

**Die Psychiatrische Familienpflege  
aus der Perspektive der Gastbewohner –  
eine explorative Studie**

Diplomarbeit an der Fachhochschule München  
Fachbereich 11 Sozialwesen

Natalie Glück

Matr.-Nr. 00642302016

Buchenstraße 1

86971 Peiting

E-mail: [natalieglueck@web.de](mailto:natalieglueck@web.de)

1. Korrektor: Prof. Dr. phil. Manfred Cramer

2. Korrektorin: Dr. Anja Ziervogel

Abgabedatum: 04.04.2007

# Inhaltsverzeichnis

<b>A Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>B Hintergrund.....</b>	<b>6</b>
<b>1. Entwicklung der heutigen Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland.....</b>	<b>6</b>
1.1 Die Wiederbelebung der Psychiatrischen Familienpflege.....	6
1.2 Verbreitung der Psychiatrischen Familienpflege.....	8
1.2.1 Aufbau in den alten Bundesländern.....	8
1.2.2 Aktivitäten des Fachausschusses zur Verbreitung.....	9
1.2.3 Aufbau in den neuen Bundesländern.....	10
1.2.4 Unterschied zwischen Stadt und Land.....	12
1.2.5 Aktuelle Verbreitung in bestimmten Regionen.....	13
1.3 Veränderungen in der Bewohnerstruktur.....	14
1.4 Meinungen der psychiatrischen Fachleute.....	16
1.4.1 Ergebnisse einer Enthospitalisierungsstudie.....	16
1.4.2 Professionalität versus Laienarbeit.....	18
<b>2. Praxis der Psychiatrischen Familienpflege.....</b>	<b>20</b>
2.1 Definition der Psychiatrischen Familienpflege.....	20
2.2 Zielsetzung der Betreuung durch die Gastfamilie.....	20
2.3 Aspekte zur Integration der Gastbewohner.....	21
2.4 Empfehlungen der überörtlichen Sozialhilfeträger.....	23
2.5 Personelle Ausstattung und Aufgaben des Fachpersonals.....	24
2.6 Die Gastbewohner der Psychiatrischen Familienpflege.....	28
2.6.1 Zielgruppe und Eignungskriterien der Gastbewohner.....	28
2.6.2 Ältere Gastbewohner.....	30
2.6.3 Jüngere Gastbewohner.....	31
<b>3. Psychiatrische Familienpflege als Entwicklungschance für die Bewohner.....</b>	<b>32</b>
3.1 Veränderungen der Bewohner in der Gastfamilie.....	32
3.2 Integration durch Normalität.....	34
3.2.1 Normalisierung als zentrales Konzept der Familienpflege.....	34
3.2.2 Familienpflege und Normalität.....	36
3.3 Familiales Interaktionssystem als Basis für Entwicklung.....	37
3.4 Vergleich zwischen Gastfamilie und Herkunftsfamilie.....	39
3.5 Vergleich zwischen Psychiatrischer Familienpflege und anderen stationären Wohnformen.....	41

<b>C Qualitative Untersuchung.....</b>	<b>44</b>
<b>4. Interviews mit den Gastbewohnern.....</b>	<b>44</b>
4.1 Fragestellung.....	44
4.2 Auswahl der Methode.....	44
4.3 Entwicklung des Interviewleitfadens.....	46
4.4 Auswahl der Interviewpartner.....	48
4.5 Durchführung der Interviews.....	50
4.6 Auswertung der Interviews.....	51
<b>D Ergebnisdarstellung.....</b>	<b>52</b>
<b>5. Interviewauswertung.....</b>	<b>52</b>
5.1 Zugangsweg.....	53
5.2 Entscheidungsfindung.....	54
5.3 Motivationen der Gastbewohner.....	55
5.3.1 Für die Psychiatrische Familienpflege.....	55
5.3.2 Für die jeweilige Gastfamilie.....	57
5.4 Gefühle zu Beginn der Familienpflege.....	58
5.5 Veränderungen in den sozialen Kontakten.....	59
5.5.1 Kontakt zur Verwandtschaft der Gastfamilie.....	59
5.5.2 Kontakt zu eigenen Angehörigen.....	61
5.5.3 Kontakt zum eigenen Freundes- bzw. Bekanntenkreis.....	63
5.5.4 Kontakt zu ehemaligen Heimmitbewohnern.....	64
5.6 Veränderungen im Freizeitverhalten.....	65
5.7 Veränderungen in der Arbeit/Beschäftigung.....	67
5.8 Zum Ablauf des Familienalltags.....	68
5.8.1 Mithilfe im Haushalt.....	68
5.8.2 Selbständige Aufgaben.....	69
5.8.3 Gemeinsame Mahlzeiten.....	70
5.8.4 Wohnsituation innerhalb der Gastfamilie.....	71
5.8.5 Entscheidung von Familienangelegenheiten.....	72
5.9 Auseinandersetzungen im Alltag.....	73
5.9.1 Gründe für Auseinandersetzungen.....	74
5.9.2 Umgang mit Konflikten/Meinungsverschiedenheiten.....	76
5.10 Klinikaufenthalte während der Familienpflege.....	79
5.11 Wohlbefinden/Zufriedenheit mit der Wohnsituation.....	80
5.12 Vergleich zwischen alter Wohnform und Familienpflege.....	82
5.13 Zukunftswünsche der Gastbewohner.....	84
5.14 Veränderungen aus der Perspektive der Gastbewohner.....	85

<b>E Zusammenfassung.....</b>	<b>88</b>
-------------------------------	-----------

<b>6. Schlussfolgerung.....</b>	<b>88</b>
---------------------------------	-----------

<b>7. Ausblick.....</b>	<b>90</b>
-------------------------	-----------

<b>F Literaturverzeichnis.....</b>	<b>91</b>
------------------------------------	-----------

<b>Erklärung nach §31 Abs. 7 RAPO.....</b>	<b>95</b>
--	-----------

## **Anhang**

Anhang 1: Interviewleitfaden.....	96
-----------------------------------	----

Anhang 2: Transkriptionsregeln.....	97
-------------------------------------	----

Anhang 3: Interview 1.....	98
----------------------------	----

Anhang 4: Interview 2.....	109
----------------------------	-----

Anhang 5: Interview 3.....	121
----------------------------	-----

Anhang 6: Interview 4.....	132
----------------------------	-----

Anhang 7: Interview 5.....	145
----------------------------	-----

## A Einleitung

Die Psychiatrische Familienpflege, eine Kombination von ambulanter professioneller Begleitung und Unterbringung von psychisch kranken Menschen in dafür bezahlten Gastfamilien, hat eine alte Tradition. (vgl. Becker & Neuenfeld-Spickermann, 2006, S. 14). Entstanden ist sie im 13. Jahrhundert in der belgischen Gemeinde Gheel und dort wird sie auch bis zum heutigen Tage weitergeführt. Mitte des 19. Jahrhunderts wurde die Psychiatrische Familienpflege in Deutschland als Alternative zur psychiatrischen Anstalt diskutiert und war Anfang des letzten Jahrhunderts in fast allen psychiatrischen Krankenhäusern aus Kostenersparnisgründen etabliert. Nach dem Zweiten Weltkrieg verlor die Psychiatrische Familienpflege in der Bundesrepublik sehr stark an Bedeutung (vgl. Krüger & Konrad & Schmidt-Michel, 1988, S. 12). „Erst das Entstehen sozialpsychiatrischer Modelle bei der Betreuung chronisch psychisch Kranker in den 70er und 80er Jahren machte das Neuaufleben dieser alternativen Betreuungsform möglich“ (Schmidt-Michel, 1991, S. 534).

Trotz der öffentlichen Anerkennung durch den Fachverband der Nervenärzte und der offensichtlichen Erfolge konnte sich die Psychiatrische Familienpflege jedoch bis heute nicht als reguläres Versorgungsangebot wie z. B. das Betreute Wohnen etablieren (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 5). Auch wenn sie ein Schattendasein fristet, ist die Psychiatrische Familienpflege trotzdem ein wichtiger Baustein in einem differenzierten psychiatrischen Hilfesystem für Menschen mit längerfristigen psychischen Erkrankungen und Behinderungen (vgl. Orbke-Lütke-meier & Becker, 2002, S. 13). Denn gerade „im Kontext eines stark individualisierten, personenzentrierten und lebensfeldbezogenen Konzepts von Rehabilitation und Teilhabe, wie es die Aktion psychisch Kranke formuliert hat, findet auch die Psychiatrische Familienpflege ihren Platz“ (Böcker, 2006, S. 97).

Schon im 19. Jahrhundert befürwortete Wilhelm Griesinger (1817-1868), einer der meist zitierten Psychiater in der psychiatriehistorischen Literatur, die Familienpflege wegen ihrer wohltuenden Wirkung. Als Alternative zur stationären Behandlung in geschlossenen Anstalten propagierte Griesinger die freien extramuralen Versorgungsformen wie agricole Colonie und familiale

Verpflegung, die er in Gheel bzw. Devonshire kennen gelernt hatte.

*“Sie (die Familienpflege) gewährt, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens”* (Griesinger 1868/69; zit. n. Schott & Tölle, 2006, S. 6).

In meiner Diplomarbeit werde ich die Psychiatrische Familienpflege aus der Perspektive der Gastbewohner darstellen. Hierzu befragte ich psychisch kranke Menschen, die in einer Gastfamilie leben. Im Vordergrund steht dabei die Frage: Was hat sich durch den Wechsel in die Psychiatrische Familienpflege im Leben der psychisch kranken Gastbewohner verändert und wie werden diese Veränderungen erlebt bzw. beurteilt?

Im Theorieteil meiner Arbeit beschreibe ich zuerst die Entwicklung und Etablierung der Psychiatrischen Familienpflege nach ihrer Renaissance im Jahre 1984. Anschließend erkläre ich das Konzept der Psychiatrischen Familienpflege, wobei ich hauptsächlich auf die Aspekte eingehe, die sich auf die Gastbewohner beziehen. Des Weiteren erläutere ich die Entwicklungsmöglichkeiten, die sich einem psychisch Kranken in der Familienpflege bieten und vergleiche die Psychiatrische Familienpflege mit anderen stationären Wohnformen für psychisch Kranke. Im praktischen Teil der Diplomarbeit beschreibe ich zuerst die methodische Vorgehensweise bei der Durchführung der Untersuchung. Im Anschluss stelle ich die Ergebnisse der Untersuchung dar. Danach folgt eine Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse hierbei werde ich darauf hinweisen, was dies für die Arbeit der Familienpflegeteams bedeutet. Abschließend erfolgt ein Blick in die Zukunft.

## **B Hintergrund**

### **1. Entwicklung der heutigen Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland**

#### **1.1 Die Wiederbelebung der Psychiatrischen Familienpflege**

In anderen Ländern wird die Familienpflege seit Anfang des 19. Jahrhunderts ununterbrochen praktiziert. In diesem Zusammenhang seien besonders die USA erwähnt, in denen seit 1955 ein permanenter Anstieg der in Familienpflege betreuten psychisch Kranken festzustellen ist (vgl. Konrad, 1986, S. 175). In Deutschland dagegen sind die letzten Reste der Psychiatrischen Familienpflege während der Zeit des Nationalsozialismus völlig untergegangen. Daher musste dieser Zweig der rehabilitativen Psychiatrie von den Rahmenbedingungen her neu konzipiert und wieder in das Bewusstsein der Fachleute und der Öffentlichkeit gerückt werden (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1993, S. 7). Erst in den 80er Jahren gab es Versuche, die Psychiatrische Familienpflege in Deutschland neu zu initiieren. Dies lag daran, dass in den 70er Jahren die Unterbringung in privaten Heimen als Abflussmöglichkeit chronisch psychisch Kranker aus den Anstalten bevorzugt wurde. In dieser Zeit wurden ganze Stationen aus den Anstalten ausgelagert. Dies führte zu einer Verkleinerung der Anstalten von in der Regel ca. 1000 auf 700 bis 600 Betten (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1993, S. 76).

In der Bundesrepublik Deutschland waren es zwei Personen und zwei Zentren, die in den 80er Jahren begannen, dieses traditionsreiche aber auch angestaubte psychiatrische Angebot neu zu beleben; T. Held an der Rheinischen Landeslinik Bonn und P.-O. Schmidt-Michel am Psychiatrischen Landeskrankenhaus Weißenau (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1993, S. 7).

“Beide wussten in der Planungsphase nichts voneinander und waren auf völlig unterschiedliche Weise an die Psychiatrische Familienpflege geraten. Tilo Held war ärztlicher Leiter des psychiatrischen Sektors am 13. Arrondissement in Paris gewesen und betreute dort auch die Einheit des Placement Familiale” (Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 2).

Während Held in Bonn auf seine Erfahrungen in Frankreich zurückgriff, belebte Schmidt-Michel aufgrund seiner historischen Studien in Ravensburg die Psychiatrische Familienpflege neu (vgl. Eisenhut, 2006, S. 74). Beide Projekte begannen im Jahr 1984. Sowohl Held als auch Schmidt-Michel hatten vor Beginn der Suche nach geeigneten Gastfamilien ein tragfähiges Finanzierungsmodell ausgearbeitet und mit dem jeweiligen überörtlichen Sozialhilfeträgern vereinbart. Im Gegensatz zu Projekten in Kanada und den USA wurde in Bonn und Ravensburg die Zahl der Bewohner je Gastfamilie auf maximal zwei festgelegt. Der Unterschied zwischen den beiden Projekten bestand darin, dass die Familienpflege in Bonn direkt von der psychiatrischen Klinik betrieben wurde und die Bewohner weiterhin Patienten der Klinik waren. In Ravensburg-Weißenau hingegen waren die Bewohner aus der Klinik entlassen und die Familienpflege wurde von einem gemeinnützigen Träger durchgeführt, der lediglich in enger Kooperation mit der psychiatrischen Klinik stand. Unabhängig von diesem Unterschied zeigte sich, dass eine enge Kooperation zwischen dem Familienpflegeteam und der psychiatrischen Klinik mit Langzeitbereich unerlässlich für die Etablierung der Psychiatrischen Familienpflege war (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1993, S. 18,19).

Bei der Suche nach geeigneten Gastfamilien war es entscheidend, die moralische und finanzielle Motivation gleichgewichtig zu beachten (vgl. Schmidt-Michel, 1984, S. 424). Daher wurde die Werbung um Gastfamilien auf der Basis des finanziellen Angebotes und der Zusicherung regelmäßiger professioneller Betreuung betrieben. Auf Inserate in der Lokalzeitung meldeten sich sowohl in Bonn als auch in Ravensburg-Weißenau sehr bald einige interessierte Bewerber (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1987, S. 268).

Bereits im Jahre 1982 versuchte das Sozialpsychiatrische Zentrum in der Teutoburger Straße in München die Psychiatrische Familienpflege wieder einzuführen. Dieser Versuch scheiterte jedoch, weil sich innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren nur sehr wenige Familien meldeten. Nach Konrad und Schmidt-Michel lag der Misserfolg daran, dass es dem Projekt in seiner Öffentlichkeitsarbeit nicht gelang, den finanziellen Anreiz der Familienpflege herauszustellen. Es wurde vielmehr der karitative Zweck der Familienpflege ganz in den Vordergrund gestellt. Ein ähnliches Vorgehen wurde bei einem



Projekt in Hannover gewählt. Dort meldeten sich auf einen sachlich-informativen Artikel in der Tageszeitung, in dem keine Angaben über eine finanzielle Entschädigung gemacht wurden, keine Bewerber. Hier hat sich ebenfalls gezeigt, dass der Verzicht auf eine solide finanzielle Absicherung des Projekts die Einführung der Familienpflege unmöglich macht (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1987, S. 267).

“In Bonn und in Ravensburg-Weißenau hingegen wurden beide Projekte trotz ihrer unterschiedlichen Ausgangslage erfolgreich aufgebaut und waren der Start zu der Wiederbelebung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland” (Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 2).

## **1.2 Verbreitung der Psychiatrischen Familienpflege**

### **1.2.1 Aufbau in den alten Bundesländern**

“Dem Beispiel Bonn und Ravensburg folgten zunächst Regionen aus den Landesteilen, für die der selbe überörtliche Sozialhilfeträger zuständig ist, also Regionen in der Zuständigkeit des Landschaftsverbandes Rheinland (Langenfeld, Vierssen) bzw. des Landeswohlfahrtsverbandes Württemberg-Hohenzollern (Bad Schussenried, Zwiefalten, Weinsberg). Der jeweils andere überörtliche Sozialhilfeträger der beiden Bundesländer, also der Landschaftsverband Westfalen-Lippe und der Landeswohlfahrtsverband Baden konnten sich trotz großem Interesse verschiedener Einrichtungsträger zunächst nicht zu einer Finanzierung entscheiden. Die ersten Projekte wurden alle von psychiatrischen Landeskliniken oder in enger Kooperation mit psychiatrischen Landeskliniken durchgeführt” (Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 2).

1986 wurde die Arbeitsgemeinschaft Familienpflege als Forum des gemeinsamen Austausches gegründet und es fanden jährlich bundesweite Tagungen statt. Diese Tagungen sowie die Buchveröffentlichung “Die zweite Familie” führten zum Aufbau weiterer Projekte über die Regionen Württemberg und Rheinland hinaus. Im Zuständigkeitsbereich des Landschaftsverbandes Westfalen interessierte sich die Anstalt Bethel für den Aufbau der Familienpflege. Im Saarland wollte man die Familienpflege in Verbindung mit einer psychiatrischen Abteilung des Allgemeinkrankenhauses in Völklingen

aufbauen (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 3). 1990 entstand ein Projekt in München und 1991 drei Modellprojekte im Bereich des Landeswohlfahrtsverbandes Baden (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1993, S. 19).

“In allen Fällen erfolgte die Einführung der Familienpflege aufgrund der Initiative von engagierten Einzelpersonen oder kleinen Trägern. Obwohl sie an einem Abbau der stationären Kapazitäten interessiert waren, nutzten die überörtlichen Sozialhilfeträger die Familienpflege zu jener Zeit nicht systematisch. Sie ließen sich bestenfalls von interessierten Trägern überzeugen” (Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 3).

Mitte der Neunzigerjahre wurde eine gewisse Stagnation spürbar und es zeigte sich, dass die Familienpflege in Deutschland sehr unterschiedlich ausgeprägt war. In den Kernländern Baden-Württemberg und Rheinland war die Familienpflege stark verbreitet und in anderen Bundesländern dagegen existierte sie nicht. Dieser Zustand war unverständlich und nicht akzeptabel. Es wurde deutlich, dass die Tagungen der Arbeitsgemeinschaft als einziger Bezugspunkt und Konstante zu wenig waren für eine kontinuierliche Weiterentwicklung. Mit der Gründung eines Fachausschusses war die Hoffnung verbunden, die Entwicklung im gesamten Bundesgebiet voranzutreiben und die Familienpflege gleichrangig neben allen anderen Formen der außerklinischen Betreuung einzuführen (vgl. Eisenhut, 2005, S. 37).

### 1.2.2 Aktivitäten des Fachausschusses zur Verbreitung

Der Fachausschuss versteht sich als ein Arbeitsgremium des Austausches, der kollektiven Beratung und der gemeinsamen Erarbeitung von Zielen und Projekten. Im Fachausschuss arbeiten Praktiker und Praktikerinnen der Familienpflege zusammen. Die Arbeitsaufgaben des Fachausschusses sind die Erarbeitung verbindlicher Mindeststandards für die Familienpflege bundesweit, Aufbau eines Beratungsangebotes für neue Teams und Interessenten sowie die Schaffung einer bundeseinheitlichen Begrifflichkeit. Neben diesen Arbeitsaufgaben war und ist ein weiteres Hauptanliegen, die gesamte Republik für die Familienpflege zu erschließen. Dieses Anliegen wird mit einer Vielzahl von Aktivitäten angegangen. Dazu gehört (vgl. Eisenhut, 2005, S. 37).

- Vermittlung von Know-how zum Aufbau für interessierte Teams durch Angebote der Hospitation bei etablierten Teams.
- Beratungen, Schulungen und Vorträge neuer Mitarbeiter und die Weitergabe von bewährten Arbeitsmaterialien.
- Unterstützung bei den Verhandlungen mit den Kostenträgern bezüglich Richtlinien und Vereinbarungen
- Aufbau von regionalen Arbeitsgruppen zum fachlichen Austausch
- Mitgestaltung der jährlichen Tagung als wichtigstes Forum des Austausches (vgl. Eisenhut, 2005, S. 38)

### 1.2.3 Aufbau in den neuen Bundesländern

In den neuen Bundesländern blieb der Versuch, die Psychiatrische Familienpflege attraktiv zu machen, lange Zeit erfolglos. Erst 1999 wurde das erste Modellprojekt im Land Brandenburg aufgebaut (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S.4).

Die Ursprungskonzeption des Modellprojekts zielte auf die praktische Erprobung ab. Zudem ging es auch um die Einschätzung, ob und unter welchen fachlichen und kulturellen Voraussetzungen sich die Psychiatrische Familienpflege in einem neuen Bundesland dauerhaft verankern lassen würde. Dafür wurde als Modellregion der Landkreis Dahme-Spreewald im Land Brandenburg gewählt, dessen Enthospitalisierungsbemühungen um einen weiteren Baustein in der ambulanten Versorgung ergänzt werden sollte (vgl. Schönberger, 2002, S. 24).

Das Hauptproblem bei der Einführung dieser ambulanten Hilfeleistung im Landkreis Dahme-Spreewald war die Finanzierung. Im Gegensatz zur stationären Unterbringung stellt zwar die Psychiatrische Familienpflege für die überörtlichen Sozialhilfeträger eine finanzielle Einsparung dar. Trotzdem verhielten sich die Kostenträger zunächst zurückhaltend. In der dreijährigen Modellphase wurde das Projekt von der FH-Potsdam, der Robert-Bosch-Stiftung und dem Land Brandenburg mischfinanziert. Erst als sich das Pilotprojekt im Landkreis Dahme-Spreewald nach drei Jahren bewährt hatte, war der überörtliche Sozialhilfeträger bereit, die volle Finanzierung für die

Gastfamilien und den begleitenden Fachdienst zu übernehmen. Damit war der Übergang aus dem Projektstatus in einen Baustein der Regelversorgung gelungen. Im Bundesland Brandenburg ist der Landkreis Dahme-Spreewald bisher der einzige Anbieter der Psychiatrischen Familienpflege (vgl. Kalisch & Mussehl, 2006, S. 33). Die Zurückhaltung der Kostenträger könnte mit ein Grund sein, dass trotz intensiver Öffentlichkeitsarbeit der Brandenburger Familienpflege bisher erst ein weiteres Projekt in Jena in Thüringen entstanden ist (vgl. Konrad & Schmid-Michel, 2004, S. 4).

Nach intensiver Vorarbeit und Verhandlungen konnte der Verein Aktion Wandlungswelten Jena e. V. von 2003 bis Mitte 2005 das Modellprojekt "Einführung der Psychiatrischen Familienpflege in Thüringen" erfolgreich durchführen. Die Zwischenberichte des Trägers und die Ergebnisse der Evaluation überzeugten das Thüringer Ministerium und die Kostenträger, so dass die Psychiatrische Familienpflege seit 01.07.2005 als ambulantes Regelleistungsangebot fortgeführt wird (vgl. Neukirchner & Hartung & Schorsch, 2006, S. 40).

Dass das Jenaer Projekt im Zeitraum von 2003 bis September 2005 insgesamt 30 bestehende Pflegeverhältnisse begründet hat und inzwischen sechs Mitarbeiter beschäftigt, ist Ausdruck einer Aufbruchstimmung (vgl. Dresler, 2006, S.21). Der Ausgangspunkt für die weitere Verbreitung der Familienpflege in Thüringen ist somit geschaffen.

„In der Realität liegt der Gastfamilienbaustein sowohl im Land Brandenburg als auch in den übrigen neuen Bundesländern noch ganz am Rand des Versorgungssystems“ (Stolz, 2004, S. 28). Die bisherige Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege widerspricht der Annahme, sie habe gerade in strukturschwachen Regionen ein Entwicklungspotential. Offensichtlich beeinflussen in den neuen Bundesländern mit Arbeitslosenzahlen um 18% andere Variablen den Ausbau der Familienpflege (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 4).

#### 1.2.4 Unterschied zwischen Stadt und Land

Ein Problem bei der Verbreitung stellt die Familienpflege in Großstädten dar. Held machte in seiner Studie die Erfahrung, dass die Gastfamilien meist über ein größeres geographisches Gebiet verstreut, unter Bevorzugung ländlicher und vorstädtischer Wohngegenden, liegen (vgl. Held, 1989, S. 150).

Heute findet man durchaus Familienpflege -Teams in Großstädten, wie z. B. in Bremen, Bielefeld, Dortmund, Bonn, Stuttgart und München. Jedoch macht die Zahl der in diesen Städten belegten Plätze nur einen geringen Anteil aller diesbezüglichen Betreuungen in Deutschland aus (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 4). Auch die Mitarbeiter des Modellprojekts "Einführung der Psychiatrischen Familienpflege in Thüringen" machten die Erfahrung, dass viele Familien, die für die Betreuung psychisch Kranker gewonnen werden konnten, im ländlichen Raum, vor allem in kleineren Dörfern der umliegenden Landkreise, leben. Nur vereinzelt meldeten sich interessierte Familien aus den großen Städten wie Erfurt, Jena und Gera (vgl. Neukirchner & Hartung, 2006, S. 41).

Die Gründe für die ländliche Zentrierung dürften vielfältig sein. Ein Grund ist sicher darin zu sehen, dass es leichter und finanziell erschwinglicher ist, ein Haus außerhalb der Stadt zu erwerben. Nebenbei spielt sicher auch die Weitläufigkeit ländlicher Gegenden im Gegensatz zur erlebten Enge der Stadt eine Rolle. Es sind auch die Hinweise aus der psychiatrischen Literatur über eine höhere Toleranz dörflicher Strukturen gegenüber psychisch kranken Menschen in die Überlegungen einzubeziehen (vgl. Krüger & Konrad & Schmidt-Michel, 1988, S. 16).

Das die Psychiatrische Familienpflege ihren Schwerpunkt vornehmlich im ländlichen Raum hat, hat zur Folge, dass psychosoziale Angebote, Beschäftigungsmöglichkeiten, aber auch konsumtive oder kulturelle Angebote schwerer zugänglich sind. Daher kann es im Einzelfall schwierig sein, einem Klienten einen Platz in der Familienpflege anzubieten, z. B. wenn dieser eine Werkstatt für behinderte Menschen oder eine tagesstrukturierende Einrichtung besuchen möchte oder einfach nur das städtische Leben schätzt (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 44).

### 1.2.5 Aktuelle Verbreitung in bestimmten Regionen

Die Verbreitung der Psychiatrischen Familienpflege in den letzten Jahren erfolgte nicht zufällig parallel zum Versorgungsparadigma "ambulant vor stationär" (vgl. Schönberger, 2002, S. 28). Bei der Umsetzung dieses Paradigmas wird die Familienpflege von einigen überörtlichen Sozialhilfeträgern systematisch genutzt. Bisher jedoch nicht aus Überlegungen der Qualitätsverbesserung, sondern als Instrument zur Einsparung von Kosten (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 5).

In Baden-Württemberg und im Rheinland hat die Psychiatrische Familienpflege einen starken Schwerpunkt. Beide Regionen profitieren nach wie vor von der Pionierarbeit Helds (Bonn) und Schmidt-Michels (Ravensburg) Mitte der achtziger Jahre. Durch diese Vorarbeit sind vernünftige Rahmenbedingungen geschaffen worden, die den Nachahmern einen guten institutionalisierten Start ermöglichten (vgl. Eisenhut, 2005, S. 38). Die große Bedeutung von Tradition und Vorerfahrung in einer Region scheint wohl die Ursache dafür zu sein, dass die Familienpflege eine sehr "standorttreue" Betreuungsform mit einem geringen Ausbreitungsgrad ist (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 44). Es gibt zwar eine erfreulich steigende Zahl von Teams, die Psychiatrische Familienpflege anbieten, jedoch konzentrieren sie sich immer noch auf wenige Gebiete. In Baden-Württemberg, dem Saarland, Bremen und Nordrhein-Westfalen (mit Einschränkungen im Rheinland) kann man von einer nahezu flächendeckenden Versorgung ausgehen. In Hessen, Bayern, Brandenburg und Thüringen gibt es dagegen nur vereinzelte Angebote. Im gesamten Norden der Republik (mit Ausnahme von Bremen) sowie Rheinland-Pfalz bietet überhaupt keine einzige Einrichtung Psychiatrische Familienpflege an (vgl. Eisenhut, 2006, S. 76).

Vielleicht liegt diese unterschiedliche Ausbreitung auch daran, dass gerade in Regionen, in denen diese Betreuungsform nicht bekannt ist und kaum eine Tradition hat, die Initiierung neuer Projekte sehr schwierig und aufwendig ist. Denn es muss zuerst eine durch Befürchtungen in der Bevölkerung geprägte Barriere überwunden werden. Zudem muss für den Erfolg eines Projekts eine ausreichende Zahl an Interessenten unter psychisch kranken Menschen sowie unter den in einer Region lebenden Familien vorhanden sein. Dies erfordert von den Mitarbeitern vielseitige und kreative Anwerbeaktivitäten. Auch von Seiten

der Initiatoren muss "an einem Strang" gezogen werden. Denn gehen Träger- und Mitarbeiterinteressen nicht konform, ist der Erfolg einer Initiative in Frage gestellt. Aus Träger- und Mitarbeitersicht ist der Aufbau der Psychiatrischen Familienpflege insofern hochschwierig, da ein hoher Aufwand mit einem ungewissen Ausgang gekoppelt ist (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 44).

### **1.3 Veränderungen in der Bewohnerstruktur**

Eines der deutlichsten Ergebnisse in der Studie von Held war, dass eine stark negative Korrelation zwischen Erfolg und junglichem Alter beim Eintritt in die Familienpflege bestand. Erfolg war dabei als eine stabile Integration in die Gastfamilie bzw. Wechsel in eine selbständigere Wohn- und Lebensform definiert. In der Population waren nur 23% der unter 40jährigen erfolgreich, jedoch bei den über 40jährigen waren 60% erfolgreich (vgl. Held, 1989, S. 46-55). Held kam zu der Erkenntnis, dass Gastfamilien mit der Integration jüngerer, grenzüberschreitender chronisch psychisch kranker Menschen überfordert sind (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 3).

"Insgesamt und von einigen wichtigen Ausnahmen abgesehen, heißt dies: Die Familienpflege hat ihren wesentlichen Indikationsbereich bei Menschen jenseits des 35. bis 40. Lebensjahres. Genauer gesagt: Der erfolgreiche Einsatz von Fremdfamilien hat unter diesen Bedingungen seine größten Chancen" (Held, 1989, S. 163).

Diese Erkenntnis führte dazu, dass sich die neu beginnenden Projekte zunächst ausschließlich auf die Versorgung von Langzeitpatienten konzentrierten. Dadurch wurde die Psychiatrische Familienpflege in einigen Regionen, in denen sie eingeführt wurde, zu einem effizienten Mittel der Enthospitalisierung. Nachdem die Organisationen gute Erfahrungen mit der Integration von Langzeitpatienten gemacht hatten, wagten sich einige von ihnen an die Integration so genannter neuer chronischer Patienten. Anfänglich gab es bei den jährlich stattfindenden Bundestagungen Diskussionen über den Sinn einer Erweiterung der Zielgruppe, denn in gewisser Weise war die Beschaulichkeit der Familienpflege gestört. Inzwischen ist die Platzierung von jüngeren seelisch kranken Menschen ein integraler Bestandteil der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland (vgl. Konrad & Schmidt-Michel,

2004, S. 3). Im Thüringer Modellprojekt lag überraschenderweise der Schwerpunkt der vermittelten Klienten hinsichtlich des Alters zwischen 20 und 25 Jahre (vgl. Neukirchner & Hartung & Schorsch, 2006, S. 44).

Monika Bachmeier, die in der Familienpflege bei der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V. arbeitet, sagte in einem Interview mit der Zeitschrift Soziale Psychiatrie: *“Waren es bis vor einigen Jahren noch eher die älteren Menschen (plus/minus 50 Jahre), bei denen es tatsächlich um die Vermeidung eines Heimaufenthalts ging, so hat sich der Personenkreis, der für die Psychiatrische Familienpflege interessant ist, deutlich verändert. Im Verlauf der letzten fünf Jahre ging die Entwicklung dahin, dass deutlich jüngere Menschen bei uns anfragten. Ein Drittel der Interessenten ist unter 30 Jahren; ein weiteres Drittel ist zwischen 31 und 40 Jahre alt; die Übrigen verteilen sich dann auf die Altersgruppe von 41 bis ca. 80 Jahre”* (Bachmeier, 2005, S. 33).

Die psychisch kranken Menschen stellen zwar immer noch die größte Bewohnergruppe dar, jedoch beschränkt sich die gegenwärtige Psychiatrische Familienpflege nicht mehr allein auf diese Gruppe, sondern schließt Menschen jeden Lebensalters mit besonderen seelischen und geistigen Behinderungen und intensivem Unterstützungsbedarf ein, z. B. Suchtkranke oder psychisch kranke Mütter bzw. Väter mit deren Kindern (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 21). In Ravensburg sind neben der Psychiatrischen Familienpflege weitere Projekte aufgebaut worden, z. B. das Projekt JuMeGa, mit dem Ziel der Integration von psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen in Gastfamilien sowie ein Projekt speziell für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Gastfamilien.



## 1.4 Meinungen der psychiatrischen Fachleute

### 1.4.1 Ergebnisse einer Enthospitalisierungsstudie

Vor allem durch die in der psychiatrischen Fachwelt bestehenden Bedenken und Vorbehalte gegenüber den "Eigenheiten" der Psychiatrischen Familienpflege wird der weitere Ausbau momentan blockiert. Eine Delphi-Studie der Universitäten Bielefeld und Erlangen über Enthospitalisierungsprozesse psychisch kranker und geistig behinderter Langzeitpatienten hat dies deutlich gezeigt (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 5). Im Rahmen dieser Studie wurden Experten über die Ausgestaltung von Wohnangeboten für psychisch kranke Menschen, insbesondere im Hinblick auf deren Integrationspotenzial, befragt. Als ein Versorgungsbaustein wurde in den Interviewgesprächen auch die Familienpflege thematisiert. In den durchgeführten Leitfadeninterviews zeigte sich bezüglich der Psychiatrischen Familienpflege eine deutliche Abweichung bei Kenntnisstand und Einschätzung von praktizierenden Familienpflegeexperten einerseits und psychosozial Tätigen ohne praktische Erfahrung in der Familienpflege andererseits (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 39).

"Neben eher kritisch eingestellten Gesprächspartnern gab es in der Studie auch eine große Gruppe von Interviewten mit -eingestandenermaßen- begrenzten Kenntnissen über Familienpflege, von denen Interesse an weitergehender Information geäußert wurde. Denn grundsätzlich sehen die Befragten Familienpflege als einen möglichen zusätzlichen Baustein der psychosozialen Versorgung an. Indes wird angezweifelt, dass Familienpflege auch quantitativ eine so bedeutende Rolle wie andere Angebote einnehmen kann" (Ingenleuf, 2004, S.40).

Um zu verdeutlichen, wie skeptisch einige der psychosozial Tätigen gegenüber der Psychiatrischen Familienpflege sind, möchte ich einige Bedenken, die in der Befragung geäußert wurden, wiedergeben. Eine Befürchtung der Befragten war, dass bei den für die Familienpflege gewonnenen Familien das finanzielle Interesse im Vordergrund steht und nicht der seelisch behinderte Mensch (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 40). Obwohl die Psychiatrische Familienpflege geeignet ist, unterschiedliche Funktionsniveaus der Behinderten zu berücksichtigen, wird von den Befragten die Familienpflege des Öfteren für eine Betreuungsform

gehalten, die nur für eine hochselektive Gruppe von Klienten geeignet ist. Befürchtungen werden unter anderem auch dahin geäußert, dass sich zwischen dem Bewohner und der Familie eine Abhängigkeitsbeziehung entwickelt. Da die Gastfamilie keine ausreichende Qualifikation im Umgang mit psychisch kranken Menschen hat, hätte solch eine Abhängigkeitsbeziehung für den Gastbewohner nachteilige Folgen (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 41). Psychosoziale Fachkräfte ohne Familienpflegepraxis nehmen an, dass soziale Teilhabe bei psychisch kranken Menschen in der Familienpflege nicht in wünschenswertem Umfang stattfindet und keine professionelle Intervention darauf hinwirkt (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 42). Eine weitere Vermutung ist, dass nach dem Wechsel eines psychisch Kranken in die Familienpflege keine weitere Entwicklung mehr zu erwarten ist und sich aufgrund eingespielter Verhaltensmuster nach einiger Zeit wieder ein hospitalisierungsähnlicher Prozess einschleicht (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 43).

„Bei den angeführten Bedenken wird deutlich, dass der Stellenwert des Familienpflegeteams als sehr gering angesehen oder nicht berücksichtigt wird“ (Ingenleuf, 2004, S. 42). Die tatsächlichen Erfahrungen der praktizierenden Experten, die interviewt wurden, fielen hingegen ausschließlich positiv aus. „Die im Rahmen der Studie geäußerten Bedenken anderer psychosozial Tätiger bezogen sich offensichtlich eher auf eine Vorstellung von Familienpflege, der es an fachlicher Reflexion und Begleitung mangelt“ (Ingenleuf, 2004, S.45). Natürlich birgt die Familienpflege, wie andere Betreuungsformen auch, spezifische Risiken in sich. Sie weist aber auch viele Vorzüge auf (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 44).

Durch diese Ergebnisse der Befragung wird deutlich, dass für die Erschließung der Familienpflege in der gesamten Bundesrepublik nicht nur die politische Arbeit mit Kosten- und Entscheidungsträgern und die Unterstützung neuer Teams wichtig ist, sondern auch das Werben für die Psychiatrische Familienpflege bei Fachleuten und Multiplikatoren (vgl. Eisenhut, 2005, S. 38).

#### 1. 4.2 Professionalität versus Laienarbeit

Die kritische Haltung gegenüber der Familienpflege könnte jedoch auch Ausdruck einer Kränkung der professionellen Helfer sein. Denn die Heranführung von Laien an die Betreuung psychisch kranker Menschen, deren Betreuung ansonsten den einschlägig ausgebildeten professionellen Helfern obliegt, hat für die Fachkräfte auch etwas Provokantes. Obwohl die professionelle Begleitung der Gastfamilien am Gelingen dieser Betreuungsform entscheidenden Anteil hat, agiert sie dennoch aus dem Hintergrund und die Hauptleistung wird von den Laien, sprich den Familien erbracht (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 45).

Viele professionelle Helfer befürchten, dass es gefährlich ist, wenn psychisch Kranke, mit deren komplexen Problemen selbst das Fachpersonal hin und wieder überfordert ist, von Nichtfachleuten betreut werden (vgl. Nouvertne & Schöck, 1998, S. 315). Zudem passt es der Mehrzahl der „Experten“ nicht ins Konzept, dass Laien mit teilweise schwer psychisch kranken Menschen, bei denen ihre Behandlungskonzepte nicht die gewünschte Wirkung zeigten, erfolgreich zusammenleben können (vgl. Eisenhut, 2006, S. 78,79).

Ich möchte in diesem Zusammenhang kurz darauf eingehen, warum es wichtig ist, dass die professionellen Helfer ihren Blick für die Fähigkeiten und Stärken der Laien im Umgang mit psychisch kranken Menschen stärken. Mit der Psychiatrischen Familienpflege wird eine nachhaltige Form „bezahlten bürgerlichen Engagements“ gefördert, das zwischen dem herkömmlichen Ehrenamt und der klassischen professionellen Hilfe liegt (vgl. Schäfer, 2006, S. 133). Mit fachlicher Hilfe und Laienhilfe werden vollkommene unterschiedliche Qualitäten von Beziehungen charakterisiert, daher können weder die Laien die Professionellen ersetzen noch umgekehrt. Durch die Aufnahme in eine Gastfamilie wird den psychisch Kranken menschliche Anteilnahme, Aufmerksamkeit und Freundschaft zuteil, die sie genauso benötigen wie die fachlichen Hilfen und Therapien (vgl. Nouvertne & Schöck, 1998, S. 316). Hinzu kommt, dass die Laien über Qualitäten verfügen, die sie im psychiatrischen Versorgungssystem besonders auszeichnen. Sie gehören nicht zum primären Kernfeld der psychiatrischen Versorgung und sind als Mitglieder der Bürgerschaft auch stärker in dieser verwurzelt. So bilden sie eine Nahtstelle

zwischen dem "Ghetto" Psychiatrie und der Gesellschaft (vgl. Nouvertne & Schöck, 1998, S. 320). Zudem würde die Psychiatrie ohne die Mitarbeit von Nichtfachleuten, den so genannten Laien, nicht den Namen "Gemeindepsychiatrie" verdienen (vgl. Nouvertne & Schöck, 1998, S. 315).

Ein weiterer Aspekt bezieht sich auf die Kosten der Psychiatrie. Die Krise der Sozialhaushalte hat inzwischen ein solches Ausmaß erreicht, dass die Kostenfrage nun auch in der Psychiatrie zum alles beherrschenden Thema geworden ist (vgl. Regus, 2006, S. 2). Neben Rationierung, Rationalisierung und der Einführung neuer Steuerungsformen als Strategien zur Kostendämpfung wird unter anderem auch die Aktivierung der Bürgergesellschaft als Alternative diskutiert (vgl. Regus, 2006, S. 2-4). Denn die Psychiatrische Familienpflege als Beispiel für bürgerschaftliches Engagement ist auch wirtschaftlich. Sie kann gleich gute oder bessere Betreuungsqualität bei geringeren Kosten als im Heim leisten (vgl. Orbke-Lütkeimer & Becker, 2002, S. 15).

Klaus Dörner ist ein prominenter Vertreter im psychiatrischen Bereich. Er sieht den einzigen Ausweg aus der Kostenfalle darin, dass man dem Normalbürger zumutet, mehr persönliche Zeit für die Menschen zur Verfügung zu stellen, die auf soziale Unterstützung angewiesen sind, anstatt ein ständig wachsendes System teurer Institutionen und Professionen zu finanzieren. Es ist noch unklar, inwieweit solch eine Perspektive realistisch ist. Dennoch ist sie wahrscheinlich die einzige Möglichkeit, mittel- und langfristig aus dem gegenwärtigen Dilemma herauszukommen. Einrichtungsträger und Professionen freunden sich jedoch nicht leicht mit solch einem Konzept an, denn es läuft auf die Übergabe eines Teils ihrer Aufgaben auf die Bürgergesellschaft hinaus und dadurch werden charakteristische Konkurrenz- und Arbeitsplatzängste ausgelöst. Jedoch sollen Laien kein billiger Ersatz für die Fachkräfte sein. Vielmehr ergeben sich aus solch einem Perspektivenwechsel neue Chancen und Herausforderungen für die Professionellen (vgl. Regus, 2006, S. 4). Denn wie man am Beispiel der Psychiatrischen Familienpflege sieht, gelingt die Betreuung von psychisch kranken Menschen durch Laien nur, wenn sie professionell angemessen unterstützt wird. Die neue Aufgabe der Fachkräfte läge bzw. liegt daher darin, die Bürger bzw. die Familien zu befähigen, motivieren und zu unterstützen.

## **2. Praxis der Psychiatrischen Familienpflege**

### **2.1 Definition der Psychiatrischen Familienpflege**

Der traditionelle Begriff „Psychiatrische Familienpflege“ steht für das Betreute Wohnen in Familien (vgl. Becker & Neuenfeldt-Spickermann, 2006, S. 14). Darunter versteht man die Aufnahme und Betreuung eines seelisch behinderten Menschen in einer Fremd- bzw. Gastfamilie. Die Gastfamilie erhält ein Betreuungsgeld und zusätzlich Geld für die Verpflegung und Unterkunft des aufgenommenen Menschen. Die Gastfamilien und die Bewohner werden dabei durch ein multiprofessionelles Familienpflegeteam fachlich begleitet und unterstützt. Zwischen dem Bewohner, der Gastfamilie und dem Träger der Psychiatrischen Familienpflege wird ein so genannter Familienpflegevertrag abgeschlossen, in dem Pflichten und die Rechte aller Vertragspartner und die finanziellen Grundlagen geregelt sind. Der Aufenthalt in der Gastfamilie ist auf Dauer angelegt, kann aber jederzeit von allen Parteien gekündigt werden (vgl. Bezirk Schwaben, 2003, S1).

Der Begriff der „Pflege“, der im Wort enthalten ist, führt oft zu Missverständnissen. Denn Familienpflege beinhaltet weit mehr als körperliche Pflege und entspricht den ursprünglichen Bedeutungen des Begriffs „Pflege“: sich für etwas einsetzen, für jemanden sorgen, jemanden in Obhut nehmen (vgl. Stolz, 2004, S. 26). Somit wird auch deutlich, dass es sich bei der Psychiatrischen Familienpflege nicht nur um die Überlassung eines Zimmers, im Sinne von Untervermietung, handelt sondern um die Teilhabe am familiären Leben (vgl. Rosemann, 1999, S. 92).

### **2.2 Zielsetzung der Betreuung durch die Gastfamilie**

Die heutige Psychiatrische Familienpflege in Deutschland unterscheidet sich zwar grundsätzlich von der vor dem 2. Weltkrieg praktizierten Familienpflege (vgl. Kregel, 1990, S. 37). In der Zielsetzung zeigt die damalige Familienpflege jedoch viele Parallelen zu heutigen Bemühungen um eine Versorgungsform, die ein normales Leben als Leitziel hat. Im Gegensatz zu damals stehen heute Integration und Entscheidungsspielraum, Teilhabe und Eigenständigkeit im Zentrum konzeptioneller Anforderungen (Schönberger & Stolz, 2003, S. 21).

In den Richtlinien des Bezirks Schwaben für die Psychiatrische Familienpflege für seelisch Behinderte wird als Ziel definiert, „seelisch Behinderte in das soziale Leben einzugliedern und damit eine individuell möglichst optimale Lebensqualität für die seelisch Behinderten zu erreichen. Nach dem 2. Bayerischen Psychiatrieplan übernehmen die Gastfamilien die aktivierende Förderung und Pflege im Sinne eines Familienmodells; die Gäste sollen in die Familie integriert werden und im Rahmen ihrer Belastbarkeit bestimmte Funktionen übernehmen. Die Intensität der Integration oder der Ausübung bestimmter Funktionen ist ausschließlich vom Einzelfall – sowohl auf die Gastfamilien als auch den Gast bezogen - abhängig“ (Bezirk Schwaben, 2003, S. 1).

Die Ziele der Betreuung in der neuen Familie sind:

- Integration des psychisch Kranken in die Familie und Umgebung
- Verbesserung der Lebensqualität durch das Erlangen sozialer Kompetenzen
- Erwerb von Akzeptanz und Umgang mit der Erkrankung
- Aufbau von langfristigen Beziehungen zu Bezugspersonen und deren Umfeld
- Förderung des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls durch einen individuellen und respektvollen Umgang
- Entwicklung von langfristigen sozialen und beruflichen Lebensentwürfen.

(Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren/Psychiatrische Familienpflege)

### **2.3 Aspekte zur Integration der Gastbewohner**

Integration ist als Leitbegriff für die Zielsetzung und das Handeln der Familienpflege zugleich auch ein Qualitätsmaßstab für das Zusammenleben von Gastbewohnern und Familien. „Integritas“ bedeutet Unversehrtheit, Redlichkeit und verweist auf den Aspekt der Verbindlichkeit dieses Beziehungsrahmens. Die Integration in eine Gastfamilie ist mit der Vorstellung von dauerhafter Zugehörigkeit verknüpft, jedoch erweist sich dies in der Familienpflegepraxis oft als Idealisierung, denn bestehende Betreuungsverhältnisse werden, z. B. durch den Umzug in eine selbständigere Wohnform, auch wieder aufgelöst (vgl. Schönberger & Stolz, 2003. S. 53,54).

Die Integration in eine Gastfamilie stellt deutlich mehr als eine "Wohnsituation" dar (vgl. Held, 1989, S. 170). Der Begriff Integration umfasst auch Fragen nach der Akzeptanz der seelisch Kranken in der Gastfamilie z. B. werden sie gemocht, werden sie vermisst oder werden sie vor Ausgrenzung geschützt. Die Stellung der Gastbewohner in der Familie soll jedoch auch nicht idealisiert werden. Vielmehr geht es darum, dass diese "ihren Platz" in der neuen Familie finden und sich wohl fühlen (vgl. Neukirchner & Hartung & Schorisch, 2006, S. 45). Der Gastbewohner sollte wie jedes andere Familienmitglied in den Familienalltag miteinbezogen werden und beispielsweise an den gemeinsamen Mahlzeiten teilnehmen. Außerdem kann die Gastfamilie den Bewohner, so weit möglich, im üblichen familiären Rahmen an Arbeiten im Garten oder Haushalt beteiligen. Der psychisch behinderte Gastbewohner kann jedoch auch an einer tagesstrukturierenden Maßnahme außerhalb der Gastfamilie teilnehmen (vgl. Zeitz, 2001).

Bei der Aufnahme des seelisch Behinderten in die Gastfamilie treffen unterschiedliche familien-biografische Kulturen mit zum Teil völlig unterschiedlichen Regeln und Normen aufeinander, die grundsätzlich eine Quelle für Konflikte sein können. Hinzu kommen auf Seiten des Gastbewohners Sozialisationserfahrungen beispielsweise in psychiatrischen Einrichtungen, die in starkem strukturellen Kontrast zum Leben in der Familie stehen (vgl. Lakemann, 2006, S. 79). Daher kann die Integration in die neue Familie gerade am Anfang mit Schwierigkeiten oder Krisen verbunden sein.

Das Zusammenleben von Gast und Familie gestaltet sich sehr dynamisch und die Frage nach der Integration wird sowohl vom Bewohner als auch von der Gastfamilie abhängig von der aktuellen Situation beschrieben (vgl. Neukirchner & Hartung & Schorisch, 2006, S. 45). Im Prozess der Familienpflege kann zum Beispiel eine Situation eintreten, bei der die Qualität einer Gastfamilie zwar weiterhin außer Frage steht, diese jedoch für den Bewohner ein Milieu darstellt, in dem eine Weiterentwicklung nicht mehr möglich ist beziehungsweise das Familienmilieu ihn behindert (vgl. Schmidt-Michel & Konrad & Heiter-Metzger, 1991, S. 230). Obwohl die Integration in der Gastfamilie möglicherweise lange Zeit sehr günstig verlief, kann sich dann eine konflikthafte Dynamik zwischen Gastfamilie und Bewohner einstellen. Somit wird deutlich, dass nicht nur

innerfamiliäre Probleme die Integration des Bewohners gefährden können, sondern dass auch positive Veränderungen des Bewohners zu ernsthaften Krisen führen können (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1989, S. 176). Die Integration im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege ist somit als ein hochempfindlicher Prozess zu begreifen, daher ist die professionelle Begleitung und Unterstützung durch das Familienpflegeteam sehr wichtig (vgl. Schmidt-Michel & Konrad & Heiter-Metzger, 1991, S. 230).

## **2.4 Empfehlungen der überörtlichen Sozialhilfeträger**

Das Betreute Wohnen in Familien zählt zu den ambulanten Eingliederungshilfen, die über den §§ 53ff. des SGB XII geregelt sind. Da die überörtlichen Sozialhilfeträger der Bundesländer rechtlich nur für die Kosten der stationären Eingliederungshilfe zuständig sind, muss eigentlich der örtliche Sozialhilfeträger der Landkreise und Kommunen für die Kosten dieser Leistung aufkommen. In der bisherigen Praxis übernehmen jedoch die überörtlichen Sozialhilfeträger der Bundesländer die Verantwortung für die Ausgestaltung der Psychiatrischen Familienpflege. Die meisten überörtlichen Sozialhilfeträger unterstützen die Familienpflege, um neue finanzielle Einsparquellen zu erschließen und Impulse zur Ausgestaltung der ambulanten Versorgungslandschaft zu geben (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 31).

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe hat zu dieser Betreuungsform eine Empfehlung erlassen, in der zur Familienpflege erwachsener behinderter Menschen einige grundlegende Regelungen getroffen werden. So wird unter anderem bestimmt, dass:

- als Familien auch vergleichbare Lebensgemeinschaften und allein stehende Personen zu verstehen sind,
- Familienpflege stets aus den beiden Teilen "aufnehmende Gastfamilie" und "beratender und beaufsichtigender Fachdienst eines Trägers" besteht,
- dieser Träger die Auswahl und Beratung der Familie trifft,
- mit der Familie und mit dem behinderten Menschen einen Vertrag schließt,
- die Familie einen Pauschalbetrag für Unterkunft, Verpflegung und Betreuung des behinderten Menschen erhält,
- die Familie dem Betreuten einen Betrag als Taschengeld auszahlt,



- der Träger seine Aufwendungen mit dem Sozialhilfeträger abrechnen kann sowie
- über diese Leistungen und Aufwendungen mit dem Sozialhilfeträger eine Vereinbarung schließen muss, die den Kriterien der §§ 75ff. SGB XII genügt.

Aus diesen Elementen der Empfehlung wird deutlich, dass die Psychiatrische Familienpflege nur als doppelt betreute und gut organisierte Betreuungsform ihrem Auftrag gerecht werden kann. Die Belastungen sind für beide Seiten, Gastfamilie und psychisch erkrankter Mensch, so erheblich, dass nur unter diesen Voraussetzungen Familienpflege verantwortbar ist (vgl. Rosemann, 1999, S. 92).

## **2.5 Personelle Ausstattung und Aufgaben des Fachpersonals**

Die fachliche Begleitung der Gastfamilien und der seelisch behinderten Menschen muss von geeignetem Fachpersonal, z. B. Sozialpädagogen oder Fachkrankenschwestern/-pfleger für Psychiatrie, wahrgenommen werden. Die Fachkraft muss zwingend in ein multiprofessionelles Team wie z. B. eines SPDI's oder eines BKH's eingebunden sein. Der Betreuungsschlüssel für das Familienpflegeteam beträgt in fast allen Bundesländern 1:10 (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 31).

Die Aufgaben in der Psychiatrischen Familienpflege umfassen drei Bereiche, die eng miteinander verbunden sind und sich gegenseitig bedingen.

### **1. Öffentlichkeitsarbeit, Verwaltung, Koordination von Hilfen**

Eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit ist für die Gewinnung von Gastfamilien und die Schaffung des Kooperations- und Akzeptanzklimas entscheidend. Um geeignete Familien zu finden ist eine fortlaufende, kreative Öffentlichkeitsarbeit unerlässlich. Wird sie vernachlässigt, kann auch die Gewinnung von Bewohnern nicht vorangetrieben werden und die gesamte Arbeit gerät ins Stocken. Eine gute Resonanz erbringen regelmäßige Anzeigen in der Regionalpresse. Bei diesen Annoncen sollte sowohl der finanzielle Nutzen einer Aufnahme als auch der Aspekt der Hilfeleistung betont werden. Der Zugang zu Familien über kirchliche oder kommunale Gremien erwies sich als weniger

erfolgreich (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 75).

Beim Familienpflegeteam laufen die Informationen zusammen, es koordiniert die Zusammenarbeit von Gastfamilie, Team und Fachkräften aus unterschiedlichen Institutionen (Schönberger & Stolz, 2003, S. 76). Im Rahmen der Qualitätssicherung spielt unter anderem die Dokumentation und Berichterstattung eine wesentliche Rolle. Alle Tätigkeiten wie z. B. die Erstgespräche mit den potenziellen Gästen und Familien, die Kontakte in der Anbahnungsphase, die Hausbesuche und die Entwicklung des Gastes werden dokumentiert. Diese Dokumentationen bilden die Grundlage für Entwicklungsberichte und Hilfeplanung. Diese Hilfe- und Entwicklungspläne müssen wiederum für die Berichterstattung beim Sozialhilfeträger erstellt werden (vgl. Kalisch & Mussehl, 2006, S. 39).

## 2. Aufbau von Kooperationsstrukturen

Ohne Angliederung an eine stationäre Einrichtung bleibt die Psychiatrische Familienpflege auf die Zuweisung von Klienten angewiesen. Ihr Erfolg ist somit in einem sehr hohen Maß an eine gelingende Kooperation gebunden. Fachkräfte aus unterschiedlichen Einrichtungen müssen informiert und überzeugt werden. Diese Fachkräfte weisen auf geeignete Bewohner hin, sprechen diese direkt an, stellen den Zugang und erste Verbindungen her und sind in die Vorbereitung für einen Umzug unmittelbar eingebunden. Zu den wichtigsten Kooperationspartnern gehören unter anderem Mitarbeiter aus der stationären Versorgung, Betreuer und Mitarbeiter der Sozialpsychiatrischen Dienste. Ist die Familienpflege nicht an eine Klinik angebunden, ist der Kooperationsaufwand bei der Identifikation geeigneter Klienten und bei den nötigen Abstimmungsprozessen eindeutig höher (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 75). Der Aufbau von Kooperationsstrukturen ist zudem wichtig, weil die Psychiatrische Familienpflege sich im Gesamtgefüge der jeweiligen regionalen psychiatrischen Versorgungsstruktur positionieren muss. Die Teilnahme an gemeindepsychiatrischen Fachgremien, regionalen Arbeitsgruppen und die Darstellung der Ergebnisse der eigenen Tätigkeit in der Öffentlichkeit begleitet daher die Arbeit des Teams kontinuierlich (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 76).

### 3. Klientenbezogene Aufgaben: Gewinnung und Begleitung von Bewohnern und Familien

In der Psychiatrischen Familienpflege bestimmen die Gastfamilien, mit wem sie leben und die psychisch kranken Menschen, von wem sie betreut werden möchten. Diese beidseitige Wahlmöglichkeit ist in keiner anderen Versorgungsform gegeben. Aufgabe des Teams ist es, die Bedingungen und den Rahmen dafür zu schaffen (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 77). Welche psychisch kranken Menschen bzw. Gastfamilien sich generell für die Psychiatrische Familienpflege eignen, wird vom Familienpflegeteam entschieden. Bei dieser Auswahl orientieren sich die Mitarbeiter des Familienpflegeteams an fachlichen und erfahrungsbegründeten Kriterien. Diese Kriterien können immer nur eine Richtschnur sein. Für die konkrete Entscheidung und Einschätzung sind die fachlich begründeten Intuitionen und die spontane, später reflektierte Gefühlswahrnehmung bedeutsam (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 60). Sowohl Gastfamilien als auch Bewohner haben oft konkrete und spezielle Wünsche. Daher muss für die Zuordnung der Personen eine Vorauswahl getroffen werden. Welcher Bewohner am besten zu welcher Familie passt, lässt sich nur schrittweise herausfinden. Das Team bringt die ausgewählten Personen zunächst miteinander in Kontakt und Gastfamilie und Bewohner lernen sich gegenseitig näher kennen. In der Kennenlernphase finden gemeinsame Gespräche, wechselseitige Besuche und ein Probewohnen statt. Dieser Passungsprozess wird von dem Familienpflegeteam intensiv begleitet und die Zuordnungen von Familie und Bewohner werden in den Teamsitzungen ausführlich besprochen. Sowohl Gastfamilie als auch die Bewohner werden bei der Entscheidungsfindung unterstützt und begleitet, bei jüngeren psychisch Kranken sollten eventuell die Angehörigen bei der Entscheidung miteinbezogen werden (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 77, 78).

„Die Familien und die Gastbewohner werden vom Familienpflegeteam nach dem Prinzip der Bezugsbetreuung und den fachlichen Kriterien des Casemanagements dauerhaft begleitet“ (Schönberger & Stolz, 2003, S. 138). Die Gastfamilien werden auf die Aufnahme eines Gastes vorbereitet und im Alltag durch regelmäßige Hausbesuche und Telefonate des Familienpflegeteams begleitet. Im Vordergrund der Unterstützung durch das

Familienpflegeteam stehen dabei "Empowerment" und Stärkung der Beziehungs- und Unterstützungsfähigkeiten der Gastfamilie. Das Team ist für die Familien aber auch eine wichtige Informationsquelle über psychiatrische Erkrankungen und ihre sozialen Auswirkungen, psychiatrische Hilfsmöglichkeiten des Umfelds und sozialrechtliche Informationen. Die Vermeidung der Überforderung der Gastfamilien und Sicherung der Selbstsorge ist besonders wichtig. Innerfamiliäre Krisen werden vom Familienpflegeteam begleitet. Diese Krisenintervention ist eine sehr wesentliche Aufgabe und für die Familie von hoher Bedeutung. Das Team regt die einzelnen Gastfamilien dazu an, sich auch mit anderen Gastfamilien zu vernetzen und in Austausch zu treten. Dazu organisiert das Team regelmäßig Familienpflegefeste (vgl. Neukirchner & Hartung & Schorisch, 2006, S. 43).

Die Bewohner werden ebenfalls intensiv durch das Familienpflegeteam auf die neue Lebenssituation vorbereitet. Im Zusammenleben mit der Familie werden sie durch Einzelkontakte und im Rahmen der regelmäßigen Hausbesuche begleitet. Das Familienpflegeteam unterstützt die Gastbewohner bei der Integration in die Familie, der Bewältigung des Alltags und der Einschränkungen aufgrund der Erkrankung. Des Weiteren werden die Gastbewohner bei der Bearbeitung und Bewältigung von Krisen und bei der ansatzweisen biographischen Rekonstruktion der Lebensgeschichte unterstützt (vgl. Neukirchner & Hartung & Schorisch, 2006, S. 44). Den Bewohnern muss bei der Regelung ihrer finanziellen und sozialrechtlichen Angelegenheiten geholfen werden. Das Team unterstützt die Bewohner dabei, eine angemessene Beschäftigung und Tagesstruktur zu finden sowie gewünschte ärztliche und psychiatrische Behandlungsangebote zu erschließen. Bei Auflösung des Familienvertrags unterstützt das Team den psychisch kranken Menschen und vermittelt in geeignete Betreuungsangebote weiter (Neukirchner & Hartung & Schorisch, 2006, S. 45).

Diese vielfältigen und herausfordernden Tätigkeiten erfordern ein hohes Maß an fachlicher Qualifizierung und Selbstreflexion (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 105). Daher ist es wichtig, dass die Teammitglieder regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teilnehmen und dass Supervisionen, Fallbesprechungen und wöchentlichen Teamsitzungen stattfinden (vgl.

Schönberger & Stolz, 2003, S. 144).

## **2.6 Die Gastbewohner der Psychiatrischen Familienpflege**

### **2.6.1 Zielgruppe und Eignungskriterien der Gastbewohner**

Zielgruppe der Psychiatrischen Familienpflege sind erwachsene Menschen mit seelischen Behinderungen, die für längere Zeit oder auf Dauer umfassende Unterstützung zur selbständigen Lebensführung benötigen. Die Betreuung in Familien kann für psychisch Kranke, die lange Zeit in Kliniken oder Heimen untergebracht waren, ein sinnvolles Angebot darstellen. Es kann aber auch von seelisch behinderten Menschen genutzt werden, die in ihrer bisherigen häuslichen Umgebung beziehungsweise in anderen ambulanten Angeboten nicht mehr ausreichend betreut werden können (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 141). Die Zielgruppe zeichnet sich durch unterschiedliche Fähigkeitsstörungen in Bezug auf die Bewältigung von Alltagsanforderungen in den Bereichen Beziehungsgestaltung, Selbstversorgung, Wohnen, Beschäftigung und Tagesstrukturierung aus (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 136).

Allgemein kann man sagen, dass es keine objektiv beschreibbaren und verlässlichen Größen dafür gibt, welche psychisch kranken Menschen sich für die Integration in eine Gastfamilie eignen. Die Eignungskriterien ergeben sich nur für einen konkreten Einzelfall und sind ganz eng gekoppelt an die Potentiale der Familie, die diesen Menschen bei sich aufnimmt (vgl. Neukirchner & Hartung & Schorsch, 2006, S. 43). Grundsätzlich sind psychisch kranke Menschen mit sehr hohem Behinderungsgrad und wenig ausgeprägter Selbständigkeit ebenso vermittelbar wie psychisch Kranke, deren Niveau an sozialer Anpassungsfähigkeit nur wenig unter dem der Nichtbehinderten liegt (vgl. Schmidt-Michel & Konrad & Heiter-Metzger, 1991, S. 225).

Für die Aufnahme in die Familienpflege spielen die medizinischen Diagnosen der psychisch Kranken eine untergeordnete Rolle. Wichtiger sind vielmehr die sozialen Beeinträchtigungen, Verhaltensstörungen und Affektschwankungen im Zusammenhang mit der Erkrankung (vgl. Neukirchner & Hartung & Schorsch, 2006, S. 43).

Ein Maß für erträgliches oder nicht mehr integrierbares Verhalten kann man schwer bestimmen. Dies hängt von den Kompetenzen, Ressourcen, Belastbarkeit und den Erwartungen der Gastfamilie ab (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 69). Dennoch gibt es Ausschlusskriterien, die sich auf sozial nicht oder nur schwer zu integrierendes Verhalten beziehen. Diese Ausschlusskriterien werden in den meisten Familienpflegeeinrichtungen aufgrund langjähriger Erfahrung ähnlich definiert.

- Wiederkehrende akute Suizidgefahr
- Hohes Maß an aggressiven Verhaltensweisen
- Fremdgefährdung
- Sexuell belästigendes Verhalten
- Akute Alkohol- oder Abhängigkeitsproblematik

(Schönberger & Stolz, 2003, S. 70)

Die Definition von positiven Auswahlkriterien ist schwierig, denn Potenzialeinschätzungen lassen sich kaum zuverlässig treffen. Die größte Sicherheit in der Einschätzung von Entwicklungschancen liegt in einem prozessorientierten Vorgehen:

- Einschätzung von Beziehungsfähigkeit, Interesse und Neugier des Bewohners
- Genaue Verhaltensbeobachtung
- Biografisches Wissen über die Bewohner

(Schönberger & Stolz, 2003, S. 70)

„Für die Integration in eine Gastfamilie spricht, wenn der Klient sich aus eigenem Willen für eine andere Lebensform entscheidet, also der Wunsch nach Veränderung gegeben ist. Dazu gehört viel Mut, sich auf andere Menschen einzulassen ebenso wie die Sehnsucht nach Nähe und das Wohlfühlen in einem engen sozialen Beziehungssystem“ (Neukirchner & Hartung & Schorsch, 2006, S. 43).

## 2.6.2 Ältere Gastbewohner

Die Anforderung an die Betreuung, die Ziele und die Dauer hängen von der Art der Behinderung und dem Lebensalter der Gastbewohner ab (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 58). Bewohner, die sich nach einem langjährigen stationären Aufenthalt im Rahmen von Enthospitalisierungsmaßnahmen für das Leben in einer Gastfamilie entscheiden, sind meist ältere oder alte Menschen (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 73). Die praktischen und sozialen Fähigkeiten von langhospitalisierten Menschen sind oftmals soweit reduziert, dass ein autonomes Leben in der Gemeinde auch durch langfristige Rehabilitationsbemühungen nicht mehr wahrscheinlich ist. Zudem existiert häufig kein soziales Netzwerk außerhalb der stationären Einrichtung (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1989, S. 173). Deshalb ist gerade für ältere Menschen ein Umzug in eine Gastfamilie die letzte Möglichkeit, in verbindlichen Lebensbezügen außerhalb einer Institution zu leben (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 74).

Gastfamilien, die einen älteren psychisch kranken Menschen aufnehmen, sollten sich auf eine langfristige Betreuung einstellen. Zudem ist es wichtig, dass die Familien realistisch beurteilen, ob sie zur Übernahme zusätzlicher Pflegeaufgaben bereit und in der Lage sind. Die im Alter steigende Pflegebedürftigkeit kann zwar später erneut einen Umzug in ein Pflegeheim erfordern (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 74). Die Psychiatrische Familienpflege sollte trotzdem gerade älteren Menschen ein möglichst dauerhaftes Zuhause in natürlicher gemeindeintegrierter Umgebung bieten (vgl. Schnurr, 1999, S. 12). "Bei der Aufnahme von älteren Bewohnern aus dem stationären Bereich steht meist die Milderung der beeinträchtigenden Hospitalisierungsschäden im Vordergrund" (Schönberger & Stolz, 2003, S. 74).

### 2.6.3 Jüngere Gastbewohner

Die Psychiatrische Familienpflege erweist sich eventuell nicht nur für langhospitalisierte psychisch Kranke als geeignet, sondern auch für jüngere seelisch Behinderte, den so genannten "new chronics" (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1987, S. 266). Im Gegensatz zu den Langzeitpatienten sind die "new chronics" durch die Erfahrungen der Drehtürpsychiatrie geprägt. Sie passen sich nicht an die Gegebenheiten der Gastfamilie an, sondern fordern diese vielmehr heraus. Die Gastfamilie muss sich mit den Grenzüberschreitungen der Bewohner auseinandersetzen und benötigt hierzu die Möglichkeit der Reflexion des eigenen Handelns. Die Mitarbeiter des Familienpflegeteams sind in diesen Fällen als Mediatoren in einem komplexen System gefordert (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 3). Da sich die Probleme bei den „new chronics“ etwas anders darstellen als bei den Langzeitpatienten müssen auch andere Gastfamilien ausgewählt werden (vgl. Konrad & Schmidt -Michel, 1987, S. 266, 267).

Bei den jüngeren Gastbewohnern scheint so viel in Bewegung zu sein, dass eine Familie mit pädagogischem Ansinnen und Erfahrung hier Ordnung und Orientierung einbringen kann, was sich dann letztlich stabilisierend auf das Familienpflegeverhältnis auswirkt. Bei Bewohnern, die zuvor lange Zeit im Heim waren, kann dagegen genau dieser formende pädagogische Anspruch beide Parteien überfordern und frustrieren (vgl. Schmidt-Michel & Hoffman & Krüger, 1991, S. 190).

Die intensive Betreuung in der Gastfamilie kann für jüngere Bewohner ein Schonraum für Nachreifung und Nachsozialisation sein. Für die „new chronics“ stellt die Psychiatrische Familienpflege eine Übergangsbetreuung in eine noch selbständigere Lebensform wie z. B. Betreute Wohngemeinschaft oder Betreutes Einzelwohnen dar (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 58).

Vor allem bei jüngeren Gastbewohnern sollte zudem die Arbeit des Familienpflegeteams darauf ausgerichtet sein, den psychisch kranken Menschen nicht nur die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, sondern ihnen auch die Teilhabe am Erwerbsleben möglichst zu erschließen (vgl. Neukirchner & Hartung & Schorsch, 2006, S. 44). Bei



jüngeren chronisch erkrankten Menschen hat zudem die Angehörigenarbeit einen wichtigeren Stellenwert als bei älteren, langhospitalisierten Menschen. Gerade wenn von den Angehörigen, bezüglich einer Betreuung durch eine Fremdfamilie, massive ablehnende Reaktionen zu erwarten sind, muss vor der Platzierung eine intensive Angehörigenarbeit erfolgen (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1987, S. 267).

### **3. Psychiatrische Familienpflege als Entwicklungschancen für die Bewohner**

#### **3.1 Veränderungen der Bewohner in der Gastfamilie**

„Entgegen der zwischenzeitlich vorherrschenden Meinung, nach der die moderne Familie brüchig, instabil, fragmentiert bis nicht existent dargestellt wird, lernt man in der praktischen Arbeit Gastfamilien als stabil, konsistent und kreativ kennen“ (Konrad & Schmidt-Michel, 2004, S. 6). Familien haben ihre eigenen Problemlösungsstrategien und besitzen zudem persönliche, meist ungewöhnliche Fähigkeiten und Ressourcen. Gerade dieses besondere familiäre Milieu kann Impulse für Veränderung und Entwicklung bei den Gastbewohnern setzen. Sogar skurille familiäre Milieus, die wir gewöhnlich als pathologisch identifizieren, können oft unerwartete Entwicklungen anbahnen und schaffen schützende Lebensnischen (vgl. Stolz, 2004, S.27).

Eine empirische Untersuchung von Linn et al. (1977) in den USA an einer großen Stichprobe ergab, dass sich die sozialen Fähigkeiten von psychisch Kranken in Familienpflege gegenüber einer Kontrollgruppe tatsächlich verbesserten. Eine Verbesserung erfolgte vor allem dann, wenn ein Patient allein oder höchstens mit nur einem weiteren psychisch Kranken in einer Gastfamilie lebte (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1989, S. 175). In der Studie von Held wurde deutlich, dass sich unter anderem auch die Copingstrategien des Bewohners verbesserten. Diese Erweiterung der Coping-Kapazitäten zeigte sich daran, dass belastende Ereignisse im Leben der Gastfamilie und/oder des Bewohners zu keinen akutpsychotischen Exazerbationen führten. Jedoch hielt diese Verbesserung nach Beendigung der Familienpflege kaum an (vgl. Held, 1989, S. 125). In Bonn machten die Mitarbeiter des Familienpflegeteams ebenfalls die Erfahrung, dass sich die seelisch behinderten Menschen durch das Leben in der Gastfamilie positiv veränderten.

“Typische Eigenschaften von Patient/innen vor Beginn der Familienpflege sind Antriebsarmut, Unselbständigkeit, Angst bei alltäglichen Verrichtungen, mangelnde Körperhygiene, Desinteresse an Menschen und Dingen der Umgebung. Vieles ändert sich in der Pflegefamilie, wenn auch meist nur auf ständigen Nachdruck der Familien hin, insbesondere das äußere Erscheinungsbild, die Lebhaftigkeit, das Interesse an der Umgebung sowie die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit” (Kregel, 1990, S. 39).

Die Veränderungen bzw. Verbesserungen in einzelnen Bereichen hängen nicht immer mit dem Erlernen neuer Fähigkeiten zusammen. Denn es kann davon ausgegangen werden, dass potentiell vorhandene Fähigkeiten psychisch kranker Langzeitpatienten im Rahmen einer großen Institution nicht abhandeln kommen, sondern lediglich verschüttet werden und durch den Wechsel in ein individuelles Milieu wieder zur Entfaltung gebracht werden können (vgl. Konrad, 1986, S. 178).

Alle Bewohner verändern sich in den Gastfamilien. In welche Richtung und wie weit sich die psychisch kranken Menschen verändern ist von mehreren Faktoren abhängig, z. B. von der sozialen Kompetenz der Gastfamilie, von den psychosozialen Ressourcen des einzelnen Bewohners, von der Art seiner Behinderung, seinem Alter und den Möglichkeiten der fachlichen Begleitung des Teams. Die Gastbewohner sollten weder über- noch unterfordert werden und ihnen sollte Raum für ihr eigenes Entwicklungstempo zur Verfügung stehen (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 99). Veränderungsprozesse verlaufen unterschiedlich schnell und erfordern viel Geduld. Zunächst durchlaufen die Bewohner eine Phase der Neuorientierung und Eingewöhnung, dies gilt auch für die Gastfamilien. Anfangs gibt es oft eine euphorische, großzügige Stimmung. Mit dem Alltag beginnen die Familiennormen auch für den Gastbewohner zu wirken und werden immer mehr zum verbindlichen Verhaltenscode, auf dessen Einhaltung die Familienmitglieder drängen. Damit beginnt ein häufig konfliktgeprägter Anpassungsprozess. Diese Konflikte sind wiederum Ausdruck für Entwicklungsprozesse. Die größte Anpassungsleistung im Familienpflegeprozess wird dabei von den seelisch Kranken erbracht. Der Anpassungsprozess ist individuell und kann daher ganz unterschiedlich lange andauern. Ist die Anpassung weitgehend gelungen, gibt es zunehmend Raum

für die persönliche Entwicklung (vgl. Schönberger, 2002, S. 83).

Selbst langfristig hospitalisierte Bewohner haben auf folgenden Ebenen Entwicklungschancen:

- Überwindung von hospitalisierungsbedingten Verhaltenseinschränkungen
- Wiederaneignung alltagspraktischer Fertigkeiten z. B. Körperhygiene, Kleidung
- Übernahme verschiedener sozialer Rollen
- Aufnahme und Pflege neuer und alter Sozialbeziehungen
- Zugewinn an Selbstbestimmung und Selbstsicherheit
- Subjektives Wohlbefinden und Zufriedenheit mit der getroffenen Lebensentscheidung

(vgl. Schöneberger & Stolz, 2003, S. 49)

Nachfolgend wird erläutert, wie und wodurch die persönliche Entwicklung eines Bewohners in der Gastfamilie ermöglicht wird.

## **3.2 Integration durch Normalität**

### **3.2.1 Normalisierung als zentrales Konzept der Familienpflege**

Die Psychiatrische Familienpflege ist eine Versorgungsform, die den Prozess einer weitgehenden Normalisierung der Lebensführung von psychisch kranken Menschen anstrebt und begleitet (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 49). Mit "Normalisierung" ist ein zentrales Konzept der Familienpflege angesprochen. Historisch wurde dieses Normalisierungskonzept im Rahmen der Behindertenpädagogik (Nirje 1955) entwickelt und wurde danach für Enthospitalisierungskonzepte und Umstrukturierungsmaßnahmen in der Folge der Psychiatrie-Enquete nutzbar gemacht (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 53). Bengt Nirje sieht das Normalisierungsprinzip als ein Mittel an, welches behinderten Menschen gestattet, Errungenschaften und Bedingungen des täglichen Lebens, so wie sie der Masse der übrigen Bevölkerung zur Verfügung stehen, weitgehend zu nutzen (vgl. Thimm, 2005, S. 20,21). Folgerichtig lassen sich mit dem Normalisierungsprinzip Handlungsleitlinien für die ambulante, gemeindenahere Versorgung von psychisch und geistig behinderten Menschen gewinnen (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 53).

Die acht zentralen Bereiche des Normalisierungsprinzips sind nach Nirje:

- Normaler Tagesrhythmus
- Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen
- Normaler Jahresrhythmus (Ferien, Reisen, Besuche)
- Normaler Lebenslauf (Kind, Jugendlicher, Erwachsener)
- Respektierung von Bedürfnissen
- Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern
- Normaler wirtschaftlicher Standard
- Standards von Einrichtungen (Größe, Lage, Ausstattung)

(vgl. Thimm, 2005, S. 21)

Diese Elemente des Normalisierungsprinzips lassen sich in dem inszenierten Alltag einer Institution nur schwer verwirklichen. Die Umsetzung des Normalisierungsprinzips erfordert daher zuallererst einen Abbau der großen stationären Einrichtungen zugunsten kleinerer halbstationärer Einrichtungen und offener Sozialhilfen, die eine ortsnahe Betreuung der Behinderten durch Regionalisierung der Hilfen ermöglichen (vgl. Thimm, 2005, S. 22).

Normalisierung ist ein von Professionellen begleiteter Prozess mit dem Ziel, Menschen mit Behinderungen eine weit gehend normale Lebensführung zu ermöglichen. Dazu gehören die Integration in das soziale und gesellschaftliche Umfeld sowie die Förderung von Selbstbestimmung und Selbständigkeit. Der Interventionsansatz berücksichtigt dabei das Prinzip der Lebensweltorientierung. Die Hilfen werden so weit wie möglich gemeinsam mit dem Betroffenen in Aushandlungsprozessen entwickelt. Die Umsetzung des Grundsatzes "so normal wie möglich" kann unterschiedliche Formen beinhalten. Gemeinsam ist allen Strategien der Normalisierung die Hypothese, dass die Bedingungen eines durchschnittlichen Alltags mit seinen routineförmigen und damit strukturierenden Abläufen und seinen Anforderungen selbst therapeutisch heilsam wirken kann. Diese Sichtweise wurde von Hildenbrand (1991) mit Blick auf psychisch kranke Menschen auf den Begriff "Alltag als Therapie" gebracht (vgl. Schönberger, 2002, S. 34, 35). Normalisierung ist Teil des gemeindepsychiatrischen Handlungsparadigmas und daher nicht nur für die Familienpflege ein attraktives Leitziel. Inzwischen wird dieses Ziel von nahezu allen psychosozial betreuenden Versorgungsformen reklamiert und

auch stationäre Einrichtungen bemühen sich um Normalität innerhalb der gegebenen Grenzen (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 53).

### 3.2.2 Familienpflege und Normalität

“Die Familien bieten Normalität und Alltag außerhalb von institutionellen Strukturen. Die Bewohner/-innen können Beziehungen leben, die nicht vergleichbar sind mit den Beziehungen zu professionellen Mitarbeitern” (Bachmeier, 2005, S. 34)

Die Gastfamilien bieten den Bewohnern ihr spezifisches Milieu, ein emotionales Klima und ihre Alltagsroutinen an, sodass sie in diesem Rahmen wieder oder erstmals ein weitgehend normales Leben führen können. Diese Normalisierung der Lebensführung durch die Familienpflege ist nur möglich, weil wesentliche Bestimmungsmerkmale einer Familie auch dann erhalten und wirksam bleiben, wenn die Familie durch die Aufnahme eines psychisch kranken Menschen zur Gastfamilie wird (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 50). Normalität ist nicht mit Harmonie gleichzusetzen. Im Alltag bleiben Reibungen, Unzufriedenheit und Verstimmungen nicht aus. Die Beziehungen und Gefühle müssen, wie in jeder sozialen Gruppe, ständig ausbalanciert werden und sind keineswegs immer freundlich und wohlwollend. Wenn Bewohner andere Vorstellungen und Wünsche als die Gastfamilie entwickeln und diese vertreten, ergeben sich im Zusammenleben Konflikte. Diese sind jedoch unter der Zielsetzung der Familienpflege als Zugewinn an Selbstbewusstsein und als Erfolg zu werten. Die Entfaltung von Individualität und die Möglichkeit, ohne Sanktionsdrohung “Nein” sagen zu können, gehören zu einem selbstbestimmten Leben (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 49, 50). Die Familienpflege verleiht somit den Lebensbedingungen der psychisch kranken Menschen ein hohes Maß an Normalität. Es gibt jedoch zwei Realitätsfaktoren die dazu führen, dass diese Normalität nie absolut ist. Die Tatsache, dass der Gastbewohner kein wirkliches Familienmitglied ist und die Tatsache des fortbestehenden Restes an psychischer Behinderung. Die Berücksichtigung der bleibenden psychischen Behinderung führt nämlich zu intrafamiliären Interaktionen, die durchaus als atypisch bezeichnet werden können (vgl. Held, 1989, S. 124).

Die Normalität in den Gastfamilien wird auch dadurch begünstigt, dass die Psychiatrische Familienpflege eine Form der Laienhilfe ist und die Familien keine professionelle psychiatrische Vorbildung haben (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 56). Es wird davon ausgegangen, dass die Gastfamilien mit ihrer psychiatrisch nicht vorgeformten, alltagspraktischen Kompetenz als Laien adäquat auf die Bewohner eingehen können (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1989, S. 171). Gastfamilien mit professioneller Vorbildung als beispielsweise Pflegekräfte im Psychatriebereich oder Sozialarbeiter sind dagegen für die Familienpflege eher ungeeignet. Denn sie können für den Bewohner weder eine "ganz normale Familie" sein, noch können sie ihr professionelles Wissen richtig einsetzen (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 56).

### **3.3 Familiales Interaktionssystem als Basis für Entwicklung**

Die Gastfamilie unterscheidet sich von anderen psychiatrischen Einrichtungen dadurch, dass sie keine Institution mit entsprechenden formalisierten Regeln ist, sondern auch nach der Aufnahme eines psychisch kranken Menschen als Familie funktioniert. Theoretisch kann dies mit der von Parsons vorgenommenen Aufteilung in diffuse und spezifische Sozialbeziehungen erfasst werden (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1993, S. 144). Oevermann hat in seiner Sozialisationstheorie Parsons Unterscheidung von diffusen und spezifischen Sozialbeziehungen übernommen (vgl. Hildenbrand, 2002, S. 761).

In diffusen Sozialbeziehungen ist der ganze Mensch in die Beziehungsdynamik involviert, während in spezifischen Sozialbeziehungen die Person in erster Linie als Rollenträger handelt und damit prinzipiell austauschbar ist (Oevermann, 1979; zit. n. Konrad & Schmidt-Michel, 1993).

Spezifische Sozialbeziehungen finden sich in Institutionen wieder. Familien zeichnen sich hingegen durch diffuse Sozialbeziehungen aus. Wie Oevermann erläutert, ist in diffusen Sozialbeziehungen der ganze Mensch in die Beziehungsdynamik involviert und daher nicht austauschbar. Somit ist in diffusen Sozialbeziehungen die Verantwortlichkeit an einen konkreten Sozialpartner gebunden. Dies bedeutet, dass sich beispielsweise die Sorgearbeit der Familienmitglieder nicht an eine "Vertretung" delegieren lässt. Diese Verbindlichkeit von familiären, individuellen Beziehungsstrukturen wird

als Teil der entwicklungsfördernden Normalität betrachtet, zu der die Konstanz der Bezugsperson wesentlich beiträgt. Nach Oevermanns Theorie sind die diffusen Sozialbeziehungen in Familien auch der Motor für eine entwicklungsfördernde Beziehungsdynamik (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 50).

In familialen Interaktionssystemen kommen zwei Typen von diffusen Sozialbeziehungen vor, die Gattenbeziehung und die Eltern-Kind-Beziehung (Oevermann, 1979; zit. n. Hildenbrand, 2002). Demnach existieren in der modernen Familie mindestens drei diffuse dyadische Sozialbeziehungen (Vater-Mutter, Vater-Kind, Mutter-Kind), in denen die zwei Beziehungspartner einen ungeteilten Anspruch aufeinander haben. Diese Konstellation führt zwangsläufig zu Widersprüchen zwischen den Beziehungsdynaden und damit zu Auseinandersetzungen innerhalb des familialen Interaktionssystems. Das familiale Interaktionssystem ist somit die widersprüchliche Einheit von sich ausschließenden Dyaden. Durch die Auseinandersetzungen der Familienmitglieder im Rahmen dieses besonderen Systems vollzieht sich die Sozialisation der Kinder innerhalb der Familie (Oevermann, 1979; zit. n. Konrad & Schmidt-Michel, 1993).

„Familien bieten den Sozialisationsrahmen, in dem individuelle Entwicklung in einem dialektischen Prozess von Bindung und Ablösung stattfindet“ (Schönberger & Stolz, 2003, S. 50). Wird nun die Beziehungsdynamik des psychisch kranken Menschen in erster Linie unter dem Aspekt der misslungenen Ablösung aus der Herkunftsfamilie betrachtet, in der bereits mannigfaltige Sozialisationsdefizite impliziert sind, so kann die Psychiatrische Familienpflege strukturell als prototypische Einrichtung für Nachreifungsprozesse betrachtet werden. Diese sozialisatorische Dynamik einer Familie stellt somit die entscheidende strukturelle Differenz zwischen Familienpflege und rollenförmig organisierten psychiatrischen Angeboten dar (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1993, S. 145).

Das Zusammenleben zwischen Gastfamilie und Bewohner kann jedoch nicht ganz der Logik diffuser Sozialbeziehungen folgen. Denn es gibt Unterschiede in der Beziehung zwischen „richtigen“ Familienmitgliedern und der Beziehung

zwischen Gastfamilie und Gastbewohner, z. B. die Tatsache, dass der Vertrag zwischen Gastfamilie und Bewohner jederzeit gekündigt werden kann. Daher kann sich das Zusammenleben zwischen Gastfamilie und Bewohner nur an dem Muster diffuser Sozialbeziehungen orientieren (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1993, S. 145, 146).

Trotzdem profitieren die meisten psychisch kranken Bewohner deutlich und entwickeln sich in den Gastfamilien oft in überraschender Weise. Denn dieses Muster der diffusen Sozialbeziehungen bietet den Gastbewohnern die Chance, in einer Familie intensive persönliche Bindungen zu erleben und neue einzugehen, Alltagshandlungen selbst in die Hand zu nehmen, Entscheidungen zu treffen, Wahlmöglichkeiten zu haben und verschiedene Rollen zu übernehmen (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 50).

### **3.4 Vergleich zwischen Gastfamilie und Herkunftsfamilie**

Warum psychisch erkrankte Menschen in einer fremden Familie größere Entwicklungschancen haben als in ihrer Herkunftsfamilie lässt sich unter anderem durch die bestehenden Unterschiede zwischen der Gastfamilie und den Angehörigen der psychisch Kranken erklären. Im Gegensatz zu Angehörigen, die durch eine verwandtschaftliche Beziehung mit dem seelisch Behinderten verbunden sind, entscheiden sich Gastfamilien freiwillig für ein Zusammenleben mit einem psychisch kranken Menschen. Zudem werden die Gastfamilien nach bestimmten Kriterien ausgewählt, so dass nur eine bestimmte Anzahl an geeigneten Gastfamilien übrig bleibt. Durch den Abschluss eines Betreuungsvertrages und der regelmäßigen Entlohnung trägt die Integration eines seelisch kranken Menschen in Gastfamilien deutliche Züge einer Arbeitsleistung. Die Gastfamilien werden so zu Semiprofessionellen und dadurch wird eine distanziertere Rollenbeziehung induziert. Man könnte also insgesamt von einem größeren emotionalen Abstand sprechen. Im Gegensatz zu Angehörigen haben die Gastfamilien keine Schuldgefühle gegenüber der Krankheit des Bewohners. Daher können sie sich unbelastet mit provokativen und problematischen Verhaltensweisen auseinandersetzen, ohne sich ständig angegriffen zu fühlen. Auf Grund der Abwesenheit von Schuldgefühlen entfällt auch das Phänomen des sozialen Rückzugs, das bei Angehörigen psychisch Kranker häufig berichtet wird und das die Einbindung des psychisch Kranken in



ein größeres soziales Netzwerk unmöglich macht (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1989, S. 174). Da sich die Gastfamilien nicht in einer defensiven Position befinden, können sie dem seelisch behinderten Gastbewohner Freiräume eröffnen, die für die Entwicklung seiner sozialen Fähigkeiten förderlich sind. Die bei einem solchen Entwicklungsprozess erwartbaren Rückschläge aktualisieren keine alten, langjährigen Konflikte, sondern können als "normale" Entwicklungshemmnisse verarbeitet werden (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1989, S. 175).

In dem verwandtschaftlich-biographisch nicht verstricktem Milieu der Familienpflege, liegt somit die Chance einer fremden Familie. Denn die Gastfamilie kann dem Bewohner trotz beziehungsweise wegen der fehlenden gemeinsamen Vorgeschichte die wohltuenden und Halt gebenden Seiten eines normalen Familienalltags bieten (vgl. Schönberger & Stolz, 2003, S. 56). Jedoch muss berücksichtigt werden, dass die Fähigkeiten der Gastfamilien, einen psychisch kranken Menschen zu integrieren, sehr unterschiedlich sind. Es muss hervorgehoben werden, dass es sich bei den genannten Unterschieden zwischen Angehörigen und Gastfamilie um strukturelle Unterschiede handelt. Empirisch können sich die Unterschiede durchaus verwischen. Die bisherigen Erfahrungen in der Betreuung von Gastfamilien haben gezeigt, dass es durchaus auch Familien gibt, denen es nicht gelingt, die notwendige Distanz gegenüber problematischen Verhaltensweisen der Gastbewohner einzunehmen (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1989, S. 175).

Zudem kann im Verlauf der Integration in die Gastfamilie eine Konstellation entstehen, die derjenigen in der Herkunftsfamilie ähnelt. In dieser Konstellation entstehen dann Konflikte, die aus der aktuellen Situation heraus nicht erklärbar oder vorhersehbar sind (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1989, S. 176). Daher sind Konzepte, die sich ausschließlich auf das emotionale Verhalten einer Familie beziehen, zumindest für die in der Familienpflege ablaufenden Entwicklungsprozesse chronisch psychisch Kranker zu kurz gegriffen (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1989, S. 177).

### **3.5 Vergleich zwischen Psychiatrischer Familienpflege und anderen stationären Wohnformen**

In der Psychiatrischen Familienpflege wird jeder einzelne Betreuungsplatz in einem mehrmonatigen Prozess der Beziehungsvermittlung und im Abgleich der Interessen vieler Beteiligter einzeln zustande gebracht (vgl. Schönberger, 2002, S. 29). Gegenüber dieser individuellen Vermittlung ist es bei einem Wohnheim oder auch einer therapeutischen Wohngemeinschaft mehr oder weniger Zufall, wenn es auf die Differenziertheit der Bedürfnisse eines psychisch kranken Menschen zugeschnitten ist (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1987, S. 271). In Einrichtungen der stationären Versorgung müssen die psychisch Kranken einen Wechsel der Bezugspersonen durch Schicht, Krankheit, Urlaub oder Fluktuation hinnehmen. In der Psychiatrischen Familienpflege hingegen bleibt die Bezugsperson beziehungsweise die Familie als sozialer Bezugspunkt immer gleich (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 41).

Die Anstöße, die dem Gastbewohner in der Familie gegeben werden, sich aktiv in seiner Freizeit zu beschäftigen, sind individueller und unmittelbarer als in einem Heim. Dort gibt es zwar diese Anstöße in Form von regelmäßigen Gruppen auch, jedoch sind diese Angebote überindividuell und abstrakter. Die Möglichkeiten, Kommunikation zu vermeiden, sind in einer psychiatrischen Einrichtung viel eher gegeben als in einer Familie. Dies bedeutet, dass das bloße Wechseln in ein familiäres Milieu und die Konfrontation mit den dort stattfindenden kommunikativen Episoden eine Reduktion des Behinderungsgrades in diesem Bereich wahrscheinlich macht (vgl. Schmidt-Michel, 1991, S. 537). Das Verbleiben in einer Gemeinschaft mit psychisch Kranken und der meist geringe Kontakt mit Gesunden sind der Grund, weshalb Dauerwohnheime oder Wohngemeinschaften einen geringen Destigmatisierungseffekt haben. Bei der Familienpflege dagegen besteht ein ständiger Kontakt zu gesunden Mitmenschen, der mit einem maximalen Destigmatisierungseffekt einhergeht, da eine Familie kein „spezieller Ort für psychisch Kranke“ ist (vgl. Held, 1989, S. 148,150). Aus dem Zusammenwohnen eines psychisch Behinderten mit einem psychisch unauffälligen Menschen resultiert schließlich auch der entscheidende therapeutische Vorteil der Psychiatrischen Familienpflege. Denn der psychisch behinderte Gastbewohner tritt mit Familienmitgliedern in Beziehung, die seinen

Herausforderungen standhalten können und aufgrund ihrer relativen psychischen Stabilität ihre Reaktionen auf das Verhalten des psychisch kranken Gastbewohners nicht gegen ihn ausagieren müssen. In dieser Hinsicht erweist sich auch der Laienstatus der Gastfamilien als therapeutisch wichtiger Faktor. Denn durch den Laienstatus werden die individuellen Regungen der Bewohner nicht zuerst in der Perspektive der psychiatrischen Klassifikation, sondern aus der Perspektive des zwischenmenschlich-kommunikativen Handelns verständlich (vgl. Konrad & Schmidt-Michel, 1987, S. 271). In psychiatrischen Institutionen gibt es neben dem Bereich der Therapie natürlich auch einen Alltag. Diese Art von Alltag ist jedoch inszeniert. Es ist kein aus dem Zusammenleben und den Bedürfnissen der Einzelnen gewachsener, sondern ein eigens für psychisch Kranke eingerichteter Alltag, der zudem für die beteiligten Professionellen einen Arbeitsalltag darstellt. Hinzu kommt der therapeutische Anspruch, der auf allem liegt und damit diesen Alltag auch noch einmal verfremdet (vgl. Orbke-Lütke-meier & Becker, 2002, S. 83). In der Psychiatrischen Familienpflege dagegen wird der Alltagsatmosphäre an sich therapeutische Wirkung zugeschrieben. Das Zusammenleben mit der Gastfamilie, mitsamt den dadurch entstehenden Konflikten und Konfliktlösungen, wird im Sinne einer Milieuthérapie als "therapeutische Behandlung" betrachtet. Gezielte therapeutische Programme werden nicht parallel durchgeführt (Konrad & Schmidt-Michel, 1989, S. 171). Psychisch behinderte Menschen haben verschiedene und wechselnde Bedürfnisse nach professioneller Hilfe. Im Gegensatz zu Wohnheimen, in denen ständig professionelle Hilfe vor Ort ist, kann in der Familienpflege das Ausmaß professioneller Hilfe ganz den jeweiligen Erfordernissen des Bewohners beziehungsweise seiner Gastfamilie angepasst werden (vgl. Held 1989, S. 148, 166). Ein weiterer Unterschied besteht darin, dass bei der Psychiatrischen Familienpflege zwei wesentliche Funktionen des Begleitungs- und Betreuungsprozesses von verschiedenen Personen übernommen werden. Die Gastfamilie steht für Konstanz der Beziehung sowie Alltagsbegleitung. Das Familienpflegeteam steht hingegen für die Entwicklung der Familien-Klient-Beziehung und das Hinterfragen von Verhaltensmustern, indem es in Besprechungen und Supervisionen die gruppenspezifischen Prozesse reflektiert. Auf diese Weise werden unterschwellige Konflikte und die Herausbildung entwicklungshemmender Kommunikationsmuster deutlich,

wodurch der immerwährenden Gefahr der Hospitalisierung begegnet werden kann. In einem Wohnheim bzw. einer therapeutischen Wohngemeinschaft dagegen muss ein Team beide Funktionen erfüllen. Nämlich einerseits den Alltag gestalten und begleiten und andererseits sich immer wieder distanzieren, um den Prozess zu reflektieren und zu bewerten. Dies stellt eine schwierige Aufgabe dar (vgl. Ingenleuf, 2004, S. 43).

Natürlich hat die Psychiatrische Familienpflege im Vergleich zu anderen Betreuungsformen auch Nachteile bzw. Risiken. Diese Risiken liegen in der relativen Schwäche eines psychisch kranken Menschen in einer Gemeinschaft mit Nichtbehinderten bei gleichzeitiger Wohnungs- und Versorgungsabhängigkeit. Das begleitende Team hat daher die Aufgabe auf mögliche Fehlentwicklungen, wie zum Beispiel Ausbeutung der Arbeitskraft, Bevormundung oder lieblose Beziehung mit wenig Respekt, zu achten (vgl. Becker & Neuenfeldt-Spickermann, 2006, S. 14,15).

# **C Qualitative Untersuchung**

## **4. Interviews mit den Gastbewohnern**

### **4.1 Fragestellung**

Von Fachkräften, die Erfahrung mit der Psychiatrischen Familienpflege haben, wird diese als wichtiger Baustein im psychiatrischen Hilfesystem angesehen. Sozialpsychiatrische Fachkräfte, die hingegen keine Erfahrung mit diesem Betreuungsangebot haben, stehen diesem teilweise sehr skeptisch gegenüber. Da die Meinungen der Fachleute so unterschiedlich sind, habe ich mich gefragt, wie die seelisch behinderten Gastbewohner selbst das Leben in der Gastfamilie bewerten. In der Untersuchung geht es daher um die Frage: Wie erleben und beurteilen die Gastbewohner ihre neue Lebens- und Wohnsituation? Diese Fragestellung ist sehr allgemein gehalten und umfasst mehrere Gesichtspunkte. Im Vordergrund stehen folgenden Aspekte:

- Was hat sich durch den Wechsel in die Psychiatrische Familienpflege im Leben des psychisch kranken Gastbewohners verändert?
- Wie erleben bzw. beurteilen die Gastbewohner diese Veränderungen?

### **4.2 Auswahl der Methode**

Im empirischen Teil der Diplomarbeit sollen keine bestehenden Hypothesen mit Hilfe verschiedener Erhebungsinstrumente überprüft werden. Vielmehr soll die Sichtweise der Gastbewohner dargestellt und verstanden werden. Daher habe ich mich für eine qualitative Methode der Sozialforschung entschieden.

Mit dem Begriff qualitative Sozialforschung werden verschiedene Ansätze der Forschung zusammengefasst, die sich in ihren theoretischen Annahmen, in ihrem Gegenstandsverständnis und methodischen Fokus unterscheiden (vgl. Flick, 2006, S. 33). Eine Gemeinsamkeit dieser verschiedenen Ansätze liegt unter anderem darin, dass sie alle darauf abzielen, „das untersuchte Phänomen bzw. Geschehen von innen heraus zu verstehen. Verstanden werden soll die Sicht eines Subjekts (oder mehrerer Subjekte), der Ablauf sozialer Situationen (Gespräche, Diskurse, Arbeitsabläufe) oder die auf eine Situation zutreffenden kulturellen bzw. sozialen Regeln. Wie dieses Verstehen methodisch jeweils

realisiert wird, hängt von der zugrunde gelegten theoretischen Position ab“ (Flick, 2006, S. 49).

“In der qualitativen Forschung spielt der verbale Zugang, das Gespräch, eine besondere Rolle. Subjektive Bedeutungen lassen sich nur schwer aus Beobachtungen ableiten. Man muss hier die Subjekte selbst zur Sprache kommen lassen; sie selbst sind zunächst die Experten für ihre eigenen Bedeutungsgehalte” (Mayring, 1999, S. 45).

Durch Interviews soll dargestellt werden, was sich im Leben der psychisch kranken Menschen durch den Wechsel in die Psychiatrische Familienpflege verändert hat und wie diese Veränderungen erlebt und beurteilt werden. Die befragten Gastbewohner sollen ihre ganz persönlichen Sichtweisen und Deutungen offen legen und im Interview eigene Zusammenhänge entwickeln können. Zugleich soll aber auch gewährleistet sein, dass die Befragten während des Interviews nicht in Erzählungen abschweift, die nicht zum eigentlichen Thema gehören. Daher orientiere ich mich in der Befragung an dem problemzentrierten Interview.

Unter dem Begriff “problemzentriertes Interview“, den Witzel (1982, 1985) geprägt hat, werden alle Formen der offenen, halbstrukturierten Befragung zusammengefasst. Im problemzentrierten Interview sollen die Befragten möglichst frei antworten können, ohne vorgegebene Antwortalternativen. Dadurch kommt das Interview einem offenen Gespräch möglichst nahe. Das Gespräch ist jedoch auf eine bestimmte Problemstellung zentriert, die der Interviewer einführt und auf die er immer wieder zurückkommt. Diese Problemstellung wurde vom Interviewer bereits vorher analysiert und es wurden bestimmte Aspekte erarbeitet. Diese Aspekte sind in einem Interviewleitfaden zusammengestellt und werden im Gesprächsverlauf vom Interviewer angesprochen (vgl. Mayring, 1999, S. 46,47).

“Der Leitfaden soll zwar dazu beitragen, den vom Befragten selbst entwickelten Erzählstrang zum Tragen kommen zu lassen. Jedoch ist er vor allem die Grundlage dafür, etwa bei stockendem Gespräch bzw. bei unergiebigem Thematik dem Interview eine neue Wendung zu geben” (Flick , 2006, S. 135).

### **4.3 Entwicklung des Interviewleitfadens**

Mit Hilfe der Gespräche, die ich mit den Mitarbeiterinnen der Psychiatrischen Familienpflege des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren führte und den Vorinformationen, die ich durch das Literaturstudium gesammelt habe, entwickelte ich den Interviewleitfaden. Nachfolgend werde ich die einzelnen Bereiche und die Hintergründe der Fragen beschreiben.

#### *Zugang zur Psychiatrischen Familienpflege*

Um den befragten Gastbewohnern den Einstieg in das Gespräch zu erleichtern, werden sie zu Beginn des Interviews gefragt, wie sie zur Psychiatrischen Familienpflege kamen. Hier sollten folgende Aspekte angesprochen werden.

- Wo der Befragte zuvor gelebt hat.
- Wie er auf die Psychiatrische Familienpflege aufmerksam wurde.
- Mit welchen Gefühlen die Vorstellung an einen bevorstehenden Umzug verbunden war.

#### *Motivation für den Umzug*

Durch den Umzug in eine Gastfamilie, müssen sich die psychisch kranken Menschen von ihrer vertrauten Umgebung lösen und sich auf ein völlig neues Leben in einer fremden Familie einlassen. Für viele seelisch behinderte Menschen stellt diese Loslösung aus vertrauten Bindungen eine sehr schwierige Herausforderung dar. Daher ist es interessant zu erfragen, warum sich die seelisch behinderten Menschen generell für ein Leben in einer fremden Familie entschieden haben und warum sie sich gerade für die jetzige Gastfamilie entschieden haben. Diese Frage lässt zugleich darauf schließen, was die Gastbewohner in ihrer alten Wohnform vermisst haben könnten.

#### *Soziale Kontakte*

Mit zunehmender Erkrankungsdauer verändert sich oftmals auch das soziale Netzwerk der psychisch erkrankten Menschen. Die noch bestehenden sozialen Kontakte beschränken sich häufig nur noch auf andere psychisch kranke Menschen und/oder Betreuungspersonal. Gerade bei langhospitalisierten Patienten reduzieren sich die sozialen Kontakte ausschließlich auf die

Einrichtung, in der sie leben. Es soll herausgefunden werden, ob sich durch den Umzug in die Gastfamilie die sozialen Kontakte verändert haben. Folgende Gesichtspunkte werden thematisiert:

- Der Kontakt zu den ehemaligen Heimmitbewohnern.
- Der Kontakt zu den eigenen Angehörigen bzw. zum eigenen Freundeskreis.
- Der Kontakt zu Verwandten und Bekannten der Gastfamilie.

#### *Freizeitverhalten*

Das Leben in einer Gastfamilie kann individuelle Anreize für Freizeitbeschäftigungen bieten. Durch die folgenden Fragen soll deutlich werden, wie die neue Lebenssituation das Freizeitverhalten beeinflusst.

- Was unternehmen sie in ihrer Freizeit?
- Unternehmen sie gemeinsam mit der Gastfamilie etwas?

#### *Beschäftigung/ Arbeit*

Die Möglichkeit zu arbeiten bzw. bestimmte Aufgaben zu übernehmen spielt für viele psychisch kranke Menschen eine wichtige Rolle. Durch Arbeit oder Beschäftigung wird einerseits der Tag strukturiert, andererseits kann die Übernahme sinnvoller Aufgaben das Selbstwertgefühl der seelisch erkrankten Menschen aufwerten. Durch die Fragen zu diesem Themenbereich werden nicht nur Veränderungen deutlich, sondern es wird auch sichtbar, wie die Befragten ihren Alltag verbringen. Hierzu gehören Fragen wie:

- Besuchen sie eine Tagesstätte oder eine WFB?
- Seit wann gehen sie dorthin?
- Gibt es bestimmte Tätigkeiten oder Arbeiten, die sie innerhalb der Familie regelmäßig erledigen?



### *Wohlbefinden in der Familie*

Es soll aufgezeigt werden, wie die befragten Gastbewohner mit der neuen Lebenssituation und den damit verbundenen Veränderungen zufrieden sind. Das Wohlbefinden in der Gastfamilie wird unter folgenden Gesichtspunkten erfragt:

- Wie fühlen sie sich in der neuen Familie?
- Was gefällt ihnen besonders gut in der Gastfamilie?
- Was stört sie am Zusammenleben in der Familie bzw. gibt es etwas was sie verändern würden?
- Würden sie wieder in eine Gastfamilie ziehen und würden sie sich auch wieder für die gleiche Familie entscheiden?

### *Veränderungen aus der Perspektive der Gastbewohner*

Abschließend werden die Gesprächspartner noch einmal gefragt, was sich durch den Wechsel in die Psychiatrische Familienpflege in ihrem Leben verändert hat. Hier können die Befragten sowohl positive als auch negative Veränderungen nennen. Zudem lässt die Beantwortung der Frage darauf schließen, welche Veränderungen die Befragten am intensivsten wahrnehmen. Es kann durchaus möglich sein, dass nochmals Themen angesprochen werden, die bereits im Verlauf des Interviews erwähnt worden sind. Hier könnten noch folgende Bereiche angesprochen werden.

- Psychische Stabilität
- Entwicklung der Selbständigkeit
- Veränderung von äußeren Bedingungen

## **4.4 Auswahl der Interviewpartner**

Im Gegensatz zur quantitativen Sozialforschung arbeitet die qualitative Sozialforschung nicht mit Zufallsstichproben. Denn Zufallsstichproben setzen normalerweise eine große Anzahl von Untersuchungsobjekten voraus und dies ist bei offenen, qualitativen Methoden nicht realisierbar. In der qualitativen Sozialforschung wird daher eine gezielte Auswahl bevorzugt. Diese gezielte Auswahl ergibt sich aus der theoretischen Vororientierung (vgl. Lamnek, 1995, S. 238,239).

Entsprechend der Fragestellung wurden für die Interviews psychisch kranke Menschen ausgewählt, die in Gastfamilien leben. Die Auswahl der Interviewpartner erfolgte über die Mitarbeiterinnen zweier Familienpflegeteams. Im August 2006 rief ich bei insgesamt vier Einrichtungen, die Psychiatrische Familienpflege anbieten, an. Diese waren:

- Das Diakonisches Werk Augsburg
- Psychiatrische Familienpflege der Herzogsägmühle
- Betreutes Wohnen in Familien - Projekt für Jugend und Sozialarbeit in München
- Psychiatrische Familienpflege am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren

Am Telefon stellte ich den Mitarbeiterinnen des Familienpflegeteams das Thema meiner Diplomarbeit vor und fragte, ob es möglich wäre, die Gastbewohner zu interviewen. Die Mitarbeiterin des Diakonischen Werks in Augsburg teilte mir mit, dass derzeit keine Gastfamilien betreut werden. Die zuständige Sozialpädagogin der Psychiatrischen Familienpflege der Herzogsägmühle war von meiner Nachfrage nicht begeistert, weil einige ihrer betreuten Gastbewohner erst vor kurzem im Rahmen eines Dokumentarfilms befragt wurden. Die Ansprechpartnerin für die Psychiatrische Familienpflege im Raum München fand das Diplomarbeitsthema interessant. Sie sagte mir zu, dass sie bei ihren "Klienten" nachfragen werde und war der Meinung, dass sie sicherlich zwei bis drei Gastbewohner findet, die für ein Interview bereit sind. Nach einer telefonischen Voranfrage, fuhr ich im September 2006 ins Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren und stellte dem Familienpflegeteam mein Thema persönlich vor. Die Mitarbeiterinnen waren an dem Diplomarbeitsthema interessiert und unterstützten mich.

In der Diplomarbeit wollte ich möglichst unterschiedliche Perspektiven darstellen. Deshalb bat ich die Sozialpädagoginnen der Familienpflegeteams sowohl Gastbewohner, die zuvor lange im Heim gelebt haben, als auch psychisch kranke Gastbewohner, die vor der Familienpflege nicht im Heim waren, um ihr Einverständnis für das Interview zu bitten. Gerade in den ersten Wochen lernen die Bewohner ihre Gastfamilie näher kennen und müssen sich erst an die neue Lebenssituation gewöhnen. Daher war es mir wichtig, dass die

Gesprächspartner mindestens schon vier Monate in der Familie leben. Neben dem Einverständnis für die Interviews sollten die Gastbewohner zudem psychisch so stabil sein, dass die Befragung keine zu große Belastung für sie darstellt.

Insgesamt erklärten sich fünf Gastbewohner für ein Interview bereit. Bei zwei Gastbewohnern rief ich persönlich an, erläuterte mein Anliegen und vereinbarte einen Gesprächstermin. Bei den anderen drei Interviewpartnern übernahm die Mitarbeiterin des Familienpflegeteams für mich die Terminabsprache.

#### **4.5 Durchführung der Interviews**

Im Vorfeld der Befragung habe ich den Gastbewohnern, über die Mitarbeiterinnen der Familienpflegeteams, die Interviewthemen zukommen lassen. Dadurch erhielten die Befragten einen Einblick, was im Interview auf sie zukommt und sie konnten ihre Nervosität etwas abbauen. Bevor das Interview begann, teilte ich den Befragten nochmals das Thema meiner Diplomarbeit und den Grund für die Befragung mit. Den Gesprächspartnern habe ich die Anonymität der Daten und Inhalte zugesichert. Zudem habe ich sie gefragt, ob sie mit der Aufnahme des Interviews einverstanden sind.

Zwei Befragungen wurden im Haus der Gastfamilien durchgeführt. Die anderen drei Interviews fanden in der Werkstatt für behinderte Menschen, in der die befragten Gastbewohner arbeiten, statt. In vier Fällen führte ich die Befragung alleine mit den Gastbewohnern durch. Eine Gesprächspartnerin bestand darauf, dass die Mitarbeiterin des Familienpflegeteams während des Interviews anwesend ist. Bis auf die anfängliche Nervosität bei den Befragten aufgrund der ungewohnten Situation herrschte in allen Interviews eine angenehme Gesprächsatmosphäre.

Für ein Interview habe ich maximal eine Stunde eingeplant. Im Durchschnitt dauerten die Interviews etwa 45 Minuten. In dieser Zeit konnten die seelisch kranken Gastbewohner konzentriert am Gespräch teilnehmen.

Am Ende der Befragung sollten die Gesprächspartner erzählen, was sich durch den Umzug in die Gastfamilie in ihrem Leben verändert hat. Dies erfordert von den psychisch kranken Bewohnern, dass sie einen Vergleich zwischen ihrer teilweise lange zurückliegenden alten Wohn- und Lebenssituation und der jetzigen Situation herstellen können. Für einige der Befragten war dies jedoch schwierig. Durch genaueres Nachfragen versuchte ich den Gesprächspartnern Hilfestellungen zu geben.

#### **4.6 Auswertung der Interviews**

Vor der Auswertung der gewonnenen Informationen müssen diese dokumentiert und aufbereitet werden. Wesentliche Schritte dieser Aufbereitung sind im Interview die Aufzeichnung des gesprochenen Worts und die anschließende Verschriftung (vgl. Flick, 2006, S. 243). Wenn gesprochene Sprache in eine schriftliche Fassung gebracht wird, so nennt man dies Transkription (vgl. Mayring, 1999, S. 63). Bei der Transkription der Interviews wurden die Aussagen der Interviewpartner von mir in normales Schriftdeutsch übertragen, dabei habe ich den Dialekt bereinigt und den Stil etwas geglättet. Das Material habe ich gleichzeitig anonymisiert. Die Transkriptionen enthalten Hinweise auf nonverbale Äußerungen wie längere Pausen oder Lachen.

Für die Auswertung der Interviews habe ich mich an der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse orientiert. Ziel der strukturierenden Inhaltsanalyse ist es, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen (vgl. Mayring, 1999, S. 86).

Nachdem ich die Interviews transkribiert habe, ging ich das Textmaterial durch und ordnete es thematisch. Mithilfe der Fragen aus dem Gesprächsleitfaden und den in den Interviews angesprochenen Themen bildete ich Kategorien. Damit ich das Textmaterial diesen Kategorien zuordnen kann, habe ich die Interviewpassagen, in denen die Kategorie angesprochen wird, markiert bzw. bezeichnet. Anschließend habe ich das, zu den einzelnen Kategorien, gekennzeichnete Material herausgefiltert und zusammengefasst.

In der Ergebnisdarstellung führe ich konkrete Textstellen an, die unter eine

Kategorie fallen und als Beispiel für diese Kategorie gelten sollen. Diese Ankerbeispiele haben prototypische Funktion für die Kategorie (vgl. Mayring, 1999, S. 88).

## **D Ergebnisdarstellung**

### **5. Interviewauswertung**

Die in der Ergebnisdarstellung verwendeten Originalzitate werden durch die Angabe des Interviews und der Anfangszeile des Zitates im jeweiligen Interviewtranskript gekennzeichnet z. B. (I1/Z5) das Zitat stammt aus dem ersten Interview und beginnt in der fünften Zeile.

Es wurden drei männliche und zwei weibliche Gastbewohner interviewt. Die Befragten sind zwischen 32 und 61 Jahre alt und wohnen zum Zeitpunkt der Befragung zwischen sechs Monaten und 10 Jahren in der Gastfamilie. Von den insgesamt fünf Interviewpartnern haben zwei, bevor sie in die Gastfamilie gezogen sind, alleine gelebt und drei lebten zuvor mehrere Jahre in einem Wohnheim für psychisch Kranke. Vier der Befragten wohnen seit Beginn der Familienpflege in der gleichen Gastfamilie und nur eine Befragte lebt zum Zeitpunkt des Interviews bereits in der zweiten Gastfamilie.

## 5.1 Zugangsweg

In den Interviews wird deutlich, dass alle Befragten aufgrund des Engagements von professionellen Helfern für die Psychiatrische Familienpflege gewonnen werden konnten. Drei der Befragten sind während eines Klinikaufenthalts auf diese Betreuungsform aufmerksam gemacht worden. Von Mitarbeitern des Bezirkskrankenhauses Kaufbeuren wurde ihnen die Psychiatrische Familienpflege vorgestellt und empfohlen.

*“Ja, das war nicht so einfach ähm, also ich war vor der Familienpflege stationär im BKH. Ich war dann da in der Tagesklinik und da hat der Sozialarbeiter, der hat mir das empfohlen.” (I2/Z19)*

*“(...)habe ein halbes Jahr alleine gelebt und dann bin ich in die Familienpflege gekommen, über das Krankenhaus.” (I1/Z6)*

Wer ist dann im Krankenhaus auf sie zugekommen? Wenn sie sagen sie sind über das Krankenhaus zur Familie gekommen.

*“Der Dr. A. und die Frau D. sind auf mich zugekommen.” (I1/Z13)*

*“Ja, die Sozialpädagogin hat mit mir gesprochen. \*\* Weil sie zu mir auch schon gesagt hat, das ich schon so viele Aufenthalte im BKH hatte und so und die hat das dann vorgeschlagen, das zu probieren (...).” (I3/Z25)*

Eine Befragte lebte zuvor 10 Jahre lang im Heim und wollte unbedingt von dort weg. Durch die Initiative zweier Mitarbeiter des Familienpflegeteams konnte die Bewohnerin in eine Gastfamilie umziehen.

*“Ich habe gesagt, dass ich da weg möchte, (...). Dann haben die gesagt, also die Frau R. und der Dr. S. haben dann gefragt, ob ich hierher kann.” (I4/Z15)*

Ein anderer Interviewpartner wurde durch die Therapeutin des Wohnheims auf die Familienpflege aufmerksam.

*“Ja die Frau X., die ist Therapeutin in der Dorfstrasse, die hat mich darauf hingewiesen, dass es so was gibt (...).” (I5/Z21)*

## 5.2 Entscheidungsfindung

Bei der Entscheidungsfindung wurden die befragten Gastbewohner von den Mitarbeiterinnen des Familienpflegeteams unterstützt. Um die Entscheidung zu erleichtern, lernten die Interviewpartner die Wohnsituation und die Familienmitglieder persönlich kennen. Trotzdem ist der Umzug in eine fremde Familie eine einschneidende Veränderung. Daher ist es verständlich, dass alle Befragten, bevor sie sich für die Psychiatrische Familienpflege entschieden, unterschiedliche Überlegungen anstellten. Drei der Interviewpartner haben sich noch mit anderen Wohnmöglichkeiten auseinandergesetzt.

*“(...) ja zuerst habe ich schon noch überlegt, ob ich lieber in die Herzogsägmühle will oder in die Familie. Aber dann habe ich mich doch für die Familie entschieden. Ja das hat schon eine Weile gebraucht, bis ich mich richtig entscheiden konnte (...).” (I1/Z38)*

*“Die haben mir geraten, dass ich nicht in eine WG gehen soll, dass das auch nichts ist.” (I4/Z27)*

*“(...) in einer WG da sind die so teilnahmslos, da geht jeder nur in sein Zimmer und verriegelt alles und da habe ich mir gedacht, nein so was will ich nicht (...).” (I5/Z433)*

Einer der Gesprächspartner hätte sich gewünscht, dass man ihm im Krankenhaus mehr Alternativen angeboten hätte. Bevor er sich letztendlich für die Familienpflege entschied, besprach er mit der Mitarbeiterin des Familienpflegeteams alles gründlich.

*“Nein ich muss halt sagen, man hätte mir ein bisschen mehr Alternativen geben müssen, was es für jemanden der psychisch Krank ist, was es da für Möglichkeiten gibt also da wusste ich gar nichts. Ich habe zuerst Gespräch mit der Frau R. geführt, es ging ja auch um das Finanzielle, (...) aber ich habe mich dann doch entschlossen das zu machen.” (I2/Z35)*

Eine Interviewpartnerin machte ihre Entscheidung hauptsächlich davon abhängig, ob die Gastmutter sie überhaupt aufnehmen möchte.

*“(...) Ja ich musste ja hören was sie sagt, ob sie mich überhaupt nehmen will, sie ist auch so ein bisschen kritisch.” (I4/Z58)*

Von den fünf befragten Gastbewohnern lernte nur Einer im Vorfeld mehrere Familien kennen. Nachdem ihm die ersten beiden Familien nicht gefallen haben, mussten ihn zwei Mitarbeiterinnen des Familienpflegeteams und des Heims dazu motiviert, dass er sich noch mit einer dritten Gastfamilie trifft.

*“Am Anfang war es kein Problem aber dann, wo ich die ersten zwei Familien angeschaut habe, dann schon. Nein das mache ich nicht, habe ich mir gedacht und dann hat die Frau X. gesagt, ich soll mir halt noch mal etwas anschauen und die Frau R. hat gesagt, sie werden sehen, sie werden überrascht sein, da ist auch noch ein Bekannter von ihnen und dann bin ich halt hierher gekommen.” (I5/Z47)*

## **5.3 Motivationen der Gastbewohner**

### **5.3.1 Für die Psychiatrische Familienpflege**

Die Gründe, weshalb sich die Befragten generell für die Psychiatrische Familienpflege entschieden haben, sind unterschiedlich. Ein Gesprächspartner lebte vor dem Umzug in die Gastfamilie alleine. Er entschied sich für diese Wohnform, da er sich familiäre Nähe und Geborgenheit wünscht.

*“Das ist eine recht nette Familie. Also die kümmern sich um mich, das ist recht gut. Da bekomme ich meine Brotzeit gemacht in der Früh, die packe ich dann bloß in den Rucksack ein. (...)” (I1/Z60)*

Ein anderer Interviewpartner wechselte in die Familienpflege, weil er sich immer mehr in seine eigene Wohnung zurückgezogen hat und es ihm psychisch schlechter ging. Zudem war es dem Befragten wichtig, dass er mit gesunden Menschen zusammenwohnen kann.



*“(...) Also ich habe mich isoliert, ich habe das einfach nicht mehr geschafft, weil ich war halt vereinsamt und ich habe das einfach nicht mehr geschafft, da musste ich dagegen was unternehmen.” (I2/Z352)*

*“(...) das ich nicht mit kranken Menschen zusammen bin, also ich möchte halt mit gesunden Leuten zusammen sein.” (I2/Z251)*

Diese zwei ehemaligen Heimbewohner schildern, dass das Zusammenleben mit mehreren psychisch Erkrankten für sie anstrengend und belastend war. Daher wollten die zwei Befragten auch aus dem Heim ausziehen.

*“Ich habe gesagt, dass ich da weg möchte, weil ich mit den Leuten da nicht einverstanden bin und die haben sich halt benommen die Leute da. Das war nichts für mich und ich habe gesagt, ich will da weg (...).” (I4/Z15)*

*“Das war so, ich wollte halt nicht mehr, ähm ich wollte einfach mal was anderes ausprobieren. \*\* Ja und weil ich mehrmals im Jahr, glaube ich war das, ähm im BKH Kaufbeuren war \*\* und ich wollte halt auch das das weniger wird und wollte halt auch ähm das es mir im Ganzen besser geht (...).” (I3/Z16)*

*“(...) Da mit 10, 20 Leuten da ähm auf einer Gruppe zu sein, das war mir einfach zuviel, \*\* ich wollte was Kleineres.” (I3/Z39)*

Demgegenüber äußert ein Gastbewohner, der zuvor neun Jahre im Heim lebte, dass er das Heimleben schon aus seiner Kindheit kennt und eigentlich nicht unbedingt vom Heim weg wollte. Die Erzählungen der Therapeutin hätten vielmehr sein Interesse an der Familienpflege geweckt.

*“(...) Also die Frau X. hat mich dazu begeistert, so dass ich das in den Angriff genommen habe. (I5/Z490)*

*“(...) Ja man gewohnt sich schon sehr an das Heim, wenn man da so lange Zeit drinnen wohnt. Aber gut das Heimleben das kenne ich schon. Als Kind (...) und dann war ich im Kinderheim. \*\* Andere sind sehr unglücklich, das sie im Heim sind.” (I5/Z496)*

### 5.3.2 Für die jeweilige Gastfamilie

Bei drei Interviewpartnern wurde die Entscheidung für die jeweilige Gastfamilie durch die Atmosphäre bei den ersten Treffen mit beeinflusst. Im Vordergrund stand jedoch der Wunsch, dass die Gastfamilie in der näheren Umgebung wohnt, damit die Gastbewohner nicht weiter weg ziehen müssen.

*“(...) Ich wollte halt auch hier bleiben. Die Berge und die Umgebung und so, das war ich so gewohnt, weil ich hier aufgewachsen bin (...).”  
(I1/Z62)*

*“(...) und da fahre ich halt dann einmal im Monat hin, das war mit ein Grund, weil ich wollte halt hier bleiben, weil hier gefällt es mir, ich wollte nicht wegziehen.” (I2/Z78)*

*“Ja die Nähe zu V. und zur Dorfstraße und auch die gute Verbindung nach Haar, das war mir sehr wichtig. Ja und ich weiß nicht wie ich es sagen soll, das war irgendwie so ein Gefühl und da habe ich mir gedacht, ja das ist der Platz, ja das passt jetzt hier.” (I5/Z39)*

Eine andere Befragte stellte dagegen keine Bedingungen bezüglich der Wohngegend und nahm sogar einen Wechsel der Arbeitsstelle in Kauf. Da die Gastfamilie, mit vier Kindern, relativ groß ist, hat sich die Befragte für diese Familie entschieden.

*“(...) Weil ich wollte ja eigentlich diese Familienpflege machen. Dann habe ich mir gesagt, also wenn es nicht ganz anders geht, wo wir erst auf der Suche waren von der einen Pflegefamilie zu der Anderen, dann ja dann habe ich gesagt, wenn es nicht anders geht, dann wechsel ich halt auch die Werkstatt.” (I3/Z47)*

*“Ähm ganz gut hat mir gefallen das Zusammensein auch mit den Kindern und das hat mir am Besten gefallen.” (I3/Z57)*

Eine Interviewpartnerin hatte überhaupt keine Wünsche in Bezug auf die Gastfamilie. Im Gegenteil, sie freute sich, dass für sie überhaupt eine Familie gefunden wurde.

*“Na ja, eigentlich habe ich gefragt. \*\* Ja gefallen, es gibt schönere Wohnungen, aber ich bin ja froh, das ich jemanden gefunden habe, der für mich was macht und das ich überhaupt eine Unterkunft habe.”*  
(14/Z44)

#### **5.4 Gefühle zu Beginn der Familienpflege**

Durch den Umzug in eine fremde Familie müssen sich die psychisch kranken Menschen aus ihrer gewohnten und vertrauten Umgebung lösen und sich auf eine ganz neue Lebenssituation einlassen. Ich war der Meinung, dass ein so großer Schritt bei den Betroffenen Ängste und Unsicherheit hervorruft. In den nachfolgenden Zitaten wird jedoch deutlich, dass zwei der Befragten überhaupt keine Befürchtungen hatten und sich auch relativ schnell eingelebt haben.

War das für sie eine große Umstellung? Nachdem sie ja 10 Jahre im Heim waren und jetzt in eine Familie gezogen sind.

*“Nein, das ging gut ja. Hier unten bin ich ganz alleine, ist ruhig hier.”*  
(14/Z64)

*“Nein, ich habe mich eigentlich relativ schnell zurechtgefunden. Durch das, das ich diese Verbindungen hatte in die Dorfstraße, (...) und das hat gepasst und das Zimmer hat mir gut gefallen und die Leute waren nett, die Frau K. war so nett und da habe ich mich gleich wohl gefühlt.”*  
(15/Z74)

Zwei andere Interviewpartner äußern dagegen, dass gerade die erste Zeit in der neuen Familie für sie schwierig war.

*“Ja am Anfang war ich irgendwie ziemlich schüchtern zur Familie. (...) Die erste Woche war ziemlich hart also da ist alles neu gewesen. Aber mit der Zeit ist das gekommen und jetzt hat sich das alles gelegt, (...)”*  
(11/Z18)

*“(...) wenn ich in die Familienpflege gehe sind mir halt verschiedene Gedanken durch den Kopf gegangen. Ja wie werden die das aufnehmen oder wie wird das sein oder \*\* und für mich war das am Anfang auch eine große Umstellung, ob die dann einen so annehmen wie man ist.” (I3/Z28)*

Ein Gastbewohner beschreibt, dass er sich das Leben in der Gastfamilie leichter vorgestellt hat. Inzwischen wohnt der Befragte schon fast fünf Jahre bei der Familie, das familiäre Zusammenleben bereitet ihm jedoch immer noch etwas Schwierigkeiten.

*“(...) Ich wusste da auch nicht was auf mich zukommt. Ich glaube ich habe auch, wie soll ich denn sagen, also \*\* Illusionen habe ich mir vielleicht auch gemacht. Also das ist auch nicht so einfach für mich wie ich mir das vorgestellt habe.” (I2/Z52)*

War es dann nur am Anfang für sie schwierig sich in die neue Situation einzufinden und hat sich inzwischen etwas verändert?

*“Es ist immer noch schwierig. Gut es geht schon ein bisschen besser, weil ich halt weiß, ja \*\* das ist halt auch eine Routine.” (I2/Z64)*

## **5.5 Veränderungen in den sozialen Kontakten**

### **5.5.1 Kontakt zur Verwandtschaft der Gastfamilie**

Durch die Verwandtschaft der Gastfamilie bietet sich den Bewohnern die Möglichkeit, mit Nicht-Psychiatrie Erfahrenen in Kontakt zu treten. Alle Befragten kennen zumindest einen Teil der Verwandtschaft der Gastfamilie.

*“Ja, da habe ich schon auch Kontakt. Also letztes mal war Silberhochzeit im September vom Ehepaar F. und da ist die ganze Verwandtschaft gekommen und da habe ich sie dann so kennen gelernt die Verwandtschaft (...).” (I1/Z85)*

*“(...) Letztes mal hatten wir Hochzeit, da war ich halt auch eingeladen, weil ich halt auch zur Familie gehöre und da waren halt auch die ganzen Verwandten (...).” (I2/Z95)*

*“Ja, die Frau A., glaube ich, hat noch eine Schwester, die kommt auch manchmal hierher, die war auch einmal zur Besichtigung hier unten, aber seitdem kommt die nicht mehr hier rein.” (I4/Z110)*

Wie intensiv die einzelnen Kontakte zu den Verwandten sind und wie die Gastbewohner diese Kontakte erleben ist jedoch unterschiedlich. Ein Interviewpartner erzählt, dass er die regelmäßigen Besuche der Verwandtschaft als angenehm empfindet und sich auch mit den Freundinnen der Söhne gut versteht.

*“(...) Am Sonntag kommt meistens der Schwager mit seiner Familie zum Kaffeetrinken. Die kommen auch unter der Woche und da bin ich schon mit eingebunden.” (I1/Z87)*

*“Mich freut es schon wenn die kommen. Da gibt es immer was zu lachen, man erzählt sich was (...).” (I1/Z93)*

*“(...) Beide Söhne haben Freundinnen und die Freundinnen sind auch da, mit denen komme ich eigentlich auch ganz gut aus soweit, da fehlt sich alles nichts. Die Eine hat mich auch schon öfters wo hingefahren (...).” (I1/Z241)*

Die anderen vier Befragten treffen dagegen die Verwandten der Gastfamilie nur gelegentlich. Ein intensiverer Kontakt ist ihnen auch nicht so wichtig.

*“Ja eigentlich weniger, also die kommen halt zu Besuch und dann sind sie halt da wenn ich auch da bin. (...).” (I2/Z94)*

*“Ich hätte lieber meine Ruhe (LACHT), aber das ist halt ein offenes Haus, (...) da habe ich mich arrangiert damit. \*\* Wenn die Kinder da sind ist halt schon Abwechslung da, das kann man auch so sehen.” (I2/Z343)*

*“Ja, zu den Leuten habe ich schon auch Kontakt und die Kinder kommen so ab und zu mal vorbei.” (I3/Z79)*

Suchen sie im Alltag mehr den Kontakt zu den Familienangehörigen oder sind sie mehr in ihrem Zimmer?

*“Ja das habe ich gerade ein bisschen wenig Kontakt, ich bin auch gerne in meinem Zimmer.” (I3/Z260)*

*“Der eine Sohn kommt dann zu Weihnachten wieder, dann tun wir bisschen schwätzen. Ich habe den Kindern auch schon Schokolade geschenkt Kinderschokolade, jeder eine Tafel.” (I4/Z180)*

Hätten sie gerne mehr Kontakt zu den Verwandten und den Kindern?

*“Nein, das reicht mir, ich bin auch gerne alleine.” (I4/116)*

Haben sie auch zur Verwandtschaft von der Frau K. Kontakt oder kennen sie die?

*“Ja, zu ihrem Schwiegersohn, also zu dem Mann von ihrer verstorbenen Tochter, das ist ein recht netter Mann, der kommt halt und bringt den Bub immer hierher.” (I5/Z293)*

### 5.5.2 Kontakt zu den eigenen Angehörigen

Bei den meisten Interviewpartnern sind die Eltern bereits verstorben, daher steht in diesem Themenbereich die Beziehung zu den Geschwistern oder den eigenen Kindern der Gastbewohner im Vordergrund. Bei vier der Befragten hat sich durch den Umzug in die Gastfamilie im Kontakt zu den eigenen Angehörigen nichts verändert.

Einer der Interviewpartner hat bereits eine eigene Familie. Zu seiner Ex-Frau und der Tochter besteht nur sporadischer Kontakt. Nur sein Sohn besucht ihn nach wie vor regelmäßig.

*“Ja, meine Tochter ruft mich ab und zu an, aber sehr selten und meine Frau ruft mich an, wenn sie irgendetwas braucht.” (I5/Z383)*

*“(...) der Sohn wohnt halt in B., aber der kommt fast jeden Monat herunter und besucht mich.” (I5/Z397)*

Hat der sie auch in der Dorfstraße regelmäßig besucht?

*“Ja, hat er auch schon, (...).” (I5/Z402)*

Ein anderer Gesprächspartner erzählt, dass er noch einen Bruder hat, zudem er jedoch keinen Kontakt hat.

Haben sie zu ihren eigenen Angehörigen noch Kontakt?

*“Nein, momentan nicht.” (I2/Z84)*

Aber es gibt noch Angehörige?

*“Ja, ich habe einen Bruder. \*\* Der lebt in Rheinland-Pfalz mit seiner Familie.” (I2/Z88)*

Zwei Gastbewohner haben weiterhin regelmäßigen Kontakt zu ihren Angehörigen.

Also da haben sie regelmäßigen Kontakt zu ihrer Schwester?

*“Ja, die kommt auch manchmal hier her und bringt auch was mit.” (I4/Z128)*

*“Ja, ich habe schon immer noch Kontakt. An Weihnachten rufe ich an und manchmal komme ich sogar Heim, weil da ist noch Zeug bei meiner Tante, wo ich aufgewachsen bin. Da ist auf dem Dachboden noch Zeug von mir. (...).” (I1/Z69)*

Eine Gastbewohnerin erzählt, dass sie den Kontakt zu ihrer Schwester und ihrer Cousine nach wie vor pflegt. Jedoch hat sich bei der Befragten im Kontakt zu ihren Angehörigen auch etwas verändert. Denn während der Zeit der Familienpflege hat sie zum ersten Mal ihren leiblichen Vater kennen gelernt.

*“Ja, zu meinem Vater, den ich erst kennen gelernt habe.” (I3/Z304)*

Den haben sie erst jetzt kennen gelernt also auch während der Familienpflege?

*“Ja, wie lange kenne ich den jetzt schon,\*\* also bestimmt schon drei Jahre. Der hat dann mal angerufen, das war noch bei meiner vorigen Familie wo ich war, da hat er angerufen, da habe ich ein längeres Gespräch mit ihm gehabt über alles Mögliche.” (I3/Z309)*

### 5.5.3 Kontakt zum eigenen Freundes- bzw. Bekanntenkreis

Durch den Umzug in die Gastfamilie hat sich bei den Befragten teilweise der Freundes- und Bekanntenkreis etwas verändert. Ein Interviewpartner erzählt, dass er sich mit den erwachsenen Söhnen der Gastfamilie und deren Freundinnen gut versteht und jetzt einen neuen Bekanntenkreis hat. Der Kontakt zu seinen ehemaligen Freunden ist dagegen abgeschwächt.

Das sind ihre Angehörigen, gibt es noch Freunde von Früher zu denen sie Kontakt haben?

*“Regelmäßig weniger, aber auf einem FC Bayern Fest hier in S., da habe ich wieder ein paar getroffen und dann haben wir uns halt so unterhalten, wie es mir so geht und so.” (I1/Z78)*

*“(...) Ich habe einen neuen Freundeskreis geschlossen oder Bekannte, Freundeskreis weniger, Bekanntenkreis passt eher. Das hat sich schon verändert also als zuvor also die Söhne und ihre Freundinnen.” (I1/Z320)*

Ein anderer Gastbewohner schildert, dass ihm der regelmäßige Kontakt zu seinen Freunden bzw. Bekannten wichtig ist. Deshalb wollte er nur in eine Gastfamilie ziehen, die in der näheren Umgebung wohnt.

*“Ja, ich bin halt in der evangelischen Kirchengemeinde in M. und da habe ich halt Kontakte, die ich auch schon vorher gehabt habe und da fahre ich halt dann einmal im Monat hin, das war mit ein Grund, weil ich wollte halt hier bleiben, (...).” (I2/Z77)*

Ein Gesprächspartner verneint die Frage, ob sich sein Bekanntenkreis durch das Leben in der Gastfamilie erweitert hat. Im Verlauf des Gesprächs erzählt er jedoch, dass noch eine weitere Gastbewohnerin der Psychiatrischen Familienpflege in der Familie lebt und noch zwei Untermieter im Haus der Gastfamilie wohnen. Mit den anderen “Mitbewohnern” trifft sich der Befragte und gelegentlich unternehmen sie sogar etwas gemeinsam.



Haben sie auch das Gefühl, dass sich ihr Bekanntenkreis durch den Umzug in die Familie etwas erweitert hat?

*“Eigentlich nicht, nein.” (I5/Z288)*

Wie sieht der Kontakt zu den anderen Mietern aus?

*“Meistens treffen wir uns da in dem Zimmer und besprechen halt was. Jetzt vor drei Wochen da sind wir zusammen in die Berge gefahren, also der H., der M. und die L.” (I5/Z448)*

#### 5.5.4 Kontakt zu ehemaligen Heimmitbewohnern

Drei Gastbewohner lebten vor der Psychiatrischen Familienpflege jahrelang in einem psychiatrischen Wohnheim. Das Bedürfnis den Kontakt zu den langjährigen Mitbewohnern aufrecht zu halten ist sehr unterschiedlich. In den nachfolgenden Zitaten wird deutlich, dass zwei der ehemaligen Heimbewohner kein Interesse daran haben ihre “alten Bekannten” aus dem Heim wieder zu sehen.

*“Nein, der Kontakt ist abgebrochen. Ich war ja schon vorher in zwei Heimen und da bin ich auch nicht geblieben, da war es ja gar nichts, das war furchtbar.” (I4/Z80)*

*“(…) die vom L., die haben da gestritten und haben mich beschimpft, \*\* zu denen will ich nicht mehr.” (I4/Z93)*

*“Ja also ich muss sagen, ähm \*\* Kontakt zu den Mitbewohnern habe ich jetzt also weniger, das war mir nicht so wichtig. Zu wem ich noch Kontakt habe ist zu meiner Chefin von der Werkstatt, der schreibe ich ab und zu.” (I3/Z71)*

Dagegen schildert erstaunlicherweise ein anderer Befragter, dass ihm der Kontakt zu seinen ehemaligen Mitbewohnern wichtig ist. Er wollte unbedingt in der näheren Umgebung bleiben, damit er regelmäßig die Leute im Heim besuchen kann.

*“(…) Durch das, das ich diese Verbindungen hatte in die Dorfstraße, das ich da die Leute besuchen kann und die Verbindung nach Haar, das war*

*für mich das Ausschlaggebende (...).“ (I5/Z74)*

*“Ja, habe ich, das ist mir auch wichtig. Ja so alle 14 Tage fahre ich da hin.“ (I5/Z85)*

## **5.6 Veränderungen im Freizeitverhalten**

Durch das Leben in der Gastfamilie bieten sich den Bewohnern individuelle Anregungen zur Freizeitbeschäftigung. Die meisten Interviewpartner vermitteln den Eindruck, dass sie sich in ihrer Freizeit aktiv beschäftigen. Wie häufig gemeinsame Unternehmungen mit der Gastfamilie stattfinden ist sehr unterschiedlich und auch von den Bedürfnissen der Gastbewohner abhängig.

Bei einem Interviewpartner spiegelt sich die gute Integration in die Gastfamilie unter anderem darin, dass er des Öfteren mit der Gastfamilie und deren Kindern etwas unternimmt. Zudem sagt er selbst, dass er aktiv ist und es ihm gesundheitlich besser geht.

*„ Ja, mir machen Ausflüge schon auch. (...).“ (I1/Z121)*

*“Ja, Zelten haben wir gemacht und Grillen haben wir gemacht und baden sind wir schon öfters gegangen im Sommer nach der Arbeit, das war auch sehr schön am Alertsee.“ (I1/Z128)*

*“Ich bin auch aktiv, aber es braucht noch seine Zeit. Also mir geht es schon wieder besser wie zuvor, als ich in die Familie gekommen bin, (...).“ (I1/Z115)*

Ein anderer Befragter dagegen erzählt, dass er zusammen mit der Gastfamilie kaum etwas unternimmt. Jedoch hat sich der Gastbewohner mit einem Untermieter der Gastfamilie angefreundet und gemeinsam machen die Beiden regelmäßige Ausflüge.

*“Ja mit dem Herrn B. hauptsächlich, da machen wir Ausflüge nach Schliersee oder Spitzing am Wochenende. Mit der Frau K. eigentlich weniger, aber die Frau K. die organisiert immer so Grillfeste im Sommer und so und da lädt sie uns dann ein.“ (I5/Z133)*

In den nachfolgenden Zitaten zweier Befragter wird deutlich, dass gemeinsame Unternehmungen mit der Gastfamilie eher selten stattfinden. Die zwei Gastbewohner sind jedoch durchaus aktiv und unternehmen in ihrer Freizeit etwas.

*“Also eher weniger, wir waren zwar in den Sommerferien mal am Bodensee. (...) Also die Leute, wo ich wohne, die fahren halt mit dem Motorrad und ich bleibe dann daheim. Ich unternehme eher schon alleine was.” (I2/Z116)*

*“(...) Dann mache ich halt so Tagestouren, (...) also letztes mal war ich mal am Starnbergersee oder fahre halt an den Bodensee oder nach Ulm fahre ich auch ganz gerne. Meistens mache ich das freitags oder wenn ich Urlaub habe.“ (I2/Z107)*

*“Ja, gab es auch schon. Am Geburtstag vom N. waren wir in dem Freizeitpark, (...) jedenfalls da sind wir gemeinsam hingefahren.” (I3/Z109)*

*“Ja, ich gehe schon mehr spazieren. Ja ich gehe noch in die Kontaktgruppe, da sind Leute die jetzt in einer anderen Werkstatt arbeiten und wir unternehmen hält ähm immer am Donnerstag alle 14 Tage ähm unternehmen wir was. (...).” (I3/Z276)*

Lediglich eine Interviewpartnerin berichtet, dass sie mit der Gastfamilie noch nie etwas unternommen hat. Trotzdem ist sie mit der Situation zufrieden und sieht in ihrer Freizeit meistens Fernsehen.

*“Das gibt es nicht, das wir zusammen was machen.” (I4/Z175)*

*“Fernseher schaue ich, hauptsächlich Nachrichten. (...).” (I4/Z160)*

*“Nein nein, das ist schon recht so.” (I4/Z210)*

## 5.7 Veränderungen in der Arbeit/Beschäftigung

Bei allen Befragten haben sich durch den Umzug in die Gastfamilie auch neue Beschäftigungsmöglichkeiten ergeben und alle Interviewpartner vermitteln den Eindruck, dass sie mit ihrer Beschäftigung zufrieden sind. Zwei der befragten Gastbewohner haben, nachdem sie in die Familie gezogen sind, in einer Werkstatt für Behinderte zu arbeiten begonnen. Einer von Ihnen betont, dass ihm die Arbeit wichtig ist, damit er eine Tagesstruktur hat.

Sie arbeiten ja hier in der Werkstatt, seit wann denn?

*“Seit März diesen Jahres” (I1/Z143)*

Haben sie dann bis sie in die Familie gezogen sind wo anders gearbeitet?

*“Nein, da war ich arbeitslos. \*\* Gute zwei Jahre war ich arbeitslos und dann nach den zwei Jahren bin ich in die Familienpflege gekommen.” (I1/Z156)*

Also es war nicht so, dass sie, bevor sie in der Werkstatt angefangen haben, den ganzen Tag Zuhause bei der Gastfamilie waren?

*“Nein, das wollte ich auch nicht. Das hätte ich auch nicht geschafft, glaube ich, das wäre dann zu wenig gewesen, ich brauche da dann schon eine Struktur.” (I2/Z153)*

Zwei andere Gastbewohner mussten aufgrund des Umzugs auch die Arbeitsstelle wechseln, da die Entfernung zwischen dem neuen Wohnort und der alten Arbeitsstelle zu groß war bzw. da der Arbeitsplatz an den ehemaligen Heimplatz gebunden war. Beiden fiel der Wechsel jedoch nicht schwer.

*“Ja seit drei Jahren in der WFB in M.. \*\* in H. da waren aber viel mehr Leute, hier sind weniger, das ist angenehmer.” (I3/Z119)*

*“Es ist so, wenn man das Heim verlässt, wenn man das aufgibt, dann gibt man auch den Therapieplatz auf und ich brauchte ja wieder was Neues und die Frau R. hat mir das angeboten, das ich dort in der Halle arbeiten soll.” (I5/Z122)*

Eine Interviewpartnerin ist bereits 61 Jahre alt und wohnt innerhalb des Hauses der Gastfamilie in einer eigenen kleinen Wohnung. Im Alltag kümmert sich die Befragte hauptsächlich um ihren Haushalt und gelegentlich besucht sie eine Tagesstätte für psychisch kranke Menschen.

*“Ich gehe nicht mehr arbeiten. Ja ich muss die Wohnung sauber halten, muss alles sauber halten, muss spülen, abtrocknen ja und was sonst noch, ich gehe in die “Blaue Blume” zum Gemüse putzen und Obst schneiden und so was.” (I4/Z132)*

## **5.8 Zum Ablauf des Familienalltags**

Die größte Veränderung liegt natürlich darin, dass die Interviewpartner nicht mehr alleine bzw. in einem Wohnheim für psychisch Kranke leben sondern in einer Familie. In den nachfolgenden Themenbereichen wird deutlich, wie die Befragten in den Familienalltag eingebunden sind.

### **5.8.1 Mithilfe im Haushalt**

Die psychisch erkrankten Menschen sollen in die Gastfamilie integriert werden. Zur Integration gehört unter anderem auch, dass die Gastbewohner nach ihren Möglichkeiten bei den häuslichen Aufgaben mithelfen. In den Interviews zeigt sich, dass drei der Befragten regelmäßig und gerne bei der Hausarbeit mithelfen.

*“Eher gerade das was anfällt. Was ich mache ist Mist hinausfahren, da helfe ich gerne mit, das mache ich gerne, \*\* das machen wir jeden Samstag.” (I1/Z172)*

*“(…) Die Aufgaben, was ich gerne mache oder was ich tue, ja ich helfe halt den Tisch decken, (...) ja dann helfe ich halt abtrocknen, die Maschine einräumen oder ausräumen wenn sie fertig ist, Müll herunterbringen (...).” (I2/Z160)*

*“Ja, also entweder tue ich ähm das Bad machen oder ähm die Spülmaschine mal ausräumen, wenn die S. gerade keine Zeit hat ja oder mal Staubsaugen, das habe ich auch schon gemacht, ja so etwas. (...).” (I3/Z136)*

Die beiden anderen Interviewpartner befinden sich eher in einem Untermieterverhältnis und erzählen, dass sie im Haushalt der Gastfamilie nicht mithelfen müssen. Auf meine Frage hin überlegt sich Einer der beiden Gesprächspartner, dass er die Gasteltern doch einmal fragen müsste, ob er etwas tun soll.

*“Nein, mache ich nichts. Die hat zu mir gesagt, dass ich hier nichts arbeiten bräuchte bei ihr.” (I4/Z263)*

*“Nein, eigentlich nicht, verlangt sie auch nicht.” (I5/Z177)*

Oder das sie zum Beispiel jetzt im Winter dann draußen Schneeräumen.

*“Nein, überhaupt nicht. Da müsste ich mal direkt fragen ob es vielleicht notwendig ist, das wir da auch Schnee schippen.” (I5/Z181)*

### 5.8.2 Selbständige Aufgaben

Alle fünf Gastbewohner haben bestimmte Aufgaben, die sie regelmäßig und gewissenhaft erledigen. In der Übernahme eigenständiger Aufgabenbereiche spiegelt sich eine gewisse Selbständigkeit der Befragten wieder. In den Interviews erzählen die Befragten, für welche Bereiche sie zuständig sind.

*“(…) Das Zimmer muss ich selber sauber machen also das mache ich selber, da gibt es eigentlich auch keinen Streit. Das ist klar, das ist so ausgemacht, das ich mein Zimmer sauber mache. Gut manchmal vergesse ich es und dann ist das nicht weiter schlimm, dann mache ich es halt am nächsten Tag. Da gibt es keinen Streit.” (I1/Z284)*

*“(…) und im Winter halt da tue ich Schneeräumen. Der Herr G., wo ich wohne, der arbeitet in der HSM in Schongau und der muss halt schon um 6.30 Uhr aus dem Haus und die Frau G. hat es im Kreuz, die kann nicht so viel arbeiten und dann passt das ganz gut, wenn ich vor der Arbeit Schnee räume.” (I2/Z164)*

*“(…) Meine Aufgabe ist es noch die Geländer von der Treppe halt das sauber zu machen und die Türen, das mache ich immer einmal in der Woche, das ist freitags.” (I3/Z138)*

*“Ja, was mich angeht, das muss ich machen aber sonst brauche ich nichts machen. Jedes Wochenende mache ich hier sauber. Jetzt am Samstag mache ich wieder sauber (...).” (I4/Z268)*

*“Frau K. wäscht, das Zimmer räume ich selber auf, ja das mache ich.” (I5/Z440)*

### 5.8.3 Gemeinsame Mahlzeiten

Bei der Psychiatrischen Familienpflege handelt es sich nicht nur um eine Wohnmöglichkeit, sondern die Gastbewohner sollen in das Familienleben miteinbezogen werden. Daher sollten die Bewohner wenn möglich auch gemeinsam mit der Gastfamilie essen. Wie die beiden folgenden Zitate zeigen, bietet sich gerade bei den regelmäßigen gemeinsamen Mahlzeiten die Möglichkeit, sich auszutauschen und zu unterhalten.

*“(...) wenn mich was belastet, dann spreche ich das ja auch an beim Abendbrot oder wenn wir gegessen haben, das kommt dann automatisch auf den Tisch, was mich gerade beschäftigt oder belastet.” (I2/Z317)*

*“(...) Also wenn ich arbeiten muss stehe ich um fünf auf, da macht die Frau F. halt Brotzeit, dann unterhalten wir uns am Frühstückstisch und so, das ist alles recht gesellig, ist alles in Ordnung so.” (I1/Z229)*

Jedoch wird nicht in allen Gastfamilien gemeinsam gegessen. Ein Interviewpartner erzählt nämlich, dass er mittags und am Wochenende immer auswärts ist und sich auch am Abend alleine versorgt.

*“Ich esse mittags in Haar im Casino (...).” (I5/Z191)*

Am Wochenende essen sie aber hier mit der Frau K.?

*“Auch nicht, auch im Casino.” (I5/Z198)*

Und abends?

*“Abends da kaufe ich mir eine Kleinigkeit, wir haben da einen kleinen Gemeinschaftsraum für uns, da kann man sich dann auch Kaffee und Tee machen.” (I5/Z202)*

Eine andere Befragte schildert eine seltsame Situation. Zu Beginn der Familienpflege hat sie noch gemeinsam mit der Gastfamilie gegessen. Nach kurzer Zeit wollte dies jedoch die Gastmutter nicht mehr. Die Gastbewohnerin bekommt nun das Essen immer in ihre kleine Wohnung gebracht und mit dieser Regelung ist die Befragte durchaus zufrieden. Warum die Gastmutter keine gemeinsamen Mahlzeiten mehr möchte, weiß die Gesprächspartnerin jedoch nicht.

*“Die ersten vier Wochen, so ungefähr, war ich oben beim Essen, aber dann hat sie zu mir gesagt nachher, dass sie das nicht haben will.”  
(I4/Z251)*

*“Nein, die Frau A. bringt mir das Essen runter. Mittags und abends bringt sie Brot runter auch für das Frühstück, (...).” (I4/Z233)*

*“Ja ja, bin ich froh, dass ich alleine essen darf und meine Ruhe habe.”  
(I4/Z242)*

#### 5.8.4 Wohnsituation innerhalb der Gastfamilie

Durch die eigenen Räumlichkeiten haben die psychisch kranken Gastbewohner die Möglichkeit sich vom Familienleben auch einmal zurückzuziehen. Der Wechsel in die Psychiatrische Familienpflege führte bei allen Bewohnern zu einer Veränderung der räumlichen Ressourcen. Wie sich diese im Einzelnen verändert haben ist unterschiedlich. Eine Befragte hatte sowohl im Heim als auch jetzt in der Gastfamilie ihr eigenes Zimmer. Zwei andere Interviewpartner hingegen mussten sich im Heim mit mehreren Mitbewohnern ein Zimmer teilen und haben nun innerhalb der Gastfamilie ihre eigenen Räumlichkeiten.

Jetzt haben sie hier ja ihre eigene kleine Wohnung. Haben sie im L. ein eigenes Zimmer gehabt?

*“Im L. war ein Zimmer mit drei Betten drin, also ein Schlafzimmer.  
Kennen sie das L.?” (I4/Z51)*



Hatten sie im Heim auch ein eigenes Zimmer?

*“Ja zu zweit halt.” (I5/Z158)*

Das ist ja dann auch ein Fortschritt, wenn sie hier jetzt ein eigenes Zimmer haben oder?

*“Ja, ist schon schön.” (I5/Z163)*

Die beiden anderen Gastbewohner haben zuvor alleine in einer eigenen Wohnung gelebt. Die Tatsache, dass sie jetzt nur noch ein eigenes Zimmer haben, wird von den Befragten jedoch nicht negativ beurteilt.

*“(...) und ich wohne halt in einem ehemaligen Kinderzimmer (...).”  
(I2/Z71)*

*“(...) Ich habe halt auch alleine mein Zimmer. Da ziehe ich mich manchmal zurück, wenn ich meine Ruhe haben will. Da habe ich auch einen Fernseher drin, Aquarium habe ich drinnen, (...) also ich fühle mich richtig wohl, ist recht gemütlich eingerichtet.” (I1/Z203)*

### 5.8.5 Entscheidung von Familienangelegenheiten

Die Integration in die Gastfamilie zeigt sich teilweise auch daran, ob die Gastbewohner bei Entscheidungen, die alle Familienangehörige betreffen, miteinbezogen werden. Zwei Gastbewohner haben ihren separaten Wohnbereich und sind in den Familienalltag nur wenig miteinbezogen. Daher wurde das Thema der Mitentscheidung in diesen beiden Interviews nicht angeschnitten. Die Zitate beziehen sich nur auf die Äußerungen der anderen drei Gastbewohner. Zwei Interviewpartner berichten, dass sie bei Entscheidungen, die die ganze Familie betreffen, nach ihrer Meinung gefragt werden. Ein Gesprächspartner bezieht sich bei der Beantwortung der Frage hauptsächlich auf die Entscheidung von eigenen Angelegenheiten.

*“ (...) Da hat man sich zuvor schon zusammengesetzt und hat schon besprochen was man machen muss. Also wer kocht, (...) Da hat man dann schon besprochen wie es abläuft und brav bleiben und nichts anstellen. Ja also da bin ich schon miteinbezogen.” (I1/Z345)*

*“\*\* Ja doch, da werde ich schon gefragt.” (I3/Z255)*

*“Weiß ich jetzt nicht. Also ich glaube schon, dass das was mich betrifft, das ich halt da auch miteinbezogen werde, das glaube ich schon.”  
(I2/Z359)*

## **5.9 Auseinandersetzungen im Alltag**

Die Gastbewohner können auch einmal andere Meinungen oder Vorstellungen als die Gastfamilie entwickeln und vertreten. Daher ist es ganz normal, wenn es im Familienalltag auch einmal zu Unstimmigkeiten oder Konflikten kommt. Drei der fünf befragten Gastbewohner beschreiben jedoch das Zusammenleben als harmonisch. Zu Streit oder größeren Auseinandersetzungen kam es erstaunlicherweise noch nie.

*“Ja die haben ein nettes Familienleben untereinander. Da gibt es keinen Streit und nichts, da wird alles friedlich gelöst.” (I1/Z27)*

*“\*\* Also auf jeden Fall das es mal keinen Streit gibt, das würde ich nicht aushalten. Gibt es auch zwischen den Eheleuten, also wenn es einen Streit gibt, dann wird das halt also das machen die dann unter sich aus, ich kriege das dann nicht mit. (...).” (I2/Z241)*

*“Es hat schon mal eine Kleinigkeit gegeben, aber das war nicht schlimm.” (I5/Z345)*

Dagegen schildern die beiden anderen Interviewpartner, dass es durchaus schon mal einen Streit zwischen ihnen und der Gastmutter gegeben hat.

*“Ja, die schimpft mich manchmal, das ich nichts täte, das ich nichts arbeite, das ist ihr nicht recht.” (I4/Z282)*

*“Ja, gibt es schon. Es gibt schon manchmal einen Streit, wenn mich die S. “anstubst“, die S. ist schon hartnäckig. (...).” (I3/Z186)*

### 5.9.1 Gründe für Auseinandersetzungen

Eine Befragte schildert, dass die Gastmutter versucht sie dazu zu motivieren aktiver und selbständiger zu werden. Diese Motivationsversuche führen jedoch gelegentlich zum Streit zwischen den Beiden.

*“Ja ich weiß schon, sie will halt versuchen das ich beweglicher werde und halt auch den Wunsch, den ich gehabt habe, selbständiger zu werden und da ähm schaut sie halt immer drauf, aber manchmal wenn sie mich immer so “anstubst“, manchmal stört es mich dann.” (I3/Z161)*

Bei der anderen Interviewpartnerin kommt es zu Streitigkeiten, weil sie und die Gastmutter unterschiedliche Ansichten über “Sauberkeit” haben. Zudem hätte die Gastmutter gerne, dass die Befragte mehr arbeitet. Die Befragte selbst weiß hingegen gar nicht genau was sie eigentlich arbeiten soll bzw. was die Gastmutter von ihr erwartet.

*“Sie findet das nicht, dass das sauber ist. Sie ist, glaube ich, putzsüchtig.” (I4/Z328)*

*“Ja ich weiß auch nicht was sie so richtig meint, ich bin ja auch schon 61 Jahre alt, ich brauche ja auch nicht mehr arbeiten.” (I4/Z288)*

Auch wenn es zwischen Gastbewohner und Gastfamilie noch keinen Streit gab, gibt es im Alltag trotzdem immer wieder Themen, bei denen die Meinungen auseinander gehen und wo sich die Befragten dann mit den Familienmitgliedern auseinandersetzen müssen.

*“Ja da ging es darum, dass ich mir ein eigenes Telefon einrichten sollte, weil ständig die Leute bei der Frau K. angerufen haben und das war natürlich für sie auch unangenehm und das habe ich auch verstanden und dann habe ich mir halt selber ein Telefon angeschafft. (...).” (I5/Z349)*

*“Wenn jetzt, \*\* also wenn ich das Geld gleich ausgegeben habe und kein Geld mehr gehabt habe, dann sagt sie schon, warum haust du das Geld jetzt hinaus oder so. (...) Oder Süßigkeiten soll ich gar keine kaufen, weil ich Diabetes habe und ab und zu kaufe ich dann doch was Süßes. Aber da gibt es keinen Streit deswegen. Das habe ich noch nicht ganz so im Griff mit dem Süßen. (...).” (I1/Z274)*

Einer der Befragten erzählt, dass er als Kind gegen seinen autoritären Vater rebelliert hat und dass er seit seiner Kindheit ein negatives Bild von Autorität hat. Zudem kann er nur schwer die Meinungen Anderer akzeptieren. Gerade im Zusammenleben mit der Gastfamilie treten nun diese Schwierigkeiten in den Vordergrund, da innerhalb des Familienlebens Situationen entstehen können, die den Befragten an die Konflikte in seiner Herkunftsfamilie erinnern.

*“(...) Dann habe ich halt Schwierigkeiten ähm die Meinung Anderer zu akzeptieren, wenn man halt verschiedene Meinungen hat, wenn es um ein bestimmtes Thema geht. (...).” (I2/Z195)*

*“(...) Dann ähm \*\* also zum Beispiel, habe ich auch Schwierigkeiten mich Autoritäten unterzuordnen, das ist halt auch ein Problem von mir, mich unterzuordnen wenn jemand Erfahrung hat. Ich habe zum Beispiel immer gegen meinen Vater rebelliert, weil der halt Macht angewendet hat. \*\* Ich habe ein negatives Bild von Autorität, eigentlich habe ich das schon seit meiner Kindheit übernommen.” (I2/Z286)*

Das nachfolgende Zitat verdeutlicht nochmals, wie sehr das Thema Autorität den Befragten beschäftigt.

*“Ja, also ähm zum Beispiel das Thema Kindererziehung. Die haben ja auch Enkelkinder, die sind manchmal da und ähm das fällt mir schon ein bisschen schwer, wenn die Kinder halt eben auch konfrontiert werden oder ja die Erziehung halt. \*\* Aber sie gehen eigentlich mit mir anders um als mit ihren Enkelkindern, glaube ich schon.” (I2/Z265)*

### 5.9.2 Umgang mit Konflikten/Meinungsverschiedenheiten

Die meisten der Befragten erzählen, dass es zwischen ihnen und der Gastfamilie keinen Streit gibt. Wie die befragten Gastbewohner mit Unstimmigkeiten oder Meinungsverschiedenheiten umgehen hat Einfluss darauf, ob diese dann zum Streit führen.

Die Gasteltern möchten die Gastbewohner unterstützen und sie auf ein normales bzw. selbständigeres Leben vorbereiten. Zwei Gesprächspartner sind sich über diese Absicht der Gasteltern im Klaren und nehmen daher die Meinungen der Gasteltern hin ohne etwas zu erwidern.

*“(...) dann sagt sie schon, warum haust du das Geld jetzt hinaus oder so. Dann denke ich mir meinen teil und denke mir schon, ja gut da hat sie recht, das Geld hätte ich nicht so hinaus hauen müssen. (...)”  
(11/Z275)*

*“Ja, so bestimmte Vorstellungen haben sie schon, weil ich meine, die meinen es einem ja auch nur gut.” (13/Z151)*

Eine Interviewpartnerin schildert, dass der Streit von der Gastmutter ausgeht. Sie selbst streitet nicht, sondern lässt die Äußerungen der Gastmutter einfach so stehen ohne etwas darauf zu erwidern.

*“Nein, ich bin nicht streitsüchtig. Ich streite nicht aber sie streitet auch, die sagt dann schon mal was ihr nicht passt.” (14/Z303)*

*“Nein, ich sage überhaupt nichts, ich sage nichts. Ich habe mir am Anfang auch schon gedacht, dass die auch streitet.” (14/Z309)*

Eine andere Interviewpartnerin weiß zwar, dass die Gastmutter sie im Alltag nur unterstützen möchte. Manchmal empfindet die Befragte diese Unterstützung durch die Gastmutter jedoch als anstrengend und dann eskaliert die Situation.

*“Da geht schon mal was kaputt. Meine Brille habe ich schon mal herunter geschmissen, dann war sie kaputt. Wenn es jetzt unbedingt sein muss, dann werde ich auch wütend.” (I3/Z199)*

Solche Eskalationen kommen jedoch nur noch selten vor, denn im Umgang mit Konflikten hat sich bei der Befragten etwas verändert. Innerhalb der Gastfamilie hat sie gelernt, mit ihren Emotionen besser umzugehen. Derartige Wutausbrüche kamen nämlich früher, als die Befragte noch im Heim lebte, deutlich öfters vor. Die befragte Gastbewohnerin möchte weiterhin versuchen ihre Wut noch besser unter Kontrolle zu bekommen.

*“Ja, da war es noch schlimmer, also ich sage einmal, da ist es jetzt schon besser.” (I3/Z214)*

*“Ja, ich will jetzt schauen das ich jetzt die Wut nicht so \*\* auch wenn es mir schwer fällt (...), weil ich habe jetzt auch Medikamente bekommen, also wenn oder bevor die Wut kommt. Bis jetzt habe ich die Medikamente aber noch nicht gebraucht. Da bin ich gerade am üben, das ich nichts mehr liefere (LACHT).” (I3/Z206)*

Ein Interviewpartner antwortet auf meine Frage, wie er denn mit Konflikten umgeht, sehr reflektiert und schildert eindrücklich seine Empfindungen und welche Chancen er für sich in der Familienpflege sieht. Er erzählt, dass er unangenehmen Situationen eigentlich aus dem Weg geht. Im Zusammenleben mit der Familie ist er jedoch gezwungen sich mit den anderen Familienmitgliedern auseinanderzusetzen. Der Befragte beschäftigt sich auch intensiv mit seinen eigenverantwortlichen Anteilen.

*“Grundsätzlich will ich mal sagen, dass es ja eigentlich keinen Streit gibt, das würde ich nicht packen. Also dann mache ich halt auch lieber einen Bogen um Konfrontationen. (...).” (I2/Z193)*

*“Über die Familie bin ich ja eigentlich gezwungen, mich mit einem Thema auseinanderzusetzen. Ich habe mal ein Buch gelesen, (...) da steht halt drinnen, das man nicht von alleine wächst, sondern nur in der Beziehung zu anderen Menschen. Vorher habe ich mich ja praktisch zurückgezogen von der Gesellschaft, weil es für mich zu anstrengend war und jetzt habe ich halt einen anderen Weg eingeschlagen.” (I2/Z297)*

*“Ja, also ich würde mal so sagen, das man über eine Sache unterschiedlicher Meinung sein kann, das muss ich lernen und das man verschiedene Perspektiven einnehmen kann und das man das stehen lassen muss, (...).” (I2/Z282)*

Zudem wird deutlich, dass in der Gastfamilie eine gewisse Nachreifung stattfinden kann. Denn der Befragte sagt, dass er das, was er früher in seiner Ursprungsfamilie nicht gelernt hat, nun in der Gastfamilie lernen muss. Es besteht also die Möglichkeit, dass der befragte Bewohner innerhalb der Gastfamilie auch neue Formen der Konfliktverarbeitung erlernen kann.

*“(...) Ich muss halt viel wieder oder halt lernen, was ich in meiner Herkunftsfamilie nicht gelernt habe, das muss ich halt jetzt nachholen. In den Gesprächen, die ich führe halt auch hier in der Werkstatt, mit der Sozialpädagogin. \*\* Ich versuche durch Bücher, die ich da lese, die mir da auch helfen (...).” (I2/Z204)*

Die Auseinandersetzung mit den eigenen Schwierigkeiten, die innerhalb der Gastfamilie nun in den Vordergrund treten, ist für den Befragten anstrengend. Trotzdem sagt er selbst, dass die Psychiatrische Familienpflege die beste Wohnform für ihn ist.

*“(...) Ja es ist halt ein Lernprozess und ich bin da halt noch drin, ich habe da halt meine Schwierigkeiten meine Defizite.” (I2/Z197)*

*“(...) Für mich ist das am besten finde ich (...).” (I2/Z246)*

## 5.10 Klinikaufenthalte während der Familienpflege

Eine stationäre psychiatrische Behandlung wird meistens erst bei einer erheblichen und bedrohlichen Verschlechterung des Krankheitsbildes notwendig. In den Interviews wird deutlich, dass die befragten Gastbewohner, seitdem sie in der Gastfamilie leben, entweder gar nicht oder nur wenige male in der Klinik waren. Daraus lässt sich schließen, dass die Befragten psychisch stabil sind und mit ihrer Lebenssituation gut zu recht kommen. Drei der befragten Gastbewohner äußern sogar, dass sie sich psychisch stabiler fühlen.

*“Während der Familienpflege war ich nicht mehr stationär. Das war vor der Familienpflege, da war ich dreimal stationär. (...) ich muss halt Medikamente nehmen und mir geht es eigentlich so ganz gut.” (I1/Z328)*

*“Da war ich jetzt nur noch einmal und das war zur Medikamentenumstellung, war ich da. (...) Aber so fühle ich mich auch besser.” (I3/Z242)*

*“Ja ist schon stabiler, nein stationär war ich nicht.” (I5/Z275)*

Eine Interviewpartnerin erzählt, dass sie, seit sie in der Gastfamilie wohnt, drei oder viermal in der Klinik war. Jedoch lebt die 61jährige schon seit insgesamt 10 Jahren in der Familie. Ein Klinikaufenthalt war aufgrund einer Medikamentenumstellung erforderlich.

*“Also ich glaube ich war drei oder viermal.” (I4/Z359)*

*“Ach ja, da ging es damals auch um die Medikamentenumstellung. Die Hausärztin hat mir mal Tabletten verschrieben, wo ich brechen habe müssen, das war nicht schön.” (I4/Z383)*



Ein Befragter lebt seit etwa fünf Jahren in der Gastfamilie. Innerhalb des ersten Jahres kam es zu einem Klinikaufenthalt. Der Betroffene berichtet, dass er den damaligen stationären Aufenthalt nicht als hilfreich sondern sogar als sehr belastend erlebt hat.

*“Nur einmal für zwei Tage oder so, das war vor vier Jahren. Da habe ich gesagt, ich will wieder aus der Klinik, da bekomme ich nur noch mehr Angst, da will ich wieder raus.” (I2/Z336)*

## **5.11 Wohlbefinden/Zufriedenheit mit der Wohnsituation**

Das Zusammenleben mit der Gastfamilie wird von den befragten Gastbewohnern unterschiedlich wahrgenommen und beurteilt. Es gibt Interviewpartner, die die Anforderungen des Familienlebens als anstrengend erleben und dadurch gelegentlich ihre Entscheidung in Frage stellen.

*“Na ja, “wohl” ist so eine Sache, für mich ist es anstrengend. Familienpflege ist anstrengend.” (I2/Z183)*

Würden sie so im Nachhinein wieder in diese Familie ziehen?

*“Manchmal gibt es schon Schwerpunkte, wo ich mir sage, hast dich dafür richtig entschieden oder manchmal fällt es mir schon schwer.” (I3/Z230)*

Anderer Gesprächspartner dagegen vermittelt den Eindruck, dass das familiäre Zusammenleben für sie keine Herausforderung darstellt. Sie verneinen die Frage, ob es etwas gibt was sie am Familienleben stört und fühlen sich von der Gastfamilie respektiert und angenommen.

*“Also ich kann mir da jetzt nichts vorstellen, das es da irgendwie Probleme gegeben hat. Die Probleme lösen sich dann von alleine, also da gibt es direkt keine Probleme.” (I1/Z263)*

*“Ja, ich werde schon so respektiert (...).” (I1/Z203)*

Wie fühlen sie sich den jetzt hier in ihrer eigenen kleinen Wohnung, sind sie zufrieden oder denken sie, sie hätten sich damals anders entscheiden sollen?

*“Nein nein, das ist schon recht so.” (14/Z210)*

Gibt es auf der anderen Seite auch was, was sie stört oder was sie gerne anders hätten?

*“Eigentlich nichts, nein eigentlich nicht.” (15/Z243)*

*“Nein, eigentlich nicht, sie lässt mich so wie ich bin und ja sind schon tolerant eigentlich.” (15/Z220)*

Letztendlich zeigt sich jedoch bei allen Befragten, dass sie mit ihrer Wohnsituation zufrieden sind. Denn alle Gastbewohner erzählen, dass sie wieder in die Familie ziehen würden bzw. dass sie nicht mehr in ihre alte Wohnform zurück möchten.

*“Das war die richtige Entscheidung hierher zu ziehen, ist gerade richtig für mich, das passt.” (15/Z248)*

*“(...) Dann finde ich die Wohnform eigentlich, also würde ich auf jeden Fall wieder machen Familienpflege. Also ich würde auch wieder in diese Familie reingehen. Für mich ist das am besten finde ich (...).” (12/Z244)*

*“Wenn die Frau A. wieder ja sagen würde, ja dann schon.” (14/Z299)*

*“(...) und ich möchte jetzt auch nicht mehr tauschen, sage ich ganz ehrlich, das ist jetzt auf jeden Fall besser (...).” (13/Z332)*

Zwei Gastbewohnerinnen bringen ihre Zufriedenheit auch durch Geschenke an die Gasteltern zum Ausdruck.

*“(...) Einen habe ich für die Frau R. und einen für den Herrn R. gemacht, die habe ich dann gestern Abend auf den Küchentisch hingetan mit einem Zettel und habe darauf geschrieben für S. und K..” (13/Z281)*

*“(...) da schenke ich der Frau A. etwas. Meine Schwester kommt dann nächste Woche, dann kaufen wir was zum schenken und dann kriegt sie das, sie bedankt sich dann auch immer die Frau A..” (I4/Z102)*

## **5.12 Vergleich zwischen alter Wohnform und Familienpflege**

Ein Befragter, der zuvor alleine in einer Wohnung gelebt hat, sieht eigentlich kaum einen Unterschied zwischen den beiden Wohnformen. Die Ansprache und die gemeinsamen Unternehmungen mit der Gastfamilie gefallen ihm jedoch gut.

*“Also da gibt es fast keinen Unterschied. Aber was ich gut finde (...) und da hat er mich gefragt ob ich mit will, dann habe ich gesagt, das schaue ich gerne mit an, das gefällt mir so wunderbar. (...) dann unterhalten wir uns am Frühstückstisch und so, das ist alles recht gesellig, ist alles in Ordnung so.“ (I1/Z223)*

Ein Interviewpartner schildert, dass er nicht mit anderen psychisch erkrankten Menschen zusammenleben möchte. Dies wird auch dadurch deutlich, dass der Befragte, obwohl er noch nie in einem Heim oder einer Wohngemeinschaft gewohnt hat, die Psychiatrische Familienpflege als die für ihn bessere Wohnform beurteilt. Zudem empfindet er es angenehmer in einer Familie zu leben als alleine zu wohnen, was er ihm Detail als “angenehmer” empfindet erläutert er jedoch nicht.

*“ Ja schon, \*\* ist schon angenehmer.” (I2/Z179)*

*“(...) Für mich ist das am besten finde ich, besser als WG oder irgendwo im Heim.” (I2/Z246)*

In einem Wohnheim müssen die Bewohner ihre individuellen Bedürfnisse oft zurückstellen und sich an die verbindlichen Gemeinschaftsregeln halten. Das Zurückstellen der eigenen Wünsche ist für die Bewohner nicht immer einfach, daher ist es nachvollziehbar, dass es zu Konflikten kommen kann. Zudem werden die Bewohner ständig mit den psychischen Erkrankungen der Mitbewohner konfrontiert. Diese drei Zitate verdeutlichen, wie die Gastbewohner ihr ehemaliges "Heimdasein" erlebt haben.

*" (...) Ich habe zum Beispiel einen Zimmernachbarn gehabt, der hat \*\* so Fragezwänge hat der gehabt, der hat ununterbrochen Fragen an mich gehabt. (...) Also das war so extrem bei dem, das mich das zum Schluss direkt nervlich richtig angegriffen hat." (15/Z264)*

*"Habe ich ja erzählt, die haben mich regelrecht beschimpft. Ein Mann hat sich dann auch entschuldigt, dass sie so böse und so frech gewesen waren." (14/Z340)*

*(...) also ich fand das immer viel Trubel das ganze Drumherum. Ich bin zwar gerne unter Leuten, aber das war schon ein bisschen viel. Egal wo du da hin gehst, da gibt es mal Streit, das bleibt nicht aus (...) das ist jetzt auf jeden Fall besser als wieder in so einem Heim, das würde ich nicht mehr wollen." (13/Z329)*

Die drei ehemaligen Heimbewohner sind froh darüber, dass sie nicht mehr an einem "speziellen Ort für psychisch Kranke" sondern in einer normalen Familie wohnen. Sie freuen sich über die Normalisierung ihrer Wohnform und genießen das familiäre Zusammenleben.

*\*\*\* Ja, das Zusammensein mit der Familie gefällt mir, ja halt auch das zusammen feiern." (13/Z170)*

*" Ja das eigene Zimmer und der Anschluss natürlich zu der Familie. Wenn man nur alleine schon weiß, das der Anschluss möglich ist (...) auch wenn man es nicht immer ausnutzt aber schon das Gefühl alleine ist gut." (15/Z231)*

*"Das ist besser, jetzt bin ich den ganzen Tag alleine hier." (14/Z404)*

### 5.13 Zukunftswünsche der Gastbewohner

Die Zukunftswünsche der Befragten beziehen sich hauptsächlich auf die zukünftige Wohnform. Alle Befragten fühlen sich in der Familie wohl und sind mit der momentanen Situation zufrieden. Jedoch hoffen zwei Interviewpartner, dass das Leben in der Gastfamilie nicht das Ende ihrer Wohnbiographie ist. Sie wünschen sich noch mehr Selbständigkeit und würden gerne einmal in einer eigenen Wohnung leben. Eine der beiden Gastbewohner bezweifelt jedoch, dass sie es jemals schaffen wird alleine zu leben.

*“Soweit einmal schon, aber ich bemühe mich schon eigenständig zu werden. Ich will mal wieder alleine leben. (...).” (I1/Z292)*

Was sind so ihre Wünsche und Ziele, die sie für sich haben? Wollen sie auch einmal alleine leben?

*“Das wäre so mein Ziel, aber das werde ich wahrscheinlich nicht schaffen ähm so ganz alleine. (...).” (I3/Z339)*

Zwei andere Gastbewohner dagegen äußern, dass sie weiterhin in der Familie bleiben möchten und in keine andere Wohnform wechseln wollen.

*“Lieber wäre mir, wenn ich mein Leben lang, bis an mein Lebensende, hier bleiben könnte. (...).” (I4/Z333)*

*“Ja, ich möchte eigentlich schon länger hier bleiben, also das gefällt mir eigentlich ganz gut hier. (...).” (I5/Z326)*

Ein weiterer Befragter möchte ebenfalls in der Familie bleiben. Zudem möchte er wieder mehr Lebensfreude entwickeln und versucht deshalb mehr auf seine Gefühle zu achten.

*“Weiß ich nicht. Das ist etwas was ich selber tun muss, mich am Leben freuen, das kann man mir vielleicht sagen, aber umsetzen muss ich das selber. Also wir arbeiten auch in den Gesprächen mit der Sozialarbeiterin auf der gefühlsmäßigen Ebene, früher habe ich alles mit dem Kopf gemacht. Ich möchte halt auch hier in der Familie bleiben und möchte auch nicht mehr alleine leben.” (I2/Z393)*

## 5.14 Veränderungen aus der Perspektive der Gastbewohner

Die Gastbewohner wurden abschließend noch mal explizit gefragt, was sich aus ihrer Sicht verändert hat. In diesem Punkt werden nun die Bereiche erwähnt, in denen die Befragten selbst Veränderungen wahrnehmen.

### Äußere Bedingungen

Zwei Gastbewohner sind der Meinung, dass sich eigentlich nur die äußeren Bedingungen verändert haben. Sie selbst hingegen haben sich nicht verändert.

*“Das weiß ich nicht, was sich verändert hat.” (I4/Z346)*

Also jetzt noch mal die Frage, haben sie das Gefühl, dass sich etwas in ihrem Leben verändert hat?

*“Nein, ich bin nicht anders.” (I4/Z395)*

*“ \*\* Halt das es kleiner ist, das gefällt mir besser, das es nicht so ganz so groß ist, (...) Das Essen ist besser wie in der Werkstatt, das muss ich schon sagen.” (I3/Z236)*

*“Ja, da waren 65 Leute in dem Heim, das muss man sich mal vorstellen, so viele Leute auf so einem Haufen und in dem anderen Heim waren bald 100 Leute, so viele Leute, das hier ist viel angenehmer, bin ich froh darüber ja.” (I4/Z215)*

*“(...) Also es gibt ein besseres Essen wie im L., da war das Essen auch nicht gut.” (I4/Z227)*

### Selbständigkeit

Ein Befragter übernimmt, seit er in der Gastfamilie wohnt, mehr Verantwortung für sich selber und ist selbständiger.

*“Ja das ist die Selbständigkeit, die wo man wieder gewinnt. Das man wieder mehr Verantwortung für sich übernimmt, schon alleine das ich nach Haar fahren muss um zu arbeiten und zu essen oder in die Dorfstraße um die Leute zu besuchen, das sind so Kleinigkeiten, die wo halt für mich wichtig sind.” (I5/Z254)*

Diese Selbständigkeit zeigt sich auch daran, dass er als einziger der Befragten seine Medikamente vollkommen selbständig einnimmt.

*“Ja, die nehme ich selber, richte ich auch selber her.” (I5/Z361)*

In Bezug auf die Selbständigkeit haben sich die anderen Gesprächspartner nicht geäußert. In der Befragung wird jedoch deutlich, dass die Gastbewohner durchaus in einzelnen Bereichen eigenständiger sind.

*“(...) Also am Anfang hat sie noch beim Putzen mitgeholfen, aber das mache ich jetzt alles alleine, also mein Zimmer.” (I1/Z307)*

*“Ja jetzt mache ich da schon selber Sachen auch, ähm das Zimmer mach ich selber sauber \*\* und das Geländer putze ich immer.” (I3/Z351)*

*“(...) das Andere kaufe ich mir selber, was ich auf das Brot will (...).” (I4/Z234)*

### **Gesundheitlicher/psychischer Bereich**

Ein Interviewpartner erzählt, dass er sich, seit dem Wechsel in die Familienpflege, psychisch stabiler fühlt. Zudem hat das Leben in der Gastfamilie auch seinen eigenen Lebenswandel positiv beeinflusst.

*“(...) Da war ich sehr zurückgezogen, weil es mir noch nicht so gut ging und da bin ich dann nur im Bett gelegen, also da war ich noch sehr müde. Wo ich dann zur Familie selber gekommen bin, dann ist es eigentlich schon besser geworden.” (I1/Z48)*

*“Also ich trinke weniger, trinke weniger Alkohol und nehme auch keine Drogen mehr. Also das ist richtig tabu geworden und mir gefällt das Leben so besser, ohne Drogen und ohne Alkohol. (...).” (I1/Z318)*

Ein anderer Gastbewohner fühlt sich zwar auch psychisch stabiler, jedoch bemerkt er sonst keine Veränderungen an sich. Er beruft sich vielmehr auf die Aussagen von Anderen die sagen, er könne jetzt auch seine Befindlichkeit besser beschreiben.

*“\*\* Das wollte ich noch sagen, die Familienpflege und die Arbeit, ähm die ich in der WFB mache, haben mich halt stabil gemacht.” (I2/Z402)*

*“\*\* Das ist schwierig. Ich sehe eigentlich keinen Fortschritt, aber die Anderen sagen immer ich mache Fortschritte, ich kann es eigentlich nicht sagen.” (I2/Z324)*

*“Also ich glaube halt, das ich halt mehr meine Verfassung beschreiben kann, meine Gefühle benennen kann (...) also da habe ich große Fortschritte gemacht, sagt man.” (I2/Z329)*



## **E Zusammenfassung**

### **6. Schlussfolgerung**

Die Befragten hatten teilweise genaue Wünsche in Bezug auf die Wohnform oder Wohngegend und haben sich letztendlich freiwillig für die Psychiatrische Familienpflege und die jeweilige Gastfamilie entschieden. Trotzdem war der Umzug in eine fremde Familie für die meisten Interviewpartner eine große Umstellung. Nach einer gewissen Eingewöhnungszeit, die bei den befragten Gastbewohnern unterschiedlich lange andauerte, zeigen die Ergebnisse der qualitativen Untersuchung, dass die Gastbewohner das Leben in der Gastfamilie und die damit verbundenen Veränderungen als vorwiegend positiv bewerten. Aus den Interviews wird jedoch sehr deutlich, dass das familiäre Zusammenleben auch eine Herausforderung für die psychisch erkrankten Gastbewohner darstellt und es im Alltag durchaus Situationen gibt, die den Befragten Schwierigkeiten bereiten. Die Gastbewohner stellen sich jedoch diesen Herausforderungen und gehen sehr unterschiedlich damit um.

Die Intensität der Beziehungsqualität zwischen Gastbewohner und Gastfamilie ist individuell. Bei einem Teil der Befragten gleicht die Beziehung zur Gastfamilie eher einem Untermieterverhältnis, während andere Interviewpartner sehr intensiv in das Familienleben eingebunden sind. Unabhängig von der Intensität der Beziehung zwischen Familie und Gastbewohner sind alle Befragten mit der Rolle beziehungsweise dem Platz, den sie in der Familie eingenommen haben, zufrieden. Anhand der Erzählungen der Gesprächspartner wird deutlich, dass die Befragten in einen "normalen" Alltag eingebunden sind und die psychische Erkrankung nicht mehr den gesamten Lebenskontext prägt. Die Zufriedenheit mit der neuen Wohnsituation und den damit verbundenen Veränderungen zeigt sich unter anderem daran, dass keiner der Interviewpartner in seine alte Wohnform zurück möchte und ein Großteil der Befragten sich sogar vorstellen kann, noch länger in der Familie zu leben. Aus Sicht der Interviewpartner hat sich auch nichts zum negativen entwickelt. Zudem sind die befragten Bewohner, seit sie in den Gastfamilien leben, psychisch stabil. Denn stationäre psychiatrische Behandlungen waren bisher nur selten bzw. nicht notwendig.

Der Wechsel in die Psychiatrische Familienpflege führte bei allen befragten Gastbewohnern zu weiteren Veränderungen beziehungsweise Entwicklungen. Die Bereiche und die Intensität dieser Veränderungen sind sehr unterschiedlich. Jedoch stimmen die Entwicklungen, die die Interviewauswertung ergaben, durchaus mit den konzeptionellen Annahmen der Psychiatrischen Familienpflege überein. Bei der Auswertung wird zudem deutlich, dass die Aussagen der Gastbewohner bezüglich des Wohlbefindens und der Veränderungen vor dem persönlichen Hintergrund gesehen werden müssen. Denn die Gastbewohner, die jahrelang in einem psychiatrischen Heim zusammen mit anderen seelisch Erkrankten wohnten, haben einen anderen Beurteilungsmaßstab für Lebensqualität und ziehen andere Vergleichsebenen heran, als die Befragten, die zuvor alleine in einer Wohnung lebten.

Ein Teil der Befragten ist der Meinung, dass sich in ihrem Leben kaum etwas verändert hat. Die Auswertungen der Interviewaussagen lassen jedoch auf deutlich mehr Veränderungen schließen. Um die subjektiv empfundenen und objektiv feststellbaren Entwicklungen aufeinander beziehen zu können, müsste man neben den Gastbewohnern noch die Gastfamilie oder die Mitarbeiter des Familienpflegeteams befragen. Die Ergebnisse der Untersuchung sind nicht repräsentativ für die Lebenssituation anderer Gastbewohner. Es gibt sicherlich auch Familienpflegeverhältnisse, in denen sich die Gastbewohner weniger wohl fühlen. Jedoch sollten die Ergebnisse der Interviews die Kritiker zum Nachdenken anregen und denjenigen Mut machen, die die Psychiatrische Familienpflege als wichtige Alternative zu anderen Wohnformen für chronisch psychisch Kranke sehen.

Ich möchte noch anmerken, dass die subjektive Lebenszufriedenheit der Gastbewohner nicht automatisch etwas über einen guten fachlichen Standard des Betreuungsangebotes aussagt. Denn wie Orbke-Lütke-meier ausführt, ist es zu kurz gegriffen aus der subjektiven Zufriedenheit der Gastbewohner zu schließen, dass die objektiven Bedingungen tatsächlich den Wünschen und Bedürfnissen der Gastbewohner entsprechen. Es könnte ja auch sein, dass die Wünsche und Bedürfnisse sich den objektiven Realisierungschancen angepasst haben. Dadurch würde eine gelungene Anpassung an objektiv schlechte Bedingungen zu einer Interpretation dieser hohen Lebensqualität

führen. Das bedeutet, dass sich die Träger dieses Betreuungsangebotes nicht unbedingt gelassen zurücklehnen sollten, wenn die Gastfamilien oder die Bewohner oder gar beide mit der Familienpflege zufrieden sind (vgl. Orbke-Lütke-meier & Becker, 2002, S.43).

## **7. Ausblick**

Für viele seelisch behinderte Menschen, die in einem Heim leben, wäre eine Familienpflegestelle besser. Sie bietet mehr soziale Integration in eine Gemeinschaft, engere emotionale Beziehungen und eine Selbst- und Fremdwahrnehmung bei der die Behinderung eine geringere Rolle spielt. Psychiatrische Familienpflege sollte daher zu einem normalen und flächendeckenden Angebot der Eingliederungshilfe in Deutschland werden (vgl. Becker, 2005, S. 22).

Gut zwanzig Jahre nach der Neuetablierung der Psychiatrischen Familienpflege zeigt sich nun deutlich deren Leistungskraft in einigen wenigen Regionen beziehungsweise Bundesländern in Deutschland. Konkret kann das Betreute Wohnen in Familien in gut ausgebauten Regionen zwischen acht und 25 % aller psychisch kranker Menschen unterbringen, die einen Hilfebedarf haben, der ansonsten in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe erbracht werden muss. Aus Regionen, die bisher diese Form der Integration ignoriert haben, kommen immer mehr Nachfragen (vgl. Eisenhut, 2006, S. 93). Auch wenn die Nachfragen steigen und die konsequenten Bemühungen um die Familienpflege langsam Wirkung zeigen, bleibt die bundesweite Verbreitung der Psychiatrischen Familienpflege nach wie vor ein Fernziel. Es bleibt daher weiterhin die Aufgabe des Fachausschusses, neue Leistungs- und Maßnahmeträger zu beraten und für eine qualitätsbewusste Umsetzung der Psychiatrischen Familienpflege zu sorgen (vgl. Eisenhut, 2006, S. 94). Eine Herausforderung für die nahe Zukunft liegt zudem darin, ein Konzept zu entwickeln, das die Betreuung und Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien ins Auge fasst.

## Literaturverzeichnis

- Bachmeier, M. (2005): "Normalität als Chance", in: Soziale Psychiatrie, Heft 3/2005, S. 33-34
- Becker, J. (2005): Ein intimer Ort - Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Gastfamilien, in: Soziale Psychiatrie, Heft 3/2005, S.22-27
- Becker, J. & Neuenfeldt-Spickermann, R. (2006): Zur Qualitätssicherung des Betreuten Wohnens in Familien, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 36. Jahrg., Heft 2/2006, S.14-17
- Bezirk Schwaben (Hrsg.) (2003): Richtlinien des Bezirks Schwaben für die psychiatrische Familienpflege für seelisch Behinderte, Stand 13. Mai 2003. Augsburg
- Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren/Psychiatrische Familienpflege  
<http://www.bkh-kaufbeuren.de/pdf/familienpflege.pdf> (21.02.2007)
- Böcker, F. (2006): Von der Familienpflege zur offenen Fürsorge, in: Dresler, K.-D. & Neukirchner, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien gestern – heute – morgen; Dokumentation 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, S.97-102. Jena: Fachhochschule Jena
- Dresler, K.-D. (2006): Einführung, in: Dresler, K.-D. & Neukirchner, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien gestern – heute – morgen; Dokumentation 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, S. 20-21. Jena: Fachhochschule Jena
- Eisenhut, R. (2005): Der Fachausschuss Familienpflege der DGSP. Ziele Standards und Entwicklungen, in: Soziale Psychiatrie, Heft 3/2005, S. 37-38
- Eisenhut, R. (2006): Entwicklung und Finanzierung des Betreuten Wohnens in Familien in Deutschland, in: Birkenheier, C. & Hagen, A. (Hrsg.): Halt – Begegnung - Hoffnung. Integration psychisch Kranker in Gastfamilien. 10 Jahre psychiatrische Familienpflege an den SHG-Kliniken Völklingen, S.73-94. Völklingen: Vital e. V.
- Flick, U. (2006): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung (4. Aufl.). Reinbek: Rowohlt
- Held, T. (1989): Psychiatrische Familienpflege. Ergebnisse einer prospektiven elfjährigen Langzeitstudie. Stuttgart: Enke Verlag

- Hildenbrand, B. (2002): Der abwesende Vater als Herausforderung in der familialen Sozialisation, in: Walter, H. (Hrsg.): Männer als Väter. Sozialwissenschaftliche Theorie und Empirie, S.743-782. Gießen: Psychosozial-Verlag
- Ingenleuf, H.-J. (2004): Das Ende des Orakelns: Antworten auf die Kritik an der psychiatrischen Familienpflege, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 34. Jahrg., Heft 4/2004, S.39-45
- Kalisch, I. & Mussehl, H. (2006): Psychisch erkrankte Menschen in Gastfamilien: Modell Brandenburg – LK Dahmen-Spreewald, in: Dresler, K.-D. & Neukirchner, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien gestern - heute - morgen; Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, S.32-39. Jena: Fachhochschule Jena
- Konrad, M. (1986): Psychiatrische Familienpflege als Alternative zur Hospitalisierung für psychiatrische Langzeitpatienten, in: Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Heft 2/86, S.174-182
- Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (1987): Psychiatrische Familienpflege. Überblick über Projekte in der BRD und Stand der Forschung in: Nervenheilkunde, Heft 6/87, S.265-273
- Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (1989): Angehörige und "Ersatz-Angehörige" - Analogien und Differenzen, in: Buchkremer, G. & Rath, N. (Hrsg.): Therapeutische Arbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Messinstrumente, Methoden, Konzepte, S.171-179. Bern: Hans Huber Verlag
- Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (1993): Die 2te Familie. Psychiatrische Familienpflege - Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (2004): Rückfall in die Steinzeit? Eine Zwischenbilanz 20 Jahre nach der Wiederentdeckung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 34. Jahrg., Heft 4/2004, S.2-7
- Kregel, K. (1990): Die neue psychiatrische Familienpflege, in: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 1/90, S.37-40
- Krüger, M., Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (1988): Ist die Integration chronisch psychisch Kranker in Gastfamilien in der modernen Gesellschaft möglich? Eine empirische Studie, in: Medizin, Mensch, Gesellschaft, Heft 13/88, S.11-20

- Lakemann, U. (2006): Psychiatrische Familienpflege aus familiensoziologischer Sicht. Ergebnisse der Evaluation des Thüringer Modells - Jena und Umkreis, in: Dresler K.-D. & Neukirchner, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien gestern – heute – morgen; Dokumentation 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, S. 74-83. Jena: Fachhochschule Jena
- Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 1 Methodologie (3. Aufl.). Weinheim: Beltz
- Mayring, P. (1999): Einführung in die qualitative Sozialforschung (4. Aufl.). Weinheim: Beltz
- Neukirchner, J., Hartung, M. & Schorsch, W. (2006): Psychisch erkrankte Menschen in Gastfamilien: Modell Thüringen - Jena und Umkreis, in: Dresler, K.-D. & Neukirchner, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien gestern - heute - morgen; Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, S. 40-47. Jena: Fachhochschule Jena
- Nouvertne, K. & Schöck, G. (1998): Bürgerhilfe in der Psychiatrie – so notwendig wie schwierig, in: Bock, T. & Weigand, H. (Hrsg.): Handwerksbuch Psychiatrie (4. Aufl.), S. 315-327. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Orbke-Lütke-meier, E. & Becker, J. (2002): Betreutes Wohnen in Gastfamilien. Familienpflege kreative Wege einer ungewöhnlichen Betreuungsform für Menschen mit psychischen und geistigen Behinderungen. Bielefeld: Bethel-Verlag
- Regus, M. (2006): Gegenwartsprobleme und Zukunftsherausforderungen der Gemeindepsychiatrie, in: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 3/2006, S. 2-6
- Rosemann, M. (1999): Zimmer mit Aussicht - Betreutes Wohnen bei psychischer Krankheit. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schäfer, W. (2006): Entwicklung der Sozialhilfeausgaben und die sich daraus ergebende besondere Rolle der Familienpflege, in: Dresler, K.-D. & Neukirchner, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien gestern - heute - morgen; Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, S. 126-133. Jena: Fachhochschule Jena
- Schmidt-Michel, P.-O. (1984): Die psychiatrische Familienpflege als Alternative zur Hospitalisierung chronisch psychisch Kranker. Geel und die deutsche Tradition der Familienpflege Teil 2, in: Notabene Medici, Heft 5/84, S. 418-424

- Schmidt-Michel, P.-O. (1991): Psychiatrische Familienpflege - alternative Betreuung für psychiatrische Langzeitpatienten, in: Öffentliches Gesundheitswesen 53, S. 534-537
- Schmidt-Michel, P.-O., Hoffmann, M. & Krüger, M. et al. (1991): Familiencharakteristika als Prädiktoren für den Erfolg der psychiatrischen Familienpflege, in: System Familie, Heft 4/91, S. 187-190
- Schmidt-Michel, P.-O., Konrad, M. & Heiter-Metzger, B. (1991): Die Genese problematischer Konstellationen in der psychiatrischen Familienpflege, in: Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie 41, S.224-231
- Schönberger, C. (2002): Betreuung psychisch kranker Menschen in Gastfamilien - Psychiatrische Familienpflege im Land Brandenburg. Endbericht zum Modellprojekt. Arbeitsmaterialien, Herausgegeben von der Fachhochschule Potsdam Fachbereich Sozialwesen. Potsdam
- Schönberger, C. & Stolz, P. (2003): Betreutes Leben in Familien - Psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch für die Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag
- Schott, H. & Tölle, R. (2006): Magna Charta der Psychiatrie: Leben und Werke von Wilhelm Griesinger, in: Sozialpsychiatrische Informationen, Heft 4/2006, S. 2-9
- Schnurr, R. (1999): Psychiatrische Familienpflege - Ein Weg zur Wiedereingliederung, in: Psychiatrische Pflege, Heft 5/99, S. 8-13
- Stolz, P. (2004): "Einfach eine Provokation" - Betreutes Leben in Gastfamilien im Land Brandenburg, in: Sozialpsychiatrische Informationen, 34. Jahrg., Heft 4/2004, S. 26-32.
- Thimm, W. (2005): Das Normalisierungsprinzip - Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts. Marburg: Lebenshilfe-Verlag
- Zeit, G. (2001): Psychiatrische Familienpflege - Positive Zwischenbilanz. Sonderdruck aus LWV-Info 1/2001, Herausgegeben vom Landeswohlfahrtsverband Hessen. Kassel

## **Erklärung nach § 31 Abs. 7 RaPo:**

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst, noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benützt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

---

Datum

---

Unterschrift