darauf zurückzuführen, dass die Ausschussmitglieder in erster Linie Praktiker sind, ein weiterer wichtiger Grund liege in der Haltung der psychiatrischen Fachlichkeit: Familienpflege wird bei vielen Fachleuten „entweder nicht wahrgenommen ... oder extrem voreingenommen beurteilt“, obwohl diese zumeist keine Erfahrungen mit Familienpflege haben. Daraus leitet sich eine neue Aufgabe für den Fachausschuss ab, nämlich bei „sozialpsychiatrischen Trendsettern und Multiplikatoren“ für Familienpflege zu werben und Informationsarbeit zu leisten (vgl. a.a.O., S. 47ff).

5. Theoretische Fundierung der Psychiatrischen Familienpflege zwischen Lebensweltorientierung und Systemtheorie – Versuch einer Zuordnung

Die vorhandene Literatur zum Thema bietet keine Ausführungen zu einer theoretischen Verortung der Arbeit. Dies ist nachvollziehbar, da in Veröffentlichungen zunächst andere Ziele verfolgt werden. Einerseits geht es um die Vorstellung und Bekanntmachung der Arbeit überhaupt, andererseits um Darstellung von und Hilfestellung für die Praxis. Veröffentlichungen finden sich aktuell in Reihen und Fachzeitschriften wie den Psychosozialen Arbeitshilfen und den Sozialpsychiatrischen Informationen bzw. der Psychosozialen Umschau. Aus den verwendeten Fachbegriffen und Vokabeln lässt sich jedoch schließen, dass Psychiatrische Familienpflege sehr wohl theoretisch fundiert arbeitet. Hauptsächlich greift sie in der klientenbezogenen Arbeit auf zwei theoretische Ansätze der Sozialen Arbeit zurück, nämlich Systemtheorie und Lebensweltorientierung.

Soziale Arbeit als eine interdisziplinär geprägte Profession hat in der 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts zahlreiche theoretische Ansätze hervorgebracht bzw. im Hinblick auf die ihr gesellschaftlich zugewiesenen Aufgaben weiter entwickelt. Ernst Engelke beschreibt in Kurzform insgesamt acht Theorien, die „in etwa die Ansprüche, die heute allgemein an eine wissenschaftliche Theorie gestellt werden,“ erfüllen (vgl. Engelke 2002, S. 18). Für die Psychiatrische Familienpflege und ihr spezielles Arbeitsfeld sollen hier beispielhaft der prozessorientierte Ansatz Staub-Bernasconis und die Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch zur theoretischen Unterlegung betrachtet werden. Dabei soll hervorgehoben werden, an welcher Stelle der Arbeit welche Theorie sinnvoll unterlegt werden kann. Insbesondere für die Soziale Arbeit, die in der Psychiatrischen Familienpflege am häufigsten vertretene Profession, ist es wichtig, im Umgang mit anderen Professionen und Behörden sowie Kostenträgern praktisch wie theoretisch Fachlichkeit zu demonstrieren und damit als kompetenter Gesprächspartner ernst genommen zu werden. Im Rahmen dieser Diplomarbeit kann dies jedoch nur ein Zuordnungsversuch bleiben.

5.1. Systemtheorie

Die Systemtheorie ist deswegen für die Soziale Arbeit im Arbeitsfeld der Psychiatrie geeignet, weil sie eine wissenschaftsübergreifende, oft als universell bezeichnete Theorie ist. Daher gibt es keine in sich geschlossene Systemtheorie. Bosshard et al. führen an, dass „ihre Ideen ... eine starke Faszination auf alle Human- und Sozialwissenschaften ausgeübt“ haben. (Bosshard/Ebert/Lazarus, 2002, S. 108). Das gilt auch für Medizin und Psychiatrie. Hier kann keine Einführung in die Systemtheorie gegeben werden, es sollen aber kurz die

systemtheoretischen Ansätze grob erläutert und dann auf den prozessorientierten Ansatz Staub-Bernasconis eingegangen werden.

Der strukturorientierte und sozialökologische Ansatz der Systemtheorien beschreibt die komplexen Wechselwirkungen sozialer Felder und analysiert verschiedene Systemebenen kleinerer, mittlerer und größerer Anordnung. Die Gesamtheit der bestehenden Beziehungen innerhalb eines Systems (=Struktur) hängt davon ab, welche Funktionen sie für die Mitglieder / für das System hat. Gegebene Strukturen können funktional oder dysfunktional sein. In letzterem Fall streben sozialpädagogische und therapeutische Interventionen Veränderungen der Systembedingungen an. Der sozialökologische Ansatz betrachtet das System zusätzlich noch mit Blick auf die Beziehungen zu den Umweltsystemen. Diese sind existenziell, da sich jedes System über die Abgrenzung zur Umwelt definiert. Es muss daher betrachtet werden, wie „Menschen ihre Daseinsfunktionen in den Bereichen Wohnen, Versorgung, Arbeit, Sexualität, Erholung, Bildung und Kommunikation erfüllen und befriedigen können.“ Umgesetzt in die systemische Arbeit geht es nach diesem Ansatz um die Verbesserung oder Aktivierung von Bewältigungsverhalten, um Rekonstruktion und Stärkung der Selbstverfügbarmacht und –kontrollmöglichkeit sowie um Mobilisierung sozialer Unterstützung und materieller bzw. sozialer Ressourcen im sozialen Umfeld der KlientInnen (vgl. a.a.O., S. 109f).

Der konstruktivistische systemische Ansatz geht hingegen davon aus, dass die wahrgenommene Umwelt konstruiert ist. Ferner sind lebende soziale Systeme operational geschlossen. Dahinter verbirgt sich der Begriff der Autopoiesis. Das heißt, dass mögliche Veränderungen durch die Systemstruktur und -organisation selbst begrenzt sind und dass „instruktive Veränderungen soziale Systeme von außen nur so weit aus dem Gleichgewicht bringen können, wie sie es aufgrund ihrer eigenen Gesetzmäßigkeiten zulassen.“ (vgl. a.a.O., S. 112). Radikal betrachtet sind soziale Systeme danach quasi unveränderbar, was jedwede sozialpädagogische oder sonstige Intervention obsolet werden ließe. Betrachtet man dies aber als eine mögliche temporäre Erscheinungsform von Systemen, deren Auftreten von verschiedenen Faktoren abhängt, so erklärt dieser Ansatz gut die Problematik beschränkter Umweltoffenheit, des Veränderungswiderstandes und der Bewegungsschwerfälligkeit von Systemen. Die Begrenzung der Veränderungsmöglichkeiten von Systemen aus dem Wissen um Autopoiesis heraus zu respektieren hilft den professionellen Helfern zu mehr Anerkennung ihres Gegenübers und zur Erkenntnis der Funktionalität des sonst unter

Umständen für unkooperativ eingeschätzten Verhaltens. Das verschafft allen Beteiligten Entlastung und lässt die Grenzen des Systems möglicherweise dadurch wieder durchlässiger werden (vgl. Engelke 2002, S. 113). Der konstruktivistische Ansatz in seiner moderaten Form könnte in Situationen hilfreich sein, in denen es zu Unvereinbarkeiten zwischen Familie und Bewohner gekommen ist und keiner mehr zu Zugeständnissen bereit ist. Ebenfalls sinnvoll erscheint dieser Ansatz in Phasen des so genannten Ambivalenzcoachings während des Entscheidungsprozesses von KlientInnen zu sein: Begrenzungen können erkannt und für die weitere Arbeit besser akzeptiert werden. Aus der Reflexion über die Funktionalität können möglicherweise neue Alternativen entwickelt werden.

Der prozess- und kommunikationsorientierte systemtheoretische Ansatz lässt sich eher auf kleinere Einheiten wie die Paarbeziehung, die Familie oder die Helfer-Klient-Beziehung anwenden. Von daher passt dieser Ansatz zum Gegenstand der Arbeit in der Psychiatrischen Familienpflege, da auftretende Probleme auf verschiedenen Ebenen innerhalb des alten und neuen Familiensystems betrachtet werden können. Zunächst lassen sich vorhandene Kommunikations- und Interaktionmuster entdecken und analysieren. Der Ansatz kann methodisch angewendet dazu dienen, unter Rückgriff auf bewährte Kommunikationstechniken destruktive Muster zu verändern. Techniken dabei sind z.B. Hypothesieren, Zirkuläres Fragen, Umdeutung, positive Konnotation oder die Neutralitätshaltung des professionellen Helfers (vgl. a.a.O., S. 110ff). Sobald der Helfer aber systemisch handelt, also mit dem konkreten System in Kontakt tritt, verlässt er die Ebene der an sich wertfreien Systemtheorie und wird selbst ein Teil eines Systems oder seiner Umwelt. An dieser Stelle soll jedoch die theoretische Ebene weiter verfolgt werden.

Staub-Bernasconi plädiert bezüglich der Basis Sozialer Arbeit für eine wissenschaftliche Metatheorie, die der komplexen und widersprüchlichen Realität, mit der es die Soziale Arbeit zu tun hat, gerecht wird. Sie benennt dafür fünf Wissensbereiche als Konstruktionselemente einer komplexen Handlungstheorie. Das *Gegenstandswissen* fragt nach der Erfassung eines Problems in raum-zeitlicher Hinsicht, stellt also die Beschaffenheit des Problems auch in seiner geschichtlichen, kulturellen und geografischen Dimension dar. Das *Erklärungswissen* fragt nach der Entstehung und den Bedingungen für den Fortbestand bzw. Wandel des Problems. Das *Wert- oder Kriterienwissen* als ethisches Wissen ermöglicht die Beurteilung problematischer Sachverhalte oder Strategien und den Entwurf gewünschter Zustände und Prozesse. Das *Verfahrenswissen* fragt danach, mit welchen Mitteln

problematische Sachverhalte in erwünschte verwandelt werden können. Das *Evaluationswissen* fragt schließlich nach Wirkungen und Nebenwirkungen einer vorangegangenen Handlungssequenz (vgl. Engelke 2002, S. 366f).

Gegenstand Sozialer Arbeit sind Soziale Probleme. Betrachtet wird der Mensch in der Gesellschaft unter Anwendung des prozessorientierten systemischen Paradigmas: Die Prämissen haben eine zeitliche und eine räumliche Dimension. Die Zeitkomponente besagt, dass alles in Bewegung, vergänglich und veränderbar und somit Prozessen unterworfen ist. Die Raumkomponente beinhaltet, dass alles in Systemen eingewoben ist und daher in Beziehung zueinander steht. Die Abgrenzung eines Systems geschieht, indem seine Komponenten untereinander Beziehungen unterhalten (interne Struktur), die sie mehr binden als die schwächeren Beziehungen (externe Struktur), die die Komponenten zu anderen Dingen (Umwelt) unterhalten. Menschen sind daher von Geburt an Mitglieder sozialer Systeme. Menschen für sich sind selbstwissensfähige Biosysteme mit biologischen, psychischen, sozialen und kulturellen Bedürfnissen und zugleich lernfähige Organismen bezüglich „der Gestaltung der Wechselwirkungen von Empfinden, Affekte[n], Aufmerksamkeit, Gedächtnis, Lernen, Wahrnehmung, Denken und Absicht.“ (a.a.O., S. 369).

Alle Biosysteme, also auch Menschen, neigen dazu, in bestimmten Zuständen zu sein bzw. Abweichungen davon zu kompensieren: Mangel wird durch Affekte angezeigt, ein Bedürfnis entsteht und strebt nach Befriedigung. Ob dies gelingt, ist aber von vielen Faktoren abhängig: Es braucht die passenden Güter, Situationen und die entsprechenden Fähigkeiten und Fertigkeiten des Individuums zu ihrer Nutzung. Menschen stehen also Problemen der Bedürfnisbefriedigung gegenüber und müssen lernen, innerhalb der Struktur sozialer Systeme in Kooperation bzw. Konflikt mit anderen Menschen Lösungen zu finden.

Soziale Probleme als Gegenstandsbereich Sozialer Arbeit äußern sich in Form von Marginalisierung oder Exklusion. Alle Bereiche, in denen Ausschließungsmechanismen wirken, bilden den Objektbereich Sozialer Arbeit. Probleme definiert Staub-Bernasconi als Zustand, mit dem ein Bedürfnisbefriedigung suchendes, zielbewusstes Individuum unzufrieden ist und/oder dafür keine Lösung kennt und/oder keinen Zugang zu problemlösungsangemessenen Ressourcen hat. Probleme treten in vier Erscheinungsformen auf:

- I. **Ausstattungsprobleme** treten auf, wenn Individuen hohe Defizite oder Überschüsse in Bezug auf ihre Teilhabe an medizinischen, psychischen, sozialen oder kulturellen Ressourcen der Gesellschaft haben. Ausstattungsprobleme haben wiederum 6 Dimensionen: Die körperliche und die sozioökonomische/sozioökologische Ausstattung sowie die Ausstattung mit Erkenntniskompetenzen, Symbolen(Denkmodelle, Begriffe, Bilder, Sinn und Orientierung), Handlungskompetenzen und sozialen Beziehungen/Mitgliedschaften.
- II. **Austauschprobleme:** Zur Existenzsicherung sind alle Menschen auf den Austausch mit anderen angewiesen; die Ausstattung bietet dafür das Potential. Austauschprobleme ergeben sich durch asymmetrischen Austausch für denjenigen, der nach Ende der Tauschbeziehungen benachteiligt wird. Asymmetrischer Austausch und Ausstattungsdifferenzen hängen wiederum zusammen mit
- III. **Machtproblemen:** Auch die Verfügung über Machtquellen ist unterschiedlich verteilt. Regeln zur Machtverteilung können begrenzend sein, z.B. weil mehr soziale Gerechtigkeit ermöglicht werden soll oder aber hindernd sein. In dem Fall werden Gruppen von Teilhabe an Ausstattung, Austausch, Macht und/oder Wertfindung ausgeschlossen.
- IV. **Vergesellschaftete Wert- oder Kriterienprobleme** entstehen, wenn die von fast allen geteilten Vorstellungen des Wünschbaren in einer Kultur, für deren Durchsetzung ein Kontrollapparat besteht, entweder fehlen oder aber willkürlich bzw. nicht angewendet werden.

Soziale Arbeit selbst ist die gesellschaftliche Antwort auf die sozialen Probleme der Gesellschaft und hat den Auftrag, durch professionelles Handeln den beschriebenen Problemen zu begegnen, die eine befriedigende Bedürfnisbefriedigung aller Menschen verhindern (vgl. Engelke 2002, S. 368ff).

Ein weiterer wichtiger, eher kommunikationsorientierter Ansatz ist der von Niklas Luhmann. Sein Ansatz scheint mir allerdings für die Arbeit in Mikrosystemen wie Familien nicht sehr

geeignet, da er sich viel mehr auf der gesamtgesellschaftlichen, also der Makroebene von Kommunikation bewegt (vgl. Berghaus 2003, Kapitel 1-6). Manche Hypothesen regen allerdings produktiv zum Überdenken eigener Vorstellungen an: Bei der Definition von Systemen als Kommunikation tritt deren fundamentale Bedeutung für die Systemkomponenten deutlich in den Vordergrund oder aber die Bedeutung der System-Umwelt-Differenz als Leitgedanke der ganzen Theorie wird hervorgehoben. Dennoch bieten Luhmanns Ausführungen nicht die professionelle Brille, die eine theoretische Betrachtung der Arbeit in der Psychiatrischen Familienpflege ermöglicht und Grundlage für eine theoriegeleitete Arbeit auf diesem Gebiet sein könnte, von reflexiven Impulsen abgesehen. Luhmann plädiert dafür, Menschen nicht im Ganzen als Komponenten von Systemen zu betrachten, sondern sie als Träger ihrer Operationen zu verstehen. In der Psychiatrischen Familienpflege ist es m. E. absolut erforderlich, die Akteure weiterhin als Menschen zu sehen und ihnen im Ganzen respektvoll zu begegnen.

Hollstein-Brinkmann stellt zu den verschiedenen Ansätzen der Systemtheorie fest: Menschen als Komponenten eines Systems zu verstehen, sei die Grundlage einer konkreten Systemtheorie, die davon ausgehe, dass Systeme real und bewusstseinsunabhängig gegeben sind. Menschliche Individuen würden danach als eine besondere Art konkreter Systeme aufgefasst, die Komponenten umfassenderer konkreter sozialer Systeme seien. Insbesondere im Bereich der systemischen Beratungs- und Therapiekonzepte gebe es entsprechende personenzentrierte theoretische Ansätze (vgl. Hollstein Brinkmann 2005, S. 299 ff). Werner Obrecht konstituiert, dass „menschliche Individuen ... sozial lebende Lebewesen einer besonderen Art, nämlich neugierige, aktive, beziehungs- und mitgliedschaftsorientierte, lern-, sprach- und selbstwissensfähige Biosysteme“ und „als sozialisierte Individuen biopsychosozioökulturelle Systeme“ sind (Obrecht 2005, S. 117). Auch Obrecht benennt eine Reihe sozialer Probleme als nicht befriedigte Bedürfnisse, jedoch ohne diese weiter zu strukturieren (vgl. a.a.O., S. 133). Obrecht definiert die Soziale Integration von Individuen: Ein hoher Grad ist erreicht, wenn minimale soziale Probleme bestehen. Soziale Integration lasse sich unter Zuhilfenahme von Kriterien formulieren: Mitgliedschaftsstatus, Kenntnis der dominanten Kultur, Grad der Statuskonfiguration, Grad der (selbst gewählten) aktiven Mitgliedschaften in Systemen und Netzwerken der Bereiche der Statuskonfiguration und die eigene Definition als Mitglied der Gesellschaft (vgl. Obrecht 2005, S. 135). Obrecht äußert sich auch zu psychischen Systemen und psychischen Störungen. Die Existenz von psychischen Systemen lehnt er allerdings ab. Stattdessen plädiert er für psychische Prozesse

und wählt einen neurophysiologischen Zugang: Die Gehirnfunktionen spaltet er auf in phylogenetisch ältere (sensorisches Empfinden, diffuse und fokussierte Aufmerksamkeit, Affekte und Gedächtnis) sowie jüngere und plastische Funktionen (Lernen, Wahrnehmen und Imaginieren, Begriffsbildung und Handeln, Selbstbewusstsein und handlungsvorbereitende Funktionen).

Psychische Prozesse tendierten wie andere Biofunktionen auch zu einem „dynamischen Kompromiss“ zwischen Optimierung des Niveaus und Ausgewogenheit der Bedürfnisbefriedigung, wobei sie „im Dienste der Erhaltung der Steuerungsfähigkeit des Systems und der Flexibilität im Hinblick auf neue Steuerungserfordernisse“ stehen (a.a.O., S. 136f). Psychische Probleme sind demnach funktionale Defizite der gewährleisteten Selbststeuerungsmechanismen. Störungen könnten einerseits morphologischer oder physiologischer Art sein. Zu letzterem zählt Obrecht z.B. auch endogene Psychosen. Andererseits könnten psychische Störungen das Ergebnis von Lernen, insbesondere Folgen von Vermeidungsroutinen sein. Psychologische Psychotherapie beschreibt er als professionelles Pendant zur Sozialen Arbeit: Beide stützten sich auf Verfahren zur Linderung bzw. Lösung praktischer (psychischer oder sozialer) Probleme mittels wissenschaftsbasierter Verfahren. Darüber hinaus betont Obrecht den engen Zusammenhang von der Versagung sozialer Bedürfnisse und psychischen Störungen, die vielfach sozial bedingt schienen (vgl. a.a.O., S. 137f).

Wie allgemein für die Systemtheorie bekannt verwendet Obrecht auch im Bereich der psychischen Störungen recht technisch klingende Begriffe, die wenig Möglichkeiten für einen empathischen, verstehenden Zugang zu den KlientInnen der Psychiatrie bieten. Die Beschreibung von Handlungsansätzen in der konkreten Arbeit ist auch nicht seine Intention. Grundsätzlich und bedeutsam für die Soziale Arbeit in der Psychiatrie sind jedoch seine Überlegungen zum menschlichen Individuum. Für die konkrete Arbeit und die Reflexion in den Teams der Psychiatrischen Familienpflege scheint der Ansatz Staub-Bernasconis allerdings am ehesten geeignet zu sein.

5.2. Lebensweltorientierung

Das theoretische Konzept der Lebensweltorientierung ist vor allem geprägt worden durch Hans Thiersch. Soziale Arbeit ist für Thiersch eine praxisbezogene, kritische

Handlungswissenschaft. Gegenstand der Sozialen Arbeit ist der Alltag bzw. die Lebenswelt der sozialpädagogischen AdressatInnen. Die Theorie der Sozialen Arbeit ist für ihn eine sozialwissenschaftlich fundierte Handlungswissenschaft, die sowohl die Erzeugung und Definition von sozialen Problemen und Lernproblemen als auch die spezifischen Interventionsformen als gesellschaftliche Reaktion darauf betrachtet. Eine Theorie der Sozialen Arbeit lässt sich nach fünf Sachdimensionen strukturieren:

- I. Die Lebenswelt sozialpädagogischer AdressatInnen: Der Alltag dieser AdressatInnen ist Ansatzpunkt für Hilfe zur Selbsthilfe. Hier können Lebensmöglichkeiten freigesetzt und stabilisiert sowie Randbedingungen verändert werden. Alltag wird dabei in seiner Dialektik verstanden: Er ist geprägt von Widersprüchen, erlittenen Enttäuschungen und verschütteten Hoffnungen. Alltag umfasst die Lebenserfahrung aller Menschen im Sinne von Alltagsleben in sozialer, zeitlicher und räumlicher Hinsicht, in dem Menschen sich als Subjekte eigener Erfahrungen und Aufgaben in einem sozialen Umfeld wahrnehmen. Aufgaben des Alltags sind komplex und müssen in- und nebeneinander bewältigt werden, wobei dies nur möglich ist durch entlastende Regeln und Routinen. Unter Alltäglichkeit versteht Thiersch generell geltende Verstehens- und Handlungsmuster im Alltag. Die unterschiedlichen Ressourcen zur Alltagsbewältigung sieht Thiersch begründet in den Ungleichheiten unserer Gesellschaft. Alltag kann sowohl konservativ verstanden werden als gegebene Lage, die bewältigt werden muss als auch emanzipativ: Alltag bietet Protestpotential durch die in ihm angelegten Widersprüche, die wiederum genutzt werden können zur Gewinnung von Perspektiven auf einen humaneren Alltag. Soziale Arbeit müsse vorrangig nach Handlungs- und Deutungsmustern ihrer AdressatInnen für den Alltag fragen, dann aber mit den in ihm enthaltenen Widersprüchen konfrontieren. Das Ziel sozialpädagogischer Arbeit versteht sich als Aufgabe eines gelingenderen Alltags.
- II. Die gesellschaftliche Funktion Sozialer Arbeit als weitere Sachdimension sieht Thiersch geprägt durch den Widerspruch zwischen zwei Aufträgen: Einerseits sollen Konflikte und Schwierigkeiten unauffällig und unaufwendig im Rahmen der bestehenden strukturellen Voraussetzungen beigelegt werden, andererseits soll Soziale Arbeit die Lebensrechte ihrer AdressatInnen vertreten. Diese Funktionen

im Sinne einer Dialektik des doppelten Mandates zwischen Kontrolle und Hilfe, bezeichne Thiersch als „Stachel im Fleisch bestehender Machtverhältnisse“. Diesen Widerspruch zu nutzen, gegebene Freiräume zu sehen und andere in Zusammenarbeit und Auseinandersetzung mit Institutionen zu erweitern bedeute einen „strapaziösen Kampf“ (Engelke 2002, S.333).

- III. Die Institutionalisierung der Sozialen Arbeit soll stärker regionalisiert und dezentralisiert werden, um einen offenen Dialog im Sinne einer Vernetzung verschiedener Institutionen im Hinblick auf die Ermöglichung eines gelingenderen Alltags der AdressatInnen herstellen zu können (vgl. a.a.O.).

- IV. Die sozialpädagogische Handlungskompetenz: Bei dieser Sachdimension fragt Thiersch kritisch nach dem notwendigen Grad des Eindringens zunehmend professionalisierter Sozialer Arbeit in Lebensfelder und –aufgaben der AdressatInnen. Soziale Arbeit übe durch die professionalisierte Unterstützung auch Macht aus, die Distanz zu den KlientInnen schaffe. Die Beziehung solle nicht autoritär-hierarchisch sein, sondern an den gegebenen Alltagserfahrungen und bestehenden Ressourcen Lernprozesse und produktive Möglichkeiten aufzeigen, die wiederum zu einem gelingenderen Alltag führen. Der Alltag solle dem Klienten nicht „enteignet“ werden, sondern in seiner Lebenserfahrung verbleiben. So solle die Helfer-Klient-Beziehung ein grundsätzlich reversibler Umgang wechselseitigen Lernens und Helfens sein. Dazu brauche es eine in sich offene, widersprüchliche Berufsidentität (vgl. a.a.O., S. 334).

- V. In der fünften Sachdimension geht es um den Wissenschaftscharakter Sozialer Arbeit, die für eine Betrachtung im Sinne einer Anwendbarkeit für die Psychiatrische Familienpflege hier nur eine untergeordnete Rolle spielt.

Thiersch betrachtet den Alltag als „sozialwissenschaftliches Konzept zur Rekonstruktion von Lebenswelten und Handlungsmustern“ (Thiersch 1992, S. 43) und betont dessen Ambivalenz als „das unverbildete Offene, in dem die Menschen unmittelbar gefordert sind“ einerseits und „das Banale, das routiniert Bornierte“ andererseits (a.a.O., S. 41). In diesem Alltag wird Leben bewältigt. Gleichzeitig werden die „Routinen und verlässlichen Traditionen im Alltag...brüchig.“ (a.a.O., S. 44). Pluralisierung und Individualisierung von Lebenslagen

und -mustern machten die Alltagsbewältigung zunehmend zu einer Herausforderung. Im Alltag werde konkrete Wirklichkeit erfahren und Orientierung versucht.

Mit Alltäglichkeit meint Thiersch das gewissermaßen hinter dem konkreten Alltag liegende Rahmenkonzept, in dem sich der individuelle Alltag des Einzelnen konkretisiert. Alltäglichkeit hat dabei drei Erfahrungsdimensionen: Raum, Zeit und soziale Bezüge. Im Nebeneinander der unterschiedlichen Erfahrungen ergeben sich Probleme und Widersprüchlichkeiten.

Sozialpädagogik sei daher zu verstehen als lebensweltorientierte Hilfe zur Lebensbewältigung. Angesichts des sich verkomplizierenden Alltags werden Hilfen zur Bewältigung der Normalität nötig. Ziel sei es dabei, Menschen zur Selbständigkeit in ihren Verhältnissen zu helfen. Soziale Arbeit werde daher zu einem Leistungsangebot für alle, anstatt wie zuvor in den „Rand- und Elendszonen der Gesellschaft“ tätig zu sein.

5.3. Die Bedeutung von systemtheoretischen Ansätzen und Lebensweltorientierung im Arbeitsfeld der Psychiatrischen Familienpflege

Von den zwölf Einrichtungen der Psychiatrischen Familienpflege, die den versandten Fragebogen vollständig ausgefüllt zurückgeschickt haben, wurden die Systemtheorie zehn und die Lebensweltorientierung neun Mal als in der Arbeit angewandte Theorie angegeben. Damit liegen diese beiden Ansätze in der Befragung weit vorn. Auch wenn die Art der Befragung und die Zahl der Antworten keineswegs empirischen Ansprüchen genügt, so lässt die Anwendung in über 80% bzw. in 75% der Einrichtungen doch Schlüsse auf deren hohen Bedeutungsgrad zu. Zwar sind die Teams in aller Regel multiprofessionell zusammengesetzt, doch hat die Profession der Sozialen Arbeit, das wage ich trotz der Nicht-Repräsentativität aus der Befragung zu schließen, den Löwenanteil der Stellen inne. Näheres dazu findet sich im Kapitel „Befragung von Familienpflegeeinrichtungen“. Doch wo macht welche Theorie Sinn? Bei der Lektüre der Veröffentlichungen zur Psychiatrischen Familienpflege gibt es vielfache methodische Überlegungen. Theoretische Ansätze Sozialer Arbeit oder anderer Professionen kommen jedoch so gut wie gar nicht zur Sprache, obwohl vielfach Fachbegriffe vor allem aus der Systemtheorie aber auch aus der Lebensweltorientierung verwendet werden.

Einzig Schönberger/Stolz erwähnen in ihren Ausführungen zur Fachlichkeit der Familienpflege, dass theoretisches Wissen in das fachliche Handeln zu integrieren sei. In den verschiedenen Arbeitsbereichen würden Kompetenzen auf drei Ebenen benötigt, nämlich der kognitiv-analytischen, der methodisch-instrumentellen und der emotionalen Ebene. Auf der kognitiv-analytischen Ebene der Wissenskompetenzen werden nun theoretische Ansätze aufgelistet, die in den einzelnen Arbeitsbereichen (Nahfeld des eigenen Teams, Privatraum von Familie und BewohnerInnen, Lebensfeld der familiären Bezugssysteme und Umfeld anderer Berufsgruppen) wichtig erscheinen. Über die Auswahl der genannten Ansätze wird allerdings nichts gesagt. In den Aufzählungen finden sich „systemische Ansätze“ in den Arbeitsbereichen Privatraum und Lebensfeld, jedoch eigenartigerweise nicht im Nahfeld des eigenen Teams oder im Umfeld anderer Berufsgruppen (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 115ff). Gerade in Letzteren könnte mit Hilfe der Systemtheorie eine gemeinsame Sprache gefunden werden. Auch für die gemeinsame Reflexion im Team erscheint die Systemtheorie bzw. systemisches Denken durchaus sinnvoll. Lebensweltorientierung wird von den Autoren hingegen nur dem Lebensfeld der familiären Bezugssysteme zugeordnet (vgl. ebd.). Damit ist nun terminologisch eine Vermischung beider Ansätze entstanden, was nicht gerade zur Klärung theoretischer Fundierung beiträgt. Die Intention der Autoren ist jedoch auch anders gelagert, es soll ja lediglich ein Überblick der wichtigen verwendbaren theoretischen Ansätze für das jeweilige Arbeitsfeld gegeben werden. Zudem wird die Interdisziplinarität der Arbeit betont, in der sowohl sozialarbeiterisch-pädagogische als auch psychologisch-psychotherapeutische, spezifische phänomenologisch-psychiatrische und gemeindepsychiatrische Fachkenntnisse erforderlich seien (vgl. a.a.O., S. 109).

Zu diesen Fachkenntnissen gehören auch die in ihnen zu Grunde gelegten theoretischen Ansätze mit ihren Begrifflichkeiten, sie muss man als MitarbeiterIn in der Psychiatrischen Familienpflege kennen und von ihnen her denken (lernen) können.

In Anbetracht des großen Anteils, den die Soziale Arbeit innerhalb der Psychiatrischen Familienpflege hat, wäre es wünschenswert, der Arbeit theoretische Ansätze der eigenen Profession zu Grunde zu legen, um mit dem speziellen Blickwinkel auf das Soziale kompetent und authentisch mit anderen Berufsgruppen zusammen zu arbeiten bzw. sich mit ihnen auseinander zu setzen und ernst genommen zu werden. Hilfreich wäre es, wenn es dazu schriftliche Überlegungen in der Fachliteratur gäbe.

Hier dazu einige eigene Überlegungen:

Systemtheoretische Ansätze wie auch der oben geschilderte von Staub-Bernasconi lassen sich universell anwenden. Die Theorie hilft bei der Analyse der Grundkonstellationen: Wie ist die Familie aufgestellt? Welche Funktionen übernimmt wer? Welche Subsysteme gibt es? Welche Umweltsysteme? Wo steht der Bewohner im System? Welche Sozialen Probleme ergeben sich daraus bezüglich Ausstattung, Austausch, Macht oder Kriterien? Genauso können die Mitarbeiter ihren eigenen Einfluss als Umweltsystem bzw. Systemkomponente betrachten oder das Team selbst als institutionelles System sehen. Welche sozialen Probleme gibt es hier? Welche Wechselwirkungen entstehen daraus im Hinblick auf das Familiensystem? Wie gelingt die Zusammenarbeit mit den Umweltsystemen des Teams? Welche Probleme gibt es hier?

Auch methodisch können systemtheoretische Ansätze in systemisches Handeln überführt werden: Welche Methoden sind geeignet, das System in der Weise anzustoßen, dass es in die Lage versetzt wird, soziale Probleme auszuräumen oder zu verkleinern? In der Arbeit mit den Familien und BewohnerInnen wird man hier möglicherweise an Grenzen stoßen. Zum einen ist die Familie nicht Klient der Sozialen Arbeit, auch wenn sie vertraglich vor allem in Problem- und Konfliktsituationen zur Beratung mit dem Pfllegeteam verpflichtet ist: Wie weit darf die Familie hier überhaupt klientifiziert werden und wie weit wird sie sich darauf einlassen? Andererseits sind auch die Familien an Lösungen von belastenden Problemen des Zusammenlebens im Verbund mit dem Bewohner interessiert. Es wird also auf den Einzelfall ankommen. Voraussetzung für systemisches Arbeiten ist aber nicht nur die aktuelle Beauftragung durch Klient oder Familie, es werden auch intellektuelle Fähigkeiten vorausgesetzt: Es muss abstrahiert und imaginisiert und wiederum verbalisiert werden können. Diese Voraussetzungen bringen möglicherweise nicht alle Familien mit. Je nach Einschränkung des Bewohners könnte sich bei seiner Einbeziehung in den systemischen Prozess genau das ebenfalls als Hindernis herausstellen, da kognitive Strukturen insbesondere bei Langzeitpatienten häufig beeinträchtigt sind.

Lebensweltorientierung lässt sich zunächst in der Phase der Passung anwenden. Dieser Ansatz ermöglicht ein Verstehen der Alltagsaufgaben und der Alltäglichkeit bei Familie und zukünftigem Bewohner. Beim Bewohner ist das jedoch deutlich schwieriger, denn er lebt

zumeist in der künstlichen Lebenswelt einer Einrichtung und hat vermutlich Strategien zur Alltagsbewältigung entwickelt, die sich in der neuen Lebenswelt der Gastfamilie allmählich auflösen werden, weil sich hier ganz andere Aufgaben der Alltagsbewältigung stellen. Andere Alltagsprobleme werden vielleicht dadurch verdeckt und treten erst später zu Tage. Es ist fraglich, ob sich ergründen lässt, wie der Alltag und die Lebenswelt des Klienten vor der Einrichtung ausgesehen haben und ob unter Umständen hierauf aufgebaut werden kann.

Die Lebensweltorientierung scheint in der Arbeit der Teams mit den Familien und BewohnerInnen von daher geeignet zu sein, als dass sie vom konkreten (Problem)Erleben in konkreten Alltagssituationen ausgeht und ihre KlientInnen nicht als randständige Hilfebedürftige sondern als ExpertInnen ihres individuellen Alltags mit entsprechenden Ressourcen ansieht. Die neu zusammengesetzte Familie hat ihrerseits das Ziel, den Alltag in einer Weise zu bewältigen, die alle Mitglieder zufrieden stellt. Konzentriert man sich also in der Arbeit auf den Gegenstand des Alltags, können die in den vorhandenen Bewältigungsmustern liegenden Ressourcen erkannt und von hier ausgehend Möglichkeiten zu einer gelingenderen gemeinsamen Alltagsbewältigung erschlossen werden, ohne dass sich die professionellen HelferInnen dabei auf eine höhere Stufe stellen. Wenn KlientInnen und Familien als ExpertInnen ihres Alltags betrachtet werden, könnte dies insbesondere den Familien entgegenkommen, weil sie auf der Grundlage dieser Theorie viel gleichwertigere Partner sind, was mit dem zu Grunde liegenden Vertragsverhältnis korrespondiert. Die Sichtweise der Lebensweltorientierung, sich als potentielles Leistungsangebot für alle Menschen in einer zunehmend komplexeren Alltäglichkeit zu verstehen, beinhaltet bereits ein partnerschaftliches Arbeitsverhältnis mit dem Adressaten.

In Bezug auf den Bewohner scheinen dabei jedoch die Prämissen nicht ganz zu stimmen, denn er hat nur eine sehr kurzfristige Alltagserfahrung in der neuen Gastfamilie. Räumlich/sozial und zeitlich fällt die Lebenswelt auseinander. Erfahrungen der vorangegangenen Lebenswelt(en) müssen in das neue Leben mit der Gastfamilie transferiert und notwendigerweise angepasst werden. Rekonstruiert man Alltäglichkeit, muss darauf geachtet werden, inwieweit vergangene Erfahrungen aus der Ursprungsfamilie oder der institutionellen klinischen Lebenswelt in die neue Alltagsbewältigung transferierbar oder rekonstruierbar sind. Dies wird sich vielfach erst im Verlauf der Arbeit zeigen, wenn nach der Phase der Eingewöhnungszeit, die von euphorischer Grundstimmung und viel Bemühen seitens der Beteiligten geprägt ist, der „normale Alltag“ wieder einkehrt.

Theoretische Ansätze kommen in konkreten Arbeitsfeldern stets an ihre Grenzen. Sie müssen sich an der konkreten Wirklichkeit messen lassen und gegebenenfalls modifiziert werden, bis sie eine Basis für die Praxis bilden können. Lebensweltorientierung und systemtheoretische Ansätze scheinen jedoch in der Tat geeignet für das Arbeitsfeld der Familienpflege, dennoch sollte eklektizistisch und disziplinübergreifend auch auf andere theoretische Ansätze, insbesondere auf die der Sozialpsychiatrie, zurück gegriffen werden, die als Schablone oder Sehhilfe besser auf eine konkrete Situation passen. Auch die Begleitung des Übergangs der BewohnerInnen in die neue Lebenswelt erfordert Kenntnisse über die in der stationären Psychiatrie zuvor zu Grunde gelegten theoretischen Ansätze und methodischen Konzepte. Am ehesten lässt sich das in multiprofessionellen Teams verwirklichen.

Der Milieutherapeutische Ansatz wird als methodisches Konzept im Kapitel „Fachlichkeit in der Familienpflege“ weiter gehend betrachtet. Er wurde insgesamt sieben Mal als angewendetes theoretisch fundiertes Konzept angegeben. Andere Theorien oder theoretische Konzepte werden nur jeweils einmal erwähnt: Rollentheorie, Hilfe zur Selbsthilfe, Personenzentrierung, Transaktionsanalyse, verhaltenstherapeutischer Ansatz, Ressourcenorientierung, psychosozialer Ansatz. Sie werden in dieser Arbeit nicht gesondert betrachtet.

6. Kritik der Experten

6.1. Historisches

Ausgehend vom Ursprung der Psychiatrischen Familienpflege im belgischen Gheel fand Mitte des 19. Jahrhunderts eine Auseinandersetzung um die Einführung der Familienpflege nach Gheeler Vorbild statt. Zum einen gab es die Befürworter der „familiären Kranksinnigenpflege“, unter ihnen auch Wilhelm Griesinger, der die „Wohltat des Familienlebens“ pries. Allerdings blieb die Argumentation „auf der Ebene der Idealisierung des Familienlebens“, ohne sich fachlich auf ein neues Terrain zu begeben und die Gastfamilie als therapeutisches Milieu zu betrachten. So konnte Psychiatrische Familienpflege schließlich wissenschaftlich nicht überzeugen und man entschied sich gegen eine Einführung. Lediglich die ökonomischen Umstände (Industrialisierung, Überfüllung der

Anstalten, Kostenexplosion) und die Eigeninitiative von zwei unverbesserlich Überzeugten, Warendorff und Alt, war es zu verdanken, dass sich Familienpflege etablieren konnte. (vgl. Schmidt-Michel 1993, S. 42). Die professionelle psychiatrische Fachlichkeit war quasi nicht an diesem Ausbauprozess beteiligt, es erscheint beinahe, als wäre diese fachliche Richtung nie von dieser Seite als alternative Betreuungsmöglichkeit anerkannt worden, was sich meiner Meinung nach bis heute teilweise in Skepsis, Ablehnung und Nichtbeachtung dieser Lebensform-Alternative ausdrückt. Nach dem 2. Weltkrieg war die Familienpflege durch die Rückführung in die entleerten Anstalten (durch die vorangegangene Vernichtungsaktion T4) und auf Grund der gesamtgesellschaftlichen ökonomischen Situation erst einmal nicht in der Lage, sich neu zu etablieren.

Die Psychiatrie-Enquete erwähnt Familienpflege offenbar lediglich der Vollständigkeit halber und stellt sie gleichzeitig als eine nicht praktikable Alternative dar, was nach den sehr positiven Erfahrungen Ende des 19. Jahrhunderts bis in die Weimarer Zeit hinein eigentlich nicht nachvollziehbar ist. Die Nichtbeachtung oder auch die Unkenntnis haben sich scheinbar fortgesetzt: So berichten Kallert und Leiß über eine Enthospitalisierungsstudie, in der sie die Betreuungsbedürfnisse chronisch schizophrener Patienten in verschiedenen Wohnformen untersuchten. Sie untersuchten 5 Patientengruppen in verschiedenen Wohnformen in der Region um Dresden. Natürlich ist es zutreffend, dass es um Dresden herum keine Familienpflege gibt, aber hätte man sie nicht zumindest als eine Alternative gerade dieser Zielgruppe erwähnen müssen? (vgl. Kallert/Leiß 2006, S. 11ff).

Der erfolgreiche Aufbau von Einrichtungen der Psychiatrischen Familienpflege gelang nach Angaben von Konrad und Schmidt-Michel oft gegen den Widerstand „etablierter Psychiatriepolitik sowie fest gefügter Denkstrukturen“ in einigen Regionen durch das Engagement „psychiatriepolitisch involvierter Einzelpersonen“ (Konrad/Schmidt-Michel, 2004, S. 5). 2004 gingen die Autoren noch von einer Blockierung des weiteren Ausbaus aus, weil „in der psychiatrischen Fachwelt große Bedenken und Vorbehalte gegenüber ... der Psychiatrischen Familienpflege bestehen“ (ebd.).

6.2. Psychiatrie und Familie

Schönberger und Stolz bezeichnen das Verhältnis von Psychiatrie und Familie als ein spannungsreiches Beziehungsfeld. Es sei gekennzeichnet von gegenseitiger

Anspruchshaltung und Abwertung, teilweise abgemildert durch Idealisierung. Familien würden von der Psychiatrie als Anhängsel oder Störfeld wahrgenommen, Familien hingegen fühlten sich als kostengünstige Betreuungslösung instrumentalisiert. Im Krankenhaus und in der Arztpraxis stehe die Familie „draußen“, denn im Mittelpunkt stehe der Patient (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S.16). Dörner bezeichnet die Arzt-Patient-Beziehung kritisch als eine exklusive Zweierbeziehung, in der Dritte keinen Platz haben (vgl. Dörner 2001, S. 129f).

Schönberger und Stolz berichten aus ihren langjährigen Erfahrungen in Psychoseseminaren, dass die Interaktion in der Triade noch immer die Ausnahme sei. Familien reagierten mit Resignation und zögen sich verbittert zurück. Die Psychiatrie verfüge über das gesellschaftliche Mandat, tätig zu werden, wenn das familiäre Netzwerk überfordert ist und die Familie sei dann gefragt, wenn Psychiatrie nicht mehr notwendig, ineffektiv oder zu kostenintensiv ist. Beide Systeme reagierten vor allem dann gekränkt, wenn Behandlung/Betreuung der „Gegenseite“ zu unerwünschten Ergebnissen führt. Schönberger und Stolz führen dieses problematische Verhältnis zum Teil darauf zurück, dass es Fachkräften häufig an einer psychodynamisch orientierten Ausbildung fehle. Das verleite sie zu „psychologisierenden Populärinterpretationen familialer Interaktions- und Kommunikationsmuster ... Die Einstellung der Professionellen gegenüber Angehörigen schwanke zwischen Helferimpulsen, Überheblichkeit und abfälliger Rhetorik“ (Schönberger/Stolz 2003, S. 17). Eine vor allem im Sinne des Patienten fruchtbare Zusammenarbeit gelinge nur, wenn im „Behandlungsdreieck von Professionellen, Patienten und Angehörigen dialogisch gearbeitet werden kann“ (ebd.).

Die Entzweiung von Familie und Psychiatrie hat Tradition. Im Zuge von Urbanisierung und Industrialisierung lösten sich die sichernden Strukturen von Großfamilien und sozialräumlich gewachsenen nachbarschaftlichen Netzwerken auf, innerhalb derer auch zum Teil schwer beeinträchtigte psychisch Kranke vorher einen Platz fanden und aufgefangen wurden. Familien mussten nun zwangsläufig ihre Irren in die Anstalten abgeben. Staatlich wurde eine Regelversorgung etabliert, die professionelle Psychiatrie warf den Familien die Abschiebung ihrer Mitglieder vor. Familien werden bis weit in die 2. Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein von der professionellen Psychiatrie vor allem als defizitär wahrgenommen. Die aufkommende Anlage-Umweltdiskussion führte schließlich zur Ausbildung zahlreicher Hypothesen und Theorien, wie die Familie als verrückt machende Pseudogemeinschaft

(Wynne 1969), die Theorie der symbiotischen Familienbindungen (Mahler 1968 und 1972) oder dem Begriff der schizophrenen Mutter (Fromm-Reichmann 1948) als Ursache für psychotische Erkrankungen. Die Familie wurde zunehmend klinifiziert. Danach entwickelte die Schizophrenieforschung kommunikationstheoretische pathogenetisch orientierte Ansätze. „Double bind“ führte Psychosen auf das Erleben von Widersprüchen auf verschiedenen Kommunikationsebenen der familialen Umwelt zurück. Veröffentlichungen mit den Titeln „Patient Familie“ oder „Tod der Familie“ erschienen (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 19).

Tatsächlich entwickelt sich erst Mitte der 80er Jahre eine Gegenbewegung. Dörner fordert 1982 mit seiner gleichnamigen Veröffentlichung den „Freispruch der Familie“. Gleichzeitig erstarkt die Angehörigenbewegung, die die Abwertung durch die Professionellen immer erfolgreicher zurückweist und die Bewältigungsressourcen aus Laienwissen und alltagspraktischen Kompetenzen in den Vordergrund rückt. So hat sich heute eine dialektische Sichtweise von Familie etabliert, die den Nutzen und die Bedeutung familiärer Ressourcen anerkennt, gleichzeitig aber auch Familie als Risikofaktor für die psychische Gesundheit der Patienten betrachtet. Schönberger und Stolz führen weiter an, dass die Sichtweise von Familie als „ein förderliches und tragfähiges Unterstützungsnetzwerk“ weder in die wissenschaftlichen biologisch-erklärenden noch in die psychodynamisch-verstehenden theoretischen Konzepte der professionellen Psychiatrie passt (vgl. a.a.O., S. 20).

Für den Auf- und Ausbau der Psychiatrischen Familienpflege ist dieser tradierte Beziehungskonflikt von daher sehr bedeutsam, als dass sich Ambivalenz und Zweifel an Familie als einem heilsamen Lebensmittelpunkt nicht nur auf Herkunftsfamilien von Patienten bezieht, sondern die Funktionsfähigkeit von Familie im allgemeinen bezweifelt wird. Man begegnet also auch Gastfamilien, die eine tragende Säule der Psychiatrischen Familienpflege darstellen, mit entsprechender Skepsis und Zurückhaltung.

Doch was sagen die heutigen Experten aktuell zur Psychiatrischen Familienpflege?

Ingenleuf fasst dazu Aussagen von Vertretern psychosozialer Einrichtungen zusammen, die im Rahmen einer Befragung zu Enthospitalisierungsprozessen gemacht wurden. Den größeren Rahmen bildete dabei ein Forschungsprojekt, in dem das Integrationspotential psychisch kranker Menschen für die Ausgestaltung von Wohnangeboten erkundet werden sollte. Angewendet wurde die so genannte Delphi-Methode. Bezüglich Familienpflege ergab

sich zunächst eine „markante Divergenz“ bei Einschätzung und Kenntnisstand bezüglich Familienpflege praktizierender und nicht praktizierender professioneller Experten. Ablehnung und Skepsis herrschten vor allem unter den nicht praktizierenden Befragten vor, in deren regionalem Tätigkeitsbereich Familienpflege nicht oder kaum betrieben wird. Hinsichtlich der Familienpflege wurden folgende Aussagen getätigt:

I. Die finanzielle Entlohnung bewirkt eine ungünstige Auswahl von Familien.

Hinter dieser häufig geäußerten Befürchtung von Experten ohne Familienpflegeerfahrung stehe die Befürchtung, dass diese Familien nur ihren eigenen finanziellen Vorteil im Auge hätten und das Wohl des Bewohners auf der Strecke bleibt. Die Erfahrungen in der Familienpflege seien gegenteilig: Einseitig ideell sowie einseitig materiell motivierte Familien hätten sich als problematisch und wenig erfolgreich erwiesen. Da die Entlohnung der Familien den Aufwand nicht aufwiegen könne, seien jedoch beide Motive notwendig. Familien würden auch nach ihren Motiven befragt und ausgewählt. Die Ergebnisse der Einrichtungsbefragung bestätigen dies.

II. Familienpflege als Betreuungsform ist nur für eine hochselektive Gruppe von Klienten geeignet.

Dahinter stünden Befürchtungen, die Familien würden schwierigeren Klienten nicht gewachsen sein. Dagegen sprächen die Erfahrungen der in der Familienpflege tätigen Experten: Dissoziales Verhalten könnte oft im Setting der Familienpflege reduziert werden und daher auch strukturell bedingte Hospitalisierungsfolge sein, die sich durch Rund-um –die-Uhr-Betreuungskontinuität und individuelle Beziehungsangebote im Familienanschluss als nicht mehr notwendig erweisen würden.

III. Es entwickelt sich eine Abhängigkeitsbeziehung des Klienten von der Familie, die nachteilige Folgen für diesen hat.

Dahinter stünden Befürchtungen wie der Aufbruch noch virulenter Brüche mit der Herkunftsfamilie als Auslöser für neue psychische Krisen oder die Ausnutzung der Arbeitskraft von BewohnerInnen, wenn sie familiäre Rollen oder die Verantwortung für bestimmte in Haushalt oder Garten anfallende Tätigkeiten übernahmen. Häufig sei die Erfahrung der in der Familienpflege Arbeitenden eine andere. Auch wenn es zum Abbruch von Pflegeverhältnissen komme, so erweise sich die Familie in der Mehrzahl der Fälle als Raum, in dem alte konfliktgeprägte

Beziehungsmuster aufgearbeitet und neue Formen der Konfliktverarbeitung und – lösung erlernt werden könnten, so dass oftmals eine Nachreifung stattfinden könne. Dies gelte sowohl für jüngere als auch für ältere ehemalige Langzeitpatienten.

IV. Die Einflussmöglichkeiten des Familienpflegeteams sind sehr gering.

Dahinter stehe die Befürchtung, die Teamarbeit beschränke sich wie (sehr viel) früher auf ein einfaches Betreuungsverhältnis, in dem Raum und Bezugsbetreuer zur Verfügung gestellt würden, darüber hinaus aber therapeutisch keine Unterstützung statfinde und die Beteiligten schließlich sich selbst überlassen würden. Ein wenig komme es auf die Zielgruppe an: Bei jüngeren BewohnerInnen gehe es häufiger auch um gesellschaftliche Reintegration und die Familienpflege sei als temporäres Wegstück zu sehen. Hier könne Netzwerkarbeit im Hintergrund und wohlüberlegte Zurückhaltung in der direkten Intervention angebracht sein. Das Team fungiere hier dann eher als vernetzender Berater und Mediator. In anderen Fällen gehe es eher um eine therapeutisch ausgerichtete Variante von Familienpflege, in dem die Familienpflegerin sich im Kern des Familiensystems befinde und ständig ihre Position in der Beziehungsdynamik neu definieren müsse. Hier könne und dürfe sie sich der Einflussnahme nicht entziehen.

V. Die Klienten werden in den Familien isoliert.

Dahinter stehe die Befürchtung, dass wirkliche soziale Teilhabe nicht in wünschenswertem Umfang statfinde. Doch wer bestimmt den wünschewerten Umfang? In aller Regel bestimme der sich innerhalb der Haushaltsgemeinschaft durch die Aushandlung zwischen Klient und Familie, möglicherweise mit Unterstützung des Familienpflegeteams. Außerhalb der Familie in umgebenden Systemen genieße der Bewohner als neuer Familienangehöriger einen Vertrauensvorschuss, auf der anderen Seite werde er oder die ganze Familie auch kritisch beäugt. Die Annäherung brauche entsprechende Zeit und die Erfahrung, dass keine ängstigenden Ereignisse statfinden. Manche Pflegefamilien seien selbst nicht an vorderster Front, was Integration betrifft, möglicherweise entscheiden sie sich auch deshalb zu dem ungewöhnlichen Schritt der Bewerbung als Gastfamilie für einen psychisch kranken Menschen. Dies könne aber für manche Klienten auch genau die ausreichende Menge an sozialer Integration sein,

was wiederum in der Phase der Passung festgestellt werde. Darüber hinaus müsse man sich fragen: Wie viel mehr soziale Teilhabe besteht denn in der Alternative?

VI. In der Familie ist für den Klienten keine Entwicklung mehr zu erwarten und es beginnt ein erneuter hospitalisierungsähnlicher Prozess, nachdem sich die Verhaltensmuster eingespielt haben.

Familienpflegerinnen hätten bei der Betreuung der KlientInnen auch die Aufgabe des produktiven Widerspruchs: Bei der Reflexion des Zusammenlebens habe das Team die Aufgabe, Verhaltens- und Interaktionsmuster leichter erkennbar zu machen und auf ihren Sinn hin zu überprüfen. Besonders wichtig sei dies während der Ablöseprozesse von BewohnerInnen, für die ein Wechsel von Wohn- oder Betreuungsform erforderlich wird.

(vgl. Ingenleuf 2004, S. 39ff)

Hermann Elgeti setzt sich in einem recht amüsant verfassten Fachbeitrag mit der Gefahr von erneuter Hospitalisierung in Gastfamilien auseinander. Indem er die Haltung der Anstaltspsychiatrie zwischen „fürsorglicher Belagerung“ und „Freiheit zur Verwahrlosung“ auf das Phänomen der Hospitalisierung anwendet, kommt er auch für die Gastfamilien zu dem Ergebnis, dass das Optimum, die Balance stets zwischen den Polen eines Kontinuums zu finden sei: Zwischen Fürsorge und eigenverantwortlicher Alltagsbewältigung, zwischen Fremdhilfe und Selbsthilfe, zwischen Bindung und Unabhängigkeit etc. Der Frage, ob in den Familien nun mehr oder weniger Risiken für Hospitalisierung bestehen als in Anstalten begegnet er mit der Gegenfrage, weshalb sich die Vertreter der Anstalten so vehement diesem Thema widmen: „Bekämpfen wir die Hospitalisierung im Krankenhaus, im Heim oder in der Gastfamilie so vehement, um uns selbst vor der Auseinandersetzung mit einer untergründigen Neigung zur eigenen Hospitalisierung zu verschonen?“ Elgeti überlässt es dem Leser, wie weit eine Neigung zur Hospitalisierung nicht auch für ihn selbst und damit auch für unterschiedliche KlientInnen zu akzeptieren sei (vgl. Elgeti 2006, S. 11ff).

Eine weitere Schwierigkeit bei der Akzeptanz der Familienpflege besteht nach Auffassung von Schönberger/Stolz darin, dass viele betreuende, rehabilitierende und pflegende Experten immer noch eine pathogenetische Perspektive von Krankheit hätten. Im Mittelpunkt stünden zumeist die Defizite bzw. Beeinträchtigungen und nicht der ganze Mensch. Strategien der Behandlungs- und Betreuungskräfte sei der Einsatz aktiver Kontrollmechanismen:

Diagnostizieren, dosieren und anordnen, versorgen und pflegen, auf Hierarchie bestehen, Distanz aufrechterhalten, Anpassung mit Machtmitteln durchsetzen. Bewohner hingegen reagierten darauf mit demoralisierter Haltung, passiver Unterwerfung und regressivem Verhalten: Sich fügen und anpassen, das Schicksal annehmen, sich „befürsorgen“ lassen, Fremdbestimmung erwarten, sich ein- und unterordnen, Kontrolle und Zwang hinnehmen. Die Autoren fügen einige Gesprächsmitschnitte von Teammitarbeiterbesuchen auf Langzeitstationen an, die sicherlich nicht repräsentativ sind, aber dennoch äußerst eindrucksvoll eine solche pathogenetische Haltung lebendig werden lassen (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 43f). Insbesondere auf den Langzeitstationen psychiatrischer Pflege und Rehabilitation herrschten das bio-medizinische Krankheitsbild und ein Klima von Anpassung und Unterordnung vor. Patienten als mithandelnde Partner in den therapeutischen Prozess einzubeziehen, Selbstbefähigungskonzepte oder ökologisch integrative Ansätze wie das Empowerment-Konzept wären innerhalb der Rahmenbedingungen der Langzeitrehabilitation nicht zu verwirklichen (vgl. a.a.O., S. 44).

Anders ist die Perspektive der Salutogenese, die auf Antonovsky (1987 und 1997) zurückgeht. Sie fragt danach, was dem Menschen hilft, was ihn gesund erhält. Der Fokus liegt auf heilsamen Ressourcen und Schutzfaktoren, die den Menschen auf der gesunden Hälfte des Kontinuums zwischen Gesundheit und Krankheit halten. Näheres dazu findet sich im Kapitel „Fachlichkeit und Qualität“.

6.3 Familiärer Strukturwandel

Die Sozialform Familie war in den letzten 150 Jahren einem permanenten Strukturwandel ausgesetzt. Zwischenzeitlich herrsche die Meinung vor, dass die moderne Familie brüchig, instabil und fragmentiert sei (vgl. Konrad/Schmidt-Michel 2004, S. 5f). Zahlreiche mehr oder weniger wissenschaftliche Statistiken und Untersuchungen erwecken den Eindruck, man könnte von Familien zukünftig nur noch in der Vergangenheitsform als einem Lebensentwurf sprechen, der sich angesichts der zeitgeschichtlichen Herausforderungen nicht bewähren konnte. Die allgegenwärtig verbreiteten soziologischen „Weisheiten“ und Überzeugungen bestätigen die professionelle Psychiatrie in ihrer Zurückhaltung und Grundskepsis gegenüber dem Phänomen Familie. Aus diesem Grund beschäftigt sich das Kapitel „Familien heute und in Zukunft“ recht ausführlich mit der soziologischen Einschätzung der Zukunft der Familie.

6.4. Ausblick

Im Augenblick scheint es, als würde sich die Geschichte zum Teil wiederholen: Zwar ist keine Überfüllung der Anstalten zu verzeichnen, die dazu zwingt, andere Formen psychiatrischer Versorgung zu finden, doch beherrscht der immer stärker werdende Kostendruck das Gesundheitssystem. Sozialpolitische Rahmenbedingungen haben sich verändert. Ambulante Maßnahmen werden gegenüber (teil)stationären Angeboten bevorzugt. Wahlmöglichkeiten sollen geschaffen werden. Das Freiwilligenengagement wird sozialpolitisches Ziel.

Hinzu kommen aber auch die Konzepte von Normalisierung und Integration, die in der Gemeindepsychiatrie zu vielfältigen Angeboten der Betreuung psychisch kranker Menschen geführt hat. Doch hat sie in aller Regel die Bereiche der Langzeitrehabilitation nicht erreicht. Hier gibt es bisher keinerlei Angebotsvielfalt der Betreuung in verschiedenen Lebensformen. Psychiatrische Familienpflege als eine Alternative hat ihr Wurzeln im Bereich der LangzeitpatientInnen. Darüber hinaus sind die Bewegungen der Angehörigen und der Psychiatrie-Erfahrenen zu erwähnen, die sich immer stärker organisieren. Angehörige und Psychiatrie bewegen sich auf dieser Ebene vermehrt aufeinander zu. In den Akutbereichen der Kliniken hat sich die sozialpsychiatrische Perspektive inzwischen durchgesetzt. In der Langzeitrehabilitation jedoch scheint es noch nicht zu einer solchen allgemeinen Annäherung zwischen Familie und professioneller Psychiatrie gekommen zu sein. Häufig sind die Kontakte zu den Ursprungsfamilien abgebrochen, Vorurteile und verallgemeinernde Schuldzuweisungen jedoch geblieben.

All diese Strömungen werden meiner Meinung nach der Psychiatrischen Familienpflege dazu verhelfen, sich etablieren zu können, wenn es gelingt, den Fuß in die Tür der psychiatrischen und kommunalen Fachkreise zu bekommen und wenn es gelingt, unter angemessenen Bedingungen mit der Arbeit zu beginnen.

Weiterhin wird es erforderlich sein, die professionelle Psychiatrie von den vielseitigen Ressourcen zu überzeugen, die ein Großteil der Familien unserer Gesellschaft gerade durch die erfolgreiche Bewältigung strukturellen Wandels erworben hat. Die Pluralisierung und Individualisierung von Lebensformen hat in familiären Strukturen nicht nur für

Schwierigkeiten, sondern auch für die Ausbildung zahlreicher Kompetenzen gesorgt, die ihre Eignung als Gastfamilien eher befördert als behindert. Dies soll im folgenden Kapitel „Familien heute und in Zukunft“ näher beleuchtet werden.

7. Familien heute und in Zukunft

Die inhaltliche Kritik an der Psychiatrischen Familienpflege hinsichtlich des Laienstatus' der Gastfamilien und des ambivalenten Verhältnisses zwischen psychiatrischer Fachlichkeit und Familie wie im vorangegangenen Kapitel geschildert erfährt zum Teil weitere Unterstützung durch zahlreiche mehr oder weniger wissenschaftlich fundierte statistische Erhebungen und deren Interpretation. Dabei geht es vor allem darum, ob Familie angesichts der soziologischen Entwicklung unserer Gesellschaft überhaupt noch eine Zukunft hat. Wenn Familie an sich eine zerbrechende Lebensform ist, so ist die Psychiatrische Familienpflege ihrer Grundlage entledigt. Wie die Zukunft von Familien in Deutschland aussieht, dafür interessiert sich nahezu jeder: Angefangen bei den (zukünftigen) Betroffenen selbst über die mit diesem Thema betraute Behörden hin zu allen möglichen Verbänden, Interessensgemeinschaften und politischen Instanzen in Kommune, Land und Bund. Die Medien versorgen uns tagtäglich mit neuen sensationellen Informationen, die sie zumeist auf populäre Untersuchungen und Befragungen zurückführen. Andere wiederum forschen und untersuchen nach wissenschaftlichen Methoden oder geben Forschungen in Auftrag, wobei man allerdings nicht selten zu recht widersprüchlichen Ergebnissen kommt. Die Flut an Informationen zum Thema „Familie heute und in Zukunft“ ist unüberschaubar. Hier kann daher nur ein kleiner Ausschnitt gängiger Thesen, Argumente und Daten zu diesem Thema angeführt werden, der sich hauptsächlich auf den 7. Familienbericht des Deutschen Bundestages vom 26. April 2006 und auf das Standardwerk von Rüdiger Peuckert „Familienformen im sozialen Wandel“ aus dem Jahr 2002 bezieht.

7.1. Definitionen von Familie

Wenn über Familie gesprochen, geschrieben oder diskutiert wird, setzen die Beteiligten oftmals voraus, was sie unter diesem Begriff verstehen und häufig ist ein unterschiedliches Verständnis Quelle von Missverständnissen.

Ein Brockhaus aus dem Jahre 1977 versteht unter Familie „in der Regel das Elternpaar mit den unselbständigen Kindern als Einheit des Haushalts“ und im soziologischen Sinne von einem „Grundgebilde des menschl. Zusammenlebens“ als der „zugleich ... verbreitetsten Gruppe“ spricht, die abhängig ist „von der Struktur der Gesellschaftsordnung, bes. der Wirtschaftsverfassung, innerhalb einer konkreten (kulturellen und historischen) Situation“ (Brockhaus 1977, S. 364). Zum einen herrscht hier noch die Vorstellung von der modernen Kleinfamilie (auch Gattenfamilie oder ‚privatisierte Kernfamilie‘ genannt) (vgl. Peuckert 2002, S.20), jedoch wird auf die Abhängigkeit des Begriffs von gesellschaftlichem, kulturellem und historischem Wandel verwiesen.

Das Internet-Lexikon Wikipedia gibt an, dass unter Familie heute im westlichen Kulturkreis „meist die so genannte Kernfamilie, d.h.Vater, Mutter und deren Kinder“ verstanden wird. Sie scheine in den meisten modernen Gesellschaften das überwiegend vorkommende Modell zu sein, andere familiäre Lebensformen blieben minoritär (vgl. www.wikipedia.org/wiki/Familie, 5 Familienformen, 16.08.2006).

Die Vorstellung von der privatisierten Kernfamilie wuchs über die 60er bis in die 70er Jahre hinein und entwickelte sich zum Leitbild der bürgerlichen modernen Familie mit starker normativer Verbindlichkeit (vgl. Peuckert 2002, S. 22ff). Hat man auch heute noch dieses Idealbild im Kopf, so erlebt man den Wandel der Familie in den vergangenen 30 Jahren verständlicherweise als Zerfall in verschiedenste Formen, die sich immer weiter von diesem Idealbild entfernen. Konrad verweist unter Bezugnahme auf Brose und Hildenbrand 1988 darauf, dass die moderne Familie einen Großteil ihrer ursprünglichen Funktionen an „Bildungsfunktionen und andere spezialisierte Einheiten abgegeben“ habe: Familie könne als „ein auf Emotionalität reduzierter Intimzusammenhang“ betrachtet werden, der zunehmende Individualisierungszwang führe schließlich dazu, dass eine „gemeinsame Orientierung schwer zu erreichen“ sei (Konrad 1993, S.17f).

Der Versuch einer Definition von Familie darf den in diesem Zusammenhang vielfach geprägten Begriff der Pluralisierung nicht außer Acht lassen. Wikipedia listet unter Pluralisierung von Lebensformen im Zusammenhang mit dem Wandel von Haushalts- und Familienstrukturen insgesamt 8 neben der „Normalfamilie“ bestehende Haushaltsformen auf und führt diverse für diesen Wandel verantwortliche Gründe an, die allerdings eher beispielhaften als vollständigen Charakter haben (vgl. www.wikipedia.org/wiki/Familie, 7

Pluralisierung der Lebensformen, 16.08.2006). Pluralisierung wird hier eher problematisierend gesehen. Das Fachlexikon der Sozialen Arbeit beschreibt Pluralisierung demgegenüber sachlich neutral als die „Verbreitung von nicht auf einer Ehe aufgebauten Familienhaushalten“ und führt weiter an, dass diese Lebensformen früher eher häufiger waren als heute. Kennzeichnend seien eine größere Akzeptanz der Vielfalt von Lebensformen und mehr individuelle Wahlmöglichkeiten, aber auch Entscheidungszwänge (vgl. Liegle 2002, S. 510).

Pluralisierung von Lebensformen kann also auch positiv im Sinne einer Ausdifferenzierung von Familie in Familien(formen) betrachtet werden. Um dann aber noch Familie von Nicht-Familie abgrenzen zu können hält es Nave-Herz für „notwendig, eine Definition von Familie auf einem möglichst hohen Abstraktionsniveau zu wählen“ und hebt daher auf Unterscheidungskriterien von Familie und anderen Lebensformen in einer Gesellschaft in allen Kulturen zu allen Zeiten ab: Die „biologisch-soziale Doppelnatur“ der Reproduktions- und Sozialisationsfunktion, ein „besonderes Kooperations- und Solidaritätsverhältnis“, das „über die üblichen Gruppenmerkmale hinausgeht“ sowie eine „Generationsdifferenzierung“ (Nave-Herz, 2002, S.15). Der 7. Familienbericht enthält sich einer Definition, doch lässt sich insgesamt die Vorstellung von Familie als einer basalen Grundform menschlichen Zusammenlebens in einer Gesellschaft über mindestens 2 Generationen, die solidarisch füreinander einstehen, ablesen.

Für eine zeitnahe gesellschaftliche Standortbestimmung, was die Ausdifferenzierung verschiedener Familienformen angeht, macht es jedoch sicher Sinn, Typologien von Familienformen zu erstellen, wobei die Kriterien zur Definition von Typen in Anlehnung an den jeweils betrachteten Fokus zu wählen sind.

Ohne Berücksichtigung von Stiefelternschaften und Unterscheidung hinsichtlich Kinderzahl, Zahl der im Haushalt lebenden Generationen oder ethnischem Hintergrund kommt Nave-Herz auf insgesamt 16 mögliche Typen, wobei es im Zeitablauf auch zu Wechseln zwischen den Familienformen kommen kann.

Schaubild 1: Typologie von Familienformen					
Familienbildung durch	Eltern-Familien			Ein-Eltern-Familien	
	Formale Eheschließung	Nichteheliche Lebensgemeinschaft	Homosexuelle Paare	Mutter-Familien	Vater-Familien
Geburt	X	X		X	
Adoption	X				X
Scheidung/Trennung		X	X	X	X
Verwitwung		X	X	X	X
Wiederheirat	X				
Pflegschaftsverhältnis	X				

Schaubild : Typisierte Familienformen nach ihrer Entstehung

Quelle: Nave-Herz 2002, S. 17

Die Psychiatrische Familienpflege hingegen versteht unter Familien auch einzelne Personen oder Ein-Generationenhaushalte (zum Beispiel nach dem Auszug der erwachsenen Kinder), die soziologisch betrachtet nicht zu den Familien-, sondern zu den Haushaltsformen zählen (vgl. Nave-Herz 2002, S. 28).

Ganz im Sinne von Individualisierung und Pluralisierung lässt sich Familie eigentlich nur in der konkreten Situation, die einen bestimmten Fokus bereits vorgibt, definieren. Alle Beteiligten sollten sich jedoch über das von ihnen zu Grunde gelegte Verständnis von Familie austauschen, um Missverständnisse zu vermeiden.

7.2. Signifikante Eckpunkte der Entwicklung des familiären Zusammenlebens

7.2.1. Heirat und Scheidung

„Es wird nicht nur seltener geheiratet, die Ehen sind auch zerbrechlicher geworden.“ Die jährliche Zahl der Ehescheidungen hat sich im früheren Bundesgebiet zwischen 1960 und 2000 von 49.000 auf 165.000 mehr als verdreifacht (Peuckert 2002, S. 29). Peuckert kommt rechnerisch zu dem Ergebnis, dass von den im Jahre 2000 geschlossenen Ehen nach 25 Jahren im früheren Bundesgebiet 38,5 und in den neuen Bundesländern 32,5 % zu einer Scheidung gelangen werden (vgl. a.a.O., S. 157). Städtische Regionen sind stärker betroffen als ländliche. Die durchschnittliche Ehedauer bis zur Scheidung beträgt im Jahr 2000 12,6 Jahre (West) bzw. 14,4 Jahre (Ost), wobei die Heiratsjahrgänge der 80er und 90er Jahre einen ersten Scheidungsgipfel nach 5 (West) bzw. 2-3 Jahren (Ost) und einen weiteren etwa nach 20 Jahren (empty-nest-Phase) aufweisen (vgl. Peuckert 2002, S. 165).

Hinzu kommt, dass unter den gegebenen Verhältnissen davon auszugehen ist, „dass nur etwa 60 % der jüngeren Generationen im Leben zumindest einmal heiraten“ (a.a.O., S. 331).

Demgegenüber betont der 7. Familienbericht, dass hohe Scheidungsraten nicht als Krise der Familie interpretiert werden müssen, sondern ebenso als Folge gesellschaftlicher Wandlungsprozesse betrachtet werden können. Hohe Scheidungsraten und ein hohes Heiratsalter wären häufig in Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche zu beobachten gewesen, etwa während der Französischen Revolution oder im Berlin der 20er Jahre, als die Scheidungsraten höher waren als heute (vgl. 7. Familienbericht 2006, S. 10).

Die Pluralität familialer Lebensformen, die sich auch aus Nicht-Heirat, Scheidung oder Wiederheirat ergeben, muss keineswegs als Versagen der Familie an sich interpretiert werden, denn die sich daraus ergebenden vielfältigen Lebensformen können durchaus auch als Ressource betrachtet werden. Und auch wenn die angeführten Zahlen zunächst alle Aufmerksamkeit binden: Immerhin werden im Umkehrschluss über 60 % der geschlossenen Ehen nicht geschieden. Auch bemerkenswert ist, dass „die Ehescheidungsquoten der kinderlosen Ehen am höchsten und die der kinderreichen am geringsten“ sind und dass „relativ viele Ehen in der nachelterlichen Phase“ geschieden werden (Nave-Herz 2002, S.24).

7.2.2. Die sinkende Fertilitätsrate

Bei seiner Betrachtung der Ausdifferenzierung von Lebensformen privater Haushalte kommt Peuckert zu dem Ergebnis, dass die Einpersonenhaushalte im Vergleich zwischen 1972 und 1999 um 10,2 % auf 36,3 % gestiegen sind, während die Ehepaare mit Kindern im Haushalt um 13,4 % auf 26,4 % gesunken und die Haushalte unverheirateter Paare mit Kindern im Haushalt um 1,0 % gestiegen sind. Haushalte mit 3 und mehr Generationen sind um 2,4% auf 0,9 % gesunken. Die Gesamtzahl der Haushalte ist um 34 % gestiegen. Alle genannten Zahlen beziehen sich auf das frühere Bundesgebiet (vgl. Peuckert 2002, S. 31). Rechnerisch geht er von einer Gesamtfertilitätsrate in Höhe von 1,4 % aus (vgl. a.a.O., S. 331).

Der 7. Familienbericht gibt für das Jahr 2002 eine Fertilitätsrate von 1,34 in Deutschland an und ergänzt, dass für den Rückgang der Rate nicht etwa die Zunahme Kinderlosigkeit verantwortlich sei, sondern vor allem der Rückgang der Familien mit 3 oder mehr Kindern.

„... zeigt sich, dass der Geburtenrückgang ... auf den deutlichen Rückgang der Drei- und Mehr-Kinderfamilien zurückzuführen ist und in Deutschland die ... Kinderlosigkeit bisher nur einen geringen Effekt auf die Zahl der geborenen Kinder hat.“ Kinderlosigkeit habe es phasenhaft immer gegeben (vgl. 7. Familienbericht 2006, S. 18 f).

7.2.3. Eheliche und nicht eheliche Kinder

Peuckert kommt zu dem Ergebnis, dass nicht eheliche Lebensgemeinschaften eher kinderlos sind. Nicht eheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern befinden sich zumeist in einem Zwischenstatus, in dem eine Wiederheirat aus rechtlichen oder aus an das Recht geknüpften finanziellen Gründen noch nicht möglich ist. In Bezug auf Familiengründung sei die nicht eheliche Lebensgemeinschaft zu vernachlässigen. Nach Prüfung der kindorientierten Eheschließung treffe diese allerdings nicht zu, da tatsächlich eine Reihe anderer Motive wie Liebe, Sicherheit und Geborgenheit und die Vorstellung von Familienleben mindestens ebenso gewichtig seien (vgl. Peuckert 2002, S. 50ff).

Nave-Herz kommt hier unter Berufung auf vier empirische Untersuchungen zu dem gegenteiligen Ergebnis, dass es in Deutschland eine hohe Verknüpfung von Eheentscheidungsgrund und Kinderwunsch gibt (vgl. Nave-Herz 2002, S. 18f).

Der 7. Familienbericht führt im Vergleich zu anderen Ländern Europas an, dass in Deutschland 25% der Kinder in nicht ehelichen Lebensgemeinschaften geboren werden. Italien liegt weit darunter mit 10%, Skandinavien mit 40-55% und Frankreich mit 44% weit darüber. In Deutschland stehen also Ehe und Familiengründung in einem vergleichsweise deutlichen Zusammenhang (7. Familienbericht, 2006, S. 126). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass in Deutschland 75% der Kinder innerhalb einer ehelichen Lebensgemeinschaft geboren werden. Obwohl in Frankreich die Zahl der nicht ehelichen Kinder in Familien deutlich höher ist, konnte Psychiatrische Familienpflege hier erfolgreich etabliert werden.

7.2.4. Das Familienleben

Das Geschlechterverhältnis in der modernen Kleinfamilie der 60er und 70er Jahre lässt sich als eine partnerschaftliche Ehegattenbeziehung bei klarer Arbeitsteilung definieren, die ökonomisch „aufging“. Auch diese Lebensform, in der der Mann der Erwerbsarbeit nachging

und die Frau sich um Haushalt und Kinder kümmerte, war letztlich ein Produkt ihrer Zeit und der damit verbundenen Herausforderungen (7. Familienbericht 2006, S.17). Das Modell setzte sich durch und wurde zum Idealbild von Familie. Dieses traditionelle Ernährermodell trennte männliche und weibliche Biografien, was Probleme für die innerfamiliären Beziehungen mit sich brachte. Die Aufweichung der diesem Modell zu Grunde liegenden Vollzeit-Erwerbsarbeit ist ein weiterer Grund für einen Einstellungswandel, der sich schon über viele Jahre vollzieht. Doch wird dieser Einstellungswandel durch die Praxis der alltagsgestaltenden Institutionen blockiert. Peuckert widmet diesem Phänomen ein ganzes Kapitel und überschreibt es mit „Die strukturelle Rücksichtslosigkeit der gesellschaftlichen Verhältnisse gegenüber Familien“ (vgl. Peuckert 2002, S.347ff) Kindergärten, Grundschulen und Schulen erfordern hinsichtlich der Betreuungsangebote, Beginn und Endzeiten sowie der Kosten für Betreuung und den Ferienzeiten quasi die ständige Verfügbarkeit eines Elternteils, in der Regel der Mutter. Die gesellschaftliche Arbeitszeitgestaltung erschwert zeitversetzte Betreuungsarrangements zwischen Partnern. Die berufliche Karriere oder auch nur eine angestrebte existenzsichernde Lohnhöhe fordert Leistung, Weiterbildung und Verfügbarkeit, sie „verzeiht aber keine familienbedingten Reduzierungen“. Interessant ist die dazu im Familienbericht angeführte ALLBUS-Umfrage, die ergibt, dass mehr als 40% der 18-55jährigen auch heute noch dem Hausfrauen- oder Ernährer-Modell zustimmen (7.Familienbericht 2006, S. 72).

In den 80er Jahren setzte sich zunehmend die so genannte Verhandlungsehe durch. Während es in anderen Ländern Europas und in den USA in den 90er Jahren zu einer Abkehr vom Hausfrauenmodell kommt, finden in Deutschland eher schleichende Veränderungen vom Alleinverdiener- zum so genannten Ernährer-Zuverdienermodell statt.

Wie letztendlich die Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern in Bezug auf Haus- und Sorgearbeit verteilt wird, ist abhängig von den Ressourcen und den in der jeweiligen Familie bestehenden Wertvorstellungen. Mütter / Frauen leisten unabhängig vom Grad ihrer Erwerbstätigkeit nach wie vor etwa doppelt so viel Hausarbeit wie Männer (vgl. a.a.O., S. 72ff). Bezüglich der Hausarbeit gibt es Entlastungsstrategien wie Technisierung, Nutzung sozialer Netzwerke oder, wenn entsprechende Ressourcen vorhanden sind, durch Einstellung von bezahlten Haushaltshilfen. Die emotionale Sorgearbeit bleibt in der Regel bei den Müttern verankert. Eine große Herausforderung ist das „Familienmanagement“, also die

institutionelle, formelle und informelle Organisation der Familie und ihrer Mitglieder nach außen hin.

Arbeitsteilung gibt es jedoch nicht nur zwischen den erwachsenen Partnern, sondern auch, besonders im hauswirtschaftlichen Bereich, zwischen den Generationen: Zur Erziehung von Kindern gehört ganz natürlich auch der Bereich der Befähigung und Sozialisation zur eigenen Haushaltsführung, so wie es dem Alter und der Person des Kindes angemessen ist. Auffällig ist, dass „der Grad der kindlichen Mithilfe im Familienalltag abnimmt, je höher die soziale Stellung der Eltern ist. Umgekehrt steigt der Grad der kindlichen Mithilfe mit dem Ausmaß der elterlichen Berufstätigkeit und mit der Anzahl der Geschwister“ (Nave-Herz 2002, S. 53).

Trennung und/oder Scheidung müssen heutzutage nicht mehr als Desorganisation von Familie betrachtet werden, sondern als Reorganisationsmodell, in dem das Familiensystem zukunftsorientiert auf die neuen Bedürfnisse hin ausgerichtet und organisiert wird. Seit Ende der 80er Jahre wird Scheidung zunehmend als Transitionsaufgabe verstanden, die die interaktive, individuelle und kontextuelle Bewältigung von Scheidung als Entwicklungsaufgabe zum Inhalt hat (vgl. a.a.O., S.116). Durch die Einführung des gemeinsamen Sorgerechts ermöglicht auch der Gesetzgeber den Übergang in ein neues Familiensystem. Scheidung bleibt deswegen dennoch ein tief greifendes kritisches Lebensereignis, doch ist eine erfolgreiche Bewältigung möglich, wobei der Prozess an die Ausbildung zahlreicher Kompetenzen gebunden ist. Trotz steigender Scheidungsraten wachsen in den westlichen Bundesländern 80% und in den östlichen 2/3 der Kinder bei ihren beiden leiblichen Eltern auf.

Im Lebenslauf von Frauen lässt sich eine Phase feststellen, die als „Rush-hour“ des Lebens bezeichnet wird. In Deutschland liegt sie zwischen dem 27. und dem 34. Lebensjahr. In dieser Zeit versuchen die Betroffenen unter großem Zeitdruck, den höchstmöglichen und notwendigen Ausbildungsabschluss zu erreichen und sich im Beruf möglichst gut zu positionieren. Der Zeitdruck in Deutschland ist besonders groß, denn anders als in anderen Ländern gibt es danach nicht mehr die Möglichkeit, sich für einen bestimmten Beruf zu qualifizieren, da Qualifizierung stets über Ausbildung organisiert ist. In anderen Ländern gibt es Qualifizierungsmöglichkeiten über alle Altersgruppen hinweg. Für Frauen, die Kinder bekommen, macht diese Rush-hour allerdings kaum einen Sinn, da ein Wiedereinstieg zwar

gesetzlich garantiert, dieser jedoch nur zum Teil realisiert wird. Hinzu kommt, dass Frauen nach 3-jähriger Familienphase durch Weiterentwicklung der betrieblichen Arbeitsweisen völlig veränderte berufliche Bedingungen vorfinden. Die so genannten „gewonnenen Jahre“ nach Erziehung des letzten Kindes bis Eintritt in das Rentenalter können somit oft nicht sinnvoll genutzt werden.

Auch die Erziehungsstile und das Erziehungsverhalten haben sich verändert. Traditionelle Erziehungsziele verändern sich hin zur Entwicklung von Verantwortungsgefühl und Selbstständigkeit. Entsprechend verändert sich der Erziehungsstil hin zu Aushandlung und Diskussion. Dadurch entwickeln sich auf beiden Seiten kommunikative und reflexive Kompetenzen, besonders ist die Verbalisierung von Emotionen zu erwähnen. (vgl. Nave-Herz 2002, S. 68ff)

Ebenfalls hat sich das familiäre Freizeitverhalten gewandelt. Die am häufigsten ausgeübten Aktivitäten sind zugleich diejenigen, die gemeinsam mit der Familie unternommen werden. Außenkontakte pflegt die Familie als Ganzes. Nave-Herz führt dies auf die Emotionalisierung und Intimisierung der familialen Binnenstruktur zurück (vgl. a.a.O., S. 90f).

7.3.Umweltbedingungen und deren Anforderungen an Familie

7.3.1. Erwerbsarbeit

Der 7. Familienbericht stellt in seiner Einführung zu den innerfamiliären Dynamiken fest, dass die Weiterentwicklung und die Neuorganisation von beruflichen und familiären Lebensläufen eine große Herausforderung darstellt, was „ganz andere Strategien der Lebensbewältigung“ voraussetzt (7.Familienbericht 2006, S. 10).

Die Quote der Erwerbstätigkeit bei kinderlosen Frauen beträgt 74%, wonach also 26% nicht erwerbstätig sind. Mit zunehmender Kinderzahl sinkt die Quote bis auf 46 % bei mehr als 3 Kindern, wobei die Quote wiederum je nach Alter der Kinder steigt (vgl. a.a.O., S. 28). Die Frauenerwerbstätigkeit bei Familien mit Kindern im Alter von 6-14 Jahren beträgt 2003 in Westdeutschland 73,5 % und in Ostdeutschland 68,6 %, wobei ein großer Teil davon

teilzeitbeschäftigt ist (vgl. 7. Familienbericht 2006, S. 223). Nave-Herz kommt bei einer Berechnung nach den Zahlen des Statistischen Bundesamtes von 2001 für das Jahr 2000 auf eine westdeutsche Quote von 61,5 % (vgl. Nave-Herz 2002, S. 40). Neben den Doppelernährerpaaren leben vor allem Alleinerziehende oder Ein-Eltern-Familien unter zeitlich besonders belasteten Familienkonstellationen. Der Anteil von Ein-Eltern-Familien beträgt etwa 15 % aller Haushalte mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren. Unter ihnen zeigt sich eine wesentlich höhere Vollzeitbeschäftigung, was unter ökonomischen Gesichtspunkten sehr nachvollziehbar erscheint (vgl. 7. Familienbericht 2006, S. 224). Nave-Herz kommt bei einer selbst angestellten Berechnung auf Basis von Zahlen des Statistischen Bundesamtes von 4/2001 auf 23% (vgl. Nave-Herz 2002, S.22).

7.3.2. Finanzielle Situation

Zu erwähnen ist hier zunächst der so genannte „Achterbahneffekt“: Bekommt ein erwerbstätiges Paar ein Kind, sinkt das vorher vorhandene Einkommen rapide, wofür einerseits der Wegfall eines Einkommens und andererseits die erhöhten Kosten für die Versorgung des Kindes verantwortlich sind. Mit zunehmendem Alter des Kindes steigt das Einkommen dann auf Grund der Neuaufnahme einer Erwerbstätigkeit wieder an, erreicht aber nicht das Niveau von Doppelverdienern ohne Kinder (vgl. a.a.O., S. 26). Die Kluft vergrößert sich analog zur Kinderzahl, das Armutsrisiko steigt. Familienpolitik ist bemüht, hier einen Ausgleich zu schaffen, das neu installierte Elterngeld in Anlehnung an den vorherigen Verdienst schafft zumindest einen seichteren Übergang in die neue finanzielle Situation. Vor der Einführung des Elterngeldes lagen die öffentlichen Ausgaben für Familien mit 1,9% des Bruttoinlandsprodukts 0,2 Prozentpunkte unter dem EU-Durchschnitt (vgl. a.a.O., S. 38).

Die relative Kinderarmut ist seit Einführung der Armutsberichte ein gewichtiges Thema. Aus dem 7. Familienbericht lässt sich anhand einer Statistik der Leistungen im Rahmen von Hilfen zum Lebensunterhalt der Bundesländer ablesen, dass Kinder unter 7 Jahren in Großstädten, Nord- und Ostdeutschland überproportional betroffen sind (vgl. a.a.O., S. 181).

Für die ökonomische Lage der Familie sind die Anzahl der Kinder und die Art des Haushalts, in dem Kinder aufwachsen, von immenser Bedeutung: Weit unten abgeschlagen finden sich die Ein-Eltern-Familien. (Nicht)Eheliche Haushalte mit Kindern liegen ein wenig über

diesem Niveau. Die ökonomischen Gewinner der Einkommensverteilung sind eindeutig Lebensgemeinschaften und Ehepaare ohne Kinder (vgl. Nave-Herz 2002, S. 252). Diese zählen in der Regel nicht zu den Bewerbern als Gastfamilien.

7.3.3. Familien- und Kinderbetreuungsorganisation

Die Betreuungssituation der 3-6jährigen Kinder ist in Deutschland von der Zahl der zur Verfügung stehenden Plätze her ausreichend, jedoch kollidieren die Betreuungszeiten hinsichtlich Beginn, Ende und Schließzeiten mit den Anforderungen aus der Erwerbstätigkeit. Für die unter 2jährigen stehen zu wenig Plätze zur Verfügung, ebenso ist die Betreuung von Grundschulkindern auf Grund des uneinheitlichen Halbtagsystems, das häufig auch täglich noch zeitlich variiert, sowie auf Grund von fehlenden Hortplätzen unzureichend. Krippenplätze gibt es kaum. Hinzu kommt, dass Wahlmöglichkeiten hauptsächlich in der Stadt bestehen, Kinder aber mehrheitlich am Stadtrand oder im ländlichen Raum aufwachsen. Dieser im europäischen Vergleich ziemlich „unterentwickelte“ Zustand stellt Familien vor nur schwer lösbare Aufgaben. Normalarbeitsverhältnisse nehmen keine Rücksicht auf familiäre Belange. Also ist die Balance zwischen Teilzeitarbeit und Kinderbetreuung, deren Bedingungen je nach Betreuungsart wechseln, in der Regel von den Müttern zu bewältigen, die dazu alle denkbaren Ressourcen mobilisieren müssen, bis hin zur wochentäglichen Organisation der nicht institutionellen Betreuung über eigene soziale Netzwerke (vgl. 7.Familienbericht 2006, S. 229f). Ein weiterer Faktor sind die hohen Betreuungskosten. Auch das mag ein Grund sein, auf eine Existenz sichernde Erwerbsarbeit zu verzichten, um dann diese Kosten zu sparen, was insbesondere für Familien mit mehr als einem Kind zutrifft.

Der 7. Familienbericht liefert auch einige Zahlen zur Betreuungssituation von Kindern in Kiel. Pro 1000 Kinder im Alter von 6-9 Jahren stehen in Kiel lediglich 377 Betreuungsplätze in Einrichtungen zur Verfügung, womit Kiel im Vergleich von 13 ost- und westdeutschen Städten an vorletzter Stelle liegt. Krippenplätze stehen in ostdeutschen Städten in 5-10facher Größenordnung zur Verfügung. Kiel hat 55 Krippenplätze für Kinder unter 3 Jahren und liegt im Vergleich mit den anderen westdeutschen Städten in der Mitte. Ähnlich verhält es sich bei den zur Verfügung stehenden Hortplätzen für Kinder im Alter von 6-9 Jahren (vgl. a.a.O., S. 339). Die geringe Zahl dieser Plätze in öffentlichen Einrichtungen weist darauf hin, dass Eltern vielfach für die notwendige Betreuung ihrer Kinder individuelle funktionsfähige

Lösungsstrategien gefunden haben (müssen). Eltern mit kleineren Kindern kommen relativ oft als Gastfamilien in der Psychiatrischen Familienpflege vor.

7.4. Folgen

7.4.1. Belastungen und Widersprüchlichkeiten

Die Folgen aus den genannten Eckpunkten und Umweltbedingungen sind zum einen erhebliche Widersprüchlichkeiten und Belastungen, denen die Familien sich stellen müssen. Leistungen von Familien für die Gesellschaft werden politisch immer noch als gegebene, quasi natürliche Ressourcen betrachtet, die nicht wie alle anderen Güter als knapp betrachtet werden. Insgesamt lässt sich feststellen, dass schulische Institutionen immer mehr Aufgaben in die Familie zurückverlagern und dass die Lebensumfeldbedingungen insgesamt nicht auf die existentiellen Bedürfnisse von Familien abgestimmt sind. „Eine Kernthese dieses Berichtes ist die Annahme, dass die Balance zwischen Bildungs- und Berufsverläufen auf der einen Seite und der Entwicklung von Familienbeziehungen im Lebenslauf auf der anderen Seite ebenso kompliziert geworden ist wie die Organisation alltäglicher Erwerbsarbeit und die Fürsorge für Andere. Ohne neue Konzepte der Verknüpfung von Bildung, Beruf, Partnerschaft, Elternschaft und Solidarität mit der älteren Generation ist nicht auszuschließen, dass die Fürsorge für die nachwachsende Generation wie auch die Solidarität für die ältere Generation prekär wird.“ (7.Familienbericht 2006, S. 7).

Vor allen Dingen ergeben sich auf allen Gebieten zeitliche Konflikte. Davon sind insbesondere Doppelpfänger- und Einelternfamilien in quantitativer aber auch Erwerbslose Eltern in qualitativer Hinsicht betroffen, denn auch bei Letzteren zeigen sich vermehrt Tendenzen von familiärer Desorganisation (vgl. 7. Familienbericht 2006, S. 226f). Aber auch im „Normalfall“ der Familie, die sich im Ernährer-Zuverdienermodell organisiert hat, ergeben sich aus den oben angeführten Gründen bei der Infrastruktur der Kinderbetreuung nur schwer zu lösende Zeitkonflikte, die durch die zunehmende Flexibilisierung der Arbeitszeiten insbesondere im Dienstleistungssektor (z.B. Öffnungszeiten im Einzelhandel ohne gesetzliche Begrenzung) wiederum zu verschärften Unvereinbarkeiten mit den Betreuungszeiten von Kindern führt (vgl. 7. Familienbericht 2006, S. 235ff). Eine Integration von Familie und Erwerbsarbeit lässt sich derzeit wohl nur durch die Nutzung privater sozialer Netzwerke (Nachbarn, Freunde, Familie) erzielen, wobei das Gebilde am Ende

höchst störanfällig ist: Notfallsituationen (Erkrankung der Kinder, Ausfall der Betreuungspersonen, kurzfristige Arbeitszeitänderungen) können das subtil gewebte Betreuungsarrangement der Familie schnell ins Wanken bringen (vgl. a.a.O. S. 239). Auch die „Rush-Hour of life“, die sich aus der verlängerten Ausbildungs- und beruflichen Positionsfindungsphase einerseits und der dann folgenden Familiengründung bzw. dem beruflichen Wiedereinstieg andererseits ergibt, bringt erhebliche zeitliche Konflikte mit sich (vgl. a.a.O.,S. 243).

Erstaunlicherweise sind Familien jedoch trotz all der genannten Schwierigkeiten außerordentlich flexibel und anpassungsfähig. Aus den veränderten Anforderungen und Bedingungen ergeben sich auch eine Reihe von Ressourcen.

7.4.2. Ressourcen

Familienmitglieder stellen im familiären Binnenverhältnis auf der Basis ihrer persönlichen Beziehungen zueinander den familiären Alltag in Auseinandersetzung miteinander und mit den die Familie umgebenden sozialen Systemen immer wieder neu her. Das bietet insbesondere Chancen für eine Weiterentwicklung der Geschlechterbeziehungen und der Partizipation aller Familienmitglieder: „Dass diese alltäglichen Herstellungsleistungen per Versorgung in Kooperation, Absprachen, Aushandlungen, Sicherungen von Verlässlichkeit und wechselseitigem Vertrauen die Familie heute bei aller Zerbrechlichkeit tragen, enthält auch die Chance für neue Geschlechterbeziehungen und Entwicklung von Partizipation für alle Beteiligten. Die neue Binnenkonstruktion ist Ergebnis der Postmoderne und eine besondere Leistung von Familie heute...“ (7. Familienbericht 2006, S. 12f).

In der Familienarbeit werden von den Familienmitgliedern auf Grund der hohen zu bewältigenden Anforderungen eine Reihe von Kompetenzen erworben, die für die Erwerbsarbeit, aber auch für andere gesellschaftliche Aufgaben außerordentlich nutzbringend sind. Der Transfer in die Erwerbsarbeit gelingt jedoch bisher nur unzulänglich und ist daher rein volkswirtschaftlich als eine Verschwendung knapper Ressourcen anzusehen. Die wichtigsten in der Familienarbeit erworbenen Kompetenzen sind Organisationsfähigkeit, Verantwortungsbewusstsein, Belastbarkeit und Stressbewältigung, Flexibilität, Zeiteinteilung und verantwortlicher Umgang mit Zeit (vgl. a.a.O., S. 134ff).

Viele dieser erworbenen Kompetenzen sind übrigens in den Anforderungsprofilen betrieblicher Stellenbeschreibungen zu finden.

Die elterliche Erziehungshaltung der so genannten Verhandlungsfamilie (s.o.) führt vor allem zum Erwerb sozialer Kompetenzen wie Kommunikation, Verbalisierung von Emotionen, Teamfähigkeit und der dafür erforderlichen Reflexionsfähigkeit.

Selbst die in vielerlei Hinsicht mit Risiken verbundene Lebenslage von Ein-Elternfamilien birgt Möglichkeiten: Alleinerziehende Mütter haben „signifikant mehr Freunde und Bekannte als verheiratete Mütter. Dieses erweiterte soziale Umfeld und die stärkere Außenorientierung Alleinerziehender wirken sich auch positiv auf die Kontakterfahrungen ihrer Kinder aus.“ (Nave-Herz 2002, S. 99).

7.5. Fazit

Der 7. Familienbericht gelangt zu der Auffassung, dass die Pluralität familiärer Lebensformen keineswegs als Krise der Familie zu betrachten ist, denn die Vielfalt der Lebensformen ist auch Ausdruck für die Vielfalt der Reaktionen und Strategien auf die sich im Zeitverlauf rasch ändernden Anforderungen. Familie differenziert sich aus, weil sie anpassungsfähig und elastisch ist. Ideale und Werte wie eine lebenslange Ehe als moralisch verordnete Grundlage der Familie und ihre einzige gesellschaftlich anerkannte Form befinden sich in einem Umbruch, aus dem konkret neue Familienformen hervorgehen, die auf ihre Funktionsfähigkeit hin gesellschaftskritisch überprüft werden (vgl. 7. Familienbericht 2006, S. 10 ff).

Peuckert beschreibt insgesamt 3 Modelle, in denen die unterschiedlichen Ansichten zur Entwicklung von Ehe und Familie in Westdeutschland zusammengefasst werden können:

- Die These vom Zerfall der Familie nach Hoffmann-Nowotny, die auf die Spitze getrieben zu einer weiteren Deinstitutionalisierung, Individualisierung und Pluralisierung in Verbindung mit einer zunehmenden Polarisierung zwischen Familien- und Nichtfamiliensektor führt.

- Die These von der Reduktion der institutionellen Qualität nach Tyrell, die davon ausgeht, dass sich der Status quo des gegenwärtigen Niveaus der Fertilität und des Familien- und Nicht-Familiensektors in der Bevölkerung stabilisieren wird.
- Die These vom institutionellen Wandel nach Nave-Herz, die davon ausgeht, dass Ehe und Familie Bedeutungswandel statt Bedeutungsverlust erfahren. Es erfolgt keine Abkehr von der Ehe, sondern nur eine Phasenverschiebung bis zur Eheschließung. (vgl. Peuckert 2002,S. 332)

Peuckert kommt in der Diskussion der drei Thesen zu dem Ergebnis, dass Stabilisierung oder weitere Deinstitutionalisierung wahrscheinlich sind, nicht jedoch die These vom institutionellen Wandel. Er beschreibt am Ende ein Marktmodell als am wahrscheinlichsten, in dem sich die Menschen auf dem Markt der Lebensform-Möglichkeiten phasenweise für die jeweils passenden Formen entscheiden (vgl. ebd).

Dem entgegen steht die eher gesamtgesellschaftliche Position des 7. Familienberichts, der auf die zunehmende gesellschaftliche Bedeutung der Familienarbeit vor allem der personenbezogenen Fürsorgearbeit im Hinblick auf den demografischen Wandel abhebt. Diese Arbeit ist gesellschaftlich unbedingt notwendig (vgl. 7. Familienbericht 2006,S. 87) und zukünftig wohl kaum durch Sozialversicherungsträger leistbar. Familienpolitik wird also zukünftig entsprechende Anreize schaffen (müssen) und somit erheblich den „Markt“ der Lebensformen beeinflussen.

Eine neue Aufgabe von Familienarbeit seit Beginn der Pluralisierung ist das Familienmanagement. Sie umfasst die Erschließung und Vernetzung kindlicher Freizeit- und Bildungsorte. Sozialisationsmilieus werden beispielsweise durch Kindertagesstätten neu geschaffen oder es werden Spielgruppen privat organisiert. Dazu kommt die Organisation verschiedenster Hobbies der Kinder (vgl. a.a.O., S. 93f). Vor allem entwickeln FamilienmanagerInnen Kompetenzen auf den Gebieten Erschließung und Koordination von Institutionen, Konfliktmanagement, Organisation und Logistik, Umgang mit Institutionen und Entwicklung von Lösungswegen.

Der Wandel der gesellschaftlichen Lebensbedingungen und der Familie sind als interdependent aufzufassen. Familie ist Produkt und Produzent gesellschaftlichen Wandels

(vgl. a.a.O., S. 103).

Der beschriebene Wandel familialer Lebensformen in der heutigen Gesellschaft kann nicht als eine Entwicklung betrachtet werden, an deren Ende die Auflösung der Familie steht. Auch wenn hohe Forderungen nach Anpassungsleistungen vielfältige Probleme oder unkonventionelle Lösungsstrategien hervorbringen und eine beachtliche Zahl von Familien daran zerbricht, so bringen doch die Ausdifferenzierung familialer Lebensformen und die Bewältigung der Aufgaben vor allem viele Chancen in Bezug auf Psychiatrische Familienpflege mit sich: Familien können auf ihre Passung mit möglichen BewohnerInnen hin individuell ausgewählt werden. Die Entwicklung zur Verhandlungsehe und –familie beinhaltet den Erwerb von für die Psychiatrische Familienpflege wichtiger Kompetenzen wie Kommunikations- und Reflexionsfähigkeit sowie die Fähigkeit zur Verbalisierung von Emotionen. Erziehungsziele wie Selbstständigkeit und Übernahme von Verantwortung werden/wurden in der Familie verfolgt und können auf den Umgang mit Bewohnern transferiert werden. Vollzeithausfrauen finden sich vor allem unter den weniger privilegierten Familien. Sie sind es auch zumeist, die sich als Gastfamilien auch mit dem legitimen Ziel eines Hinzuverdienstes bewerben. Familien haben wertvolle Kompetenzen bei der schwierigen Organisation von Kinderbetreuung und in der Auseinandersetzung mit Institutionen und deren Koordination entwickelt, was für BewohnerInnen bezüglich ihrer Integration im sozialen Umfeld oder auch in den Bereichen Arbeit und Freizeit durchaus vorteilhaft sein kann.

Für die psychiatrische Familienpflege gilt, dass „alle familialen Strukturen ...unter bestimmten inneren Voraussetzungen und äußeren Rahmenbedingungen solidarische Bindungen als tragendes Milieu garantieren“ können. Der soziale Wandel habe traditionelle Strukturen und Lebensformen aufgebrochen, zugleich aber auch die Suche nach anderen Formen von solidarischer Verlässlichkeit in Bewegung gebracht. Familie wird mit Blick auf die Vielfalt zunehmender Aufgaben als „erstaunlich leistungsstark“ eingeschätzt, allerdings wird auch das Risiko der Verkehrung positiver Funktionen in problematischen Stress bei Überschreitung der Belastbarkeitsgrenzen gesehen. Daher hat die Psychiatrische Familienpflege trotz widersprüchlicher Aussagen über die Zukunft der Familie „Aussicht, ein wichtiger Baustein im Versorgungssystem zu werden, sofern sozial- und familienpolitische Steuerung und finanzielle Anreize helfen, flankierende Rahmenbedingungen zu schaffen (Schönberger, Stolz 2003, S. 24ff).

8. Die Arbeit mit den Gastfamilien

8.1. Gewinnung geeigneter Gastfamilien und Anbahnung einer Familienpflege

Vor allem bei einem Neuaufbau von Familienpflegeeinrichtungen ist die Gewinnung von geeigneten Gastfamilien und interessierten Bewohnern eine basale Aufgabe. Bezüglich der Akquisition von Gastfamilien im Landkreis Dahme-Spreewald berichten Schönberger und Stolz über die indirekte Ansprache durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Anzeigen in der Regionalpresse, Berichte über Familienpflege in regionalen Medien und die persönliche Ansprache geeigneter Multiplikatoren aus Kommune und Kirche, die allerdings zuvor selbst erst einmal umfassend informiert und überzeugt werden müssen) und über die direkte Ansprache und Werbung interessierter Gastfamilien. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch die Versorgung von möglichen Interessenten mit gut aufbereitetem Informationsmaterial, aus dem die mit Familienpflege verbundenen Anforderungen und Aufgaben deutlich werden (vgl. Schönberger/ Stolz 2003, S. 59).

Bezüglich der Auswahl von Gastfamilien schlagen Schönberger und Stolz folgendes Vorgehen vor:

- I. Schon beim ersten meist telefonischen Kontakt werden Anforderungen und Voraussetzungen für eine Vorauswahl benannt. Zumeist wird dann Informationsmaterial zugesandt, das der interessierten Familie ermöglicht, sich eingehend über die damit verbundenen Aufgaben klar zu werden. Verbindliche Grundvoraussetzungen sind Zeit und Präsenz für die Betreuung sowie ausreichende Räumlichkeiten und ein eigenes Zimmer für den Bewohner. Weitere äußere Voraussetzungen sind stabile Lebensumstände, die Möglichkeit sich im Freien aufzuhalten, Beschäftigungsmöglichkeiten in Haus/Garten und die Erreichbarkeit (öffentliche Verkehrsmittel, Komplementäreinrichtungen). Diese äußeren Voraussetzungen sind relativ leicht messbar. Eine weitere eindeutige Voraussetzung ist die Anerkennung der vertraglichen Grundlage. Emotionale und soziale Voraussetzungen sind hingegen auslegungsbedürftige Kriterien. Darunter fallen beispielsweise

- eine realistische Einschätzung der künftigen Aufgabe
- die innere Vorbereitung durch Antizipation zukünftiger Situationen
Annahmefähigkeit hinsichtlich Hilfe/ Unterstützung
- Offenheit in der Ansprache von Problemen/Vorbehalten
- Empathie
- die Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung und Reflexionsfähigkeit
- ein emotional warmes familiales Klima und Kohärenzerleben
- eine gute soziale Einbindung der Familie
- positive/optimistische Lebenseinstellung/Zukunftserwartungen
- Kooperationsbereitschaft mit dem Team

(vgl. a.a.O., S. 60)

- II. Zwei TeammitarbeiterInnen führen den ersten Hausbesuch bei der Familie durch. Für dieses Erstgespräch wurde eigens ein Leitfaden entwickelt. Die daraus gewonnenen Ergebnisse und die Einschätzung darüber, wie weit die Voraussetzungen durch die Gastfamilie erfüllt werden, dienen dem Team als erste Orientierung. Maßgebend für die Entscheidung sind jedoch „die fachlich begründete Intuition und die spontane, später reflektierte Gefühlswahrnehmung“ der gesprächsführenden MitarbeiterInnen. Eine akzeptierende Gesprächsatmosphäre und Impulse für eine offene Erzählweise sollen der Familie dazu verhelfen, sich möglichst unverfälscht darzustellen statt sich an sozialer Erwünschtheit auszurichten. Beziehungsfähigkeit und Interaktionsmuster der Familie würden sich vor allem bei Empfang bzw. Verabschiedung der MitarbeiterInnen und bei der Gesprächseröffnung zeigen. Die Gesprächsergebnisse werden für die spätere Reflexion und Vergleichbarkeit mit anderen Bewerberfamilien schriftlich fixiert. Beim Erstbesuch werden auch die räumlichen Voraussetzungen geprüft.
- III. Bis zur endgültigen Entscheidung folgen zwei bis drei weitere Besuche. Dabei können in der Reflexion entstandene Fragen geklärt und mit allen Familienmitgliedern Wünsche, Erwartungen und Befürchtungen besprochen werden.
- IV. Parallel zu den Hausbesuchen des Teams können Kontakte zu anderen Gastfamilien entweder direkt oder über die Einladung zu regelmäßig stattfindenden Familientreffen hergestellt werden.

- V. Schließlich folgt die Phase der Anbahnung von Kontakten und Besuchen möglicher BewohnerInnen. Wünsche der Familie z. B. hinsichtlich des Geschlechts oder Alters werden dabei berücksichtigt (vgl. ebd).

Ebenso wie es günstige Bedingungen oder erfüllte Voraussetzungen gibt, können eine Reihe von familialen Merkmalen auch Hinweise auf spätere Schwierigkeiten in der Betreuungssituation sein. Diese sind nicht nur unerfüllte Voraussetzungen im Umkehrschluss, sondern durchaus selbständige Merkmale. Dabei spielt zum Teil die Motivation zu einer Bewerbung als Gastfamilie eine Rolle. Hinweise auf mögliche Schwierigkeiten werden nicht grundsätzlich als Ausschlusskriterien betrachtet, müssen aber vor dem eigentlichen Beginn der Familienpflege realisiert und in einer Abwägung von Risiken und Chancen eingeschätzt werden. Kritische Merkmale, die nicht direkt mit der Motivation der Familie zu tun haben, sind

- I. instabile Partnerbeziehungen oder latente Ehekrise, die sich häufig am Rande von ersten gemeinsamen Gesprächen mit dem Team andeuten.
- II. Rigide normative oder moralische Vorstellungen sind ebenfalls hinderlich, wenn vom Bewohner einseitig und rasch zu hohe Anpassungsleistungen verlangt werden.
- III. Zu hohe Erwartungen in zeitlicher und inhaltlicher Hinsicht: Für die Eingewöhnung müssen in der Regel 6-12 Monate eingeplant werden, bis sich der Bewohner eingelebt hat, bis Routinen entwickelt und Sicherheit empfunden werden. Wie weit sich ein Bewohner in seiner Selbständigkeit, z.B. im Bereich Hygiene oder Umweltbeziehung auf das Niveau eines gesunden Erwachsenen hin entwickeln kann, ist höchst unterschiedlich. Zu hohe Erwartungen führen in jedem Fall schnell zu Enttäuschungen.
- IV. Familien mit ausgeprägtem Manipulations- oder Kontrollmechanismen zielen unbewusst darauf, die BewohnerInnen zu steuern und verhindern oder verengen damit die für eine Entwicklung notwendigen Spiel- und Freiräume.

- V. Eine geringe soziale Einbindung der Familie in die sie umgebenden Systeme bergen die Gefahr, dass sich die Familie nur noch auf die Betreuungsaufgabe konzentriert, die schließlich einen neuerlichen stationären Charakter entwickeln könnte. Der Bewohner hat dann nur sehr begrenzte Begegnungsmöglichkeiten.
- VI. Entsteht der Eindruck, dass bestimmte Themen vermieden oder verheimlicht werden, kann das auf ein grundsätzliches Handlungsmuster hindeuten, Probleme zu verbergen. Das wiederum äußert sich in konflikthaften Beziehungskonstellationen und erschwert eine offene Ansprache und Bearbeitung.
- VII. Wenn Hinweise des Teams nicht angenommen, Schwierigkeiten bagatellisiert oder die Betreuungssituation idealisiert wird, kann auch das Hinweis auf ein Muster „problematischer Verleugnung“ sein.
- VIII. Professionelle Vorerfahrung im psychiatrischen, sozialen oder medizinischen Bereich kann problematisch sein, weil zum einen das natürliche Klima einer normalen Familie einem semiprofessionellen systematischen Handeln weicht und es können sich Konkurrenzbeziehungen zum Team ergeben. Dieses Merkmal wird von Praktikern aber durchaus unterschiedlich eingeschätzt: Eisenhut berichtet, dass die Teams froh seien „Familien mit einem professionellen Background gewinnen zu können, da immer öfter Klienten mit komplexem Hilfebedarf ... vermittelt werden und hierbei die therapeutische Wirksamkeit der Familie als solcher nicht ausreicht“ (Eisenhut 2004, S. 48).
- IX. Motivgeleitete Merkmale sind hohe psychische Bedürftigkeit der Gasteltern, das Überwiegen unverarbeiteter Brüche in der Biografie, eine nicht klärbare Motivation oder aber einseitig materielles oder altruistisches Interesse. Auf diese Motive wird weiter unten eingegangen.

(vgl. Schönberger/ Stolz 2003, S. 62ff)

Zusammenfassend könnte man sagen, dass starre Erwartungs- Handlungs- und Deutungsmuster, Zurückgezogenheit und Motivation aus eigentherapeutischen, rein

materiellem oder (angeblich) altruistischem Interesse einer erfolgreichen Betreuung eher im Wege stehen.

Halten Bewohner, Familie und Team das Gelingen für wahrscheinlich, gestaltet sich der Übergang in das eigentliche Familienpflegeverhältnis in aller Regel durch mindestens ein oder mehrtägiges Probewohnen. Das Team wertet die Erfahrungen daraus mit Bewohner und Familie aus. Dabei kommt es durch den hohen Erwartungsdruck, den die Familien empfinden und dem sie gerecht werden wollen, leicht dazu, dass sich andeutende Probleme bagatellisiert oder übersehen werden. Das Team legt bei der Auswertung ein besonderes Augenmerk darauf. Die Familien sollen während des Probewohnens durch die gemeinsamen Erfahrungen im alltäglichen Zusammenleben „so viel über den künftigen Bewohner ... erfahren, dass sie sie die Aufgabe im Wesentlichen einschätzen können“ (a.a.O., S. 91).

8.2. Motive der Gastfamilien

Schönberger und Stolz unterscheiden zunächst zwischen „manifesten“ und „latenten“ Motiven. Hinter den so genannten manifesten Motiven verbergen sich pragmatische Gründe, weshalb Familien einen Bewohner im Rahmen der Familienpflege bei sich aufnehmen möchten. Diese Motive würden in Auswahlgesprächen schnell von der Familie benannt. Zum Beispiel gehören dazu: Eine zusätzliche Einnahmequelle, die Übernahme einer sinnvollen Aufgabe (z.B. nach dem Auszug der Kinder), eine Entwicklung bewirken wollen, vorhandene Ressourcen (Zeit und Wohnraum) nutzen, professionelle Kompetenzen erhalten oder dem Bedürfnis nach sozialer Anerkennung nachzukommen. Hinter solchen pragmatischen und für jedermann nachvollziehbaren Gründen stünden jedoch latente, verborgene Motive, die den Familien zum Teil nicht bewusst seien, die aber für die Beziehungsdynamik und den Umgang mit dem Bewohner erhebliche Bedeutung haben. Zum Teil nämlich sollen biografische Brüche der eigenen Herkunftsfamilie aufgearbeitet oder ‚Leerstellen‘ im Familiengefüge besetzt werden.

„Verlustausgleich“ im Hinblick auf Arbeit, soziale Einbindung und Identität vor allem bei Frauen, Wiedergutmachung einer missglückten Beziehungsgestaltung innerhalb der eigenen Familie oder die Regulierung von Konflikten in der Partnerschaft (Schaffung einer neuer Beziehungskonstellation durch die Neuaufnahme des Bewohners) sind solche latenten Motive, die es aufzudecken und bei der Arbeit mit den Familien im Blick zu behalten gelte.

Auch Motive können, wie schon oben angekündigt, auf zukünftige Probleme hindeuten.

- I. Keine Motive benennen zu können könne ein Hinweis darauf sein, dass die Fähigkeit oder Bereitschaft zum offenen Dialog gestört ist.
- II. Unverarbeitete Brüche in der Biografie der Familie bänden Kräfte in der Aufmerksamkeit für die Persönlichkeit des Bewohners und deuteten auf unzureichende Konfliktbearbeitung hin.
- III. Ein ausschließlich altruistisches Interesse weise möglicherweise auf die Unfähigkeit zur Vertretung gesunder Eigeninteressen hin und berge die Gefahr einer Instrumentalisierung des Bewohners. Ebenso schwierig sei es, wenn die Familie existentiell von der Betreuung abhängig ist, es also nur wegen des Geldes tut. Es habe sich als vorteilhaft erwiesen, wenn die Familienpflege als zusätzliche Einnahmequelle betrachtet wird.
- IV. Die Familie könne selbst eine hohe psychische Bedürftigkeit haben, die ihr nicht bewusst ist. Dies könne der Wunsch nach Geselligkeit, nach einem Ansprechpartner oder ein unerfüllter Kinderwunsch sein. Je weniger diese Bedürfnisse aber bewusst sind, desto größer sei das Risiko für einen psychisch kranken Menschen, die dahinter liegenden Vorstellungen und Erwartungen nicht erfüllen zu können.

(vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 64ff)

8.3. Die Zusammenarbeit von Team und Gastfamilie

8.3.1. Die Gestaltung und Begleitung des Passungsprozesses

Der Prozess der Passung beginnt mit der Gewinnung und Auswertung der Informationen aus den Auswahlgesprächen und aus den weiteren Besuchen bei Familien und BewohnerInnen. Je besser man die Familiengeschichte und ihre spezielle Dynamik kennt, desto besser lässt sich der „Entwicklungsraum für einen Bewohner in der vorgesehenen Familie beurteilen“ (a.a.O., S.77). Eine sorgfältige Auswahl nimmt viel Zeit in Anspruch, ist aber eine

Voraussetzung für gute Bedingungen, die ein dauerhaftes Zusammenleben von Bewohner und Familie ermöglichen. Eine qualitativ weniger genaue Steuerung dieses Prozesses hätte vermutlich psychische Verschlechterung und Rückzug auf Seiten der Bewohner bzw. Abschreckung und damit Verkleinerung des Pools an Bewerberfamilien zur Folge. Familienpflege hätte dann bald keine Arbeitsgrundlage mehr.

Bezüglich der Zusammenarbeit mit den Gastfamilien beinhaltet der Prozess der Passung

- ‚Passungsfallen‘ erkennen und vermeiden
- Aufrechterhaltung der Motivation der Beteiligten
- Prüfung der äußeren Bedingungen
- Realistische Vorbereitung der Familien

(vgl. a.a.O., S. 77).

Die Erfahrungen der Praktiker, ob viel Ähnlichkeit zwischen Herkunfts- und Gastfamilie eher förderlich oder hinderlich ist, sind unterschiedlich. Schönberger und Stolz führen deshalb beispielhaft einige typische Passungsfallen auf. Ehemalige Alkoholprobleme bei Bewohner und Gastfamilie: Ungelöste Suchtbedürfnisse in der Familie könnten die Entwicklung des Bewohners durch Rollenzuweisung und –annahme in einen kreisförmigen Verlauf bringen und damit behindern. Wenn Gastfamilien mit der Betreuungsaufgabe Verluste oder Krisen kompensieren wollen, haben sie in aller Regel eine spezielle Erwartungshaltung gegenüber dem Bewohner, die diesen unter einen unangemessenen Anpassungsdruck setze. Haben Familien pädagogische Interessen und Ansichten, sei dies oft für ältere, meist ehemalige Langzeitpatienten, kontraproduktiv. Auch offen ausgesprochene Erwartungen erzeuge Druck, der wiederum Spannungen und Ängste hervorrufe, die ihrerseits Krankheitsepisoden auslösen könnten.

Die Motivation aufrecht zu erhalten könne bei sehr heterogenen Vorstellungen der Beteiligten bezüglich des Zeitraums bis zum Umzug recht schwierig sein. Familien möchten nach ihrer Entscheidung möglichst rasch einen Bewohner aufnehmen, eine gute Anbahnung benötigt jedoch für den Bewohner unter Umständen einen längeren Entscheidungszeitraum.

Zur Klärung äußerer Bedingungen gehören auch Überlegungen zur Tagesstrukturierung: Gibt es Beschäftigungsmöglichkeiten oder Begegnungsstättenangebote, die für den Klienten erreichbar sind und die die Familie regelmäßig entlasten?

Den größten Raum nehme allerdings die Vorbereitung der Familien auf die zukünftige Aufgabe ein: Ziel ist es, eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, in denen Fragen, Befürchtungen, Skepsis und Kritik offen geäußert werden können. Zunächst benötigen die Familien in aller Regel eine große Menge an Informationen über den Bewohner, seine Eigenheiten, seine Erkrankung. Die Vermittlung dieser Informationen darf jedoch nicht als belehrend empfunden werden. Ein offenes und zugleich schützendes Gesprächsklima zu schaffen erfordert viel Fingerspitzengefühl und Professionalität vom Team, was den Stil der Gesprächsführung und den Umgang mit heiklen oder schambesetzten Themen angeht. Gerade zu Beginn ist es wichtig, eine Gesprächskultur mit klarem und sachlichem Vokabular zu schaffen. Die Bewohner benötigen in aller Regel Unterstützung in allen Bereichen der Körperhygiene oder dem Wechseln der Kleidung. Was soll/darf die Familie verlangen? Wo soll sie nachgeben? Wie kann mit eigenen Schamgrenzen umgegangen werden? Für die meisten Bewohner hat sich als Folge der langen stationären Versorgung ein sehr starrer Tagesrhythmus eingestellt, der nur langsam flexibler gestaltet werden kann. Das erfordert von der Familie zunächst eine Umstellung des eigenen Alltags. In den ersten Monaten brauchen die meisten Bewohner durchgehend Ansprache und Anleitung in der Tagesgestaltung. Das erfordert zunächst eine Verfügbarkeit rund um die Uhr. Familien werden sich ferner mit ihnen fremd erscheinenden Verhaltensmustern auseinandersetzen müssen. Dazu gehören nicht nur produktive, sondern auch negative Symptomatiken wie zum Beispiel sprachliche Verarmung, Rückzug oder Verlangsamung oder auch eine Reihe von Hospitalisierungsfolgen. Auch bei der Medikation muss die Familie zumindest anfangs, im Zweifel auch durchgängig behilflich sein und dafür sorgen, dass die Medikamente genommen werden.

Die Auswahl der Themen für die Vorbereitung der Familie auf den Bewohner ist nur beispielhaft. Im konkreten Fall muss individuell erwogen werden, welche Informationen die Familie braucht. Vorteilhaft ist oft der Austausch mit anderen Gastfamilien.

Außerhalb der Familien müssen der Entscheidungsprozess des Bewohners begleitet, Rechte und Pflichten abgeklärt sowie Dauer und Ziele der Betreuung geklärt und Alternativen bedacht werden (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 77ff)

Verläuft der Prozess der Passung erfolgreich, steht an seinem Ende die Unterzeichnung des Vertrages über das Familienpflegeverhältnis.

8.3.2. Inhalte der Begleitung

Die Begleitung und Unterstützung von Gastfamilien und BewohnerInnen ist eine beachtliche Herausforderung, da die MitarbeiterInnen in der Lage sein müssen, mit unterschiedlichsten Menschen auf verschiedenen Grundlagen zu arbeiten. BewohnerInnen sind KlientInnen, Familien aber nicht. Dennoch wird mit den Familien gearbeitet. Sie werden bei der Erfüllung ihrer Aufgaben auf der Grundlage des Familienpflegevertrages unterstützt bzw. sind dazu verpflichtet. Schönberger und Stolz nennen einige Ziele dieser Unterstützung der Gastfamilien:

Die „Aufrechterhaltung der Betreuungsfähigkeit und –bereitschaft (Motivation)“ sei ein eher übergeordnetes Ziel. Zum einen bräuchten die Familien viele Ressourcen und ein stabiles Milieu mit und verfügten über verlässliche Lösungsstrategien. Zum anderen sei das Zusammenleben mit einem psychisch kranken Erwachsenen für viele Familien eine ganz neue Erfahrung, bei der auch nach Erwerb entsprechenden Wissens vorhandene Strategien manchmal versagten. Das Team habe hier einerseits unterstützende, andererseits kontrollierende Funktion (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 85f). Die Dialektik zwischen Hilfe und Kontrolle, die hier zu Tragen kommt, ist der Sozialen Arbeit schon lange als Doppeltes Mandat bekannt.

Im Vorfeld von Konflikten kommt es häufig zu vorschnellen Zuschreibungen von Eigenschaften, wenn das Verhalten des Bewohners wiederholt nicht den Erwartungen der Familien entspricht. Schönberger und Stolz schlagen vor, der Familie das Bewohnerverhalten „als Ergebnis der Interaktion“ verständlich zu machen (vgl. a.a.O., S. 86). Eine weitere Idee ist die Durchführung von Kursen für Gastfamilien. Bei Experten gehen die Meinungen darüber weit auseinander. Die einen finden eine Art Psychiatrischen Grundkurs sinnvoll bis

nötig, die anderen befürchten die Verunsicherung des aus sich selbst heraus wohlthuend und therapeutisch wirkenden familialen Milieus. Auch Familien reagieren höchst unterschiedlich auf das Angebot solcher Schulungen (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 86).

Die Stärkung der Beziehungsfähigkeit und Beziehungsausbalancierung seien von daher wichtig, als dass der tägliche Umgang mit den BewohnerInnen den Familienmitgliedern hohe soziale Kompetenzen abverlangt. Erforderliche Kompetenzen sind zum Beispiel Geduld, Distanzierung, Selbstkontrolle oder Konfliktfähigkeit. Gestärkt wird die Beziehungsfähigkeit durch Unterstützung bei Verbalisierung von Emotionen, Austausch über Informationen und Pläne, Äußern und Annehmen von Kritik sowie bei der offenen Aushandlung von Grenzen (vgl. a.a.O., S. 87). Das Team stößt diese Prozesse an und steht als Ansprechpartner zur Verfügung.

Empowerment und Vernetzung mit anderen Gastfamilien seien deshalb Ziele in der Arbeit mit Familien, weil es nicht selten zu einer Art Konkurrenz zwischen Familie und Team gegenüber dem Bewohner kommt: Wer ist der bessere Hilfeleister? Gastfamilien wollten zeigen, dass sie ihre Aufgabe selbständig bewältigen können. Ratschläge könnten dann schlecht angenommen werden. Besser sei hier ein lebensweltorientierter Zugang, der von den vorhandenen Kompetenzen ausgeht, um Lösungsansätze gemeinsam weiter zu entwickeln. Gastfamilien könnten sich gegenseitig sehr effektiv unterstützen. Sie begegnen sich untereinander auf gleicher Augenhöhe und konkurrieren nicht um den Bewohner. Das Team könnte für die Einrichtung von regelmäßigen Familientreffen oder –stammtischen sorgen.

Auch die Nutzung von Entlastungsmöglichkeiten sei ein wichtiges Ziel, damit eine Überlastung der von Pflege- und Betreuungsaufgaben häufig am meisten betroffenen Frauen in den Familien vermieden werde. Oft haben Kinder eine integrierende Funktion, auch mit im Haushalt lebenden Tiere können Beziehungen aufgenommen werden. Beschäftigungsmöglichkeiten außerhalb von Komplementäreinrichtungen zu finden erwies sich im Landkreis Dahme-Spreewald als eher schwierig .

Auch eine angemessene Selbstsorge der Familien müsse etabliert und dauerhaft gesichert werden. So sei neben einer Abgrenzung der Privatsphäre und Schutz vor Überforderung auch die Wiederaufnahme der gewohnten Lebensweise nach einer angemessenen Eingewöhnungszeit anzustreben (vgl. a.a.O., S. 86f).

8.3.3. Phasen der Begleitung

Ähnlich wie aus gruppodynamischen Prozessen bekannt gibt es auch zwischen Bewohnern, Gastfamilie und Team typische Phasen in der beziehungsdynamischen Entwicklung. Die Rolle des Teams kann sich dabei je nach den Bedürfnissen der Familie verändern.

Themen der ersten typischen Phase, die zumeist während des Probewohnens oder bei der Auswertung desselben relevant werden, wurden schon weiter oben angesprochen: Die Familie soll so viel über den zukünftigen Bewohner erfahren, dass sie die Aufgabe im Wesentlichen einschätzen kann. Sich andeutende Probleme werden häufig rasch bagatellisiert oder übersehen. Auf Seiten des Bewohners kann es zu Ambivalenzen im Hinblick auf die neue Lebensform in der Gastfamilie kommen. Das Team muss auf allen Ebenen den Entscheidungsprozess unterstützend begleiten, Schwierigkeiten und Ambivalenzen erkennen und eventuell selbst zur Sprache bringen und schließlich bewerten. Schönberger und Stolz sprechen in diesem Zusammenhang von Ambivalenzcoaching (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 91)

Die zweite Phase bezeichnen Schönberger und Stolz als Eingewöhnungszeit: Die ersten Wochen des Zusammenlebens sind zumeist geprägt von euphorischer Grundstimmung und viel Energie auf Seiten der Gastfamilien. Während die Familien eine enge Beziehung zum Bewohner knüpfen, halten sie das Team häufig auf Distanz. Hier müsse das Team in angemessener Weise dagegen halten, um nicht plötzlich „draußen“ zu stehen. Schönberger und Stolz schlagen vor, den Kontakt beharrlich zu halten und zu festigen, am besten sei dies über eine Unterstützung in organisatorischen oder sozialrechtlichen Fragen möglich. Das Team solle behutsam aber deutlich auf die Notwendigkeit von Regeln für das Zusammenleben und die notwendige Abgrenzung der familiären Privatsphäre hinweisen, damit der Arbeitseinsatz der Familie für eine langfristige Betreuung ausreicht und die Kräfte nicht schnell aufgezehrt sind. Die Aufgabe des Teams liegt also in „einer emotionalen Neubalancierung“, so dass alle Familienmitglieder weiterhin zu ihrem Recht kommen. Des Weiteren hat das Team im Sinne einer Krisenprävention die Aufgabe, die Familie auf wahrscheinliche Rückschläge und Enttäuschungen vorzubereiten (vgl. a.a.O., S. 92f).

Im weiteren Verlauf wird es mit großer Wahrscheinlichkeit auch zu Krankheitsepisoden und Krisen kommen. Familien bemerken das zunächst in Form von Stimmungs- und Verhaltensveränderungen bei ihren BewohnerInnen. In diesen Phasen ist es wichtig, dass zwischen Familie und Team ein angemessenes Vertrauensverhältnis besteht, so dass die Familie sich rechtzeitig an das Team wendet, das dann die Aufgabe hat, Symptome einzuschätzen, fachlichen Rat einzuholen, eine Umstellung der Medikamente anzuregen oder, wenn eine Krise unvermeidbar scheint, mit über einen vorübergehenden Klinikaufenthalt zu entscheiden. Im letzteren Fall werde die Familie durch das Team entlastet, da die Empfehlung für eine Klinikeinweisung den Bewohner kränken und die Beziehung zur Gastfamilie stören könnte. Das Team kann für die Familie jetzt fachlich hilfreich sein, indem es die Entstehung der Krise und das Erleben des Bewohners gemeinsam mit der Familie reflektiert, vertieft über die Erkrankung informiert und den Umgang mit den eigenen Unsicherheiten und Ängsten der Familienmitglieder in Bezug auf die Erkrankung thematisiert (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 93f).

Nach der Eingewöhnungszeit wird das Familienleben die Tendenz entwickeln, wieder in seinen Alltagsrhythmus zurückzufinden. Fremdes und unverständliches Verhalten der BewohnerInnen kann dabei zum Störfaktor werden, beispielsweise übermäßiger Genussmittelkonsum oder gieriges Essen, unangemessener Bewegungsdrang oder Rückzug. Manche Verhaltensweisen können als leichter symptomatisch verstanden werden, wenn man sie als Sinn gebende Bewältigungsversuche, als Anpassungsleistungen betrachtet. Hier kann das Team die Familie bei der Entwicklung eines entsprechenden Verständnisses unterstützen. Wunderliches Verhalten kann dann eher toleriert werden.

Dennoch gibt es Verhaltensweisen, die für die Familien große Belastungen darstellen. Dazu gehören zumeist gesteigerte Unruhe, Gereiztheit oder aggressives Verhalten. Auch kommunikativer oder sozialer Rückzug der BewohnerInnen kann enttäuschend sein, wenn sich die Familie z.B. bei Tisch rege Gespräche vorgestellt, also gegenläufige Erwartungen hatte. Auch paranoide Wahnideen in Bezug auf die Familie kann sich kränkend und verunsichernd auswirken. Hier hat das Team die anspruchsvolle Aufgabe, Eskalationen in der Beziehungsdynamik zu verhindern, Symptome oder Verhaltensweisen als Folgen der Erkrankung oder der vorangegangenen Hospitalisierung verständlich zu machen. Schönberger und Stolz führen hier den systemischen Begriff der Neurahmung des Bewohnerverhaltens an. Entlastend sei für die Familien auch die Erkenntnis, dass es erlaubt

ist, sich zu ärgern oder enttäuscht zu sein. Wichtig sei es, dass nicht die Schwierigkeiten die Beziehung zum Bewohner dominieren, sondern dass „auch die guten Seiten wieder in die Wahrnehmung gerückt werden.“ (Schönberger/Stolz 2003, S.95f), so dass „das verständnisvolle und haltende Beziehungsangebot der Gastfamilie die negativen Seiten überwiegen“ kann. (a.a.O., S. 96).

Eine weitere Phase ist die Begleitung des Alltags im Zusammenleben von Familie und Bewohner. Die Familie muss eine neue, für alle zufrieden stellende Form des Zusammenlebens finden, die Position des Bewohners muss hinsichtlich Nähe und Distanz so ausbalanciert werden, dass alle Familienmitglieder ausreichend Aufmerksamkeit und Zuwendung erhalten. In allen Bereichen des alltäglichen Zusammenlebens kommt es auf das „richtige“ Verhältnis an. Schönberger und Stolz gehen davon aus, dass die Phase der Alltagsroutine nach etwa 6-12 Monaten des Zusammenlebens beginnt. Diese Phase hat nun wieder verschiedene typische Themen:

Die Akzeptanz der BewohnerInnen innerhalb (und außerhalb) der Familie wird entscheidend von der Einhaltung der herrschenden Hygienestandards und Essmanieren beeinflusst. Löst der Bewohner gar durch seine Verhaltensabweichung Ekel aus, führe dies zu irgendeiner Form der Exklusion als eine Form der (angedrohten) Sanktionierung. Das Team müsse hier schnell intervenieren, Unterstützung z.B. durch ein Verhaltenstraining anbieten und mögliche Gründe für die mangelnde Hygiene verständlich machen, es z.B. als eine Folge von Hospitalisierung erklären. Ferner gehe es darum, um Geduld zu werben, da ein Umlernen in aller Regel nur sehr langsam erfolge (vgl. a.a.O., S. 96).

Leben Kinder in Gastfamilien, so finden diese nach Angaben von Schönberger/Stolz zumeist rasch einen sich positiv auswirkenden emotionalen Zugang zu den BewohnerInnen. Das gelte ebenfalls für im Haushalt lebende Tiere. Sofern BewohnerInnen ein Tier versorgen können, komme es häufig zu einer Umdefinition der Rolle des Hilfsbedürftigen zu einer Person, die nun selbst für ein Lebewesen Verantwortung übernimmt, was durch die damit verbundene Anerkennung positive Folgen für die Befindlichkeit der BewohnerInnen hat (vgl. a.a.O., S. 97).

Tagesstrukturierung und Beschäftigungsmöglichkeiten zu schaffen diene ebenfalls der Rückkehr in den Familienalltag. Eigene Verantwortlichkeiten für Aufgaben in Haus und

Garten könnten dem Bewohner helfen, seine Position in der Familie zu festigen und noch stärker in die Familie integriert zu werden. Strukturen und feste Abläufe geben auch den BewohnerInnen Sicherheit (vgl. Schönberger/Stolz 2003 S.97f).

8.4. Merkmale geeigneter Gastfamilien

Einige Merkmale für geeignete Gastfamilien wurden bereits bei der Schilderung des Auswahlverfahrens in 8.1. erwähnt. Zusammenfassend führen Schönberger und Stolz an, „geeignete Familien...stehen mit beiden Beinen im Leben, haben Lebenserfahrung, sind realistisch in der Beurteilung der erforderlichen Aufgabe, sie sind sozial offen und können Unterstützung annehmen.“ (Schönberger/Stolz 2003, S. 59). Etwas differenzierter formuliert hieße das, geeignete Gastfamilien konnten in ihrem Leben ihre Bedürfnisse nach Kontakt, Anerkennung und Wertschätzung weit gehend befriedigen. Sie können Grenzen ziehen ohne verletzend zu sein. Sie schätzen ihre Einflussmöglichkeiten auf einen erwachsenen Menschen mit psychischer Erkrankung nicht zu hoch ein und stellen keine übermäßigen Ansprüche an Verhaltensänderungen. In Konfliktsituationen hören sie mehr zu als dass sie reden. Sie gewähren Rückzugsmöglichkeiten und wirken in der Kommunikation eher ausgleichend und beruhigend. Sie haben eine positive Lebensbilanz, sind also in der Lage, in emotionaler, sozialer und materieller Hinsicht für sich und andere zu sorgen.

Als eher ungeeignete Merkmale werden aufgeführt emotionale Aufdringlichkeit, ein angespanntes Familienklima und intensive Gefühlsäußerungen, ein emotionales Überengagement, ängstlich gereizte Reaktionen, eine feindselige Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen sowie Zweifel an der Echtheit von krankhaftem Verhalten (vgl. ebd.).

Worauf die Autoren ihre Kriterienkataloge stützen, wird leider nicht genannt. Die Formulierung der genannten Kriterien enthält stark wertende Attribute, die erst durch die danach folgenden Ausführungen zur Auswahl geeigneter Familien relativiert wird. Die Ausführungen von Konrad/Miller-Clesle/Roth sind dagegen wissenschaftlicher begründet. Sie verweisen auf einige Untersuchungen aus den 80er Jahren, deren Ergebnisse sich jedoch widersprechen. Ausgehend von den Erfahrungen der TeammitarbeiterInnen, die hier die Auswahl von Gastfamilien bereits nach dem Erstkontaktgespräch vornahmen, gehen die Autoren selbstkritisch davon aus, dass die Sympathie-Antipathie-Variable neben objektiven

Kriterien eine bedeutende Rolle einnimmt. Zur Verdeutlichung werden zwei Fallbeispiele beschrieben, in denen eine Familie sich im Umgang mit der Bewohnerin feinfühlig und in der Vermittlung von Alltagskompetenzen pädagogisch geschickt gab und Besonderlichkeiten problemlos akzeptierte. Diese Familie war dem Team von vornherein sympathisch. Sie wurde als „offen, nett, kooperationsbereit“, kritisch und kompetent beurteilt. Als die Bewohnerin in eine Krise geriet entschied sie sich während des stationären Aufenthaltes nicht mehr in die Familie zurückzukehren. Ganz anders bei einer anderen Familie, in der die Rollen vorwiegend traditionell verteilt waren und die vor allem finanziell motiviert war: Die Gastmutter verstieg sich immer stärker in die Einforderung ihrer Lebensprinzipien Sauberkeit, Ordnung und Sparsamkeit. Vor allem wegen Letzterem gab es immer intensivere Konflikte mit den BewohnerInnen. Das Team empfand das Verhalten der Gastmutter als vorwurfsvoll, verständnislos, kleinlich und nachtragend. Die beiden Bewohner, ein Paar, konnten jedoch diese Phase bewältigen und schließlich eine eigene Wohnung beziehen bzw. in eine betreute Wohngemeinschaft übersiedeln, was letztlich als erfolgreiche Re-Integration betrachtet werden muss. Während die erste Familie soziologisch eher dem aufgeklärten Bürgertum mit „alternativen Tendenzen“, die andere Familie dem Prototyp der kleinbürgerlichen Familie mit entsprechenden Wertvorstellungen zuzuordnen ist, stellen sich die Autoren die Frage nach sozialer Nähe und Distanz des Teams hinsichtlich der zu Grunde liegenden Lebensentwürfe.

Die Gefahr liege in der Unterschätzung der therapeutischen Möglichkeiten von Familien aus der unteren (Mittel-)Schicht (vgl. Konrad/Miller-Clesle/Roth 1993, S. 195ff).

Die lebensweltliche Realität der Bewohner steht aber genau diesen Schichten nahe und muss sich zumeist regelmäßig mit chronischem Geldmangel auseinandersetzen. Die Autoren führen ein Gedankenexperiment durch und kommen zu dem Ergebnis, dass die erste Familie auf den verschwenderischen Kauf eines Kochtopfsets wahrscheinlich mit ironischer Distanz reagiert hätte, während die zweite Familie tatsächlich mit „wütender Betroffenheit“ reagiert hat. Die ironische Distanz war dem Team vermutlich sympathischer, doch welcher Kommunikationsstil ist für den Bewohner entlastender? Konrad/Miller-Clesle/Roth sehen in der ironischen Distanz zwar die Tolerierung des problematischen Verhaltens, aber auch die Information, dass die Familie „die Möglichkeit der Veränderbarkeit des Verhaltens nicht sieht“. Wütende Betroffenheit hingegen setzt den Bewohner unter Druck, nimmt ihn aber auch „als autonomes ... Subjekt ernst und zielt direkt auf das Veränderungspotential.“ (a.a.O., S. 176).

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass ein veränderungssensitiver Kommunikationsstil –im Gegensatz zu einem veränderungsresistenten Stil – ein Merkmal geeigneter Gastfamilien darstellt. Die Autoren gehen sogar so weit, die Ungeeignetheit von high-EE-Gastfamilien (high expressed emotions) zu bezweifeln: Eine angeführte Studie (Brown 1962) hätte zwar ergeben, dass schizophrene Patienten, deren Angehörige sich mit high-EE negativ über die Erkrankung äußerten, signifikant häufiger in die Klinik eingewiesen wurden. Doch könne dieses Ergebnis nicht auf eine erfolgreiche Rehabilitation Psychisch Kranker in Gastfamilien angewendet werden (vgl. Konrad/ Miller-Clesle/ Roth 1993, S.177f).

Schmidt-Michel et al. kommen in einer über sechs Jahre angelegten prospektiven Verlaufsstudie unter anderem auch zu dem Ergebnis, dass hinsichtlich einer dauerhaften Familienpflege das Merkmal „Erfahrung mit Pflegekindern“ sowohl ein Prädiktor für frühen Abbruch als auch für einen dauerhaften Verlauf war, es kam nämlich auf die Zielgruppe an: Bei jüngeren Patienten war es Prädiktor für dauerhaften Verlauf, bei langjährig hospitalisierten Patienten Prädiktor für frühen Abbruch (vgl. Schmidt-Michel et al., 1993, S. 128).

Konrad widmete sich zudem der Frage, ob therapeutische Prozesse bei chronisch Schizophrenen, die auch heute in der Familienpflege eine der Hauptzielgruppe sind, in der Gastfamilie möglich sind. Typologisch ordnet er dabei die Familienpflege im Konzept der Milieutherapie ein, in der „die Aushandlung alltäglicher Konflikte zwischen Gastfamilie und Bewohner ... zum entscheidenden Lernfeld für die Bewohner und damit zum therapeutischen Wirkfaktor“ wird (Konrad 1993, S. 145). In verschiedenen Beispielen mit Interviews kommt Konrad zu dem Ergebnis, dass Familienpflege unter bestimmten Voraussetzungen der Heilung biografischer Brüche dienen kann. Die Aufnahme eines psychisch Kranken erfülle eine spezifische Funktion in der familiengeschichtlichen Entwicklung, was unbewusst ein Motiv für die Bewerbung als Gastfamilie sei. Liegt nun bei dem Bewohner ebenfalls ein Bruch gleichen Themas vor, so könne die Gastfamilie therapeutische Prozesse bei diesem in Gang setzen, wenn sein Problemmuster „in einem komplementären Verhältnis zum familienbiografischen Muster der Gastfamilie“ steht (a.a.O., S. 161). Sinnstiftende Funktion habe dabei die Umformung der Bluts- zur Wahlverwandtschaft: Dysfunktionale emotionale Bindungen an die Herkunftsfamilie könnten aufgelöst werden, denn durch die Gewährung

eines neuen familialen Umfeldes werde die „Reparatur eines biografischen Strukturdefekts möglich, ohne dessen Ursachen reflektieren zu müssen (ebd.).

Die Aufnahme eines psychisch Kranken erfordere keine Stabilität per se, sondern die „Notwendigkeit seitens der Gastfamilie, durch die Aufnahme des Bewohners die Stabilität der Familienstruktur herzustellen“ (Konrad 1993, S.162). Erfolg versprechend sei dies eher bei jüngeren Bewohnern, bei denen familiäre Konflikte noch virulent sind. Es könne jedoch leicht zu einer Überforderung der Reflexionsfähigkeit der Familie kommen und bei ehemaligen Langzeitpatienten regressive Tendenzen verstärken oder psychotische Krisen hervorrufen (vgl. a.a.O., S. 163).

Kössinger und Schmidt-Michel verweisen auf Untersuchungen von Linn 1980 und 1982, wonach die Größe der Gastfamilie (weniger als 9 Haushaltsmitglieder), die Anzahl der Bewohner (maximal 2) und wiederum das Vorhandensein von Kindern Prädiktoren für eine Verbesserung der sozialen Fertigkeiten der BewohnerInnen waren. Einseitige Interaktionsmuster, intensive Betreuung und höherer Aktivierungsgrad erwiesen sich in Bezug auf schizophrene BewohnerInnen verschlechternd, bei nicht-schizophrenen hingegen als verbessernd (vgl. Kössinger/Schmidt-Michel 1993, S. 120).

Die Auswertung der Einrichtungsbefragung in der Frage nach Merkmalen für geeignete Gastfamilien kommt ebenfalls zu interessanten Ergebnissen. Näheres dazu findet sich im Kapitel „Befragung von Familienpflegeeinrichtungen“, S. 8 f.

8.5. Geeignete Gastfamilien für verschiedene Zielgruppen von BewohnerInnen

Mittlerweile hat sich die Familienpflege ausdifferenziert. Menschen mit schizophrenen Psychosen sind nicht mehr die alleinige Zielgruppe dieses Arbeitsbereiches. Eisenhut führt an, dass zunehmend Menschen mit komplexem Hilfebedarf, beispielsweise mit Borderline-Störung vermittelt werden. Aus diesem Grunde werden inzwischen Familien mit professionellem Hintergrund vom Fachausschuss Familienpflege favorisiert. Die fachlichen Standards wurden dahingehend berichtigt (vgl. Eisenhut 2004, S. 48). Dies steht wie bereits weiter oben beschrieben im Widerspruch zu der Ansicht von Schönberger/Stolz, für die professionelle Vorbildung im sozialen und medizinischen Bereich nach wie vor ein Hinweis

auf schwierige Betreuungssituationen ist. Eine unterschiedliche Sichtweise bei unterschiedlichen Zielgruppen könnte diesen Widerspruch erklären.

Der Verein Arkade e.V. hat ein weiteres Tätigkeitsfeld im Bereich der Jugendhilfe erschlossen. Seit 1997 werden nach §35a SGB VIII Kinder und Jugendliche im Alter von 6-19 Jahren betreut, die seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht sind. JuMeGa (Junge Menschen in Gastfamilien) vermittelt in Zusammenarbeit mit der jugendpsychiatrischen Abteilung des Zentrums für Psychiatrie in Weissenau Kinder und Jugendliche in Gastfamilien. Von 1997 bis 2004 sind 135 Menschen vermittelt worden, 2004 lebten 77 Kinder und Jugendliche in Gastfamilien. Auswahlkriterien sind hier speziell auf die Zielgruppe der zumeist jugendlichen BewohnerInnen zugeschnitten. Eher abweichend von den oben beschriebenen Kriterien sollten Regeln für das Zusammenleben von einem/zwei Erwachsenen maßgeblich bestimmt sein, die Fähigkeit zu direktem und konsequentem erzieherischen Handeln sollte gepaart sein mit emotionaler Wärme, die Gastfamilie soll mit ihrer Beziehungsqualität ein für die Entwicklung des jungen Menschen geeignetes Milieu bieten. Beziehungsqualitäten werden z.B. als warm-mütterlich, klar strukturiert, konsequent begrenzend, wertkonservativ, offen aushandelnd, integrativ und offen für/interessiert an Andersartigkeit beschrieben. Gemeinsame Kriterien sind äußere Voraussetzungen und die Bereitschaft, sich vom Team begleiten zu lassen. Als problematisch erweisen sich zum Teil die bestehenden Verbindungen zur Herkunftsfamilie (vgl. Roth 2004, S. 20f).

In Hessen, Merxhausen, konnte sich Psychiatrische Familienpflege erst entwickeln, als Ende der 90er Jahre die Klinik-Therapiestation für Korsakow-Patienten nach einer geeigneten und förderlichen Weiterbetreuung für diese suchte. Vorherige Versuche der Installierung von Familienpflege waren an den Vorbehalten des klinischen Personals gescheitert. Auch hier gibt es nun zielgruppenspezifische Merkmale von Gastfamilien: Bereitschaft zu täglichem Training des Erinnerungsvermögens, der Konzentration und alltagspraktischer Handlungen, Toleranz bei Eigenarten besonders im Schlaf-Wachrhythmus, Geduld bei ständigen Wiederholungen auch erinnerungsverzerrter Erlebnisse, Aushalten von Stimmungsschwankungen und Erschöpfungszuständen, flexibler Umgang mit Freiräumen und Begrenzungen (zt.B. Gefährdungen für Leib und Leben durch nicht mehr steuerbare Tätigkeiten wie Rauchen im Bett, Essen oder Körperhygiene). Als günstig schätzen die Autoren die dörflichen/kleinstädtischen Strukturen ein, in denen die Gastfamilien leben: Kinder und Tiere wirken sich positiv aus, ebenso die Familienstruktur in größeren

Verbänden und die auf dem Lande ausreichend vorhandenen kleineren Beschäftigungsmöglichkeiten (vgl. Sommer/Dondalski/Schmidt 2004, S. 24f).

Eine weitere Zielgruppe sind psychisch kranke Mütter mit Kindern. Im Landkreis Dahme-Spreewald in Brandenburg wurde 2002 mit der Konzeptionierung dieser Arbeit begonnen. Die Auswahl der Gastfamilien soll in Zusammenarbeit mit dem Jugendamt erfolgen. Neben Zeit und Präsenz für die Betreuung und ausreichenden Räumlichkeiten für Mutter und Kind müssen weitere Grundbedingungen erfüllt sein: Eigene im Haushalt lebende Kinder und die Bereitschaft, das Kind der Bewohnerin im Krisenfall auch ohne Elternteil weiter zu betreuen. Das bereits oben beschriebene Auswahlverfahren für Gastfamilien wird um das Auswahlverfahren der kooperierenden Jugendämter erweitert: Dazu gehören eine gemeinsame Einschätzung der Eignung durch Familienpflegeteam und Jugendamt sowie die Teilnahme der Familie an einer Schulung des Jugendamtes.

9. Fachlichkeit und Qualität

In der Familienpflege kommt es neben einer theoretischen Fundierung der Arbeit auf eine fundierte und vielfältige Fachlichkeit der Teams an. In der Unterstützung der Familien, der BewohnerInnen und in der Zusammenarbeit mit Institutionen und Behörden ist es erforderlich, dass Fachkräfte sowohl die Position der eigenen Arbeit mit dem dahinter liegenden Menschenbild und Konzepten bestimmen als auch auf eine Vielfalt anwendbarer Methoden zurückgreifen können. Legitimation durch fachliche Kompetenz ist für den Erfolg und die Akzeptanz der Arbeit durch die Kooperationspartner unbedingt erforderlich.

9.1. Übergreifende Konzepte in der Familienpflege

Schönberger und Stolz führen dazu die grundlegenden Konzepte von Normalisierung und Integration sowie das salutogenetische Modell von Antonovsky an.

9.1.1. Normalisierung und Integration

Normalisierung ist ein übergreifendes Konzept, das historisch von dem schwedischen Pädagogen Bengt Nirje in den 50er Jahren im Rahmen der Behindertenpädagogik

entwickelt wurde. Das Normalisierungskonzept erlangte später während der Enthospitalisierungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen nach der Psychiatrie-Enquete auch hier große Bedeutung. In der Gemeindepsychiatrie vollzieht sich das Normalisierungskonzept durch die bewusste Abkehr vom verwalteten und konstruierten Leben in Institutionen. Normalisierung wird hier verstanden als „ein von Fachkräften begleiteter Prozess mit dem Ziel, Menschen mit Behinderungen eine weit gehend normale Lebensführung (wieder) zu ermöglichen. Dazu gehören die Partizipation, Integration in das soziale und gesellschaftliche Umfeld, die Förderung von Selbständigkeit und Selbstbestimmung und die Festigung der Identität.“ (Schönberger/Stolz 2003, S. 53). Die Ermöglichung und Unterstützung bei der Bewältigung eines ganz „normalen“ Lebens in Bezug auf Rhythmik und soziale Bezüge lässt die Nähe zur Lebensweltorientierung deutlich werden.

Der Begriff der Integration (wörtlich: Unversehrtheit) ist vielschichtig und wird in verschiedenen Fachrichtungen diskutiert. Man versteht darunter die gemeinsame Teilnahme von behinderten und nicht behinderten Menschen an allen Teilbereichen des öffentlichen Lebens . Integration wird ferner als wechselseitiger Prozess verstanden und es werden verschiedene Ebenen unterschiedenen (innerpsychisch, interaktionell, institutionell und gesellschaftlich).

Schönberger und Stolz bezeichnen Integration „als Leitbegriff für die Zielsetzung und das Handeln der Familienpflege und ... Qualitätsmaßstab für das Zusammenleben von Bewohnern und Familien“. Mit diesem Begriff sei auch die Vorstellung von einer dauerhaften Zugehörigkeit verknüpft (vgl. ebd.).

9.1.2. Das salutogenetische Modell

Das salutogenetische Modell, das auf den amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zurückgeht, fragt vereinfacht formuliert danach, wie ein Mensch mehr gesund und weniger krank wird. Gesundheit und Krankheit werden nicht als Dichotomien, sondern als Pole eines Kontinuums betrachtet. Das Modell ist basiert auf einer systemtheoretischen Denkweise. Kernstück des Modells ist das so genannte Kohärenzgefühl, das als eine „individuelle, psychologische Einflussgröße“ den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand eines Menschen bestimmt. Das Kohärenzgefühl bezeichnet die

dynamische Grundhaltung eines Individuums gegenüber der Welt und dem eigenen Lebens: Wie zusammenhängend und sinnvoll wird die Welt individuell erlebt? Dieses Gefühl ist geprägt von vielen situativen Einflussfaktoren und hat drei Komponenten: Das Gefühl von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (vgl. Bengel/Strittmatter/Willmann 2001, S. 24ff).

Schönberger und Stolz plädieren für das salutogenetische Modell, weil es zunächst „die alltagsweltlichen Laienvorstellungen der Gastfamilien von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt.“ Darüber hinaus stütze es die Bedürfnisse von BewohnerInnen nach gesund erhaltender Integration und Selbstbestimmung und baue auf Stärken, Sinn und Selbstbefähigungskräfte. Es ermögliche schließlich ein Verständnis von Gesundheit, Krankheit und Behinderung als gleichberechtigte Lebensformen.

In der Zusammenarbeit mit den Gastfamilien müssen sich die Teams unter anderem mit den innerfamiliär gültigen Gesundheits- und Krankheitstheorien auseinandersetzen. Familien würden weniger auf die Symptome und deren Behandlung abstellen als vielmehr nach Erklärungen suchen, indem sie Ursachen psychischer Erkrankungen Lebensereignissen zuschreiben. Schönberger und Stolz führen beispielhaft einige genannte „Ursachen“ an wie Verwöhnung und Einengung des Klienten im Kindesalter, Gewalt- oder Missbrauchserfahrungen, Verlust der nächsten Bezugsperson. Die Kenntnis der in der familiären Vorstellung vorhandenen Krankheitstheorien sei für das Team auf Grund der davon ausgehenden „Wirkmächtigkeit“ fachlich erforderlich. Von den Vorhandenen Vorstellungen könne ausgegangen werden, um die Frage nach der Gesunderhaltung in den Vordergrund zu stellen. Das salutogenetische Modell erweitere den Blick und die Frage nach Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinn in Bezug auf Krankheit hin zu der Frage nach dem anderen Pol des Kontinuums, der Gesundheit: Was macht den Menschen gesunder? Das Modell weise damit eine deutliche Nähe zu laienhaften Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit auf und habe eine integrative Wirkung, weil Familien von sich aus sinnstiftend und konfliktschlichtend handeln und wie selbstverständlich an der Ressourcenseite anknüpfen und den Betroffenen fördern würden (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 45ff).

9.2. Besonderheiten der Familienpflege

9.2.1. Begrifflichkeiten

Schönberger und Stolz berichten aus ihrem eigenen Arbeitshintergrund über die Schwierigkeiten einer einheitlichen und sinnvollen Verwendung von Begriffen. Sie selbst haben sich für den Terminus „Betreutes Leben in Familien“ entschieden. Dies stelle den Versuch dar, die mit dem Begriff der Pflege allgemein assoziierte Abhängigkeit des Bewohners von der Familie zu vermeiden, jedoch handele es sich dabei eher um eine umständliche Umschreibung aus einer Art Hilflosigkeit heraus. Es gebe „keine Begriffe, die das besondere Setting im Rahmen des derzeitigen Betreuungsparadigmas angemessen beschreiben könnten.“ Der Begriff der Psychiatrischen Familienpflege habe seine Nähe zur Geschichte der psychiatrischen Bettenpflege, Anstaltskleidung und kontrollierenden Verwahrung sprachlich nicht ablegen können und sei keine wertfreie Bezeichnung für eine bestimmte Versorgungsform. Mitgeschleppt würden die negativen Konnotationen psychiatrischer Krankheitsbegriffe und die Befürchtung der Ausbeutung von Pfleglingen durch die Familien. Tatsächlich gehe es in der Familienpflege eben nicht um Pflege, sondern „um ein beidseitig zuträgliches Zusammen-Leben.“ Die Vermeidung des Pflegeaspekts durch die Umschreibungen mittels des Wortes Gast (Gastfamilie, Gast oder Gastbewohner) klinge freundlicher, wirke jedoch wie eine unangemessene Umschreibung oder Verlegenheitslösung. Eine Gastfamilie erfüllt keine gastgebende Funktion im landläufigen Sinn, da sie einen fremden Menschen gegen Aufwandsentschädigung versorgt und ihn in das Familiensystem integriert. Auch der Gast ist kein Gast im Rahmen des allgemeinen Sprachgebrauchs, denn er verbleibt zumindest dem Ziel nach dauerhaft in der neuen Lebensgemeinschaft. Auch das Wort Betreuung betone vor allem die Passivität seitens des Betreuten und spiegele nicht die mit Familienpflege verbundene Lebens-Beziehung mit den Familienmitgliedern wieder. Schönberger und Stolz schlagen daher vor, in den Familien selbst gefundene sprachliche Lösungen zu akzeptieren und die eigenen sprachlichen Begrenzungen zunächst zu tolerieren. Psychiatrische Familienpflege sei eine besondere Nische innerhalb der verschiedenen Bausteine im psychosozialen Versorgungssystem. In der widersprüchlichen Situation zwischen Versorgung und Selbstsorge bedürfe es einer einfachen, klaren und behutsamen Sprache. (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 21). In der angewandten Sprache kommen hinsichtlich des Verstehens jedoch nicht nur die Begriffe zum Tragen. In Szene gesetzte Sprache kann sehr wohl die verwendeten Begriffe relativieren und die dahinter stehende Haltung deutlich machen. Auch ist es durchaus möglich, die verwendeten Begriffe selbst zu thematisieren und so ihre Bedeutung für die Beteiligten klar zu stellen.

9.2.2. Regelmäßige aufsuchende Beratung bei den Gastfamilien

Es ist die Aufgabe der Familienpflegeteams, die Gastfamilie und den Bewohner regelmäßig zu Hause zu besuchen und beide in allen erforderlichen Angelegenheiten zu beraten und zu begleiten. Die Gastfamilie ist ihrerseits verpflichtet, sich mit dem Team regelmäßig zu beraten und Empfehlungen des Teams in die Betreuung des Bewohners einzubeziehen. Diese Zusammenarbeit zwischen Team und Familie ist vertraglich geregelt (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 152). Bei der Begleitung handelt es sich also um eine aufsuchende Tätigkeit der Teams. Hausbesuche stellen in der Sozialen Arbeit eine durchaus übliche Form der Arbeit dar, sind aber dennoch mit besonderer Sensibilität durchzuführen. Mit jedem Hausbesuch dringt man in die Privatsphäre der Familie ein. Schönberger und Stolz weisen in diesem Zusammenhang auf den hohen gesellschaftlichen Stellenwert hin, den der „selbstbestimmte Raum privater Lebensgestaltung“ besitzt, der sogar grundrechtlich in besonderer Weise geschützt ist. Die Familienpflege selbst ist von der positiven Wirkung des natürlichen Milieus Familie auf psychisch kranke Menschen überzeugt. Wie weitgehend also darf, soll oder muss sie in den Lebensraum der Familie professionell eingreifen und damit auch diese Natürlichkeit beeinflussen? „In der Familienpflege werden bei jedem Besuch Grenzen berührt. Mit Gastfamilien und Bewohnern muss kontinuierlich und einvernehmlich ausgehandelt werden, wie alle Beteiligten sich die erforderliche Sicherung der Grenzen und zugleich notwendige Öffnung des familialen Rahmens vorstellen.“ (a.a.O., S. 103).

9.2.3. Die Arbeit in der Triade

Das dynamische Beziehungsdreieck zwischen Bewohner, Familie und Team ist eine besondere Konstellation in der Sozialen Arbeit. Leicht kann es auf Seiten des Teams zu Rollenkonflikten kommen. Zu klären sind „die eigene Rolle und die Funktion im Schachspiel der familialen Beziehungen, Konflikte und Bewältigungsversuche“. Schönberger und Stolz fordern daher einen gemeinsam definierten Auftrag, eine klare Zielstellung und einen respektvollen Begegnungsstil, „der sich des Widerspruchs zwischen Hilfe- und Kontrollaspekt bewusst ist.“ (vgl. a.a.O. S. 104). Eine große Bedeutung wird der „immer auftretenden Loyalitätsproblematik“ beigemessen. Loyalitätskonflikte zögen sich wie ein roter Faden durch die begleitende Beratungstätigkeit des Familienpflegeteams. In Konfliktsituationen neigten die MitarbeiterInnen auf Grund ihrer angestammten

professionellen Rolle dazu, sich in anwaltschaftlicher Vertretung mehr auf die Seite des vermeintlich schwächeren Bewohners zu schlagen und sich mit ihm gegen die Familie zu verbünden. Dabei wird übersehen, dass das soziale Leben im Alltag vor allem von der Gastfamilie getragen und bewältigt wird. Die Familie dürfe auch nicht als eine therapeutische Instanz betrachtet werden, sondern müsse in ihrer subjektiven Wirklichkeit ernst genommen und akzeptiert werden, ihre Sichtweisen und Ideen müssten in fachliche Bewertungen und Handlungsspielräume einbezogen werden (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 104).

Der zu Grunde liegende Vertrag ist bei der Arbeit in der Beziehungstriade ein Grundstein, auf dem man aufbauen kann: Hier sind die Ziele der Arbeit und die Aufgaben bzw. die Rechte und Pflichten der einzelnen Beteiligten allgemein festgeschrieben. In dem als Anlage angefügten Mustervertrag des Landkreises Dahme-Spreewald sind die Rechte und Pflichten des Gastbewohners und der Familie recht differenziert aufgeführt: Familie und Team arbeiten „zum Wohle des/der Gastbewohners/in zusammen“, unter den Zielen und Grundsätzen sind Leistungen und ethische Grundhaltungen der Familie aufgeführt. Die Aufgaben des Teams hingegen beschränken sich auf eine sehr allgemeine Aussage über die aufsuchende Beratung und Begleitung (vgl. a.a.O., S. 151f). Wenn eine Zusammenarbeit vorgesehen ist und Konflikte vermieden werden sollen, wäre eine ausgewogenere Formulierung sinnvoll: So könnte sich auch das Team verpflichten, die Meinungen der Familie in seiner Entscheidungsfindung zu berücksichtigen. Der vorliegende Vertrag wirkt von daher recht einseitig formuliert.

Die Reflexion der zu Grunde liegenden vertraglichen Regelungen lässt auch die Rollen der Beteiligten im Familienpflegeverhältnis noch einmal in den Vordergrund treten: Rechtlich sind zunächst alle Beteiligten Vertragspartner, für den Bewohner tritt dabei möglicherweise ein gesetzlicher Vertreter ein. Doch geht aus den vertraglichen Formulierungen nicht unbedingt hervor, dass alle Beteiligten gleichberechtigte Vertragspartner sind. Unter dem Punkt „Zusammenarbeit“ beispielsweise wird dem Bewohner eine eher passive Rolle zugewiesen: Gastfamilie und Pflegefamilienteam arbeiten zu seinem Wohle. Die Mitarbeit des Bewohners wird im weiteren Verlauf nur indirekt unter „Aufgaben des Gastbewohners“ beschrieben. Hier werden dann finanzielle Fragen und die Integration in den Familienalltag geregelt. Eine Partizipation bei der Begleitung des Integrationsprozesses durch das Team ist zumindest vertraglich nicht vorgesehen. Ferner werden unter dem Punkt Zusammenarbeit Rechte und Pflichten ausgeschrieben, Rechte werden jedoch an keiner Stelle direkt

formuliert, sondern ergeben sich allenfalls aus den Aufgaben der anderen Beteiligten. Insgesamt wäre es wünschenswert, wenn auch dem Bewohner eine aktive, handelnde Rolle zugeschrieben wird, so dass er formell und auch inhaltlich ein Vertragspartner wird. Oben wurde bereits erwähnt, wie wichtig es ist, die Familie, ihre Sichtweisen und Ideen ernst zu nehmen und in die fachlichen Bewertungen und Entscheidungen einzubeziehen. Dies hätte durchaus in die Vertragsgrundlage aufgenommen werden können.

Wie in Bezug auf den Bewohner, so werden auch für die Familie zwar differenzierte Aufgaben festgeschrieben, jedoch direkt keine Rechte formuliert. Dadurch erhält die Zusammenarbeit zum Wohle des Bewohners inhaltlich eher eine Art Weisungscharakter. Team und Familie sind inhaltlich keine gleichwertigen Kooperationspartner. Ist dies so gewünscht, sollte es begründet und vertreten werden. Wenn nicht, könnte die Vertragsformulierung modifiziert werden, um bereits an dieser Stelle Loyalitätskonflikten vorzubeugen. Zusammen mit den finanziellen Regelungen für die Familie erweckt der Vertrag den Eindruck, es handele sich um eine Art Arbeitsvertrag zwischen Team und Familie, was auch vollkommen legitim ist; die Familie ist jedoch kein Arbeitnehmer im herkömmlichen Sinne. Das monatliche Betreuungsgeld ist vor allem als eine Aufwandsentschädigung zu verstehen, die keinesfalls eine Betreuung rund um die Uhr abdeckt. Daher ist der Status der Familie irgendwo zwischen weisungsgebundenem Arbeitnehmer, Freiwilligem/Ehrenamtler und beteiligtem Vertragspartner angesiedelt. Welcher Rolle nun im Familienpflegeverhältnis wann Rechnung getragen wird und wie das Team die Rolle der Familie darin sieht, sollte im Vertrag Einzug finden und offen mit der Familie thematisiert werden.

Die für die Beteiligten der Familienpflege gewählten Begriffe werfen noch eine weitere Schwierigkeit auf: Bleibt man bei dem vielerorts üblichen personenzentrierten Denkmodell und verwendet den Begriff des Klienten, so scheint dies für den Bewohner zutreffend, doch passt der Begriff nicht auf die Familie. Eine Klientifizierung der vom Grundverständnis her als natürlich kompetent empfundenen Familie ist unangebracht, eher trifft der Begriff Kunde auf die Familie als Vertragspartner zu, der die Dienstleistung der Beratung und Unterstützung des Teams in Anspruch nimmt und ansonsten für seine eigenen Leistungen finanziell und interessensmäßig entlohnt wird. Der Kundenbegriff wirkt jedoch hinsichtlich der in aller Regel schwer beeinträchtigten BewohnerInnen recht befremdlich: Ein Kunde im allgemeinen Sprachgebrauch müsste in der Lage sein, seine Interessen angemessen zu

vertreten und ihm zustehende Leistungen einzufordern. Inwieweit diese Fähigkeiten bei BewohnerInnen vorhanden sind, wird im Einzelfall recht unterschiedlich sein. Der heute ebenfalls gebräuchliche, sehr neutrale Begriff des Nutzers/der Nutzerin ist dagegen für Familie und Bewohner anwendbar, beide nutzen das professionelle Team für ihre Belange im Rahmen des Familienpflegeverhältnisses. Doch assoziiert der Begriff eine relativ große Distanz gegenüber den professionellen Helfern und spiegelt nicht die in der Familienpflege vertrauensvolle Beziehungsebene wieder, auf der die Arbeit stattfindet. Für die Arbeit wird letztendlich nicht die einheitliche Bezeichnung der von Familie und Bewohner hinsichtlich ihrer Funktionen im Familienpflegeverhältnis entscheidend sein, vielmehr kommt es auf die bewusste Unterscheidung beider Partner an, um ihnen bei der Unterstützung auf angemessene Weise zu begegnen und die Grundlage für eine respektvolle und fruchtbare Zusammenarbeit zu schaffen. Auch in der Arbeit angewandte Methoden müssen in diesem Sinne geeignet sein. Daher soll an dieser Stelle ein Überblick über methodische Arbeitsweisen gegeben werden.

9.3. Methoden in der Psychiatrischen Familienpflege: Konzepte, Methoden und Techniken

Am Anfang einer methodischen Betrachtung stellt sich stets die Frage nach der Abgrenzung von Konzept, Methode und Verfahren bzw. Technik. Einige Autoren unterscheiden nicht, andere plädieren für enger oder weiter gefasste Begriffe. Grundsätzlich soll hier der Unterscheidung Galuskes gefolgt werden, der einem weiteren Methodenverständnis folgt: Methoden werden danach in Abhängigkeit von Problemlagen, Zielsetzungen und Rahmenbedingungen diskutiert. Methoden gehören einem übergeordneten Konzept an.

Unter Konzept sei ein Handlungsmodell zu verstehen, in dem Ziele, Inhalte, Methoden und Verfahren in einen sinnhaften Zusammenhang gebracht werden. Eine Methode sei dem Konzept unterzuordnen. „Methoden sind – formal betrachtet – konstitutive Teilaspekte von Konzepten. Die Methode ist ein voraus gedachter Plan der Vorgehensweise und zielt auf Handlungswissen.“ Ein Vorgehen wird im Rahmen eines Konzeptes begründet geplant. Verfahren und Techniken sind dann wiederum Teilaspekte von Methoden. Einzelne Methoden umfassen eine Reihe unterschiedlicher Techniken, die miteinander in einer stimmigen Beziehung stehen, was die dahinter stehenden Methoden und Konzepte betrifft (vgl. Galuske 2002, S. 21ff).

In der konkreten Arbeit erfordert diese Sichtweise methodischer Arbeit die bewusste Selektion von methodischen Arbeitsweisen. Ist eine Technik stimmig in Bezug auf die sonst angewandten Methoden? Passen die Methoden in das zu Grunde liegende Konzept? Aus welcher konzeptionellen Richtung stammt die Methode/ die Technik, mit der gearbeitet wird? Stimmen die dahinter stehenden Prämissen, Grundhaltungen und Menschenbilder mit denen der Einrichtung und ihrer Konzeption überein? Wird davon abgewichen, so sollte diese Abweichung fachlich begründet werden können.

Die interdisziplinäre Zusammensetzung der Teams ermöglicht den Zugriff auf Konzepte, Methoden und Verfahren unterschiedlicher Professionen. Schönberger und Stolz stellen heraus, dass es für die Vielfalt der Aufgaben und Situationen meist keine Routinen oder Standards gibt, so dass „eigene Konzepte ge- und erfunden werden“ müssen. Dazu gehörten ein hoher Grad an Fachlichkeit und Selbstreflexion. Da die Unterstützung der Familien prozessorientiert ist, sei eine Fehlerkultur erforderlich, so dass die Fehler nicht als Scheitern sondern als Lernchance begriffen werden können (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 105).

Schönberger und Stolz fordern, dass das theoretische Wissen in fachliches Handeln zu integrieren sei. Hier wird also die Frage gestellt, welchen theoretischen Hintergrund die angewandten Methoden und Techniken haben und ob sie zueinander passen. Anders als bei Galuskes weiterem Methodenbegriff wird keine Richtung vorgegeben, Methoden und Techniken vom Konzept her zu entwickeln (vgl. a.a.O., S. 115).

9.3.1. Die methodisch-instrumentelle Ebene fachlicher Kompetenzen der Sozialen Arbeit in der Familienpflege

Wie auch schon bei den theoretischen Grundlagen der Arbeit nehmen Schönberger und Stolz methodisch eine Unterteilung vor und führen eine beispielhafte Auflistung verwendbarer methodischer Kompetenzen auf, die eher Beschreibungen zum Inhalt hat.

Im Bereich „Nahfeld des eigenen Teams“ werden der methodischen Ebene zugeordnet

- Fähigkeiten zu Zusammenarbeit und Vernetzung der Arbeit
- Klare Rollenzuschreibung und Aufteilung der Arbeitsaufgaben
- Fähigkeit zu effektiver Gestaltung von Arbeitsabläufen, Prioritätensetzung und Zeitmanagement

- Konfliktmediation

Im Bereich „Privatraum von Familie und Bewohner“

- Beratung, Case Management, Biografiearbeit, Krise[n]bearbeitung, Familienentlastung
- Umgang mit sozialrechtlichen Belangen
- Erstellen von Berichten, Hilfeplänen, Anträgen, Dokumentation
- Konzeptionelle Weiterentwicklung des eigenen Arbeitsfeldes

Im Bereich „Lebensfeld der familialen Bezugssysteme“

- Nutzung von Ressourcen aus dem Umfeld
- Außendarstellung
- Sozialraumanalyse

Im Bereich „Umfeld anderer Berufsgruppen“

- Problemanalyse und gemeinsame Festlegung der Ausgangssituation
- Aushandeln und Realisieren gemeinsamer Zielsetzungen
- Angemessene Außendarstellung des Betreuten Lebens in Familien
- Vernetzung mit für die Familienpflege relevanten Bezugspersonen
- Fähigkeiten, fremde Arbeitsformen zu akzeptieren und gegebenenfalls in das eigene professionelle Handeln zu integrieren.

(vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 115f).

Die Auflistung dieser auf methodischer Ebene zusammengefassten fachlichen Voraussetzungen enthält insgesamt wenig methodische Fachbegriffe, auch lässt sich schwer eine klare Zuordnung zu den aufgeführten fachlichen Voraussetzungen der „kognitiv-analytischen Ebene der Wissenskompetenz“ vornehmen.

Die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführte Einrichtungsbefragung, die jedoch auf Grund der Auswahl und der insgesamt geringen Zahl befragter Einrichtungen nicht verallgemeinerbar ist, führte zu folgendem Ergebnis:

Meth. Konzept/ Methode	Lösungsorientierte Beratung	Empowerment	Klientenzentrierte Gesprächsführung	Milieutherapie	Mediation
Zahl der anwenden- den Einrichtungen	10	7	6	6	4
Gesamtzahl der erhaltenen Antwortbögen: 12					

Darüber hinaus werden auch die Themenzentrierte Interaktion von drei Einrichtungen und die Rekonstruktive Sozialpädagogik, Personenzentrierter Ansatz, Ressourcenorientierung, Systemische Familientherapie, Neuro-Linguistische Programmierung, Rollentheorie und Transaktionsanalyse von jeweils einer Einrichtung angewendet.

9.3.2. Auswahl angewandter Methoden

Die am häufigsten angewendeten Methoden sollen an dieser Stelle kurz hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Psychiatrische Familienpflege dargestellt werden.

Mediation ist eine Methode der Konfliktvermittlung, die ursprünglich auf einem ganz anderen Tätigkeitsfeld professioneller Beratung entwickelt wurde. „Mediation, zu Deutsch Vermittlung, ist ein Verfahren der professionellen Unterstützung von Konfliktparteien und Einflussnahme auf Konfliktprozesse, das im Bereich der Scheidungs- und Trennungsberatung entwickelt wurde... Eine Übertragung auf andere Felder von Konfliktregelung ...ist allerdings denkbar“ (Galuske 2002, S. 203). Bei der Mediation stehe nicht die Klärung personaler Beziehungsprobleme im Mittelpunkt, sondern „vielmehr ein für alle Beteiligten befriedigendes sachorientiertes Arrangement der zukünftigen Lebensverhältnisse“. Es soll dabei ermöglicht werden, dass Betroffene eigene Lösungen finden und für diese die Verantwortung übernehmen können, wobei die individuellen Bedürfnisse eines jeden genügend berücksichtigt werden. Der strukturierte Prozess der Mediation vollzieht sich dabei in Phasen wie Einführung in die Grundregeln, Darstellung der Tatsachen und Ermittlung der Streitfragen, Erarbeitung von Optionen und Alternativen, Verhandlung über und Entscheidung für Optionen, deren schriftliche Fixierung, rechtliche Überprüfung und Vollzug. Der Mediator übernimmt in dem Prozess verschiedene Rollen wie die des Katalysators, des Verhandlungsführers, des Koordinators der inhaltlichen Auseinandersetzung oder des Bewerter von Wertungen oder Meinungen (vgl. a.a.O., S.204ff). Mediation scheint durchaus eine in der Familienpflege sinnvoll anzuwendende

Methode für auftretende innerfamiliäre Konflikte oder auch für Konflikte zwischen Bewohner und Familie zu sein. Im Sinne einer eklektizistischen Anwendung muss dabei aber auf die Herkunft der Methode und die damit verbundenen Voraussetzungen geachtet werden: Beispielsweise müsste ein Ausgleich zwischen den unterschiedlichen Kompetenzen in Bezug auf die vorhandenen kommunikativen Fähigkeiten geschaffen werden.

Die *Milieuthérapie* wurde Mitte des 20. Jahrhunderts im Rahmen der Sozialpsychiatrie entwickelt. Edgar Heim fasst in seinem Buch „Praxis der Milieuthérapie“ die milieuthérapeutischen Strömungen zusammen und beschreibt ein umfassendes Konzept für die Arbeit mit psychisch kranken Menschen in vollstationären Einrichtungen. Basis der Milieuthérapie bildet dabei die therapeutische Gemeinschaft. Dieser Begriff umschreibt weniger die personelle Zusammensetzung als vielmehr die prinzipielle Organisation der Zusammenarbeit. Eine Definition des Begriffs sei auf Grund der vielen verschiedenen Ansätze und fachlicher Diskurse nicht möglich, doch handele es sich um eine neue fachliche Grundhaltung wie auch um technische Behandlungsschritte. Konkret seien die Prinzipien der Therapeutischen Gemeinschaft vor Ort von ihr selbst festzulegen, das Grundlegende werde sich in der Regel halten (vgl. Heim 1985, S. 9ff). Heim kommt nach kritischer Auseinandersetzung zu der Auffassung, dass das Milieu nicht nur den Rahmen therapeutischen Geschehens bilde, sondern selbst ein wichtiges therapeutisches Potential besitze. In falscher oder nachlässiger Anwendung könnten therapeutische Schritte unbewusst oder ungewollt verhindert werden. Prinzipien sind z.B. Partizipation von Patienten oder Teammitgliedern im Sinne von Mitentscheidung, Mitverantwortung und Autonomie (Ermutigung dazu). Die Offene Kommunikation beinhaltet Aspekte des Informationsaustausches (Quantität und Qualität), Wege der Informationsvermittlung (Klarheit) und den individuellen Ausdruck (inhaltliche und emotionale Mitteilungen). Soziales Lernen findet in jedem Milieu statt. Vermieden werden müsse ein kustodiales Milieu als Basis für den regressiven Hospitalismus vieler chronischer Patienten, in dem Lerneffekte unreflektiert in Richtung gestörter Verhaltensweisen gewendet wurde. Daher müsse reflektiert werden, was in der eigenen therapeutischen Gemeinschaft gelernt wird. Heim führt dazu beispielhaft das Modelllernen an und fordert die Aktivierung der Patienten durch Beteiligung an den Milieuprozessen. Um das Leben in der Gemeinschaft zu gestalten, könne man zum Beispiel auf gruppensdynamische Grundlagen und bekannte Wirkfaktoren der Gruppenpsychotherapie zurückgreifen. Gruppenveranstaltungen mit Gruppen unterschiedlicher Funktionen könnten als Interventionsinstrumente der Milieuthérapie

dienen. (vgl. a.a.O., Kapittel 2). Milieuthherapie ist, wie Heim anführt, an sich bereits ein eklektizistisches Konzept, das psychoanalytische, lern- und kommunikationstheoretische sowie humanistische Ansätze aufgreift, und das sich auf der institutionellen Ebene nur noch systemisch betrachten lasse (vgl. a.a.O., S. 158). Für die Familienpflege muss berücksichtigt werden, dass es sich hier nicht um eine vollstationäre institutionelle Betreuung der Bewohner handelt, sondern dass der Bewohner in einem natürlich gewachsenen familiären Milieu lebt, das nicht institutionell reorganisiert werden soll und kann. Gleichwohl lassen sich die Prinzipien von Partizipation, offener Kommunikation und sozialem Lernen auf die Zusammenarbeit aller Beteiligten anwenden.

Konrad kommt zu dem Ergebnis, dass in Familien therapeutische Prozesse in Gang kommen und begreift Familie selbst als Therapeutisches Milieu, wobei er sich an den Milieubegriff von Gurwitsch anlehnt, nach dem Milieu als „das Insgesamt der Alltagssphären, in denen Menschen fraglos, undistanziert und unreflektiert handeln, die sie unmittelbar und langfristig beleben.“ (Konrad 1993, S. 145ff).

Runte stellt vier innovative milieutherapeutische Einrichtungen für akut psychotische Menschen in der Schweiz und den USA/Kanada dar und verweist vor diesem Hintergrund auf die Thesen Ciompis, der ein Zuordnungssystem entwickelte, das „ungünstige Milieueinflüsse mit Verhaltensweisen, Denken und Fühlen schizophrener Menschen in Beziehung setzt und gleichzeitig therapeutische Bedingungen herleitet.“ (Runte 2001, S. 125f). Danach ist ein optimales therapeutisches Milieu geprägt von Merkmalen, deren Erreichung durchaus auch in der Zusammenarbeit mit Familie und Bewohner angestrebt werden können. Beispielhaft seien dazu angeführt Sicherheit, eine einfache klare und übersichtliche Umgebung, eine personengebundene Atmosphäre, Kontinuität, Verlässlichkeit, Vertrauen, Wärme, Verständnis, Klarheit, Eindeutigkeit von Ge- und Verboten, Autonomisierung oder Verantwortlichkeit. Der Lebensraum innerhalb einer Gastfamilie scheint dafür sogar besonders geeignet. Doch auch hier wird ein professionelles therapeutisches Milieu beschrieben, in dem Familie, wenn auch nur als Ursprungsfamilie, dem pathologischen Milieu zugeordnet wird (vgl. ebd.). Auch hier muss also hinterfragt werden, inwieweit unter veränderten Bedingungen, nämlich in einer nicht professionellen Gastfamilie, unter Anwendung milieutheraeutischer Ansätze gearbeitet werden kann.

Methoden der Gesprächsführung, wie auch die auf Carl Rogers zurückgehende *klientenzentrierte oder non-direktive Gesprächsführung* mit ihren fundamentalen Grundhaltungen von positiver Wertschätzung und emotionaler Wärme, Echtheit und einfühlendem Verstehen sind in der Sozialen Arbeit sicherlich universell anwendbar, sofern die Prämissen, die Rogers' Persönlichkeitstheorie zu Grunde liegen, zutreffend sind: Inwieweit beispielsweise bei schizophrenen ehemaligen Langzeitpatienten mit kognitiven Einschränkungen von einer Tendenz zu Selbstaktualisierung oder Selbstverwirklichung ausgegangen werden kann, muss im Einzelfall erwogen werden. In der Zusammenarbeit mit der Familie hingegen kann bei entsprechendem Auftrag (die Familie ist an sich kein Klient) die klientenzentrierte Gesprächsführung sinnvoll und hilfreich sein.

Empowerment als Ansatz Sozialer Arbeit versteht sich an sich nicht als Methode, sondern repräsentiert vielmehr eine professionelle Haltung sozialen Handelns, die auf einen Perspektivwechsel sozialer Fachkräfte auf drei Ebenen abzielt: Förderung von Stärken statt Defizitorientierung, Stärkung von Individuen in Gruppen statt Einzelförderung und Netzwerkförderung statt Beziehungsarbeit. Vorhandene, aber verschüttete oder verborgene Potentiale sind z.B. soziale Ressourcen, psychologische Ressourcen und Bewältigungsverhalten auf objektiver, kognitiver und emotionaler Ebene. Galuske führt kritisch an, dass die Idee des Ansatzes weitgehend vom Bild des autonomen, erfolgreichen Individuums geprägt ist, wovon bezüglich der KlientInnen Sozialer Arbeit jedoch nicht zweifelsfrei ausgegangen werden könne. Da es bei der Anwendung des Ansatzes an Verfahren und Techniken fehle, müsse zudem auf andere Konzepte zurückgegriffen werden (vgl. Galuske 2002, S. 263 ff). Dennoch ermöglicht der Ansatz zumindest auf den ersten beiden Ebenen für die Arbeit in der Familienpflege, den Blick auf die vorhandenen Ressourcen bei Klient und Familie zu richten und diese integriert auf das erweiterte Familiensystem hin zu betrachten, was wiederum den Beteiligten ermöglicht, neue Handlungsspielräume für sich zu erkennen und zu erschließen.

Die Lösungsorientierte Beratung ist eine Methode, die sich auf einen systemischen Ansatz gründet. Auf Grund der offenbar häufigen Anwendung in der Familienpflege soll sie hier beispielhaft betrachtet werden. Entwickelt wurde die Methode von Steve de Shazer. Sie geht aus von den systemtheoretischen Prinzipien Zirkularität, Konstruktivismus und Kybernetik und folgt der in den sechziger Jahren von der systemischen Bewegung entwickelten Kurztherapie. In dieser werden nicht Probleme, Konflikte und Störungen vertieft exploriert,

sondern der Fokus auf vorhandene Kompetenzen bzw. Ressourcen und deren aktive Nutzung gelegt. Lösungsorientierte Beratung will Lösungen konstruieren statt Probleme analysieren. Bamberger weist hier auf den Zusammenhang zum salutogenetischen Modell von Antonovsky hin. Als Leitfaden für die Beratung dient ein Phasenmodell. In der Phase der Synchronisation oder Koppelung geht es zunächst darum, dass der Klient mit dem Berater das ganze Modell logisch nachvollzieht. Dazu gehört das zu Grunde liegende Bild vom Menschen als Gestalter seiner Existenz, der auf Ressourcen in Form von Kompetenzen und Interaktionen zurückgreifen kann. Konkret wird in dieser Phase dann das aktuelle Problem lösungsorientiert analysiert. Darüber hinaus muss der Auftrag zur Intervention eingeholt werden, wobei es erst einmal um die formale Art der Zusammenarbeit zwischen Klient und Berater geht. Inhaltlich konkretisiert sich dieser Auftrag in der zweiten Phase, der Entwicklung der Lösungsvision. Lösung bezieht sich hier sowohl auf den Zustand nach Wegfall des Problems als auch auf den Weg dorthin. Der Fokus wird dabei auf Situationen oder Verhaltensweisen gerichtet, in denen das Problem nicht existent bzw. unbedeutend ist oder aber eine Funktionalität hat. Daraus wird nun der gewünschte Zustand abgeleitet. Gemeinsam wird überlegt, was der Klient tun kann, um irgendeine Veränderung in das Problemsystem einzubringen. Das Ziel der dritten Phase ist die so genannte Lösungsverschreibung: Nach Würdigung und Bejahung der Arbeitsbeziehung zwischen Berater und Klient durch den Helfer beispielsweise über Empathie, Neutralität, Achtung und Respekt kommt es zur Ressourcenaktivierung: Der Berater unterstützt den Klienten bei der Nutzung vorhandener Ressourcen, auf denen ein konkreter Lösungsvorschlag in Form einer Vereinbarung aufgebaut wird. Der sich anschließende Zeitraum der Umsetzung sollte unterstützend begleitet werden. In der vierten Phase, der Lösungsevaluation, geht es schließlich um die Bewertung dessen, was sich verändert hat. Aus der Fokussierung auf Verbesserungen und Ressourcen wird die nächste Lösungsverschreibung entwickelt. Auch Misserfolge werden auf dem Weg zur Lösung als notwendige Schritte verstanden (vgl. Bamberger 2001, S. 5-142). Für die Anwendung der Lösungsorientierten Beratung in der Zusammenarbeit mit den Gastfamilien sprechen mehrere Gründe. Sofern eine systemtheoretische Grundposition in der Familienpflegeeinrichtung vertreten wird, kann Lösungsorientierte Beratung als systemische Methode direkt darin eingebettet werden, ohne dass die Methode noch angepasst werden müsste. Die Familie ist vertragsgemäß verpflichtet, sich beraten zu lassen. Ergeben sich Probleme des Zusammenlebens mit dem Klienten, fordert sie ihr Recht auf Beratung ein oder schildert die konkreten Probleme mit dem Ziel, eine Lösung zu finden. Hieraus kann der Arbeitsauftrag formuliert werden, denn diese

Methode zielt auf Lösungen ab. Auch in der Zusammenarbeit mit dem Klienten ist lösungsorientierte Beratung denkbar. Die Anwendung derselben Methode bei beiden Beteiligten könnte die Kommunikation über das Problem im Familiensystem erleichtern.

Aus der Lebensweltorientierung lassen sich Methoden oder Techniken nicht direkt ableiten. Die Lebensweltorientierung bleibt bisher ein theoretisches Konzept, das es erfordert, methodische Zugänge der Sozialen Arbeit zu integrieren und dem Konzept entsprechend anzuwenden.

9.3.3. Rational-emotives Training

Bezüglich der Arbeit mit den Gastfamilien soll an dieser Stelle noch eine Methode vorgestellt werden, die auf den amerikanischen Psychotherapeuten Albert Ellis zurückgeht. Schönberger und Stolz führen als ungeeignete Merkmale von Familien unter anderem ein angespanntes Familienklima und intensive Gefühlsäußerungen, emotionale Aufdringlichkeit, Überengagement, ängstlich gereizte Reaktionen, eine feindselige Haltung gegenüber Menschen mit Behinderungen sowie Zweifel an der Echtheit von krankhaftem Verhalten an (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 59). Schwierigkeiten in dieser Hinsicht werden nicht in jedem Fall bei der Anbahnung von Pflegeverhältnissen erkannt, sondern treten auch im Verlauf der Betreuung zu Tage. Eine Methode, die unerwünschte Emotionen mit kognitiven Grundüberzeugungen verknüpft, die, auf rationaler Ebene verändert, zu angemessenen Emotionen führen sollen, ist das rational-emotive Training. Die Methode beruht auf der ABC-Theorie des über das Zustandekommen von Gefühlen. Äußere Umstände, gegenwärtige Ereignisse oder frühe Kindheitsschicksale sind danach nicht ursächlich für unerwünschte belastende Emotionen, sondern aktivieren diese. Sie werden daher Aktivierende Ereignisse oder Erfahrungen (A) genannt. Die hervorgerufenen Emotionen sind als Konsequenzen (C) zu betrachten und aktivieren wiederum ein bestimmtes Verhalten. Ursächlich für Emotionen und das anschließende Verhalten ist jedoch das, was auf der Ebene dazwischen geschieht, nämlich die Interpretation und Bewertung (B für Beliefs) des Aktivierenden Ereignisses. A liegt in aller Regel außerhalb des menschlichen Einflussbereiches. Beeinflussbar ist hingegen die Ebene B. Vernünftige oder rationale B's führen nun zu angemessenen C's, unvernünftige oder irrationale B's im Umkehrschluss zu unangemessenen C's. Unangemessene Gefühle stehen dem übergeordneten (Lebens)ziel, relativ zufrieden miteinander leben zu können, im Wege.

Im Familienpflegeverhältnis könnte das übergeordnete Ziel lauten, dass Familie und Gast miteinander relativ zufrieden leben können. Unvernünftige B's sind in der Regel starre, zumeist verschüttete Grundüberzeugungen, für die Ellis den Begriff der Must-Turbation (Muss-Annahmen) als selbstschädigende Überzeugungen einführt. Diese Überzeugungen gilt es zu entdecken, indem man sich in den Prozess der Disputation begibt. Die Fragestellungen lauten dabei wie folgt: Was habe ich in der konkreten Situation A gedacht, dass ich mich so unerwünscht fühlen musste? Ist das zu Grunde liegende Muster erkannt, kann danach gefragt werden, welches Gefühl oder welches Verhalten in Bezug auf das Ereignis A angemessen und erwünscht ist. Daraufhin kann die Frage, ob der zu Grunde liegende Gedanke hilfreich für das erwünschte Gefühl oder das erwünschte Verhalten ist, in der Regel mit nein beantwortet werden. Nach dieser Erkenntnis ist danach zu fragen, welche Gedanken denn zu Grunde liegen müssten, damit es zu dem angemessenen, erwünschten Gefühl/Verhalten kommen kann. Ziel des Disputationsprozesses ist es, neue, angemessene und hilfreiche B's zu formulieren und diese in Folgeereignissen einzuüben. Die alten B's sind zumeist tief verwurzelt, so dass eine Veränderung schwer fällt. Auch dabei gibt es hilfreiche Fragestellungen: Wo ist der Beweis dafür, dass diese Grundüberzeugung richtig ist? Was spricht dafür, dass die Überzeugung falsch ist? Was wäre so schrecklich daran, wenn Ereignisse entgegen dieser Überzeugung eintreten? (vgl. Schwartz 2002, S. 11-74). An dieser Stelle kann nicht weiter auf die Methode des rational-emotiven Trainings eingegangen werden. Die Kurzdarstellung soll lediglich verdeutlichen, dass es sich dabei um eine hilfreiche Strategie zur Veränderung von problematischen Emotions- und Verhaltensmustern handelt, die von Betroffenen erlernt und schließlich selbständig angewendet werden kann. Die Methode eignet sich auch für dringende Schwierigkeiten, da relativ schnell Handlungsmöglichkeiten aufgezeigt werden. Betroffene können selbst etwas tun. Ein entsprechender Auftrag zur Beratung/Unterstützung und eine vertrauensvolle Offenheit seitens der Familie gegenüber dem Team sind auch hier Voraussetzung für die Anwendung.

9.4. Standards und Qualität

Auf die vom Fachausschuss Familienpflege der DGSP 2003 entwickelten fachlichen Standards wurde bereits am Ende des Kapitels „Neubeginn der Familienpflege“ verwiesen. Familienpflege wird danach als eine Pflichtleistung der Eingliederungshilfe betrachtet, die im Rahmen des Gemeindepsychiatrischen Verbundes ein ambulantes Angebot darstellt und an

dessen Planung und Durchführung beteiligt ist. Gastfamilien werden definiert und ein Mindestbetreuungsgeld festgelegt. Pro Familie sollen ein, maximal 2 KlientInnen aufgenommen werden. Hinsichtlich der Finanzierung sind Sach- und Personalkosten für ein der Zielgruppe entsprechendes multiprofessionelles Team sowie Supervision, Fachberatung und Fortbildungen zu finanzieren. Hinsichtlich der Auswahl von Gastfamilien sollen finanzielle und ideelle Motive ausgewogen sein, die Auswahl der Familien nimmt das Team auf Grund fachlicher Kriterien vor. Zur Anbahnung von Pflegeverhältnissen wird auf unabhängig finanziertes Probewohnen und die Rückkehrgewährleistung für den Bewohner innerhalb dieser Zeit bestanden. Grundlage des Pflegeverhältnisses bildet eine Betreuungsvereinbarung, in der die Rechte und Pflichten der Betroffenen festgelegt werden. Das Team übernimmt die fachliche Beratung, Begleitung und Betreuung unter anderem in Form von regelmäßigen Hausbesuchen. Der Betreuungsschlüssel orientiert sich am jeweiligen Hilfebedarf, der Mindestbetreuungsschlüssel beträgt zehn Betreuungen pro Fachkraft. Bei vorübergehender Abwesenheit und während der 28tägigen Unterbrechung des Pflegeverhältnisses pro Jahr, auf die ein Anspruch besteht, ist die Familie weiter zu finanzieren (vgl. Eisenhut 2004, S. 47).

Im Vergleich zu den Leitlinien zur Durchführung Psychiatrischer Familienpflege von 1986, auf deren Basis die Standards entwickelt wurden, kam es zu einigen Veränderungen: Analog zu den Pflegestufen im SGB XI wird von Hilfebedarfsgruppen ausgegangen. Familien erhalten statt eines einheitlichen Betrages ein dem Hilfebedarf entsprechend gestuftes Betreuungsgeld. Gleichzeitig wird ein Mindestbetreuungsgeld in der niedrigsten Stufe genannt, das bei 400 Euro liegt. Konkrete Regelungen müssen auf dieser Grundlage mit den Kostenträgern vor Ort ausgehandelt werden. Hilfreich gestaltet sich die gute Vernetzung der Einrichtungen und das Beratungsangebot durch den Fachausschuss. Neue Einrichtungen können ihn beratend hinsichtlich ihres Konzepts und der zu führenden Verhandlungen über Leistungsvereinbarungen in Anspruch nehmen. Weggefallen ist wie bereits an anderer Stelle erwähnt ein Passus, der sich gegen Gastfamilien mit professionellem Hintergrund aussprach. Stattdessen sind nunmehr „professionelle“ Gastfamilien erwünscht, da in diesen auch KlientInnen mit komplexem Hilfebedarf untergebracht werden können und die Reflexion mit dem Team leichter fällt (vgl. a.a.O., S. 46ff). Der Betreuungsschlüssel 1:10 hat sich schon während der Installierung der Familienpflege in Deutschland durchgängig bewährt (vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 1993, S. 19).

Die in den Standards entwickelten Grundsätze gehen oft zurück auf die Erfahrungen der historischen Familienpflege. In den von Alt um die Jahrhundertwende entwickelten Anweisungen für die Pfleger ist bereits von maximal 2 Pfléglingen, familiärer Integration, angemessener Beschäftigung, Beratungsbereitschaft und Entgelt die Rede (vgl. Schmidt-Michel 1993 S. 55). In einer von Held 1989 durchgeführten prospektiven Langzeitstudie ergibt sich unter anderem, dass die Ausgewogenheit ideeller und finanzieller Motive bei den Motiven von Gastfamilien ein Prädiktor für die Dauerhaftigkeit des Pflegeverhältnisses darstellt (vgl. Schmidt-Michel et al. 1993, S. 128).

In ihren Überlegungen zur Wirkung der Teamarbeit auf die Arbeitszufriedenheit der MitarbeiterInnen plädieren Bruker et al. für ein multiprofessionelles Team, dem sowohl außerhalb als auch innerhalb der zugehörigen Klinik arbeitende Teammitglieder angehören. Die unterschiedlichen Sichtweisen beider Gruppen förderten vernünftige Diskussionsergebnisse. Zudem würden klinische MitarbeiterInnen das Informationsspektrum erweitern und notwendige Klinikaufenthalte von BewohnerInnen erleichtern, da vertraute Personen in der Klinik ansprechbar sind. Das Familienpflegeteam Ravensburg-Weissenau setzt sich aus Krankenschwestern und SozialarbeiterInnen außerhalb der Klinik und aus einer Ärztin und einem Psychologen aus der Klinik zusammen (vgl. Bruker et al. 1993, S. 111).

Schönberger und Stolz halten es darüber hinaus für notwendig, dass bestimmte fachliche Qualifikationen in das Team mitgebracht bzw. erworben werden. Dazu gehören Berufserfahrung in psychosozialen Arbeitsfeldern, Personenzentrierung, Hilfebedarfsermittlung, Personal- und Organisationsentwicklung, Partizipation von BewohnerInnen und Familien sowie gemeinwesenorientierte Arbeit (vgl. Schönberger/Stolz, 2003 S. 104ff).

Zu Qualitätssicherung oder –entwicklung gibt es in der Familienpflege bisher kaum Ansätze, wie sie in anderen Bereichen Sozialer Arbeit bereits üblich sind. Dies ist von daher nachvollziehbar, als die Familienpflege noch immer vorrangig damit beschäftigt ist, sich zu etablieren und auszubreiten. Die damit einher gehenden Schwierigkeiten wurden in den vorangehenden Kapiteln bereits erörtert. Bezüglich der Qualitätssicherung bei langjährigen Betreuungsverhältnissen soll hier auf den Ansatz von Becker/Neuenfeldt-Spickermann hingewiesen werden, die die regelmäßige Begleitung auch von langjährigen

Betreuungsverhältnissen praktisch gefährdet sehen, da Kostenträger hier keinen Bedarf mehr sehen und Kosten einsparen wollten. Zum Teil würden auch Familien die Begleitung als nicht mehr notwendig betrachten und Teammitglieder bei Zeitmangel am ehesten bei den Besuchen der langjährig Betreuten sparen. Außerdem bestehe die Gefahr, dass die nötige Aufmerksamkeit mit der Zeit nachlasse, so dass Krisen unter Umständen nicht früh genug erkannt werden, um sie vermeiden oder abmildern zu können.

Die Autoren fordern daher eine Dokumentation zur Qualitätssicherung bei langjährigen Betreuungsverhältnissen. Diese solle Risiken und Frühwarnzeichen erkennen helfen, betone die professionelle Funktion bzw. Autorität des Teams und die gesellschaftliche Bedeutung bzw. Wertschätzung der familiären Leistung. Über einen ersten Fragebogen wurde zunächst der Stand der Praktischen Arbeit ermittelt: Bei langjährigen Betreuungsverhältnissen würde durchschnittlich alle vier Wochen ein Hausbesuch durchgeführt. Regelmäßige Hausbesuche seien wichtig, um den Familien Wertschätzung und Anerkennung zu vermitteln, Krisen und Versorgungsmängel bei den BewohnerInnen zu vermeiden, die Bereitschaft der Familien zur Betreuung zu erhalten und die rehabilitative Entwicklung der BewohnerInnen zu fördern. Bei einer Beendigung der fachlichen Begleitung käme es zu einer Überforderung der Familien und zu einem Verlust der professionellen Beziehung auf Seiten der BewohnerInnen. Dies habe sich aus einer Umfrage bei BewohnerInnen und Gastfamilien aller 497 langjährigen Betreuungsverhältnisse (länger als fünf Jahre) ergeben. Die Wichtigkeit regelmäßiger Besuche würde von den BewohnerInnen noch höher eingeschätzt als von den Familien. Kriterien waren die Wichtigkeit der begleitenden Fachkraft als Vertrauensperson bzw. als Fachfrau/Fachmann, die Wichtigkeit des Kontaktes, die Entlastung durch Gespräche und unterstützende Maßnahmen, und die Befürchtungen bei Wegfall der Begleitung. Auf der Basis der Ergebnisse der Umfrage entwickelten die Autoren nun einen Bewertungsbogen. Anfang 2006 wurde dieser Bewertungsbogen über den Fachausschuss Familienpflege zur Qualitätssicherung und Verlaufskontrolle aller Betreuungsverhältnisse bundesweit mit der Empfehlung versandt, den Bogen intern gemeinsam regelmäßig etwa alle sechs Monate einzusetzen. Die Einrichtungen wurden ferner gebeten, mit dem Bogen zu experimentieren und Erfahrungen rückzumelden. (vgl. Becker/Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 15ff).

9.5. Persönliche Voraussetzungen

In der Arbeit der Teams liegen einige Besonderheiten, die so in anderen Arbeitsgebieten nicht vorkommen. Zunächst ist das Beziehungssystem einer Triade mit der dahinter stehenden Dynamik zu nennen. Die TeammitarbeiterInnen geraten allzu leicht in Konflikte hinsichtlich ihrer Loyalität gegenüber Bewohner und Gastfamilie. Ständig ist es erforderlich, Nähe und Distanz zu beiden Beteiligten situationsbedingt neu auszubalancieren. Spannungen zwischen Bewohner und Gastfamilie bauen sich auf und müssen reguliert werden, wobei das Team oft eine Mediationsfunktion erhält. Zwangsläufig treten die TeammitarbeiterInnen in den privaten Raum der Familien ein, das gilt sowohl für den Wohnraum durch die regelmäßigen Hausbesuche als auch für inhaltliche Themen, die vielfach intimen Charakter haben. Auch Hierbei müssen Grenzen immer wieder neu ausgehandelt werden. TeammitarbeiterInnen werden schnell „wie selbstverständlich zu einem Teil des Familiensystems“ (vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 103). Die Familie wird durch das Team in der Betreuung des Bewohners begleitet und unterstützt. Sie ist vertraglich zur Inanspruchnahme der Beratung durch das Team verpflichtet. Inwieweit Beratung und Unterstützung zugelassen oder eingefordert wird, hängt von der Familie selbst und von den zu lösenden Problemen im Betreuungsverhältnis ab. Die Familie ist von daher zuerst Vertragspartner und darüber hinaus phasenweise Klient des Teams. Persönlich erfordert die Arbeit in der Familienpflege eine hohe Flexibilität im Umgang mit den unterschiedlichsten Beteiligten: In aller Regel schwer beeinträchtigten BewohnerInnen mit unterschiedlichen Krankheitsbildern, Familien aus unterschiedlichen Milieus in unterschiedlichen Lebenslagen, Mitarbeiter unterschiedlicher Professionen aus der vollstationären Psychiatrie, Vertreter des Kostenträgers und der Gemeindepsychiatrie.

Schönberger und Stolz geben eine mehr oder weniger inhaltliche Sammlung persönlicher Merkmale ohne eine besondere Struktur wie z.B.

- Vertrauen in Sinn und Zweck des Betreuten Lebens in Familien,
- Heiterkeit, Humor, Warmherzigkeit und Besonnenheit in kritischen Situationen
- Ausstrahlung von Zuversicht und Gewissheit, dass es Lösungen gibt
- Akzeptanz und Wertschätzung für befremdliche Lösungen
- Risikobereitschaft zum Erproben von ungewohnten Wegen
- Sicherheiten, auch heikle Vergangenheiten mit Gewalt und Misshandlung in der Begleitung integrierend bearbeiten zu können

(vgl. Schönberger/Stolz 2003, S. 108).

Innerhalb der fachlichen Kompetenzen führen die Autoren neben den Ebenen der Wissens- und Methodenkompetenz noch die emotional-normative Ebene der Sozial- und Selbstkompetenz an, die eine Art Schnittstelle zwischen fachlichen und persönlichen Kompetenzen bildet. Hinsichtlich der fachlichen Voraussetzungen im Nahfeld des eigenen Teams sind das zum Beispiel die Fähigkeit eigene Bedürfnisse zu formulieren und Kompromisse einzugehen, Erwartungen an die eigene Person zu reflektieren oder die Bereitschaft zu kollegialer Beratung, Selbstevaluation und Supervision. Voraussetzungen im Privatraum von Familie und Bewohner sind zum Beispiel Auseinandersetzung mit eigenen und fremden Wirklichkeiten, Kontakt- und Beziehungsgestaltung mit schwer zugänglichen Menschen und Umgang mit körperlichen/sozialen und emotionalen Grenzverletzungen (vgl. a.a.O., S. 115).

9.6. Fazit

Fachlichkeit und Qualität in der Familienpflege sind bisher vor allem aus den Erfahrungen der Praxis heraus entwickelt worden. Bundeseinheitliche Standards und die jährlich stattfindenden Fachkonferenzen sind geeignete Mittel, bisherige Ansätze theoretisch fundiert weiter zu entwickeln. Dies zeigt sich an dem entwickelten Bewertungsbogen für die langfristigen Betreuungsverhältnisse. Instrumente zur Qualitätssicherung und –entwicklung sowie zur Evaluation der Arbeit zu schaffen wird, will man Kostenträger und Kooperationspartner überzeugen, eine der zukünftigen Aufgaben des Arbeitsbereiches sein. Dazu gehören auch fundierte Kenntnisse über geeignete und der multiprofessionellen Zusammensetzung der Teams entsprechende disziplinübergreifende methodische Konzepte, Methoden und Verfahren sowie deren Anwendung. Aus den beantworteten Fragebögen kann zumeist eine methodische Vielfalt erkannt werden, die auf eine hohe methodische Kompetenz der Teams hinweist.

10. Befragung von Familienpflegeeinrichtungen

10.1. Die Gestaltung der Befragung

Die vorliegende aktuelle Literatur zum Thema Familienpflege ist nicht sehr umfangreich und richtet sich vor allen Dingen an Praktiker und Interessierte. Die Literatur gibt einen Überblick über den Stand und die Tätigkeitsfelder der Psychiatrischen Familienpflege im

Bundesgebiet. Theoretische und methodische Grundlagen waren nur in dem Handbuch von Schönberger und Stolz aus dem Jahre 2003 zu finden, wobei dieses Handbuch vorwiegend von Erfahrungen im Aufbau der Familienpflege in Brandenburg, Landkreis Dahme-Springe, ausgeht. Insbesondere fehlten aktuelle Informationen über die Anwendung von Theorien und Methoden aus dem Bereich der Sozialen Arbeit. So entstand die Idee einer Einrichtungsbefragung. Ziel der Befragung war es, Tendenzen in der aktuellen Arbeit zu erkennen hinsichtlich der Arbeitsgrundlage (organisatorisch-rechtlich und theoretisch-konzeptionell), der Bewohnerzahl und -herkunft und der Arbeit mit den Gastfamilien (Suche, Methoden, Voraussetzungen, förderliche bzw. problematische Merkmale, Ausschlusskriterien, Häufigkeit von Familientypen, Aufwandsentschädigung). Der Befragungsschwerpunkt liegt wie der Fokus dieser Arbeit deutlich bei der Betrachtung der Gastfamilien. Die rechtlich-organisatorische Ansiedlung der Einrichtungen und ihre Finanzierung waren dabei vor allem wegen der aktuell allgegenwärtigen Diskussionen um die Einführung von Fachleistungsstunden von Interesse. Darüber hinaus sollten die in den jeweiligen Teams vertretenen Professionen erfragt werden, um einen Eindruck vom Anteil Sozialer Arbeit in Familienpflegeeinrichtungen zu erhalten.

Die Form der Befragung wurde schriftlich halbstandardisiert gewählt. Die Bögen mussten aus Entfernungsgründen an die Einrichtungen versandt werden. Aus einem Adressenverzeichnis wurden diejenigen Einrichtungen per E-Mail angeschrieben, die eine entsprechende Adresse angegeben hatten. Eine telefonische Befragung schien mir im Hinblick auf die Anzahl der Fragen ungeeignet. Gefragt wurde hauptsächlich nach Fakten, denn an diesen fehlte es in der zur Verfügung stehenden Literatur. Bei der Frage nach den Merkmalen von Gastfamilien hinsichtlich ihrer (Nicht)Eignung wurde nach Einschätzung gefragt.

Um eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erhalten, wurde die Befragung so weit wie möglich standardisiert und eine Bitte zum Rücksendeverfahren formuliert. Im Kopf des Fragebogens habe ich mich mit meinem Anliegen, die Befragung in meine Diplomarbeit einzubinden, vorgestellt und die in etwa zum Ausfüllen benötigte Zeit angegeben. Zu Beginn sollte der genaue Name der Einrichtung angegeben werden. Antwortvorgaben sorgten dafür, dass Fragen nicht missverstanden werden konnten. Um zu vermeiden, dass bei den Fragen nach theoretischen Grundlagen und angewendeten Methoden nur die Antwortvorgaben verwendet werden, gab es hier die Bitte, weitere Angaben frei zu

formulieren, was auch von der Mehrzahl der Einrichtungen getan wurde. Hinsichtlich der Frage nach Familientypen wurde eine Ordinalskala mit sechs Ausprägungen zwischen „immer“ und „nie“ verwendet, alle anderen Skalen waren Nominalskalen, bei denen bestimmte Informationen qualitativ strukturiert erfasst werden sollten. Die Vorgaben für die Nominalskalen bzw. die Kriterien für die Familientypen wurden aus der zu Grunde liegenden soziologischen Literatur abgeleitet und sollten mit Hilfe des Fragebogens näher betrachtet werden.

Sehr geehrte Familienpflegeteams!

Mein Name ist Claudia Hecht. Im Rahmen meiner Diplomarbeit (Sozialpädagogik / -arbeit) über Psychiatrische Familienpflege mit Schwerpunkt „Arbeit mit den Gastfamilien“ an der Fachhochschule Kiel bitte ich Sie herzlich um die Beantwortung folgender Fragen und die Rücksendung des 2-seitigen Fragebogens. Sie brauchen dafür ca. 10 Minuten Zeit. Zum Ausfüllen bitte den Bogen ausdrucken.

Arbeitsgrundlage

Name der Einrichtung:.....
.....

1. Wo ist Ihre Einrichtung angesiedelt?

Komplementäreinrichtung Einer Psychiatrischen Klinik	kommunale Einrichtung	als freier Träger	sonstiges
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Wer ist Kostenträger?

Wie werden Sie finanziert? Zuwendungen Tagessätze Fachleist.std. sonstiges

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

3. Welche Rechtsform hat Ihre Einrichtung?

4. Gibt es eine Einrichtungskonzeption? Ja Nein

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----------------------	-----------------------

5. Welche (insbesondere sozialpsychiatrischen) Theorien oder theoretisch fundierte Konzepte wenden Sie bei Ihrer Arbeit an?

Systemtheorie	Lebensweltorientierung	Rollentheorie	Milieutherapeutischer Ansatz
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Andere Theorien/theoretische Konzepte.....

6. Wie ist Ihr Team zusammengesetzt/ welche Professionen sind vertreten?

.....

BewohnerInnen

7. Wie viele BewohnerInnen betreuen Sie in der Familienpflege?

8. Welche Zielgruppen gibt es / Woher kommen Ihre BewohnerInnen?

Gastfamilien

9. Wie finden Sie Ihre Gastfamilien?

Presseanzeigen	kommunale Netzwerke	Multiplikatoren	Internet	sonstiges
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Wie gehen Sie methodisch bei der Unterstützung der Familien vor?

Lösungsorientierte Beratung	Klientenzentrierte Gesprächsführung	Mediation	Rekonstruktive Sozialpädagogik
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Themenzentrierte Interaktion	Empowerment	sonstige Methoden, nämlich:	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

11. Welche Voraussetzungen muss eine Gastfamilie erfüllen?

.....

12. Gibt es Ausschlusskriterien? Welche?

13. Welche Merkmale kennzeichnen aus Ihrer Erfahrung geeignete Gastfamilien?

.....

14. Welche Merkmale schätzen Sie als eher problematisch ein?

.....

15. Welche „Familientypen“ kommen wie häufig bei Ihnen als Gastfamilien vor?

(bitte einfach an der zutreffenden Stelle ankreuzen

immer fast immer oft manchmal selten nie

Ehepaare

Unverheiratete Paare.....

DAVON:

Paare mit kleinen Kindern.....

Paare mit Kindern in der Ablösephase.....

Paare mit ausgezogenen Kindern

Kinderlose Paare.....

Alleinstehende Frauen.....

Alleinstehende Männer.....

16. Wie hoch ist die Vergütung der Familien?

Betreuung: €..... Zimmermiete: €..... Lebensunterhalt Klient: €..... sonstiges.....

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Claudia Hecht, Krusenrotter Weg 72, 24113 Kiel, Tel. 0431-2605532, mobil 0172-4371962
e.mail: Claudia.Hecht@gmx.de

10.2. Durchführung und Auswertung der Befragung

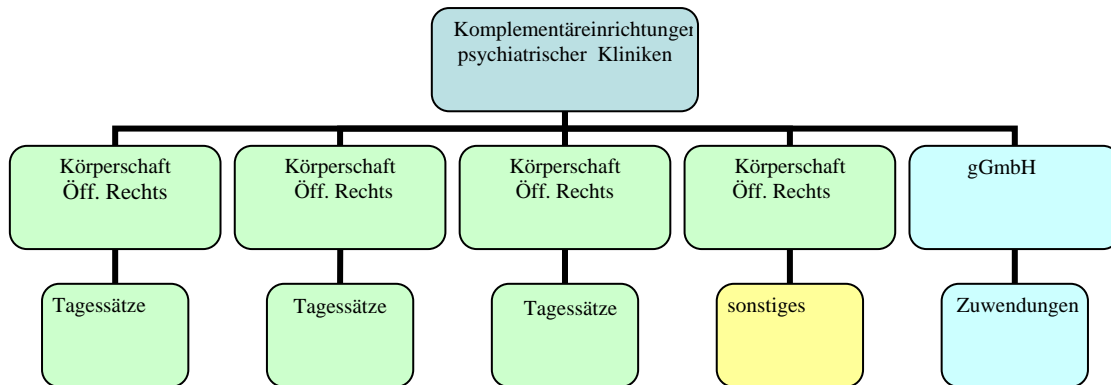
Weder die Konzipierung des Fragebogens noch die Vorgehensweise bei der Durchführung der Befragung genügt den Anforderungen empirischer Untersuchungen. Es wurden keine Kontrollfragen eingebaut und die Auswahl der Adressaten geschah nicht zufällig. Die Ergebnisse der Befragung sind also nicht verallgemeinerbar. Dennoch können Tendenzen abgelesen werden, die Rückschlüsse auf die aktuelle Arbeit in der Psychiatrischen Familienpflege zulassen.

Derzeit gibt es in der Bundesrepublik 120 Einrichtungen der Familienpflege, in der etwa 1000 BewohnerInnen betreut werden. Aus einem Adressenverzeichnis wurden 36 Einrichtungen mit E-Mail-Adresse herausgesucht, die mit psychisch kranken Erwachsenen arbeiten. Die Rücklaufquote betrug genau 33,33%, insgesamt kamen also 12 Fragebögen bis auf wenige einzelne Punkte vollständig ausgefüllt zurück. Die Rücklaufquote kann als zufrieden stellend betrachtet werden, da die Befragung per E-Mail im Vergleich zu einer telefonischen Befragung, die auch möglich gewesen wäre, relativ unverbindlich ist. Tatsächlich entspricht die Zahl der Rückläufe 10% der Gesamtzahl der Einrichtungen. Prozentual wäre die Umfrage von daher sogar statistisch repräsentativ, jedoch muss das auf Grund der geringen Nominalzahl und des Auswahlkriteriums einer vorhandenen E-Mail-Adresse relativiert werden.

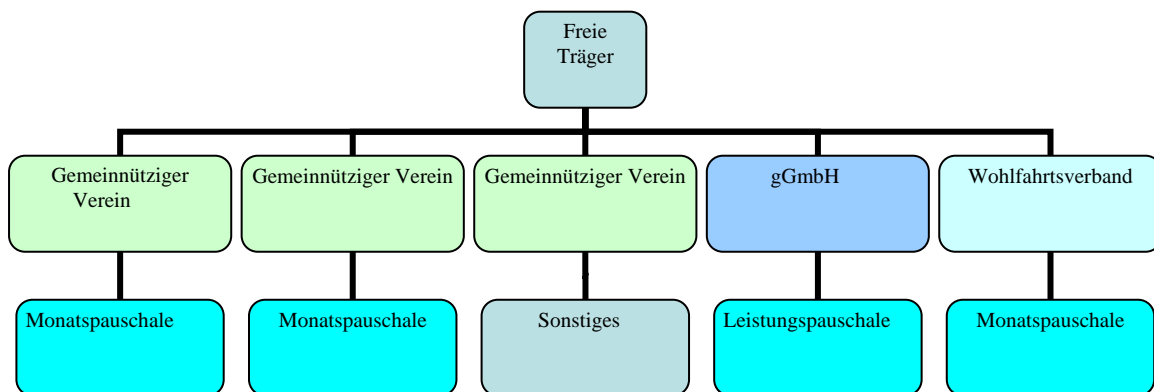
10.2.1. Rechtlich-organisatorische Arbeitsgrundlage der Einrichtungen

Jeweils fünf Einrichtungen arbeiten als Komplementäreinrichtungen psychiatrischer Kliniken und in freier Trägerschaft. Eine Einrichtung arbeitet als diakonische Einrichtung, eine weitere in kommunaler Trägerschaft. Die Komplementäreinrichtungen psychiatrischer Kliniken haben bis auf eine Ausnahme die Rechtsform einer Körperschaft des öffentlich-

rechtlichen Rechts. Drei davon werden über Tagessätze finanziert, eine Einrichtung gab eine sonstige Finanzierungsform an.



Bei den freien Trägern gestaltet sich die rechtlich-organisatorische Arbeitsgrundlage wie folgt: Drei Einrichtungen haben die Rechtsform eines gemeinnützigen Vereins, je eine ist als gGmbH und als Komplementäreinrichtung eines Wohlfahrtsverbandes tätig. Vier davon gaben eine Finanzierung über Monatspauschalen an, eine Einrichtung hat ihre sonstige Finanzierungsform nicht näher erläutert.



Bei den freien Trägern überwiegt die Finanzierung über monatliche Pauschalsätze. Die einzige kommunale Einrichtung in der Rechtsform der Körperschaft des Öffentlichen Rechts wird ebenfalls über Monatspauschalen finanziert. Die der Diakonie angegliederte Einrichtung hat ihre sonstige Finanzierung nicht näher erläutert. Fachleistungsstunden wurden von keiner Einrichtung angekreuzt. Tagessätze oder Monatspauschalen sind die übliche

Finanzierungsform, Tagessätze scheinen verständlicherweise den klinikangegliederten Einrichtungen näher zu sein.

Zehn von 12 Einrichtungen verfügen über eine Einrichtungskonzeption. Welche Theorien oder theoretische Konzepte angewendet werden, ist detailliert im Kapitel „Theoretische Fundierung der Psychiatrischen Familienpflege“ beschrieben. Mehrheitlich angewendet werden Systemtheorie (10), Lebensweltorientierung (9) als Theorien Sozialer Arbeit und der Milieutherapeutische Ansatz (7) als Konzept der Sozialpsychiatrie.

Vier Einrichtungen gaben an, mehrere SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen in einem multiprofessionellen Team zu beschäftigen. Andere Professionen waren Ärzte, FachkrankenpflegerInnen für Psychiatrie, und in einem Fall DiplompädagogInnen. Bei sieben Einrichtungen ist ausschließlich die Profession der Sozialen Arbeit beteiligt, was für die Soziale Arbeit sehr erfreulich ist, aber nicht der Forderung von Literatur und Standards nach Multiprofessionalität im Team entspricht. Nur bei einer Einrichtung besteht das Team ausschließlich aus DiplompsychologInnen. Unter Berücksichtigung der offensichtlich großen Bedeutung von Sozialer Arbeit in der Familienpflege erscheint es plausibel, dass die zu Grunde liegenden Theorien ebenfalls überwiegend der Sozialen Arbeit zuzuordnen sind. Da Soziale Arbeit sich als junge Profession gegenüber Nachbardisziplinen stets legitimieren und durchsetzen muss, sollte an einer theoretischen Fundierung der Familienpflege unbedingt weiter gearbeitet werden.

10.2.2. Die BewohnerInnen

Die Größe der Einrichtungen variiert stark von einem betreuten Bewohner (die Einrichtung befindet sich gerade im Aufbau) bis hin zu 73 betreuten BewohnerInnen. Bei der Umfrage wurden insgesamt 305 BewohnerInnen „miterfasst“. Dabei fiel hinsichtlich der Zusammensetzung der Teams auf, dass die Multiprofessionalität der Teams positiv mit der Zahl der betreuten BewohnerInnen korreliert.

Bewohnerzahl	1	4	9	10		13	17	21	28	48	70	7 3
SozialpädagogInnen SozialarbeiterInnen	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Fachkranken- pflegerInnen										X	X	X
Ärzte								X				X
DiplompädagogInnen											X	
PsychologInnen							X					

Aus dieser Verteilung Rückschlüsse auf den Aufbau von Familienpflege zu ziehen wäre sicherlich spekulativ: Es könnte unter Berücksichtigung des üblichen Betreuungsschlüssels von 1:10 möglich sein, dass der Aufbau von Familienpflegeeinrichtungen zunächst vorrangig eine Aufgabe Sozialer Arbeit ist, weil sie besonders geeignet ist, in der Aufbauphase die unterschiedlichen Beteiligten und Kooperationspartner zusammenzuführen. Hat die Zahl der Betreuungen eine bestimmte Größe überschritten und sich damit behauptet, wird das Team möglicherweise mit anderen Professionen angereichert. Ein multiperspektivischer Blick wäre aber sicherlich auch schon vorher von Vorteil.

Als Zielgruppen gaben die Einrichtungen psychisch kranke Erwachsene an, wobei fünf Mal speziell chronisch psychisch kranke Menschen erwähnt wurden. Eine Einrichtung gab ganz allgemein den Personenkreis der Eingliederungshilfe an, vereinzelt wurden verschiedene psychische Erkrankungen aufgezählt. Die Herkunft der BewohnerInnen wird wie folgt angegeben:

Herkunft	Stationärer Bereich		Ambulanter Bereich	zu Hause/ über Angehörige	andere
	Akut	Wohnheim/ Langzeitbereich			
Anzahl der Einrichtungen	12	12	3	7	2

Die KlientInnen Psychiatrischer Familienpflege kommen schwerpunktmäßig noch immer aus dem vollstationären Bereich. Aber auch der direkte Zugang von der eigenen Wohnung oder über Angehörige hat sich verstärkt. Psychiatrische Familienpflege ist somit nicht mehr nur eine alternative Lebensform für langjährige HeimbewohnerInnen, sondern wird verstärkt als

Alternative im Vorwege in Anspruch genommen, um das Leben in einer vollstationären Einrichtung zu vermeiden.

10.2.3. Die Gastfamilien

Bezüglich des Zugangs zu den Gastfamilien nutzen alle befragten Einrichtungen die lokale Presse, die Hälfte nutzen Multiplikatoren oder sonstige Zugänge, eine Einrichtung erwähnte dabei explizit „Mundpropaganda“. Nur drei Einrichtungen gaben kommunale Netzwerke an, nur eine Einrichtung das Internet. Die Auswertung zu der Frage nach den angewendeten Methoden wird im Kapitel „Fachlichkeit und Qualität“ vorgenommen.

Die Fragen nach Voraussetzungen, Ausschlusskriterien und Merkmalen problematischer oder geeigneter Gastfamilien hängen inhaltlich zusammen und sollen zusammenhängend betrachtet werden. Da die Antworten bei diesen Fragen nicht vorformuliert waren, erweist sich ein Vergleich als schwierig. Mit Hilfe der Fragen sollten übereinstimmende Einschätzungen der Einrichtungen festgestellt werden. Zumeist benutzten die Einrichtungen ein ähnliches Vokabular, so dass übergreifende Kriterien in Nachhinein benannt werden konnten. Selten genannte Kriterien wurden nicht in die tabellarische Auswertung aufgenommen.

Als von Gastfamilien zu erfüllende Voraussetzungen wurden genannt

Ausreichender Platz	Abgeschlossenes Zimmer	Wirtschaftliche Unabhängigkeit	Ausreichende Zeit	Stabile Lebensverhältnisse	Kooperationsbereitschaft
7	5	5	4	4	4

Ausschlusskriterien

Vordergründig /ausschließlich finanzielles Interesse	Instabile Verhältnisse	Abhängigkeit vom Pflegegeld	Sucht
5	3	2	2

Voraussetzungen, die zusätzlich im Umkehrschluss als Ausschlusskriterium formuliert wurden, bleiben in der Tabelle unberücksichtigt. Ausschlusskriterien liegen zu einem großen Teil im materiellen Bereich. Dies betrifft die Abhängigkeit vom Pflegegeld. Die Familien sollen von der Pflege finanziell unabhängig sein. Das benennen dann insgesamt sieben

Einrichtungen. Hinzu kommt, dass auch schon das vorrangige/ausschließliche finanzielle Interesse allein bei fünf Einrichtungen ein Ausschlusskriterium darstellt.

Grundsätzlich wurden nominell weit weniger Ausschlusskriterien als Voraussetzungen oder positive/problematische Merkmale benannt.

Merkmale geeigneter Gastfamilien

Offenheit	Wertschätzung/ Empathie	Engagement/fester Mitwirkungswille	Geduld/ Gelassenheit	Verständnis für Krankheit	Flexibilität
8	7	4	3	3	2

Auffällig ist, dass sich die Voraussetzungen von Gastfamilien größtenteils auf messbare Kriterien beziehen. Auch stabile Lebensverhältnisse lassen sich teilweise messen. Die Kooperationsbereitschaft lässt sich nicht messen, wird aber vertraglich vereinbart und konkretisiert. Dem gegenüber finden sich bei den Merkmalen geeigneter Gastfamilien Kriterien, die ideeller Art sind und vom Team erst eingeschätzt werden müssen. Da hier offenbar Haltungen oder familiäre Charaktereigenschaften beurteilt werden, sollten im Rahmen einer fachlich fundierten Qualitätssicherung Möglichkeiten der Operationalisierung dieser Merkmale gefunden werden. Woran lassen sich beispielsweise Offenheit oder Gelassenheit im Kontakt mit der Familie ablesen?

Problematische Merkmale von Gastfamilien

Ausschließlich soziales Interesse	Ausschließlich finanzielles Interesse	Belastende Lebenssituationen
4	4	3

Bei den problematischen Merkmalen und Ausschlusskriterien ist eine unterschiedliche Einschätzung bei gleichen Kriterien festzustellen. Bei fünf Einrichtungen ist das ausschließliche oder vorrangige finanzielle Interesse Ausschlusskriterium, bei weiteren vier Einrichtungen wird das ausschließlich finanzielle Interesse als problematisches Merkmal eingeschätzt. Ähnlich verhält es sich mit stabilen bzw. instabilen Verhältnissen, die sieben Mal als Voraussetzung oder Ausschlusskriterium formuliert wurden. Drei Einrichtungen stellten belastende Lebenssituationen, die als momentan instabile Verhältnisse interpretiert werden könnten, als problematisches Merkmal dar. Suchtproblematik wurde zweimal als Ausschlusskriterium, einmal als problematisches Merkmal eingeschätzt. Ausschließlich

soziales Interesse wurde überwiegend als ein problematisches Merkmal betrachtet, nur eine Einrichtung bezeichnete das „Helfersyndrom“ als Ausschlusskriterium.

Einige Einrichtungen wiesen darauf hin, dass letztlich immer eine individuelle Einschätzung der Familie und des Bewohners über das Zustandekommen eines Familienpflegeverhältnisses entscheidet.

Familientypen

Familientyp	Häufigkeit	Immer	Fast immer	Oft	Manchmal	Selten	Nie
Paare m. kleinen Kindern			2	1	6	2	
Paare m. Kindern in der Ablösephase				4	3	4	
Paare m. ausgezogenen Kindern			2	8	1	1	
Kinderlose Paare				2	4	4	
Alleinstehende Frauen				4	5	2	
Alleinstehende Männer					2	5	4

Deutlich treten bei der Frage, wie häufig bestimmte Familientypen als Gastfamilien auftreten, Paare mit ausgezogenen Kindern in den Vordergrund. Auch Paare mit kleinen Kindern sind vielfach vertreten, etwas seltener allein stehende Frauen gefolgt von Paaren mit Kindern in der Ablösephase. Kinderlose Paare treten weniger häufig als Gastfamilien auf. Weit abgeschlagen findet sich der Familien- oder Haushaltstyp allein stehender Männer. Interessant wäre zu ergründen, wo die Ursachen dieser Verteilung liegen und ob bestimmte Familientypen für bestimmte BewohnerInnen in Frage kommen.

Verheiratete und unverheiratete Paare

Häufigkeit	Immer	Fast immer	Oft	Manchmal	Selten	nie
verheiratet		6	4	1		
unverheiratet				4	6	

Die Verteilung verheirateter und unverheirateter Paare spricht für sich. Der weit gefasste Familienbegriff, wie er in den Standards des Fachausschusses formuliert ist, findet sich in der Realität der Familienpflege im Augenblick nicht wieder.

Finanzielle Vergütung

Leistungsart	Betreuung	Zimmermiete	Lebensunterhalt Klient
Körperschaft, 48 KlientInnen	306	112	585
Körperschaft, 28 KlientInnen	357	230	150
e.V., 73 KlientInnen	358	235	323
gGmbH, 4 KlientInnen	358,75	235,80	276 + Mehrbedarf
e.V., 70 KlientInnen	358,75	235,80	445,71 + TG+Mehrbedarf
Körperschaft, 13 KlientInnen	400	196	273
Körperschaft, 11 KlientInnen	409	230	152,80 + evtl. Mehrbedarf
gGmbH, 10 KlientInnen	410	280	160
Ohne Angabe, 9 KlientInnen	550	250	160
e.V. im Aufbau, 1 KlientIn	550	280	345
Diakonie, 17 KlientInnen	550	200-450	345

Eine einheitliche Vergütung der Familien lässt sich bei allen drei Leistungsarten nicht feststellen, Unterschiede sind auch nicht von der Rechtsform bzw. Anbindung an eine größere Institution oder der Einrichtungsgröße abhängig. Für das Betreuungsgeld ergibt sich ein mittlerer Wert von gerundet 420 Euro. Die Zimmermiete dürfte sich bei den meisten Einrichtungen nach den regional festgelegten Beträgen für Mietübernahmen durch die zuständigen Kostenträger nach SGB XII bzw. SGB II richten. Die Rubrik Lebensunterhalt weist ein sehr heterogenes Bild auf. Einige Einrichtungen scheinen sich am Regelsatz von 345 Euro bzw. an dem um 20 % verminderten Regelsatz für Haushaltsmitglieder zu orientieren, andere zeigen vor allem nach unten hin deutliche Abweichungen auf, die aus den bloßen Zahlen nicht erklärbar sind. Hierzu müssten die Einrichtungen noch einmal hinsichtlich der Kalkulationsgrundlagen für die einzelnen Leistungen befragt werden. Nahe liegend wäre auf den ersten Blick auch eine Orientierung an den Pflegegeldern für Vollzeitpflegekinder nach SGB VIII. Dazu ist jedoch zu sagen, dass sich keine der befragten Einrichtungen nach den landesüblichen Sätzen für Pflegekinder richtet. Pflegegeld nach SGB VIII setzt sich aus einem nach Alter gestaffelten und von Anfang an weit über dem Regelsatz liegenden Grundbedarfssatz für die Deckung des Lebensunterhaltes und den Kosten der

Erziehung zusammen. Die Kosten der Erziehung machen gegenüber dem Grundbedarfssatz einen relativ kleinen Teil aus und bleiben konstant. Beispielsweise erhält eine Pflegefamilie in Karlsruhe für ein 15jähriges Pflegekind monatlich 538 Euro Grundbedarf und 269 Euro für die Kosten der Erziehung (vgl. www1.karlsruhe.de/Soziales/pflege5.htm, 5.12.2006, S. 1). Diese Summe als Anerkennungsbeitrag für die Erziehungsleistung der Pflegeeltern würde sinngemäß dem Betreuungsgeld entsprechen, das die Gastfamilien in der Psychiatrischen Familienpflege erhalten. Der Aufwand und die Aufgaben der Betreuung und der Integration psychisch kranker Erwachsener sind jedoch inhaltlich nicht mit denen einer Pflegefamilie nach SGB VIII vergleichbar und die hier gezahlten Aufwandsentschädigungen wären darüber hinaus nicht adäquat.

11. Schlussbetrachtung

In der Schlussbetrachtung soll unter Berücksichtigung der Ergebnisse aus den einzelnen Kapiteln erwogen werden, ob sich die Psychiatrische Familienpflege als neues altes Konzept in der Versorgung psychisch kranker Menschen etablieren und weiter ausbreiten könnte.

Für eine erfolgreiche Etablierung sprechen vielerlei Gründe:

- Einrichtungen der Psychiatrischen Familienpflege waren mit ihrer Arbeit in ihren Einzugsgebieten erfolgreich, sofern ihnen der Zugang zu den Beteiligten ermöglicht wurde.
- Die Geschichte um Gheel und auch der Aufbau der Familienpflege bis in die Weimarer Zeit hinein zeigt, dass durch sie kommunale und familiale Integration ermöglicht wird, die Hospitalisierungsfolgen verringert und die Lebensqualität der Betroffenen steigert.
- Die gute Vernetzung der tätigen Einrichtungen über den Fachausschuss Familienpflege, jährliche Tagungen und die Entwicklung von Standards ermöglichen ein bundesweit einheitliches Vorgehen und gemeinsame Strategien. Zudem unterstützt der Fachausschuss Einrichtungen beim Aufbau der Familienpflege und beim Aushandeln von angemessenen Leistungsvereinbarungen.
- Familienpflege ist in der Lage, sich auf die veränderten Bedürfnisse potentieller KlientInnen einzustellen. Sie hat sich bereits hinsichtlich verschiedener Zielgruppen erfolgreich ausdifferenziert. Einrichtungen konnten sich erfolgreich auf Menschen mit Korsakov-Syndrom, junge Menschen und psychisch kranke Elternteile mit

Kindern spezialisieren. Eine weitere zukünftig bedeutsame Zielgruppe sind PatientInnen der Gerontopsychiatrie.

- Das Leben im familiären Rahmen mit seinen diffus-natürlichen und kontinuierlichen Beziehungen bei gleichzeitiger professioneller Beratung und Unterstützung ermöglicht die Schaffung eines heilsamen Milieus für die Betroffenen.
- Eine Anbindung der Einrichtungen an psychiatrische Zentren eröffnet die personelle Kooperation mit der psychiatrischen Fachlichkeit und ist hilfreich bei der Aushandlung von Leistungsvereinbarungen mit den Kostenträgern.
- Die staatlichen Rahmenbedingungen für eine Ausdehnung der Familienpflege sind von daher günstig, als dass es sich um eine im Vergleich zu vollstationären Angeboten wesentlich kostengünstigere ambulante Versorgungsform handelt. Sie stellt des Weiteren eine Wahlmöglichkeit dar, folgt dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ und ist auf Integration und soziale Teilhabe ausgerichtet.

Einer erfolgreichen Etablierung und Ausdehnung stehen allerdings auch zahlreiche Probleme gegenüber:

- Eine Umstellung der Finanzierung auf Fachleistungsstunden könnte verhindern, dass die Betreuung der BewohnerInnen und Familien weiterhin flexibel den wechselnden (psychischen) Bedürfnissen der Betroffenen angepasst werden kann. Wenn eine Umstellung von Pflegesätzen von Seiten der Kostenträger durchgesetzt wird, könnte sich diese an vereinbarten Stufen notwendiger Betreuungsintensitäten orientieren.
- Auch wenn die psychiatrische Fachlichkeit und die Angehörigenbewegung sich bereits angenähert haben bleibt das Verhältnis zwischen Psychiatrie und Familie traditionell ambivalent bis schwierig. An der Entschärfung dieses Verhältnisses muss gearbeitet und die psychiatrische Fachlichkeit für die Arbeit mit den Gastfamilien gewonnen werden.

Es wäre nötig, die zahlreichen Ressourcen der neu entwickelten Familienformen hervorzuheben, wenn der Verlust der traditionellen familiären Ideale bedauert wird. Gerade durch die Pluralisierung der Lebensformen haben Familien zahlreiche Kompetenzen entwickelt, die in der Familienpflege benötigt werden: Verhandlungsehe und –familie ermöglichen Aushandlungsprozesse mit BewohnerInnen, die Bewältigung von Trennungen ermöglicht die Bearbeitung von

Brüchen in der Herkunftsfamilie des Bewohners. Erfahrung in der Sozialisation der eigenen Kinder ermöglichen die Vermittlung lebenspraktischer Fertigkeiten. Das neue familiäre Freizeitverhalten begünstigt eine über den familiären Rahmen hinausgehende Integration. Emotionen können verbalisiert werden. Das favorisierte Ernährer-Zuverdiener-Modell sorgt für benötigte Zeitreserven. Die „gewonnenen Jahre“ können mit Hilfe von Familienpflege sinnvoll genutzt werden. Darüber hinaus finden sich in den aktuellen soziologischen Untersuchungen keine Anzeichen dafür, dass Familien in unserer Gesellschaft zukünftig aussterben. Vielmehr unterliegen sie einem institutionellen Wandel, der viele Entwicklungschancen birgt.

- Die Entscheidungsstrukturen hinsichtlich der Verteilung psychiatrischer Versorgungsleistungen scheinen vielerorts recht starr und festgelegt zu sein. Den Einrichtungen der Familienpflege muss es gelingen, einen Zugang in die jeweiligen Planungs- und Entscheidungsgremien zu bekommen.
- Einheitliche Begrifflichkeiten, die der Arbeit und ihren Zielen gerecht werden, konnten bisher nicht entwickelt werden. Begriffe wie Gast., Pflege, Betreuung lassen bei Nichtfachleuten zu viele unzutreffende Assoziationen zu, die einer aufgeschlossenen Begegnung abträglich sind.

Für eine dauerhafte Etablierung und Sicherung der für die Arbeit notwendigen Grundlagen haben sich folgende Themen herausgestellt:

- Familienpflege ist auf die Zusammenarbeit mit Kooperationspartnern angewiesen und benötigt deren Anerkennung im Sinne von Professionalität und Fachlichkeit. Eine theoretische Fundierung der Arbeit scheint daher notwendig. Da Soziale Arbeit auf dem Gebiet der Familienpflege als Schwerpunktprofession vertreten ist, bietet sich eine theoretische Unterlegung aus ihrem Bereich an. Der prozessorientierte systemtheoretische Ansatz Staub-Bernasconis bietet sich als disziplinübergreifende Theorie an, die auch von anderen beteiligten Professionen verstanden wird. Die Lebensweltorientierung bietet dagegen mit ihrer Sichtweise von Sozialer Arbeit als Leistungsangebot für alle die Möglichkeit, mit Familien als Vertragspartnern auf gleicher Augenhöhe zu arbeiten. Zudem geht sie dabei von vorhandenen Ressourcen aus und fördert die Partizipation der Betroffenen. In multiprofessionellen Teams sollte eine theoretische Fundierung auch die anderen vertretenen Professionen berücksichtigen.

- Der Arbeit zu Grunde liegende Konzepte und Methoden müssten ebenfalls professionell dargestellt werden. Sofern die Teams multiprofessionell arbeiten, kann eine eklektizistische Arbeitsweise durchaus das methodische Repertoire erweitern, jedoch sollte die ursprüngliche Herkunft einer Methode und die damit verbundenen Prämissen reflektiert werden, damit eine professionelle Arbeitsweise erhalten bleibt.
- Geklärt werden sollte der Status/ die Rolle der beteiligten Gastfamilien. Sind sie entlohnte Arbeitnehmer, weisungsgebundene Vertragspartner oder gleichberechtigte Kooperationspartner? Verträge könnten Rechte und Pflichten genauer beschreiben. Dabei könnten bereits entwickelte Konzepte für die Rechte bzw. Pflichten von freiwilligen oder ehrenamtlichen MitarbeiterInnen behilflich sein.
- Wie in allen Bereichen der Sozialen Arbeit wird es sinnvoll sein, Qualitätssicherung und –entwicklung zu betreiben, da dies von jeder professionellen Einrichtung heutzutage erwartet wird.

Insgesamt gesehen können die Chancen für eine erfolgreiche Ausweitung der Psychiatrischen Familienpflege als durchaus positiv eingeschätzt werden, wenn es gelingt, formelle und informelle Entscheidungsträger auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung davon zu überzeugen, dass mit diesem ambulanten Angebot eine effektive und professionell begleitete Rund-um-die-Uhr-Betreuung in geeignetem familiären Rahmen verbunden ist, die sich im Vergleich zu einer vollstationären Institution sehr viel kostengünstiger darstellt. Ob sich eine Finanzierung über Fachleistungsstunden angemessen darstellen oder vermeiden lässt, wird sich zeigen müssen. Für den Aufbau können die Erfahrung und die Unterstützung des Fachausschusses genutzt werden.

Weshalb Soziale Arbeit besonders im Aufbau von Familienpflegeeinrichtungen scheinbar besonders geeignet war, wurde bereits im Kapitel „Befragung von Familienpflege-Einrichtungen“ erörtert. Es wäre zu wünschen, dass Soziale Arbeit diese besondere Eignung in dem besonderen Arbeitsfeld der Psychiatrischen Familienpflege weiterhin transportieren und sich fachlich profilieren kann.

Literaturverzeichnis

- Bamberger, Günter G.: Lösungsorientierte Beratung. 2. vollständig überarb. u. erw. Aufl. Weinheim: Beltz 2001.
- Beck, Ulrich: Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp 1986.
- Becker, Jo; Neuenfeldt-Spickermann, Renate: Zur Qualitätssicherung des Betreuten Wohnens in Familien. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 36 (2006) H.2, S. 14-17.
- Bengel, Jürgen; Strittmatter, Regine; Willmann, Hildegard: Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2001.
- Berghaus, Margot: Luhmann leicht gemacht. Köln: Böhlau 2004.
- Böcker, Felix M.: Von der Familienpflege zur offenen Fürsorge: Der Beitrag von Gustav Kolb zur deutschen Sozialpsychiatrie im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H.4, S. 9-18.
- Bosshard, Marianne; Ebert, Ursula; Lazarus, Horst: Sozialarbeit und Sozialpädagogik in der Psychiatrie. Lehrbuch. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1999.
- Brockhaus, F.A.. Wiesbaden 1977
- Bruker, Gerhard et al.: Die Arbeit des Familienpflegeteams und seine Wirkung auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen. In: Konrad; Schmidt-Michel (Hrsg.) a.a.O., S. 106-113.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Siebter Familienbericht: Familie zwischen Flexibilität und Verlässlichkeit – Perspektiven für eine lebenslaufbezogene Familienpolitik. Berlin 2006.
- Conen, Marie-Luise (Hrsg.), Wo keine Hoffnung ist, muss man sie erfinden. Aufsuchende Familientherapie. 2. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme-Verlag 2004.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hrsg.): Red. Wolf, Manfred; Mulo, Ralf; Seidl, Marie: Fachlexikon der sozialen Arbeit. 5. Aufl. Köln: Eigenverlag 2002.
- Dörner, Klaus: Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart: Schattauer 2001.
- Dondalski, Claudia; Schmidt, Thomas; Sommer, Kornelia: Begeleitetes Wohnen in Gastfamilien als lebenswerte Alternative für Menschen mit einer Alkoholdemenz. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H. 4, S. 22-26.
- Eisenhut, Rolf: Der Fachausschuss Familienpflege der DGSP. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H.4, S. 46-50.

- Elgeti, Hermann: Familien-Bande – Gefahr der Hospitalisierung in der Gastfamilie? In: Sozialpsychiatrische Informationen, 36 (2006) H. 2, S. 11-14.
- Engelke, Ernst: Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 3. Aufl., Freiburg im Breisgau: Lambertus 2002.
- Gesetze für Sozialwesen. Loseblatt-Sammlung. Aktualisierung Februar 2006. Regensburg: Walhalla.
- Galuske, Michael: Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 4. Aufl., Weinheim: Juventa 2002.
- Grössl, Bernhard: Ein Werkstattbericht aus Graz zur Qualitätsentwicklung der psychiatrischen Familienpflege. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H.4, S. 32-35.
- Heim, Edgar: Praxis der Milieuthherapie. Heidelberg: Springer 1985.
- Held, Tilo: Psychiatrische Familienpflege in Frankreich. In: Konrad/Schmidt-Michel (Hrsg.) a.a.O., S. 90-97.
- Hollstein-Brinkmann, Heino; Staub-Bernasconi, Sylvia (Hrsg.): Systemtheorien im Vergleich. Was leisten Systemtheorien für die Soziale Arbeit? Versuch eines Dialogs. Wiesbaden: Verlag für Sozwiss. 2005.
- Hollstein-Brinkmann, Heino: Der Mensch im System – eine entscheidende Theoriedisposition. In: Hollstein-Brinkmann; Staub-Bernasconi (Hrsg.) a.a.O., S. 299-303.
- Ingenleuf, Hans-Josef: Das Ende des Orakelns: Antworten auf die Kritik an der psychiatrischen Familienpflege. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H. 4, S. 39-45.
- Kallert, Thomas W.; Leiß, Matthias: Betreuungsbedürfnisse chronisch schizophrener Patienten in verschiedenen Wohnformen. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 36 (2006) H. 3, S. 10-16.
- Kempkens-Wingen et al.: Herz hängt an dem, der immer kommt. Rollenzuschreibungen. In: Konrad; Schmidt-Michel (Hrsg.) a.a.O., S. 98-105.
- Kisch, Egon Erwin: Belgisches Städtchen mit 3000 Irren. In: Konrad; Schmidt-Michel (Hrsg.) a.a.O., S. 24-40.
- Kössinger, Ingeborg; Schmidt-Michel, Paul-Otto: Ergebnisse zur Familienpflege – ein Literaturüberblick. In: Konrad; Schmidt-Michel (Hrsg.) a.a.O., S. 114-121.
- Konrad, Michael; Miller-Clesle, Marlies; Roth, Barbara: Gute Familien – schlechte Familien. Urteile des Pflegefamilienteams und ihre Evidenz für den Verlauf einer Pflege-Episode. In: Konrad; Schmidt-Michel a.a.O., S. 165-180.
- Konrad, Michael; Schmidt-Michel, Paul-Otto (Hrsg.): Die zweite Familie. Psychiatrische Familienpflege – Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1993.

- Konrad, Michael; Schmidt-Michel, Paul-Otto: Ist die Familienpflege zeitgemäß? In Konrad; Schmidt-Michel (Hrsg.) a.a.O., S. 10-22.
- Konrad, Michael; Schmidt-Michel, Paul-Otto: Rückfall in die Steinzeit? Eine Zwischenbilanz 20 Jahre nach der Wiederentdeckung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H.4, S. 2-6.
- Liegle, Ludwig: Familiäre Lebensformen. In: Otto; Thiersch (Hrsg.) a.a.O, S. 508-520.
- Müller, Thomas: Das Vorbild Gheel und die psychiatrische Familienpflege im 19. Jahrhundert. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H. 4, S. 7-11.
- Nave-Herz, Rosemarie: Familie heute. Wandel der Familienstrukturen und Folgen für die Erziehung. Darmstadt: Primus 2003.
- Nave-Herz, Rosemarie: Ehe- und Familiensoziologie. Eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. Weinheim: Juventa 2004.
- Obrecht, Werner: Ontologischer, Sozialwissenschaftlicher und Sozialarbeitswissenschaftlicher Systemismus – Ein integratives Paradigma der Sozialen Arbeit. In: Hollstein-Brinkmann; Staub-Bernasconi a.a.O., S. 93-172.
- Otto, Hans-Uwe; Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik. 2. völlig neu überarb. und aktualisierte Aufl. Neuwied: Luchterhand 2001.
- Peuckert, Rüdiger: Familienformen im sozialen Wandel. 4. Aufl. Opladen : Leske + Budrich 2002.
- Roth, Barbara: Familienpflege für schwer belastete junge Menschen. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H.4, S. 18-22.
- Runte, Ingo: Begleitung höchstpersönlich. Innovative milieu-therapeutische Projekte für akut psychotische Menschen. 2. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2002.
- Schmidt, Martin: Systemische Familienrekonstruktion. Göttingen: Hogrefe 2003.
- Schmidt-Michel, Paul-Otto: Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. In: Konrad; Schmidt-Michel (Hrsg.) a.a.O., S. 41-76.
- Schmidt-Michel, Paul-Otto; Konrad, Michael: Akut-psychiatrische Versorgung in Gastfamilien: Erfahrungen aus den USA und Überlegungen zu Realisierungsmöglichkeiten in Deutschland. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H. 4, S. 35-39.
- Schmidt-Michel, Paul-Otto et al.: Forschungsergebnisse zur Psychiatrischen Familienpflege. In: Konrad; Schmidt-Michel (Hrsg.) a.a.O., S. 122-129.
- Schönberger, Christine; Stolz, Peter: Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2003.

Schwartz, Dieter: Vernunft und Emotion: Die Ellis-Methode. Vernunft einsetzen, sich gut fühlen, mehr im Leben erreichen. 3. Aufl. Dortmund: Borgmann 2002.

Staub-Bernasconi, Silvia: Systemtheorie, soziale Probleme und Soziale Arbeit: lokal, national, international. Oder: vom Ende der Bescheidenheit. Bern: Haupt 1995.

Stolz, Peter: »Einfach eine Provokation« - Betreutes Leben in Gastfamilien im Land Brandenburg, in: Sozialpsychiatrische Informationen 2004, Heft 4, S. 26-32

Thiersch, Hans: Die Erfahrung der Wirklichkeit. Perspektiven einer alltagsorientierten Sozialpädagogik. Weinheim: Juventa 1992.

Thiersch, Hans: Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im Sozialen Wandel. Weinheim: Juventa 1992.

Vordemfelde, Marie: Zur Situation von neu zusammengesetzten Familien unter besonderer Berücksichtigung der systemisch-familientherapeutischen Sichtweise. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Kiel 2003.

www.wikipedia.org/wiki/Familie: 5 Familienformen und 7 Pluralisierung der Lebensformen. 16.08.2006.

www1.karlsruhe.de/Soziales/pflege5.htm, Seite 1, 5.12.2006.