

Miriam Seitz

Soziale Arbeit

**BACHELOR – THESIS**

Eine Tür zurück in die Gesellschaft?!  
Die Aufnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen in  
Gastfamilien

Prof. Dr. Günter Rausch

Matthias Buchert

Dezember 2015

## Inhaltsverzeichnis

Einführende Gedanken.....	4
1 Psychische Erkrankungen in der Gesellschaft.....	6
1.1 Bedingungen und Herausforderungen psychiatrischer Diagnostik.....	6
1.1.1 Abgrenzung zwischen gesunden und kranken psychischen Zuständen.	6
1.1.2 Diagnostizierung.....	8
1.1.3 Psychische Krankheit als gesellschaftliches Konstrukt.....	11
1.2 Psychische Erkrankungen in der öffentlichen Wahrnehmung.....	13
1.2.1 Nehmen psychische Erkrankungen zu?.....	13
1.2.2 Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen.....	16
1.2.2.1 Vorurteile und ihre Nachwirkung.....	17
1.2.2.2 Normalität und Abweichung in Bezug auf psychische Gesundheit	19
.....	19
1.2.2.3 Folgen von Stigmatisierung für betroffene Personen.....	21
1.3 Inklusion und Teilhabebarrrieren psychisch erkrankter Menschen .....	23
1.3.1 Inklusion – eine sozialpolitische normative Leitidee.....	23
1.3.2 Zugang zu Rehabilitationsleistungen und Teilhabebarrrieren.....	25
2 Alternative ambulante Versorgung.....	28
2.1 Die Folgen der Psychiatrie-Enquête und aktuelle Entwicklungen in der	
psychiatrischen Versorgung .....	28
2.2 Notwendigkeit des Ausbaus alternativer Versorgungsstrukturen.....	31
2.2.1 Die UN-Behindertenrechtskonvention als richtungsweisende Basis...32	
2.2.2 Bedarf an ambulanten, integrierten und kontextbezogenen	
Behandlungsformen.....	33
2.2.3 Begegnungsräume fördern.....	35
2.3 Vielfalt der psychosozialen Versorgungslandschaft.....	36
2.3.1 Sozial- und Gemeindepsychiatrie.....	36
2.3.2 Einbindung psychiatriee erfahrener Menschen .....	38
2.3.3 Ambulante gemeindepsychiatrische Versorgungsmodelle.....	39
3 Betreutes Wohnen in Familien für psychisch erkrankte Menschen.....	44
3.1 Begriffsbestimmung.....	44
3.2 Historische Ursprünge und das Neuaufleben der „Psychiatrischen	
Familienpflege“ in Deutschland.....	46
3.3 Sozialrechtliche und finanzielle Grundlagen.....	50
3.4 Gastbewohnerinnen und Gastbewohner.....	54
3.4.1 Zielgruppe.....	54
3.4.2 Erwartungshaltungen.....	55
3.4.3 Rolle in der Gastfamilie .....	55
3.5 Gastfamilien .....	57
3.5.1 Herkunftsfamilie versus Gastfamilie.....	57
3.5.2 Ambulante und stationäre Angebote versus Gastfamilie.....	59
3.5.3 Charakteristika.....	60
3.5.4 Motivation.....	62
3.5.5 Voraussetzungen.....	64
3.5.6 Aufgaben.....	65
3.5.7 Familiensystem.....	65
3.5.8 Auswirkungen.....	66
3.6 Begleitende Fachteams.....	67
3.6.1 Aufgaben.....	67
3.6.2 Vermittlungsverfahren von Gastfamilie und Gastbewohnerin oder	

Gastbewohner.....	71
3.6.3 Triadische Konstellation.....	73
3.6.4 Qualitätssicherungsmaßnahmen.....	76
3.6.5 Risiken und professioneller Umgang.....	79
3.7 Entwicklungschancen.....	82
3.7.1 Betreuung durch Laien.....	82
3.7.2 Alltag und Normalität.....	83
3.7.3 Wiedererlangung von alltäglichen Fertigkeiten, Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung.....	84
3.7.4 Inklusion durch Integration in die Gastfamilie.....	86
4 Qualitative Untersuchung.....	88
4.1 Forschungsfragestellung.....	88
4.2 Methodenwahl.....	89
4.3 Leitfadententwicklung .....	91
4.4 Qualitative Stichprobe.....	92
4.5 Interviewdurchführung.....	93
4.6 Auswertungsverfahren.....	94
4.7 Ergebnisdarstellung .....	95
4.7.1 Betreuung durch Laien.....	95
4.7.2 Natürlicher Alltag.....	96
4.7.3 Sozialraum und Inklusion.....	97
4.8 Kritische Betrachtung.....	99
Resümee.....	101
Quellenverzeichnis.....	104
Literatur .....	104
Internetquellen.....	111
Anhang.....	112
Anhang 1: Interviewleitfaden.....	112
Anhang 2: Vertrauensschutzklärung.....	120
Anhang 3: Einverständniserklärung.....	121
Anhang 4: Ausschnitte Interview 1.....	122
Anhang 5: Ausschnitte Interview 2.....	127
Anhang 6: Ausschnitte Interview 3.....	130

## Einführende Gedanken

Eher zufällig stolperte ich über einen Artikel zum Betreuten Wohnen in Familien für psychisch erkrankte Menschen, welcher mein Interesse für dieses mir bis dahin weitestgehend unbekanntes Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit weckte. Hinsichtlich der besonderen Wohnform und Betreuungskonstellation stellte ich mir die Frage, welchen Mehrwert dieses Versorgungsangebot im Zusammenhang der bereits vielfältigen bestehenden Hilfsangebote in der psychiatrischen Versorgungslandschaft leisten kann. Daraufhin entwickelte ich die Idee, im Zuge der gesellschaftlichen Debatten zur Inklusion dieses Versorgungsangebot daraufhin zu beleuchten, inwiefern es von Stigmatisierung und Ausgrenzung betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen eine Tür zurück in die Gesellschaft öffnen kann.

Obwohl dieses Betreuungsangebot im Vergleich zu anderen einen noch eher geringeren Bekanntheitsgrad besitzt, ist es im Grunde keine neue Idee.

Weit bevor die Versorgungsform des Betreuten Wohnens in Familien sich in Deutschland einfand, nahm der Schreinermeister Ernst Friedrich Zimmer mit seiner Familie den *wahnsinnigen* und für unheilbar psychisch krank erklärten<sup>1</sup> Dichter Johann Christian Friedrich Hölderlin 1807 nach einem unfreiwilligen Klinikaufenthalt in seinem Haus in Tübingen auf. Seine Turmstube konnte Hölderlin auch weiterhin nach dem Tod des Schreinermeisters bewohnen, da dessen Tochter Lotte Zimmer die Versorgung fortsetzte. Demzufolge übte die Familie Zimmer bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts eine eigenhändige und private Form des Betreuten Wohnens in Familien aus.<sup>2</sup>

Dieser historische Rückblick deutet bereits an, wie zu Lebzeiten Hölderlins (1770 - 1843) gesellschaftlich mit psychisch erkrankten Menschen umgegangen wurde und welche therapeutischen Maßnahmen damals üblicherweise ergriffen wurden. Darüber hinaus zeigt Hölderlins Geschichte auch einzelne frühe Bestrebungen nach alternativen Betreuungsformen. So praktiziert die Familie Zimmer bereits eine Form der Gastfamilienbetreuung fern von institutionellen Organisationsformen, Konzepten und professioneller Begleitung. Hölderlin verblieb dort in der Familie bis zu seinem Tod, somit schließlich 36 Jahre, was in etwa die zweite Hälfte seiner Lebenszeit ausmacht. Dies lässt Vermutungen

<sup>1</sup> In den 1970ern wurde heftig darüber debattiert, ob Friedrich Hölderlin einer psychischen Erkrankung erlag oder nicht. Retrospektiv ist hierüber jedoch schwer zu urteilen.

<sup>2</sup> Vgl. Konrad, Becker, Eisenhut 2012, S. 15

anstellen, dass diese Lebensgemeinschaft auf irgendeiner Art und Weise für die beteiligten Personen ihre Funktion erfüllte. Aus heutiger Perspektive können daraus fortschrittliche Impulse zur Begleitung psychisch erkrankter Menschen entnommen werden, welche sich teilweise in den heutigen Konzeptionen wiederfinden.

In dieser Arbeit wird im ersten Kapitel zunächst dargestellt, wie psychische Erkrankungen in gesellschaftlichen Zusammenhängen zu verorten sind, wie sie inmitten gesellschaftlicher Dynamiken entstehen, auf welchen Grundlagen diagnostiziert wird und welche Folgen durch die Wahrnehmung psychisch erkrankter Menschen in der Öffentlichkeit für Betroffene resultieren. Weiterführend wird auch hinsichtlich der Kernfragestellung der Bezug zu Teilhabebarrrieren und dem Inklusionsgedanken hergestellt. Diese Aspekte stellen die Grundlage der weiterführenden bedarfsorientierten Betrachtung der ambulanten psychiatrischen Versorgungslandschaft dar.

Das zweite Kapitel richtet den Blick auf die Entwicklungen, Bedarfe, Möglichkeiten und Vielfalt ambulanter und gemeindeintegrierter<sup>3</sup> Versorgung seelisch behinderter Menschen.

Daran anknüpfend beleuchtet das dritte Kapitel die Leistung der Eingliederungshilfe des Betreuten Wohnens in Familien (BWF). Hier wird diese gemeindenahere Betreuungsform über den Zugang der beteiligten Parteien dargestellt, wobei Grundlagen, Voraussetzungen, Möglichkeiten und Grenzen thematisiert werden. In diesem Kapitel wird bereits theoretisch herausgearbeitet, inwiefern das Betreute Wohnen in Familien Türöffner zu Inklusion und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sein kann.

Im letzten und vierten Kapitel wird anhand einer gezielten qualitativen Untersuchung eben dieser Aspekt der Inklusion mit einem Blick in die Praxis ergänzend und vergleichend evaluiert.

---

<sup>3</sup> Hier und auch im weiteren Verlauf der Arbeit bezieht sich die Begrifflichkeit *Gemeinde* bzw. *gemeinde-* auf örtliche Gemeinden, nicht jedoch auf Kirchengemeinden o.ä.

# 1 Psychische Erkrankungen in der Gesellschaft

## 1.1 Bedingungen und Herausforderungen psychiatrischer Diagnostik

### 1.1.1 Abgrenzung zwischen gesunden und kranken psychischen Zuständen

In Bezug auf die Diagnostik begegnen wir zunächst der Frage, inwiefern Gesundheit und Krankheit kategorial voneinander zu separieren sind. Definitionsversuche, die sich der Frage widmen, ab wann ein psychischer Zustand zur Krankheit wird, verursachen vielfach Diskussionen.<sup>4</sup>

Die WHO hat Gesundheit bereits 1947 folgendermaßen definiert:

„Gesundheit ist ein Zustand vollkommenen psychischen, geistig-seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.“<sup>5</sup>

In Bezug auf diese Begriffsbestimmung stellt sich die Frage, ob es vollkommen gesunde Menschen geben kann.<sup>6</sup> Erschwerend kommt hinzu, dass auch Definitionen von *normal* und *gesund* keinesfalls Einheitlichkeit vorweisen können.<sup>7</sup> Bock bewertet es schließlich positiv, dass hinsichtlich sämtlicher Diagnosen keine eindeutige Begrenzung zwischen Krankheit und Normalität stattfinden kann.<sup>8</sup>

Richter befürchtet eine erhebliche Zunahme an Krankheitsbildern, womit „die Gefahr einer weiteren Medikalisierung und Psychologisierung sozialer Phänomene und sozialer Probleme“<sup>9</sup> einhergehen könnte.<sup>10</sup> Finzen betrachtet die steigende Zahl der Krankheitsbilder, welche im *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)*<sup>11</sup> und im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)*<sup>12</sup> aufgeführt sind, kritisch und hebt im Hinblick auf Unsicherheiten und fließende Übergänge Abgrenzungsschwierigkeiten hervor, welche die Vielfalt an psychischen

4 Vgl. Weniger 2013, S. 6f.

5 Schaffer, Walz 2012, S. 37

6 Vgl. ebd.

7 Vgl. Francis 2013, zitiert nach Weniger 2013, S. 7

8 Vgl. Bock 2014, S. 123

9 Richter 2012, S. 8

10 Vgl. ebd.

11 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; aktuelle Version: ICD 10

12 Diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen; aktuelle Version: DSM V

Krankheiten mit sich bringt.<sup>13</sup> Dabei stellt sich heute mitunter die Frage: „Ist alles, was psychiatrisch diagnostiziert wird, wirklich eine Krankheit?“<sup>14</sup> Psychische Symptome können auch soziale Überforderung oder persönliche Konflikte bekunden. Der Körper passt sich sodann der belastenden Lebenslage an oder fungiert alarmierend.<sup>15</sup> Denn Ängste und Depressionen sind beispielsweise zunächst auch Schutzmechanismen des Menschen, die vor Gefahren und Überforderung bewahren. Problematisch wird es erst, wenn Angst sich generalisiert oder verschärft und wenn durch eine Depressionen eine risikoreiche Dynamik mit weitreichenden somatischen, psychischen und sozialen Folgen in Gang gesetzt wird. Hier liegt der Übergang zwischen Funktionalität und Erkrankung.<sup>16</sup> Die Schwelle, an der Menschen aufgrund von Isolation, Stress, Erschütterung oder Überreizung für Psychosen anfällig sind, ist individuell und jeder Mensch hat eine mehr oder weniger große Prädisposition für Psychosen.<sup>17</sup> Kein Mensch ist somit ausschließlich krank oder komplett gesund. Herausforderungen, die alle Menschen zu bewältigen haben, entwickeln sich für manche Menschen zu einer großen Last und lösen Leid aus, wenn die Bewältigung misslingt. Borderline-Patient\_innen beispielsweise halten die „Spannungsfelder zwischen Nähe und Distanz, Autonomie und Bindung, Anpassung und Widerstand“<sup>18</sup> kaum aus.<sup>19</sup>

Einige Wissenschaftler\_innen fürchten eine grenzenlose Expansion der Psychiatrie und prangern die Verhältnismäßigkeit an, welche zur Diagnostizierung an den Tag gelegt wird, zum Beispiel in Bezug auf langanhaltende Trauer, gedächtnisschwache Erwachsene oder aufsässige Kinder.<sup>20</sup> Francis beklagt, dass die Lebenswelt fortschreitend pathologisch durchdrungen wird.<sup>21</sup> Anthropologische und kulturelle Aspekte menschlichen Leidens werden hier vernachlässigt und den Interessen der Pharmaindustrie untergeordnet.<sup>22</sup> Bei genauerer Betrachtung von Trauerreaktionen ist ungeachtet der diagnostischen Beurteilung andererseits festzuhalten, dass sie persönliche Krisen und

---

13 Vgl. Finzen 2013, S. 25

14 Straub 2013, S. 33

15 Vgl. Hell 2013, S. 18

16 Vgl. Bock 2012, Bock 2013, zitiert nach Bock 2014, S. 122

17 Vgl. AG Psychoseminare 2007, zitiert nach Bock 2014, S. 122

18 Bock 2012, Bock 2013, zitiert nach Bock 2014, S. 122

19 Vgl. ebd.

20 Vgl. Francis 2013, zitiert nach Bock 2014, S. 121f.

21 Vgl. Francis 2013, zitiert nach Hoff 2014, S. 20

22 Vgl. Francis 2013, zitiert nach Bock 2014, S. 122

gegebenenfalls psychotherapeutischen bzw. psychiatrischen Hilfebedarf verursachen können.<sup>23</sup>

Letztlich stehen Wahrnehmungen von psychischen Erkrankungen im Interessenskonflikt, da sie „nicht nur für den Betroffenen, Angehörigen und Behandler relevant [sind], sondern auch für Leistungs- und Kostenträger, Verbände, Organisationen, ganze Wissenschafts- und Industriezweige, Aktionäre und Lobbyisten“<sup>24</sup>.

### **1.1.2 Diagnostizierung**

Für psychische Erkrankungen lassen sich in der Regel keine objektivierbaren Befunde bestimmen. Diagnosen werden anhand von Verhaltensbeobachtungen und den subjektiven Beschreibungen der betreffenden Person gestellt.<sup>25</sup> Obgleich die Psychiatrie das symptomatische Krankheitskonzept der Körpermedizin adaptierte, beruhen psychische Symptome vor allem auf dem subjektiven Erleben, welches aus externer Sicht schwierig zu erfassen ist. Beispiele hierfür sind Niedergeschlagenheit, Interessenschwund oder Antriebsstörungen.<sup>26</sup> Zudem beeinflussen soziale Ängste, Schwierigkeiten mit der Informationsverarbeitung und der kognitiven Anpassungsfähigkeit sowie Beobachtungs- und Verfolgungswahnvorstellungen die Lebensführung erkrankter Menschen.<sup>27</sup> Betroffene haben Angst, verachtet zu werden, resignieren oder begeben sich in Zustände der Bequemlichkeit und erlernten Hilflosigkeit.<sup>28</sup>

Krankheitsbedingtes Verhalten äußert sich darüber hinaus durch extreme Gefühlsschwankungen, unstetiges Verhalten, Verletzlichkeit, langsames Reagieren, Anfälligkeit zur Irritation durch Unvorhergesehenes oder Schwierigkeiten im Aushalten von Ambivalenzen sowie dem Treffen von Entscheidungen. Folglich können vor allem im Arbeitsleben eklatante Leistungsschwankungen sowie unrealistische Selbstwahrnehmungen auftreten. Arbeitgeber beklagen die hohe Anzahl an Fehltagen und die bescheidene Stressbelastbarkeit von psychisch kranken Personen. Die Interaktion mit ihnen

---

<sup>23</sup> Vgl. Hoff 2014, S. 20

<sup>24</sup> Bock 2014, S. 121

<sup>25</sup> Vgl. Richter 2012, S. 8

<sup>26</sup> Vgl. Hell 2013, S. 18

<sup>27</sup> Vgl. Vögeli 2014, S. 34

<sup>28</sup> Vgl. Richter 2015, S. 9



wird häufig als schwierig oder mühsam befunden. Auch lassen sich auffällige misstrauische und empfindliche Verhaltensäußerungen, soziale Isolation<sup>29</sup> und inadäquates soziales Verhalten in Bezug auf Körperhygiene, Distanz, Kommunikation, Zeitmanagement, Konsum von Suchtmitteln oder geringere Übernahme von Verantwortung für Gemeinschaftsaufgaben beobachten.<sup>30</sup>

Krankheitsbedingtes Verhalten ist zum einen abhängig von der gestellten Diagnose, bisheriger psychiatrischer Erfahrungen sowie zum anderen von der Identität und Lebensgeschichte der jeweiligen Person.<sup>31</sup> Die Lebensbedingungen beeinflussen nicht nur den seelischen Gesundheitszustand eines Menschen, sondern zugleich die Ressourcen, die einem Menschen zum Blockieren, Abwenden oder Bekämpfen einer Krankheit zur Verfügung stehen.<sup>32</sup>

Die Feststellung einer psychischen Erkrankung bedarf daher eines umfangreichen diagnostischen Interviews.<sup>33</sup> Psychiatrischer Diagnostik wird vorgehalten, in der jeweiligen Situation schließlich auch abhängig von den persönlichen Ansichten und Beobachtungen der untersuchenden Person zu sein, anstatt sich auf einen einheitlichen verallgemeinerbaren Wissensbestand berufen zu können.<sup>34</sup> Diagnosekriterien sind sodann Konstrukte, die sich am aktuellen Wissenstand der Expert\_innen orientieren und versuchen, den Krankheitsverlauf und -ausgang möglichst zutreffend zu prognostizieren.<sup>35</sup> Hoff merkt an, dass die allgemeinen Diagnoseraster in der Kritik stehen, der Individualität einer jeden erkrankten Person nicht nachkommen zu können.<sup>36</sup>

Im Laufe der Zeit kommen und gehen Krankheitsbilder. Modediagnosen in der Vergangenheit waren beispielsweise die Hysterie (19. Jahrhundert), Multiple Persönlichkeitsstörung (1980er) oder auch die Homosexualität, welche Ende der 1970er Jahre aus den Diagnosemanualen entfernt wurde.<sup>37</sup>

Die Diagnosemanualen ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation und DSM-V der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung repräsentieren die operationale

---

29 Vgl. von Kardorff, S. 5

30 Vgl. Vögeli 2014, S. 34

31 Vgl. von Kardorff, S. 5

32 Vgl. Bock 2014, S. 121

33 Vgl. Kilian, Becker 2013, S. 4

34 Vgl. Hoff 2014, S. 17

35 Vgl. Hoff 2005, zitiert nach Weniger 2013, S. 8

36 Vgl. Hoff 2014, S. 16

37 Vgl. Richter 2012, S. 8

psychiatrische Diagnostik und liefern Nominaldefinitionen, wodurch sie intendieren, eine analoge und überprüfbare Basis an reliablen diagnostischen Begriffen zu erzeugen, welche nicht an theoretische Nutzungsansätze gebunden sind.<sup>38</sup>

Die *ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)*<sup>39</sup> steht nicht in Konkurrenz zur ICD, sondern versucht, diese um die Auswirkungen von Erkrankungen in Bezug auf Funktionen und Strukturen des Körpers, aber auch hinsichtlich Aktivitäten und sozialer Teilhabe zu komplettieren. Worin der betroffene Mensch beeinträchtigt ist, steht in einem Zusammenhang zu Lebensumständen und Ressourcen der Person sowie zu wechselseitiger Beeinflussung und Anforderungen in der jeweiligen Umwelt.<sup>40</sup>

Ohne eine Diagnose erhält ein\_e Patient\_in keine Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung und dennoch reicht diese allein nicht aus. Leistungsansprüche orientieren sich am festgestellten Hilfebedarf, welcher in der Eingliederungshilfe auf der Grundlage von Gesetzen, Bestimmungen und Verwaltungshandeln ermittelt wird.<sup>41</sup> Um den individuellen Hilfebedarf einer Person zu eruieren, stellt der *Individuelle Hilfeplan* ein einheitliches Instrument für alle Menschen mit Beeinträchtigungen dar. In dem Hilfeplan werden Ziele, persönliche und soziale Ressourcen sowie relevante krankheitsbedingte Beeinträchtigungen festgehalten, um aus der Analyse für einen festgesetzten zeitlichen Rahmen Maßnahmen zu abzuleiten.<sup>42</sup>

Eine Diagnose kann jedoch auch nicht nur als Bedingung, sondern bereits als Intervention betrachtet werden,<sup>43</sup> wenn sie möglichst Subjekt, Kontext und Ressourcen in die prozessuale psychosoziale Diagnostik einbindet und dadurch schließlich auch sozialer Chancenungerechtigkeit, Exklusion und psychosozialer Einschränkung gegensteuert.<sup>44</sup>

---

38 Vgl. Hoff 2014, S. 19

39 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

40 Vgl. Seidel 2013, S. 9

41 Vgl. ebd., S. 13

42 Vgl. Flemming 2014, S. 7f.

43 Vgl. Schulze 2006, zitiert nach Gahleitner, Pauls 2013, S. 17

44 Vgl. Gahleitner, Pauls 2013, S. 17

### 1.1.3 Psychische Krankheit als gesellschaftliches Konstrukt

In der Vergangenheit deuteten Kirchen, die Philosophie, Pädagogik oder aber psychotherapeutische Fachleute auffälliges Verhalten und prägten dadurch die Bilder von psychisch kranken Menschen und den gesellschaftlichen Umgang mit ihnen, woraus sich auch die ethische und soziale Gesinnung einer Gesellschaft erkennen lässt.<sup>45</sup> Zu früheren Zeiten galt Leiden vornehmlich als zu bewältigende Herausforderung, während es inzwischen zunehmend pathologisiert wird.<sup>46</sup>

Inzwischen werden psychische Krankheiten häufiger als behandelbare Normabweichung wahrgenommen.<sup>47</sup> Sie beinhalten langanhaltende oder wiederkehrende Verhaltensweisen, die soziale Erwartungen in erheblichem Maße nicht erfüllen<sup>48</sup> und werden mehrheitlich an funktionalen Normen gemessen. Krank sein bedeutet somit, erwarteten Funktionen wie Arbeit oder Beziehungsführung nicht nachkommen zu können.<sup>49</sup> Doch auch gesellschaftliche Entwicklungen beeinflussen die psychiatrische Diagnostik erheblich.<sup>50</sup>

Da die Ursachen psychischer Krankheiten ungewiss sind, gibt es die unterschiedlichsten Deutungsversuche.<sup>51</sup> C. F. W. Roller (1802-1878) sah die Ursachen der Krankheiten in der Umwelt und Erziehung der Familie.<sup>52</sup> Organische Fehlfunktionen oder Stoffwechselstörungen sind somatische Erklärungsversuche, welche vor allem bei Angehörigen Anklang finden, da in diesen die Hoffnung auf Beseitigung der organischen Störung mitschwingt.<sup>53</sup>

„Krankheitsentstehung, daran gibt es keinerlei Zweifel mehr, kann damit als ein multikausaler, nonlinearer Prozess begriffen werden, der sich in Form von Dispositiven (aus biopsychosozial-kulturellen, politischen und ökonomischen Verhältnissen) vollzieht“<sup>54</sup>.

Gesundheitszustände und Beeinträchtigungen sind somit auch biografisch und soziokulturell bedingt, so wie die Problemlage stets dicht an die vorhandenen Ressourcen gekoppelt ist.<sup>55</sup> Hiernach ist Krankheit ein soziales Faktum, denn die

45 Vgl. Straub 2013, S. 31

46 Vgl. Hell 2013, S. 19

47 Vgl. Schomerus 2014, S. 27

48 Vgl. von Kardorff, S. 5

49 Vgl. Weniger 2013, S. 7

50 Vgl. Hoff 2005, zitiert nach Weniger 2013, S. 7f.

51 Vgl. Straub 2013, S. 33

52 Vgl. Psycho 27, 2001, Nr. 5, zitiert nach Straub 2013, S. 32

53 Vgl. Straub 2013, S. 33

54 Leitner 2010, S. 164, zitiert nach Gahleitner, Pauls 2013, S. 15

55 Vgl. Gahleitner, Pauls 2013, S. 14

dominierende Kultur gibt vor, was krank ist. Naturwissenschaftliche Forschungsergebnisse, sozioökonomische Faktoren sowie herrschende Welt- und Menschenbilder nehmen Einfluss darauf, wodurch die Kriterien wandelbar werden. Faktisch sind Gesundheit und Krankheit keine natürlichen Tatbestände und sind zudem auf Beurteilungen angewiesen.<sup>56</sup> „Psychische Erkrankung hat neben der psychischen, somatischen und sozialen auch eine gesellschaftliche Dimension“<sup>57</sup> und kann schließlich als gesellschaftliches Konstrukt gesehen werden.<sup>58</sup>

Anstatt gesellschaftliche Zusammenhänge wie Armut, Ausgrenzung und Arbeitsbelastung auf die Verursachung von psychischen Erkrankungen zu untersuchen, fokussiert die Forschung überwiegend die Untersuchung von Gehirnstoffen und Genen, wobei die enge Verbindung zur Pharmaindustrie sicherlich keine unwesentliche Rolle spielt.<sup>59</sup> Dabei sind psychische Krankheiten heute größtenteils nicht anhand von biologischen Kriterien ermittelbar.<sup>60</sup> Mit der Tendenz in der Psychiatrie, diese auf biologische Komponenten zu reduzieren, gehen medikalisierende Mechanismen in der Psychotherapie einher.<sup>61</sup> Bock sieht daraufhin die Notwendigkeit, dem möglicherweise künftigen Vorurteil, psychische Erkrankungen basieren etwa rein auf Fehlfunktionen im Gehirn, entgegen zu treten. Dem hingegen ist anzumerken, dass in Fällen körperlicher Beschwerden inzwischen zunehmend psychosomatische Ursprünge diagnostiziert werden.<sup>62</sup> Nicht alleinig ein biologischer Befund, sondern vor allem die subjektiv empfundene Belastung sowie Umfang und Schwere der sozialen Konsequenzen dezidieren den Krankheitswert.<sup>63</sup>

Fachliche Krankheitskonzepte unterliegen einem stetigen Wandel und werden sich auch zukünftig weiter verändern. Selbst unter den verschiedenen Berufsgruppen im psychiatrischen Bereich unterscheiden sich die Krankheitskonzepte. Konzepte der Vergangenheit, welche Vorwürfe und Schuldzuweisungen an die Familien richteten, bestehen auch heute noch in den Köpfen professioneller sowie

---

56 Vgl. Hell 2013, S. 18

57 Francis 2013, zitiert nach Bock 2014, S. 123

58 Vgl. Richter 2012, S. 8

59 Vgl. Kal 2010, S. 33

60 Vgl. Hell 2013, S. 18

61 Vgl. Gahleitner, Pauls 2013, S. 15

62 Vgl. Bock 2014, S. 121f.

63 Vgl. Hell 2013, S. 19

psychiatrieunerfahrener Menschen. Krankheitskonzepte wirken sich folglich auf die Lebensqualität sowie auf Zukunftsaussichten der Familie aus.<sup>64</sup>

International setzte sich neben neurobiologischen Krankheitsmodellen auch das bio-psycho-soziale Verständnis von psychischen Krankheiten durch, welches neurobiologische, persönlich psychische und soziale Faktoren in einen Zusammenhang miteinander setzt.<sup>65</sup>

## **1.2 Psychische Erkrankungen in der öffentlichen Wahrnehmung**

### **1.2.1 Nehmen psychische Erkrankungen zu?**

Über die Zunahme psychischer Erkrankungen in der Gesellschaft herrscht Uneinigkeit, nicht jedoch über eine hohe Prävalenzrate. Psychische Krankheiten scheinen Dimensionen von Volkskrankheiten anzunehmen. Aktuell wird davon ausgegangen, dass etwa zwischen 30 bis 50 Prozent der Bevölkerung einmal in ihrem Leben von einer psychischen Krankheit betroffen sind.<sup>66</sup>

Für die Entstehung psychischer Erkrankungen macht Richter den sozialen Wandel und seine Auswirkung auf das Individuum verantwortlich. Zwischen sozialen und psychischen Krisen ist ein Zusammenhang zu beobachten. Die moderne Arbeitswelt, neue Technologien, ökonomische Schwierigkeiten und soziale Krisen sind psychisch schwer zu bewältigen und können Identitätskrisen hervorrufen.<sup>67</sup> Beschleunigung und Verdichtung des Alltags, entschwindende kulturelle Deutungsmuster, Rollenbilder, Normalitätskonstrukte und Einbindung sowie Individualisierungs- und Globalisierungsvorgänge wirken sich auf die persönliche Entwicklung und Identitätsbildung aus.<sup>68</sup> Auch von Kardorff sieht einen Zusammenhang von sozialem Wandel und zunehmenden seelischen Beeinträchtigungen. Die Arbeitswelt stellt hohe Leistungsanforderungen und propagiert vermehrt Flexibilität. Des Weiteren nehmen Menschen schwindende Einflussnahme sowie Verlustängste wahr.<sup>69</sup> Erwartete Risikobereitschaft und der Druck, ein Leben in Autonomie und Selbstverwirklichung führen zu müssen,

---

64 Vgl. Straub 2013, S. 31f.

65 Vgl. Hoff 2014, S. 18

66 Vgl. Lisofsky 2014, S. 24

67 Vgl. Richter 2012, S. 7

68 Vgl. Keupp 2012, Weinhold, Nestmann 2012, zitiert nach Gahleitner, Pauls 2013, S. 14

69 Vgl. von Kardorff, S. 5

evoziert Ängste.<sup>70</sup> Beziehungen werden kurzlebiger und weniger belastbar und Familien brechen öfter auseinander.<sup>71</sup> Beziehungs- und Familienstrukturen stellen jedoch für viele Menschen Ressourcen des Schutzes und der Kraft dar.

Belastung, Überforderung und Risiken, die durch die heutigen Lebensumstände bestehen, erfordern politische Verantwortungsübernahme<sup>72</sup>, einen Fokus auf die Konsequenzen sozialer Ungleichheit, Gewalt und Arbeitslosigkeit<sup>73</sup> sowie adäquate psychosoziale Unterstützungskonzeptionen für die Lebenskontexte und vielfältigen Problemsituationen der Menschen.<sup>74</sup> Im Zuge einer Gesellschaft mit den Idealen *weiter, schneller, höher* ist es bedeutsam, nicht lediglich gegen psychische Erkrankungen vorzugehen, sondern vor allem auch, diese wahr- und ernst zu nehmen.<sup>75</sup>

Bock geht von einer Zunahme psychisch erkrankter Menschen aus, da diese einerseits früher krank werden bzw. Krankheiten früher festgestellt werden und andererseits Krankheiten länger andauern, schon allein aus der Tatsache heraus, dass Menschen durchschnittlich älter werden.<sup>76</sup> Zwangsläufig bedeutet für Richter die Zunahme künftiger Krankheitsbilder auch eine zu erwartende Erhöhung der Zahl an psychisch Erkrankten.<sup>77</sup> Anscheinend wachsen vor allem Angststörungen und Depressionen an der Zahl.<sup>78</sup>

Zudem werden psychosoziale Gesundheitsleistungen tatsächlich immer mehr in Anspruch genommen. Arbeitsunfähigkeit, Fehlzeiten<sup>79</sup> oder Früh- und Erwerbsminderungsberentungen infolge psychischer Erkrankungen<sup>80</sup> und auch der Konsum von Psychopharmaka steigen an. Daraus könnte man laut Richter auf die Zunahme psychischer Probleme schließen. Diese Annahme entkräftet er jedoch, indem er ökonomische und mediale Faktoren nennt, welche die Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen in einem Maße beeinflussen, dass diese nicht als Indikator für eine Zunahme an psychischen Problemen fungieren kann.<sup>81</sup> Daten

<sup>70</sup> Vgl. Sennett 1998, zitiert nach Gahleitner, Pauls 2013, S. 15

<sup>71</sup> Vgl. Richter 2012, S. 8

<sup>72</sup> Vgl. Bock 2013, zitiert nach Bock 2014, S. 123

<sup>73</sup> Vgl. Priebe, Burns, Craig 2013, zitiert nach Bock 2014, S. 123

<sup>74</sup> Vgl. Gahleitner, Pauls 2010, zitiert nach Gahleitner, Pauls 2013, S. 15

<sup>75</sup> Vgl. Hell 2013, S. 20

<sup>76</sup> Vgl. Bock 2014, S. 121

<sup>77</sup> Vgl. Richter 2012, S. 8

<sup>78</sup> Vgl. von Kardorff, S. 5

<sup>79</sup> Vgl. Meyer, Weirauch, Weber 2012, zitiert nach Richter, Berger 2013, S. 176

<sup>80</sup> Vgl. Hagen, Himmelreicher, Zerweck 2012, zitiert nach Richter, Berger 2013, S. 176

<sup>81</sup> Vgl. Richter 2012, S. 7f.

über Anstiege von Arbeitsunfähigkeitszeiten, Klinikaufnahmen und Behandlungsausgaben erteilen lediglich Informationen über Behandlungen und Krankschreibungen und können demzufolge nicht die gesamte Menge psychisch Erkrankter erfassen. Der Anschein angestiegener Prävalenz psychischer Krankheiten gründet wohl unter anderem darauf, dass Massenmedien viel über psychische Krankheiten berichten und die Wahrnehmung der Öffentlichkeit einen Wandel vollzogen hat.<sup>82</sup>

Darüber hinaus kann davon ausgegangen werden, dass lediglich ein Teil der Menschen mit psychischen Krankheiten damit in Behandlung geht.<sup>83</sup> Es stellt sich die Frage, warum sich lediglich ein geringer Anteil an erkrankten Menschen in Behandlung begibt. Ursachen dafür können neben gesellschaftlicher Stigmatisierung auch wenig Vertrauen in die Behandlungsoptionen oder schlichtweg eine Selbstwahrnehmung sein, welche eigenes Verhalten oder Zustände nicht als krankhaft im Sinne der Bewertung durch Expert\_innen wahrnimmt.<sup>84</sup> Bock hingegen sieht in der dennoch steigenden Bereitschaft, sich psychische Krankheiten einzugestehen, positive Entwicklungen in der Bekämpfung von Vorurteilen. Obwohl eine höhere Nachfrage sich aufgrund struktureller Defizite auch nachteilig auf die Bedarfsdeckung schwer und chronisch erkrankter Menschen auswirken kann.<sup>85</sup>

Letztlich kann momentan keine Zu- oder Abnahme von psychischen Erkrankungen oder Problemen in der Bürgerschaft empirisch belegt werden und vor allem kann hier keine Korrelation zur erhöhten Inanspruchnahme psychiatrischer Gesundheitsleistungen abgeleitet werden. Diese weist wohl aber darauf hin, dass die Bereitschaft zur Behandlung bei betroffenen Menschen wächst.<sup>86</sup>

---

82 Vgl. Kilian, Becker 2013, S. 4ff.

83 Vgl. Richter 2012, S. 8

84 Vgl. Kilian, Becker 2013, S. 4

85 Vgl. Bock 2014, S. 121

86 Vgl. Richter, Berger 2013, S. 176ff.

### 1.2.2 Stigmatisierung psychisch erkrankter Menschen

Gesellschaftlich wird auf den verschiedensten Ebenen über Inklusion und Teilhabe debattiert. Politisch werden Menschenwürde und Bürgerrechte, wie beispielsweise die Selbstbestimmung, angegangen und die Expertise von betroffenen Menschen erhält konzeptionell immer mehr Einbezug. Zudem ziehen Patientenorientierung, individualisierte Hilfeplanung, informierte Zustimmung und gemeinsame Entscheidungsfindung in die Praxis ein und dennoch sind psychisch erkrankte Menschen weiterhin Stigmatisierung ausgesetzt, welche sich in Diskriminierung sowie sozialer Ausgrenzung manifestiert.<sup>87</sup>

Stigma ist nicht nur ein Vorurteil, sondern „Zuweisung – und Empfindung – von Scham, Schuld, Schimpf und Schande zugleich“<sup>88</sup>. Aus soziologischer Perspektive bedeutet Stigmatisierung zunächst, dass negativ konnotierte Merkmale zugeschrieben werden.<sup>89</sup> Diese Zuschreibungen entstehen auf der Grundlage von in der Gesellschaft unwillkommenen Wesensmerkmalen sowie auffälligen, von gesellschaftlichen Idealen und Erwartungen oder sozialen Normen divergierenden Verhaltensweisen. Die Mehrheitsgesellschaft samt ihrer Institutionen bildet Kategorien, in welche sie einzelne Personen einsortiert und dadurch mit bestimmten negativen Eigenschaften in Verbindung bringt. Klassifikationsvorgänge solcher Art sind schwer zu durchbrechen.<sup>90</sup> So erwarten Menschen, welche sozialen Anforderungen in gesellschaftlichen Teilsystemen nicht zur Genüge gerecht werden können, gegebenenfalls Ausschluss aus eben diesen. Dies betrifft jedoch verschiedenste Personengruppen<sup>91</sup> und beschränkt sich nicht nur auf Menschen mit psychischen Auffälligkeiten.<sup>92</sup>

Diskriminierung und Stigmatisierung entstehen durch die Spannungen, welche zwischen dem Verhalten des psychisch erkrankten Menschen und den bereits vorgeformten Reaktionen in der Gesellschaft bestehen. Erleben Menschen Stigmatisierung und Diskriminierung, bestärkt dies allzu oft krankheitsbedingtes Verhalten.<sup>93</sup>

---

87 Vgl. von Kardorff, S. 4

88 Finzen 2010, S. 10

89 Vgl. Bock 2014, S. 122

90 Vgl. von Kardorff, S. 6

91 Z. B. Menschen mit körperlichen Behinderungen, Migrant\_innen, ältere Menschen, HIV-Infizierte etc.

92 Vgl. Bauman 2004, zitiert nach Richter 2010, S. 9f.

93 Vgl. von Kardorff, S. 5



### **1.2.2.1 Vorurteile und ihre Nachwirkung**

Die Vorstellung von unberechenbaren, gefährlichen und gewalttätigen<sup>94</sup> sowie von inkurablen psychisch Erkrankten, die an Persönlichkeitsspaltung leiden und deren Eltern die Schuld dafür zuzusprechen ist, sind verbreitet.<sup>95</sup> Zur räumlichen und sozialen Ausgrenzung von psychisch Erkrankten trug Roller mit seinem Krankheitsbild (s. Kapitel 1.1.3) wesentlich bei, indem er die Trennung der entsprechenden Person von ihrer Umgebung und Familie forderte.<sup>96</sup> Heutige Vorurteile beruhen vorwiegend auf Fehlannahmen der Psychiatrie in der Vergangenheit und einseitiger Medienberichterstattung, welche weiterhin dazu beitragen, die Vorurteile zu bewahren, obwohl sie wissenschaftlich bereits falsifiziert wurden.<sup>97</sup> Ihre Wirkung ist bis heute noch zu sehen in Bezug auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, die Förderbereitschaft von Leistungsträgern und die Bereitwilligkeit der Bevölkerung zur Ermöglichung sozialer Teilhabe.<sup>98</sup>

Finzen zu Folge vermitteln unter anderem auch seriöse Medien vorurteilsbehaftete Bilder und ferner reduzieren Humanisierungsentwicklungen in der Psychiatrie die Angst vor aggressiven fremden psychisch erkrankten Menschen nicht. Dabei führt Finzen aus, dass die so gefürchteten Gewalttaten psychisch Erkrankter gegenüber Fremden sehr selten sind. Dies trifft ebenso auf Gewalttaten allgemein gegenüber fremden Personen zu.<sup>99</sup> Im Vergleich zu Befragungen vor etwa zwanzig Jahren scheinen sich mehr Menschen von psychisch Erkrankten bedroht zu fühlen, da an psychiatrische Krankenhäuser verstärkt die Erwartung herangetragen wird, die Bevölkerung vor psychisch Erkrankten zu beschützen.<sup>100</sup> Menschen mit psychischer Erkrankung werden autorisierten Berufsgruppen anbefohlen, von welchen einerseits Behandlung und das Erzielen von Fortschritten sowie andererseits Überwachung und gegebenenfalls auch Isolierung erwartet wird.<sup>101</sup> Sowohl tabuisierende, als auch reißerische mediale Darstellungen hemmen Betroffene und Angehörige, offen mit der Krankheit umzugehen und führen dazu, dass zahlreiche Betroffene mit nicht offensichtlichen Symptomen dazu neigen,

---

94 Vgl. Finzen 2015, S. 26

95 Vgl. Sielaff 2010, S. 28

96 Vgl. Straub 2013, S. 32

97 Vgl. Sielaff 2010, S. 28

98 Vgl. Straub 2013, S. 33

99 Vgl. Finzen 2015, S. 26f.

100 Vgl. Angermeyer et al. 2013b, zitiert nach Schomerus 2014, S. 26

101 Vgl. von Kardorff, S. 6

ihre Krankheit möglichst zu verheimlichen.<sup>102</sup>

Während sich der Ruf von Krankenhauspsychiatrien erheblich verbessert hat, psychiatrische Behandlungen mehr Zulauf finden und die Bevölkerung die Weiterentwicklung ambulanter psychiatrischer Versorgung wahrnimmt, hat sich in Bezug auf öffentliche Haltungen gegenüber Betroffenen nicht viel getan.<sup>103</sup> Im Verlauf der Jahrzehnte ist kaum eine Abnahme von Vorurteilen gegenüber psychisch erkrankten Menschen zu verzeichnen.<sup>104</sup> Wachsende indifferente Einstellungen könnten zwar auf normalisierende Prozesse hinweisen, jedoch lassen Bevölkerungsbefragungen auch auf gewünschte soziale Distanz und sehr begrenzte Offenheit in Bezug auf gemeindenahere psychiatrische Wohnformen schließen.<sup>105</sup>

Finzen stellt bereits 2000 fest, dass Stigmatisierung schwer auszuräumen ist und postuliert, sie als öffentliche Meinung zu verstehen.<sup>106</sup> Dynamiken, die sich über so lange Zeit entwickelt haben, sind nicht rein durch Aufklärung, Öffentlichkeitsarbeit und Versuche der Integration zu überwinden.<sup>107</sup> Vorurteile scheinen demgegenüber eine hohe Widerstandskraft zu besitzen und beeinflussen zudem die Gestaltung von sozialen Beziehungen.<sup>108</sup>

Insbesondere die Diagnosen schizophrene und affektive Psychosen, darunter vor allem manisch-depressiv, haben mit Stigmatisierung zu kämpfen.<sup>109</sup> Hinsichtlich der Menschen, die an Schizophrenie erkrankt sind, stiegen in den letzten Jahren nicht nur die biologischen Krankheitskonzepte, sondern mit ihnen Vorurteile inmitten der deutschen Bevölkerung.<sup>110</sup> Ein erhöhtes Bedürfnis nach Abgrenzung ist vor allem im Bezug zu von Schizophrenie betroffenen Menschen zu verzeichnen, während Trenduntersuchungen zu Einstellungen gegenüber depressiven und alkoholkranken Menschen keine markanten Veränderungen aufzeigten.<sup>111</sup> Vor allem angesichts der Schizophrenie hält sich der Mythos der Unheilbarkeit stabil. Daher ist es für davon tangierte Menschen schwer, Krankheitserfahrungen in ihre Identitätsbildung einzubinden und öffentlich mit

---

102 Vgl. Lisofsky 2014, S. 24

103 Vgl. Schomerus, Angermeyer 2013, S. 60

104 Vgl. von Kardorff, S. 5

105 Vgl. Schomerus, Angermeyer 2013, S. 60

106 Vgl. Finzen 2000, zitiert nach Bayer 2010, S. 16

107 Vgl. Finzen 2010, S. 10

108 Vgl. von Kardorff, S. 5

109 Vgl. Sielaff 2010, S. 28

110 Vgl. Schomerus, Matschinger, Angermeyer 2014, zitiert nach Bock 2014, S. 122

111 Vgl. Schomerus et al. 2012, zitiert nach Schomerus 2014, S. 27

der Erkrankung umzugehen, auch wenn es ihnen besser geht und sie leidvolle Zeiten überwunden haben.<sup>112</sup>

Psychiatrieunerfahrene Menschen neigen nicht selten dazu, sämtliche sozialpsychiatrische Hilfen über einen Kamm zu scheren und mit ihren Vorbehalten gegenüber der Psychiatrie in Verbindung zu bringen. Hier gilt es, auch die Befürchtungen und Ängste der Menschen wahr- und ernst zu nehmen, sowie Chancen als auch Risiken psychiatrischer Dienste und Einrichtungen an die Öffentlichkeit heranzutragen. Zudem sind auch Fachexpert\_innen in sozialpsychiatrischen Hilfen nicht frei von Vorbehalten, Vorurteilen und Ängsten. Ein selbstkritischer Umgang und Diskussionen über die eigene Haltung sind hier erforderlich. Darüber hinaus stellt sich jedoch die Frage, inwiefern ambulante und stationäre Dienste und Einrichtungen die Bildung von Vorurteilen und Entwicklung von Stigmatisierung unterstützen oder auch was diese abhält, dagegen aktiv vorzugehen.<sup>113</sup>

### **1.2.2.2 Normalität und Abweichung in Bezug auf psychische Gesundheit**

Obgleich Toleranz der Verschiedenheit, Chancengleichheit und Teilhabe als politische Herausforderungen angenommen werden, rückt die Stigmatisierung laut von Kardorff aus dem Blickfeld. Inmitten von Wertehierarchien werden sozial weitreichende Unterscheidungen getroffen und zwischen dominierenden akzeptierten Vorstellungen von Normalität und jeweiligen Abweichungen davon finden Grenzziehungen statt. Die Zuteilung von Menschen zu Randgruppierungen bestätigt für nicht betroffene Menschen Normen, vermittelt ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und bietet Anhaltspunkte für das eigene Handeln. Zugleich werden Abgrenzungsvorgänge schwieriger dadurch, dass das Stigma psychisch krank nach von Kardorff weiter bis zur gesellschaftlichen Mitte vordringt.<sup>114</sup> Soziokulturelle Entwicklungen beeinflussen die Entstehung gesellschaftlicher Bilder von psychischen Krankheiten und somit auch die Bildung von Vorurteilen.<sup>115</sup>

Für Menschen in einer Gesellschaft, in der Individualisierung, Wettbewerb,

---

112 Vgl. Finzen 2010, S. 8

113 Vgl. Bayer 2010, S. 16f.

114 Vgl. von Kardorff, S. 4ff.

115 Vgl. Straub 2013, S. 31

Leistung und Selbstinszenierung zählen, fallen Stigmatisierungen und Einschränkungen in individuelle Lebenskonzepte stark ins Gewicht. Einerseits werden vielfältige Lebensentwürfe beansprucht und andererseits entwickeln sich vor allem im Bereich Bildung und Arbeitsmarkt auch standardisierte Verhaltensnormen und Handlungsspielräume werden schmaler. Leistungsdruck und Bewertungen provozieren Ängste vor Stigmatisierung und Statureinbußen.<sup>116</sup>

Bayer berichtet von den Hemmungen psychisch erkrankter Menschen, sozialpsychiatrische Angebote und Einrichtungen aufzusuchen, da sie durch die Konnexion zu ebendieser Etikettierung befürchten.<sup>117</sup>

Zugleich zeigt die öffentliche Meinung, dass die Haltung zu Zwangseinweisungen sich verändert hat. Die Schwelle, an der Menschen Einweisungen befürworten, ist gesunken. Dies wiederum lässt auf weitläufige sehr niedrige Toleranzgrenzen für abweichendes Verhalten schließen. Das Verhalten soll bereits früher *medizinisch korrigiert* werden. Dabei ist anzumerken, dass es nicht Auftrag der Psychiatrie sein kann und darf, gesellschaftliche Normen zur Konformitätsbildung zu nutzen.<sup>118</sup>

Über den Sinn psychiatrischer Diagnosen wurde innerhalb psychiatrischer Kreise in der Vergangenheit viel debattiert. Diagnosen bewirken Etikettierungen der kranken Personen und führen gegebenenfalls zu Abwertungen und fördern Stigmatisierung.<sup>119</sup> Unangenehm störende und unerwünschte Personen werden so segregiert.<sup>120</sup> Dennoch sind sie auch von Nutzen in Kommunikationsprozessen innerhalb oder zwischen Therapeut\_innen, Erkrankten und deren Angehörigen sowie den Krankenversicherungen. Zudem bedarf es der Diagnosen zur Behandlungsindikation und Entwicklung von Behandlungsstrategien.<sup>121</sup>

Richter und Berger schlussfolgern aus einer steigenden Behandlungsbereitschaft im Falle psychischer Probleme rückläufige Stigmatisierung in Bezug auf gewisse psychische Krankheiten.<sup>122</sup> Kal kritisiert hingegen die Zunahme an verschiedenen Diagnosen und den Anstieg der Patient\_innen und interpretiert dies nicht als Tabu-Durchbruch der Psychiatrie in der Öffentlichkeit, da ein Leben im *Anders-Sein*

---

116 Vgl. von Kardorff, S. 5

117 Vgl. Bayer 2010, S. 16f.

118 Vgl. Schomerus 2014, S. 27

119 Vgl. Finzen 2013, S. 25

120 Vgl. Hoff 2014, S. 17

121 Vgl. Finzen 2013, S. 25f.

122 Vgl. Richter, Berger 2013, S. 181

nicht leichter geworden ist und auch zukünftige Verbesserungen nicht in Aussicht sind.<sup>123</sup> Während Exklusion von gesellschaftlicher Teilhabe in der Vergangenheit der Psychiatrie durch das Einsperren in Anstalten drastisch und offen stattfand, haben sich in der modernen Gesellschaft eher subtile und verborgene Prozesse entwickelt.<sup>124</sup>

Dadurch spielt es eine wichtige Rolle, wie auch in professionellen Kreisen mit sozialen Auffälligkeiten, Abweichungstoleranzen, herrschenden Normen und Diagnostizierung umgegangen wird.<sup>125</sup> Konträr zu vielen öffentlichen Einstellungen setzen sich die aktuelle Rechtsprechung und Konventionen über die Rechte von Menschen mit Behinderung jedoch stärker für Menschen mit psychischen Erkrankungen ein.<sup>126</sup>

### **1.2.2.3 Folgen von Stigmatisierung für betroffene Personen**

Stigmatisierungsprozesse manifestieren sich sowohl öffentlich, als auch im Arbeitsleben, in Bildungseinrichtungen, bei der Wohnungssuche oder in Bezug auf die Geschäftstüchtigkeit sowie im Rahmen des Versorgungssystems.<sup>127</sup> Psychisch kranke Menschen werden von der Mehrheitsgesellschaft ausgegrenzt und erleben einen erschwerten Zugang zu sozialen Funktionen und Leistungen.<sup>128</sup> Sozusagen durchdringen Stigmatisierung und Diskriminierung den gesamten Alltag.<sup>129</sup> Stigmatisierende Klassifikationen legitimieren soziale Urteile, Verhalten und überdies Strukturen in der Gesellschaft. Die gesetzlichen und organisatorischen Reformen vermögen es noch nicht, diese strukturelle Diskriminierung und dezimierte Teilhabechancen zu beseitigen. Infolgedessen veranlassen vor allem chronische psychische Erkrankungen nicht selten ein Leben an der Armutsgrenze und in institutioneller Angewiesenheit.<sup>130</sup>

Problematisch an den Vorurteilen, welche Menschen gegenüber Krankheiten haben ist, dass diese auf die kranken Personen übergehen. Teilweise drohen psychisch Erkrankten aufgrund dessen der Arbeitsplatzverlust oder schlechte

---

123 Vgl. Kal 2010, S. 33

124 Vgl. Richter 2010, S. 8

125 Vgl. von Kardorff, S. 6

126 Vgl. Schomerus 2014, S. 27

127 Vgl. von Kardorff, S. 4

128 Vgl. Richter 2010, S. 8

129 Vgl. Gesundheitsministerkonferenz 2007, Jacobi et al. 2004, Wittchen et al. 2002, zitiert nach von Kardorff, S. 6

130 Vgl. von Kardorff, S. 6

Einstellungschancen.<sup>131</sup> So kann es sich durchaus ereignen, dass sich Zuschreibungen durch professionelle Diagnostizierung bestätigt fühlen und die betroffene Person in toto nur noch in Verbindung des Stigmas betrachtet wird.<sup>132</sup>

Stigmatisierung kann sich für die einzelne Person verletzend und beängstigend auswirken, da sie die Identität anzweifelt. Betroffenen stehen häufig hinsichtlich des Umgangs mit Zuschreibungen in einer misslichen Lage: Sollen sie eine Abwehrhaltung einnehmen, das bestimmte Umfeld meiden oder zugeteilte Beurteilungen in den Prozess ihrer Identitätsbildung einbinden? Die Erfahrung mitmenschlicher Anerkennung und das Auseinandersetzen mit ihnen sind entscheidend für das Erwachsen der Identität, woraus deutlich wird, wie erheblich Stigmatisierung Lebensqualität und Handlungsoptionen behindern kann, da Betroffenen durchaus schwindende soziale Anerkennung und Einbeziehung droht.<sup>133</sup> Auch können sozialer Rückzug und abnehmende Ressourcen aus dem Leiden unter Vorurteilen resultieren.<sup>134</sup> Beschränkungen sowohl auf körperlicher als auch auf psychischer Ebene können Aktivitäten hemmen, welche sich auf die eigene Problemlösungskompetenz auswirken, woraufhin die Menschen an der Teilhabe in Systemen des gesellschaftlichen Lebens behindert werden.<sup>135</sup>

„Einer in der Familie verrückt, alle verrückt“<sup>136</sup>. Verwandte und nahe Bezugspersonen waren in der Vergangenheit oft mitbetroffen von Vorurteilen und sozialer Ausgrenzung. Straub merkt an, dass dieser Gedankengang unter Menschen ohne Psychiatrieerfahrungen womöglich heute noch immer besteht.<sup>137</sup> Auf direkte Weise unterliegen sie durch Schuldzuweisung und indirekt durch nahe und vertraute Beziehungen zur erkrankten Person ebenfalls dem Stigma und erleben somit Zurückweisung und Diskriminierung. Finzen nennt die sozialen Folgen von Stigmatisierung eine zweite sowie die für Angehörige entstehenden Folgen eine dritte Krankheit.<sup>138</sup> Soziale Netzwerke schrumpfen, wodurch auch unterstützende Ressourcen versiegen und die Person sozialer Vulnerabilität ausgesetzt wird. Darunter leidet folglich auch die Widerstandsfähigkeit der

---

131 Vgl. Finzen 2010, S. 8

132 Vgl. von Kardorff, S. 6

133 Vgl. ebd., S. 4ff.

134 Vgl. Sielaff 2010, S. 28

135 Vgl. Vögeli 2014, S. 34

136 Straub 2013, S. 31

137 Vgl. ebd.

138 Vgl. Finzen 2010, S. 10f.

Person, woraufhin andere Menschen im Sinne der selbst erfüllenden Prophezeiung ihre Vorstellungen von psychisch erkrankten Menschen auf der Grundlage gesellschaftlicher Konstruktionen verifiziert sehen. Belastet von Gefühlen der Scham und Erniedrigung begeben sich betroffene Menschen auf die Suche nach Selbstbestätigung und Geborgenheit.<sup>139</sup> Menschen mit psychiatrischen Erfahrungen sind häufig sensibel für Einstellungen Anderer ihnen gegenüber und vor allem, wenn sie das Gefühl haben, unerwünscht zu sein oder jemandem zur Last zu fallen.<sup>140</sup> Zudem hemmen Vorurteile therapeutische Fortschritte und nebst persönlichen Belangen auch die strukturelle Weiterentwicklung psychiatrischer Hilfen.<sup>141</sup>

Ferner ist den noch immer stigmatisierenden, diskriminierenden und ausgrenzenden Strukturen und Vorgängen anzumerken, dass sich Betroffenenverbände mit Anti-Stigma-Projekten und auch einzelne Betroffene selbst durch Stigmamanagement gegen defizitäre Zuschreibungen und gesellschaftliche Wahrnehmungsmuster wenden, im Sinne der Diversität ihr persönliches Selbstbewusstsein heranbilden und zugleich für Partizipation und Chancengerechtigkeit eintreten.<sup>142</sup> Auch wenn eine einzelne Person gesellschaftliche Dynamiken kaum oder gar nicht beeinflussen kann, ermutigt Finzen dazu, sich immer wieder der eigenen sozialen Repräsentationen bewusst zu werden sowie der Stigmatisierung und den Betroffenen Beachtung zu schenken, um sie zu unterstützen, die Prozesse zu verstehen und einen Umgang damit zu finden.<sup>143</sup>

### ***1.3 Inklusion und Teilhabebarrrieren psychisch erkrankter Menschen***

#### **1.3.1 Inklusion – eine sozialpolitische normative Leitidee**

Während Inklusionsdebatten vorwiegend die Inklusion körperlich oder geistig behinderter Menschen zum Beispiel in Bildungseinrichtungen und den Arbeitsmarkt in den Fokus rücken, finden seelisch behinderte Menschen kaum

<sup>139</sup> Vgl. von Kardorff, S. 4ff.

<sup>140</sup> Vgl. Prins 2015, S. 26

<sup>141</sup> Vgl. Sielaff 2010, S. 28

<sup>142</sup> Vgl. von Kardorff, S. 7

<sup>143</sup> Vgl. Finzen 2010, S. 10

öffentliche Beachtung.<sup>144</sup> Die UN-Behindertenrechtskonvention regte politische Diskussionen an, indem sie die Thematik der Inklusion aufbrachte. Inklusion setzt im Vergleich zur Integration laut Kronauer nicht daran an, Menschen mit Behinderungen durch Betreuung und Förderung in die Gesellschaft einzupassen und einzugliedern, sondern fokussiert die Öffnung der bestehenden Gesellschaft. Diese sollte demnach mit einer Selbstverständlichkeit Differenzen honorieren<sup>145</sup> und Menschen mit Beeinträchtigungen organisatorisch und institutionell einbeziehen, anstatt Sonderbehandlungen weiterzuführen.<sup>146</sup> Inklusion ersetzt Integration nicht, sondern ist auf der Ebene des Zugangs und der strukturellen Zugehörigkeit zu sozialen Systemen und Kontexten verankert,<sup>147</sup> während Integration auf die Qualität der Einbeziehung und den Zusammenhalt der Bindungen in den gesellschaftlichen Systemen Bezug nimmt.<sup>148</sup>

Als sozialpolitische normative Leitidee und Programmbegriff auf regionaler bis internationaler Ebene sowie fachliches Leitprinzip der Sozialen Arbeit wird Inklusion häufig mit unspezifischen Erwartungshaltungen auf Verbesserungen der Lebensbedingungen in Verbindung gebracht. Innerhalb eines politisch festgelegten Arealen sollen alle Bürger\_innen gleichberechtigt und wirksam am Leben in der Gesellschaft partizipieren können und gänzlich einbezogen werden.<sup>149</sup> Kastl kritisiert hinsichtlich der realen Ungleichheitsverhältnisse jedoch utopische, durchweg harmonische und umfassende Vorstellungen einer inklusiven Gesellschaft. Soziale Ordnung, Kommunikation und zwischenmenschliche Beziehungen können sehr ambivalent erlebt werden, indem sie Sicherheit, Verständnis und Erfüllung evozieren oder aber beispielsweise auch Zwang, Scham, Angst, Langeweile oder Belastung auslösen können. So unterliegen auch Inklusion und Partizipation strukturellen Grenzen.<sup>150</sup> Inklusion und Teilhabe bleiben auch für Elgeti eine Illusion, sofern Machtverhältnisse, soziale Ungerechtigkeit, menschliche Bedürfnisse zur Abgrenzung und Divergenzen soziokultureller Milieus keine Berücksichtigung finden.<sup>151</sup>

Ferner inkludieren gesellschaftliche Teilsysteme und Kontexte jeweils lediglich an

---

144 Vgl. Richter 2015, S. 9

145 Vgl. hierzu auch UN-Behindertenrechtskonvention Art. 3 d)

146 Vgl. Kronauer 2014, S. 15

147 Vgl. Wansing 2012, S. 384, zitiert nach Kastl 2014, S. 6

148 Vgl. Esser 2000, zitiert nach Kastl 2014, S. 6

149 Vgl. Schädler, S. 11

150 Vgl. Kastl 2014, S. 5

151 Vgl. Elgeti 2015, S. 19



Voraussetzungen geknüpfte Teilaspekte und keineswegs den vollständigen Menschen. Umfassende und bedingungslose Teilhabe wird dadurch unmöglich und würde überdies jedwede Individualität verdrängen. Weiterführend entpuppt sich die uneingeschränkte Achtung von Diversität als konfliktär, da Betroffene ihre Symptome auch häufig als unerwünschte Krankheit empfinden, von der sie hoffen, geheilt zu werden. In diesem Zusammenhang klingt es paradox, psychische Erkrankungen als erwünschte Formen der Vielfalt zu proklamieren. Daraus erschließt sich die Notwendigkeit, zwischen Differenzen und dem Umgang damit zu unterscheiden.<sup>152</sup>

Systematische Beschränkungen von Teilhabechancen liegen jedoch auch unabhängig von bestehenden Behinderungen vor. Die Einbeziehung von beeinträchtigten Menschen in exkludierende Institutionen wird dem inklusiven Grundgedanken somit nicht gerecht. Demnach fordert Kronauer, Inklusion als gesamtgesellschaftliches Problem zu betrachten, das alle Menschen fern ihrer Beeinträchtigungen tangiert.<sup>153</sup> „Inklusion betrifft gerade auch unsere Verschiedenartigkeit der Herkunft, der Religion, der sexuellen Orientierung, der persönlichen Überzeugungen und Weltanschauungen.“<sup>154</sup>

Bereits 1974 hält Hegel fest, dass die Menschen alle gemein haben, dass sie sich voneinander unterscheiden, worin wiederum die Gleichheit besteht. Für das menschliche Miteinander in einer individualisierten staatlichen Gemeinschaft erklärt er reziproke Anerkennung für unabdingbar.<sup>155</sup>

### **1.3.2 Zugang zu Rehabilitationsleistungen und Teilhabebarrieren**

Mit der Vorstellung von Inklusion geht auch ein Anspruch aller Menschen auf benötigte Hilfen zu gesellschaftlicher Partizipation einher.<sup>156</sup> In Artikel 9 Abs. 1 der UN-Behindertenrechtskonvention wird die Verpflichtung der Vertragsstaaten beschrieben, im Hinblick auf eine unabhängige Lebensführung und die Partizipation in sämtlichen Bereichen des Lebens, „geeignete Maßnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zur

<sup>152</sup> Vgl. Kastl 2014, S. 5f.

<sup>153</sup> Vgl. Kronauer 2014, S. 15

<sup>154</sup> Wunder 2015, S. 4

<sup>155</sup> Vgl. Hegel 1974, S. 222f., zitiert nach Horster 2015, S. 26f.

<sup>156</sup> Vgl. Wunder 2015, S. 4

*physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschließlich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten*<sup>157</sup> und so Zugangshindernisse zu konstatieren und auszuräumen.

Durch das SGB IX erlangen Menschen mit psychischen Erkrankungen Zugang zu einer Bandbreite an Rehabilitationsleistungen, welche Menschen in einer selbstbestimmten Lebensführung und gesellschaftlichen Teilhabe unterstützen sollen.<sup>158</sup> Für psychisch erkrankte Menschen wirkt sich der Umstand, dass Art und Umfang der Leistung noch immer stark von dem Fokus auf die Erwerbsfähigkeitsherstellung bestimmt werden, ungünstig aus,<sup>159</sup> sofern, wie so oft, auch andere Lebensbereiche als die Arbeit von Einschränkungen betroffen sind. Auch die medizinische Rehabilitation findet im Gegensatz zur sozialen viel Beachtung. Für die komplexen Lebenssituationen der psychisch erkrankten Personen wäre eine alle drei Rehabilitationsfelder integrierende Perspektive sinnvoll.<sup>160</sup>

An den Schnittstellen von Kranken- und Rentenversicherung, Jugendhilfe oder der Grundsicherung für Arbeitsuchende zur Eingliederungshilfe treten noch immer Differenzen in Bezug auf die Kostenübernahme auf. Die nach §§ 10, 14 SGB IX an alle Rehabilitationsträger gerichtete Anordnung zur Koordinierung unterschiedlicher Leistungen sowie das trägerübergreifende persönliche Budget (§ 17 SGB IX), das Bereitstellen von Rehabilitationsdiensten nach § 19 SGB IX und gemeinsamen Servicestellen gemäß § 22ff. SGB IX gewährleisten noch immer keine umfassende Unterstützung psychisch beeinträchtigter Menschen. Dies wird dann häufig über die Eingliederungshilfe, beispielsweise in Formen von betreutem Wohnen erreicht.<sup>161</sup>

Zudem Bedarf es für den Leistungsanspruch einer Diagnose. Wiederum stehen somit die Defizite im Fokus und gesellschaftliche Bedingungen bleiben gesetzlich

---

157 UN-Behindertenrechtskonvention Art. 9 Abs. 1

158 Vgl. Kahl 2015, S. 5

159 Vgl. Rohrman 2010, S. 12, zitiert nach Kahl 2015, S. 5

160 Vgl. Kahl 2015, S. 5f.

161 Vgl. Vögeli 2014, S. 35

unbeachtet.<sup>162</sup> Daraufhin verweist Rohrmann auf die Eindimensionalität des Rehabilitationssystems mit der Konzentration auf Versorgung und Förderung, woraus erneut Exklusion und Benachteiligung resultieren.<sup>163</sup> Damit Bürger\_innen die ihnen zuerkannten Rechte verwirklichen können, müssen auch die entsprechenden sozialen Bedingungen geschaffen und gegebenenfalls gesellschaftliche Barrieren, welche die Wahrnehmung der Rechte behindern, abgebaut werden.<sup>164</sup> Auch die UN-Behindertenrechtskonvention verdeutlicht die Verantwortung umweltbezogener Barrieren für die Manifestation einer Behinderung.<sup>165</sup>

Im öffentlichen Diskurs um Inklusion und dem Abbau von Barrieren, geht es vorrangig um technische und architektonische Maßnahmen. Während Barrierefreiheit in Bezug auf kognitive, motorische und sensorische Einschränkungen aktiv angegangen wird, finden psychische Beeinträchtigungen und damit auch psychosoziale Barrieren kaum Beachtung.<sup>166</sup> Barrierefreiheit beruht bei seelisch beeinträchtigten Menschen nicht auf offensichtlichen und verallgemeinerbaren Bedürfnissen, sondern muss individuell betrachtet und herausgefunden werden.<sup>167</sup>

Teilhabebarrrieren gründen vor allem in den wachsenden Leistungsansprüchen der Gesellschaft sowie zudem in Schwierigkeiten in der Anpassung an gesellschaftliche Teilsysteme<sup>168</sup> und darin, dass krankheitsbedingtes Verhalten auf fehlendes Verständnis trifft.<sup>169</sup> Wartezeiten, Fristen, Sanktionen und lang andauernde Widerspruchsverfahren oder auch Zuständigkeitsunstimmigkeiten hindern Menschen am Zugang zu Rehabilitation. Diese psychosozialen Barrieren können durch einen transparenten, dialogischen Umgang bezüglich der Rehabilitationsoptionen sowie durch wohnortnahe, ganztägige und in den Betrieb oder Stadtteil integrierte Rehabilitationsangebote minimiert werden. Neben den bisherigen Strukturanforderungen sollten Rehabilitationseinrichtungen generell

---

162 Vgl. Kahl 2015, S. 6

163 Vgl. Rohrmann 2010, S. 13, zitiert nach Kahl 2015, S. 6

164 Vgl. Schädler, S. 12

165 Vgl. Flemming 2014, S. 7

166 Vgl. Theißing 2015, S. 53f.

167 Vgl. Richter 2015, S. 9

168 z.B. Bildung, Arbeit, Gesundheit, Recht und soziale Bindungen oder intime Beziehungen

169 Vgl. Vögeli 2014, S. 34

an den Barrieren im kommunikativen und psychologischen Bereich arbeiten.<sup>170</sup> Auch Armut und Stigmatisierungen zählen zu den äußeren Barrieren, welche sich bei betroffenen Menschen zu inneren Hindernissen entwickeln können, die sich wiederum in Symptomen psychischer Krankheiten widerspiegeln.<sup>171</sup>

„Der Zugang zu Rehabilitation öffnet sich für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen nicht mit dem Fahrstuhl, sondern in einer persönlichen, verbindlichen und niedrighschwelligem Unterstützung der Wahrnehmung ihrer eigenen Interessen.“<sup>172</sup>

Häufig führen nicht die Informationen, sondern Hilfe und Beistand im Ringen mit krankheitsbedingtem Verhalten, Wahrnehmungen und Stigmatisierung zur Bewältigung von Teilhabebarrrieren.<sup>173</sup>

## **2 Alternative ambulante Versorgung**

### ***2.1 Die Folgen der Psychiatrie-Enquête und aktuelle Entwicklungen in der psychiatrischen Versorgung***

Anfang der 1970er ließ der Deutsche Bundestag in der sogenannten Psychiatrie-Enquête die Lage der Psychiatrie in Deutschland untersuchen. Bereits der Zwischenbericht der Expertenkommission 1973 zeigte elende und menschenunwürdige Zustände in psychiatrischen Institutionen auf. Die zwei Jahre später fertig gestellte Psychiatrie-Enquête mit ihren Leitlinien entfachte einen bundesweiten Reformprozess.<sup>174</sup> In der Psychiatrie-Enquête forderte die Untersuchungskommission neben einer Umstrukturierung der psychiatrischen Kliniken unter anderem gemeindenaher Versorgung, Erweiterung der ambulanten Versorgungsstrukturen, außerdem Koordinierung der unterschiedlichen Professionen und Dienste und das Gleichstellen von somatisch und psychisch Erkrankten.<sup>175</sup> Im Jahr 1980 erklärte die Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) die Notwendigkeit, Großkliniken abzuschaffen und setzte sich dieses zum Ziel.<sup>176</sup>

---

170 Vgl. Theißing 2015, S. 54

171 Vgl. Richter 2015, S. 9

172 Theißing 2015, S. 54

173 Vgl. Vögeli 2014, S. 35

174 Vgl. Wienberg 2014, S. 4

175 Vgl. Meyer 2015 S. 163

176 Vgl. Konrad 2015, S. 32

Heute sind durchaus Erfolge der Psychiatriereform sichtbar. Die maroden Anstaltspsychiatrien wurden hauptsächlich durch sanierte Behandlungszentren und dezentrale kleinere Heime ersetzt und weisen mehrheitlich neue Konzeptionen auf.<sup>177</sup> Inzwischen findet die Behandlung psychisch Erkrankter größtenteils gemeindenah und viel weniger stationär, dafür vermehrt ambulant und tagesklinisch statt. Verglichen mit den Umständen vor 40 Jahren ist auch mehr und qualifizierteres Fachpersonal zu verzeichnen. Enthospitalisierungs-, Dezentralisierungs- und Ambulantisierungsprozesse haben auch die Partizipationschancen von chronisch psychisch Erkrankten in der Gesellschaft beträchtlich gesteigert. Darüber hinaus hat sich heute vielerorts eine Trialogkultur zur Zusammenarbeit von Menschen mit psychiatrischen Erfahrungen, ihren Angehörigen und den Professionellen etabliert.<sup>178</sup>

Dennoch weist Wienberg hier auch auf aktuelle problematische Tendenzen hin. Sonach werden in der, trotz Reformen, noch immer bettenorientierten deutschen Versorgungslandschaft stationäre Kapazitäten in der Regelversorgung, in Spezialkliniken für psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie und im Maßregelvollzug erneut erweitert. Finanzielle Ressourcen der Eingliederungshilfe gehen noch immer größtenteils an institutionelle Strukturen.<sup>179</sup> Steinhart räumt zwar ein, dass die Entwicklung der *Heimpsychiatrie* ein wichtiger Reformschritt war und kritisiert zugleich im Zuge der Normalisierungsdebatte, dass die Psychiatriereform auf halber Strecke stehen bleibt, da mit den Heimen im gemeindepsychiatrischen Verbund eine *Umhospitalisierung* in ein neues Sondersystem geschehen ist.<sup>180</sup>

In der Eingliederungshilfe ist ein Anstieg der Fallzahlen seelisch behinderter Menschen zu verzeichnen und obwohl ambulante Hilfen demnach mehr Zulauf bekommen, erweist sich die Anzahl der Heimunterbringung vielmehr als konstant.<sup>181</sup> Heute leben etwa 40 Prozent der leistungsberechtigten Menschen, welche Eingliederungshilfe nach SGB XII empfangen und sich in betreuten Wohnformen befinden, in stationären Einrichtungen.<sup>182</sup>

Hinzu kann davon ausgegangen werden, dass circa 80 Prozent der Personen in

---

177 Vgl. Steinhart 2014, S. 14

178 Vgl. Wienberg 2014, S. 5

179 Vgl. ebd., S. 4ff.

180 Vgl. Steinhart 2014, S. 14

181 Vgl. ebd., S. 15

182 Vgl. BAGÜS 2013, S. 40, zitiert nach Steinhart 2014, S. 15

Straf- oder Untersuchungshaft<sup>183</sup> und etwa 80 Prozent der als wohnungslos geltenden Menschen psychische Beeinträchtigungen aufzeigen<sup>184</sup>, woraufhin Wienberg die Frage stellt, ob die Wohnungslosenhilfe und der Justizvollzug somit psychiatrische Einrichtungen darstellen.<sup>185</sup> Im Sinne einer sich entwickelnden Schattenpsychiatrie rücken psychisch beeinträchtigte Menschen in diese anschließenden Hilfesysteme der Wohnungslosenhilfe und Pflegeheime und neben dem Strafvollzug weisen auch forensische Einrichtungen vermehrten Zulauf auf.<sup>186</sup>

Wettbewerbselemente und private profitorientierte Dienstleistungsanbieter haben Einzug gehalten in dem ohnehin enorm regulierten Sozial- und Gesundheitswesen, das nun marktförmige Veränderungen durchlebt. Diese Entwicklungen und die sich weitende Kluft zwischen Kosten- und Erlössteigerung bedingen dezimierte personelle Ressourcen.<sup>187</sup> Im Bereich der sozialpsychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung spitzt sich die Lage zu, denn Leistungen werden zunehmend in Anspruch genommen, die Ressourcen sind jedoch bereits knapp, was sich laut aktuellen Prognosen künftig weiter verschlechtern wird. Kostenträgern und Gesundheitspolitik hingegen liegt daran, die Ausgabensteigerung zu beschränken. Überdies fehlt es an qualifizierten Fachkräften und der Faktor des demografischen Wandels darf nicht außen vor gelassen werden.<sup>188</sup>

Es stellt sich die Frage, warum der ambulante Sektor nicht intensiver als Heimalternative beansprucht wird, obwohl belegt ist, dass Ambulantisierung die Kosten dämpft.<sup>189</sup> Einerseits rechtfertigen Einrichtungsträger die Aufrechterhaltung ihrer Wohnheime mit fehlendem bezahlbarem Wohnraum und ihren Befürchtungen bezüglich wegfallender Fürsorge und Schutz sowie drohender Verwahrlosung und Vereinsamung.<sup>190</sup> Andererseits sind Unterstützungsdichte und -setting noch immer finanzierungsbedingt miteinander verbunden. Daher ist es weiterhin schwierig, bei komplexem und zeitintensivem

---

183 Vgl. Schönfeld et. al 2006, zitiert nach Wienberg 2014, S. 7

184 Vgl. Wienberg 2008, zitiert nach Wienberg 2014, S. 7

185 Vgl. Wienberg 2014, S. 7

186 Vgl. Schulte-Kemna 2011, S. 5

187 Vgl. Wienberg 2014, S. 7

188 Vgl. Deister, Wilms 2015, S. 8

189 Vgl. Steinhart 2014, S. 15

190 Vgl. Konrad 2015, S. 33

Hilfebedarf heimeretzende Unterstützung außerhalb des stationären Settings umzusetzen, da es an Anreizsystemen zur Kostendämpfung für die Leistungsträger mangelt.<sup>191</sup> In einigen Bundesländern erlangen auch Menschen mit umfassenderem Hilfebedarf Zugang zu ambulant betreuten Wohnformen durch flexible Finanzierungsmodelle nach dem persönlichen Hilfebedarf.<sup>192</sup>

Kritisch zu betrachten ist dennoch die „fortbestehende strukturelle Abgrenzung der Kostenzuständigkeiten von Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Rentenversicherung, Arbeitslosenversicherung und Sozialhilfe“. Eine personenbezogene integrierte Versorgung über längere Zeiträume ist im derzeitigen Finanzierungs- und Versorgungssystem noch immer schwierig. Budget-Modelle und Modelle der integrierten Versorgung schaffen es teilweise, Sektorengrenzen zu überwinden, können jedoch noch keine umfassende regionale Versorgung leisten.<sup>193</sup> Über ein neues Finanzierungssystem wird bereits kontrovers debattiert.<sup>194</sup>

## **2.2 Notwendigkeit des Ausbaus alternativer Versorgungsstrukturen**

Die aktuellen Entwicklungen in der Landschaft psychiatrischer Hilfen zeigen bereits auf, dass sich seit der Psychiatrie-Enquête viel verändert hat. Dennoch decken stationäre Einrichtungen trotz der Entstehung vieler ambulanter und teilstationärer Angebote noch immer einen großen Bedarf ab, den der ambulante Bereich bislang auch nicht kompensieren könnte. Es folgt die Ausführung einiger Gedankengänge zu den Gründen, warum trotz noch bestehender Hindernisse und Schwierigkeiten an der Weiterentwicklung und dem Ausbau ambulanter und gemeindenaher Angebotsstrukturen alternativ zur stationären Versorgung festgehalten werden kann oder sollte.

---

191 Vgl. Steinhart 2014, S. 15f.

192 Vgl. Konrad 2015, S. 32

193 Vgl. Wienberg 2014, S. 7

194 Vgl. Deister, Wilms 2015, S. 8

### **2.2.1 Die UN-Behindertenrechtskonvention als richtungsweisende Basis**

In Deutschland wurde die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2009 ratifiziert, welche Beitrittsstaaten in die Pflicht nimmt, für Menschen mit Behinderungen Chancengleichheit zu sichern und gleichfalls Diskriminierung zu unterbinden.<sup>195</sup> In Artikel 1 ist die Absicht der Konvention beschrieben, allen Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt und in vollem Umfang den Gebrauch ihrer Menschenrechte und Grundfreiheiten zu gewähren und für die Achtung ihrer Menschenwürde einzustehen.

Die UN-Behindertenrechtskonvention konkretisiert im ersten Artikel die betroffenen Personen wie folgt:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“<sup>196</sup>

In der Präambel wird zudem insbesondere auf die Förderung und den Schutz der Menschenrechte von Personen mit intensiverem Unterstützungsbedarf hingewiesen.

Auf dieser rechtlichen Basis begründen gemeindepsychiatrische Verbände ihre Versorgungsverpflichtung.<sup>197</sup>

Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention spricht Menschen mit Behinderungen die gleichen Wahlmöglichkeiten wie anderen Menschen sowie kompletten Einbezug und Teilhabe in der Gemeinschaft zu. Das bedeutet, dass sie ein Recht dazu haben, über ihren Aufenthaltsort zu entscheiden, zu bestimmen, wo und mit wem sie zusammen leben möchten und keiner Verordnung unterliegen, in besonderen Wohnformen zu leben. Weiterführend soll Menschen mit Behinderung Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten und persönlicher Assistenz gewährleistet sein, um die Einbeziehung in die Gemeinschaft zu ermöglichen und Isolation und Absonderung zu vermeiden. Auch für die Allgemeinheit bestimmte gemeindenaher Dienstleistungen und Einrichtungen sollen sicherstellen, dass sie im Sinne der Gleichberechtigung Menschen mit Behinderungen und deren Bedürfnissen gerecht werden.

---

<sup>195</sup> Vgl. Schulte-Kemna 2011, S. 4

<sup>196</sup> UN-Behindertenrechtskonvention Art. 1

<sup>197</sup> Vgl. Rosemann, Konrad 2011, zitiert nach Konrad 2015, S. 32



Es liegt also an den fachspezifischen Dienstleistungen und Einrichtungen, ihre Unterstützungsmaßnahmen so zu optimieren, dass ein selbstbestimmtes und teilhabendes Leben für Menschen mit Beeinträchtigungen möglich wird.<sup>198</sup> Aber auch Gesetzgeber und Verwaltung sind in der Verantwortung, Ausgrenzung von sozialer Teilhabe aufgrund von Behinderungen zu beheben. Nur in Ausnahmeverhältnissen ist es der UN-Behindertenrechtskonvention zufolge zulässig, das Recht auf die freie Lebensgestaltung zu beschneiden.<sup>199</sup> Bereits die Beschlüsse der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder im Jahr 2010 hielten die Notwendigkeit fest, im Sinne der UN-Konvention die Eingliederungshilfeleistungen personenzentriert und lebensweltorientiert zu optimieren und auszubauen. Individuelle Hilfebedarfe, das Recht auf Selbstbestimmung und Flexibilität sollen im Unterstützungssystem mehr Beachtung finden.<sup>200</sup>

Die S-3 Leitlinien Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) postulieren, dass mit steigendem Institutionalisierungsgrad unerwünschte Effekte zunehmen und die Lebensqualität hingegen zurückgeht, woraufhin eine Dauerinstitutionalisierung generell nicht empfohlen wird und auf Dauerwohnformen wie Heime nur ausnahmsweise zurückgegriffen werden sollte.<sup>201</sup> Dies untermauert auch § 13 Abs. 1 SGB XII, der den Vorrang von ambulanten vor teilstationären und stationären Leistungen beschreibt.

### **2.2.2 Bedarf an ambulanten, integrierten und kontextbezogenen Behandlungsformen**

Neben den ökonomischen Schwierigkeiten von vor allem privat geführten Wohnheimen, aber auch Kliniken und den daraus resultierenden niedrigeren Personalschlüsseln, wird stationären Einrichtungen vorgehalten, Freiheit, Bewegungs- und Entfaltungsoptionen zu begrenzen sowie ähnlich der Behindertenwerkstätten isolierend und ghettoisierend zu fungieren.<sup>202</sup>

---

198 Vgl. Flemming 2014, S. 7

199 Vgl. Konrad 2015, S. 32f.

200 Vgl. Grauenhorst, Steinhart 2011, S. 30

201 Vgl. Steinhart 2014, S. 15

202 Vgl. Kruse 2014, S. 43

Psychiatrische Kliniken können Menschen als Schutz- und Schonraum dienen. Teilweise fliehen Menschen dorthin oder ziehen die Klinik als Notalternative in Betracht. Dennoch gibt es Patient\_innen, welche Aufenthalte in Kliniken als Zwang, unangenehm und nicht hilfreich erleben, auch wenn es eine Minderheit ist. Sie präferieren gemeindepsychiatrische und ambulante Einrichtungen.<sup>203</sup>

Die Psychiatrie kann für manche Menschen in gewissen Lebenssituationen hiernach eine geeignete Nische darstellen. Jedoch braucht die Gesellschaft eine größere Vielfalt an Nischenangeboten, die humaner und zudem mitten in und nicht am Rande der Gesellschaft stehen.<sup>204</sup> Werden Menschen in Heime einquartiert, entlastet das vermeintlich den ursprünglichen Sozialraum, da dieser so entsprechenden Schwierigkeiten und Herausforderungen entflieht, jedoch verkümmern auch Beziehungen und Erfahrungen im sozialen Lebensraum. Langandauernde Verbleibe in institutionellen Einrichtungen können einen sogenannten Hospitalismus hervorrufen. Psychisch Erkrankte unterliegen dem Druck, sich der Einrichtung mit ihren Strukturen und Angeboten an- und einzupassen. Daraus erwachsen auch Schwierigkeiten, außerhalb der Institution wieder selbst zurechtzukommen.<sup>205</sup> Kal stellt Überlegungen an, wie Menschen, die jahrelang in Einrichtungen untergebracht waren und sich dadurch womöglich in der Gesellschaft fremd fühlen, Gastfreundschaft entgegen gebracht werden kann. Sie benötigen solide, beständige Strukturen und ein Zuhause, an dem sie sich wohl fühlen.<sup>206</sup>

Institutionalisierung birgt auch das Risiko, nicht mehr als Individuum mit den für die Gesundheit relevanten persönlichen Bedürfnissen, Wünschen und Zielen, sondern lediglich in Verbindung mit einer kategorialen Zuordnung wahrgenommen zu werden.<sup>207</sup> Auch heute noch müssen Leistungsadressat\_innen sich teilweise mit ihren Bedürfnissen nach den Handlungslogiken der Leistungsträger und -erbringer orientieren. Zudem können pauschale und allumfassende Versorgungssysteme der Entfaltung von eigenen Lebenskonzepten nicht gerecht werden.<sup>208</sup> Vor allem große Einrichtungen entwickeln auch ökonomische Eigendynamiken, denen mit personenzentrierten Ansätzen und

---

203 Vgl. Prins 2014, S. 22

204 Vgl. Kal 2010, S. 33

205 Vgl. Schulte-Kemna 2011, S. 4f.

206 Vgl. Kal 2010, S. 32

207 Vgl. Schulte-Kemna 2011, S. 4

208 Vgl. Grauenhorst, Steinhart 2011, S. 30

Anbindung an die Gemeinde begegnet wird.<sup>209</sup>

Da psychische Erkrankungen den gesamten Menschen inklusive seines psychosozialen Umfelds anbelangen und die sozialen Beziehungen der Personen beeinträchtigen, ist vor allem hier eine integrierte, sektorenübergreifende und den ganzen Menschen beachtende Versorgung nötig, um auch Gleichberechtigung und Teilhabe in der Gesellschaft zu bestärken, welche elementar für die Genesung sind.<sup>210</sup> Grundsätzlich ist es die Bestimmung des psychiatrischen Versorgungssystems, sozialer Exklusion entgegen zu wirken.<sup>211</sup> Daher braucht es auch Strukturen und Angebote, welche vermögen, dies umzusetzen.

Insbesondere gemeindebasierte kontextbezogene Behandlungsformen innerhalb bestehender sozialer Bezüge wirken sich förderlich auf die soziale Integration aus und können zudem stationäre Aufenthalte vermeiden.<sup>212</sup> Steinhart plädiert für eine rechtliche und ökonomische Trennung von Lebensraum und benötigter professioneller Unterstützung, damit die Hilfen bedarfsangepasst, flexibel und mit kontinuierlichen sozialen und therapeutischen Beziehungen, möglichst mit einer eigenen Wohnung als Lebensmittelpunkt stattfinden können. Die Wohnsituation ist von fundamentaler Bedeutung für die Stabilisierung des Selbstbewusstseins, die Entwicklung sozialer Beziehungen und das Partizipieren im Sozialraum sowie in der Arbeitswelt und im Freizeitbereich. Menschen, die Einfluss auf ihre Wohnumwelt haben, sind laut eigenen Angaben tendenziell zufriedener.<sup>213</sup>

### **2.2.3 Begegnungsräume fördern**

Aufgrund des Zusammenhangs von Unwissenheit und Stigmatisierung, fordert Bayer Begegnungen von psychiatriee erfahrenen und -unerfahrenen Menschen, da Begegnungen anderen Erfahrungswert bergen, als reine Informationen dies leisten können. Sie verringern Ängste und Vorurteile, verändern Vorstellungen von Krankheitsbildern, Risiken und Genesungsmöglichkeiten und können letztlich Verständnis und mitmenschliche Nähe erzeugen.<sup>214</sup> Auch Sielaff bekräftigt, dass Vorurteile und Zuschreibungen vor allem durch Begegnungen überwunden

---

209 Vgl. Schulte-Kemna 2011, S. 4

210 Vgl. Deister, Wilms 2015, S. 8

211 Vgl. Richter 2010, S. 10

212 Vgl. Deister, Wilms 2015, S. 9

213 Vgl. Steinhart 2014, S. 16

214 Vgl. Bayer 2010, S. 17

werden können. Mit der Brüchigkeit des menschlichen Lebens konfrontiert zu werden, kann Menschen ermutigen, sich auch den gebrechlichen und leidvollen Aspekten des Lebens zuzuwenden. Mit Menschen in Beziehungen zu treten, ermöglicht gegenseitiges Verstehen und die Annahme des individuellen Lebensentwurfes und fördert zugleich das Einfühlungsvermögen.<sup>215</sup>

Symbolisch sollen Räume für die Spannungen zwischen Fremd- und Eigenheit sowie zwischen *Normalität* und *Verrücktsein* kreiert werden. Quartiersbezogene Angebote veranschaulichen, dass Abweichungen aus dem Blick geraten oder an Bedeutung verlieren, sobald die Umgebung sich auch anpasst und auf eine Person einlässt. *Anders-Sein* ist dann kein Störfaktor mehr, den es zu entfernen gilt. Neben der Verbesserung und Fortentwicklung psychiatrischer Institutionen sollte laut Kal nicht vernachlässigt werden, die Gesellschaft selbst in einen gastfreundlichen Ort zu wandeln.<sup>216</sup>

Von den Schwachen der Gesellschaft, auch zum Beispiel psychisch Erkrankten, zu lernen, deutet Sielaff als kulturelle Chance.<sup>217</sup> Befindet sich jedoch die von der Gesellschaft als schwach eingestufte Bevölkerung größtenteils in Einrichtungen, finden kaum bzw. keine Begegnungen statt.<sup>218</sup>

## **2.3 Vielfalt der psychosozialen Versorgungslandschaft**

### **2.3.1 Sozial- und Gemeindepsychiatrie**

In Deutschland ist, die letzten Jahre betrachtet, ein wachsender Bedarf im Bereich psychosozialer Hilfen zu verzeichnen.<sup>219</sup> So bekommen neben stationären betreuten Wohneinrichtungen auch teilstationäre Einrichtungen, zum Beispiel heilpädagogische Tagesstätten, zudem sozialpsychiatrische Dienste und personenorientierte Hilfen mehr Zulauf. Ambulante Beratungseinrichtungen widmen sich neben Sucht- auch Lebensberatungen und den Themen Partnerschaft, Familie und Erziehung. Darüber hinaus erweitert sich das Feld um Angehörigenberatungen und offerierte Psychoedukation.<sup>220</sup>

---

215 Vgl. Sielaff 2010, S. 28

216 Vgl. Kal 2010, S. 32f.

217 Vgl. Sielaff 2010, S. 29

218 Vgl. Kal 2010, S. 32

219 Vgl. Pauls 2012, zitiert nach Gahleitner, Pauls 2013, S. 15

220 Vgl. Gahleitner, Pauls 2013, S. 15

Die Sozialpsychiatrie, deren Wurzeln bis in das 19. Jahrhundert zurück reichen, kann als Unterdisziplin der Psychiatrie gesehen werden, welche „psychisch kranke Menschen in und mit ihrem sozialen Umfeld zu verstehen und behandeln sucht“<sup>221</sup>. Die emanzipatorische Sozialpsychiatrie entstand einst als Option neben der Anstaltspsychiatrie, mit dem Ziel, disziplinarische und isolierende Maßnahmen durch in die Gesellschaft integrierende zu ersetzen und nach dem Motto *Hilfe zur Selbsthilfe* zu agieren. Grundlegend hebt die Sozialpsychiatrie den sozialen Aspekt psychischer Krankheiten hervor, fördert die gemeindepsychiatrische Ausrichtung der Hilfen und befürwortet offene respektvolle Dialogstrukturen, welche alle beteiligten Personen gleichwertig miteinbeziehen.<sup>222</sup> Sie umfasst ein Netzwerk von halbambulantem und möglichst quartierbezogenen Teilzeit- und Übergangsinstitutionen in Form von Tages- und Nachtkliniken, Rehabilitationseinrichtungen, geschützte Wohn- und Arbeitsmöglichkeiten, sowohl ambulante als auch stationäre Kriseninterventionszentren und schließlich ambulante Versorgungsteams.<sup>223</sup>

Im Zuge der Entstehung der Gemeindepsychiatrie gelangten vielgestaltige Angebote und Einrichtungen wie gemeindepsychiatrische Begegnungszentren, Büros, Tagesstätten und Treffpunkte außerdem Aktionen wie gemeindepsychiatrische Feste oder Seminare in die öffentliche Wahrnehmung.<sup>224</sup> Von Betroffenenverbänden und Selbsthilfeorganisationen über dezentrale Behandlungsoptionen bis hin zu Werkstätten, Tageseinrichtungen, Wohnplätzen und Heimen deckt die Gemeindepsychiatrie Bedürfnisse ab.<sup>225</sup> Im Zuge der Deinstitutionalisierung, welche in Westeuropa vor über 40 Jahren begann, weist Deutschland zahlreiche gemeindenahere Angebote auf. Es etablierten sich bereits integrierte Versorgungsmodelle, häusliche Unterstützung, Soziotherapie zudem Kontaktstellen und Dienste des betreuten Wohnens.<sup>226</sup>

Auf der Basis des personenzentrierten Ansatzes entwickeln sich Konzepte, die sich nach dem individuellen Hilfebedarf ausrichten und nach Möglichkeit außerhalb von speziellen Einrichtungen in der gewohnten Lebensumgebung

---

221 Ciompi 1995, zitiert nach Ciompi 2013, S. 5

222 Vgl. Elgeti 2015, S. 20f.

223 Vgl. Ciompi 2013, S. 4ff.

224 Vgl. Bayer 2010, S. 16

225 Vgl. Eikelmann, Reker, Richter 2005, zitiert nach Richter 2010, S. 10

226 Vgl. Van Remoortel 2014, S. 14f.

stattfinden. Personenzentriert bedeutet jedoch auch, Hilfspakete losgelöst von festen Kategorien und Finanzierungen der Einrichtungen zu arrangieren.<sup>227</sup>

Nach Bayer fördert die Weiterentwicklung und Verbreitung der gemeindepsychiatrischen Hilfen nicht unmittelbar die Integration oder Inklusion der Menschen mit Psychiatrieerfahrung. Dabei besteht die Gefahr der Entstehung einer sogenannten Psychiatriegemeinde, welche die Wohnsituation, den Arbeits- und Freizeitbereich umfasst und psychisch kranken Menschen vornehmlich Kontakte zu Professionellen sowie zu anderen Klient\_innen ermöglicht und Ausgrenzungsdynamiken unterstützt.<sup>228</sup> Die Parallelwelt beschützt den Menschen vor Überforderung, Benachteiligung und Stigmatisierung, was wohl für einen Teil der psychisch belasteten Menschen wichtig ist.<sup>229</sup> Es bedarf demnach gemeindepsychiatrischer Hilfen, wobei dennoch Hospitalisierungsprozessen in Gemeinden entgegen gewirkt werden und die Öffnung zur *normalen Welt* angestrebt werden sollte.<sup>230</sup> Da viele betroffene Personen die Reintegration in die Mehrheitsgesellschaft befürworten, ist dieses Ziel sodann auch der Einbindung in eine Parallelwelt vorzuziehen.<sup>231</sup>

### 2.3.2 Einbindung psychiatrieeffahrener Menschen

In gemeinnützigen Vereinen arbeiten Psychiatrieeffahrene, Angehörige sowie Professionelle gemeinsam in Antistigmajprojekten und organisieren beispielsweise Informations- und Aufklärungsveranstaltungen an Schulen, Firmen oder in der Öffentlichkeit, an denen sie durch Begegnungen die Reduktion von Vorurteilen sowie einen toleranteren Umgang mit *Anders-Sein* verfolgen sowie Sensibilität bezüglich der eigenen Psyche fördern.<sup>232</sup>

Darüber hinaus werden in Projekten des *Experienced-Involvement*<sup>233</sup> und der *Peerberatung*<sup>234</sup> Menschen mit Psychiatrieeffahrungen ausgebildet und mit ihrer Expertise in die Begleitung und Beratung psychisch Erkrankter<sup>235</sup> sowie in die

---

227 Vgl. Schmidt-Zadel 2004, S. 12, zitiert nach Flemming 2014, S. 7

228 Vgl. Bayer 2010, S. 16f.

229 Vgl. Richter 2010, S. 10

230 Vgl. Bayer 2010, S. 17

231 Vgl. Richter 2010, S. 10

232 Vgl. Sielaff 2010, S. 28f.

233 Einbeziehung Psychiatrieeffahrener

234 Beratung von Betroffenen für Betroffene

235 Vgl. Bock 2014, S. 123

Organisation und Ausgestaltung der psychiatrischen Hilfen eingebunden.<sup>236</sup> Der Dialog verdeutlicht einerseits ein Umdenken der psychiatrischen Hilfen und stärkt andererseits das Selbstvertrauen bei Berater\_innen und Klient\_innen, indem eine ermutigende Hilfe auf Augenhöhe geleistet wird.<sup>237</sup>

Bayer sieht durch „aktive Einbindung von Psychiatrieerfahrenen und die Zurücknahme unserer professionellen Dominanz“<sup>238</sup> Chancen, psychiatrische Sonderwelten zu durchbrechen und beispielsweise mithilfe von Treffpunkten, Selbsthilfegruppen oder Beratungsangeboten, in welche Psychiatrieerfahrene eingebunden sind, stigmatisierenden Effekten der Angebote entgegen zu treten. Selbstkritische Reflexionen, Supervisionen und Qualitätszirkel sowie dialogische Arbeitsweisen ermöglichen eine grundlegende neue psychiatrische Praxis.<sup>239</sup>

### **2.3.3 Ambulante gemeindepsychiatrische Versorgungsmodelle**

Die gemeindenahen ambulanten Hilfen sind sehr vielseitig und weisen regionale Unterschiede auf. Folgende Modelle können einen Einblick in Optionen der gemeindenahen psychiatrischen Versorgungslandschaft geben, sie jedoch keineswegs im Ganzen darstellen.

Das *Bielefelder Modell* bietet zunächst barrierefreien und preiswerten Wohnraum für Menschen mit vielfältigen Hilfebedarfen an und stellt im Quartier rund um die Uhr die Präsenz eines sozialen Dienstleisters sicher. Nach diesem Konzept ermöglichen architektonische, ehrenamtliche und hauptamtliche Hilfesysteme selbstbestimmtes Wohnen inklusive der Sicherheit auf benötigte Versorgung im vertrauten Quartier.<sup>240</sup> Oftmals werden Probleme der Wohnungsfindung auch durch Untermietvertragslösungen geregelt und auf dem Weg der Ambulantisierung werden, in Baden-Württemberg zum Beispiel mittels des Wohn-Teilhabe und Pflegegesetzes, Zwischenformen umgesetzt.<sup>241</sup> So vermitteln beispielsweise stationäre Einrichtungen eigene Wohnungen, während die stationären Leistungen bestehen bleiben.<sup>242</sup> Eine weitere personenzentrierte Zwischenlösung stellt das

<sup>236</sup> Vgl. Zinkler 2014, S. 10

<sup>237</sup> Vgl. Bock 2014, S. 123

<sup>238</sup> Bayer 2010, S. 17

<sup>239</sup> Vgl. ebd.

<sup>240</sup> Vgl. Klingelberg 2015, S. 30

<sup>241</sup> Vgl. Konrad 2015, S. 33

<sup>242</sup> Vgl. Konrad et al. 2006, zitiert nach Konrad 2015, S. 33

*Teilweise Selbstverantwortete Ambulant Betreute Wohnen* dar. Für diese Wohngruppen von seelisch behinderten Menschen entfällt eine verpflichtende Personalpräsenz.<sup>243</sup>

Rosemann kritisiert in Bezug auf betreute Wohnformen, dass in diesen die Unterstützung meist an eine Wohnung gekoppelt ist und somit nur für den Bezugszeitraum der Betreuungsleistung genutzt werden kann. Betreuungsleistungsbedingte Wohnwechsel tragen allerdings nicht zur besseren Teilhabe in der Umgebung bei. Daher schlägt Rosemann ein Konzept der *mobilen Unterstützung* vor, welches das gemeindepsychiatrische Hilfesystem ergänzen kann und auf diese Verknüpfung und Abhängigkeiten verzichtet.<sup>244</sup>

Das sogenannte *Buddy-Projekt* begleitet Betroffene professionell oder ehrenamtlich individuell in die *normale Welt* und lässt sie öffentliche Räume außerhalb psychiatrischer Hilfen wieder für sich erschließen.<sup>245</sup>

Ähnlich im Ansatz berichtet Kal über niederländische *Kwartiermaker-Projekte*, wie beispielsweise *Freundschaftsdienste* und *Mentor vor Ort*, Nachbarschaftsrestaurants, und Kwartiermaker-Festivals, welche sie als humane, ermutigende und sogar empowernde Nischenorte begreift, die sich letztlich zum Ziel gemacht haben, durch Quartiersarbeit zur Inklusion in der Gesellschaft beizutragen.<sup>246</sup>

Vögeli beschreibt ein *Lotsenstationenkonzept* als leistungsträgerübergreifendes zugehendes Teilhabemanagement, bei dem seelisch behinderte oder davon bedrohte Menschen lediglich Sozialpsychiatrische Zentren kontaktieren müssen, um bei festgestelltem Bedarf personenzentrierte Komplexleistungen zu empfangen. Durch die Vernetzung in der sozial- und gemeindepsychiatrischen Versorgungslandschaft und Kooperationen im Sozialraum ermöglichen die Lotsenstationen die benötigte Unterstützung zur gesellschaftlichen Teilhabe zunächst unabhängig von jeweiligen Zuständigkeiten und Finanzierungen der Rehabilitationsträger. Schließlich müssen diese sich hierzu jedoch mithilfe von Rahmenvereinbarungen untereinander abstimmen.<sup>247</sup>

Bereits seit dem Jahr 2008 kann in Deutschland der rechtliche Anspruch auf das

---

243 Vgl. Konrad 2015, S. 33

244 Vgl. Rosemann 2014, S. 11f.

245 Vgl. Bayer 2010, S. 17

246 Vgl. Kal 2010, S. 33

247 Vgl. Vögeli 2014, S. 36



Persönliche Budget (§17 SGB IX) und somit je nach Bedarf auf trägerübergreifende Komplexleistungen geltend gemacht werden.<sup>248</sup> Projekte, die auf regionalen Budgets und integrierter Versorgung basieren, schüren Hoffnungen auf inhaltliche Veränderungen im psychiatrischen Handeln. Quartierbezogene Komplexleistungen, auch für schwer psychisch erkrankte Menschen und gegebenenfalls intensiv und auch längerfristig angelegt, bieten aufsuchende multiprofessionelle Behandlungsangebote.<sup>249</sup>

In Großbritannien koordinieren *Community Mental Health Teams*<sup>250</sup> vor Ort die gemeindenahе und ambulante Versorgung. Jeder\_m Patient\_in steht für die persönliche Hilfeplanung ein *Care Coordinator*<sup>251</sup> zur Verfügung.<sup>252</sup> Anknüpfend an die in Großbritannien nahezu flächendeckend etablierten aufsuchenden ambulanten Dienste wie *Hometreatment-Teams*<sup>253</sup>, *Early Intervention Teams*<sup>254</sup> und *Assertive Outreach Teams*<sup>255</sup> wurden auch in Deutschland Ansätze umgesetzt, zum Beispiel konkret in Form des *Intensiv Betreuten Wohnen* oder des *Intensiv ambulant unterstützten Wohnens*.<sup>256</sup> Personen mit erheblichen seelischen Behinderungen, bei denen ein umfassender Unterstützungsbedarf auf eine Heimunterbringung schließen lässt, können hier von ihrem Wunsch- und Wahlrecht nach § 9 SGB IX und § 9 Abs.2 S.1 SGB XII Gebrauch machen und „umfassende ambulante Assistenz- und Unterstützungsangebote in der eigenen Wohnung“ wahrnehmen. Das Intensiv Betreute Wohnen ist ausgezeichnet durch hohe Unterstützungssicherheit, sowie flexible Leistungserbringung und Bereitschaft, Krisendienste und Rückzugsräume rund um die Uhr. Leistungsanbieter können diese Maßnahme als Budget und anpassungsfähig, bezogen auf die zur Teilhabe wesentlichen Lebensbereiche in Fachleistungsstunden umsetzen. Über das Gesamtbudget aller eingeschriebenen Leistungsempfänger\_innen können sie auch flexibel vorübergehend oder anhaltenden intensiveren Hilfebedarfen nachkommen, anstatt exakt nach den erbrachten Fachleistungsstunden abzurechnen. Im Vergleich zu einer komparablen

---

248 Vgl. Schulte-Kemna 2011, S. 6

249 Vgl. Wilms et. al. 2012, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2012, zitiert nach Deister, Wilms 2015, S. 9

250 Gemeindepsychiatrisches Team

251 Einzelhilfekordinator\_in

252 Vgl. Zinkler 2014, S. 9

253 Teams zur intensiven akuten täglichen Behandlung

254 Frühinterventionsteams

255 Teams für die Schwerstkranken

256 Vgl. Wienberg 2014, S. 8; Zinkler 2014, S. 9

stationären Unterbringung erhält der Leistungsträger den Anreiz, bei der Wahl dieses ambulanten Alternativangebotes 5 bis 10 Prozent zu sparen.<sup>257</sup>

Dem Motto ambulant statt stationär folgen auch die integrierten Versorgungsangebote *ambulante psychiatrische Pflege, Soziotherapie* und *Integrierte Versorgung Rückzugsräume der Gesellschaft für ambulante psychiatrische Dienste* in Bremen. Letzteres offeriert kurzfristig die Option, wohnortnah und inklusive medizinischer und sozialtherapeutischer Versorgung, Schutz und Geborgenheit an einem Rückzugsort zu finden, ohne Gefahr zu laufen, aufgrund stationärer Aufenthalte den Bezug zum häuslichen Umfeld zu verlieren. Die ambulanten Dienstleistungen finden auch kombiniert Anwendung und werden von *Multiprofessionellen Behandlungseinheiten* und dem *Netzwerk psychische Gesundheit* unterstützt, um durch Koordinationsleistungen Kontinuität in den Behandlungsverläufen und eine bedarfsgerechte qualitative Versorgung gewährleisten zu können.<sup>258</sup> Die Hauskrankenpflege würdigt den Menschen in seinem Kranksein und in seiner Selbständigkeit. Zuverlässige Zuwendung und Fürsorge kann von Menschen als Aufwertung ihrer Person erlebt werden, tritt Einsamkeit und familiären Konflikten entgegen, hilft zudem, Strukturen und Kommunikation wieder aufzubauen und häusliche Verantwortung zu übernehmen.<sup>259</sup>

Ambulante Hilfen werden sowohl stabilisierend und rehabilitierend längerfristig, als auch in Akutphasen schwerer Krisen angewandt. Ziel der Behandlungen ist es möglichst, die vorliegende Krankheit zu kurieren oder die Beschwerden zu mildern, vor allem auch krankheitsbedingte Beschränkungen zu reduzieren und die Lebensqualität im gewohnten Umfeld zu bewahren oder verbessern.<sup>260</sup>

Modellprojekte der gemeindeintegrierten Akutbehandlung setzen an dem persönlichen und sozialen Lebenskontext, den Problemen, Wünschen und Ressourcen der Person an und orientieren sich mithilfe eines multiprofessionellen Teams<sup>261</sup> und der daraus gewonnenen Integration verschiedener Hilfen mehr an den

---

257 Vgl. Grauenhorst, Steinhart 2011, S. 30ff.

258 Vgl. Wesseloh 2011, S. 122ff.

259 Vgl. Kleinlein 2011, S. 140f.

260 Vgl. Verrieth 2011, S. 138

261 Hier beinhalten multiprofessionelle Teams: Sozialarbeiter\_innen, Pflegefachpersonen, Psycholog\_innen, Ärztinnen und Ärzte sowie Spezialist\_innen für die Fachgebiete Suchtberatung und Rehabilitation.

individuellen Versorgungsbedürfnissen. Auf diesem Wege können auch Rehospitalisationen vermieden werden und Patient\_innen werden auch nicht vor die Herausforderung gestellt, ihre Klinikerfahrungen auf die Wirklichkeit außerhalb der Einrichtung zu transferieren.<sup>262</sup> Formen des Intensiv Betreuten Wohnens können Heimunterbringungen als Option entgegen stehen, da sie die gleiche Leistungsintensität aufbringen können und zudem Partizipation am sozialen Leben und Verbesserung der Lebensqualität voranbringen.<sup>263</sup> Ambulant psychiatrische Dienste sparen nicht nur Klinikaufenthalte und Kosten ein, sondern intendieren, Angehörige und das soziale Umfeld einzubinden und wichtige Ressourcen im häuslichen Umfeld, konstante Bezugspersonen, Alltagskompetenzen und Eigenverantwortlichkeit in der Lebensführung möglichst aufrecht zu erhalten und zur Genesung zu nutzen.<sup>264</sup>

Die psychiatrischen Versorgungsstrukturen sind in Deutschland sehr unterschiedlich, da in den Bundesländern verschiedene Rahmenbedingungen, Qualitätsmaßstäbe und Verträge für ambulante Hilfen und integrierte Versorgungsmodelle bestehen.<sup>265</sup> Die Richtlinien des Allgemeinen Bundesausschusses für die Verordnung von ambulant psychiatrischer Pflege (2005) fassen die jeweiligen Krankenkassen sehr unterschiedlich auf. Teilweise sind die Anforderungen an die Anbieter ambulant psychiatrischer Pflegedienste nicht umsetzbar, woraufhin die Implementierung der alternativen Behandlungsmodelle nicht gelingt. Obwohl die ambulant psychiatrische Pflege seit 2005 Verordnungsfähigkeit besitzt, ist an eine bundesweite und konsequente Umsetzung der politischen Absichtserklärung „ambulant vor stationär“ noch nicht zu denken.<sup>266</sup>

Der §64b SGB V schafft die Voraussetzung dafür, Konzepte regional vernetzter Projekte zu verwirklichen und die integrierte Versorgung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen weiterzuentwickeln. Deister und Wilms sehen in diesen Modellprojekten Chancen, verfestigte Grenzen und Strukturen zwischen den Behandlungsformen zu durchbrechen, Ressourcen effizienter einsetzen zu können und das Versorgungsgefüge flexibler und bedürfnisangepasster zu

---

262 Vgl. Kraan, Franz 2013, S. 42

263 Vgl. Steinhart 2014, S. 17

264 Vgl. Wesseloh 2011, S. 123

265 Vgl. ebd., S. 129

266 Vgl. Hemkendreis 2011, S. 131f.

gestalten. Die bisherigen Konzepte liefern zwar Erkenntnisse für die zukünftige Entwicklung eines psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungs- und Finanzierungssystems, sind jedoch noch nicht bereit für eine flächendeckende Umsetzung in Deutschland.<sup>267</sup>

### **3 Betreutes Wohnen in Familien für psychisch erkrankte Menschen**

#### **3.1 Begriffsbestimmung**

Betreutes Wohnen in Familien ist ein ambulantes Hilfeangebot für Menschen mit Behinderungen<sup>268</sup>. Es verknüpft ambulante professionelle Betreuung mit der Beherbergung und Versorgung durch eine monetär entlohnte Gastfamilie und verkörpert eine Alternative zum Leben in Wohnheimen.<sup>269</sup> Während die Betreuungsintensität solcher in Heimen gleicht, vollzieht sich die Unterstützung mitten in der Gemeinde. Demnach wird es als Versorgungsangebot zwischen stationären und ambulant betreuten Wohnformen eingeordnet.<sup>270</sup>

„Unter Betreutem Wohnen in Familien wird die Integration eines Menschen mit Behinderung in eine nicht mit ihm in aufsteigender oder absteigender Form verwandte Familie verstanden, die dafür eine materielle Entschädigung und Begleitung durch einen Fachdienst erhält.“<sup>271</sup>

In dieser Definition wird ersichtlich, dass auch nicht unterhaltspflichtige Angehörigenfamilien<sup>272</sup> in nicht linearer Verwandtschaftsfolge als Gastfamilien in Frage kommen. Diese Variante findet vor allem in der Betreuung von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen statt und häufig nehmen Geschwisterfamilien den hilfebedürftigen Bruder oder die hilfebedürftige Schwester bei sich auf, vereinzelt aber auch zum Beispiel Großeltern oder andere entfernte Verwandte.<sup>273</sup> Auf dieses besondere Betreuungsverhältnis sowie weitere spezielle Vermittlungen von Menschen mit geistigen Behinderungen allgemein, alleinerziehenden psychisch erkrankten Eltern mit ihren Kindern, substanzabhängigen Menschen

267 Vgl. Deister, Wilms 2015, S. 8f.

268 In dieser Arbeit wird aufgrund der Fokussierung auf psychische Beeinträchtigungen nicht auf Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit anderweitigen Behinderungen eingegangen.

269 Vgl. Becker, Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 14

270 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 22

271 Ebd., S. 17

272 Vgl. Fachausschuss BWF des DGSP 2011: Fachliche Standards

273 Vgl. Mayer 2012, S. 185f.

oder auf die Rehabilitation forensischer Klient\_innen wird hier in diesem Rahmen nicht speziell eingegangen. Ebenso können die Aufnahmen von jüngeren und älteren Menschen hier in ihren Spezifika nur angerissen werden. Der Fokus liegt auf allgemeingültigen Grundlagen und nimmt tendenziell eher Bezug auf Menschen mit psychischen Erkrankungen im Erwachsenenalter.

Das Leben von psychisch erkrankten Menschen in Gastfamilien wird in Form von Teilzeitleösungen, Zwischenstationen oder auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaften umgesetzt.<sup>274</sup> Für manche Klient\_innen ist es eine Unterstützungsleistung für einen Lebensabschnitt und in anderen Konstellationen wird eine sogenannte Beheimatung in Erwägung gezogen. Ersteres zielt darauf, durch akute psychische Krisen zu begleiten und die Wiedererlangung eines handlungsfähigen, selbstbestimmten und autonomen Lebens zu unterstützen.<sup>275</sup> Tendenziell zielen Nachreifung, Stabilisierung und Entwicklung von Coping-Strategien vor allem bei jüngeren Klient\_innen auf ein zukünftiges selbständiges Leben in einer eigenen Wohnung.<sup>276</sup> Zweiteres kommt in Betracht, wenn sich eine intensive identitätsstiftende Gemeinschaft entwickelt, die Raum für die Verwirklichung von Interessen und Kompetenzen offeriert und zugleich die Bedürfnisse nach Geborgenheit und Ruhe befriedigt.<sup>277</sup> Längerfristige und beheimatende Unterbringungen werden vornehmlich bei älteren Menschen vorgenommen. Erfahrungen bestätigen, dass ein Umzug in eine Gastfamilie sich in jedem Alter lohnen kann. Hier können entsprechend pflegerische Tätigkeiten auf die Familie zukommen.<sup>278</sup>

In der Konkurrenz zu anderen Wohnunterstützungen erlangt das BWF trotz seines Modell- und Vorbildcharakters bislang im Bezug auf die Betreuungszahlen vielerorts lediglich den Stellenwert eines Nischenangebotes.<sup>279</sup> Dabei besitzt es das Potenzial, mit seinen besonderen Qualitäten die gemeindeintegrierte Versorgung inklusive ihrer anderen ambulant betreuten Wohnhilfen zu ergänzen und zu bereichern.<sup>280</sup>

Aufgrund weitreichender Unzufriedenheit mit der Bezeichnung *Familienpflege*

---

274 Vgl. Kellmann 2015, S. 39

275 Vgl. Westrich 2006, S. 115

276 Vgl. Birkenheier 2006, S. 58

277 Vgl. Westrich 2006, S. 115

278 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 58, 74

279 Vgl. Kellmann 2015, S. 36

280 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 31

und darauf folgenden Diskussionen beschloss der Fachausschuss letztlich 2005 unter Konsensbildung die begriffliche Verwendung des Ausdrucks *Betreutes Wohnens in Familien*.<sup>281</sup>

### **3.2 Historische Ursprünge und das Neuaufleben der „Psychiatrischen Familienpflege“ in Deutschland**

Verfolgt man die lange Tradition der Aufnahme von psychisch Erkrankten in fremden Gastfamilien zurück, gelangt man an die flämische Stadt Geel in Belgien.<sup>282</sup> Während des Mittelalters und der Neuzeit bereisten zahllose Pilger das kleine Städtchen. Doch Geel war nicht nur im herkömmlichen Verständnis ein Pilgerort, sondern auch dadurch ein besonderer, dass viele der Pilger\_innen mit Erkrankungen dorthin kamen, welche den Schilderungen zufolge heutigen psychiatrischen und neurologischen Krankheitsbildern nahekommen<sup>283</sup>. Sie hegten die Hoffnung, mithilfe eines Rituals, das über neun Tage in einer Kirche vor Ort, der sogenannten *Ziekenkamer*, vollzogen wurde, von ihren krankheitsbedingten Leiden befreit zu werden. Dort etablierte sich bereits früh die Praxis, Menschen, bei denen die spontane Wunderheilung nicht einsetzte, in fremde Familien ohne medizinische Fachkenntnisse vor Ort einzuquartieren. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Unterbringung gegen Bezahlung erfolgte und auch häufig Mithilfe bei häuslichen oder landwirtschaftlichen Tätigkeiten beinhaltete.<sup>284</sup> In dem Ursprungsort Geel entwickelte sich das Leben von psychisch erkrankten Menschen in Gastfamilien nicht nur zu einer selbstverständlichen und nebenbei ökonomisch und sozial profitablen Tradition, sondern Verhaltensauffälligkeiten wurden Normalität. Die Bevölkerung gewöhnte sich daran und darüber hinaus zeigten auch die Erkrankten anderweitiges Verhalten als in psychiatrischen Anstalten. Es verfestigte sich ein System der wechselseitigen sozialen Kontrolle der Familien untereinander zur Abkehr von Missständen.<sup>285</sup>

Diese Praxis veranlasste viele Ärztinnen und Ärzte, Betreuer\_innen und Expert\_innen aus dem Feld der psychiatrischen Versorgung im 19. Jahrhundert zunehmend, diesen Ort zu bereisen.<sup>286</sup> Zwischen dem Interesse an den Familien

281 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 28f.

282 Vgl. Schmidt-Michel 1991, S. 534

283 Solche retrospektiv-historisch gestellten Diagnosen sind jedoch stets kritisch zu betrachten.

284 Vgl. Müller 2004, S. 7f.

285 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 6

286 Vgl. Müller 2004, S. 7

und ihren Pfleglingen in Geel und den um die 1860 aufflammenden Fachdebatten um die sogenannte *Asylierung* kann eine Verbindung hergestellt werden.<sup>287</sup> Der gewichtigen und einflussreicheren Gruppe von Gegner\_innen stand die bedeutend kleinere Gruppe der Befürworter\_innen der Geel'sche Familienpflege<sup>288</sup> gegenüber, der auch berühmte deutsche Psychiater wie Albrecht Paetz, Konrad Alt und Friedrich Engelken angehörten.<sup>289</sup>

Etwa um 1880 kam diese Betreuungsform auch nach Deutschland, als sich Psychiater wie Wilhelm Griesinger und Ferdinand Warendorff für die Psychiatrische Familienpflege einsetzten.<sup>290</sup> Die neu erbauten großen Heil- und Pflegeanstalten konnten den steigenden Bedarf nicht mehr bewältigen, woraufhin ergänzend<sup>291</sup> und ökonomisch an die Anstalten gebunden, die Familienpflege eingerichtet wurde.<sup>292</sup> Bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zweifelten Psychiater\_innen die adäquate Versorgung in den großen Anstalten moralisch an.<sup>293</sup>

Die Konzeption der Psychiatrischen Familienpflege fand zunehmend Anklang und breitete sich weiter aus,<sup>294</sup> bis sie mit dem Einfall des Ersten Weltkriegs einen schweren Rückschlag verkraften musste, da arbeitsfähige kranke Personen eingezogen oder als billige Arbeitskräfte in Anstalten eingesetzt wurden. Anschließend gelang es ihr jedoch, sich wieder zu regenerieren.<sup>295</sup> 1931 bezeichnet Buße die Familienpflege als „freieste und natürliche Unterbringungsform im Rahmen der Anstaltspflege“<sup>296</sup>. Sie stellte in ihren Ursprüngen zugleich Anhängsel und Antithese der Anstaltspsychiatrie dar.<sup>297</sup> Bereits früh entwickeln sich Stadt- und Landtyp der Familienpflege und auch regionale Divergenzen zwischen den Einrichtungen manifestierten sich. Während die Institutionen der Familienpflege in Belgien und Frankreich seit ihrer

---

287 Vgl. Schmidt 1982, Blasius 1980, 1994, zitiert nach Müller 2004, S. 8

288 Im Rahmen des historischen Rückblicks und mit Bezug auf die historische Versorgungsform wird hier die Bezeichnung der *Familienpflege* bzw. *Psychiatrischen Familienpflege* verwendet. Im weiteren Verlauf wird jedoch wieder die allgemein anerkannte aktuelle Begrifflichkeit des *Betreuten Wohnens in Familien* eingesetzt.

289 Vgl. Müller 2004, S. 8

290 Vgl. Schmidt-Michel 1991, S. 534

291 Vgl. Müller 2004, S. 8

292 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 6

293 Vgl. Fauvel 2002, Schmiedebach 1986, zitiert nach Müller 2004, S. 9

294 Vgl. Schmidt-Michel 1991, S. 534

295 Vgl. Eisenhut 2006, S. 77

296 Bumke, Kolb, Roemer, Kahn 1931, zitiert nach Elgeti 2006, S. 11

297 Vgl. Elgeti 2006, S. 11

jeweiligen Gründung bis heute fortbestehen,<sup>298</sup> brachte die Zeit des Nationalsozialismus die Betreuung psychisch kranker Menschen in Gastfamilien in Deutschland zu Fall und legte sie für längere Zeit still.<sup>299</sup> Die Familienpfleglinge mussten zurück in die Anstalten und fielen vielfach der Mordaktion T4 zum Opfer.<sup>300</sup>

Vereinzelt entstanden bereits in den 1950er Jahren Familienpflege-Projekte. Im Landschaftsverband Westfalen-Lippe wurden Bewohner\_innen stationärer Einrichtungen überwiegend in Landwirtschaftsfamilien vor Ort platziert. Für die Gewährung von freier Kost und Logis erhielt die Familie im Gegenzug die Arbeitskraft ihres Gastes. Eine geregelte professionelle Begleitung war damals nicht vorhanden und formal waren die Bewohner\_innen weiterhin der stationären Wohneinrichtung zugeordnet.<sup>301</sup> Der teilweise noch bestehende schlechte Ruf um die Arbeitskraftausbeutung von psychisch kranken Menschen in den Gastfamilien rührt aus diesen Ursprüngen.<sup>302</sup>

Im Zuge der Entwicklung sozialpsychiatrischer Betreuungsmodelle für chronisch psychisch Erkrankte in den 1970er und 1980er Jahren erfuhr die psychiatrische Familienpflege einen Neubeginn.<sup>303</sup> In der Psychiatrie-Enquête wurde die Psychiatrische Familienpflege nur in wenigen Zeilen erwähnt und dennoch starteten 1984 Tilo Held mit der Psychiatrischen Landeslinik Bonn und Paul-Otto Schmidt-Michel mit dem Verein Arkade e.V. und dem Zentrum für Psychiatrie Weissenau/Ravensburg unabhängig voneinander Initiativen, um das Versorgungsangebot wiederzubeleben, was ihnen hierdurch schließlich gelang. Verglichen mit anderen ambulanten Betreuungskonzepten breitete sich die Psychiatrische Familienpflege jedoch nicht gleichermaßen in den verschiedenen Bundesländern aus. In den Anfängen waren es psychiatrische Landeskliniken mit ihrer ärztlichen Direktion und den jeweiligen Oberärztinnen und Oberärzten, welche die Projekte realisierten oder zumindest enge Kooperationspartner\_innen darstellten. So konnte leichter Kontakt zu den Patient\_innen aufgenommen werden, Stationsmitarbeiter\_innen konnten als Bezugspersonen in den Fachdienst wechseln und für die Kliniken bestand der Anreiz, fortwährend den Pflegesatz für

---

298 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 1993, Held 1989, zitiert nach Müller 2004, S. 10

299 Vgl. Schmidt-Michel 1991, S. 534

300 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 6

301 Vgl. Martin 2012, S. 83f.

302 Vgl. Becker 2014, S. 27

303 Vgl. Schmidt-Michel 1991, S. 534



die entsendeten Patient\_innen zu empfangen. Der bleibende Patientenstatus sowie die weiterbestehende Abhängigkeit von den Entscheidungen der Kliniken konnten sich hingegen auch unvorteilhaft für die Patient\_innen auswirken.<sup>304</sup>

Die Ausbreitung der Psychiatrischen Familienpflege über Württemberg und das Rheinland hinaus beförderte zum einen die 1986 gegründete *Arbeitsgemeinschaft Familienpflege* mit ihren jährlichen Zusammenkünften und zum anderen die Publikation des Werkes *Die zweite Familie* von Konrad und Schmidt-Michel im Jahr 1992. Überwiegend initiierten einzelne Personen oder kleine Träger neue Projekte.<sup>305</sup> Überörtliche Sozialhilfeträger förderten das BWF-System vor allem angetrieben durch einen anwachsenden Bedarf an psychiatrischer Versorgung chronisch erkrankter Menschen und durch steigende Kosten stationärer Hilfen. Zudem wurde dem BWF in Bezug auf Enthospitalisierungsprogramme zentrale Bedeutung zugesprochen.<sup>306</sup> Obschon das Interesse zur Reduzierung stationärer Kapazitäten bei den Sozialhilfeträgern groß war, blieb eine systematische Anwendung aus.<sup>307</sup>

Teilweise war das Leben von Langzeitpatient\_innen in Gastfamilien aufgrund der umfassenden Versorgung Tag und Nacht die einzige Option, um Heim- oder Klinikunterbringung zu entgehen. Zu Beginn waren zunächst Langzeitpatient\_innen im Fokus der Vermittlung in Gastfamilien, unter anderem aufgrund der Anbindung an Langzeitbereiche der Kliniken. Durch wachsende Erfahrungswerte widmeten sich Organisationen schließlich auch vermehrt neuen chronischen sowie jüngeren Patient\_innen.<sup>308</sup>

Der Neuaufbau der Psychiatrischen Familienpflege inmitten der sich weiterentwickelnden gemeindepsychiatrischen Versorgung ermöglichte ein Loslösen von alten und institutionsfokussierten Denkstrukturen und schuf Raum für personenzentrierte und milieutherapeutische Blickwinkel.<sup>309</sup> Regional formten sich Netzwerke von Teams, welche durch ihren Austausch zur quantitativen und qualitativen Weiterentwicklung beitrugen. Hieraus entwickelte sich 1997 während der Jahrestagung deutschsprachiger BWF-Teams der *Fachausschuss*

---

304 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 2f.

305 Vgl. ebd., S. 3

306 Vgl. Eisenhut 2006, S. 80

307 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 3

308 Vgl. ebd., S. 2f.

309 Vgl. ebd., S. 6

*Familienpflege*, der sich in der *Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie* verankerte.<sup>310</sup> Zunächst war es schwierig, die Familienpflege in den neuen Bundesländern sowie allgemein in großen Städten zu etablieren. Der Großteil der Gastfamilien lebte in kleinen Ortschaften mit bis zu 5000 Einwohnern.<sup>311</sup>

### **3.3 Sozialrechtliche und finanzielle Grundlagen**

Innerhalb des Leistungsdreiecks der Eingliederungshilfe finanzieren örtliche oder überörtliche Sozialhilfeträger, zum Beispiel Landkreise, als Leistungsträger die Organisationen, welche die Hilfeleistungen für die Leistungsempfänger\_innen erbringen. Um diese erhalten zu können, müssen Klient\_innen einen festgestellten Behindertenstatus sowie Hilfebedarf vorweisen und der Unterstützung zustimmen.<sup>312</sup>

Gemäß § 75 SGB XII treffen Leistungsträger und Leistungserbringer Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen. Leistungsberechtigte nach § 53 SGB XII haben schließlich Anspruch auf die Leistungen der Eingliederungshilfe gemäß § 54 SGB XII und deren Finanzierung durch den Kostenträger. Anspruchsberechtigt sind demnach Personen, welche aufgrund von (drohender) Behinderung im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX in ihrer Teilhabefähigkeit am gesellschaftlichen Leben begrenzt sind. Diesbezüglich gestattet die Eingliederungshilfe gemäß § 54 SGB XII und §§ 26, 33, 41 und 55 des SGB IX Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen im Arbeitsbereich sowie Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und insbesondere auch Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnformen (§ 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX).

Die konkrete Leistungserbringung in der Verbindung zwischen Klient\_in und Maßnahmeträger wird schließlich in einem Betreuungsvertrag festgelegt. Im Betreuungsverhältnis erbringen Fachdienst und die von der Einrichtung beauftragte Gastfamilie gemeinsam die Hilfeleistungen. Die Einrichtung ist somit auch dafür zuständig, die Entlohnung der Gastfamilie in den Verhandlungen mit dem Leistungsträger zu berücksichtigen. Die Finanzierung des BWF wird bundesweit sehr unterschiedlich gehandhabt, was gleichermaßen jedoch auf

---

310 Vgl. Eisenhut 2006, S. 81

311 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 4

312 Vgl. Eisenhut 2012, S. 94

andere Eingliederungsmaßnahmen zutrifft. Mitunter nutzen die Sozialhilfeträger das BWF rege als Einsparungsoption und behindern dadurch teilweise verlässliche Finanzierungsstandards, welche wiederum zur weiteren Ambulantisierung des Versorgungssystems beitragen könnten.<sup>313</sup>

Auf der Grundlage von § 53ff. und § 61ff. des SGB XII erhält die Gastfamilie für die Betreuung eine entgeltliche Aufwandsentschädigung, welche inzwischen steuerfrei ist. In den Landkreisen Reutlingen, Tübingen und Zollernalb beträgt dieses Betreuungsgeld aktuell 435,00 €<sup>314</sup> und im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald sowie der Stadt Freiburg 427,00 €<sup>315</sup> im Monat. Abweichende Berechnungslogiken führen hier letztlich zu signifikanten Unterschieden in der Betragshöhe. Prozentuale Abzüge werden erhoben, sofern der Gast aufgrund einer Arbeitsstelle, Werkstatt oder anderen tagesstrukturierenden Maßnahme regelmäßig abwesend ist.<sup>316</sup> Überschreitet die regelmäßige Abwesenheit 20 Stunden in der Woche, erfolgt in den Landkreisen Reutlingen, Tübingen und Zollernalb eine Reduzierung der Pauschale auf 350,00 € monatlich<sup>317</sup>. Wird ein Gast in eine Pflegestufe eingeordnet und die Gastfamilie übernimmt die Pflegetätigkeit, kann ergänzend Pflegegeld nach § 37 SGB XI gewährt werden.

Nach § 29 SGB XII kommen den Klient\_innen im Rahmen der *Hilfe zum Lebensunterhalt (HLU)* Leistungen zur Sicherung des Existenzminimums zu. Diese schließen gemäß § 27a Abs. 1 SGB XII neben Unterkunft, Ernährung, Kleidung und Körperpflege auch Heizung, Hausrat und -energie sowie letztlich alltägliche persönliche Bedürfnisse inklusive einer angemessenen sozialen und kulturellen Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft mit ein. Gastfamilien erhalten beispielsweise in Reutlingen, Tübingen und dem Zollernalbkreis eine monatliche Pauschale in der Höhe von 267,60 € für die Unterkunft und 240,60 € für die Verpflegung ihres Gastes<sup>318</sup>. Im Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald und in der Stadt Freiburg liegt die monatliche Unterkunftpauschale aktuell bei einer Höhe von etwa 270,00 € und die Verpflegungspauschale bei circa 173,00 € im Monat.<sup>319</sup>

---

313 Vgl. ebd., S. 94ff.

314 Angabe des Vereins für Sozialpsychiatrie Reutlingen, persönliche Korrespondenz vom 28.10.2015

315 Angabe des Caritasverbandes für den Lkr. Breisgau-Hochschwarzwald, persönliche Korrespondenz vom 06.10.2015

316 Vgl. Eisenhut 2012, S. 97ff.

317 Angabe des Vereins für Sozialpsychiatrie Reutlingen, persönliche Korrespondenz vom 28.10.2015

318 Ebd.

319 Angabe des Caritasverbandes für den Lkr. Breisgau-Hochschwarzwald, persönliche

Darüber hinaus haben die Klient\_innen den gesetzlichen Anspruch auf einen angemessenen Barbetrag und Kleidergeld nach § 27b Abs. 2 SGB XII, über den sie eigens verfügen können.

Die an die Leistungsempfänger\_innen ausbezahlten Sätze der HLU weisen ebenfalls regionale Differenzen auf, was auch partiell darauf beruht, dass Hilfebedarfe uneinheitlich beurteilt werden und teilweise pauschale Mehrbedarfe eingeräumt, anderenorts jedoch nur streng nach § 30 SGB XII gehandelt wird.<sup>320</sup>

Zudem wird erwachsenen Gastbewohner\_innen als Grundsicherungsempfänger\_innen immer wieder unrechtmäßig die Einordnung in die Regelbedarfsstufe 1 und damit der volle Satz der HLU verwehrt.<sup>321</sup> Über die Aufteilung der HLU-Leistungen müssen die Familien mit ihren Bewohner\_innen je nach Situation und Bedingungen des Zusammenlebens verhandeln. Insbesondere im Hinblick auf gesellschaftliche Teilhabe entfachen vielerorts Diskussionen, inwiefern hier die HLU oder der Barbetrag für persönliche Bedarfe zuständig ist.<sup>322</sup> Selbstzahlende Gäste entrichten die Kosten für Unterkunft, Betreuung und Verpflegung direkt an die Gastfamilie.<sup>323</sup>

Eklatante Divergenzen zeichnen sich ebenso in Bezug auf die Vergütung der Fachdienste ab. Eine Begründung hierfür könnten Unterschiede in den Betreuungsschlüsseln<sup>324</sup> sein, welche sich in etwa zwischen 1:10 bis 1:15 erstrecken. Andererseits ist es auch eine Frage des Stellenwerts des BWF-Angebots beim jeweiligen Leistungsträger.<sup>325</sup>

Die Regionen Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe sind Vorreiter hinsichtlich der Betreuten Wohnplätze in Familien für geistig oder seelisch behinderte Menschen und zeichnen sich bezüglich des BWF mit einer guten Finanzierung aus. Seit im Rheinland 2010 die Organisationsform modifiziert wurde, konnte dort eine flächendeckende Versorgung des BWF erreicht werden und neben den Angeboten psychiatrischer Kliniken offerierten vermehrt freie Träger Versorgung durch das BWF. Die eingangs pauschale Finanzierung wurde

---

Korrespondenz vom 06.10.2015

320 Vgl. Eisenhut 2012, S. 99

321 Vgl. Pressemitteilung Bentele 2014; Medieninformation Nr. 20/14 des Bundessozialgerichts

322 Vgl. Eisenhut 2012, S. 100

323 Vgl. Birkenheier 2006, S. 69

324 Der Fachausschuss BWF der DGSP beschreibt in seinen Fachlichen Standards (Stand: September 2011) einen Betreuungsschlüssel von mindestens einer Fachkraft auf zehn Betreuungsverhältnisse.

325 Vgl. Eisenhut 2012, S. 101f.

hier schließlich durch Fachleistungsstundenberechnungen innerhalb des Persönlichen Budgets abgelöst.<sup>326</sup> Die Abrechnung von Fachleistungsstunden erachtet Eisenhut in diesem Betreuungsangebot als wenig zielführend. Monatliche, pauschale Vergütungsmodelle in Regionen, welche das BWF bereits ansehnlich etablieren konnten, untermauern seine Annahme. Folglich beurteilt Eisenhut auch eine Finanzierung über das Persönliche Budget aufgrund der Komplexität der Leistung als problematisch. Seiner Meinung nach ist lediglich in Situationen des Übergangs in die Selbständigkeit eine vorübergehende Finanzierung durch das Persönliche Budget zwischen Gastfamilie und Gast denkbar, jedoch ohne weitere Begleitung durch den Fachdienst.<sup>327</sup>

Kellmann erachtet das aktuelle Finanzierungsmodell des überörtlichen Sozialhilfeträgers *Landschaftsverband Rheinland* für das Angebot *Leben in Gastfamilien* auch im Hinblick auf die fachliche Orientierung als sinnvoll. Die Finanzierung der ambulanten Wohnhilfe erfolgt anhand eines Mischmodells von Fachleistungsstunden, welche auch mittelbare Leistungsabrechnung<sup>328</sup> tolerieren, und einer jährlichen Grundpauschale, welche für die aufwändigen Prozesse der Gastfamilienanwerbung und -auswahl sowie Organisation der Betreuungsverhältnisse gewährt wird. Überdies wird die Finanzierung der Versorgungs- und Betreuungsleistungen der Gastfamilie schließlich über das Persönliche Budget der Klient\_innen geregelt.<sup>329</sup>

Insgesamt betrachtet, verursacht das BWF bei gleicher Versorgungsintensität in etwa die Hälfte der Kosten einer Wohnheimversorgung.<sup>330</sup> Obwohl das BWF in Deutschland zu den Standardangeboten der Eingliederungshilfe zählt,<sup>331</sup> ist eine bundesweite flächendeckende Realisierung des Konzeptes noch nicht in Aussicht. Das liegt einerseits an Finanzierungsproblemen und den stark voneinander abweichenden Kostenbemessungen der Bundesländer und auch der Leistungsträger sowie andererseits an extrem divergierender Wertschätzung der Betreuungsform durch die Leistungsträger.<sup>332</sup>

---

326 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 31ff.

327 Vgl. Eisenhut 2012, S. 102f.

328 Mittelbare Leistungen können z. B. Beratungen sein, welche durch Klient\_innen beauftragt werden, jedoch in ihrer Abwesenheit stattfinden.

329 Vgl. Kellmann 2015, S. 38

330 Vgl. Becker 2012a, S. 180

331 Vgl. Konrad et al. 2012, zitiert nach Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

332 Vgl. Zimmermann, Andrae 2015, S. 167f.

### **3.4 Gastbewohnerinnen und Gastbewohner**

#### **3.4.1 Zielgruppe**

Für Menschen mit geistigen und/oder psychischen Beeinträchtigungen sowie Suchterkrankungen bietet das BWF ein alternatives Angebot zur stationären Versorgung an. Das Angebot richtet sich hauptsächlich an erwachsene Menschen mit Behinderungen, welche aufgrund ihres Hilfebedarfs häufig in Heimen untergebracht werden, da sie nicht, oder nur teilweise in der Lage sind, ihr Leben selbständig zu bewerkstelligen.<sup>333</sup> Aber auch junge Menschen und Senior\_innen, Alleinerziehende mit ihren Kindern, Paare, mehrfachdiagnostizierte und forensisch vorgeprägte Menschen können aufgenommen werden. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Person Einsicht bezüglich der Erkrankung zeigt oder im Falle von Abhängigkeitserkrankungen Abstinenz vorweisen kann.<sup>334</sup> Welche psychischen Erkrankungen diagnostiziert werden, ist für die Aufnahme im BWF ebenso irrelevant.<sup>335</sup> Die Unterkunft in der Familie ist sowohl für Menschen in akuten als auch in subakuten psychischen Krisen geeignet und wird überdies für chronisch erkrankte Personen angeboten, bei welchen nicht die Genesung im Vordergrund steht. Das ambulant angesiedelte Konzept der Gastfamilienbetreuung beinhaltet keinesfalls, dass dort weniger schwer psychisch erkrankte Klient\_innen als in Kliniken aufgenommen werden.<sup>336</sup>

Spezialisierungstendenzen in der anderweitigen psychosozialen Versorgung bewirken häufig schwierigere Zugänge oder gar den Ausschluss von Klient\_innen von gewissen Hilfeangeboten. Obgleich die Betreuung und Vermittlung beschwerlich werden kann, steht das Leben in Gastfamilien prinzipiell allen Menschen mit seelischen Behinderungen offen und kann sich durch seine individualisierte Ausrichtung mit ihren jeweiligen Einzellösungen auch auf hohe Hilfebedürftigkeit und spezielle Herausforderungen einlassen.<sup>337</sup> Aus Merkmalen wie akuter Suizidgefahr, aggressivem, fremdgefährdenden oder sexuell belästigendem Verhalten sowie akuter Substanzabhängigkeit resultieren jedoch in der Regel Überforderung bei Familien, weshalb diese Verhaltensweisen dazu

---

<sup>333</sup> Vgl. Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

<sup>334</sup> Vgl. Kellmann 2015, S. 36

<sup>335</sup> Vgl. Birkenheier 2006, S. 63

<sup>336</sup> Vgl. Lötscher, Stassen, Hell, Bridler 2009, S. 818ff., 823ff.

<sup>337</sup> Vgl. Kellmann 2015, S. 36

führen, dass Einrichtungen hier keine Vermittlungen in Familien vornehmen.<sup>338</sup>

### **3.4.2 Erwartungshaltungen**

Ein Großteil der Gäste bringt Hospitalisierungserfahrungen in das Gastfamilienbetreuungsverhältnis mit.<sup>339</sup> Viele Klient\_innen des BWF haben traumatische Erfahrungen mit abgebrochenen Beziehungen und zwangsläufigen Veränderungen durchlebt oder stagnierten in der persönlichen Entwicklung.<sup>340</sup> Psychiatriebetroffene Menschen sehnen sich daher oftmals nach Akzeptanz ihrer Person mit allen Eigen- und Besonderheiten und nach dem Gefühl des Angenommen-Seins. Sie wünschen sich einen Alltag mit familiären und klaren Strukturen, konstanten Beziehungen, Stabilität und Normalität. Weiterführend möchten Betroffene vermeiden, aufgrund ihrer Wohnsituation als psychisch krank etikettiert zu werden und streben an, über möglichst barrierefreien Zugang zu gesellschaftlichen Angeboten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu erlangen.<sup>341</sup>

Die Motive der Bewohner\_innen von einer institutionellen Lebensform in eine Familie zu wechseln, bestehen in Bedürfnissen nach einem normalen Leben, mehr Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit sowie beispielsweise in dem Wunsch, der Beengtheit in Heimen zu entgehen. Sehnen sich Klient\_innen nach einer Familie, nach Nähe und zugleich Veränderung, wirkt sich das meist förderlich auf die Gastfamilienbetreuung aus. Häufig sind die Klient\_innen neugierig und wenn sie sich schließlich trauen, sich auf die neue Lebensform einzulassen, wollen die meisten auch nicht mehr zurückkehren in ihre vorherige Lebensform.<sup>342</sup>

### **3.4.3 Rolle in der Gastfamilie**

Ogleich die Gastfamilie Geld für die Betreuungsleistung erhält, nimmt der\_die Gastbewohner\_in keinen Stellenwert vergleichbar zu Hotelgästen oder Heimbewohner\_innen ein. Die geringfügige Honorierung würdigt und respektiert

---

<sup>338</sup> Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 70

<sup>339</sup> Vgl. Lötscher et al. 2009, S. 822

<sup>340</sup> Vgl. Kellmann 2015, S. 37

<sup>341</sup> Vgl. Bachmaier 2011, S. 39

<sup>342</sup> Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 55, 70

das Engagement der Familie.<sup>343</sup> Diese Begriffe können hier irreführen, denn die Gäste genießen nicht nur Privilegien, sondern sind auch an Pflichten innerhalb der Familien gebunden. Der Begriff Bewohner\_in wird schnell mit Heimbewohnung in Verbindung gebracht und die Bezeichnung Klient\_in lässt ihrer ursprünglichen Bedeutung einer schutzbefohlenen Person zufolge auch weniger auf eine Beziehung von Geben und Nehmen schließen.<sup>344</sup>

Im Hinblick auf die Unterschiede der Beziehungen zwischen den Familien und dem\_der aufgenommenen Bewohner\_in im Vergleich zu verwandtschaftlichen Verhältnissen (s. auch 3.5.1), erscheinen die zunächst unpassend wirkenden Bezeichnungen *Gastbewohner\_in* und *Gastfamilie* doch berechtigt. Die zugewandte, fürsorgliche und solidarische Beziehung verdeutlicht zwar eine engere Bindung, als sie zwischen Gastgeber\_innen und Gästen zu vermuten wäre und nimmt dennoch nicht den Status einer emotionalen Bindung an, die auf eine gemeinsame Lebenshistorie blicken kann und auf ewig angelegt, auch längere getrennte Phasen übersteht. Weiterführend ist die vertraglich begründete Lebensgemeinschaft an Konditionen und Kriterien gebunden.<sup>345</sup>

Die Rolle des Gastes in der Familie kann durchaus unterschiedlich ausfallen, von Nachbar\_in über Freund\_in bis hin zu Hausgenossin, Hausgenosse oder Mitbewohner\_in, distanziert sich jedoch von der Patientenrolle oder der Bewohnerrolle eines Heimes oder einer betreuten Wohngruppe.<sup>346</sup> Viele Gäste werden als neues Familienmitglied, zum Beispiel in der Rolle eines Kindes oder einer mit im Haus wohnenden Tante beziehungsweise eines Onkels, aufgenommen<sup>347</sup> und in den Familienalltag integriert, wodurch theoretisch eine, den realen Bezügen zwischen Angehörigen ähnliche, familiäre Konstellation und Wohnsituation geschaffen wird.<sup>348</sup>

---

343 Vgl. Hagen 2006, S. 49

344 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 21f.

345 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 54

346 Vgl. Kellmann 2015, S. 37

347 Vgl. Becker 2014, S. 25

348 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 1989, Schönberger 2003, zitiert nach Zimmermann, Andrae 2015, S. 167



### **3.5 Gastfamilien**

#### **3.5.1 Herkunftsfamilie versus Gastfamilie**

Teilweise gestaltet sich das Zusammenleben von erkrankten Menschen und den Angehörigen in der originären Familie etwas schwierig. Das kann daran liegen, dass die Vorstellungen über Erkrankung und Krankheitsverlauf innerhalb der Familie weit auseinander liegen.<sup>349</sup> Vielen Ursprungsfamilien bereitet es Schwierigkeiten, seelische Erkrankungen hinzunehmen, ohne die eigene Familie sowie die Umgebung nach Gründen und Schuldigen zu durchsuchen.<sup>350</sup>

Menschen mit erheblichen und chronischen Erkrankungen erfahren aus ihrem Umfeld häufig Überforderung und Druck, sich verändern zu müssen und das, obwohl viele bereits mit sich selbst und den Anforderungen der Leistungsgesellschaft kämpfen.<sup>351</sup> Aber auch von den Menschen im nahen Umfeld der psychisch beeinträchtigten Person wird in erhöhtem Maße verlangt, sich an dessen Verhalten und Gegebenheiten anzupassen. Mitglieder der Familie oder des Vereins, Arbeitskolleg\_innen, Nachbar\_innen oder Behördenangestellte sind damit oftmals überlastet.<sup>352</sup>

Zusätzlich haben es die Angehörigen dahingehend schwer, da nicht nur die erkrankte Person, sondern oftmals die gesamte Familie einem Stigmatisierungsprozess unterliegt (vgl. 1.2.2.3).

Schuldhafte Unterstellungen und Diffamierung der Angehörigen beeinträchtigen das Vertrauen und die Bindung zwischen der Familie und der erkrankten Person sowie auch die Beziehung zwischen Fachkräften und Angehörigen. Weiterführend können sich diese auf die Inklusionsbereitschaft der Gesellschaft auswirken.<sup>353</sup>

Unterliegt die Familie somit starker Belastung, gelingt es den Mitgliedern nicht immer, von ihren familiären Ressourcen Gebrauch zu machen und zukunftsorientiert zu agieren. In solchen Situationen fungiert eine Trennung entlastend für sämtliche involvierte Personen.<sup>354</sup>

Überdies kann es Situationen und Zustände in Familien geben, welche zum Schutz und zum Wohle der psychischen Integrität der Person erfordern, dass Betroffene

---

349 Vgl. Straub 2013, S. 31

350 Vgl. Birkenheier 2006, S. 55

351 Vgl. Heltzel 2014, S. 28

352 Vgl. Vögeli 2014, S. 34

353 Vgl. Straub 2013, S. 32f.

354 Vgl. Birkenheier 2006, S. 55

von ihren Herkunftsfamilien getrennt werden. Hierbei können Verhalten oder ebenfalls Erkrankungen der Eltern mit eine Rolle spielen. Soziale Umstände, ob nützlich oder schadend, müssen in der sozialpsychiatrischen Arbeit Beachtung finden und wenn möglich und förderlich, steht dem Einbezug von Familienangehörigen auch nichts entgegen.<sup>355</sup>

Im Vergleich zur Herkunftsfamilie ist die Gastfamilie für den Gast nicht mit Problemen und Idealen belastet. Es ist auch nicht Sinn und Zweck des Angebots, die Herkunftsfamilie nachzubilden oder zu substituieren. Ohne Erwartungen an eine *Familienbande* erfüllen zu müssen, kann die Gastfamilie ein familienähnliches Zuhause und eine sinngebende wohlwollende Gemeinschaft sein, die sich für das Miteinander entschieden hat, jedoch bei Bedarf die vertragliche und finanzielle Bindung stets wieder auflösen kann.<sup>356</sup>

Die Gastfamilien kennen den präorbiden Zustand und die Persönlichkeitsveränderung ihres Gastes in der Regel nicht und bringen dadurch keine Vorwürfe oder Vergleiche bezüglich der Vergangenheit an. Von Beginn an wird die Psychopathologie des Gastes als gegeben akzeptiert und nicht abgewertet. Teilweise beäugen originäre Familien psychosoziale Betreuung kritisch und lehnen Beratungen und Ratschläge für das Zusammenleben ab, während psychosoziale Hilfen für die Gastfamilien selbstverständlich sind und meist befürwortet werden. Für die Familie ist die Aufnahme des neuen erwünschten Familienmitglieds zugleich Beruf und Berufung. Die Zweitfamilie kann den Prozess als Fortentwicklung und bereichernde Aufgabe erleben.<sup>357</sup>

In der Regel bieten Gastfamilien Schutz und vertrauensvolle verlässliche Beziehungen eröffnen dadurch Raum, Erlebnisse zu verarbeiten und sichere Bindungsrepräsentanzen sowie ein Empfinden für eigene Bedürfnisse zu entwickeln.<sup>358</sup> Laut Borg-Laufs können Bindungsrepräsentanzen, zwar nicht so erfolgreich wie bei Kindern, aber dennoch auch im Erwachsenenalter beeinflusst werden.<sup>359</sup> Neue Erlebnisse vermögen es, negative Assoziationen zum Familienkonstrukt aufzubrechen, während Wiederholungen vermeintlich eher das Gegenteil bewirken.<sup>360</sup>

---

355 Vgl. Dulz 2010, S. 29f.

356 Vgl. Kellmann 2015, S. 37

357 Vgl. Birkenheier 2006, S. 53ff.

358 Vgl. Brinkmann 2010, S. 31ff.

359 Vgl. Borg-Laufs 2001, zitiert nach Brinkmann 2010, S. 31

360 Vgl. Bachmaier 2011, S. 39

### 3.5.2 Ambulante und stationäre Angebote versus Gastfamilie

Zunächst kann sich der Gast unter den unterschiedlichen Wohn- und Betreuungsoptionen zum einen die Betreuungsform und zum anderen im Rahmen des BWF seine *zweite Familie* selbst mit auswählen.<sup>361</sup> Not- und Zwangsgemeinschaften in Einrichtungen können mit einer eigens gewählten Alternative nicht mithalten und erschweren das Erleben von familiärer Geborgenheit, das Austarieren von Nähe und Distanz und die Entwicklung eines eigenen Lebenssinnes. Doch auch die eigene Wohnung kann die Lebensqualität beeinträchtigen, wenn Isolation und Einsamkeit drohen und Professionelle die Hauptbezugspersonen werden, welche sodann Bedürfnisse nach Nähe und Freundschaft nicht erfüllen können. Besonders gefährdet sind hier beispielsweise arbeitsunfähige Menschen, die in Zustände der Langeweile und Strukturlosigkeit verfallen, wodurch sich ein Gefühl von Bedeutungslosigkeit ausbreiten kann.<sup>362</sup> Viele psychisch erkrankte Menschen mit längerfristigem Unterstützungsbedarf erlangen durch ihre eigene Wohnung oder ihr soziales Umfeld Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. Besteht jedoch der (phasenweise) Bedarf der Anbindung an ein intensiveres *therapeutisches Milieu*, kann neben der stationären Aufnahme das betreute Wohnen in Gastfamilien in Betracht gezogen werden.<sup>363</sup>

Empirischen Untersuchungen zur Lebensqualität von Klient\_innen im BWF gegenüber Bewohner\_innen stationärer Einrichtungen zeigen insgesamt betrachtet eine deutlich höhere Zufriedenheit auf Seiten der psychisch erkrankten Menschen, welche in Gastfamilien untergebracht sind.<sup>364</sup> Die Integration von Menschen in Gastfamilien zielt nicht nur auf Lebensqualitätssteigerung und die (Wieder)erlangung alltagspraktischer Kompetenzen, sondern steuert mithilfe von zwischenmenschlichen Beziehungen und Gemeinschaftserlebnissen auch emotionaler Defiziterfahrung und sozialer Isolation gegen.<sup>365</sup>

Das BWF wird auch der „Forderung des Normalisierungsprinzips nach kleinen, überschaubaren Wohneinheiten“<sup>366</sup> und möglichst individueller Betreuung eher gerecht, als beispielsweise Betreuungsinstitutionen in Form von Heimen oder

<sup>361</sup> Vgl. Birkenheier 2006, S. 53

<sup>362</sup> Vgl. Kellmann 2015, S. 37f.

<sup>363</sup> Vgl. Konrad 2015, S. 35

<sup>364</sup> Vgl. hierzu Lötscher et al. 2009; Zimmermann, Andrae 2015

<sup>365</sup> Vgl. Hagen 2006, S. 38ff.

<sup>366</sup> Seifert et al. 2008, zitiert nach Zimmermann, Andrae 2015, S. 170

stationären Wohngruppen.<sup>367</sup>

„Leben in Gastfamilien nimmt ein menschliches Grundbedürfnis ernst, das in anderen Wohnformen oft zu kurz kommt: Nämlich das nach einem echten Zuhause, das Zugehörigkeit und einen persönlichen Bedeutungszusammenhang stiftet.“<sup>368</sup>

Dies ist ein Alleinstellungsmerkmal des BWF gegenüber anderen Angeboten. Betroffene wünschen sich einen selbst gewählten Ort, an dem sie sich geborgen fühlen, unabhängig ihrer Patientenrolle Bedeutung erfahren und den sie gegebenenfalls Heimat nennen können.<sup>369</sup>

### 3.5.3 Charakteristika

Im BWF werden unter Gastfamilien nicht nur *klassische* Familien, sondern auch einzelne Personen und Lebensgemeinschaften<sup>370</sup>, Partnerschaften, Patchworkfamilien, Alleinerziehende<sup>371</sup> sowie Wohn- und Hausgemeinschaften verstanden. Im Grunde sind das alle Menschen, die sich zur Beherbergung einer psychisch kranken Person zur Verfügung stellen und dieser meist auf einen unbestimmten Zeitabschnitt ein Zuhause darbieten. Die Form und Größe des Haushaltes ist dabei zunächst irrelevant.<sup>372</sup> Es ist üblich, dass eine Familie je ein\_e Bewohner\_in und selten auch zwei bei sich unterbringt.<sup>373</sup> Die Aufnahme von mehr als zwei Bewohner\_innen wird vermieden, um keinen „Kleinheimcharakter“ zu erzeugen.<sup>374</sup>

Ebenso wie heute nicht mehr von typischen Familien die Rede ist, lassen sich auch keine typischen Gastfamilien bestimmen. Gemeinsame Grundlagen sind jedoch immer die bewusste Entscheidung, einem hilfebedürftigen Menschen einen Platz in der familiären und sozialen Gemeinschaft zu offerieren sowie eine tolerante Haltung Eigenheiten betreffend. Dennoch entsteht der Kontakt zwischen Fachdienst und Gastfamilie oftmals in Zeiten des Umbruchs und der Neuorientierung. Auffällig ist auch, dass sich unter den Gastfamilien im Vergleich zur Gesamtbevölkerungsbetrachtung deutlich mehr Zwei-, Drei- und

---

367 Vgl. ebd.

368 Kellmann 2015, S. 36

369 Vgl. ebd., S. 36f.

370 Vgl. Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

371 Vgl. Kellmann 2015, S. 37

372 Vgl. Bachmaier 2011, S. 38

373 Vgl. Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

374 Vgl. Fachausschuss BWF des DGSP 2011: Fachliche Standards

Mehrgenerationenhaushalte vorkommen.<sup>375</sup> Im Durchschnitt sind die Familien weder als reich noch als in prekären Verhältnissen lebend einzustufen.<sup>376</sup> Zudem sind vielfach Haustiere zu verzeichnen, was laut Bachmaier auf eine geplant stabile Lebensphase schließen lässt.<sup>377</sup> Auch heute ist noch ein Großteil der Gastfamilien in dörflichen Verhältnissen angesiedelt.<sup>378</sup> Die Diversität in den familiären Konstellationen und Lebensweisen eröffnet Optionen, den vielschichtigen Bedarfen und Wünschen der Klient\_innen nachzukommen.<sup>379</sup>

Lebenssituationen und -formen von Familien haben sich im Laufe der Zeit immerfort gewandelt und werden auch zukünftig Veränderungsprozesse, inklusive daraus resultierenden Problemen, durchlaufen. Daraufhin stellt Bachmaier die Frage, ob eine Familie unter diesen Umständen einen adäquaten Ort für das Leben und die Betreuung einer psychisch erkrankten Person darstellen kann. Weisen die Familien genügend Stabilität auf?<sup>380</sup>

Dieser Frage stelle ich direkt ein Zitat von Konrad et al. gegenüber:

„Die in den westlichen Industrieländern bestehende Pluralisierung der Familienformen mit der Fähigkeit, flexibel auf die ständigen Veränderungen einzugehen, passt daher zu Versorgungskonzepten, die Inklusion, Diversität und Selbstbestimmung in den Fokus rücken.“<sup>381</sup>

Veränderung bedeutet nicht zwangsläufig Instabilität, sondern kann auch im Sinne von Weiterentwicklung betrachtet werden. Der flexible Umgang mit fortwährenden Veränderungen kann demnach auch als Ressource betrachtet werden, sich auf neue normative Leitideen in der Gesellschaft sowie zunächst fremd erscheinende und neue Konstellationen und Lebensformen einzulassen.

In dem dynamischen Familienleben können sich große Veränderungen sowohl beruflich im Sinne von Arbeitslosigkeit oder einem Wechsel der Arbeitsstelle,<sup>382</sup> als auch im privaten Bereich ereignen. So sind die Gäste auch zugegen, wenn Kinder das Elternhaus verlassen, Paare sich trennen, ein Wohnortwechsel ansteht oder ein Mitglied der Familie verstirbt.<sup>383</sup> Da die Zukunftsaussichten der

---

375 Vgl. Bachmaier 2011, S. 39

376 Vgl. Kellmann 2015, S. 38

377 Vgl. Bachmaier 2011, S. 39

378 Vgl. Konrad 2015, S. 34

379 Vgl. Hagen 2006, S. 42

380 Vgl. Bachmaier 2011, S. 38f.

381 Konrad et al. 2012, S. 20

382 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 76

383 Vgl. Hagen 2006, S. 50

Klient\_innen meist stark an die familiären Entwicklungen gekoppelt sind, wird ihnen abverlangt, in gewissem Maß flexibel zu sein und sich auf das gemeinsame Wagnis der Veränderungsprozesse einzulassen.<sup>384</sup> Konrad und Schmidt-Michel nehmen die Familien in ihrer praktischen Erfahrung durchaus stabil, beständig und zudem kreativ und mit unermesslichem Potenzial wahr.<sup>385</sup> Aus der grundsätzlich angestrebten Dauerhaftigkeit familiärer Beziehungen, erwachsen stabile Lebenskulturen.<sup>386</sup> Letztlich ist keine ambulante oder stationäre Hilfe resistent gegen Veränderung und Einflüsse und kann daher ebenso nicht garantieren, dass alles bleibt, wie es ist.<sup>387</sup>

### 3.5.4 Motivation

Es stellt sich unweigerlich die Frage, warum Menschen eine fremde Person in ihre Familie aufnehmen wollen. Teilweise suchen sie selbst darin eine sinnstiftende Aufgabe für ihr eigenes Leben, während sie auch für andere Menschen Raum und Zeit bereitstellen und ihrem Bedürfnis nach Häuslichkeit dennoch nachkommen können.<sup>388</sup> Beschäftigung lässt sich so mit familiären Erfordernissen oder Plänen verbinden und Ressourcen sowie Kompetenzen können sinnvoll eingesetzt werden.<sup>389</sup> Auch Vorstellungen von bürgerschaftlichem Engagement und sozialer Verantwortungsübernahme bewegen Menschen zu diesem Schritt.<sup>390</sup> Nicht selten bewirken die persönliche Lebensgeschichte, eigene Erziehung und religiöse Einflüsse soziale Absichten.<sup>391</sup> Ferner positionieren die Gastfamilien sich dadurch offenkundig mit ihrer Einstellung gegenüber psychisch erkrankten Menschen.<sup>392</sup> Teilweise gründet ihre Motivation auf dem Streben nach sozialer Anerkennung. Ein ausschließlich altruistischer Antrieb kann dahingehend kritisch betrachtet werden, dass er nicht immer von Dauer ist oder eigene Interessen, welche zweifelsohne bestehen, negiert. Eigeninteressen sind legitim und behindern nicht unwillkürlich die Betreuungsleistung.<sup>393</sup>

---

384 Vgl. Bachmaier 2011, S. 39f.

385 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 6

386 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 26

387 Vgl. Bachmaier 2011, S. 40

388 Vgl. ebd., S. 39

389 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 26, 66

390 Vgl. Bachmaier 2011, S. 40

391 Vgl. Hagen 2006, S. 48

392 Vgl. Bachmaier 2011, S. 40

393 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 65f.

Andererseits hegen Menschen auch persönliche familiengeschichtlich bedingte Beweggründe, wie die Kompensation von in der Familiengeschichte erlebten Brüchen oder anderen einschlägigen Erfahrungen.<sup>394</sup> Latente Motive sind beispielsweise das Verlangen nach Gesellschaft aufgrund von Isolation, die Wiedergutmachung von gescheiterter Beziehungsgestaltung oder die Hoffnung, durch eine neue Konstellation Beziehungskonflikte wieder in den Griff zu bekommen. Unter anderem intendieren Menschen, *Lücken* auszugleichen, welche zum Beispiel aufgrund von ausgezogenen Kindern, eines unverwirklichten Kinderwunsches oder anderen Verlusterfahrungen entstanden sind. Diese funktionalisierenden Bedürfnisse und Sehnsüchte sind den betroffenen nicht immer bewusst und können Erwartungen an den Gast erzeugen, welche er unmöglich erfüllen kann. Diese Erwartungen sind meist nicht mit dem Bedarfen und Vorstellungen des Gastes kompatibel und erschweren somit dessen Entwicklungsmöglichkeiten. Weiterführend können die Verluste von nahestehenden Personen durch Trennungen oder Tod sowie Verluste von Wohnumgebung, sozialer Einbindung und Arbeitsplatz, zudem emotionale Verletzungen Menschen dergestalt belasten, dass sie gegenwärtig keine Energie aufbringen können, für eine weitere Person Sorge zu tragen.<sup>395</sup> Andererseits stellen familiäre Brüche kein Ausschlusskriterium dar, denn selbst aus solcher Motivation heraus, kann eine gute Grundlage zur Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen erwachsen.<sup>396</sup>

In der Frage nach der Motivation der Gastfamilien darf allerdings der finanzielle Aspekt nicht vernachlässigt werden, der sicherlich bei vielen Gastfamilien auch eine wichtige Rolle spielt, als einzige Motivation jedoch nicht genügt.<sup>397</sup> Problematisch und daher zu vermeiden, ist eine existenzielle Abhängigkeit vom Zuverdienst durch die Betreuung eines Gastes.<sup>398</sup> Im Zusammenhang mit einer passenden *Chemie* haben sich Mischungen aus unterschiedlichen Beweggründen in der Praxis als konstruktiv erwiesen.<sup>399</sup>

---

394 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 6

395 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 64ff.

396 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 6

397 Vgl. Hagen 2006, S. 48

398 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 65

399 Vgl. Hagen 2006, S. 48

### 3.5.5 Voraussetzungen

Zunächst benötigen Familien freien Wohnraum und inmitten ihres alltäglichen Lebens auch Zeit für einen potenziellen Gast.<sup>400</sup> Mindestens eine Person sollte kontinuierlich präsent sein.<sup>401</sup> Formales Eingangskriterium ist zudem eine grundsätzliche finanzielle Absicherung der Familie.<sup>402</sup> Unabdingbar für das Betreuungsverhältnis ist darüber hinaus, dass Gastbewohner\_in und Gastfamilie die Vorgaben des Fachteams respektieren und einhalten<sup>403</sup> sowie bereit sind, Unterstützung anzunehmen und zusammen zu arbeiten.<sup>404</sup>

Auf der individuellen Ebene werden möglichst stabile Familienverhältnisse, Bezüge zum Gemeinwesen und ein Bewusstsein für persönliche Krisen und eigenen Bewältigungsstrategien erwartet.<sup>405</sup> Die Aufnahme einer psychisch erkrankten Person in der Familie erfordert zudem Akzeptanz gegenüber der Krankheit und deren Begleitsymptomen auf Seiten des Gastes und der Familie.<sup>406</sup> Für ein gelingendes Zusammenleben ist es bedeutsam, dass die Gastfamilie sozial offen ist, also Andersartigkeit respektiert und sekundäres Verarbeitungsverhalten, wie beispielsweise Rauchen, Unruhe oder ritualisiertes Handeln, nicht sanktioniert. Eigene Normen der Familie sollten Flexibilität enthalten und zu hoher Veränderungsdruck gegenüber dem Gast gebremst werden. Stellen die Familien zu hohe Erwartungen an ihre\_n Bewohner\_in, erleben sie meist Enttäuschung.<sup>407</sup>

Das Einfügen eines fremden Menschen in das Familienleben, unter der Anerkennung seiner Grenzen und ohne ihn in seiner Entscheidungsfähigkeit und Selbstentfaltung zu beschränken, erfordert neben Selbstsorge vor allem Kreativität im Umgang und Geduld für wiederkehrende Aushandlungsprozesse.<sup>408</sup> Zu einem gelingenden Verlauf trägt auch bei, in welchem Maße Familien belastbar sind und sich durch Gelassenheit auszeichnen.<sup>409</sup> Empathie- und Reflexionsfähigkeit, eine optimistische Haltung dem Leben gegenüber und der Freimut, Schwierigkeiten und Bedenken zu äußern, sind oftmals zuträgliche Voraussetzungen auf sozialer

---

400 Vgl. ebd.

401 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 61

402 Vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 150

403 Vgl. Hagen 2006, S. 42

404 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 59ff.

405 Vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 150

406 Vgl. Hagen 2006, S. 42

407 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 57ff., 64

408 Vgl. ebd., S. 57

409 Vgl. Lötscher et al. 2009, S. 819



und emotionaler Ebene.<sup>410</sup>

### 3.5.6 Aufgaben

Die Gastfamilie sorgt für die Befriedigung der Grundbedürfnisse ihres Gastes und übernimmt sozusagen rund um die Uhr den Bereitschaftsdienst. Darüber hinaus erstrecken sich ihre Betreuungsaufgaben über „Aktivierung in allen Lebenslagen, Unterstützung bei dem Erwerb lebenspraktischer Fähigkeiten, Hilfen bei der Konfliktregulierung, Hilfen bei der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, entlastende Gesprächen (sic!), Krisenmanagement etc.“<sup>411</sup> Sind traumatische Erlebnisse mit dem Leben in der Herkunftsfamilie verbunden, geht es zunächst darum, eine Person zu stabilisieren, ihr Halt und Sicherheit zu geben und so neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen.<sup>412</sup>

Die Gastfamilie integriert den Gast in ihrem Familienverbund und begleitet ihn dabei, seinen Pflichten nachzugehen und seine Rechte zu nutzen. Darüber hinaus übernimmt sie gegebenenfalls Verantwortung für die regelmäßige Medikamenteneinnahme und unterstützt den Gast dabei, gesundheitsfördernde Maßnahmen wie Arztbesuche, Therapien etc. wahrzunehmen.<sup>413</sup> In Relation zu den Betreuungsleistungen erhalten die Familien eine eher niedrige finanzielle Entlohnung.<sup>414</sup> Letztlich wird sehr viel ehrenamtlich geleistet.<sup>415</sup>

Die Aufgaben und Wirkfaktoren der Gastfamilie werden weiterführend innerhalb des Kapitels 3.7 ausgeführt.

### 3.5.7 Familiensystem

Die Familie ist dahingehend ein ganz besonderes System, dass sie Menschen beinahe ganzheitlich und lebensweltlich in soziale Bezüge integriert, was in der modernen Gesellschaft anderweitig kein System in diesem Maße vermag. Funktionssysteme leisten lediglich eine partielle oder rollengeleitete, jedoch keine bio-psycho-soziale Einbindung. Sowohl in der lokalen als auch in der temporären Dimension bietet die Familie Kontinuität und darüber hinaus existenzielle

---

410 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 62

411 Konrad et al. 2012, S. 29

412 Vgl. Dulz 2010, S. 30

413 Vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 150

414 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 29

415 Vgl. Kellmann 2015, S. 37

Bindung.<sup>416</sup> Luhmann beschreibt die Familie als einen Ort, „an dem das Gesamtverhalten, das als Person Bezugspunkt für Kommunikation werden kann, behandelt, erlebt, betreut, gestützt werden kann“<sup>417</sup> Diese Einbeziehung in ein familiäres System ist vor allem für Menschen mit speziellen Bedürfnissen und intensiverem Unterstützungsbedarf relevant. Auf der Basis stabiler Integration in ein Familiensystem kann sich schließlich auch Inklusion in die Gesellschaft ereignen.<sup>418</sup>

Das Familiensystem kann über Fähigkeiten verfügen, seine Mitglieder über belastende und krisenhafte Zeiten hinweg zu stützen und ihnen bei der Bewältigung behilflich zu sein. Laut Faltermaier können auch professionelle psychosoziale Hilfen ein bestärktes Kohärenzgefühl bei Klient\_innen erreichen.<sup>419</sup> Antonovsky zufolge drückt das Kohärenzgefühl aus, inwiefern ein Mensch sein Leben als verstehbar, handhabbar und sinnhaft wahrnimmt. Für die psychosoziale Praxis stellt sich die Frage, wie die betroffene Person an ihre Ressourcen und Schutzfaktoren gelangt, um Alltagsanforderungen<sup>420</sup> sowie Stressoren im Leben zu bewältigen, wodurch nach dem Konzept der Salutogenese der Gesundheitszustand positiv beeinflusst werden kann.<sup>421</sup>

### 3.5.8 Auswirkungen

Die Aufnahme eines fremden Menschen und die damit verbundene Begleitung durch den Fachdienst wirkt sich auf alltägliche Abläufe, die Privatsphäre und die Dynamik in der Familie aus. Die jeweiligen Persönlichkeiten mit ihren Vorstellungen brauchen Raum zur Entfaltung und müssen sich im Familienkonstrukt arrangieren. Zudem bedarf die spezielle Verknüpfung von Unterstützung durch Laien und Fachkräfte einer Gewöhnungszeit.<sup>422</sup>

Lötscher, Stassen, Hell und Bridler stellen in ihrer Evaluation eines Pilotprojektes zur gemeindenahen, psychiatrischen Akutbehandlungen in Gastfamilien fest, dass die Anwesenheit von Gastbewohner\_innen die Familien durchaus beachtlich belasten und phasenweise auch überlasten, insgesamt dennoch einen realistischen

416 Vgl. Kleve 2014, S. 156ff.

417 Luhmann 1990, S. 208, zitiert nach Kleve 2014, S. 158

418 Vgl. Kleve 2014, S. 160

419 Vgl. Faltermaier 2012, S. 7

420 Vgl. Grauenhorst, Steinhart 2011, S. 31

421 Vgl. Faltermaier 2012, S. 7

422 Vgl. Hagen 2006, S. 49

Umfang behalten. Probleme im sozialen Umfeld aufgrund dessen sind eher selten.<sup>423</sup>

Die Normalität einer Lebensgemeinschaft von mehr oder weniger *gesunden* und *erkrankten* Menschen kann sich jedoch auch für die involvierten Personen als Chance offenbaren.<sup>424</sup> Immer wieder bewerten Gastfamilien das Zusammenleben als profitabel für die ganze Familie.<sup>425</sup> Das betreute Wohnen in Familien kann dazu beitragen, Kontakte zwischen Menschen mit fremden, ungewohnten Lebenskonzepten herzustellen und fördert hierdurch Rahmenbedingungen, in welchen Menschen mit und ohne psychische Beeinträchtigungen gemeinsam soziale Räume erschließen.<sup>426</sup> Durch die vertrauliche und persönliche Beziehung zu einem seelisch erkrankten Menschen, erlangen die Symptome einen lebensgeschichtlichen Bezugsrahmen und werden weniger befremdlich wahrgenommen. Familienmitglieder erleichtert dieser enge Kontakt, Verständnis für Bedeutung und Umstände der Erkrankung zu entwickeln.<sup>427</sup>

### **3.6 Begleitende Fachteams**

#### **3.6.1 Aufgaben**

Professionelle interdisziplinäre Teams betreuen die Familien und ihre Gastbewohner\_innen in regelmäßigen Abständen sowie während aufkommenden Krisen. Durchschnittlich begleitet ein\_e Mitarbeiter\_in circa zehn Klient\_innen.<sup>428</sup> Praktisch geht es darum, grundlegende Bedürfnisse nach weitestgehend selbständigem Wohnen, materiellen Gütern, sozialen Kontakten und Kommunikationsmöglichkeiten zu stillen.<sup>429</sup>

Darüber hinaus vernetzen sich die multiprofessionellen Teams mit Kliniken und anderen Einrichtungen und Trägern und halten den Kontakt zu Arbeitskreisen, Projekten<sup>430</sup> und Fachgremien. Derart fügen sich die BWF-Angebote im gemeindepsychiatrischen Versorgungsgeflecht ein. Vor allem für die Vermittlungen von Bewohner\_innen stationärer Einrichtungen ist das BWF-Team

423 Vgl. Lötscher et al. 2009, S. 823ff.

424 Vgl. Hagen 2006, S. 49

425 Vgl. Bachmaier 2011, S. 39

426 Vgl. Albers 2014, S. 31

427 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 55

428 Vgl. Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

429 Vgl. Westrich 2006, S. 114

430 Vgl. Hagen 2006, S. 38

enorm auf eine wohlwollende Kooperation mit den dortigen Fachkräften angewiesen. Das BWF-Team koordiniert die Hilfen zwischen sämtlichen professionellen Fachkräften und der Laienhilfe der Gastfamilie. Gerade an dieser Schnittstelle ist dies eine wichtige Aufgabe, um Missverständnissen und Konfliktpunkten entgegen zu treten.<sup>431</sup> An den Schnittstellen von den eigenständigen, aber zusammen arbeitenden Hilfesystemen wie psychiatrisches Krankenhaus, Psychologe und Psychologin, Arbeitsstelle und rechtliche Betreuung agieren die professionellen Teams und entwickeln mit den Betroffenen eine *Individuelle Hilfeplanung*.<sup>432</sup> Um möglichst aus einer großen Anzahl an Gastfamilien auswählen zu können und zudem das allgemeine Ansehen zu steigern, gehört es auch in den Aufgabenbereich des begleitenden Fachteams, fortwährend Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben.<sup>433</sup>

Die Fachkräfte bringen Kontinuität in die Begleitung, Beratung, Unterstützung und Stärkung der Lebensgemeinschaft.<sup>434</sup> Dabei sollen die Bedürfnisse aller Beteiligten beachtet werden.<sup>435</sup> Die begleitenden Teams widmen sich neben innerfamiliären, auch Schwierigkeiten und Konflikten im Sozialraum.<sup>436</sup> In der vermittelnden Rolle wird den Mitarbeitenden somit eine neutrale Haltung abverlangt.<sup>437</sup> Der einerseits stabilisierende und andererseits kontrollierende Auftrag der fachlichen Betreuung sind fundamental für die Eingliederung der betreffenden Person in die Gastfamilie<sup>438</sup> und für die Sicherstellung von Förderung und Schutz der Klient\_innen. Selektiv ist der Fachdienst auch zur Aufklärung der Gastfamilie über ansteckende Krankheiten des Gastes oder Umstände mit Gefährdungspotenzial, wie zum Beispiel forensische Erfahrungen oder vorliegendes Stalking, und damit einhergehenden Handlungsmöglichkeiten, verpflichtet.<sup>439</sup>

Das Fachteam ist somit nicht nur zur Stelle, um Krisen oder Defizite in der Versorgung abzuwenden, sondern auch, um Überforderung und Burn-Out-Entwicklungen zu vermeiden und die Gastgeber-Bereitschaft sowie damit

---

431 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 75f.

432 Vgl. Kellmann 2015, S. 37

433 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 75

434 Vgl. Bachmaier 2011, S. 39

435 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 85

436 Vgl. Kellmann 2015, S. 38

437 Vgl. Wermuth, Konrad, Eisenhut, von Bebenburg 2012, S. 115

438 Vgl. Becker, Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 15

439 Vgl. Wermuth et al. 2012, S. 115

einhergehende qualitative Betreuung aufrecht zu erhalten.<sup>440</sup>

„Deshalb geht es nicht primär um Kontrolle, sondern um die Bereitstellung von Expertise, von entlastenden Begleitmaßnahmen, Anerkennung, Herstellen einer Balance zwischen den Interessen der Klienten und den Möglichkeiten der Gastfamilien.“<sup>441</sup>

Dafür ist es unabdingbar, allen Beteiligten auf Augenhöhe zu begegnen und eine wertschätzende Basis für die gemeinsame Arbeit zu schaffen.<sup>442</sup> Lösungen sollen gemeinsam und mit Rückgriff auf vorhandene Ressourcen erarbeitet werden. Ressourcen können auch gemeinsam überstandene Krisen und entworfene Bewältigungsstrategien sein. Meist wirkt es sich effektiv für die Weiterentwicklung der Klient\_innen aus, den Blick immer wieder von den Problemen und Defiziten auf die Fähigkeiten zu lenken.<sup>443</sup> In der Begleitung liegt es im Aufgabenbereich des fachlichen Teams, die kreativen Eigenschaften und Potenziale der Familie zu erfassen, um deren für den Gast förderliche Entfaltung zu unterstützen.<sup>444</sup>

Auch Professionellen im psychosozialen Arbeitsbereich fällt es teilweise schwer, inmitten ihrer eigenen Zielsetzung und ihrer kritischen Selbstbeurteilung Klient\_innen nicht durch die eigene ehrgeizige Vorgehensweise zu bedrängen, überfordern oder sie in ihrer Autonomie zu begrenzen. Die betroffenen Menschen bedürfen Unterstützung darin, ihrer eigenen Person wieder mit Wertschätzung und Wohlwollen begegnen zu können. Zu hohe Erwartungen oder Druck ausübendes Vorgehen ist hier oftmals nicht nur kontraproduktiv, sondern wird auch übergreifend wahrgenommen. Anteilnehmen und den Menschen verlässlich zu begleiten und beizustehen, kann viel bewirken.<sup>445</sup> Nicht immer geht es in der krankheitsbedingten Fürsorge um Heilung, sondern oftmals darum, Menschen Halt zu geben und ihre Erkrankung in ihre Lebensführung zu integrieren.<sup>446</sup>

Da im Verlauf des gemeinsamen Lebens sowohl bei dem Gast, als auch in der Gastfamilie Veränderungen vonstattengehen, kann es sich durchaus ereignen, dass sich Konstellationen auseinanderleben oder so zerstreiten, dass die

---

440 Vgl. Becker, Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 15

441 Becker 2014, S. 25

442 Vgl. ebd.

443 Vgl. Wermuth et al. 2012, S. 115f.

444 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 6

445 Vgl. Heltzel 2014, S. 28

446 Vgl. Dilk 2006, S. 16

Lebensgemeinschaft aufgelöst werden muss. Dies kann in Übereinstimmung, einseitig oder durch das intervenierende betreuende Fachpersonal veranlasst werden.<sup>447</sup> Ein Umbruch innerhalb eines Familiensystems kann auch durch den Verlust von essenziellen, an bestimmte Personen gebundenen Ressourcen eine Auflösung des Betreuungsverhältnisses herbeiführen.<sup>448</sup> Andererseits veranlassen auch Veränderungen bei dem\_der Gastbewohner\_in Beendigungen. So zum Beispiel die Rückkehr in eine eigene Wohnung oder eigenständigere Wohnvariante sowie der Übergang in eine intensivere Alternative des betreuten Wohnens. Auch ein Wechsel in Alten- oder Pflegeheime und psychiatrische Kliniken oder Heime sowie letztlich das Versterben des Gastes bedingen den Abschluss des Betreuungsverhältnisses.<sup>449</sup>

Im Falle einer Auflösung des Gastfamilienverhältnisses ist es dann Aufgabe des professionellen Teams, diese möglichst glimpflich über die Bühne zu bringen und bei vorliegenden Konflikten dabei Schuldzuweisungen, Frustration und gegenseitiges Verletzen in Grenzen zu halten. Oftmals funktioniert dies und solange das Modell an sich nicht angezweifelt wird, lassen sich Gastfamilien und Klient\_innen auch auf Neuvermittlungen ein.<sup>450</sup>

In Deutschland werden für die begleiteten Fachteams des BWFs üblicherweise Stellen für Sozialpädagoginnen beziehungsweise Sozialpädagogen und Sozialarbeiter\_innen ohne zusätzliche Qualifikationen finanziert, aber auch Gesundheits- und Krankenpflegepersonal eingestellt. Wermuth, Konrad, Eisenhut und von Bebenburg bewerten diese Qualifizierung jedoch als unzureichend für die Anforderungen, welche dieses Arbeitsfeld mit seinen komplexen Systemen an die Mitarbeitenden stellt und befürworten demzufolge systemische und sozialpsychiatrische Weiterbildungen.<sup>451</sup>

---

447 Vgl. Kellmann 2015, S. 39

448 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 76

449 Vgl. Hagen 2006, S. 45f.

450 Vgl. Kellmann 2015, S. 39

451 Vgl. Wermuth et al. 2012, S. 133

### 3.6.2 Vermittlungsverfahren von Gastfamilie und Gastbewohnerin oder Gastbewohner

Die passenden Gastfamilien mit geeigneten Lebensbeziehungen für die Klienten\_innen zu finden, ist der elementarste Schritt für erfolgreiche Begleitungen. Freie Kapazität oder eine gewünschte Wohnlage reichen für eine qualitative und dauerhafte Unterbringung nicht aus.<sup>452</sup> Der Vermittlungsprozess kann sich über mehrere Wochen bis Monate ziehen. Das BWF ist daher generell nicht als Notlösung, zum Beispiel für unmittelbar bevorstehende Klinikentlassungen, geeignet.<sup>453</sup> In Bezug auf die Anzahl der potenziellen Gastfamilien ist einerseits eine zu hohe problematisch, da Familien dann eventuell lange auf einen Gast warten oder sich vorher bereits wieder zurückziehen. Andererseits ist eine zu geringe Anzahl dahingehend kritisch, dass weniger passende Zuordnungen mit höherem Konfliktrisiko eingegangen werden, um neue Gastfamilienverhältnisse zu konstituieren.<sup>454</sup>

Im Prozess der Vermittlung von passender Gastfamilie und Gastbewohner\_in ist es bedeutsam, die Beziehungsstrukturen innerhalb der Familien sorgsam unter die Lupe zu nehmen, zudem den Stärken und Schwächen der Beziehungssysteme sowie dem familiären Hintergrund der Klient\_innen<sup>455</sup> und letztlich dem Umfeld der Gastfamilien in der Entscheidungsfindung Beachtung zu schenken.<sup>456</sup> Um das Potenzial der Familie zu erfassen, werden neben den Wohnverhältnissen, Haustieren, Freizeitbeschäftigungen und Gewohnheiten auch Nachbarschaft sowie Freunde und Bekannte betrachtet.<sup>457</sup> Auch die finanzielle Lage und weitere Verantwortungsverpflichtungen sind zu berücksichtigen. Beide Seiten äußern ihre Vorstellungen, Bedürfnisse, Grenzen und wenn vorhanden auch sehr konkrete Wünsche.<sup>458</sup> Neben den Unterstützungsanforderungen eines potenziellen Gastes und der Leistungsfähigkeit einer Familie entscheidet auch die Intuition der Fachkräfte über eine Zuordnung.<sup>459</sup>

In der Einzigartigkeit und Besonderheit jeder einzelnen Familie mit ihren

---

452 Vgl. Becker 2014, S. 28

453 Vgl. Hagen 2006, S. 39f.

454 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 75

455 Vgl. Bachmaier 2011, S. 39

456 Vgl. Hagen 2006, S. 42

457 Vgl. Bachmaier 2011, S. 39

458 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 61, 77

459 Vgl. Becker 2014, S. 28

Normen, dem speziellen Umgang mit fremdem Verhalten,<sup>460</sup> der häuslichen Atmosphäre, eigenen Tagesabläufen und Erwartungshaltungen liegt Potenzial. Dennoch schränkt die Individualität dahingehend ein, dass nicht jeder verfügbare Platz in einer Familie belegt werden kann.<sup>461</sup> Dieses individuelle *matching* mit dem besonderen Passungsverhältnis ist zentral für eine qualitative Arbeit im BWF und verdeutlicht unter anderem das personenzentrierte Vorgehen.<sup>462</sup>

Das Geschick, Persönlichkeiten, Sozialverhalten und offensichtliche oder auch verdeckte Erwartungen und Motive zu beurteilen, ist bedeutsam für die Unterbringung der kranken Menschen in möglichst passenden Lebensumständen.<sup>463</sup> Für die Fachkräfte stellt es eine Herausforderung dar, sich in der Auswahl der Gastfamilie nicht zu sehr von eigenen Maßstäben, Vorerfahrungen, Vorstellungen und gesellschaftlichen Leitbildern von Familie beeinflussen zu lassen, da auch befremdlich und ungeläufig erscheinende Verhaltensweisen, Haltungen oder Lebensweisen für gewisse Klient\_innen vorteilhafte Wirkungen zeigen könnten. Ebendaher empfiehlt sich eine Reflexion der subjektiven Wahrnehmungen und den gegebenenfalls beeinflussenden Faktoren im Team.<sup>464</sup> In der Regel begutachtet das gesamte Fachteam die Familie mithilfe mehrerer Informations- und Bewerbungsgespräche sowie in Hausbesuchen.<sup>465</sup> Der Austausch im Team lenkt den Blick auch auf erdenkliche problematische Aspekte, welche der einzelnen Person entgehen. Um tragfähige und möglichst unproblematische Betreuungskonstellationen zu erreichen, sind ökonomische Faktoren, Zeit- und Erfolgsdruck weitestgehend aus dem Vermittlungsverfahren fern zu halten. Risiken können jedoch auch bei sorgfältigem Vorgehen letztlich nicht immer abgewendet werden.<sup>466</sup>

Ungeachtet, als wie gelungen sich eine Passung von Gast und Familie erweist, trägt das Betreuungsverhältnis häufig zu positiven Entwicklungen der persönlichen Lebenssituation bei, da sich während dem Prozess auch neue unvorhersehbare Perspektiven darbieten können. Diese unkalkulierbaren Entwicklungsoptionen erfordern daher dringlich die Weiterführung der

---

460 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 49, 61

461 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 26

462 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 2004, S. 3

463 Vgl. Wermuth et al. 2012, zitiert nach Konrad 2015, S. 35

464 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 49, 61

465 Vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 151

466 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 78f.



professionellen Begleitung nach der erfolgten Vermittlung.<sup>467</sup>

Trifft das BWF-Team eine Vorauswahl, lernen sich die vorgeschlagene Familie und der potenzielle Gast zunächst langsam in einzelnen Besuchen kennen und vereinbaren bei gegenseitiger Sympathie gegebenenfalls eine Probewohnzeit. In der Anbahnungsphase sollen erste Risiken entlarvt, äußere Bedingungen überprüft und die Motivation vor allem bei ängstlichen und zurückhaltenden Klient\_innen und im Falle von bürokratisch bedingten Verzögerungen und längeren Abstimmungsprozessen aufrechterhalten werden. Das Fachteam begleitet den seelisch behinderten Menschen in der Entscheidungsfindung und zieht auch Alternativen in Erwägung. Zudem bereitet das Fachteam die Familie auf die bevorstehende Herausforderung vor und anschließend können Vereinbarungen über Rechte und Verpflichtungen getroffen sowie Ziele und ein Betreuungszeitraum festgesetzt werden.<sup>468</sup>

Da der Schritt aus einer stationären Einrichtung in eine Familie für viele Betroffene ein einschneidendes Erlebnis ist, bei dem sie ihr sicheres und vertrautes Umfeld verlassen, ist es wichtig, vor allem zu Beginn die Option der Rückkehr in die Einrichtung offen zu halten und auf den Wunsch auch Kontakte zu der Einrichtung und damaligen Bezugspersonen zu pflegen.<sup>469</sup>

### **3.6.3 Triadische Konstellation**

Die Triade, welche für die Eingliederung des Gastes entscheidend ist, setzt sich aus dem hilfebedürftigen Gast, der Hauptbezugsperson aus der Familie und der qualifizierten zuständigen Fachkraft zusammen.<sup>470</sup>

Die wesentliche und umfassende Betreuung im alltäglichen Leben übernimmt zwar die Familie, jedoch bietet das professionelle begleitende Team unterstützend fachliche Beratung und interveniert, wenn nötig. Dadurch erlangt die Gastfamilie Rückhalt für ihre Aufgabe.<sup>471</sup> Hierfür schätzt das Fachteam die familiären Umstände und Strukturen wert und ist bestrebt, diese zu schützen. Zugleich fungiert die Gastfamilie als Medium für den Fachdienst, welcher letztlich die

---

<sup>467</sup> Vgl. Hagen 2006, S. 43

<sup>468</sup> Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 77

<sup>469</sup> Vgl. ebd., S. 82

<sup>470</sup> Vgl. Wermuth et al. 2012, S. 120

<sup>471</sup> Vgl. Kellmann 2015, S. 37

Verantwortung für die Autonomie und Entwicklung des Gastes trägt.<sup>472</sup>

Wesentlich in der personenorientierten Begleitung sind für die Fachkräfte nicht starre Umsetzung von therapeutischen Lehrmeinungen oder Methoden, sondern vielmehr Grundhaltungen und Einstellungen. Speziell in dem Setting des BWF ist ein grundsätzliches systemisches Verständnis hilfreich. In der Praxis unterstützt es die Fachkraft, sich wechselseitig beeinflussende Subsysteme mit ihren Eigenheiten und Auswirkungen der interagierenden Personen sowie der Interventionen auf das Gesamtsystem zu bedenken. Interagieren die autonomen und selbstregulativen Subsysteme miteinander, können daraus förderliche oder aber konfliktbeladene Beziehungen und Dynamiken erwachsen. Die Subsysteme werden empfänglicher für Störungen, welche jedoch nur angegangen werden müssen, wenn sie sich beeinträchtigend auswirken.<sup>473</sup>

Der Unterschied zu anderen psychiatrischen Hilfen liegt im BWF darin, dass der Fachdienst Teil des BWF-Systems ist, die zuständige Fachkraft jedoch eine eingebundene und ausgeschlossene Person in einem verkörpert.<sup>474</sup> Die Position der Professionellen, welche sich außerhalb des Familiensystems, aber dennoch in direktem Bezug zu Bewohner\_in und dem Betreuersystem befinden, ermöglicht einerseits Nähe zu dem\_der Bewohner\_in und andererseits können die Lebensbedingungen von außen betrachtet werden.<sup>475</sup> Die Fachkraft tritt sozusagen als Interaktionscoach des Gastbewohner-Gastfamilien-Systems in Erscheinung.<sup>476</sup> Innerhalb des Dreiecksverhältnisses fordert die Beziehungsarbeit den Fachdienst heraus. Vor allem nach Beginn der Aufnahme des Gastes formiert sich das Familiensystem neu. Diese Phase eignet sich für den Fachdienst noch relativ gut, um auf die Rollenverteilung und auf Umgangsformen einzuwirken, was wiederum mit Vorsicht getan werden sollte, um nicht unerwünschten Einfluss von außen zu nehmen und dadurch eigendynamische familiäre Qualitäten in ihrer Entfaltung zu hemmen.<sup>477</sup> Denn gerade in dieser sich spontan selbst regulierenden sozialen Gemeinschaft kommt inklusive Kraft zur Geltung.<sup>478</sup> Haben sich in der Familie

---

472 Vgl. Wermuth et al. 2012, S. 114, 121

473 Vgl. ebd., S. 114f., 121

474 Vgl. ebd., S. 120f.

475 Vgl. Kellmann 2015, S. 37

476 Vgl. Wermuth et al. 2012, S. 120

477 Vgl. Becker 2014, S. 25

478 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 22

Rollen, Vorgänge und die Umgangsweise untereinander konsolidiert und eine neue Eigendynamik entwickelt, wird die Einflussnahme für die Fachteams schwieriger.<sup>479</sup>

Um eine ihrem Zweck dienliche und akzeptierte Begleitung zu etablieren, ist es ratsam, Widersprüchlichkeiten und Verschiedenheiten in Konzepten und Erwartungen von Familienmitgliedern und begleitender Fachkraft Aufmerksamkeit zukommen zu lassen.<sup>480</sup> Wermuth et al. empfehlen die triadische Analyse um die komplexen Verhältnisse des Betreuungssystems im BWF und dessen Prozesse zu ergründen, problematische Verwicklungen erkennen und daraus gegebenenfalls Interventionen ableiten zu können.<sup>481</sup>

Probleme entstehen erst, wenn die Beteiligten ihre Erwartungen nicht als zufriedenstellend erfüllt wahrnehmen. Bahnt sich zwischen zwei Parteien, oftmals betrifft dies Gastbewohner\_in und Bezugsperson der Gastfamilie, ein Konflikt an, den sie selbst nicht ausräumen können, wird in der Regel die dritte Person, meist also die Fachkraft, hinzugezogen. Durch Einmischung, zum Beispiel Schlichtungsversuche ohne Beauftragung, Koalitionsangebote und Konfliktübertragungen entstehen *triadische Verwicklungen*. Gerade die dritte Person erfährt häufig emotionalen Stress, da sie eigentlich nur *falsch* handeln kann und in Loyalitätskonflikte gerät. Durch ihr Verhalten fühlt sich meist eine Partei zurückgestellt oder sogar beide reagieren wütend auf sie. Es resultieren sogenannte *Retter-Opfer-Verfolger-Spiele*, wie sie aus der Transaktionsanalyse bekannt sind. Statisch oder auch wechselnd nehmen die Beteiligten diese Rollen ein und attackieren beziehungsweise schützen sich gegenseitig. Tendenziell neigen viele Fachkräfte dazu, in die rettende Rolle zu steigen und den Gast beschützen zu wollen. Fachkräfte sollten möglichst vermeiden, sich in Koalitionen hineinziehen zu lassen. Letztlich hat die Fachkraft den Auftrag, solche Verwicklungen und Spiele zu erfassen und zu begreifen, um schädigenden Beziehungsverläufen gegensteuern zu können. Von ihr wird demnach verlangt, sich als Teil des Systems und die einnehmende(n) Rolle(n) zu reflektieren sowie Prozesse in der triadischen Konstellation möglichst einer sachlichen Analyse zu unterziehen. Die Analyse triadischer Konflikte ist eine fundamentale, wenn auch energie- und zeitraubende, Aufgabe des begleitenden Fachdienstes. Werden die Konflikte nicht,

479 Vgl. Becker, Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 15

480 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 48

481 Vgl. Wermuth et al. 2012, S. 121f.

gegebenenfalls auch mithilfe kollegialer Beratung oder externer Supervision, reflektiert, belasten sie alle involvierten Personen.<sup>482</sup>

Eine dynamisch-stabile Dreiecksbeziehung zwischen Gastfamilie, Gast und Fachkraft, welche über die Qualität des Prozesses bestimmt, erwächst auf dem Nährboden wertschätzender Kooperation.<sup>483</sup> Für eine erfolgreiche Tätigkeit im BWF ist eine akzeptierende und tolerante Grundhaltung unabdingbar. Doch ohnehin besteht keine Garantie auf Erfolg und Misserfolge werden nicht zwangsläufig als Versagen interpretiert, zumal schließlich mehrere Personen die Verantwortung tragen.<sup>484</sup>

„Das Geheimnis erfolgreicher Arbeit im Bereich BWF ist das Zusammenspiel von Familien und gut organisierter und strukturierter professioneller Begleitung.“<sup>485</sup> In erfolgreichen Konstellationen stellen Gastfamilien Konstanz in der Beziehung und der Lebensverhältnisse her und die professionelle Begleitung achtet auf die Dynamik und Weiterentwicklung des Gastes. Dieser Zusammenhang dreht sich jedoch um, sobald das Betreuungsverhältnis zwischen Gastfamilie und Gastbewohner\_in beendet wird. Nun stellen die professionellen Mitarbeiter die Kontinuität sicher, denn sie begleiten beispielsweise auch den Übergang in eine neue Gastfamilie<sup>486</sup> oder andere Betreuungsform.

### 3.6.4 Qualitätssicherungsmaßnahmen

Über die jeweiligen Rechte und Pflichten innerhalb des Betreuungsverhältnisses treffen Bewohner\_in, Gastfamilie und begleitendes Fachteam eine vertragliche Betreuungsvereinbarung.<sup>487</sup> Vor allem die Regelung von Kosten, Abwesenheit und Urlaub, Haftpflicht, Kündigungsfristen und Krisenvereinbarungen erscheinen als wichtige zu klärende Aspekte, um dann in Konflikt- und Grenzsituationen auf eine verlässliche Grundlage zurückgreifen zu können. Der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ist situativ zu bestimmen und findet im Zeitraum während der Anbahnung, dem Wohnen auf Probe und schließlich dem Einzug statt.<sup>488</sup> Während

482 Vgl. Wermuth et al. 2012, S. 122ff.

483 Vgl. Becker 2014, S. 28

484 Vgl. Kellmann 2015, S. 38f.

485 Eisenhut 2006, S. 80

486 Vgl. Kellmann 2015, S. 37f.

487 Vgl. Fachausschuss BWF des DGSP 2011: Fachliche Standards

488 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 35

übergangsweiser Abwesenheit der Gastbewohner\_innen oder in Krankheitsfällen sowie Urlaubszeiten der Gastfamilien ist die Weiterführung der Finanzierung gewährleistet. Pro Jahr können Gastfamilien 21 Tage<sup>489</sup> betreuungsfreie Zeit beanspruchen, ohne eine Kürzung der Entlohnung befürchten zu müssen. Eine adäquate Versorgung der Klient\_innen währenddessen organisieren die betreuenden Teams.<sup>490</sup> Das Fachteam ist für die Wahrung von Betreuungsqualität und Persönlichkeitsrechten verantwortlich, berät sozialrechtlich und ist zu Interventionen aufgefordert, sobald Funktionalisierung oder die innerfamiliären Umgangsformen den die Bewohner\_in von seiner\_ihrer persönlichen Entwicklung abhalten.<sup>491</sup>

Über mindestens einmal monatlich stattfindende Hausbesuche und auch regelmäßige Gespräche mit dem\_der Klient\_in alleine sind sich die BWF-Anbieter weitestgehend einig. Sie dienen nicht nur dem konkreten Unterstützen des Gefüges, sondern helfen vielmehr, sich anbahnende Problematiken vorzeitig wahrzunehmen. Co-Betreuungen wenden weniger als 50 Prozent, Supervision 64 Prozent und den Bewertungsbogen zum Zwecke der Qualitätssicherung, welcher vom BWF-Fachausschuss der DGSP nahegelegt wird, lediglich 14 Prozent der 2013 von Becker zu Qualitätsmanagement befragten BWF-Teams an.<sup>492</sup>

Becker findet überdies heraus, dass vorbeugende Maßnahmen gegen Missstände in der Wohngemeinschaft wie klärende Gespräche außerhalb der gemeinsamen Wohnung, zum Beispiel im Büro des Fachdienstes, (schriftliche) Vereinbarungen zu Verhaltensweisen oder sich wiederholenden konfliktären Situationen sowie ein transparenter Umgang mit Risikofaktoren noch in vielen (teilweise über 50 Prozent) Fachdiensten nicht zum Zuge kommen. Auch unangekündigte Hausbesuche im Falle von mutmaßlich verschwiegenen Problemen, auffälliger Zurückhaltung oder Inszenierung der regulären Hausbesuche sowie vorübergehende anderweitige Unterbringung oder gastfamilienbedingtes Auflösen des Betreuungsverhältnisses zwischen Familie und Bewohner\_in konnten sich bisher noch nicht überall durchsetzen.<sup>493</sup> Die Kontrollfunktion des Fachdienstes ist für die Sicherung einer qualitativen Begleitung unabdingbar. Kontrollieren meint

---

489 Angabe des Caritasverbandes für den Lkr. Breisgau-Hochschwarzwald, persönliche Korrespondenz vom 06.10.2015

490 Vgl. Fachausschuss BWF des DGSP 2011: Fachliche Standards

491 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 101f.

492 Vgl. Becker 2014, S. 24

493 Vgl. ebd., S. 24f.

hier hingegen nicht, Konzepte und Handlungsweisen vorzuschreiben, sondern dem sich selbst organisierenden Familiensystem lediglich fachlich beratend und unterstützend zur Seite zu stehen.<sup>494</sup> Becker und Neuenfeldt-Spickermann sehen Dokumentation zum Zwecke der Qualitätssicherung als notwendig an, mitunter besonders auch in langjährigen Betreuungsgefügen, da hierdurch immer wieder Risiken fokussiert und dadurch Warnzeichen womöglich frühzeitiger erkannt werden. Damit sie praktikabel bleibt, sollte sie jedoch auf Wesentliches reduziert werden. Zusätzlich hebt die Dokumentation auch die professionelle Funktion des Fachteams sowie die gesellschaftliche Relevanz der Tätigkeit der Gastfamilie hervor.<sup>495</sup>

Die Co-Betreuung sieht Becker nicht nur für Krisensituationen oder für Kontinuität während Urlaubs- und Krankheitsvertretungsphasen als eine wichtige qualitätssichernde Maßnahme an, sondern auch zusätzlich zur hintergründigen kollegialen Supervision.<sup>496</sup> Aus den Ergebnissen seiner Untersuchung zur Qualitätssicherung zieht Becker Rückschlüsse, dass in etwa über der Hälfte der fachlichen Begleitungen im Bereich des BWF nicht durch Teams, sondern einzelne Personen durchgeführt wird, die das BWF teilweise neben anderen ambulanten Wohnhilfen als zusätzliche Leistung anbieten. So wird zwar ein Beitrag zur Verbreitung dieses Angebotes geleistet. Doch andererseits bleibt hierdurch gegebenenfalls die Expertise von erfahrenen und spezialisierten Teams auf der Strecke.<sup>497</sup>

Ausschlaggebend für eine erfolgreiche Tätigkeit sind auch die Einbindung des BWFs in das regionale Versorgungssystem und Kooperationen mit anderen gemeindepsychiatrischen Dienstleistern und Organisationen sowie das Maß an Anerkennung, welche das Angebot im Kreise von Expert\_innen genießt und inwiefern Initiativen finanziell unterstützt werden.<sup>498</sup> Der Fachausschuss BWF des DGSP legt in seinen fachlichen Standards zudem die Gewährleistung von Fachberatung, Supervision und Fortbildung für die begleitenden Fachteams fest und sieht einen fachlichen Austausch in regionalen Arbeitsgemeinschaften vor.<sup>499</sup>

---

494 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 29

495 Vgl. Becker, Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 15

496 Vgl. Becker 2012a, S. 182

497 Vgl. Becker 2014, S. 24

498 Vgl. Eisenhut 2006, S. 93f.

499 Vgl. Fachausschuss BWF des DGSP 2011: Fachliche Standards

### 3.6.5 Risiken und professioneller Umgang

Risiken in der Arbeit des BWF bestehen unter anderem auch aufgrund von dem Zusammenspiel von vorhandenen relativen Schwächen des Gastes und dem Abhängigkeitsverhältnis, in dem er zu seiner Gastfamilie bezüglich der Wohnungs- und Versorgungssituation steht.<sup>500</sup> Die engen Beziehungen in der kleinen sozialen Gemeinschaft reduzieren Distanzen und damit auch die Hemmschwelle vor übergriffigem Verhalten. Veränderungen vollziehen sich schleichend und das private Familienleben kann leicht im Verborgenen gehalten werden.<sup>501</sup>

Da unangemessenes Verhalten überall zwischen Menschen vorkommt, in sämtlichen Beziehungskonstellationen wie auch in Familien und Partnerschaften, kann es nicht Sinn und Zweck des Fachdienstes sein, in jeder Situation einzugreifen.<sup>502</sup> Denn gerade das durchschnittliche Handeln der ungeschulten Familien erzeugt die angestrebte Normalität. Das Fachteam ist in der Verantwortung, jeweils zu prüfen, inwiefern das Verhalten tolerierbar ist oder dem Gast Schaden zufügt.<sup>503</sup> Aufgrund von finanziellen Nöten der Familien verheimlichen diese jedoch manchmal Probleme aus Angst, den Gast zu verlieren.<sup>504</sup> Daher gilt es, Anzeichen für kritische Entwicklungen früh zu erkennen und abzuwägen wann und wie genau interveniert wird.<sup>505</sup>

Am meisten verbreitet sind die problematischen Entwicklungen der Bevormundung und Überversorgung.<sup>506</sup> Immer wieder erleben erwachsene Gastbewohner\_innen Infantilisierung und Überpädagogisierung.<sup>507</sup> Meist positive wohlwollende Absichten oder auch unbewusste karitativ-demonstrative oder machtperspektivische Motive können hierdurch selbständiges Handeln der Klient\_innen einschränken oder zu Änderungen drängen. Dennoch ist auch anzumerken, wie schwierig sich die Grenzziehung zwischen Fürsorge und Überversorgung im Hinblick auf die vielfältigen Vorstellungen und Erwartungen der Beteiligten gestaltet und dass Bevormundung auch teilweise fördernde und

---

500 Vgl. Becker, Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 14

501 Vgl. Becker 2012b, S. 159

502 Vgl. Becker 2014, S. 25

503 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 47

504 Vgl. Becker 2012b, S. 174

505 Vgl. Becker 2014, S. 25

506 Vgl. ebd.

507 Vgl. Prins 2012, S. 71f.

strukturierende Wirkungen mit sich bringen kann. Diesen kritischen Entwicklungen treten Fachdienste beispielsweise mit spezifischen Fortbildungsangeboten oder Förderung des gegenseitigen Einfühlungsvermögens entgegen. Weiterführend ist der Fachdienst in den Hausbesuchen gefragt, Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse zu kompensieren und bei drohender Unterdrückung von Klient\_innen, diese in der Einforderung ihrer Anliegen zu bestärken.<sup>508</sup>

Des Weiteren besteht das Risiko einer gemütsarmen, despektierlichen und kaum familiär integrierenden Beziehungsgestaltung, welche häufig mit finanziellen Beweggründen zur Aufnahme des Gastes einhergehen.<sup>509</sup> Auch reagieren Familienmitglieder zum Teil auf starke Belastungen und Überforderungen mit unangemessenem, gereiztem und grobem Verhalten.<sup>510</sup> Bleibt dieses ungeachtet und wird nicht verarbeitet, ist mit Verschlimmerungen und eventuell schwerwiegenderen Konsequenzen zu rechnen.<sup>511</sup> Während die Familie für ihre anstrengende und diffizile Aufgabe wertgeschätzt wird, werden ihr auch stringent Grenzen verdeutlicht. Bei Konkurrenzgerangel zwischen Klient\_in und Gastfamilienmitglied um die Gunst der Fachkraft hilft eine Tandem-Betreuung, in der sich jede Person jeweils einer Seite annimmt. Es besteht zudem die Gefahr, dass Fachkräfte mit der Familie konkurrieren und jede Partei vermeintlich besser einschätzen kann, wie für den\_die Bewohner\_in zu sorgen ist. Diese Problematik tritt häufig in der Verbindung mit Familienmitgliedern auf, welche beruflich im sozialen Bereich angesiedelt sind. Zur Vorbeugung dieser Konkurrenzdynamiken oder auch Distanzverlusten organisieren Fachdienste teilweise Betreuung im konstanten Zweier-Team mit der Möglichkeit der kollegialen Beratung.<sup>512</sup>

Darüber hinaus versorgen Gastfamilien ihre Gäste immer wieder mangelhaft mit Nahrung, Bekleidung und Geld oder nutzen sie als Arbeitskraft aus. Oft geschieht dies aus finanziellen Triebfedern.<sup>513</sup> Erneut bleibt es jedoch schwierig, beispielsweise intendierte Mithilfe und Ausbeutung der Arbeitskraft voneinander zu unterscheiden. Meist reicht es hier aus, unter der Beachtung der Wechselwirkung von gegenseitigen Beweggründen und Verhaltensweisen,

---

508 Vgl. Becker 2014, S. 25f.

509 Vgl. Becker, Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 14

510 Vgl. Becker 2014, S. 26

511 Vgl. Becker, Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 14f.

512 Vgl. Becker 2014, S. 25ff.

513 Vgl. Becker, Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 15



Arrangements bezüglich der Rechte und Verpflichtungen der betreffenden Personen zu vereinbaren.<sup>514</sup> Solche verbindlichen Regelungen zu treffen, bietet sich auch für wiederholt auftretende Konfliktsituationen an.<sup>515</sup> Bleiben diese erfolglos, muss gegebenenfalls ein Gastfamilienwechsel in Betracht gezogen werden.<sup>516</sup>

Körperliche und sexuelle Gewalt sind durchaus auch in dieser Betreuungsform Risiken, die allerdings selten auftreten und bei der Entlarvung in der Regel unverzüglich zum Abbruch der Betreuungsleistung führen. Nur in wenigen Ausnahmesituationen gelingt die Abwendung der Gewalt und eine positive Beziehungsentwicklung. Vorsorglich wird bei komplizierterem Klärungsbedarf eine vorübergehende anderweitige Unterbringung der betroffenen Person veranlasst, bis diese in neutraler Umgebung eine Entscheidung über den weiteren Verlauf des Verhältnisses fällt.<sup>517</sup>

Es ist anzunehmen, dass das Eintrittsrisiko der hier aufgeführten Missstände nicht größer als in Wohnheimen ist und schwerwiegende problematische Entwicklungen selten auftreten. Da die Fachkräfte von Beginn der Betreuungsleistung an dabei sind und nicht erst bei aufkommenden Schwierigkeiten hinzugezogen werden, können Überbelastung, Dysbalancen im Beziehungsgeflecht und unangemessenes Verhalten teilweise bereits frühzeitig abgefangen werden. Die Professionellen schenken den Interessen beider Seiten Aufmerksamkeit, würdigen die Familie für ihr bedeutendes Engagement, kontrollieren gleichzeitig, stärken das Gefüge und leisten fachliche Ergänzungen und Impulse über die Kompetenzen der Familie hinaus.<sup>518</sup>

### **3.7 Entwicklungschancen**

#### **3.7.1 Betreuung durch Laien**

Zentral für diese Konzeption ist der Einsatz von Laien in der Betreuung der Klient\_innen. Diese erhalten keine Schulung<sup>519</sup> und besitzen für gewöhnlich auch keine spezielles Fachwissen oder entsprechende durch professionelle Einflüsse

---

514 Vgl. Becker 2014, S. 26f.

515 Vgl. Becker 2012b, S. 176

516 Vgl. Becker 2014, S. 27

517 Vgl. ebd., S. 27f.

518 Vgl. ebd., S. 28

519 Vgl. Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

geformte Haltung,<sup>520</sup> sondern nutzen für diese Aufgabe lediglich ihre alltagspraktischen Kompetenzen<sup>521</sup> sowie die Energien aus der privaten Lebensgemeinschaft.<sup>522</sup>

Zwar wird die Erkrankung oder Beeinträchtigung nicht verneint, jedoch steht sie auch nicht im Zentrum des Zusammenlebens.<sup>523</sup> Die Gastfamilien als Laien fokussieren den Menschen ganzheitlich und das gemeinsame Leben funktioniert auf der Basis von gegenseitigem *Geben und Nehmen*<sup>524</sup> und auf Augenhöhe anstatt asymmetrisch im eingefahrenen Machtverhältnis, wie es unter Fachkräften und ihren Klient\_innen in der Regel vorherrscht. Dies wird dadurch möglich, dass die Gastfamilie kein professionelles oder institutionelles Gefüge ist.<sup>525</sup> So entstehen entgegen den durch Asymmetrie und ständige Wechsel gekennzeichneten professionellen Betreuungbeziehungen partnerschaftliche Interessengemeinschaften. In Abgrenzung zu anderen Wohnbetreuungsangeboten sind die Gastfamilienmitglieder kein austauschbares Personal.<sup>526</sup> Konstante Beziehungen erzeugen Sicherheit und schätzen den anderen Menschen wert. Dabei erfolgen in Krankheitszeiten etc. auch oft Mechanismen, die vergleichbar bei anderen Familienmitgliedern angewandt werden, dergestalt, dass erwachsene Kinder, weitere Verwandte außerhalb der Kernfamilie oder Freund\_innen und Nachbar\_innen der Gastfamilie temporär unter die Arme greifen und dadurch die lückenlose Weiterführung der Betreuung im gewohnten Umfeld ermöglichen. Vielerorts erstaunt es immer wieder, was Gastfamilien vollbringen können und welches Engagement sie an den Tag legen. So verbleiben Klient\_innen oftmals auch über Krisenzeiten und Umbrüche in der Familie oder stehen weiterhin in regem Kontakt zu ihr.<sup>527</sup>

Im Vergleich zu anderen, mehr geförderten ambulanten Betreuungskonzepten wird die BWF noch immer mit Vorurteilen konfrontiert und ringt in Fachkreisen darum, anerkannt zu werden,<sup>528</sup> denn *„[e]s passte der Mehrzahl der professionellen Helfer nicht ins Konzept, dass Laien mit teilweise schwer chronisch kranken*

---

520 Vgl. Bachmaier 2011, S. 38

521 Vgl. Konrad, Schmidt-Michel 1989, zitiert nach Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

522 Vgl. Bachmaier 2011, S. 38

523 Vgl. Kellmann 2015, S. 37

524 Vgl. Bachmaier 2011, S. 38

525 Vgl. Kellmann 2015, S. 37

526 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 24ff.

527 Vgl. Bachmaier 2011, S. 38ff.

528 Vgl. Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

*Menschen, bei denen ihre Behandlungskonzepte nicht die gewünschte Wirkung zeigten, erfolgreich zusammenleben können*<sup>529</sup>.

### 3.7.2 Alltag und Normalität

Durch die sogenannte *De-Professionalisierung* gewinnt das Angebot an Alltagsnähe, was jedoch keinesfalls automatisch eine unzureichende Versorgung bedingt.<sup>530</sup> Mithilfe dieses kombinierten Angebots können Menschen mit psychischen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen in einer *normalen* Wohnumgebung und Familiengemeinschaft leben und haben zugleich die Zusicherung der Hilfe durch den Fachdienst.<sup>531</sup>

Die familienähnliche Wohnsituation lässt Betroffene *echten* heilsamen Alltag fern von künstlicher Normalität, wie sie in stationären Einrichtungen oft konstruiert wird, erfahren.<sup>532</sup> Die *normale* Umwelt und familiäre Tagesstruktur bieten Gelegenheit, sich lebenspraktische Fähigkeiten wieder anzueignen.<sup>533</sup> Die therapeutische Dimension des Alltags entfaltet ihre Wirkung in der Regelmäßigkeit, in sich wiederholenden Interaktionsmustern und der Sicherheit, die daraus erwächst.<sup>534</sup> Das gemeinsame Leben mit den alltäglichen Aushandlungsprozessen von Spannungen und Konflikten sowie die gemeinsame Bewältigung von Alltagsproblemen dienen als Lernfeld und erzeugen normalisierende sowie therapeutische Effekte.<sup>535</sup> Inmitten der Alltagsroutinen, der emotionalen Atmosphäre und der verbindlichen familiären Beziehungen vermag der Gast, sich zu entfalten und weiterzuentwickeln. Familienmitglieder sind zunächst anwesend, hören dem Gast zu, bieten soziale Unterstützung und stärken durch die entgegenbringende Anerkennung dessen Identitätsentwicklung. Demzufolge kann der Gast durch dieses meist intuitive therapeutische Agieren stabilisierende Bindungen erleben.<sup>536</sup> Verlässliche Beziehungen sind essenziell für die psychische Gesundheit. Sie verleihen Handlungssicherheit im Alltag und stützen in Krisenzeiten.<sup>537</sup>

529 Eisenhut 2006, S. 79

530 Vgl. Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

531 Vgl. Becker, Neuenfeldt-Spickermann 2006, S. 16

532 Vgl. Kellmann 2015, S. 38

533 Vgl. Burkert 2006, S. 12; Hagen 2006, S. 42

534 Vgl. Westrich 2006, S. 114

535 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 24

536 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 49f.

537 Vgl. Keupp 2006, zitiert nach Westrich 2006, S. 114

Außerhalb von Institutionen eröffnen sich Optionen, durch alltägliche Bezüge und Netzwerke der Familie und der *normalen* Wohnumgebung am sozialen Leben teilzuhaben.<sup>538</sup> Der Alltagsbezug kann sich auch dergestalt positiv auswirken, dass erneute psychische Krisen<sup>539</sup> und Aufenthalte in Kliniken abgewendet, Einnahmen von Psychopharmaka verringert werden und die Zufriedenheit der Klient\_innen wächst.<sup>540</sup>

### **3.7.3 Wiedererlangung von alltäglichen Fertigkeiten, Selbstbewusstsein und Selbstbestimmung**

Laut Honneth ist Selbstbestimmung die Bedingung für Teilhabe in einer bürgerlichen Gesellschaft.<sup>541</sup> Das grundlegende Bürgerrecht auf ein selbstbestimmtes Leben und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben speziell für Menschen mit Behinderungen ist gesetzlich in § 1 SGB IX verankert.

Selbst zu bestimmen bedeutet beispielsweise auch, sich ein Hilfeangebot frei aussuchen zu können.<sup>542</sup> Im BWF ist zentral und verglichen mit anderen Versorgungsangeboten auch besonders, dass sowohl der\_die Bewohner\_in als auch die Familie selbst auswählen, mit wem sie sich das Zusammenleben vorstellen können.<sup>543</sup>

Knuf verweist auf die Selbstverantwortung als wesentlichen Faktor für den Prozess der Genesung. Selbstverantwortung bedeutet auch, die eigene Erkrankung, psychische Labilität und gegebene Lebensumstände sowie auch gegebenenfalls den eigenen Anteil an der Entstehung der aktuellen Lebenssituation zunächst zu erkennen und akzeptieren. In einem weiteren Schritt heißt es dann, eigene Handlungspotenziale zu erfassen und davon Gebrauch zu machen, anstatt sich selbst durch Beschuldigungen anderer Menschen oder Umweltbedingungen in der eigenen Handlungsmächtigkeit zu hemmen. Für sich selbst in die Verantwortung zu gehen, verlangt Menschen mit psychiatrischen Erfahrungen im Vergleich zu anderen meist mehr ab. Mangelserfahrungen vor allem in der frühen Kindheit, traumatische Erlebnisse und Krisenerfahrungen

<sup>538</sup> Vgl. Stolz 2004, zitiert nach Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

<sup>539</sup> Vgl. Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

<sup>540</sup> Vgl. Kellmann 2015, S. 38

<sup>541</sup> Vgl. Honneth 2013, zitiert nach Konrad 2015, S. 33

<sup>542</sup> Vgl. Lüking 2012, zitiert nach Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

<sup>543</sup> Vgl. Schönberger 2003, zitiert nach Zimmermann, Andrae 2015, S. 167

beeinflussen, inwiefern Menschen sich als selbstwirksam wahrnehmen und sich mit ihren Erlebnissen und Handlungsmöglichkeiten auseinandersetzen. Um schließlich Selbstverantwortung zu fördern, ist es wichtig, das Gefühl der Selbstwirksamkeit zu stärken und für Konditionen zu sorgen, welche die Selbstverantwortungsübernahme begünstigen könnten.<sup>544</sup> Verglichen mit anderen Wohnformen wird dem Gast im BWF ein höheres Maß an Eigenverantwortung zuteil.<sup>545</sup>

Im Sinne des Empowerment-Konzepts sollen betroffene Personen sich in ihrem Leben als handelndes Zentrum wahrnehmen<sup>546</sup> sowie aktiviert und befähigt werden, ihr Leben nach Möglichkeit selbst zu bewerkstelligen. Für Professionelle in der Sozialen Arbeit ist auch die Komponente des sozialen Eingebunden-Seins und die damit einhergehende politische Verantwortung, für bessere soziale Lebensumstände sowie das Loslösen von Abhängigkeiten und Fremdbestimmung einzustehen, bedeutsam.<sup>547</sup>

Das psychiatrische Recovery-Konzept stützt sich auf der Annahme, dass nicht nur Symptome einen Menschen krank machen, sondern vor allem die Unfähigkeit, einen Umgang mit der Krankheit zu finden, welcher ein zufriedenstellendes Leben ermöglicht. Zentral ist hierbei als professionelle Kraft, Hoffnung auf eine mögliche Veränderung der Lebenssituation zu vermitteln, Gelingendes in den Fokus zu rücken und durch eine gelassene, wertschätzende und Vertrauen schaffende Grundhaltung die Person zu ermutigen, ihr Leben wieder eigenverantwortlich in die Hand zu nehmen.<sup>548</sup> Nicht nur die individuellen, sondern auch die Ressourcen des sozialen Umfelds sind zu ermitteln und zu bestärken, woraus betroffene Personen Vertrauen in ihre Fähigkeiten gewinnen können.<sup>549</sup>

Viele, auch chronisch psychisch erkrankte Menschen, erwerben Verhaltensweisen, welche ihnen abhanden gingen, durch die Integration in eine Gastfamilie wieder. So zeigen sie zum Beispiel wieder Interesse an ihrer Körperhygiene und Bekleidung, essen regelmäßig unter angemessenen Gegebenheiten und treten

---

544 Vgl. Knuf 2011, S. 21f.

545 Vgl. Birkenheier 2006, S. 62

546 Vgl. Richter 2010, S. 10

547 Vgl. Richter, Schwarze, Hahn 2010, S. 17; Wunder 2015, S. 6

548 Vgl. Schaffer, Walz 2012, S. 37ff.

549 Vgl. Zinkler 2014, S. 9

partiell Beschäftigungen an.<sup>550</sup> Infolgedessen gelingt es auch, hospitalisierungsbedingte Beschränkungen zu bewältigen. Sie erlernen erneut, mit Geld umzugehen und trauen sich zu, Entscheidungen selbst zu treffen.<sup>551</sup> Vereinzelt wird auch der Kontakt zur Primärfamilie, zu eigenen Kindern<sup>552</sup> oder anderweitigen früheren sozialen Beziehungen wiederhergestellt. Darüber hinaus werden Betroffene befähigt, neue Beziehungen einzugehen und zu pflegen. Erfahrungen zeigen wiedererlangtes Wohlbefinden, mehr Selbstsicherheit, Selbstbestimmung und letztlich das Vermögen, unterschiedliche soziale Rollen anzunehmen.<sup>553</sup>

Oftmals schwindet mit dem Verlauf der Krankheit das Selbstwertgefühl. Eine berufliche Beschäftigung, wenn auch nur in geringem Umfang, kann helfen, dieses wieder aufzurichten und zu stärken.<sup>554</sup> Auch die Mithilfe im Haushalt, bei der Gartenarbeit oder Versorgung von Haustieren schafft Tagesstrukturierung und bindet Bewohner\_innen teilweise mit eigenverantwortlichen Aufgabenbereichen ein. Bilden Gastbewohner\_innen zunehmend Vorstellungen und Wünsche heraus, welche im familiären Zusammenleben, wenn sie diese äußern, Auseinandersetzungen verursachen, kann das auf positive Entwicklungen wie ein gesteigertes Selbstbewusstsein und das Ausleben der Individualität hinweisen.<sup>555</sup>

### **3.7.4 Inklusion durch Integration in die Gastfamilie**

Ein Großteil an Heimen und partiell auch Ambulant Betreutes Wohnen zeigen sich im Gegensatz zu Gastfamilien als Systeme, welche noch immer durch Absonderungstendenzen gegenüber der Außenwelt bestimmt sind.<sup>556</sup> Stationäre Einrichtungen oder strikt individuell und personenzentriert konzipierte ambulante Hilfen können den Bestrebungen der Sozialraumorientierung, „soziale Barrieren im Gemeinwesen abzubauen (...) [sowie] Ressourcen und Netzwerke für die Herstellung inklusiver Lebenswelten von Menschen mit Behinderung zu nutzen“<sup>557</sup> schwerlich nachkommen.<sup>558</sup> Während Bewohner\_innen von

550 Vgl. Birkenheier 2006, S. 68

551 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 49

552 Vgl. Birkenheier 2006, S. 68

553 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 49

554 Vgl. Hagen 2006, S. 43

555 Vgl. Schönberger, Stolz 2003, S. 50, 97

556 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 21

557 Kellmann 2015, S. 38

558 Vgl. ebd.

Wohngruppen größtenteils in Kontakt zu anderen Bewohner\_innen stehen, bietet die lebensweltnähere Gastfamilie auch Kontaktoptionen zu Menschen ohne Psychatriebetroffenheit.<sup>559</sup> Meist gelingt dem Gast durch die sozialen Bezüge und den Status der Gastfamilie Anbindung an den Freundes-, Verwandten- und Bekanntenkreis, zu Nachbar\_innen und Arbeitskolleg\_innen und an das Gemeinwesen, da der Person aufgrund der Familienzugehörigkeit mit Vertrauen begegnet wird.<sup>560</sup> Die Gastfamilie betätigt sich vermittelnd und fungiert sozusagen als Türöffner, was die Ankommenssituation erleichtert und zu höherer Akzeptanz und Teilhabe im Sozialraum führt.<sup>561</sup> Gastbewohner\_innen entdecken eigene Fähigkeiten und orientieren sich über die Gastfamilie hinaus zu Vereinen und dem sportlichen sowie kulturellem Leben.<sup>562</sup> Von dem inklusiven Lebensbereich der Gastfamilie profitieren alle involvierten Personen und für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen eröffnet diese Hilfemaßnahme Optionen, Sondersystemen den Rücken zu kehren.<sup>563</sup>

Frühwirt sieht großen Nutzen in einem intakten sozialen Umfeld und den sozialen Rahmenbedingungen der Gastfamilie und die Chance auf eine Lebensform, die stabilisieren und sich dadurch auch förderlich auf den psychischen Gesundheitszustand und die benötigte Medikamentendosierung auswirken kann.<sup>564</sup> Mithin kann das BWF als in die Praxis umgesetztes Anti-Stigma-Programm betrachtet werden, da sich durch natürliche, nicht inszenierte oder pädagogisierte Begegnungen und auf längere Zeit bestimmtes gemeinsames Leben perspektivisch normalisierte Kommunikation und ein Umgang auf Augenhöhe einstellen. Aus den Außenseitern werden Mitmenschen.<sup>565</sup> Da die begleitenden Fachkräfte meist damit überfordert sind, enge Anbindung in die Gemeinde zu realisieren, postuliert Dörner, dass die Einbindung von Bürger\_innen mit Behinderung nur von Bürger\_innen des Sozialraums geleistet werden kann.<sup>566</sup>

Sowohl Konrad, Becker und Eisenhut, als auch Keupp gestehen dem BWF, welches in Deutschland inzwischen zu den Standardangeboten in der Eingliederungshilfe zählt, zu, bedeutend zur Inklusion von Menschen mit

---

559 Vgl. Zimmermann, Andrae 2015, S. 174

560 Vgl. Bachmaier 2011, S. 39; Konrad 2015, S. 35

561 Vgl. Kellmann 2015, S. 38

562 Vgl. Birkenheier 2006, S. 68

563 Vgl. Kellmann 2015, S. 38

564 Vgl. Frühwirt 2001, zitiert nach Zimmermann, Andrae 2015, S. 171

565 Vgl. Konrad et al. 2012, S. 22

566 Vgl. Konrad 2015, S. 34

Behinderungen beizutragen.<sup>567</sup> Eine Einbeziehung in das Gemeinwesen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, wie es die Integration in Gastfamilien ermöglicht, ist in anderen Unterstützungsformen nicht anzutreffen.<sup>568</sup>

Becker fasst dies in folgender Aussage treffend zusammen:

„Auf diese Weise kann durch BWF eine Inklusion gelingen, wie sie Menschen mit einer schweren Behinderung meistens verwehrt bleibt: Teil einer Familie sein, den Lebensweg in einer Gemeinschaft mit nichtbehinderten Menschen gehen, lieben und geliebt werden.“<sup>569</sup>

## 4 Qualitative Untersuchung

### 4.1 Forschungsfragestellung

Laut der theoretischen Erarbeitung soll das BWF eine von vielen gemeindeintegrierenden Betreuungsformen sein, welche jedoch wesentlich zur Inklusion von psychisch erkrankten Menschen beiträgt. Während der Literaturrecherche stieß ich oftmals auf die vielfältigen Chancen, welche das Betreute Wohnen in Familien für Menschen mit psychischen Erkrankungen ermöglichen soll. Über stabile Beziehungen, Alltagsstrukturierung und Förderung der Fähigkeiten und Identitätsentwicklung hinaus, wird hervorgehoben, dass die Gastbewohner\_innen durch die Integration in die Familien und mithilfe deren Einbindung in den Sozialraum, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erlangen können.

Daraufhin stellt sich die Frage, inwiefern das Betreuungsangebot für die einzelnen Gastbewohner\_innen Inklusion verwirklichen und eventuell auch einen Beitrag zu einer inklusiven Gesellschaft leisten kann oder ob dies in der Praxis lediglich eine unerreichbare Illusion bleibt.

In diesem Kontext scheint auch das zentrale Merkmal der Laienbetreuung in Kombination mit professioneller Begleitung und dem therapeutischen Effekt des Alltags, keine unwesentliche Rolle zu spielen, um seelisch behinderten Menschen eine adäquate Begleitung zu eröffnen, welche Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung abwenden kann. Ist es auch praktisch möglich, Teilhabebarrrieren zu überwinden und in dieser besonderen Konstellation Inklusion

<sup>567</sup> Vgl. Konrad et al. 2012, S. 21; Keupp 2012, S. 58

<sup>568</sup> Vgl. Konrad et al. 2012, S. 21

<sup>569</sup> Becker 2014, S. 28



zu leben? Inwiefern können Gastfamilien durch die Aufnahme von psychisch erkrankten Menschen letztlich für diese als Türöffner zurück in das gesellschaftliche Leben fungieren und Inklusion verwirklichen?

Um dieser Fragestellung näher zu kommen, erfolgt hierdurch nun ein Blick in die Praxis des Betreuten Wohnens in Familien.

## **4.2 Methodenwahl**

Als Forschungsmethode habe ich die qualitative Sozialforschung angewendet, da diese das Verstehen und nicht Erklären sozialer komplexer Sachverhalte intendiert. Während die quantitative Sozialforschung vorformulierte Hypothesen überprüft, können durch eine qualitative Untersuchung subjektive Deutungsmuster und Sichtweisen verstanden und rekonstruiert werden.<sup>570</sup>

Die genuine *Fallorientierung* ermöglicht kontextsensitive Datenerhebung, welche der Wirklichkeit in ihrer Komplexität eher gerecht werden kann als standardisierte Forschung. Die qualitative Forschung basiert auf einem konstruktivistischen Wirklichkeitsverständnis<sup>571</sup>, nachdem die Wirklichkeit als sozial konstruiert aufgefasst wird.<sup>572</sup> Sie arbeitet subjektbezogen, weist oftmals induktives Vorgehen auf und es ist zentral, dem Forschungsgegenstand mit Offenheit zu begegnen.<sup>573</sup> Darüber hinaus erfordern die eigenen Relevanzsysteme, die Problematiken des Fremdverstehens sowie der Indexikalität menschlicher Sprache und Kommunikation Selbstreflexivität auf Seiten der Forschenden.<sup>574</sup>

In dieser Untersuchung habe ich mich dazu entschieden, mich auf die professionelle Sichtweise der Fachkräfte zu konzentrieren. Demnach werde ich hier subjektive Einstellungen und Wahrnehmungen von Sozialarbeiter\_innen aus der Praxis des BWF zur Thematik der Inklusion von Gastbewohner\_innen vergleichen und überprüfen, inwiefern diese Leistung der Eingliederungshilfe der professionellen Einschätzung zufolge inklusive Zielsetzungen erreichen kann.

Schließlich wählte ich das Experteninterview als anwendungsfeldbezogene

---

<sup>570</sup> Vgl. Kruse 2011, S.17

<sup>571</sup> Vgl. ebd., S.17ff.

<sup>572</sup> Vgl. Berger, Luckmann 1969, zitiert nach Meuser 2003, S. 140

<sup>573</sup> Vgl. Mayring 2002, S. 19, 27, 36f.

<sup>574</sup> Vgl. hierzu Kruse 2011, S. 19ff., 28f., 30ff.

Abwandlung des Leitfadenterviews. Das Forschungsinteresse richtet sich hier nicht nach der interviewten Person *im ganzen* aus, sondern nach den Handlungs- und Sichtweisen einer Gruppe von Expert\_innen, welche die befragten Personen repräsentieren.<sup>575</sup> Somit tritt der funktionale Kontext, in den die Personen eingebunden sind, in den Vordergrund.<sup>576</sup> In dieser Untersuchung hier stellt die professionelle Qualifikation als Sozialarbeiter\_in einerseits und die Einbindung in das thematisch zu erforschende Praxisfeld des BWF andererseits den funktionalen, kontextuellen Rahmen dar. Professionelle Fachkräfte des BWF eignen sich hier nicht nur aufgrund ihrer Erfahrung in der Begleitung der Betreuungsverhältnisse, sondern vor allem auch durch ihre besondere Position in der Dreiecksbeziehung für die Untersuchung. Ihre eingebundene und zugleich außenstehende Rolle im Betreuungssystem sowie professionelle Qualifizierung und kollegiale Beratung ermöglichen es, die eigene Arbeit, Prozesse im Betreuungssystem und auch den Gesamtverlauf von außen mit seinen Veränderungen zu beobachten und zu reflektieren.

Das spezialisierte und sozial institutionalisierte Sonderwissen der Expert\_innen ist neben dem Alltagswissen der Laien in einer arbeitsteiligen Gesellschaft von Relevanz.<sup>577</sup> Eine Expertin oder einen Experten kennzeichnet eine „institutionalisierte Kompetenz zur Konstruktion von Wirklichkeit“<sup>578</sup>. Folglich kann auch das sogenannte Expertenwissen nicht simpel erfragt werden, sondern ist auf der Grundlage der Aussagen rekonstruktiv zu ermitteln.<sup>579</sup>

Diese Untersuchung leistet einen Einblick in die Perspektive von Expert\_innen in diesem praktischen Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit. Aufgrund der geringen Anzahl an Befragungen, kann sie jedoch keine repräsentativen Aussagen gewähren, sondern lediglich zu weiterer Forschung in dieser Thematik anregen.

---

575 Vgl. ebd., S.61

576 Vgl. Meuser, Nagel 2003, S. 57

577 Vgl. Schütz 1972b, Sprondel 1979, zitiert nach Meuser, Nagel 2003, S. 57

578 Hitzler, Honer, Maeder 1994, zitiert nach Meuser, Nagel 2003, S. 57

579 Vgl. Meuser, Nagel 2003, S. 58

### 4.3 Leitfadententwicklung

Für das Experteninterview bietet das leitfadengestützte offene Interview laut Meuser und Nagel ein adäquates Erhebungsinstrument.<sup>580</sup> Generell kennzeichnet das Leitfadeninterview aus, dass ein Leitfaden den themengeleiteten Gesprächsverlauf strukturiert. Diese Steuerungs- und Strukturierungsfunktionen des Interviewleitfadens sind jedoch nach Kruse in Experteninterviews oftmals stärker ausgeprägt, als in anderen leitfadengestützten Interviewformen. Um die Sinnverständnisse und Deutungsmuster der Expert\_innen zu betrachten, werden die Fragen verhältnismäßig direkt und in konkretem Bezug auf das Forschungsinteresse gestellt. Inwiefern das leitfadengestützte Interview offener oder strukturierter durchgeführt werden soll, ist jeweils in Abhängigkeit zu den Forschungszielen und dem Untersuchungsgegenstand zu bestimmen.<sup>581</sup>

Auf der Basis des S<sup>2</sup>PS<sup>2</sup>-Verfahrens<sup>582</sup> von Kruse entwickelte ich einen eher stark strukturierenden Interviewleitfaden. Bei der Erstellung der Fragen war ich bestrebt, diese möglichst offen, hörerorientiert und erzählgenerierend zu formulieren<sup>583</sup>. Obschon mein Leitfaden detailliert und mit einigen optionalen Nachfragen aufgebaut ist, soll er keinen standardisierten und schematischen Gesprächsverlauf generieren, sondern eine flexible Interviewführung ermöglichen, bei der Fragen(blöcke) vorgezogen, weggelassen oder auch spontan ergänzt werden können. Die interviewten Expert\_innen sollen ihre eigene thematische Dimensionierung vornehmen und den Gesprächsverlauf abweichend vom Leitfaden gegebenenfalls selbst steuern können.<sup>584</sup>

Der Interviewleitfaden<sup>585</sup> ist in sieben Fragenblöcke unterteilt und steht unter der großen Leitfrage: *Inwiefern können Gastfamilien durch die Aufnahme von psychisch erkrankten Menschen für diese Inklusion verwirklichen?* Die Blöcke beginnen jeweils mit einer offenen Frage und beinhalten in Bezug zu diesem Themenblock weitere Nachfragen. Affirmationen oder Aufrechterhaltungsfragen dienen der Erhaltung des Redeflusses.

---

<sup>580</sup> Vgl. ebd.

<sup>581</sup> Vgl. Kruse 2011, S. 61f., 78

<sup>582</sup> Kruse entwickelte das SPSS-Verfahren nach Helfferich weiter zum S<sup>2</sup>PS<sup>2</sup>.

Vgl. hierzu Kruse 2011, S.79ff.

<sup>583</sup> Vgl. ebd., S.62

<sup>584</sup> Vgl. auch Meuser, Nagel 2003, S. 58; Kruse 2011, S. 62f.

<sup>585</sup> s. Interviewleitfaden: Anhang 1

Der erste Block fungiert als *Eisbrecher*. Der niederschwellige Einstieg über das Berichten der eigenen Einsatzstelle schafft eine gemeinsame Bezugsbasis für die weiteren Fragen und eröffnet den Erzählfluss der interviewten Person. Im zweiten Block werden einige Aspekte hinsichtlich der Klient\_innen und im dritten bezüglich der Gastfamilien thematisiert. Weiterführend nehmen der vierte und fünfte Block die Rollen und Aufgaben des Fachpersonals in den Blick. Ziele, Konzepte, Qualitätsmanagement sowie Chancen und Grenzen beinhaltet der sechste Block. Im letzten und siebten Block wird schließlich die Kernfrage zu Möglichkeiten der Inklusion durch diese Betreuungsform aufgeführt.

#### **4.4 Qualitative Stichprobe**

Da die qualitative Stichprobe, im Gegensatz zu einer großen zufälligen Stichprobenauswahl im quantitativen Verfahren, in der Regel kleine Personenanzahlen aufweist, wird hier eine gezielte Auswahl getroffen. Diese wird nach dem Grundsatz der maximalen strukturellen Variation erstellt, um stichprobenbedingte Verzerrungen zu kompensieren.<sup>586</sup>

Aufgrund der spezifischen Zielgruppe war das Sample zu Beginn bereits in dieser Hinsicht eingegrenzt. Darüber hinaus plante ich ein *face-to-face*<sup>587</sup> Interview, woraufhin der Aspekt zu beachten war, den jeweiligen Ort des Interviews gut erreichen zu können. Über das Internet begann ich nach Einrichtungen, welche des BWF anbieten, zu recherchieren. Aufgrund meines Wohnsitzes sowie persönlichen Bezugspunkten kontaktierte ich unterschiedliche Organisationen in den Gebieten Freiburg, Breisgau-Hochschwarzwald, Emmendingen, Ortenaukreis, Reutlingen und Tübingen zunächst per E-Mail. Mein Interviewvorhaben stieß auf großes Interesse bei den BWF-Teams, woraufhin mir alle positive Rückmeldung und Bereitschaft zur Teilnahme signalisierten. Mit drei Sozialarbeiter\_innen vereinbarte ich schließlich per E-Mail oder Telefonat Interviewtermine.

---

<sup>586</sup> Vgl. Kruse 2011, S.87f.

<sup>587</sup> von Angesicht zu Angesicht

#### **4.5 Interviewdurchführung**

Alle drei Interviews fanden jeweils in einem Büro oder Besprechungszimmer der jeweiligen Einrichtung statt, indem ein ungestörtes Gespräch unter vier Augen möglich war. Zu Beginn zeigten die Interviewpartner\_innen mir jeweils ihre Einrichtungen, wodurch erste Gespräche in Gang kamen und die Stimmung gelockert wurde. Bevor mit dem Interview gestartet werden konnte, wurden zunächst Formalien geklärt. Mündlich wurde die Erlaubnis eingeholt, das Gespräch mit einem digitalen Diktiergerät aufzunehmen. Ich informierte die Teilnehmenden über die Datenrechtsbestimmungen und mein Verwendungsvorhaben. Dabei sicherte ich ihnen den Schutz ihrer Daten sowie die Anonymität der Aufzeichnungen zu<sup>588</sup>.

Daraufhin testete ich das digitale Diktiergerät und startete damit, nochmals kurz mein Thema vorzustellen, bevor der Einstieg über den ersten Fragenblock erfolgte. Die Interviewteilnehmenden kamen alle in Redefluss, sodass auch einige Nachfragen bereits beantwortet wurden, bevor ich sie stellen konnte. Andererseits entschied ich mich auch während dem Gespräch, einzelne Fragen außen vor zu lassen, da ich bereits eine lange Interviewdauer befürchtete. Darüber hinaus, wichen alle Interviews vom Leitfadenvorlauf ab. Bereits nach dem ersten Interview stellte ich mir die Frage, ob ich diesen nochmals bearbeiten sollte für die nächsten beiden Interviews. Letztlich entschied ich mich dagegen, da es zwischen den Frageblöcken immer wieder Aspekte gibt, die sich überschneiden, wodurch es ohnehin schwierig war, einen linearen Gesprächsverlauf zu verfolgen. Zudem ermöglichte die flexible Handhabung des Leitfadens der interviewten Person somit, den Gesprächsverlauf partiell selbst zu steuern.

Nach Beendigung des Interviews bedankte ich mich bei den Interviewpartner\_innen und diese unterschrieben die Einverständniserklärung zur Verwendung des Interviewmaterials für dieses Forschungsprojekt<sup>589</sup>.

Die Gesprächsatmosphären waren in allen drei Gesprächssettings angenehm. Ursprünglich setzte ich eine Interviewdauer von 45 Minuten an, plante jedoch mit einem Puffer von weiteren 15 Minuten, um Zeitdruck zu vermeiden. Von diesem machte ich schließlich auch Gebrauch, denn die Interviews dauerten 59, 66 und das letzte sogar 107 Minuten.

---

588 s. Vertrauensschutzzerklärung: Anhang 2

589 s. Einverständniserklärung: Anhang 3

## 4.6 Auswertungsverfahren

Um die Interviews auswerten zu können, ist es notwendig, diese zu verschriftlichen, denn „diese Primärdaten allein ermöglichen (...) aufgrund der Flüchtigkeit und Schnelligkeit ihrer Rezipierbarkeit keine umfassende Methodik, an den kommunikativen Inhalten in irgendeiner Weise hermeneutisch zu arbeiten“<sup>590</sup>. Die Transkriptionen erfolgten auf der Basis des Gesprächsanalytischen Transkriptionssystems (GAT) sowie den Grundregeln, Notationen und Konventionen, die Kruse in Anlehnung an dieses Transkriptionssystem darlegt.<sup>591</sup> Dialekte wurden in den Transkripten nicht übernommen und es erfolgte eine Anonymisierung dieser.

Im Hinblick auf die Kapazitäten im Rahmen dieser Bachelor-Thesis, den Schwerpunkt auf der theoretischen Ausarbeitung und die Fokussierung der Kernfragestellung, habe ich mich zu einer themenorientierten Transkription entschlossen und somit lediglich die für die Fragestellung relevanten Sprachanteile transkribiert und ausgewertet.

Das Ziel der Auswertung der Experteninterviews ist es, überindividuell-gemeinsame Wissensbestände herauszufiltern. Dazu werden thematische Einheiten, welche auch im Text verteilt auftreten können, der unterschiedlichen Interviews miteinander verglichen. Der Funktionskontext der Expert\_innen stellt eine Basis für Vergleiche dar, da die Aussagen in dem institutionell-organisatorischen Bedeutungszusammenhang betrachtet werden.<sup>592</sup>

In der Auswertung habe ich mich an der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring orientiert. In dieser Analysemethode ist es zentral, Kategoriensysteme zu bilden.<sup>593</sup>

„Diese Kategorien werden in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt, durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und *rücküberprüft*.“<sup>594</sup>

Weiterführend stützt die hier durchgeführte Analyse auf der Grundform der Strukturierung<sup>595</sup>:

„Ziel der Analyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material

---

590 Kruse 2011, S.142

591 Vgl. ebd., S.148ff. mit Bezug auf Deppermann 2001

592 Vgl. Meuser, Nagel 2003, S. 58

593 Vgl. Mayring 2015, S. 61

594 Ebd.

595 Vgl. ebd., S. 67

herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“<sup>596</sup>

Der Schwerpunkt der Arbeit liegt hier auf einer inhaltlichen Strukturierung, welche den Text in Bezug auf spezielle Inhaltsbereiche, Themen und Aspekte extrahiert und zusammenfasst. Die dargelegten Kategorien werden zusätzlich jeweils mit Ankerbeispielen unterfüttert.<sup>597</sup>

## **4.7 Ergebnisdarstellung**

Die befragten Personen sind alle praktizierende Sozialarbeiter\_innen in BWF-Programmen innerhalb von Baden-Württemberg. Das Sample beinhaltet eine weibliche und zwei männliche Personen, deren Berufserfahrung in diesem Arbeitsbereich zwischen etwa zwei, acht und zu 20 Jahren variieren.

Direkte Zitate aus den Interviews werden durch die Angaben der Interviewnummer und der Zeilennummern des jeweiligen Transkripts kenntlich gemacht.

### **4.7.1 Betreuung durch Laien**

Hinsichtlich der Betreuung der Klient\_innen durch Laienfamilien sind sich die interviewten Personen einig, dass diese Außerordentliches leisten und dass dies eine konzeptionelle Besonderheit des BWF darstellt.

Eine befragte Person betont, dass die Familien bewusst nicht geschult werden,

*„weil wir eigentlich davon ausgehen, dass gerade diese Laienfamilien ganz bestimmte Ressourcen haben“<sup>598</sup>.*

Auch wenn mit dieser Betreuungsform teilweise Schwierigkeiten einhergehen, sieht diese\_r Interviewpartner\_in gerade in der Natürlichkeit der Betreuungsform Potenzial. Mit der Professionalisierung der Gastfamilien würde eben dieses verloren gehen, was das Angebot des BWF charakterisiert. Das Setting ermöglicht ganz andere Begegnungen als ein professioneller Rahmen.

---

<sup>596</sup> Ebd.

<sup>597</sup> Vgl. ebd., S. 97ff., 103

<sup>598</sup> I 2, Z. 53ff.

### 4.7.2 Natürlicher Alltag

Obwohl zwei Interviewteilnehmende zunächst bei dem Begriff *normal* zögern und diesen anscheinend nicht gerne benutzen, verwenden sie ihn letztlich doch während des Gesprächs, vermutlich aus Mangel adäquater Alternativen.

Die erste interviewte Person geht im Gespräch auf den natürlichen Alltag als alternative Therapie gegenüber anderweitigen professionellen Therapieformen ein:

*„Oder tausend Therapien macht, viele sind dann einfach auch spiel- und bastelgeschädigt, was die überall machen müssen in der Beschäftigungstherapie und wenn man die dann immer mal so ein bisschen lässt“<sup>599</sup>.*

Hier klingt auch an, dass Klient\_innen teilweise viele therapeutische Maßnahmen hinter sich haben, die eventuell nicht immer ohne Druck und auf freiwilliger Basis erfolgten. Daraus resultiert auch die Intention, welche daraufhin beschrieben wird, die Klient\_innen auch einfach mal machen zu lassen und in Ruhe zu lassen, ohne ständig Forderungen zu stellen. Eine Tagesstruktur wird jedoch als bedeutsam erachtet und im familiären Alltag können sich Bewohner\_innen außerhalb von therapeutischen Settings einbringen und zum Beispiel im Haushalt oder Garten, beim Einkaufen und Kochen oder der Versorgung von Haustieren beteiligen. Der Alltag wird im BWF gemeinsam von Gastfamilie und Gast bewältigt:

*„Er will ja auch etwas essen und das wird eben gemeinsam gemacht“<sup>600</sup>.*

Die\_der Gesprächspartner\_in im dritten Interview nimmt an, dass eine begrenzte Alltagsbewältigung aufgrund psychiatrischer Erkrankung den betroffenen Menschen auch an der gesellschaftlichen Integration hindert.

Im Unterschied zu betreutem Einzelwohnen leistet die alltägliche Anwesenheit von Familienmitgliedern rund um die Uhr laut dem ersten Interview oftmals mehr Einbeziehung der Bewohner\_innen. Die Gastfamilie bietet darüber hinaus im Vergleich zu Heimen, in welchen sich das komplette Leben mit immer wiederkehrenden gleichen Tagesabläufen und künstlichen Angeboten innerhalb der Einrichtung ereignet, eine andere Lebenswelt, welche es ermöglicht, *normaler* zu leben als in stationären Einrichtungen. Weiterführend berichtet das erste Interview von erfolgreichen Erfahrungen bezüglich reduzierter Medikamenteneinnahme, verbesserter Körperhygiene und mehr Selbstbewusstsein

---

599 I 1, Z. 56ff.

600 I 1, Z. 71f.



sowie gesteigertem allgemeinen Wohlbefinden.

Hieran knüpft auch die zweite befragte Person, indem sie die Verhinderung der Hospitalisierung als Ziel des BWF deklariert und auf die Relevanz der Erhaltung und Förderung der Fähigkeiten und Ressourcen der Gastbewohner\_innen aufmerksam macht. In der alltäglichen Begleitung sollen, im Gegensatz zu stationärer Unterbringung, nicht die Erkrankungen und Defizite, sondern die Stärkung gesunder Anteile fokussiert werden. Hierzu zitiert die befragte Person ein\_e Klient\_in, welche dies folgendermaßen ausdrückt:

*„Es ist eigentlich völlig Wurst, was ihm die Stimmen sagen, die er hört, es ist mir wichtig, dass er Kartoffeln schälen kann“<sup>601</sup>*

### 4.7.3 Sozialraum und Inklusion

Dass der Sozialraum eine bedeutende Rolle für die Gastbewohner\_innen im BWF spielt, darüber sind sich alle Gesprächsteilnehmenden einig. Darüber hinaus wird in allen drei Interviews deutlich, dass sich den Gastbewohner\_innen durch die Anbindung und Zugehörigkeit zur Familie Möglichkeiten bieten, Angebote im Sozialraum wahrzunehmen. Die Familien nehmen ihre Gäste mit in die Kirchengemeinde, in Vereine, zu Familienfesten oder zu Ausflügen, zum Beispiel ins Freibad, Kino, Zoo und Museum. Ein Befragter ist der Ansicht, dass Inklusion leichter von den Laienfamilien (*„dann ist er halt dabei“<sup>602</sup>*), als von professionellen Bezugspersonen verwirklicht werden kann. Ferner führen zwei Interviewpartner\_innen näher aus, dass das alltägliche Mitleben sowie Mitgehen Hürden überwinden kann, denn die betroffene Person wird motiviert und ist somit nicht lediglich auf den eigenen Antrieb angewiesen und darüber hinaus ist es einfacher, nicht alleine Unternehmungen anzutreten oder Veranstaltungen und regionale Angebote zu besuchen.

*„Und das ist dann manchmal der Schritt in die Selbständigkeit. Das hat mir gut getan, das hat mir gefallen, jetzt mach ich das auch alleine“<sup>603</sup>*

So stimmen die Interviewpartner\_innen überein, dass die Gastbewohner\_innen sich die sozialen Kontakte sowie Ressourcen der Familien zunutze machen können:

*„Die Bewohner können von allen Ressourcen der Familie mit*

---

601 I 2, Z. 80ff.

602 I 1, Z. 153

603 I 3, Z. 83f.

*profitieren* <sup>604</sup>.

Die Gäste erfahren in der Regel durch die lokale Vernetzung der Familie im Ort schnell Akzeptanz und werden miteingebunden.

*„Aber es hat sich dann rum gesprochen, dass der bei der und der Familie ist und weil die Familie halt so gut im Dorf integriert war, hat es geheißen: ja so schlecht kann der nicht sein“* <sup>605</sup>.

Ein\_e Gesprächspartner\_in berichtet jedoch, dass es auch immer wieder Probleme gibt und nicht alles rosarot ist. So ist es manchmal notwendig, einzugreifen und auch das soziale Umfeld gegebenenfalls über Eigenheiten oder krankheitsbedingtes Verhalten aufzuklären.

Alle drei Interviews betonen, dass im Betreuten Wohnen in Familien Inklusion stattfindet. Einerseits finden die seelisch behinderten Menschen in der Familie selbst Sozialkontakte und orientieren sich als neues Mitglied der Familie mithilfe des familiären sozialen Netzwerkes darüber hinaus in das gesellschaftliche Leben. In einem weiteren Schritt gehen sie auch unabhängig von der familiären Anbindung soziale Beziehungen ein. Über die Gastfamilie haben die betroffenen Menschen wieder Teil an der normalen Gesellschaft und werden nicht mehr lediglich als Sonderlinge wahrgenommen.

*„Dann ist es eine super Gelegenheit, in der Gesellschaft wieder einen Weg zu finden, einen Platz zu finden“* <sup>606</sup>.

Für manche Menschen kann, dem zweiten Interview zufolge, mit diesem Angebot der Übergang von der stationären Versorgung zum eigenverantwortlichen Leben in der Gesellschaft gelingen. Zwei der interviewten Personen schildern, dass der Sozialraum und die Einbindung der Familie darin zwar Möglichkeiten eröffnen, es aber von den Bewohner\_innen abhängt, inwiefern sie diese freiwilligen Angebote wahrnehmen.

*„Die Chancen sind da, aber nicht von jedem genutzt“* <sup>607</sup>.

Teilweise genügt den Bewohner\_innen die Integration in die jeweilige Familie, wodurch sie letztlich ebenfalls in ein gesellschaftliches Teilsystem eingebunden werden.

Den Zugang zur und die Inklusion in die Gesellschaft sieht der\_die

---

604 I 3, Z. 56f.

605 I 1, Z. 94ff.

606 I 2, Z. 103f.

607 I 3, Z. 98f.

Gesprächspartner\_in des zweiten Interviews eher begrenzt auf gesellschaftliche Teilsysteme, welche auch der Gastfamilie zugänglich sind. Darüber hinaus weist die befragte Person im dritten Interview auf die beschränkten Einflussmöglichkeiten des BWF auf die Entwicklung einer inklusiven Gesellschaft hin, da die Arbeit gesamtgesellschaftlich betrachtet lediglich einen geringen Anteil an Menschen tangiert. So kann punktuell durch Öffentlichkeitsarbeit und vor allem in Kreisen der Gastfamilien und Gastbewohner\_innen, welche begleitet werden, Inklusion stattfinden und Vorurteile können dort abgebaut werden. Für die einzelne betroffene Person kann hinsichtlich Inklusion viel erreicht werden und auch die Familie nimmt die Aufnahme von einem psychisch erkrankten Menschen häufig bereichernd wahr.

*„Wenn da jemand in diese Lücke, diese Nische, dieses Setting der Gastfamilie passt, dann funktioniert das“<sup>608</sup>.*

#### **4.8 Kritische Betrachtung**

Für eine umfassendere Betrachtung der Fragestellung sollten in zukünftigen Untersuchungen die Perspektiven aller am Prozess beteiligten Personen integriert werden und somit mehrere Klient\_innen, Gastfamilien und Fachkräfte sowie gegebenenfalls auch weitere Personen im sozialen Umfeld befragt werden. Da dies den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte, habe ich mich auf die professionelle Sichtweise der Fachkräfte konzentriert.

Rückblickend stelle ich fest, dass der zeitlichen Rahmen der Interviews deutlich überschritten wurde. Um dem in weiteren Interviews entgegenzuwirken, empfehle ich, den Interviewleitfaden knapper zu fassen um so effektiv wie möglich an die Kernaussagen der Interviewpartner\_innen zu gelangen.

Aufgrund der gezielten Fragestellung sowie der Schwerpunktsetzung auf die theoretische Ausarbeitung der Thematik, konnten nur die dafür relevanten Aspekte der Interviews ausgewertet werden. Die umfangreichen Antworten der Interviewten bergen jedoch noch einige sehr interessante Aussagen, die für andere Fragestellungen in diesem Themenbereich von Wert sein können.

Bei einzelnen Fragen wurden zwar Rückfragen gestellt oder eine andere thematische Richtung eingeschlagen, sodass diese für weitere Befragungen möglicherweise konkretisiert werden sollten. Insgesamt jedoch wurde das

---

608 I 1, Z. 185ff.

Interview von den Befragten als verständlich und deutlich in einer angenehmen Gesprächsatmosphäre wahrgenommen.

In den Interviews war es teilweise erforderlich, spontan auf den Gesprächsverlauf zu reagieren um Nachfragen zu stellen, welche demnach nicht immer exakt den vorformulierten Fragen entsprachen. Bei dieser Art der qualitativen Forschung wird ebendies verlangt, sich auf einen flexiblen Gesprächsverlauf einzulassen, wobei jedoch nie mit vollständiger Sicherheit ausgeschlossen werden kann, dass die Interviewdurchführung eine direktive Tendenz annahm. Demnach ist es wenig zielführend, den vorbereiteten Leitfaden linear durchzugehen, wodurch der Gesprächsverlauf in der Regel in hohem Maße gelenkt wird. Die flexiblen Interviewverläufe können somit auch auf eine im Vorfeld intendierte partielle Steuerung des Interviewverlaufs durch die befragten Personen hinweisen. Schließlich beinhalten die Interviews mitunter lange monologische Redebeiträge.

## Resümee

In der theoretischen Ausführung geht zunächst hervor, wie schwierig es ist, zwischen gesunden und kranken seelischen Zuständen abzugrenzen. Einerseits bedingt durch die Diagnostik, welche auf subjektiven Wahrnehmungen beruht und andererseits aufgrund der teilweise schützenden Mechanismen der Psyche. Letztlich kann man sagen, dass kein Mensch nur gesund oder nur krank ist und dass Beeinträchtigungen der seelischen Gesundheit in bio-psycho-sozialen Kontexten entstehen und daher in einem Zusammenhang zu Biografie, Lebensbedingungen, verfügbaren Ressourcen sowie der Wechselwirkung mit der soziokulturellen Umwelt steht. Demnach werden psychische Behinderungen auch als gesellschaftliche Konstrukte begriffen, da die Mehrheitsgesellschaft normative Anforderungen generiert und davon abweichende Verhaltensweisen als Krankheiten oder Behinderungen betrachtet werden. Solche klassifikatorischen und vorurteilsbildenden Vorgänge sind jedoch nur sehr schwer aufzubrechen.

Bezüglich der Diagnostizierung besteht das Dilemma, dass sie für die Gewährleistung und auch Weiterentwicklung von Hilfemaßnahmen relevant ist, jedoch auch etikettierende, stigmatisierende und abwertende Vorgänge bestärken kann. Gleichmaßen können auch sozialpsychiatrische Hilfsangebote diese Prozesse begünstigen.

Erkrankungen sowie krankheitsbedingtes, normabweichendes Verhalten stoßen in der Gesellschaft vielfach auf Unverständnis, Angst und abwehrende Haltungen. Hierdurch verstärken sich psychische Belastungen und krankheitsbedingtes Verhalten betroffener Personen und ausgrenzende, diskriminierende und isolierende Mechanismen werden ausgelöst. Persönliche und soziale Ressourcen verschwinden dann oftmals ebenso wie Anerkennung und Einbeziehung.

Es wird deutlich, dass Stigmatisierung, welche alle Lebensbereiche betreffen kann, die Lebensqualität und Handlungsoptionen eines Menschen beeinträchtigen kann. Strukturelle Barrieren, auch im Rehabilitationssystem, führen zu Diskriminierung und verminderter Teilhabe.

Um diesen Missständen entgegen zu treten, hat sich bereits vieles getan in der psychiatrischen Versorgungslandschaft. Die ambulanten sowie sozial- und gemeindepsychiatrischen Sektoren weisen inzwischen, trotz noch immer dominierender stationärer Bedarfsabdeckung, differenzierte Strukturen und

teilweise flächendeckende Verbreitung auf. Sie gehen rehabilitativ und stabilisierend vor, orientieren sich flexibel an den individuellen Bedürfnissen, Lebenskontexten, Problemen und Ressourcen der psychisch erkrankten Menschen.

Im Sinne der Inklusion soll seelisch beeinträchtigten Menschen der Zugang zu sozialen Funktionen und Leistungen ermöglicht sowie die Einbeziehung in soziale Systeme und Kontexte erreicht werden. Hierbei geht es jedoch nicht darum, psychisch behinderte Menschen dabei zu unterstützen, sich in die bestehende Gesellschaft einzupassen. Es muss an der Öffnung der Gesellschaft und einem selbstverständlicheren Umgang mit Vielfalt angesetzt werden. Darüber hinaus sorgen Organisationen und Einrichtungen dafür, dass psychisch behinderte Menschen von ihrem Recht auf Selbstbestimmung und gesellschaftliche Teilhabe gleichberechtigt Gebrauch machen können.

In besonderem Maße erfüllt das Angebot des Betreuten Wohnens in Familien diese Funktion.

Es verknüpft professionelle Hilfe mit der alltäglichen Versorgung durch Laienfamilien, welche den Bewohner\_innen auf Augenhöhe begegnen und sie in ihr Familienleben einbinden. Die begleitenden Fachkräfte agieren in dieser triadischen Konstellation vermittelnd, beratend und unterstützend. Ihre Aufgabe besteht in der Stabilisierung und der Kontrolle der Lebensgemeinschaft zugleich, da sie sowohl den Gast als auch die Gastfamilie schützen müssen. Zudem steuern die Fachteams die Vermittlungen von möglichst passenden Betreuungsverhältnissen, welche von fundamentaler Bedeutung für eine qualitative Arbeit sind. Ihnen wird in sämtlichen Arbeitsprozessen in hohem Maße Reflexionsfähigkeit abverlangt und es zählt zu ihrer Obliegenheit, die Entwicklung und Förderung der Bewohner\_innen im Blick zu behalten.

Prinzipiell ist das Angebot des BWF für alle Menschen mit (drohender) seelischer Behinderung geeignet. Es bietet eine individuell angepasste Einzellösung an, welche sich an den Hilfebedarfen und Wünschen der Klient\_innen orientiert und demnach auch individuelle Ziele entwickelt.

Gemeinsam bewältigen Gastbewohner\_innen und Familien den normalen Alltag mit allen Herausforderungen und Problemen, welche dieser mit sich bringt. Bewohner\_innen werden darin bestärkt, von ihren Ressourcen und Handlungspotenzialen Gebrauch zu machen und sich in ihrem Leben wieder

selbstwirksam zu erleben. Sie erlernen somit lebenspraktische Fähigkeiten oder entdecken diese wieder und wagen sich im geschützten Rahmen der Familie, für sich selbst, das eigene Handeln und die eigenen Entscheidungen wieder Verantwortung zu übernehmen. Je nach Zielvorstellungen und Setting werden oftmals die Wiedererlangung von Selbstbestimmung und Eigenständigkeit in Bezug auf die Wohn- und Lebenssituation oder eine Beheimatung angestrebt. Das BWF intendiert nicht zwangsläufig die Heilung der psychischen Erkrankungen. Es kann auch darum gehen, wie die Erkrankung in das eigene Leben und die Identitätsentwicklung integriert und wie an der Zufriedenheit mit der eigenen Lebensqualität gearbeitet werden kann.

Auch der Einblick in die Praxis des BWF weist darauf hin, wie dieses Betreuungssetting menschliche Bedürfnisse nach verlässlichen und konstanten sozialen Beziehungen, Halt, Geborgenheit und Zugehörigkeit erfüllen kann. Meist werden die Gastbewohner\_innen in der Rolle von Familienmitgliedern in das familiäre System integriert und profitieren durch diese Anbindung auch von den Ressourcen, sozialen Beziehungen und der Einbindung in das Gemeinwesen, dergestalt, dass sie im einzelnen soziale Barrieren überwinden und einen Weg zurück in die Gesellschaft finden. Die natürliche, alltägliche Umgebung und Einbeziehung in das gesellschaftliche System Familie mit seinen Vernetzungen ermöglicht Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Trotz der Tatsache, dass das Betreute Wohnen in Familien bislang den Status eines Nischenangebots einnimmt und eine bundesweite flächendeckende Verbreitung noch nicht in Aussicht ist, kann es neben vielen weiteren ambulanten gemeindepsychiatrischen Angeboten bereichernd zu einer Vielfalt an individuell und bedarfsangepasst sowie gemeindenah orientierten Unterstützungsmaßnahmen beitragen. Meiner Ansicht nach können Gastfamilien schließlich als Türöffner für gesellschaftliche Teilhabe fungieren. Die Aufnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen, welche noch immer gesellschaftliche Stigmatisierung, Diskriminierung und Ausgrenzung erfahren, kann demnach für die Betroffenen eine Tür zurück in die Gesellschaft darstellen. Das Betreute Wohnen in Familien vermag es wie kein anderes Angebot, Inklusion zu leben.

## Quellenverzeichnis

### Literatur

- Albers, Matthias (2014): (Wie) kann man Inklusion steuern? Konzepte und Erfahrungen am Beispiel von Psychiatrieplanung. In: *Kerbe* 32 (4), S. 31–34.
- Bachmaier, Monika (2011): Betreutes Wohnen in Familien für psychisch erkrankte Menschen. In: *Kerbe* 29 (3), S. 38–40.
- Bayer, Wolfgang (2010): „Ach wie gut, dass niemand weiß...?!“. Das Dilemma der Stigmatisierung. In: *Kerbe* 28 (4), S. 16–18.
- Becker, Jo (2012a): Qualitätssicherung des BWF - warum und wie. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 178–182.
- Becker, Jo (2012b): Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch im BWF. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 159–177.
- Becker, Jo (2014): Betreutes Wohnen in Familien. Risiken und Qualitätssicherung. Ergebnisse einer Befragung zu Qualitätssicherung und Problemlagen im betreuten Wohnen in Familien und Möglichkeiten der Intervention. In: *Soziale Psychiatrie* 38 (2), S. 24–28.
- Becker, Jo; Neuenfeldt-Spickermann, Renate (2006): Zur Qualitätssicherung des Betreuten Wohnens in Familien. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 35 (2), S. 14–17.
- Birkenheier, Claudia (2006): Verlauf psychischer Störungen während der Familienpflege. In: Claudia Birkenheier und Anja Hagen (Hg.): *Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. Halt, Begegnung, Hoffnung : 10 Jahre psychiatrische Familienpflege an den SHG-Kliniken Völklingen ; Symposium am 26.10.2005, Psychiatrisch-Psychotherapeutische Klinik und Tagesklinik, Zentrum für Psychiatrische Familienpflege, SHG-Kliniken Völklingen Saar*. Völklingen: Vital e.V, S. 53–71.
- Birkenheier, Claudia; Hagen, Anja (Hg.) (2006): *Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. Halt, Begegnung, Hoffnung : 10 Jahre psychiatrische Familienpflege an den SHG-Kliniken Völklingen ; Symposium am 26.10.2005, Psychiatrisch-Psychotherapeutische Klinik und Tagesklinik, Zentrum für Psychiatrische Familienpflege, SHG-Kliniken Völklingen Saar*. Völklingen: Vital e.V.
- Bock, Thomas (2014): Wird die Menschheit kränker oder die Krankheit menschlicher? In: *Psychiatrische Praxis* 41 (3), S. 121–123.
- Bohnsack, Ralf; Marotzki, Winfried; Meuser, Michael (Hg.) (2003): *Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch*. Opladen: Leske + Budrich (UTB Soziologie, Erziehungswissenschaft, 8226).
- Bremer, Fritz (2014): Inklusion ohne Fürsorge geht nicht! In: *Kerbe* 32 (4), S. 20–23.



Brinkmann, Claudia (2010): Traumatisierte Kinder und ihre Entwicklungschancen in Pflegefamilien. In: *Kerbe* 28 (3), S. 31–33.

Burkert, Michael (2006): Geleitworte. In: Claudia Birkenheier und Anja Hagen (Hg.): *Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. Halt, Begegnung, Hoffnung : 10 Jahre psychiatrische Familienpflege an den SHG-Kliniken Völklingen* ; Symposium am 26.10.2005, Psychiatrisch-Psychotherapeutische Klinik und Tagesklinik, Zentrum für Psychiatrische Familienpflege, SHG-Kliniken Völklingen Saar. Völklingen: Vital e.V, S. 11–12.

Ciampi, Luc (2013): Sozialpsychiatrie gestern, heute, morgen. Auf dem Weg zu einer modernen Neuro-Soziopsychiatrie. In: *Kerbe* 31 (2), S. 4–7.

Deister, Arno; Wilms, Bettina (2015): Neue Behandlungsstrukturen in der Psychiatrie - Chance für eine zukunftsfähige Versorgung. In: *Psychiatrische Praxis* 42 (1), S. 8–10.

Dilk, Karl-Günter (2006): Einführung. In: Claudia Birkenheier und Anja Hagen (Hg.): *Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. Halt, Begegnung, Hoffnung : 10 Jahre psychiatrische Familienpflege an den SHG-Kliniken Völklingen* ; Symposium am 26.10.2005, Psychiatrisch-Psychotherapeutische Klinik und Tagesklinik, Zentrum für Psychiatrische Familienpflege, SHG-Kliniken Völklingen Saar. Völklingen: Vital e.V, S. 15–18.

Dulz, Birger (2010): Wenn die Familie schadet. Am Beispiel von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. In: *Kerbe* 28 (3), S. 29–30.

Eisenhut, Reinhold (2006): Entwicklung und Finanzierung des Betreuten Wohnens in Familien in Deutschland. In: Claudia Birkenheier und Anja Hagen (Hg.): *Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. Halt, Begegnung, Hoffnung : 10 Jahre psychiatrische Familienpflege an den SHG-Kliniken Völklingen* ; Symposium am 26.10.2005, Psychiatrisch-Psychotherapeutische Klinik und Tagesklinik, Zentrum für Psychiatrische Familienpflege, SHG-Kliniken Völklingen Saar. Völklingen: Vital e.V, S. 73–94.

Eisenhut, Reinhold (2012): Rechtliche Aspekte und Finanzierungsformen des Betreuten Wohnens in Familien. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 94–103.

Elgeti, Hermann (2006): Familien-Bande - Gefahr der Hospitalisierung in der Gastfamilie? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 35 (2), S. 11–14.

Elgeti, Hermann (2015): Was bedeuten Inklusion und Sozialraumorientierung für die Sozialpsychiatrie? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (2), S. 19–23.

Faltermaier, Toni (2012): Salutogenese - Resilienz. Theoretische Grundlagen einer psychosozialen Gesundheitsförderung. In: *Kerbe* 30 (4), S. 4–7.

Finzen, Asmus (2010): Die Krankheit verstecken. Stigma und Stigmabewältigung bei psychischen Störungen. In: *Kerbe* 28 (4), S. 8–11.

Finzen, Asmus (2013): Psychische Erkrankungen im öffentlichen Diskurs. Anmerkungen zur aktuellen Diskussion. In: *Kerbe* 31 (3), S. 24–27.

Finzen, Asmus (2015): Gefühlt gefährlich? Gewalttaten psychisch Kranker gegen Fremde sind sehr selten. In: *Soziale Psychiatrie* 39 (1), S. 26–27.

- Flemming, Lothar (2014): Mit dem »ambulant betreuten Wohnen« in den »inklusiven Sozialraum«? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (3), S. 6–11.
- Gahleitner, Silke Birgitta; Pauls, Helmut (2013): Psychosoziale Diagnostik. In: *Kerbe* 31 (3), S. 14–17.
- Grauenhorst, Inke; Steinhart, Imgmar (2011): Heim-Alternativen. Wege zu Lebensqualität und Teilhabe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen. In: *Kerbe* 29 (2), S. 30–32.
- Hagen, Anja (2006): 10 Jahre Familienpflege in Völklingen - Erfahrungen, Daten, Ergebnisse. In: Claudia Birkenheier und Anja Hagen (Hg.): Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. Halt, Begegnung, Hoffnung : 10 Jahre psychiatrische Familienpflege an den SHG-Kliniken Völklingen ; Symposium am 26.10.2005, Psychiatrisch-Psychotherapeutische Klinik und Tagesklinik, Zentrum für Psychiatrische Familienpflege, SHG-Kliniken Völklingen Saar. Völklingen: Vital e.V, S. 37–51.
- Hell, Daniel (2013): Krankheitsverständnis und Kultur. Die vielen Gesichter der Depression. In: *Kerbe* 31 (3), S. 18–20.
- Heltzel, Rudolf (2014): Bedenkliche Arbeitsformen in der Gemeindepsychiatrie. Eindrücke aus der Supervisionspraxis. In: *Kerbe* 32 (3), S. 26–29.
- Hemkendreis, Bruno (2011): Ambulante psychiatrische Pflege (APP) im deutschsprachigen Raum. Erfahrungsaustausch zwischen Vertretern ambulanter psychiatrischer Pflegedienste aus der Schweiz, Österreich und Deutschland. In: *Psych. Pflege Heute* 17 (3), S. 130–132.
- Hoff, Paul (2014): Was ist eine psychiatrische Diagnose? Historische und aktuelle Aspekte am Beispiel der Depression. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (2), S. 16–21.
- Horster, Detlef (2015): Normative Begründung der Inklusion. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (2), S. 25–29.
- Kahl, Yvonne (2015): Inklusion durch das SGB IX? Barrieren der Teilhabe psychisch erkrankter Menschen im System der Rehabilitation und neue Perspektiven durch die UN-BRK. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (3), S. 5–7.
- Kal, Doortje (2010): Gastfreundschaft. Quartiermaken - das niederländische Konzept gegen Ausgrenzung. In: *Kerbe* 28 (4), S. 31–33.
- Kardorff, Ernst von (2010): Stigmatisierung, Diskriminierung und Exklusion psychisch kranker Menschen. Soziologische Anmerkungen zu einer ärgerlichen gesellschaftlichen Tatsache und einem fortlaufenden Skandal. In: *Kerbe* 28 (4), S. 4–7.
- Kastl, Jörg Michael (2014): „Inklusion“ zwischen Strukturkategorie und neuer Gemeinschaftsideologie. Soziologische Überlegungen zur Brauchbarkeit einer Vokabel in der Sozialpsychiatrie. In: *Kerbe* 32 (4), S. 4–7.
- Kellmann, Markus (2015): Eine *LiGa* für sich. Was Psychiatrie und Eingliederungshilfe vom *Leben in Gastfamilien* lernen können. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (2), S. 36–39.

Keupp, Heiner (2012): Familie ist auch nicht mehr das was sie einmal war. Von der selbstverständlichen Matrix zum Balanceakt. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 47–58.

Kilian, Reinhold; Becker, Thomas (2013): Gibt es eine Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland? Das Problem der Messung von Veränderungen in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen. In: *Kerbe* 31 (3), S. 4–6.

Kleinlein, Monika (2011): My Home is my Castle. Ambulante psychiatrische Hauskrankenpflege aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht. In: *Psych. Pflege Heute* 17 (3), S. 140–141.

Kleve, Heiko (2014): Gesellschaftliche Inklusion und familiäre Integration. Eine systemtheoretische Reflexion. In: *Teilhabe* 53 (4), S. 155–160.

Klingelberg, Oliver (2015): Das Bielefelder Modell. Wohnen mit Versorgungssicherheit auch für Menschen mit psychischer Erkrankung. In: *Kerbe* 33 (2), S. 30–32.

Knuf, Andreas (2011): Was ist Selbstverantwortung und wie lässt sie sich fördern? In: *Kerbe* 29 (3), S. 21–23.

Konrad, Michael (2015): Inklusion - ein Ausweg zwischen Heim und ambulatem Getto? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (2), S. 31–36.

Konrad, Michael; Becker, Jo; Eisenhut, Reinhold (2012): Betreutes Wohnen in Familien - Die Umsetzung des Inklusionsanspruchs für Menschen mit schweren Behinderungen. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 13–35.

Konrad, Michael; Becker, Jo; Eisenhut, Reinhold (Hg.) (2012): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Konrad, Michael; Schmidt-Michel, Paul-Otto (2004): Rückfall in die Steinzeit? Eine Zwischenbilanz 20 Jahre nach der Wiederentdeckung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. *Psychiatrische Familienpflege - Einführung -*. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 34 (4), S. 2–6.

Kraan, Karel; Franz, Harald (2013): Modellprojekt Gemeindeintegrierte Akutbehandlung (GiA) der Versorgungsregion Luzern-Stadt und Agglomeration. In: *Kerbe* 31 (3), S. 41–44.

Kronauer, Martin (2014): Inklusion in der Prekarisierungsgesellschaft - eine Illusion? In: *Kerbe* 32 (4), S. 15–17.

Kruse, Gunther (2014): Reformansätze in der Psychiatrie - gehupft wie gesprungen? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (1), S. 42–45.

Kruse, Jan (2011, Oktober): Reader „Einführung in die Qualitative Interviewforschung“. Freiburg im Breisgau (Bezug über: [www.qualitative-workshops.de](http://www.qualitative-workshops.de)).

Lisofsky, Beate (2014): Keine gute Behandlung. Die Sicht der Öffentlichkeit und der Medien auf »die Psychiatrie«, psychisch kranke Menschen und die Perspektive der Familien. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (2), S. 23–25.

- Lötscher, K.; Stassen, H. H.; Hell, D.; Bridler, R. (2009): Gemeindefamiliäre psychiatrische Akutbehandlung in Gastfamilien. Kostengünstige Alternative zum Klinikaufenthalt bei hoher Patientenzufriedenheit. In: *Nervenarzt* 80 (7), S. 818–826.
- Martin, Marion (2012): Kosten sparen - Leistung verbessern. BWF aus Sicht des Leistungsträgers. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 83–93.
- Mayer, Heinrich (2012): Angehörigenfamilien als Gastfamilien für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 185–190.
- Mayring, Philipp (2002): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz (Beltz Studium).
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarb. Aufl. Weinheim: Beltz (Beltz Pädagogik).
- Meuser, Michael (2003): Rekonstruktive Sozialforschung. In: Ralf Bohnsack, Winfried Marotzki und Michael Meuser (Hg.): *Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch*. Opladen: Leske + Budrich (UTB Soziologie, Erziehungswissenschaft, 8226), S. 140–142.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike (2003): Experteninterview. In: Ralf Bohnsack, Winfried Marotzki und Michael Meuser (Hg.): *Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch*. Opladen: Leske + Budrich (UTB Soziologie, Erziehungswissenschaft, 8226), S. 57–58.
- Meyer, Günter (2015): Die Psychiatrie-Enquête. In: *Psych. Pflege Heute* 21 (4), S. 162–163.
- Müller, Thomas (2004): Das Vorbild Gheel und die psychiatrische Familienpflege im 19. Jahrhundert. *Psychiatrische Familienpflege - Geschichte*. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 34 (4), S. 7–11.
- Müller, Thomas (2012): Institutionelle oder offene Versorgung. Zur Geschichte des Betreuten Wohnens in Familien als Gegenstand einer nie enden wollenden Kontroverse der Psychiatrie. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 36–46.
- Neuenfeldt-Spickermann, Renate (2012): Die gute Familie. Aspekte zur Auswahl geeigneter Gastfamilien. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 148–158.
- Prins, Sibylle (2012): Betreutes Wohnen in Familien - Chancen und Probleme. Die Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 69–74.
- Prins, Sibylle (2014): Psychiatrie in den Medien. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (22-23).

- Prins, Sibylle (2015): Sind wir vielleicht oder tatsächlich unerwünscht? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (1), S. 26–27.
- Richter, Brigitte (2015): Inklusion ist eine Haltung - sie findet in den Köpfen und Herzen statt. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (2), S. 9–10.
- Richter, Dirk (2010): Exklusionsmechanismen in der modernen Gesellschaft. Auswirkungen und Folgen für Menschen mit psychischen Behinderungen. In: *Kerbe* 28 (2), S. 8–10.
- Richter, Dirk (2012): Von der sozialen Krise zur psychischen Krise? In: *Kerbe* 30 (2), S. 7–10.
- Richter, Dirk; Berger, Klaus (2013): Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. In: *Psychiatrische Praxis* 40 (4), S. 176–182.
- Richter, Dirk; Schwarze, Thomas; Hahn, Sabine (2010): Merkmale guter psychiatrischer Pflege und Betreuung. Vorläufige Ergebnisse einer Literatursynthese. In: *Psych. Pflege Heute* 16 (1), S. 17–20.
- Rosemann, Matthias (2014): Vom Betreuten Wohnen zur mobilen Unterstützung. Über die Zukunft einer für die psychiatrische Versorgung wichtigen Hilfeleistung. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (3), S. 11–13.
- Schädle-Deiniger, Hilde (2014): Ein-Blick in Ethik und Haltungen der psychiatrischen Pflege. In: *Psychiatrische Praxis* 41 (S1), S. S11-S15.
- Schädler, Johannes (2015): Zu den Chancen des nicht halbierten Inklusionsbegriffs der UN-Behindertenrechtskonvention. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (2), S. 11–15.
- Schaffer, Sonja; Walz, Ellen (2012): Recovery in einem Gemeindepsychiatrischen Zentrum. Eine ansteckende Idee. In: *Kerbe* 30 (1), S. 37–39.
- Schmidt-Michel, Paul-Otto (1991): Psychiatrische Familienpflege - alternative Betreuung für psychische Langzeitpatienten. In: *Das öffentliche Gesundheitswesen* 53 (1), S. 534–537.
- Schomerus, Georg (2014): Was hält die Öffentlichkeit in Deutschland von Zwangseinweisungen? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (2), S. 26–28.
- Schomerus, Georg; Angermeyer, Matthias C. (2013): Psychiatrie - endlich entstigmatisiert? Einstellungen der Öffentlichkeit zur psychiatrischen Versorgung 1990 - 2011. In: *Psychiatrische Praxis* 40 (2), S. 59–61.
- Schönberger, Christine; Stolz, Peter (2003): *Betreutes Leben in Familien - Psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch für die Praxis/ Christine Schönberger; Peter Stolz. Mit e. Vorwort v. Michael Konrad. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie-Verlag (Psychosoziale Arbeitshilfen, 22).*
- Schulte-Kemna, Georg (2011): Alternativen zum Heim. Eine Landschaft voller Baustellen. In: *Kerbe* 29 (2), S. 4–8.
- Seidel, Michael (2013): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). Sinn und Zweck in Ergänzung zur Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsstörungen (ICD). In: *Kerbe* 31 (3), S. 9–13.

Sielaff, Gyöngyvér (2010): Durch Begegnung Vorurteile überwinden. „Irre menschlich Hamburg“ - Gemeinsam für mehr Toleranz und Sensibilität. In: *Kerbe* 28 (4), S. 28–29.

Steinhart, Ingmar (2014): Mietvertrag statt Heimvertrag. Lösungswege zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention oder Warum werden Heim ersetzende Unterstützungssettings nicht stärker befördert? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (3), S. 14–18.

Straub, Eva (2013): Krankheitskonzepte bauen auf oder zerstören. In: *Kerbe* 31 (3), S. 31–33.

Theißing, Annette (2015): Zollstock und Notfallkordel: Barrieren in der psychiatrischen Rehabilitation. Bar/ri/e/re: Absperrung, die jemanden von etwas fernhält. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (2), S. 53–54.

van Remoortel, Joséé (2014): Deinstitutionalisierung - ein gesamteuropäisches Projekt. In: *Soziale Psychiatrie* 38 (2), S. 14–15.

Verrieth, Ulrike (2011): Zu Hause. Aufsuchende integrierte psychiatrische Behandlung. In: *Psych. Pflege Heute* 17 (3), S. 138–139.

Vögeli, Willi (2014): Von der Schwierigkeit der Feststellung und Überwindung von Teilhabebarrrieren. Lotsen begleiten Menschen mit psychischer Erkrankung/Behinderung durch die schwierigen Gewässer der sozialen Sicherungssysteme - ein blauäugiger Blick in die Zukunft. In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (3), S. 33–37.

Weniger, Godehard (2013): Psychiatrische Diagnosen des DSM-IV-TR und ICD-10. Was sind psychiatrische Diagnosen und wie werden sie „konstruiert“? In: *Kerbe* 31 (3), S. 6–8.

Wermuth, Katrin; Konrad, Michael; Eisenhut, Reinhold; Bebenburg, Manfred von (2012): Zu dritt! Die Funktion des begleitenden Fachdienstes im Betreuten Wohnen in Familien. In: Michael Konrad, Jo Becker und Reinhold Eisenhut (Hg.): *Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung*. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 113–133.

Wesseloh, Ulrich (2011): Ambulant statt stationär. Zu-Hause-Behandlung im häuslichen Umfeld von Menschen in psychischen Notlagen. In: *Psych. Pflege Heute* 17 (3), S. 122–129.

Westrich, Jörg (2006): Ausblick. In: Claudia Birkenheier und Anja Hagen (Hg.): *Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. Halt, Begegnung, Hoffnung : 10 Jahre psychiatrische Familienpflege an den SHG-Kliniken Völklingen ; Symposium am 26.10.2005, Psychiatrisch-Psychotherapeutische Klinik und Tagesklinik, Zentrum für Psychiatrische Familienpflege, SHG-Kliniken Völklingen Saar. Völklingen: Vital e.V, S. 111–117.*

Wienberg, Günther (2014): 40 Jahre Psychiatriereform in Deutschland. Auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?! In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 44 (1), S. 4–9.

Wunder, Michael (2015): Inklusion - ein Stichwortgeber für die Sozialpsychiatrie? In: *Sozialpsychiatrische Informationen* 45 (2), S. 4–8.

Zimmermann, Ingo; Andrae, Jennifer (2015): Psychiatrische Pflege in Gastfamilien. Empirische Untersuchung zur Lebensqualität von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen. In: *Psych. Pflege Heute* 21 (4), S. 166–174.

Zinkler, Martin (2014): Ambulant hat Vorrang. Fremdbestimmung versus Empowerment - zur Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Großbritannien. In: *Soziale Psychiatrie* 38 (1), S. 9–11.

### **Internetquellen**

Bentele, Verena (24.07.2014): Behindertenbeauftragte begrüßt Entscheidung des Bundessozialgerichts zugunsten behinderter Menschen in der Sozialhilfe (Regelbedarfsstufe 3). Online im Internet: URL: [http://www.bwf-info.de/bwf\\_e3/gesetze\\_urteile/Regelbedarfsstufe.pdf](http://www.bwf-info.de/bwf_e3/gesetze_urteile/Regelbedarfsstufe.pdf) [17.12.2015]

Bundessozialgericht (23.07.2014): Sozialhilfe für volljährige behinderte Menschen, die bei ihren Eltern oder in einer Wohngemeinschaft leben, nach Regelbedarfsstufe 1 (100%). Medieninformation Nr. 20/14. Kassel. Online im Internet: URL: [http://www.bwf-info.de/bwf\\_e3/gesetze\\_urteile/Regelbedarfsstufe.pdf](http://www.bwf-info.de/bwf_e3/gesetze_urteile/Regelbedarfsstufe.pdf) [17.12.2015]

Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Fachausschuss BWF (2011, September): Fachliche Standards. Online im Internet: URL: [http://www.bwf-info.de/bwf\\_e3/fachausschuss/BWF-Standards.pdf](http://www.bwf-info.de/bwf_e3/fachausschuss/BWF-Standards.pdf) [01.12.2015]

# Anhang

## **Anhang 1: Interviewleitfaden**

### **Interview Einstieg:**

*Thema allgemein und verständlich:*

- Hallo, mein Name ist Miriam Seitz und ich führe momentan ein Forschungsprojekt zum Thema *Eine Tür zurück in die Gesellschaft – die Aufnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Gastfamilien* durch. (Mich interessiert die Inklusion psychisch erkrankter Menschen durch die Aufnahme in Gastfamilien.)
- Danke schon mal jetzt, dass Sie sich Zeit für das Interview nehmen!

*Art und Dauer des Interviews:*

- Vermutlich wird das Interview ca. 45 min dauern.
- Die Fragen sind sehr offen formuliert und Sie können mir dazu gerne alles erzählen, was Ihnen einfällt und was Sie möchten. Wenn Sie etwas nicht beantworten möchten, ist das natürlich in Ordnung.

*Was passiert mit den Daten:*

→ Vertrauensschutzklärung zusammen durchgehen



**Leitfrage:**

Inwiefern können Gastfamilien durch die Aufnahme von psychisch erkrankten Menschen für diese Inklusion verwirklichen?

**1. Block:**

Zunächst würde ich gerne von Ihnen wissen, wo Sie genau arbeiten. Erzählen Sie doch mal.

<b>Stichpunkte</b>	<b>Aufrechterhaltungsfragen</b>	<b>Nachfragen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Einrichtung</li><li>- Ort</li><li>- Fachpersonal</li><li>- Anzahl der begleiteten Gastfamilien</li><li>- Erfahrungszeit</li><li>- Veränderungen</li></ul>	<p>Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein?</p> <p>Gibt es sonst noch was?</p> <p>Und dann?</p> <p>Und sonst?</p> <p>Was meinen Sie damit?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Für welche Einrichtung arbeiten Sie?</li><li>- In welchen Orten sind Sie tätig?</li><li>- Wie viele Kolleg_innen arbeiten mit Ihnen und welche Professionen haben diese?</li><li>- Wie viele Gastfamilien mit Bewohner_innen begleiten Sie (und ihre Kolleg_innen) momentan?</li><li>- Wie lange arbeiten Sie bereits in diesem Bereich?</li><li>- Wie hat sich die Tätigkeit in den letzten Jahren (je nach Erfahrungszeit) verändert?</li></ul>

## 2. Block:

Welche Menschen nehmen Ihre Hilfe in Anspruch?

Stichpunkte	Aufrechterhaltungsfragen	Nachfragen
<p>Klientel</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Alter</li><li>- Geschlecht</li><li>- Erkrankungen</li><li>- psychiatrische Vorerfahrungen</li><li>- Voraussetzungen für die Vermittlung</li><li>- Verweildauer</li><li>- Kontakt zur Herkunftsfamilie</li></ul>	<p>Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein?</p> <p>Gibt es sonst noch was?</p> <p>Und dann?</p> <p>Und sonst?</p> <p>Was meinen Sie damit?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Wie alt sind ihre Klient_innen?</li><li>- Betreuen Sie mehr Frauen, Männer oder Personen des dritten Geschlechts?</li><li>- Welche Erkrankungen bringen die Menschen mit?</li><li>- Woher kommen die Gastbewohner? Welche psychiatrischen Vorerfahrungen prägen sie?</li><li>- Welche Voraussetzungen muss der_die Bewohner_in für die Aufnahme in einer Familie erfüllen? (Wann entscheidet man sich für oder gegen diese Option?)</li><li>- Wie lange bleiben die Bewohner_innen durchschnittlich in den Familien?</li><li>- Inwiefern bestehen Kontakte zu den Herkunftsfamilien?</li></ul>

### 3. Block:

Was macht Familien aus, die psychisch erkrankte Menschen bei sich aufnehmen?

Stichpunkte	Aufrechterhaltungsfragen	Nachfragen
<p>Gastfamilie</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Familienkonstellation</li><li>- Lebensphasen</li><li>- Milieu</li><li>- Voraussetzungen</li><li>- Auswahlverfahren</li><li>- Motivation</li><li>- Sozialraum</li><li>- Auswirkungen</li></ul>	<p>Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein?</p> <p>Gibt es sonst noch was?</p> <p>Und dann?</p> <p>Und sonst?</p> <p>Was meinen Sie damit?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Vorwiegend alleinstehende Personen, Paare oder Familien mit Kindern?</li><li>- Befinden sich die Familien tendenziell in bestimmten Lebensphasen?</li><li>- Welchen Milieus können die Familien tendenziell zugeordnet werden?</li><li>- Welche Voraussetzungen müssen in der Gastfamilie gegeben sein?</li><li>- Wie werden die Gastfamilie und der_ die entsprechende Bewohner_ in „passend“ ausgewählt?</li><li>- Was motiviert eine Familie, einen Gast aufzunehmen? (Wie hoch ist das Betreuungsgeld für die Familie?)</li><li>- Welche Rolle spielt der Sozialraum der Familie für den Prozess der Begleitung?</li><li>- Wie wirkt sich die Aufnahme eines psychisch erkrankten Menschen auf die Familie aus?</li></ul>

**4. Block:**

Was sollte das Fachpersonal für die Begleitung einer Familie mitbringen?

<b>Stichpunkte</b>	<b>Aufrechterhaltungsfragen</b>	<b>Nachfragen</b>
Fachpersonal - Qualifikation - Voraussetzungen - Rolle in der Familie	Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein?  Gibt es sonst noch was?  Und dann?  Und sonst?  Was meinen Sie damit?	- Welche Rolle nehmen Sie in der Gastfamilie ein?

## 5. Block:

Wie sieht die Begleitung der Familien und Gastbewohner konkret aus?

Stichpunkte	Aufrechterhaltungsfragen	Nachfragen
<p>Begleitung der Gastfamilie</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Rahmenbedingungen</li><li>- Aufgaben</li><li>- Zusammenarbeit Sozialarbeiter_in mit Familie und anderen Professionellen</li><li>- Supervision</li><li>- Übergänge</li></ul>	<p>Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein?</p> <p>Gibt es sonst noch was?</p> <p>Und dann?</p> <p>Und sonst?</p> <p>Was meinen Sie damit?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Bestehen feste fachliche Rahmenbedingungen/Vorgaben (zu Umfang, Dauer, Dokumentation, Reflexion der Betreuung)?</li><li>- Was sind Ihre Aufgaben dort?</li><li>- Wie grenzt sich ihr Tätigkeitsbereich zu dem der Familienmitglieder und gegenüber anderem Fachpersonal ab? (Mit welchen Professionen arbeiten Sie zusammen?)</li><li>- Wie werden gegebenenfalls medizinische und therapeutische Bedarfe versorgt?</li><li>- Inwiefern können Fachkräfte und Familienmitglieder Supervision in Anspruch nehmen?</li><li>- Wie werden die Übergänge zu Beginn und bei der Beendigung der Unterkunft in einer Familie gestaltet?</li></ul>

**6. Block:**

Welche Ziele verfolgen Sie in der Arbeit mit den Gastfamilien und ihren Gastbewohnern?

<b>Stichpunkte</b>	<b>Aufrechterhaltungsfragen</b>	<b>Nachfragen</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ziele</li><li>- Ansätze, Konzepte, leitende Theorien</li><li>- Erfolg(skontrolle)</li><li>-Qualitätsmanagement</li><li>- Chancen u. Grenzen</li><li>- Alltag als Entwicklungschance</li></ul>	<p>Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein?</p> <p>Gibt es sonst noch was?</p> <p>Und dann?</p> <p>Und sonst?</p> <p>Was meinen Sie damit?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Handeln Sie nach bestimmten Konzepten?</li><li>- Stützt ihre Arbeit auf konkreten Theorien der Sozialen Arbeit?</li><li>- Wann sprechen Sie von Erfolg in der psychiatrischen Familienpflege?</li><li>- Wie sichern Sie die Qualität Ihrer Arbeit?</li></ul> <p>(Finden Erfolgskontrollen statt?)</p> <p>(Gibt es ein Konzept des Qualitätsmanagements?)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Worin sehen Sie Chancen und Grenzen in der Familienpflege?</li><li>- Inwiefern bietet der Alltag Chancen zur Weiterentwicklung?</li></ul>

<b>7. Block:</b> Inwiefern können Gastfamilien Türöffner zu einer inklusiven Gesellschaft sein?		
<b>Stichpunkte</b>	<b>Aufrechterhaltungsfragen</b>	<b>Nachfragen</b>
- Inklusion - gesellschaftliche Teilhabe	Fällt Ihnen dazu sonst noch was ein? Gibt es sonst noch was? Und dann? Und sonst? Was meinen Sie damit?	- Was kann die Gastfamilie im Vergleich zur Herkunftsfamilie leisten? - Was unterscheidet die psychiatrische Familienpflege von anderen Behandlungs-/ Unterbringungsoptionen? - Inwiefern können psychisch erkrankte Menschen durch die psychiatrische Familienpflege wieder gesellschaftliche Teilhabe erlangen?
<b>Offene Nachfrage zum Abschluss/ Ausleitung:</b> Von meiner Seite aus wären wir nun durch. Möchten Sie noch etwas erzählen, was im Interview bisher nicht zur Sprache gekommen ist? <b>(oder: Sie haben jetzt schon einiges (Spannendes) erzählt. Gibt es jetzt noch etwas, dass Ihnen wichtig ist?)</b>		

- Herzlichen Dank für das Gespräch!
- Einverständniserklärung!
- Information zum Datenschutz, als Interviewer/in unterschreiben!
- Postscript!
- Smalltalk, falls erwünscht, Informationen zur eigenen Person, wie „Werdegang“ oder sonstiges angeben
- Des Weiteren mitteilen, falls erwünscht, dass Forschungsergebnisse zugänglich gemacht werden können, falls die Probanden daran Interesse haben. Dann Adresse notieren.

## **Anhang 2: Vertrauensschutzzerklärung**

### **Bachelorarbeit „Eine Tür zurück in die Gesellschaft – die Aufnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Gastfamilien“**

#### **ZUSICHERUNG DER ANONYMITÄT DER AUFZEICHNUNGEN – INFORMATION FÜR DIE BEFRAGTEN**

Die Durchführung der Interviews geschieht auf der Grundlage der Bestimmungen des **Datenschutzgesetzes**. Die InterviewerIn unterliegt der **Schweigepflicht** und ist auf das Datengeheimnis verpflichtet, d.h. sie darf außerhalb der Betreuungsgruppe für die Bachelorarbeit mit niemandem über die erhobenen Interviews sprechen.

Der Datenschutz verlangt, dass ich Sie über mein Vorgehen **informieren** und **Ihre ausdrückliche Genehmigung** einholen muss, um das Interview auswerten zu können.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass ich Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweise, dass **aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen**. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern.

Ich sichere Ihnen folgendes Verfahren zu, damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können:

- Ich gehe sorgfältig mit dem Erzählten um: Ich nehme das Gespräch auf Band auf, weil man sich so viel nicht auf einmal merken kann. Das Band wird abgetippt und Sie können die Abschrift bekommen, wenn Sie dies möchten. Die Aufzeichnung wird **nicht veröffentlicht** und ist nur projektintern für die Auswertung zugänglich. Ausschnitte werden nur zitiert, sofern eine Identifikation der Person ausgeschlossen ist.
- Ich **anonymisiere**, d.h. ich verändere alle Personen-, Orts-, Straßennamen. Berufe werden jedoch **nicht** durch andere vergleichbare Berufe ersetzt.
- Die von Ihnen unterschriebene **Einverständniserklärung** wird gesondert aufbewahrt. Sie dient einzig und allein dazu, bei einer Überprüfung durch den Datenschutzbeauftragten nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind. Sie kann **mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht** werden.

Ich bedanke mich für Ihre Bereitschaft, mir ein Interview zu geben! Bei Fragen nehmen Sie bitte Kontakt zu mir (miriamstz@gmail.com) auf.

Ort, Datum: .....

Unterschrift für das Projekt durch Interviewer/-in: .....



### **Anhang 3: Einverständniserklärung**

**Bachelorarbeit „Eine Tür zurück in die Gesellschaft – die Aufnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Gastfamilien“**

#### **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR VERWENDUNG VON PROJEKTBEZOGENEM INTERVIEW-MATERIAL FÜR FORSCHUNGSZWECKE**

Im Rahmen der Bachelorarbeit „Eine Tür zurück in die Gesellschaft – die Aufnahme von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Gastfamilien“ wurde ich am [Datum] von Miriam Seitz (Studierende der Evangelischen Hochschule Freiburg) interviewt.

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis mit der Aufzeichnung, Verschriftlichung und wissenschaftlichen Auswertung des Gesprächs im Rahmen des o.a. Forschungsprojekts, das im Rahmen der Bachelorarbeit im Studiengang Soziale Arbeit an der Evangelischen Hochschule Freiburg durchgeführt wird.

Das verschriftete Interview-Material darf im oben genannten Zusammenhang für Ausbildungs-, Lehr- und Forschungszwecke und für die Anfertigung von Seminar- und Qualifizierungsarbeiten an der Evangelischen Hochschule Freiburg verwendet werden.

Mir wurde zugesichert, dass dabei alle persönlichen Daten, die Rückschlüsse auf meine Person zulassen, weitestgehend gelöscht oder anonymisiert werden und dass die Interviewaufnahme nach Vollendung der Bachelorarbeit gelöscht wird.

Ein Widerruf der Einverständniserklärung ist jederzeit möglich.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift des/der Interviewten; Name in Druckschrift)

## 1 **Anhang 4: Ausschnitte Interview 1**

2 (...)

3 **I1:** mhm, und äh (-) wie wird denn das jetzt entschieden ob jetzt ein ä:hm (-) sage  
4 ich mal klient (-) in eine familie kommt oder nicht, = also das heißt welche  
5 voraussetzungen entscheiden darüber ob derjenige = ob das die richtige ä:hm  
6 betreuungsoption ist; #00:09:34-1#

7 **B1:** also es gibt natürlich = vorgaben vom gesetzgeber im rahmen der  
8 eingliederungshilfe, (mhm) muss eine wesentliche behinderung vor:liegen, für uns  
9 ist das natürlich auch wichtig klar mit der antragsstellung aber teilweise schauen  
10 wir jetzt einfach mal (-) wo braucht der mensch die person hilfe; ja wo jetzt  
11 vielleicht gerade so eine familie; (-) dann gibt es natürlich verschiedene gründe  
12 oder kriterien im gegensatz zum betreuten einzelwohnen, (-) (mhm) wo jemand  
13 noch alleine wohnt und auch von uns unterstützung kriegt, und in einer  
14 gastfamilie ist halt = rund um die uhr jemand da, (-) ja oder (-) wird halt = kann  
15 dann besser integriert werden da kommen wir = momentan ist ja das thema  
16 inklusion, (-) ganz aktuell und ich denke das findet da auch statt, (-) und wir haben  
17 = auch einen fragebogen auch entwickelt (a:h) so einen erstkontaktfragebogen, (-)  
18 und den führen wir dann auch mit dem (-) potenziellen interessenten durch und  
19 dann kommen (-) wir zu einem ergebnis; manchmal haben wir auch schon leute  
20 abgelehnt; oder = oder was heißt abgelehnt = haben mit denen abgesprochen das  
21 sie es vielleicht auch in einem betreuten einzelwohnen noch schaffen würden;  
22 oder vielleicht ist eine wohngemeinschaft für psychisch kranke besser für die;  
23 aber das ist dann manchmal auch so aus dem gespräch raus ä:hm hat die auch  
24 noch vom arztbericht, dass man einfach den hilfebedarf so ein bisschen erfassen.  
25 #00:10:51-0#

26 **I1:**ok also ausschlaggebend ist der hilfebedarf (genau) mhm; #00:10:52-3#

27 **B1:** aber natürlich gibt es dann auch = natürlich kommt es darauf an = landkreis  
28 die menschen kommen, = dann gibt es natürlich auch noch von den  
29 hilfeplankonferenzen, (-) wo man halt einen fall mit einbringt, oder dass leute auf  
30 uns zukommen dass man dann gemeinsam auch noch mit anderen überlegt,  
31 anderen anbietern angebote (-) deren kostenträger, ob das jetzt für so jemand jetzt  
32 eine maßnahme sein kann oder nicht. #00:11:15-2#

33 **I1:**ok deshalb finden auch kooperationen statt dann; (ja) (---) mhm (-) und dann  
34 wäre noch die frage wie äh lange denn so die bewohner durchschnittlich in den  
35 familien bleiben; also (mhm) ist eher für eine kurze zeit geplant oder auf längere  
36 sicht; #00:11:31-0#

37 **B1:** das natürlich = genau das kommt kommt darauf an ob es jüngere oder ältere  
38 Menschen sind; wie ich eingangs mal kurz erwähnt habe; wenn jemand natürlich  
39 zwanzig ist, sollte vielleicht auch ausbildungsmäßig noch was passieren; da kann  
40 es einfach mal zeitlich befristet sein für zwei drei jahre; oft ich sag immer so ein  
41 bisschen persönlichkeitsnachreifung; (mhm) so eine entwicklung (-) es ist oft  
42 feststellbar das gerade die jüngeren Menschen dann sich oft vielleicht auf dem

- 43 niveau von einem zwölf- dreizehn- vierzehnjährigen Menschen befinden; (ok)  
 44 dass da viel in der herkunftsfamilie schief gegangen ist (...) #00:12:12-6#
- 45 **I1:** #00:17:00-1# ok, jetzt haben wir viel über die bewohner gesprochen (-) ä:hm  
 46 jetzt würde ich gerne noch mehr über die familien erfahren die eben auch  
 47 psychisch erkrankte menschen bei sich aufnehmen, also (-) ja was macht die denn  
 48 so aus (-) die familie, #00:17:15-3#
- 49 **B1:** ja da haben wir auch schon oft darüber diskutiert; bzw. unsere erfahrungen  
 50 gemacht, (-) also die muss zumindest = also wir sagen immer in stabilen  
 51 lebensverhältnissen sich befinden, (...) #00:17:28-5#  
 52 #00:21:28-1# also ich sage da immer so der alltag als therapie u:nd ä:h das wort  
 53 therapie kommt darauf an wie man das (-) deutet = oder auch man kann es auch  
 54 missbrauchen, das ist auch unsere erfahrung = wenn man die leute auch mal so ein  
 55 bisschen lässt (-) so eine art naturschutzgebiet = die immer nur etwas fordern;  
 56 oder tausend therapien macht, viele sind dann einfach auch spiel und  
 57 bastelgeschädigt, was die überall machen müssen in der beschäftigungstherapie =  
 58 und wenn man die dann immer mal so ein bisschen lässt (-) die können mit dem  
 59 hund spazieren gehen (-) müssen schon darauf achten das die eine struktur, eine  
 60 sogenannte tagesstruktur haben, wenn die da mitleben und auch angenommen  
 61 werden, und nicht nur als sonderling gesehen werden, dann habe ich eigentlich =  
 62 haben wir eigentlich die besten erfahrungen gemacht. ja wenn jemand dann  
 63 dreimal mit (??) = wir haben einen mann der geht dann immer dreimal mit dem  
 64 Hund spazieren, dann mäht er halt den ra:sen im sommer, er macht halt so sachen  
 65 im haushalt (-) am garten auch im haushalt (mhm) macht er auch mit (-) und dann  
 66 funktiniert das eigentlich ganz gut. (...) #00:22:41-1# und in der familie heißt, wir  
 67 kochen heute = was machen wir den heute zusammen; und dann schält der halt  
 68 auch kartoffeln oder wird losgeschickt zum einkaufen, wenn er halt mal auf etwas  
 69 spezielles mal lust hat, dann kochen die halt jetzt zwiebelkuchen mal, oder  
 70 machen eine pizza, und da kann sich der bewohner mit einbringen ohne das es  
 71 therapie = ohne das es eine therapieform ist; sondern er will ja auch etwas essen  
 72 und das wird eben gemeinsam gemacht. (ohne das er wo hingehen muss) genau?  
 73 das künstliche; (ja ja) ja; das empfinde ich als alltag; oder es kommt halt holz = im  
 74 winter damit es warm ist; wenn da jemand des kann und mithilft dann hilft er  
 75 vielleicht ein bisschen holzspalten oder (mhm) oder das auch ausladen; oder (-)  
 76 wenn die wein machen; oder = auch winzer und so dann geht der halt mal mit in  
 77 die reben (-) und so lebt der halt = lebt der so wie die familie halt auch. #00:23:28-  
 78 8#
- 79 **I1:** Also sind schon auch oft dann familienbetriebe die dann {{gleichzeitig} auch  
 80 ja = wenn der mhm} die dann so eine person beschäftigen auch, #00:23:34-8#
- 81 **B1:** es waren schon landwirtschaftliche betriebe = waren auch einige. #00:23:41-  
 82 0#
- 83 **I1:** (-- ) mhm (-) daran schließt dann eigentlich auch schon die frage an welchen =  
 84 welche rolle denn so der sozialraum dann spielt; (-) also quasi die umgebung;  
 85 #00:23:50-4#
- 86 **B1:** das spielt natürlich schon eine große rolle; also gerade im ländlichen bereich

87 oft, = wir haben mal einen mann gehabt = das passt da gut dazu = der ist dann halt  
 88 morgens vor die kirche gegangen, der war eher auch aus obdachlosen:milieu sage  
 89 ich, (mhm) alkoholproblem so sekundär; dann im heim gelandet (-) und hat halt  
 90 einen langen rauschebart gehabt = und hat halt ausgesehen so ein bisschen (-) j:a  
 91 kernig = war ziemlich groß und der ist halt dort im dorf (-) immer oft vor die =  
 92 wenn da sonntags kirche war, ist der vor die kirche gestanden und hat dann auch  
 93 ein bisschen um geld (-) um geld gebettelt = und dann haben die sich natürlich  
 94 verwundert; aber es hat sich dann rumgesprochen das der bei der und der familie  
 95 ist, (-) und weil die familie halt so gut im dorf integriert war hat es geheißten ja so  
 96 schlecht kann der nicht sein, (h:m) und der hat sich natürlich auch = das haben wir  
 97 natürlich auch thematisiert und besprochen, (-) der wurde dann auch zunehmend  
 98 gepflegter muss man auch sagen in dem rahmen, = also gerade körperpflege, und  
 99 so sachen; da achtet die familie auch darauf, (-) und der wird dann halt in dem  
 100 dorf auch so akzeptiert und wir haben ihm das auch gesagt, = klar wenn er da  
 101 jetzt da = jeden anbetteln und so aber das sind so beispiele; da wird natürlich  
 102 schon auch kritisch darauf geachtet wer ist das jetzt, = oder ja der halt dann auch  
 103 mal kleinen kindern mal schokolade geschenkt, = da war halt auch die zeit mit (-)  
 104 pädophilie und so (-) dann hat jemand die polizei gerufen und so, da muss man  
 105 dann auch ein bisschen intervenieren und aufklären; da war nie was mit ihm jetzt,  
 106 aber der hat sich einfach auch gerne mit kinder unterhalten, und hat dann halt auch  
 107 mal schokolade geschenkt und dann klar; = dann ist natürlich die = der sozialraum  
 108 und die bevölkerung drum herum nachbarschaft = ist halt auch ganz wichtig dass  
 109 man die aufklärt, dass läuft oft dann über die familie. dass die den mitnehmen zu  
 110 familienfeiern; dann gehört er eben zu der familie. (...) #00:25:27-0#

111 **I1:** #00:39:12-7# ja (-) ä:hm das heißt äh sie sind dann auch dazu verpflichtet  
 112 ständig zu dokumentieren, und zu (-) (auch ja) ok. #00:39:23-5#

113 **B1:** also konzeptionell würde ich sagen ist nichts = es ist natürlich für den  
 114 kostenträger das finde ich auch vollkommen legitim das zu überprüfen und so, gar  
 115 kein problem, (-) da brauchen wir unsere arbeit nicht verstecken; im gegenteil das  
 116 kann man einfach = ich finde es gut wenn es transparent wird (mhm) was da  
 117 geleistet wird auch von gastfamilien laien eigentlich ja (-) finde ich super (-)  
 118 mache ich gerne (...) #00:39:41-4#

119 **I1:** #00:42:51-7# ok gut ä:hm (-) dann ä:hm es klang schon ein bisschen an aber  
 120 ob sie es vielleicht nochmal konkret sagen können, was denn jetzt so (-) ihre ziele  
 121 sind = sie haben es ja auch mit aufgebaut (-) was ist das ziel = warum diese form  
 122 und keine andere, #00:43:07-5#

123 **B1:** gut ich denke vielleicht mal ein bisschen zurückgesehen = hat sich im laufe  
 124 der zeit natürlich einiges - = ja also man (-) gewisse ideale hat = am anfang ging  
 125 es mir schon darum, ich habe wie gesagt = das habe ich noch als student  
 126 mitbekommen dann s:o (-) ich fand es einfach (-) klasse, dass das einfach so  
 127 laienfamilien ä:h leute betreuen = wo sage ich mal relativ = alltäglichem  
 128 normalen umfeld = nicht in einem heim = ich habe auch im heim = im  
 129 psychiatrischen landeskrankenhaus habe ich auch lang gearbeitet, (-) dann noch  
 130 gerade in so (ja) langzeitbereichen, fand ich das mit der zeit auch selber  
 131 langweilig = oder man hat dann da auch so einen ablauf; und die leute sind so (-)  
 132 j:a jeden tag das gleiche gemacht halt; = einen tag aus jeder tag ist gleich und dann

133 gibt es wie gesagt dann einmal in der woche chinesisch kochen, oder so eine  
 134 kochgruppe kegeln; (??) man kommt nie aus dieser einrichtung raus; und bei so  
 135 familien, (-) ist halt ein ganz = ist eine andere lebenswelt, (-) und ich finde einfach  
 136 da kommen die leute wieder zurück in die gesellschaft. also das war damals =  
 137 noch mal eher der einsatz eher so in der gemeind:e, an sich ja auch (-) ambulant  
 138 vor stationär, und so (mhm) = mir ging es jetzt nicht um kosten:einsparungen, das  
 139 ist natürlich beiläufig (-) war das vielleicht ganz gut, sonst hätte es vielleicht auch  
 140 niemand gemacht, dass das dann auch noch günstiger ist, (-) aber (-) ich fand  
 141 einfach und das hat sich auch bestätigt, dass die leute (-) sage ich jetzt mal; = ich  
 142 benutze das wort nicht gerne, = aber ein normaleres leben führen wie in so einer  
 143 einrichtung; da weiß dann jeder, (-) ja der = der wohnt in der einrichtu:ung; xy,  
 144 oder was weiß ich was, (mhm) und da heißt es halt der wohnt bei der familie, und  
 145 der halt da halt auch sein namenschild dran und viele gehören einfach zur familie  
 146 mittlerweile, die sind einfach ein weiteres familienmitglied, = die gehören dort  
 147 dazu? (-) (ja) u:nd die machen da bei geburtstagen mit; = ob das eine  
 148 weihnachtsfeier ist die gehen dann in die kirche mit; oder die gehen in vereine; =  
 149 ich habe einen mann gehabt der ist dann immer mit dem zum angeln gegangen ;  
 150 dass sind einfach s:o auch das was jetzt halt eigentlich auch oft auch mit inklusion  
 151 verbunden ist; das ist dann leichter, wenn es nicht unbedingt ein profi macht =  
 152 wenn jemand sagt ha (??) der klaus der geht jetzt mit (-) oder wir gehen halt da  
 153 jetzt (-) feiern weil die oma geburtstag hat, und dann ist er halt dabei; und am  
 154 anfang war das halt oft schwierig weil die unsicher waren, aber mit der zeit gehört  
 155 er da halt dazu. und dass hat sich tatsächlich so auch ah (-) = also da bin ich  
 156 eigentlich dankbar dass ich das zwanzig jahre vielleicht machen haben dürfen;  
 157 (mhm) und manchmal auch begleiten haben können; einfach zu sehen = das da  
 158 tatsächlich eine integration nochmal so in die geme:inde = in so eine ja =  
 159 zunächst in eine familie und über die familie raus, je nachdem wie die familie halt  
 160 auch wieder integriert ist im sozialraum, dass da was stattfindet. (-) mit natürlich  
 161 auch hin und wieder probleme; das ist ganz klar = das ist nicht alles nur rosarot (-)  
 162 geschildert werden, aber ich finde das für mich eine BESSERE (-) form ähm der  
 163 begleitung von psychisch kranken menschen wie die nur irgendwo in ein heim zu  
 164 stecken, oder (-) ja (-) zu sagen ja die werden halt ein bisschen ausgeschlossen;  
 165 und damit = also durch dieses angebot habe ich schon das gefühl die kommen  
 166 wieder mehr rein in die gesellschaft. (mhm) dass kann man die leute auch selber  
 167 fragen; und die werden halt sagen ja = sieht man dann oft dass die dann weniger  
 168 medikamente brauchen; (-) dass sie selbstbewusster werden (-) ja dass sie  
 169 gepflegter sind wenn die familie darauf achtet; dass sind einfach so sachen das sie  
 170 sich (-) auch wohler fühlen; = wenn man die leute fragen würde, = nein sie  
 171 wohnen nicht im wohnheim für psychisch kranke, sondern sie wohnen bei der  
 172 familie maier und (-) da wohnen sie halt; dass ist so meine erfahrung. (mhm) und  
 173 da ich ja mein = das ist so meine motivation (ja) das zu machen. #00:46:50-2#

174 **I1:** damit haben sie meine kernfrage ja <<lachend>>schon beantwortet> inwiefern  
 175 die gastfamilien auch türöffner zu einer inklusiven gesellschaft sein können und  
 176 so, {{gleichzeitig} muss jetzt ja} #00:47:02-4#

177 **B1:** ich denke auf jeden fall also (-) das ist schon ein angebot wo es schon länger  
 178 gibt, nicht ganz so bekannt ist und sage ich mal auch schwierig ist; = also auch  
 179 diese arbeit selber bis dann sowas steht, ich vergleiche es oft mit so einem  
 180 maßgeschneiderten anzug das ist kein stangen = ist keine stangenwahre sondern

181 man muss gucken (-) wer passt jetzt zu wem (-) natürlich ist das oft schwierig  
182 wenn man jetzt = wenn wir zu wenig gastfamilien haben (-) (mhm) = wenn wir  
183 vielleicht jetzt gastfamilien haben und vielleicht vier bewohner ok; (-) umso mehr  
184 gastfamilien wir haben (-) (??) können wir natürlich auch eine bessere auswahl  
185 treffen, (-) aber das finde ich ist natürlich ein bisschen der unterschied; wenn da  
186 jemand in diese lücke diese nische dieses setting der gastfamilie passt dann  
187 funktioniert das; (-) finde ich ganz gut. #00:47:41-6#

## 1 **Anhang 5: Ausschnitte Interview 2**

2 (...)

3 **I2:** #00:04:34-7# aber dann würde ich erstmal noch ein bisschen mehr über ä:hm  
4 (-) die menschen wissen wollen die ihre hilfe so in anspruch nehmen; (mhm)  
5 beschreiben sie doch mal; #00:04:44-6#

6 **B2:** ja also ä:hm (-) im weitesten sinne sind das mensch:en (-) vom alter her von  
7 achtzehn bis; = gibt es eigentlich keine grenze bis nach (?oben offen?), aber  
8 (mhm) es ist eine eingliederungshilfe für erwachsene menschen, (-) die wir  
9 anbieten, (-) ä:h sie haben alle eine diagnostizierte psychiatrische erkrankung, ä:hm  
10 und (-) bringen sagen wir mal mit, äh wichtigste punkte sind äh  
11 absprachefähigkeit (-) krankheitseinsicht i:st natürlich auch immer hilfreich, ist  
12 eigentlich vom konzept her äh auch gewünscht und verlangt, (mhm) aber natürlich  
13 phasenweise nicht immer, (-) äh drin (-) (...) #00:05:22-8#

14 **I2:** #00:07:06-1# das heißt kann man denn ein s:o (-) ziel festmachen dass dann  
15 für alle zutrifft, oder ist dass dann doch sehr unterschiedlich; #00:07:14-2#

16 **B2:** also die = das gemeinsame ziel würde ich sagen wäre = hospitalisierung  
17 verhindern, (-) raus aus dem ä:hm stationären versorgungssystem; (mhm) eben in  
18 die gesellschaft also mit der anbindung mit der möglichkeit über die familie teil  
19 von (-) sagen wir mal der normalen gesellschaft zu sein; (-) ja (mhm) und da ä:hm  
20 (-) auch mit dem konzept das es laienfamilien sind die einem menschen ganz  
21 anders begegnen als ein professionelles (-) setting. (ja) (...) #00:07:45-2#

22 **I2:** #00:23:13-4# ja ä:hm jetzt nochmal speziell nochmal zur familie, also  
23 inwiefern (-) ä:hm spielt denn der sozialraum da eine rolle während der  
24 begleitung; (-) (m:h also für uns jetzt o:der ,(-)) für den klienten; (für den  
25 klienten;) #00:23:31-5#

26 **B2:** ja (-) eine große würde ich sagen; kommt aber echt auch auf den klienten  
27 auch darauf an wie er das nutzt; also oft gehen auch = chronische verläufe von  
28 psychischen erkrankungen auch oftmals schon damit zusammen das jemand sich  
29 eher (-) fernhält von großen menschenansammlungen; eher so sch:eu wirkt, es gibt  
30 auch unterschiede, aber (-) ä:hm natürlich sind die angebote des sozialraumes sei  
31 es jetzt eine kirchengemeinde die er nutzen kann, eine bücherei; ä:hm (-) oder  
32 auch bekannte und äh freundeskreis der familie, (-) sind schon wichtig und  
33 können angebote sein; ob die jetzt jemand nutzt ist halt wirklich die andere frage;  
34 (-) ä:hm (--) dass meinte ich eben mit dem = wenn man jetzt so ganz weit draußen  
35 wohnt, da ist dann ein haus (-) drei pferde und ein hof und sonst n:ichts, (ja) das  
36 heißt da müsste jemand = das könnte für jemand passen der vielleicht schon eines  
37 höheren alters ist; der nicht mehr mobil sein muss? der vielleicht im rahmen der  
38 familie einfach (-) so ausreichend angebote kriegt sagen wir mal zur teilhabe aber  
39 auch kein interesse mehr hat irgendwie groß raus zu gehen; (ja) u:nd (-) das ist ein  
40 ganz anderer sozialraum als jetzt zum beispiel dann = gut was haben wir = xy  
41 stadt (-) wo dann auch läden sind wo jemand einkaufen kann; ne so und, (mhm)  
42 seine ärzte hat sein therapeuten dort; es gibt sehr vernetzte klienten die halt

43 wirklich auch (-) ein großteil des tages auch aus dem haus sind; auch teilweise  
 44 viele die arbeiten in der werkstatt, (mhm) auch wichtig; (-) da hat xy die xy-  
 45 werkstatt und die rehawerkstatt, in xy in xy gibt es noch werkstätten; also da sind  
 46 tagesbeschäftigungen dann auch (-) wo jemand dann da angebote nutzen kann; in  
 47 einer guten infrastruktur = dass hast du jetzt auf dem land nich unbedingt so (-)  
 48 (ja) (...) #00:25:24-0#

49 **I2:** #00:39:58-0# die familien werden ansonsten nicht geschult; also (nein) ok;  
 50 (-) das ist teil des konzeptes auch oder, #00:40:07-4#

51 **B2:** j:a also wir haben eben mit dieser = einmal im jahr diese infoveranstaltung so  
 52 nennen wir das; m:h ansonsten der austausch mit u:ns ä:hm (-) eine schulung in  
 53 dem sinne ist teil des konzepts (-) dass wir das nicht machen, weil wir eigentlich  
 54 davon ausgehen dass gerade die = diese laienfamilien ganz bestimmte ressourcen  
 55 haben, und eben nicht das professionelle sondern das (-) natürliche = mit allen  
 56 schwierigkeiten die das mit sich bringt; = ich meine familienpflege ist auch  
 57 umstritten deswegen; ä:hm (-) ä:hm genau deswegen die = zu sehr zu  
 58 theoretisieren oder zu therapeutisieren äh würde eher (-) schwierig sein (ok) in der  
 59 betreuung nachher = da würde die charaktereigenschaft vom bwf verloren gehen.  
 60 (...) #00:40:54-6#

61 **I2:** #00:55:04-1# also wird es dann auch (-) reflektiert in der praktischen arbeit,  
 62 oder ist es schon eher schwierig da im alltag; #00:55:14-8#

63 **B2:** nein (-) also es ist schon salutogenese ressourcenorientierung, (-) ganz klar  
 64 das die = dass man versucht (-) oder dass es wichtig ist dass der mensch der  
 65 familie seine vorhandenen ressourcen erhält; ja (ja) also dieses ansprechen = wenn  
 66 jetzt jemand zum beispiel (-) ä:hm in eine familie kommt der hat vorher alleine  
 67 gelebt und hat sich selber gepflegt ja. jetzt konnte er aber nicht mehr alleine leben  
 68 weil er; = was weiß ich = körperhygiene er ist nicht mehr rausgegangen nicht  
 69 mehr = einkaufen konnte, (-) der kommt jetzt in eine familie und (-) eine wichtige  
 70 ressource ist für ihn selber zu kochen ja, (mhm) dann wäre es jetzt schlecht wenn  
 71 die familie jetzt sagt, nein also wir machen hier die verpflegung du darfst hier  
 72 nicht kochen; (ja) so (-) das würde ihm ja sozusagen vorhandene ressourcen  
 73 verhaseln und nehmen u:nd äh eher wäre es klug dass man schaut = was bringt  
 74 der mit was kann er, und versucht das zu fördern in der familie; oder er kann im  
 75 garten arbeiten; oder er versorgt ein tier, oder eben liest eine geschichte vor oder =  
 76 also diese gesunden anteile zu fördern und eher den fokus darauf zu legen, als auf  
 77 die krankheit = weil viele der menschen sind durch ein system gekommen wo die  
 78 krankheit im vordergrund steht; (ja) und die familie eigentlich das gegenteil (-) so  
 79 ä:hm fördern soll = es gibt ein zitat = das ist nicht von meiner familie = ist von  
 80 einer kollegin, = ich versuche es mal so zu kriegen, = diejenige hat ges:agt, (-) es  
 81 ist eigentlich völlig wurst was ihm die stimmen sa:gen? die er hört; es ist mir  
 82 wichtig das er kartoffeln schälen kann ((lacht)) so.((lacht)) das w:ar = hat mir eine  
 83 kollegin gesagt hier und ä:hm ja (-) da wo halt die ressource gesehen wird = und  
 84 nicht die krankheit; das er stimmen hört (ja) und so. (...) #00:57:01-0#

85 **I2:** #00:59:36-0# ja (-) gut das war jetzt auch schon die überleitung; nämlich  
 86 ä:hm zum schluss noch die große frage inwiefern denn die gastfamilien ein  
 87 türöffner zur inklusiven gesellschaft sein können, #00:59:48-8#



88 **B2:** zu einem großen maße also wenn ich überlege was es ((räuspern)) für  
 89 alternativen gibt bieten die schon einen einzigartigen weg; in (-) die gesellschaft,  
 90 ich würde das einschränken auf d:ie ä:hm (-) sagen wir mal auf den teil der  
 91 gesellschaft den = zu dem auch die familie zugang hat; (mhm) also mit einer  
 92 landwirtschaftsfamilie wirst du als gast wenig zugang z:u akademischen (ah ok) =  
 93 intellektuellen welten haben ja; also da ist wichtig bei der auswahl auch zu  
 94 schauen, (-) was bringt der mit; damit es kein gefälle gibt; also jezt zum Beispiel  
 95 jemand der jetzt hoch qualifiziert, = was weiß ich (-) ein studierter ingenieur der  
 96 jetzt mit mitte vierzig in eine krise kam und die = ja und daraus eine depression  
 97 hervorgeht, den kann man nicht zu einer bauern = also in den meisten fällen  
 98 einfach gestrickten leuten setzten, weil die kommen auf keine ebenen so; also (ok)  
 99 es muss = man muss gucken welchen teil der gesellschaft will so die familie auch  
 100 so haben; und was bringt der klient da für einen hintergrund mit und passt das. (-)  
 101 und deswegen würde ich sagen zugang zur gesellschaft auf jeden fall? (mhm)  
 102 immer zu dem teil der gesellschaft den die familie auch anbieten kann und indem  
 103 die zuhause ist so; und ä:hm dann ist es eine super gelegenheit. (-) in der  
 104 gesellschaft wieder einen weg zu finden. (-) einen platz zu finden. (-) ja und sei es  
 105 auch nur die familie an sich, wir haben auch klienten die nicht rausgehen und  
 106 angebote nutzen und so, (mhm) die wollen im kleinen sich sicher fühlen (-) und  
 107 gut aufgehoben fühlen; und das ist schon viel, und dass kann eine familie auch  
 108 einfach bieten; als gesellschaft als teil der gesellschaft; #01:01:30-0#

109 **I2:** mhm ä:hm (-) das heißt ä:hm was wären jetzt so = oder was wären die größten  
 110 unterschiede zu anderen ä:hm behandlungsoptionen, #01:01:41-0#

111 **I3:** h:m also für psychisch kranke wäre jetzt, (-) h:m das ist schwierig also ä:hm  
 112 (-) ich meine es gibt betreutes wohnen, (genau) es gibt intensiv betreutes wohnen  
 113 von der fhg in freiburg, die einfach eine höhere frequenz haben (??) (ja) (-) ä:hm  
 114 (-) es gibt nachtkliniken (??) es gibt tageskliniken, wo jemand (-) tagsüber dann in  
 115 der klinik ist; h:m unterschiede dazu sind das es alles ein professionelles (-)  
 116 setting so ist; ä:hm (-) der kontakt zu dieser, = zu diesem (-) normalen; oder  
 117 diesem ja = zu diesen familien ist schon einzigartig würde ich sagen. #01:02:26-  
 118 0#

## 1 **Anhang 6: Ausschnitte Interview 3**

2 (...)

3 **I3:** #00:12:44-0# ok jetzt würde ich gerne noch ein bisschen mehr über ihre  
4 klienten wissen; (mhm) also welche menschen nehmen denn so jetzt ihre hilfe in  
5 anspruch; wir können es jetzt ja auch wieder vielleicht in die arbeitsbereiche teilen  
6 (mhm in die) in die ä:hm (jungendliche unter achtzehn) nach alter genau.  
7 #00:12:58-9#

8 **B3:** ok dann fang ich aber einfach mit dem standardangebot an; mit dem achtzehn  
9 plus also (-) den erwachsenen menschen (-) m:hm (-) da reden wir von (-)  
10 chronisch psychisch erkrankten menschen, also menschen die (-) seit längerem eine  
11 psychiatrische erkrankung haben (-) durch diese psychiatrische erkrankung  
12 insoweit eingeschränkt sind dass sie ihren alltag nicht alleine bewältigen können.  
13 (mhm) dass sie (-) da unterstützung benötigen, (-) und wir gehen davon aus dass  
14 wenn eine alltagsbewältigung so nicht möglich ist, ist auch irgendwie eine  
15 integration in der gesellschaft (-) (mhm) nur schwer möglich; also (-) deswegen ist  
16 dann (-- ) ein gewisser hilfebedarf da? (-) der bei jedem tatsächlich unterschiedlich  
17 aus:gestaltet ist; es sind unterschiedliche bereiche wo unterstützung nötig ist, sei  
18 es bei der (-- ) versorgung mit (-) nahrung? (-) ganz banal, körperpflege oder  
19 einfach auch (-) die schaffung von einem wohnraum? (-) also ganz grundsätzlich  
20 bedürfnisse die einfach manche menschen aufgrund ihrer erkrankung nicht selber  
21 für sich (-) erfüllen können, (mhm) (-) ä:hm (-- ) wir haben (-- ) personen die  
22 aufgrund ihrer psychiatrischen erkrankung einfach auch (-) schwierigkeiten haben  
23 soziale beziehungen überhaupt aufzubauen, geschweige denn dann noch aufrecht  
24 zu erhalten; (ok) (-) wo dann eben die familie genau diese stütze dann ist; also wo  
25 das dann (-) der sozialkontakt ist; (mhm) der sozialkontakt ermöglicht wird; also  
26 es muss jetzt nicht um hauswirtschaft und körperhygiene gehen, sondern einfach  
27 wirklich (ja) um das andere bedürfnis das andere menschen ja auch haben in  
28 kontakt mit anderen zu sein; (-) das dort das defizit entsteht, (-) ä:hm  
29 grundsätzlich muss der wunsch bei den bewohnern bei den bewohnern da sein;  
30 also wir können niemanden in eine familie zwingen, das würde niemals  
31 funktionieren, dass heißt es melden sich bei uns personen die von dem angebot  
32 gehört haben? (-) und die sich das gut vorstellen können; oft sind es menschen die  
33 so eine gewisse sehnsucht nach familie haben, (mhm) wo wir (-) mal ein bisschen  
34 dann die vergangenheit anschauen mit denjenigen, vielleicht genau da auch  
35 probleme hat; (-) (mhm) also {{gleichzeitig}} im bereich familie} wo dann da  
36 einfach in der eigenen familiengeschichte irgendwie schwierigkeiten krisen, (-)  
37 verluste oder sonstiges erlebt wurde; w:o dann der wunsch ist das nochmal (-)  
38 nochmal zu erleben oder; (mhm) sich dort zu stabilisieren genau; #00:15:22-0#  
39 (...)

40 **I3:** #01:00:05-9# welche rolle spielt denn dann der sozialraum der familie, auch  
41 so während der begleitung, #01:00:12-3#

42 **B3:** wie meinen sie, = mit sozialraum, #01:00:14-8#

43 **I3:** also quasi ä:hm das soziale netzwerk oder auch die umgebung also was es da

- 44 für angebote gibt; wie die familie da eingebunden ist; #01:00:23-0#
- 45 **B3:** mhm (-) ok; (-) zum einen sozialraum = ä:h das ist ä:h warten sie; = es sind so  
 46 viele verschiedene familien; also wenn (ja) zum Beispiel von den familien welche  
 47 kirchlich angebunden sind; da ist oft (-) eine kirchengemeinde die irgendwie  
 48 relativ schnell und nah mit verfügbar ist; also (-) wo klienten dann oft (-) dann  
 49 zum gottesdienst mitgehen und mit der familie quasi sofort von den kontakten  
 50 profitieren; (ja) (-) ä:hm (-) wo es einfach für die betroffenen leichter gemacht  
 51 wird in diese kirchengemeinde mithineinzu- (-) <<lachend>gleiten> (ja) also so  
 52 im sinne von so einem (??) einfach es ist leichter für sie; sie werden schneller  
 53 akzeptiert, schneller mit einbezogen u:nd teilweise dann auch entstehen kontakte  
 54 ganz unabhängig von der familie so wie; (-) dass man sich zum kaffee trifft; oder  
 55 (-) ein ernteeinsatz im ländlichen bereich; da irgendwie mit dazu geht oder zu  
 56 besuch mitgeht; ä:hm die bewohner können von allen, (-) ressourcen der familien  
 57 mit profitieren (-) sei es das die familie selbst einen großen verwandtenkreis hat,  
 58 also es gibt irgendwie so viele tanten cousins cousinen die irgendwie viel  
 59 miteinander vernetzt sind, (mhm) wo auch über diese familiären kontakte  
 60 zusätzliche kontakte entstehen, (-) (ja) das heißt das mal jemand anders einspringt  
 61 bei einem artzttermin begleitet oder; (-) oder ich habe da noch drei pullover (-) das  
 62 ist ja auch eine form von profitieren, (ja) o:der willst du nicht mit meinem hund  
 63 spazieren gehen; also wo einfach diese kontakte entstehen, dadurch weil die  
 64 einfach bei der familie schon da sind; (-) vereine (-) wenn die familie im  
 65 karnevalsverein steckt, (mhm) da ist der klient dann; (-) leicht auch drin, und das  
 66 senkt so ein bisschen die hürde, weil (-) ä:hm der bewohner geht dann halt mit der  
 67 familie dort hin; (-) der muss sich nicht alleine raus trauen, (ja) er muss nicht  
 68 alleine sich da vorstellen, sondern er wird mitgenommen, das macht es viel  
 69 leichter; (-) u:nd ä:hm wird auch motiviert (-) da ist doch wieder  
 70 kaninchenzüchtertreffen; oder was ((lacht)) auch immer es für vereine gibt ja;  
 71 ä:hm das nicht der eigene antrieb kommen muss; nicht das eigene aufraffen das  
 72 eigene bewältigen das eigene (ja) da durchstehen, (-) und vielleicht nach einer  
 73 krise wo man vielleicht drei mal nicht w:ar; das ist ja dann nochmal aufwändiger  
 74 für unsere klienten das funktioniert mit einer familie viel leichter; (ja) dass einfach  
 75 (-) die hürde nicht mehr so groß erscheint; (-) (??) freunde familie (-) ä:hm und  
 76 manchmal ist es einfach auch äh ganz banal dieses; = wir gehen ins kino, (-) die  
 77 familie an sich geht ins kino, (mhm) oder wir nutzen (-) ä:hm was so die  
 78 sozialbaustrukturen sind; das naturkundemuseum den zoo; (ja) also ausflüge die  
 79 die familie macht, (-) wo der bewohner einfach teilnehmen kann; wo er jetzt =  
 80 vielleicht alleine wäre derjenige nicht in den zoo gegangen; aber im rahmen von  
 81 einem familienausflug; (-) ja) (-) ist das durchaus möglich; da sind dann theater  
 82 kinobesuche oder so freibad; (-) möglich und (mhm) leichter zu bewältigen; und  
 83 dann halt auch, = und das ist dann manchmal der schritt in die selbständigkeit (-)  
 84 ä:hm das hat mir gut getan, das hat mir gefallen, jetzt mach ich das auch alleine  
 85 oder ich traue mich auch alleine ins fitnessstudio (ja) oder so; dass so hürden  
 86 abgebaut werden; (-) genau. (m:hm) (-) habe ich jetzt irgendwie - , (??) ok.  
 87 #01:04:07-5#
- 88 **I3:** also das hat sich jetzt schon so angehört als spielt der sozialraum eine große  
 89 rolle auch dann; #01:04:09-8#
- 90 **B3:** j:a tatsächlich = aber es gibt auch = man muss auch sagen es gibt auch die

91 bewohner; (-) die sagen ich habe hier mein zimmer ich habe hier mein reich, (ah  
 92 ok) geht ihr zum karneval; ich bleibe hier. (ok) und hüte den hund, es gibt einfach  
 93 personen (-) die so mit sich (-) beschäftigt sind, denen der kontakt zur familie  
 94 sowas von ausreichend ist (ah ok) das sie dann sagen, geht (-) ich bleibe hier; ich  
 95 gieße die blumen; = also die da einfach auch wo man sich manchmal auch so  
 96 wünscht, je:tzst geh halt mit? ((lacht)) (-) also das ist ä:hm (-) je nach struktur der  
 97 bewohner; ((lacht)) (ok) ich kann den hund ja auch nicht zum jagen tragen; und  
 98 eben es soll ja freiwillig sein. (-) die chancen sind da, (-) aber nicht von jedem  
 99 genutzt. (...) #01:04:55-1#

100 **I3:** #01:32:26-7# jetzt würde ich dann noch gerne ihre einschätzung dazu wissen;  
 101 = inwiefern jetzt dann quasi die ä:hm = das betreute wohnen ä:hm zu einer  
 102 inklusiven gesellschaft beitragen kann; #01:32:39-3#

103 **B3:** m:h (-- ) zu einer inklusiven gesellschaft; (-) also ich glaube man darf es nicht  
 104 ÜBERSCHÄTZEN (-) (mhm) die einzelne arbeit ist für den betroffenen, = der  
 105 davon profitiert für den ist es (-) ein großer teil; weil es auf einmal chancen und  
 106 möglichkeiten bietet die vorher nicht da waren; = im hinblick auf inklusion; (ja) in  
 107 die gesellschaft wird nicht reformiert werden wenn wir sagen in dem landkreis  
 108 reden wir von hundert personen, (ja) dann haben wir ungefähr sage ich jetzt mal;  
 109 (-) fünfundachtzig bis neunzig familien, (-) das ist nur ein kleiner teil der  
 110 gesellschaft. (mhm) also dass heißt wir arbeiten mit den betroffenen, für die ändert  
 111 sich viel, aber den einfluss auf die gesellschaft den wir jetzt haben, (-) den sehe  
 112 ich sehr gering; weil wir nur mit (-) mit einem kleinen ausschnitt der gesellschaft  
 113 arbeiten; also wir (-) arbeiten mit den familien die sich die arbeit vorstellen  
 114 können, (ja) (-) wir machen mit sicherheit (-) ä:hm in einem gewissen rahmen  
 115 öffentlichkeitsarbeit, dass es einfach auch bekannt ist das konzept, aber dass das  
 116 (-- ) veränderungen für die gesamte gesellschaft bringt; das sehe ich sehr begrenzt;  
 117 (mhm) weil wir (-) z:u speziell arbeiten, = für die bewohner und die familien, =  
 118 also eine familie erlebt das oft als bereicherung; (-) eine völlig andere lebenswelt;  
 119 (-) also sei es auch ei:ne (-) eingeschränkte lebenswelt; oder = bedürfnisse von  
 120 anderen menschen zu erkennen; mit einem = psychiatrische bedürfnisse einfach  
 121 auch; (-) das ist für eine familie schon auch bereichernd; (-) ja im sinne von  
 122 mehreren erfahrungen, oder das ä:hm (-) da konzepte von (-) wahrnehmungen auf  
 123 einmal bei einer familie da sind, die sind sicherlich (-) das führt sicherlich zu mehr  
 124 toleranz; und auch finde ich es erfreulich wenn kinder in familien leben die dann  
 125 einfach auch, (-) wissen es geht nicht allen gut, und es gibt die und die  
 126 erkrankung, (-) das führt zu weniger vorurteilen. (-) aber letztendlich nur bei den  
 127 personen mit denen wir arbeiten; (ja) bei den familien mit denen wir arbeiten, (-)  
 128 und vielleicht noch ein bisschen im umfeld der familien; aber das wäre ein =  
 129 großer beitrag zur gesellschaft; #01:34:57-4#

130 **I3:** ist es dann eher dass es f:ür d:ie ä:hm betroffenen personen zu  
 131 gesellschaftlicher teilhabe; (mhm) also das es die chancen gibt, aber (-) ja (-) dass  
 132 es noch nicht so richtig streut; (j:a) weil man das vielleicht auch nicht leisten  
 133 kann; #01:35:09-9#

134 **B3:** glaube ich nicht, = leisten kann; und was auch nicht unser ziel ist; also (-)  
 135 ä:hm unser ziel ist schon, = also unsere (-) unser fokus liegt auf den personen mit  
 136 hilfebedarf, (mhm) wir beziehen hilfsbereite personen mit ein, und bauen ein

137 hilfesystem, (-) ab es ist nicht unser anspruch; (ja) die gesellschaft (-) wünscht  
 138 sich glaube ich jeder a:ber; ((lacht)) das würde unsere arbeit auch leichter machen;  
 139 aber das ist = das können wir nicht leisten; (ja) also neben (-) nebenher (klar) d:a  
 140 (-) haben glaube ich interessenverbände , (-- ) mehr einfluss weil das ja auch deren  
 141 interesse ist. dafür zu sorgen für eine inklusive (ja) gesellschaft. also ich denke wir  
 142 leisten sicherlich im kleinen? (-) punktuell (-) vielleicht in einzelnen dörfern, oder  
 143 in einzelnen familien die arbeit; (-) aber in der gesellschaft sehe ich; also die  
 144 einflussmöglichkeiten doch sehr gering; (...) #01:36:09-9#

145 **B3:** #01:39:47-8# aber es gibt auch die phasen, (-- ) wo derjenige ein stabiles  
 146 mitglied der familie oder im haushalt halt ist, (-) a:m der einfach verlässlich seinen  
 147 alltag gut strukturiert bekommt, (-) und eben gut von den kontakten profitiert; (ja)  
 148 dass man (-) gemeinsam einkaufen geht weil es einfach netter ist. (-) nicht weil es  
 149 nötig ist, sondern einfach weil es mehr spaß macht; (-) oder halt auch, wenn  
 150 bewohner in einer so guten phase sind das sie auch für die familie was  
 151 übern:ehmen (-) das rasenmähen; oder beim (-) wand streichen mithelfen; dass  
 152 sind einfach (-) wo dann eine familie auch etwas zurück bekommt; #01:40:26-9#

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe angefertigt wurde und ich mich keiner anderen als der von mir angegebenen Hilfsmittel bedient habe.

.....  
Unterschrift

.....  
Ort/ Datum