

Diplomarbeit an der Fachhochschule Würzburg-Schweinfurt
Fachbereich Soziale Arbeit

Wintersemester 2008/2009

Thema:

**Betreutes Wohnen in Familien – Beschreibung
der Situation der Betreuungsfamilien in Bayern**

Prüfer: Frau Professor Weber

Zweitprüfer: Herr Professor Bartmann

Name: Dorothea Färber

Matrikelnummer: 2704238

Abgabetermin: 24.04.2009

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	6
2.	Betreutes Wohnen in Familien in Bayern	9
2.1	Geschichtlicher Abriss bezogen auf Deutschland	11
	Zusammenfassung.....	19
	Heutiger Stand	19
2.2	Rahmenbedingungen.....	25
2.2.1	Organisationsformen	25
	Betreutes Wohnen in Familien als Klinikangebot	25
	Betreutes Wohnen in Familien als kommunales Trägerangebot	26
	Betreutes Wohnen in Familien als selbstständiges Vereinsangebot	26
	Vier verschiedenen Typen des Betreuten Wohnens in Familien	26
2.2.2	Finanzielle und sozialrechtliche Verankerung.....	27
	Zuständigkeit.....	27
	Sozialgesetzbuch.....	27
	Praktische Umsetzung.....	27
	Aufstellung der Kosten im Einzelnen	29
	Sozialversicherungsrechtliche Aspekte.....	30
2.2.3	Gesundheits- und sozialpolitische Ziele	30
	Regional vor überregional.....	31
	Ambulant vor stationär	31
	Personenzentriert vor institutionenzentriert	32
2.3	Beteiligte Personen	33
2.3.1	Psychisch erkrankte Menschen	33
	Heterogene Klientenstruktur	33
	Mangel an sozialer Kompetenz.....	35
	Eignungs- bzw. Ausschlusskriterien	35
	Motive	36
	Ziele	36
2.3.2	Familien	37
	Lebenslage	37
	Motive	38
	Ausschlusskriterium.....	39
	Veränderungen	40

2.3.3	Betreuungsteam.....	40
	Öffentlichkeitsarbeit	41
	Auswahl und Vermittlung geeigneter Betreuungsfamilien und Bewohner .	41
	Beratung und Betreuung der Bewohner und der Familien	42
	Zusammenarbeit mit anderen sozialen und medizinischen Einrichtungen..	45
2.4	Situation der Familien.....	47
	soziologische Sicht.....	47
2.4.1	Verbreitung des Betreuten Wohnens in Familien	47
2.4.2	Wünsche, Ziele, Anforderungen	50
2.4.3	Leben mit Gast – Leitgedanken: Normalität, Integration, Toleranz und Partizipation.....	51
3.	Zugrunde liegende Konzepte und Theorien.....	54
	Betreuungsteams - Arbeitsweise:	
	Expressed Emotion-Konzept.....	54
	Vulnerabilitäts-Streß-Modell	55
	Casemanagement.....	55
	Konzept der Übertragung und Gegenübertragung	55
	Milieutheraeutische Ansätze	56
	Empowerment	57
	Lebensweltorientierung.....	57
	Familien	59
	Copingstile	59
3.1	Erfolg – Outcome.....	60
	viele Faktoren sind zu beachten.....	60
	ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	61
	Konzept der Lebensqualität	61
4.	Betreutes Wohnen in Familien – Beschreibung der Situation der Betreuungsfamilien in Bayern: eine empirische Untersuchung	64
4.1	Fragestellung.....	64
	Phänomenologie.....	64
	Bisherige fachliche Befunde	65
4.2	Methode	67
4.2.1	Untersuchungsteilnehmer.....	69

4.2.2	Verfahren	69
4.2.3	Durchführung	73
4.2.4	Auswertung	74
4.3	Ergebnisse	75
4.4	Diskussion	92
5.	Fazit	99
	Erklärung des Studenten	106
	Literaturliste	107

Nicht in Selbstmitleid versinken
sich hilflos den Folgen der
Vergangenheit ausgeliefert sehen
erkennen
ich forme jetzt die Gegenwart
zur Vergangenheit
meiner Zukunft.

Aus Lichtblicke – Heft 30, S. 13

1. Einleitung

Ein kurzer Blick auf die nackten Zahlen zum Thema psychische Erkrankungen: etwa 410.000 Menschen werden in Deutschland jährlich wegen psychischer Erkrankungen in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen aufgenommen und/oder brauchen eine längerfristige Behandlung, Rehabilitation, Begleitung und Unterstützung aufgrund einer schweren, chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung oder Behinderung (vgl. Psychiatrienetz 2008). Dabei verzeichnen die Krankheiten des Nervensystems in den letzten 15 Jahren den höchsten Zuwachs aller Erkrankungen mit fast 92 % (vgl. Datenreport 2008: Der Sozialbericht für Deutschland) und verursachen damit eine enorme finanzielle Belastung für den Gesundheits- und Sozialhaushalt. Insgesamt 26,7 Milliarden Euro (3,3 Milliarden Euro mehr als im Jahr 2002) musste das Gesundheitswesen im Jahr 2006 für psychische Krankheiten und Verhaltensstörungen aufwenden, das entspricht dem höchsten Anstieg bei allen Krankheitsarten in diesem Zeitraum. Sie zählen dabei zu den besonders kostenintensiven Erkrankungen mit einem Anteil an den Gesamtkosten im Jahr 2006 von 11,3 Prozent. Damit rangieren sie an dritter Stelle hinter den Kosten durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen und durch Krankheiten des Verdauungssystems (vgl. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. 2009).

Der Anstieg an Krankheiten des Nervensystems und die daraus resultierenden enormen Kosten für das Gesundheitswesen erfordern Lösungsmöglichkeiten, wie die vielen Einzelschicksale optimal versorgt werden können und das Gleichgewicht des Gesundheitssystems dabei nicht ins Wanken gerät.

Auf den folgenden Seiten soll es um das Betreute Wohnen in Familien gehen, einer Form der Rehabilitation für psychisch erkrankte Menschen außerhalb Krankenhäusern oder Heimen, was nicht nur aus rein finanzieller Sicht Vorteile mit sich bringt.

Familien nehmen einen psychisch erkrankten Menschen bei sich auf und teilen mit ihm ihre Wohnung, ihre Freizeit, ihren Alltag. Sie bieten aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit eine Vielfalt differenzierter Lebensmöglichkeiten. Dadurch kann in weiten Teilen den verschiedenartigen Bedürfnissen der zu vermittelnden Gastbewohner Rechnung getragen werden.

In unserer derzeitigen Gesellschaft, in der nur vorankommt, wer funktioniert, wer gesund und arbeitsfähig ist, stößt es immer wieder auf Verwunderung, dass Familien

bereit sein können, einen psychisch erkrankten Menschen mit all seinen Schwierigkeiten und ungewöhnlichen Verhaltensweisen bei sich in der Familie aufzunehmen.

Trendforscher wie beispielsweise die Amerikanerin Faith Popcorn sehen heutzutage eine Tendenz des Rückzugs in die eigenen vier Wände, Cocooning genannt, man igelt sich ein, schottet sich ab vor der Qual der Wahl und der Welt der unendlichen Möglichkeiten und lebt seine kommunikative Beziehungslosigkeit im Internet oder am Mobiltelefon.

Was also bringt Familien dazu einen psychisch erkrankten Menschen bei sich aufzunehmen?

Wie sieht es in den Familien aus?

Wieso sehen die Familien die Aufnahme eines Gastbewohners als eine bereichernde Aufgabe an?

Diesen und weiteren Fragen will die vorliegende Untersuchung auf den Grund gehen. Sie will umfassende Informationen zum Betreuten Wohnen in Familien bieten, zu mehr Transparenz dieser Form der Hilfe beitragen und ein weiterer Baustein in Form von Beachtung und Aufmerksamkeit sein im Hinblick auf den Ausbau ambulanter Eingliederungshilfe speziell des Betreuten Wohnens in Familien in Deutschland.

Die Zahl der Skeptiker und Kritiker ist (immer noch) groß und so soll durch die folgende Arbeit ein weiterer Schritt gemacht werden auf dem Weg zu einem angeregten fachlichen Austausch und einer Etablierung des Betreuten Wohnens im Bereich der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft.

In der vorliegenden Untersuchung werden speziell die Familien, also die Bezugspersonen der Gastbewohner zu Wort kommen und ihre Situation soll aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden. Durch eine genauere Kenntnis der Position der Familien sollen bessere Interventionsmöglichkeiten entstehen und eine verbesserte Zielgruppenarbeit möglich werden, etwa bei der Gewinnung von neuen Gastfamilien, oder sich Hilfestellungen für die Entscheidung zu geeigneten Konstellationen ergeben.

Zu Beginn dieser Arbeit werden wichtige Begriffe definiert und präzise eingegrenzt, um Klarheit darüber zu bekommen, wovon in den folgenden Seiten die Rede ist. Es wird im Kapitel 2.1 ein Überblick über die geschichtliche Entwicklung des Betreuten Wohnens in Familien bis hin zum heutigen Stand des 21. Jahrhunderts gewährt, um alsdann die Rahmenbedingungen zu beleuchten.

Das besondere Setting macht es erforderlich, die beteiligten Personen, ihre Aufgaben

und Ziele näher zu betrachten, um überdies besonderes Augenmerk auf die Familien, ihre Wünsche und Anforderungen sowie ihre Erfahrungen im Zusammenleben mit dem Gastbewohner sprich ihren Alltag zu legen. Ein weiteres Kapitel befasst sich mit der theoretischen Fundierung, den zugrunde liegenden Konzepten und wissenschaftlichen Ambitionen des Betreuten Wohnens in Familien.

Die empirische Untersuchung dieser Arbeit befasst sich mit der Situation der Familien des Betreuten Wohnens in Bayern, geht ein auf strukturelle Unterschiede beziehungsweise Gemeinsamkeiten der Familien, auf Gefühle, Belastungen und Empfindungen im Zusammenleben mit dem Gastbewohner und Veränderungen, die diese Form der Laienhilfe für die Familien mit sich bringt. In der abschließenden Diskussion werden die Ergebnisse diskutiert und bewertet.

2. Betreutes Wohnen in Familien

„Betreutes Wohnen in Familien“ bedeutet die Integration und Betreuung von hilfsbedürftigen Menschen in einer nicht direkt mit ihnen verwandten Familie, die so genannte Betreuungsfamilie, die sowohl aus (Kern-)Familie, Einzelperson als auch aus einer anderen Form der Lebensgemeinschaft bestehen kann. Die Familie leistet bezahltes bürgerschaftliches Engagement und wird von einem interdisziplinären und professionellen Betreuungsteam begleitet und unterstützt.

Als Kriterium für hilfsbedürftige Personen in diesem Setting gilt § 2 Abs. 1 Satz 1 des SGB IX, in dem es heißt, dass Menschen behindert sind, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist“ (vgl. Sozialgesetzbuch 2009).

Dies trifft vor allem auf Menschen mit psychischen Erkrankungen zu, auf die in dieser Untersuchung hauptsächlich Wert gelegt wird. Das Spektrum der psychischen Erkrankungen reicht dabei von Psychosen und länger andauernden Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis über Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen bis hin zu Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit multiplen psychiatrischen Störungen.

Für die psychisch erkrankten Menschen ist das Ziel des Ein-/Umzugs in eine Gastfamilie die Integration in ein natürliches Milieu, ihre Eigenständigkeit aufzubauen oder zu erhöhen, den Entscheidungsspielraum zu vergrößern und die Teilhabe am sozialen Leben zu fördern.

Das Betreute Wohnen in Familien bildet neben klassischen betreuten Wohnformen in Wohngemeinschaften oder im Einzelwohnen, Wohnheimen, Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen und vielen weiteren Hilfen (eine Übersicht findet sich auf Seite 23) eine Nische für manche psychisch erkrankte Menschen, um ihren meist langjährig eingefahrenen Lebensgestaltungsspielraum zu erweitern und ihre Selbstständigkeit zu fördern (vgl. Schmidt-Michel, P.O., 2007).

Im Betreuten Wohnen in Familien gilt im Grunde jeder Haushalt, dem man die angemessene Begleitung oder Betreuung eines erkrankten oder behinderten Menschen zutraut, als Familie, auch wenn es sich nur um einen Einpersonenhaushalt handelt. Die

Art der Lebensform der „Familien“ reicht von Ehepaaren, nichtehelichen Lebensgemeinschaften, Alleinlebenden, Alleinerziehenden über die Kernfamilie (Eltern, Kinder, Gast) bis hin zur Mehrgenerationenfamilie (Großeltern, Eltern, Kinder und Gast). Es gibt also hinsichtlich der Lebensform keinerlei Einschränkungen oder Ausschlusskriterien.

Bei den Begrifflichkeiten des Betreuten Wohnens in Familien hat sich noch keine einheitliche Terminologie durchsetzen können, so finden sich in der Literatur viele unterschiedliche Bezeichnungen, die alle versuchen den Sachverhalt des Betreuten Wohnens in Familien adäquat zu umschreiben, aber immer nur einen Teil der Wirklichkeit aufzeigen können.

„Es gibt keine Begriffe, die das besondere Setting im Rahmen des derzeitigen Betreuungsparadigmas angemessen beschreiben können“ (vgl. Schönberger, C. 2007).

Die Betitelungen reichen von Betreutes Wohnen in Familien über Begleitetes Leben in Familien, Begleitetes Wohnen in Familien, psychiatrische Familienpflege, Leben in Gastfamilien, Betreutes Familienwohnen, zu Wahlverwandtschaft und vielen weiteren. In der folgenden Arbeit wird der Begriff Betreutes Wohnen in Familien verwendet, da der im Sommer 2005 amtierende Fachausschuss Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) die Umbenennung des Leistungstyps „Familienpflege“ in Betreutes Wohnen in Familien beschlossen hat und diese Bezeichnung bundeseinheitlich empfiehlt.

2.1 Geschichtlicher Abriss bezogen auf Deutschland

Die geschichtliche Entwicklung des Betreuten Wohnens in Familien hat ihren Ursprung in dem belgischen Wallfahrtsort Geel. Von dort geht die **Legende der heiligen Dymphna** – Patronin der Besessenen und Geisteskranken – aus.

Die heilige Dymphna wird im 7. Jahrhundert in Irland geboren, als eine keltische Jungfrau, die aus ihrem Heimatland geflohen ist, nachdem ihr verwitweter Vater, nach dem Tod seiner Frau, sich ihr in seiner Trauer und Verzweiflung auf unziemliche Weise nähern will. Die Jungfrau offenbart sich dem Priester Gerebernus und flieht mit ihm nach Antwerpen in Belgien, um sich vor dem besessenen Vater zu verstecken. Der Vater lässt sie jedoch suchen und nach der Entdeckung ihres Aufenthaltsortes wird sie zusammen mit dem Priester ermordet.

Der Legende nach finden heraneilende Bauersleute die Leichname in einem Sarg aus weißen, in der Gegend unbekanntem Stein gebettet vor und knien erschüttert davor nieder. Eine Irre unter den Heraneilenden wird daraufhin von ihren Leiden geheilt.

Seitdem wird von Dymphnas Relikten und der Stelle, an der sie gestorben ist, gesagt, dass sie heilsame Wirkung auf Epilepsie und Fälle von Besessenheit habe und es kommen unzählige erkrankte Pilger an die Stelle, um von der heilsamen Wirkung zu erfahren. Manche Pilger ziehen es vor, sich an Ort und Stelle niederzulassen und auf ihre Heilung zu warten, statt in die Irrenhäuser und Armenhäuser zurückzukehren. Die Einwohner von Geel gewöhnen sich an ihre Anwesenheit und kümmern sich um sie.

Es entsteht **im Jahre 1800 die erste Irrenkolonie** und die Bewohner von Geel nehmen nicht nur aus finanziellen und religiösen Motiven Erkrankte bei sich auf, sondern es gehört bald zum guten Ruf und man erlangt durch die Aufnahme der Menschen in die Familie Ansehen und eine bessere soziale Stellung. Erste Zahlen von Geel gibt es 1789, zu der Zeit sind 500 Personen in Familien untergebracht. Etwa 65 Jahre später hat sich die Anzahl auf 1.000 Personen verdoppelt und es sind 4 Ärzte, die sich in Belgien niedergelassen haben, weitere 10 Jahre später wird eine Aufnahmeklinik errichtet. Der quantitative Anstieg geht weiter und so sind es zu Beginn des 20. Jahrhunderts 1.900 Personen in Familien.

Seit dem Mittelalter gibt es **erste Belege** für Unterbringungsformen von psychisch kranken Menschen in Pflegefamilien **in Deutschland**, so in Nürnberg 1529. Es entwickelt sich Betreutes Wohnen in Familien nach dem Adnex-Typ, also mit direkter An-

bindung an bestehende Heil- und Pflegeanstalten. Engelken bringt so 1770 erste Patienten seiner Privatanstalt Rockwinkel in Bremen in fremden Familien unter. Es bleibt allerdings bei vereinzelt Stellen und einer zurückhaltenden Verbreitung.

Der wohl prominenteste Fall von Unterbringung im Betreuten Wohnen in Familien in Deutschland ist von 1807 bis 1843 **Friedrich Hölderlin**, einer der bedeutendsten deutschen Lyriker. Er lebte 36 Jahre lang bei einer Familie in Tübingen, obwohl sein Psychiater ihn als unheilbar krank aus der Klinik entlassen und ihm vorausgesagt hatte, nur noch 3 Jahre zu leben. Die Verbreitung des Betreuten Wohnens in Familien ist zu dieser Zeit in Deutschland noch nicht bedeutend vorangeschritten, es existieren nur vereinzelte Aufnahmen in Familien.

Mitte des 19. Jahrhunderts kommt es aufgrund der wachsenden Patientenzahlen in den psychiatrischen Anstalten und den daraus resultierenden desolaten Zuständen zu der Notwendigkeit, ein angemessenes Versorgungssystem zu schaffen und damit die menschenunwürdigen Zustände in den Anstalten zu überwinden.

Unter den deutschen Psychiatern wird zu dieser Zeit äußerst gegensätzlich über die beste Versorgungsform der psychisch erkrankten Menschen in Deutschland diskutiert. Insbesondere in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie werden die erschienenen Beiträge analysiert und kontroverse Debatten über die Einführung des Betreuten Wohnens in Familien geführt. Diese Diskussionen sind eng verknüpft mit der Professionalisierung der Psychiatrie und ihrer Etablierung als Naturwissenschaft. Dabei kommt das Versorgungskonzept für psychisch erkrankte Menschen, das sich hauptsächlich auf die Arbeit von unprofessionellen Laien stützt, ungelegen. Im Jahr 1868 fällt, unter entscheidendem Einfluss der Autoren der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, ein weitreichender Beschluss über die Fortsetzung der Heimpolitik, der dazu führt, dass sich das Betreute Wohnen in Familien nicht dauerhaft und flächendeckend (bis in die heutige Zeit) verankern kann.

Trotz der weiterhin bestehenden marginalen Stellung im Versorgungssystem etabliert sich das Betreute Wohnen in Familien um die Jahrhundertwende in Deutschland, aufgrund von Kostendruck und weiterhin überfüllten Anstalten, die zu alternativen Lösungen zwingen, als eine zusätzliche, kostengünstige und praktikable Form der Versorgung psychisch Kranker außerhalb der Heime und Anstalten (vgl. Pernice, A., Evans, N.J.R., 1995).

Eine neuerliche Belebung des Betreuten Wohnens in Familien erfolgt durch den **Psychiater Griesinger**, selbst ein Vertreter der naturwissenschaftlichen Psychiatrie, in dem viele den Vater einer modernen Psychiatrie in Deutschland sehen. Er entwickelt 1864 in Berlin bahnbrechende Reformkonzepte für eine Umstrukturierung der psychiatrischen Versorgung, die konsequent auf mechanische Zwangsmaßnahmen und moralische Repressalien verzichten sollen. Griesinger stellt bereits damals die Einbettung psychisch Kranker in soziale Strukturen wie Familie und Freunde als einen wesentlichen therapeutischen Faktor dar und fordert die Integration der Kranken in die Gesellschaft.

Zu einer weiteren Entwicklung und praktischen Umsetzung des Betreuten Wohnens in Familien in Deutschland kommt es 1862 ausgehend vom Psychiater **Ferdinand Wahrendorff** nach der Gründung der psychiatrischen Einrichtung in Ilten als Asyl für psychisch erkrankte Menschen. Er bildet in Hannover eine Struktur des Betreuten Wohnens in Familien mit direkter Anbindung zu seiner Klinik aus. Ebenso ist **Konrad Alt** in dieser Zeit an der Entwicklung des Betreuten Wohnens in Familien beteiligt. Er gründet 1894 die „Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe“ in der Altmark, dabei entwickelt er bahnbrechende, beispielgebende, dezentral strukturierte Einrichtungen, sogenannte „Wärterdörfchen“, in der Nähe seiner Klinik, in denen die „Wärter“ wohnen und Gäste bei sich aufnehmen, ihren Verdienst aufbessern können, sich aber auch gleichzeitig an die Klinik binden. Er ist in dieser Zeit außerdem im Bereich der Publikationen sowie Vorträgen sehr engagiert (vgl. Konrad, M., Schmidt-Michel, P.-O. 1993).

Von dort aus kommt es zu einer Etablierung des Betreuten Wohnens in Familien in ganz Deutschland, trotz der großen fachlichen Auseinandersetzungen und Ablehnungen.

Das ökonomische Argument ist schon damals und bis heute ein wichtiger Faktor bei den gesundheitspolitischen Befürwortern geblieben, doch auch im Kontext der Enthospitalisierung, des Aufbaus von gemeindenahen Strukturen und der Akzentuierung des Subsidiaritätsprinzips erhält das Betreute Wohnen in Familien von sozialpolitischer Seite mehr Gewicht.

Demzufolge nimmt die Anzahl der Stellen für Betreutes Wohnen in Familien bis in den Ersten Weltkrieg hinein kontinuierlich zu, allerdings keineswegs gleichmäßig in allen

Regionen, insbesondere in Süddeutschland gibt es nur sehr geringes Wachstum. 1911 sind 85 % der Pflegestellen in Preußen angesiedelt (vgl. Böcker, F. M. 2004). Gründe dafür liegen unter anderem in der unterschiedlichen Finanzierungsstruktur. Im Juli 1891 wird das Landarmengesetz in Preußen eingeführt, welches festlegt, dass die Kosten der Anstaltsverpflegung zu zwei Drittel durch den Kreis und zu einem Drittel durch die Ortsarmenverbände gedeckt werden. Durch den hohen Anteil an Selbstzahlern bzw. derjenigen, die auf Kosten der Ortsarmenverbände in den Anstalten leben, gibt es für die Angehörigen bzw. die Heimatgemeinde ein direktes finanzielles Interesse, dass die Kranken möglichst schnell wieder aus der Anstalt entlassen werden. So kann das Betreute Wohnen in Familien sich langsam etablieren.

Bis 1914 wird in 69 Anstalten das Betreute Wohnen in Familien nach dem Adnex-Typ eingeführt und es sind 3741 psychisch erkrankte Menschen in Deutschland in Pflegefamilien untergebracht (vgl. Konrad, M., Schmidt-Michel, P.-O. 1993).

Mit zunehmender Verbreitung steigen die Ansprüche, der Ruf nach wissenschaftlicher Untermauerung wird lauter und so finden im Laufe der Entwicklungen, vor dem Ersten Weltkrieg, internationale Kongresse über Betreutes Wohnen in Familien in Berlin, Antwerpen, Mailand und Wien statt. Es werden Versorgungsstandards formuliert und wird scharfe Kritik an den bestehenden Anstalten und Konzepten geübt. Einige befürworten auch damals schon einen lebensweltlichen Versorgungsansatz anstelle von Asylisierung und entstehendem Hospitalismus.

Während des **Ersten Weltkriegs** ist ein starker Rückgang des Betreuten Wohnens in Familien zu verzeichnen (viele Menschen verhungern oder müssen kriegsbedingt fehlende Arbeitskräfte ersetzen), vor allem in der Nachkriegszeit, als die Familien, meist dezimiert durch den Einzug der Männer zum Militärdienst, Schwierigkeiten haben, die Kranken zu führen und massiv unter den Nachkriegsfolgen (unzureichende Ernährung, erhöhte Krankheitsgefahr etc.) zu leiden haben. Arbeitsfähige Kranke werden, bedingt durch den großen Mangel an Arbeitskräften in den Kliniken, dorthin zurückbeordert. Folglich, durch die gesamtgesellschaftlich unsichere und ausgelaugte Lage in den Familien, ist **nach der Kriegszeit** eine hohe Fluktuation bei der Vermittlung in die Familien zu beobachten, sodass nicht von einer Dauerfamilienpflege gesprochen werden kann, sondern eher von einer Übergangsfamilienpflege, im Sinne der heutigen Übergangswohnheime.

1928 hat das Betreute Wohnen in Familien wieder annähernd den Vorkriegsstand erreicht. Ein belebendes Element dabei sind die goldenen Zwanziger Jahre der **Weimarer Reformzeit**, die eine gewisse Stabilität, wirtschaftliche Erholung und die außenpolitische Anerkennung zurückerlangt und dadurch auch dem Betreuten Wohnen in Familien zum Wiederaufschwung verhilft. Die Zahlen dazu: 1914 gibt es 69 Anstalten, die nach dem Adnex-Typ 3741 Pfleglinge vermitteln. 1918 und nach dem Ersten Weltkrieg sind es 1511 Pfleglinge. 1930 werden ca. 5000 Familienpflegstellen gezählt (vgl. Knab, K. 1933).

Zu Beginn des **NS-Staats** wird das Betreute Wohnen in Familien zunächst aus Kostengründen toleriert. Die Fürsorgenotwendigkeit für psychisch erkrankte Menschen, insbesondere für Langzeitkranke wird jedoch immer wieder in Frage gestellt, in erster Linie bei überfüllten Kliniken. Die Wirtschaftskrise der 20er Jahre bringt dies zutage, da die finanzielle Notlage die Hauptkostenträger dazu veranlasst, die Dauerbelastungen in den Kliniken zu senken.

Dies geschieht mit mäßigem Erfolg durch eine Senkung der Aufnahmezahlen, was allerdings ein Mehr an allgemeinen Verwaltungskosten mit sich bringt. Die Unterbringung der Langzeitkranken unter der Aufsicht der Kliniken in Familien ist hingegen ein sehr effektives Mittel zur Senkung der Kosten, da ihre Unterbringung mit vergleichsweise geringen Kosten verbunden ist und sie zudem oft noch als Arbeitskräfte in den Kliniken eingesetzt werden können. Karl Knab, Oberarzt der Anstalt Tapiawald in den Jahren 1930 – 1937, äußert 1932 in der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift starke Kritik an dieser Ökonomisierung des Betreuten Wohnens in Familien.

Um weiter Kosten zu sparen, gibt es Versuche, die Anzahl der Pfleger auf den Stationen zu reduzieren, was unter dem Namen „Wlassak-Bratzschsches Staffelsystem“ bekannt wird. Dabei soll es sogenannte pflegerlose Abteilungen geben, wobei Stationsälteste und weitere Hilfskräfte die Arbeit machen, die nicht unbedingt von Pflegepersonal erledigt werden muss, z. B. Verwaltung der Kleider und Wäsche oder Verteilung des Essens. Dies gilt nach Knab als Vorstufe des Betreuten Wohnens in Familien.

Es steht im Laufe der NS-Zeit immer deutlicher das Motiv der Entvölkerung der Kliniken und der Kosteneffektivität für das Betreute Wohnen in Familien im Vordergrund als die positive therapeutische Alternative zur Klinik.

Außerdem kommt es zu einer immer größeren Verselbstständigung des Betreuten Wohnens in Familien und Loslösung von den Kliniken zur sogenannten Kreisfamilienpflege.

Die Ideologie der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ in der NS-Zeit führt zu Mehraufnahmen in den Kliniken und einem weitestgehenden Zerfall des Betreuten Wohnens in Familien, aufgrund der rigorosen Durchführung der Sterilisationsgesetze und der Bewahrungsfunktion der Kliniken, um „gemeinschaftsstörende Elemente von der Volksgemeinschaft fernzuhalten“ (vgl. Hoffmann, W. 1937). Im weiteren Verlauf der NS-Diktatur unter der gesetzgebenden Federführung des Reichsministers des Innern kommt es zur Ermordung von ca. 100.000 Bewohnern von Heil- und Pflegeanstalten sowie Heimen für Menschen mit Behinderung im Rahmen der T4-Aktion, dem in der nationalsozialistischen Ideologie festgelegten Endziel einer „Vernichtung lebensunwerten Lebens“.

Nach Einstellung der „Aktion T4“ im August 1941 durch die Berliner Zentrale wird die Erwachsenen-„Euthanasie“ dezentral relativ unauffällig weitergeführt.

Durch die geringe Zahl an psychiatrischen Patienten nach den Vernichtungsaktionen kommt es zu einem großen Bedeutungsverlust des Betreuten Wohnens in Familien **nach dem Zweiten Weltkrieg**, hinzu kommen die Kriegsfolgen und desolate Situationen in den Kliniken, ebenso wie in den potenziellen Familien, die sich auf ihr eigenes Überleben konzentrieren. Die Ärzte und Pfleger der psychiatrischen Anstalten behalten zum größten Teil auch nach der Zerschlagung des NS-Regimes ihre Positionen und Leitungsfunktionen, weshalb es nicht verwunderlich ist, dass sich ärztliche Vorbehalte gegen die extramurale Versorgung halten und die Pflegestellen in Landwirtschaft und Handwerksbetrieben kontinuierlich abnehmen. 1945 verschwindet das Betreute Wohnen in Familien fast vollständig als Versorgungsform und es erscheinen keine Publikationen mehr.

Eine erneute Wende bilden die **Reformbewegungen** in der Sozialpsychiatrie in den **1970er Jahren**, als die Bedingungen für psychisch erkrankte Menschen in Kliniken zunehmend verbessert und 1975 in der Psychiatrie-Enquête die Reformbemühungen schriftlich fixiert werden. Das Betreute Wohnen in Familien nimmt trotzdem eine Randstellung ein, in der Psychiatrie-Enquête wird sie in der Rubrik „Sonstige komplementäre Dienste“ genannt, obwohl ihre Vorteile schon klar benannt werden (vgl. Psychiatrie-Enquête 1975).

Erneut werden durch überfüllte und verwahrloste Landeskliniken Versorgungsalternativen nötig. Durch die Umverlegung chronisch psychisch erkrankter Menschen in Heime tritt dabei die hospitalisierende Ausgrenzung immer mehr in den Fokus der Kritik. Die Folge ist ein Paradigmenwechsel, bei dem gemeindepsychiatrische Versorgungskonzepte Integration und Normalisierung zu Leitlinien eines angemessenen fachlichen Handelns erklären. Gesundheitsministerin Andrea Fischer erklärt dazu in ihrer Rede zum Kongress 25 Jahre Psychiatrie-Enquête: „...“, dass es das Ziel sein muss, Menschen mit psychischen Erkrankungen in die Gesellschaft zurückzuholen, mit ihnen gemeinsam zu leben. Nur so kann Selbstbestimmung wirklich erreicht werden.“ In dieses gemeindenahe Betreuungskonzept der Deinstitutionalisierung hätte zwar das Betreute Wohnen in Familien als ambulanter Baustein gepasst, doch die Form der Laienhilfe findet (noch) keine Befürworter. Es werden oft die Vorteile des Betreuten Wohnens in Familien erkannt und auch benannt, aber die praktische Umsetzung bleibt weiterhin aus (vgl. Fischer, A. 2001). Die Leistungen und Belastungen der betroffenen Familien werden verkannt und die Diskussion bleibt auf die Pathologie familialer Beziehungen zentriert.

Erst **1982** nach der Publikation von Dörner, Egetmeyer und Koenning: „**Freispruch der Familie**“, in der es darum geht, wie Angehörige psychisch erkrankter Menschen sich in Angehörigengruppen von Not und Einsamkeit, von Schuld und Last freisprechen, kommt es zu einer Aufwertung des Betreuten Wohnens in Familien als Versorgungseinheit und somit zu einer Veränderung der psychiatrischen Landschaft im Zuge der Angehörigenbewegung der 1980er Jahre. Die Sozialpolitik begrüßt angesichts leerer Kassen diese Form der subsidiären Versorgung und die Aufnahme in gemeindenahe Betreuungskonzepte als ambulanter Baustein schreitet voran.

Im Jahr 1984 beleben Prof. Tilo Held am Psychiatrischen Landeskrankenhaus in Bonn und Dr. Paul-Otto Schmidt-Michel sowie der Verein Arkade e. V. in Ravensburg mit jeweils unterschiedlichen Konzepten das Betreute Wohnen in Familien neu. Sie tauschen auf einer Arbeitstagung 1986 in Ravensburg ihre Erfahrungen aus und bilden den Auftakt für seit 1987 in Bonn bis heute jährlich stattfindende Tagungen des Betreuten Wohnens in Familien, die sich zu einem wichtigen Bestandteil der fachlichen Auseinandersetzung sowie Etablierung in Deutschland entwickeln. Dort findet fachlicher Austausch unter den Professionellen statt, es werden neue Impulse vorgetragen und es gehen davon Motivation und Initiativen zu einem weiteren Ausbau des Betreuten Wohnens in Familien aus.

Diese Wiederbelebung des Betreuten Wohnens in Familien weitet sich in Württemberg weiter aus, wo sich im Jahr 1985 neue Teams etablieren, zu Beginn organisiert über Betreuungsvereine im Umfeld von Psychiatrischen Landeskrankenhäusern. Über eine geregelte Finanzierung durch den überörtlichen Sozialhilfeträger kann sich das Angebot im Laufe der 1990er Jahre in Württemberg flächendeckend ausbreiten. Auch andere Finanzierungskonzepte weiten sich aus, so etwa im Rheinland, wo sich ebenfalls viele Teams entwickeln, die jedoch finanziell von den Kliniken abhängig sind, und auch die Bewohner ihren Patientenstatus beibehalten. Ebenfalls in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts beginnen sich in Baden, in Bayern in Ober- und Unterfranken, in Bremen, in Westfalen-Lippe, in Schwaben, in Hessen und nicht zuletzt 1995 im Saarland und 1999 in Brandenburg sowie ab 2002 in Thüringen Finanzierungskonzepte und nötige Rahmenbedingungen für eine Ausbreitung des Betreuten Wohnens in Familien herauszubilden.

Die **Initiativen** zum Aufbau des Betreuten Wohnens in Familien gehen oft auf das Engagement von sozialpolitisch involvierten **Einzelpersonen oder kleinen Trägern** zurück, die somit ausschlaggebend für die Einführung des Betreuten Wohnens in Familien in der jeweiligen Region sind. Motive sind sowohl institutionskritische Impulse wie auch ermutigende Erfahrungen aus anderen Städten (z. B. Paris) oder auch das Entgegenwirken der Umhospitalisierung chronisch psychisch erkrankter Menschen aus der Langzeitpsychiatrie in Heime.

Nach und nach geht die Entwicklung dahin, dass das Betreute Wohnen in Familien nicht nur auf chronisch psychisch erkrankte Menschen beschränkt bleibt, sondern auf verschiedene Zielgruppen des psychiatrischen Formenkreises ausgeweitet und das Potenzial der Familien dahingehend ausgelotet wird. Einhergehend mit einem quantitativen Ausbau des Betreuten Wohnens in Familien folgen auch qualitative Weiterentwicklungen.

Mit der Gründung eines Fachausschusses „Psychiatrische Familienpflege und Familienpflege für geistig behinderte Menschen“ unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) im Jahre 1997 verknüpft sich die Hoffnung, dass die bisherigen Entwicklungen auf das komplette Bundesgebiet ausgeweitet werden können und sich das Betreute Wohnen als gleichrangiges Angebot neben anderen ambulanten Diensten etablieren kann. Weitere Ziele, die im Fachausschuss, einem Gremium des Austausches, der kollektiven Beratung und des gemeinsamen Wirkens, verfolgt wer-

den, sind die Erarbeitung von Mindeststandards, Beratungsangebote für neue Initiativen und eine bundeseinheitliche Terminologie (vgl. Eisenhut, R. 2004).

Zusammenfassung:

1. Theoretische Diskussion um das Betreute Wohnen in Familien unter den Irrenärzten als mögliche grundsätzliche Alternative zur Anstalt von 1850 bis 1880.
2. Einführung des Betreuten Wohnens in Familien an fast allen deutschen Anstalten, als Ventil gegen deren Überfüllung in der Zeit zwischen 1880 und 1914.
3. Kriegs- und nachkriegsbedingte drastische Reduktion des Betreuten Wohnens in Familien zwischen 1915 und 1925.
4. Wiederaufbau des Betreuten Wohnens in Familien auf den Vorkriegsstand von 1926 bis 1935.
5. Sukzessive Auflösung des Betreuten Wohnens in Familien in der Zeit des nationalsozialistischen Regimes über die Schritte Sterilisationsgesetze, Spargesetze, Rücknahme in die Anstalten und Ermordung eines Großteils aller in Anstalten untergebrachten chronisch psychisch erkrankten Menschen (1935 bis 1940).
6. Reformbewegungen in der Sozialpsychiatrie in den 1970er Jahren.
7. Angehörigenbewegung der 80er Jahre, das Buch „Freispruch der Familie“ erscheint 1982 und wird zur Initialzündung für eine Aufwertung des Betreuten Wohnens in Familien als Versorgungseinheit und sorgt für eine Veränderung der psychiatrischen Landschaft.
8. Aufbau des Betreuten Wohnens in Familien erfolgt aufgrund des Engagements von Einzelpersonen oder kleinen Trägern.
9. Weiterentwicklung und Austausch bei Jahrestagungen des Betreuten Wohnens in Familien.
10. Heute Schwerpunkt im Süden und Westen, Verortung in der gemeindepsychiatrischen Versorgung, Tendenz steigend.

Heutiger Stand

Die Stellen des Betreuten Wohnens in Familien sind im **21. Jahrhundert** in Deutschland regional sehr ungleich verteilt, auffallend sind eine Häufung in ländlichen Regionen sowie ein **Schwerpunkt im Süden und Westen**. In den neuen Bundesländern spielt das Betreute Wohnen in Familien auch viele Jahre nach dem ersten Modellprojekt kaum eine Rolle.

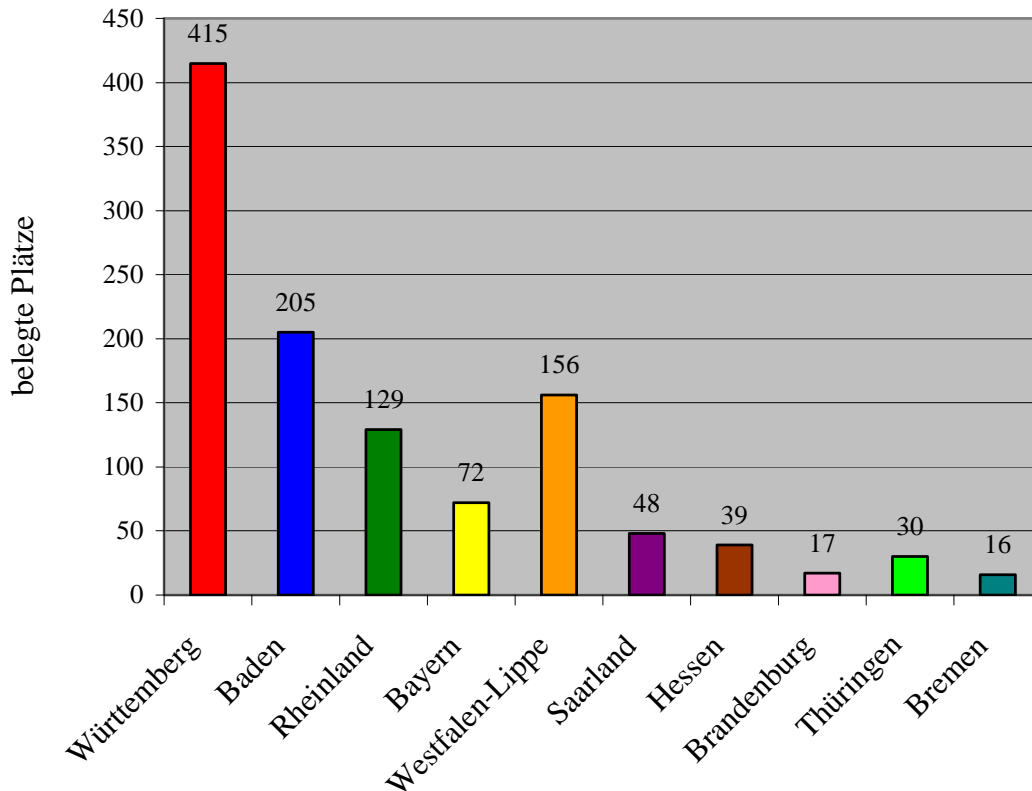
Die folgenden Grafiken zeigen die regionale Verteilung der Plätze des Betreuten Wohnens in Familien in Deutschland in den Jahren 2003 und 2005.



Abb. 1: Orte mit psychiatrischer Familienpflege in Deutschland (Stand: Ende 2003)

(vgl. Eisenhut, R. 2004)

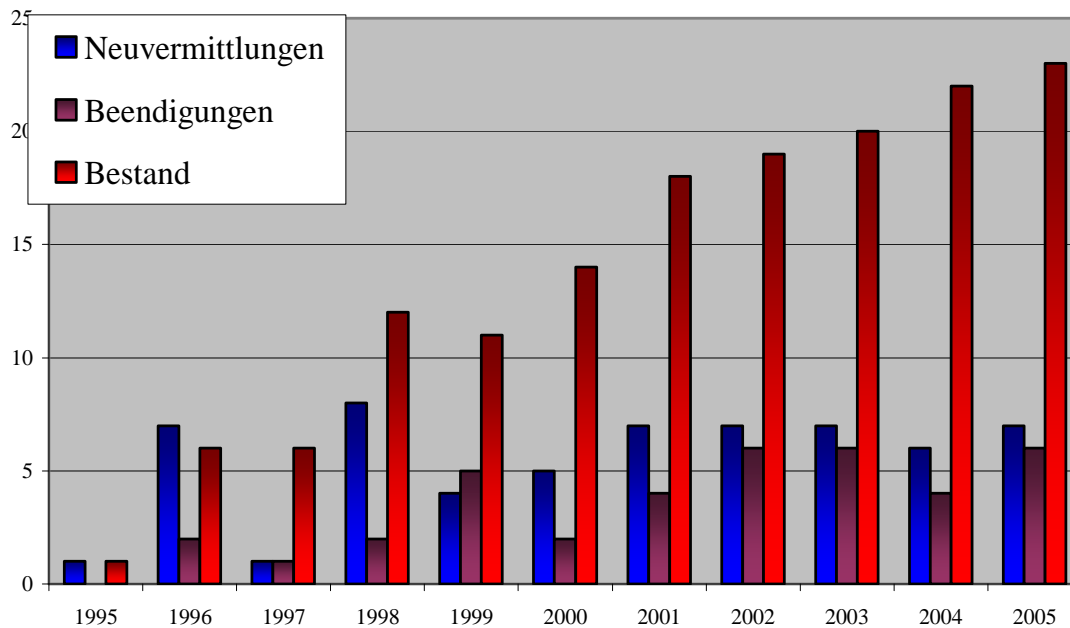
**Betreutes Wohnen in Familien in Deutschland -
Anzahl belegter Plätze (Stand: 2005)**



Im Jahr 2003 befinden sich etwa 950 Menschen in Deutschland in Betreuungsfamilien, mehr als ein Drittel davon in Baden-Württemberg, 28 Personen in den neuen Bundesländern. Im Jahr 2005 sind es insgesamt 1300 Menschen, was in diesen zwei Jahren einem Anstieg von 27 % entspricht (vgl. Eisenhut, R. 2004 und Eisenhut, R. 2007). Die Etablierung des Betreuten Wohnens in Familien im Versorgungsnetz der ambulanten Eingliederungshilfen wird insgesamt gesehen somit auf den Weg gebracht und gilt es weiter zu verfolgen. In den letzten beiden Jahrzehnten verbindet sich die theoretische und wissenschaftliche Auseinandersetzung des Betreuten Wohnens in Familien mit dem Bemühen, sie innerhalb der gemeindepsychiatrischen Versorgung zu verorten und Indikatoren für ihren Einsatz zu entwickeln (vgl. Schönberger, C. 2007).

Die **Tendenz** der Plätze des Betreuten Wohnens in Familien ist trotz immer lauter werdenden Individualisierungstendenzen in der Gesellschaft **ansteigend**, was nachfolgende Grafiken verdeutlichen:

**Vermittlungsentwicklung des Betreuten Wohnens in Familien
(Stand: Oktober 2005)**



Die Struktur des psychosozialen Versorgungssystems für psychisch erkrankte Menschen ist heutzutage geprägt von bestehendem Kostendruck und damit der Notwendigkeit, kostenwirksame und gleichzeitig qualitativ hochwertige Behandlungsverfahren einzusetzen. Dies erfordert ein gut ausgebautes, gemeindenahes wie auch institutionell angesiedeltes Versorgungssystem für die Behandlung psychisch erkrankter Menschen. In Deutschland gestaltet sich vor allem die Sicherstellung einer kontinuierlichen und koordinierten psychiatrischen Versorgung aufgrund der starken Zergliederung des Versorgungssystems als schwierig. Eine grobe Übersicht über das **sozialpsychiatrische Netz** bietet folgende Grafik:

Psychiatrisches Versorgungssystem

Stationäre Einrichtungen

- ▶ **Kliniken**
 - Psychiatrisches Krankenhaus
 - Psychiatrische Abteilung innerhalb eines Allgemeinkrankenhauses
 - Fachklinik für Suchtkranke
 - Psychosomatische Klinik
- ▶ **Wohnen**
 - Dauerwohnheim
 - Pflegeheim
 - Wohnheim angeschlossen an Werkstatt oder berufliche Reha
 - Übergangwohnheim
- ▶ **Arbeitsvorbereitung und Wohnen**
 - Rehaeinrichtung
 - Berufsbildungswerk
 - Berufsförderwerk

Teilstationäre Einrichtungen

- ▶ **Kliniken**
 - Tagesklinik
 - Nachtbetten in Psychiatrischer Klinik
- ▶ **Beschäftigung**
 - Tageszentren
 - Werkstatt für behinderte Menschen

ambulante Einrichtungen

- ▶ **Beratungsstellen**
 - Sozialpsychiatrischer Dienst
 - Psychosoziale Beratungsstellen
 - Institutsambulanz
 - Pflegeambulanz
- ▶ **Hilfen in der Krise**
 - Krisendienst
 - Telefonseelsorge
- ▶ **Ärzte**
 - Niedergelassener Nervenarzt, Psychiater
 - Niedergelassener Allgemeinarzt
 - Niedergelassener Psychotherapeut
- ▶ **Betreutes Wohnen**
 - Betreutes Wohnen in Wohngemeinschaften
- ▶ **Pflegefamilien**
- ▶ **Betreuer**
- ▶ **Behörden**
 - Gesundheitsamt
 - Amt für öffentliche Ordnung
 - Polizei
- ▶ **Arbeit**
 - Zuverdienstfirma
 - Selbsthilfefirma
 - Rehaberater der Arbeitsagentur
 - Integrationsfachdienst

Selbsthilfeorganisationen

- Angehörigengruppe
- Betroffengruppe
- Selbsthilfebüro

Ehrenamtliche Mitarbeit

- Laienhelfer
- Bürgerhelfer

Was heutzutage in vielen Kliniken und in der Medizin bereits Einzug gehalten hat, ist die evidenzbasierende Medizin, in der jede Form von medizinischer Behandlung bei patientenorientierten Entscheidungen ausdrücklich auf der Grundlage von nachgewiesener Wirksamkeit, mittels statistischer Verfahren, getroffen wird.

Hier besteht für die ambulante Eingliederungshilfe großer Nachholbedarf, denn es ergeben sich kaum Anhaltspunkte für die **Wirksamkeit gemeindepsychiatrischer Angebote** in Deutschland, speziell des Betreuten Wohnens in Familien. „Gründe hierfür liegen zum einen in der unterschiedlichen Ausgestaltung der einzelnen Versorgungsangebote, zum anderen in dem geringen Maß an bisher durchgeführten Untersuchungen. Weder für die deutschen sozialpsychiatrischen Dienste noch für die Tagesstätten gibt es gesicherte Erkenntnisse bezüglich der Wirksamkeit der Angebote. Im Bereich der Betreuten Wohnformen können nur Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit für bestimmte Patientengruppen in verschiedenen Betreuungsformen gemacht werden“ (vgl. Helmchen, H. 2004 und Kallert, T.W., Leiß, M., Kulke, C., Kluge, H. 2005). Ein Vergleich der **Effektivität** verschiedener Wohnformen ist jedoch zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund mangelnder Evidenz nicht möglich. Hier lässt sich zusätzlich anmerken, dass kaum Kriterien zur Ziel- oder Erfolgsmessung für die unterschiedlichen Wohnformen festgelegt worden sind, was aber für eine Kosten-Effektivitäts-Analyse notwendig wäre. Für den Bereich der Arbeitsrehabilitation sowie der Krisendienste gestaltet sich die Lage ähnlich, da auch hier nur ein mittleres bis geringes Evidenzniveau hinsichtlich Aussagen zur Effektivität erreicht wird. Für psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen liegen überhaupt keine empirischen Untersuchungen vor (vgl ebd.).

2.2 Rahmenbedingungen

Das Betreute Wohnen in Familien stellt innerhalb Deutschlands kein einheitliches Bild bezogen auf Begrifflichkeiten, Konzepte, Einschätzungen, Vorgehensweisen, Qualitätsstandards und Finanzierungsmodalitäten dar. Aufgrund der individuellen Arbeit von und mit Laien müssen die Mitarbeiter des Betreuten Wohnens in Familien sensibel mit Mentalitäten, Prägungen und regionalen sowie kulturellen Besonderheiten umgehen können, die einen solchen erweiterten Spielraum erforderlich machen.

Einige standardisierte Entwicklungen haben sich durchgesetzt, auf die hier im Folgenden näher einzugehen ist.

2.2.1 Organisationsformen

Die Organisationsform des Betreuten Wohnens in Familien ist je nach Region, Entstehung, privater Initiative, geschichtlicher Entwicklung und finanzieller Unterstützung unterschiedlich geprägt und aufgebaut. Sie reicht vom Betreuten Wohnen in Familien als Klinikangebot über kommunale Trägerangebote bis hin zu selbstständigen Vereinsangeboten. Die Wahl der geeigneten Organisationsform ist abhängig von fachlichen Zielsetzungen, finanziellen und personellen Ressourcen sowie regionalen Besonderheiten in der Trägerlandschaft.

Betreutes Wohnen in Familien als Klinikangebot bedeutet, dass das Betreute Wohnen in Familien direkt mit einer Klinik verbunden ist und insbesondere die Finanzierung über die Klinik abgewickelt wird. Die überörtlichen Sozialhilfeträger übernehmen also stationäre Eingliederungshilfe für ein quasi klinikexternes Bett. Dadurch existiert eine gesetzlich abgesicherte Regelfinanzierung, aber auch eine langfristige Bindung an eine stationäre Institution. Dabei sind die personellen Ressourcen der Klinik nutzbar und bei auftretenden Krisen oder akuten Krankheitsphasen ist eine unkomplizierte Rückverlegung oder zeitweise Unterbringung der Bewohner in vertraute stationäre Strukturen möglich. Zudem stellt die Klinik ein ständiges Reservoir an Bewohnern zur Verfügung, sodass Plätze des Betreuten Wohnens in Familien auch bei unerwarteten Schwierigkeiten unkompliziert belegt werden können. Für die Bewohner bedeutet diese Form des Betreuten Wohnens in Familien einen fortlaufenden Status als psychisch er-

krankter Patient, was oftmals hospitalisierende Wirkungen nach sich zieht und wenig zu Selbstständigkeit und sozialer Integration beiträgt.

Betreutes Wohnen in Familien als kommunales Trägerangebot bedeutet, dass das Betreute Wohnen in Familien an einen Träger angeschlossen ist, der in der jeweiligen Region bereits integriert ist, von dem durch seine Ausstattung, Angebote und Größe profitiert werden kann, insbesondere durch personelle Synergieeffekte. Demgegenüber steht eine unsichere finanzielle Situation, da Kommunen und Landkreise in diesem Fall zusätzliche Kosten zu tragen haben, die vorher vom Land übernommen wurden. Bei der unsicheren finanziellen Lage der Kommunen und unadäquater Ausstattung für ambulante Betreuungen sind nötige langfristige Finanzierungszusagen kaum möglich. Auf der Hand liegen die Vorteile der Gemeindeintegration und Normalität dieser Organisationsform.

Betreutes Wohnen in Familien als selbstständiges Vereinsangebot bedeutet, dass die Dienstleistung relativ unabhängig von bürokratischer Struktur sein kann, dennoch aber inhaltlich-fachlich abhängig von anderen Einrichtungen und Diensten ist. Zu den Risiken zählen mit Sicherheit die finanziell schwierige und unsichere Lage sowie das Fehlen eines Bewohnerstammes, auf den bei unerwarteten Schwierigkeiten zurückgegriffen werden kann. Als positiv sind die kreative Ausgestaltung und der erweiterte Gestaltungsspielraum der Dienstleistung zu nennen, die zu ungewohnten, individuellen Lösungen führen können (vgl. Schönberger, C., Stolz, P. 2003).

Außerdem kann zwischen **vier verschiedenen Typen** des Betreuten Wohnens in Familien unterschieden werden:

1. Patientenkolonien oder „**Konzentrationstyp**“: es werden viele psychiatrische Patienten in einem Dorf oder einer Stadt untergebracht.
2. Krankenhausunabhängiges Betreutes Wohnen in Familien oder „**Dispersions-Typ**“: psychisch erkrankte Menschen leben über das ganze Land verteilt in einzelnen Gastfamilien.
3. Krankenhauszentrierter Typ oder „**Adnex-Typ**“: (häufigste Form) Ausgangspunkt ist ein psychiatrisches Krankenhaus, die psychisch erkrankten Menschen werden von dort betreut und in Familien in der näheren Umgebung untergebracht.

4. **Semiprofessioneller Typ:** in unmittelbarer Umgebung eines psychiatrischen Krankenhauses werden Pflegedörfer gebaut (im Zeitraum 1890 – 1910 sehr verbreitet).

2.2.2 Finanzielle und sozialrechtliche Verankerung

Die Angebote zum Betreuten Wohnen in Familien sind in Deutschland in starkem Maße abhängig von den aktuellen sozialpsychiatrischen Anschauungen sowie der sozioökonomischen Lage.

Zuständigkeit

Auf Landesebene, bzw. in Bayern auf Bezirksebene, sind die überörtlichen Sozialhilfeträger rechtlich für die Kosten der stationären Eingliederungshilfe zuständig.

Das Betreute Wohnen in Familien stellt jedoch, ähnlich wie das Betreute Wohnen (außerhalb von Familien), eine Form der ambulanten Eingliederungshilfe dar, welche aufgrund der kommunalen Verantwortlichkeit in den Zuständigkeitsbereich der örtlichen Sozialhilfeträger fällt, womit diese für die Leistungen aufkommen müssten.

In der bisherigen Praxis zeigen sich in der Bundesrepublik allerdings die 24 verschiedenen überörtlichen Sozialhilfeträger der Bundesländer trotz fehlender direkter Zuständigkeit verantwortlich für die Ausgestaltung, um neue finanzielle Einsparmöglichkeiten zu erschließen und die ambulante Versorgungslandschaft auszubauen.

Sozialgesetzbuch

Folgende relevante Regelungen zur ambulanten Eingliederungshilfe finden sich im Sozialgesetzbuch: Im § 53 des SGB XII, in Verbindung mit § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB IX, der Definition von Behinderung, sind die Leistungsberechtigten und die Aufgaben der Eingliederungshilfe geregelt. Eine detaillierte und ausführlich geregelte Auflistung zu den Leistungen der Eingliederungshilfe findet sich im § 54 des SGB XII, wobei für das Betreute Wohnen in Familien insbesondere Abs. 1 Nr. 5 relevant ist, ebenso wie § 55 Abs. 1 sowie Abs. 2 Nr. 6 und Nr. 7 SGB IX (vgl. Sozialgesetzbuch 2009).

[früher: BSHG §§ 39/40 ambulante Eingliederungshilfe]

Praktische Umsetzung

Trotz der prinzipiellen, bundeseinheitlichen Verankerung im Sozialgesetzbuch wird in den einzelnen Bundesländern aufgrund der kommunalen Verantwortlichkeit die prakti-

sche Umsetzung der Gesetze, vor allem bezogen auf die Höhe der Regelsätze für die Gastfamilien, sehr unterschiedlich ausgelegt.

Eine einheitliche Lösung, bei der die Beteiligten in gleicher Art und Weise behandelt werden, wäre wünschenswert und es gibt auch Bestrebungen dazu, so zum Beispiel eine Rahmenempfehlung der „Bundesgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe“ aus dem Jahre 1997. Die Gemeinschaft ist jedoch ein freiwilliger Zusammenschluss aller überörtlichen Träger der Sozialhilfe in der Bundesrepublik Deutschland, die Empfehlungen ausspricht, welche aber für ihre Mitglieder nicht rechtsverbindlich sind.

Fast alle Träger der überörtlichen Sozialhilfe haben außerdem Richtlinien oder Grundsätze entwickelt, nach denen das Betreute Wohnen in Familien in die Praxis umgesetzt wird, so zum Beispiel die „Richtlinien des Bezirks Unterfranken zur Förderung der Psychiatrischen Familienpflege vom 19.04.2005“.

Darüber hinaus fehlen weitere Steuerungsmittel, um die Leistungsträger sowie Leistungserbringer zu lenken. Die Betroffenen haben keinen gesetzlichen Anspruch auf Leistungen des Betreuten Wohnens in Familien und sind somit weitgehend von der sozioökonomischen und politischen Lage bzw. den vorherrschenden sozialpsychiatrischen Meinungen abhängig.

Ein weiterer Aspekt der unterschiedlichen Finanzierungsleistungen sind die Besonderheiten des Betreuten Wohnens in Familien mit ihren verschiedenen Parteien der Leistungs- und Maßnahmeträger. Dem Leistungsträger steht außer dem Klienten und der betreuenden Einrichtung der Maßnahme auch noch die Gastfamilie gegenüber, die den Hauptteil der Betreuung des Klienten übernimmt. Somit übernimmt der Maßnahmeträger die Leistung nicht allein, sondern bietet sie durch die Gastfamilie an. Der Leistungsträger kann aber geregelt durch § 75 SGB XII in Verbindung mit § 13 SGB XII keine offizielle Beziehung zur Gastfamilie aufnehmen, da sie keine Einrichtung darstellt und auch keine Bedürftigkeit nach § 53 SGB XII aufweist (vgl. Sozialgesetzbuch 2009).

Es werden also Leistungen, die dem Bewohner aufgrund seiner Bedürftigkeit gesetzlich geregelt zustehen, an die betreuende Gastfamilie weitergeleitet und somit wird die Gastfamilie indirekt, vermittelt durch die Hilfen zum Lebensunterhalt, zum Sozialhilfeempfänger.

Aufstellung der Kosten im Einzelnen

Die Kosten des Betreuten Wohnens in Familien lassen sich in drei Teilbereiche gliedern, ergänzend dazu sind die Ergebnisse einer Studie von Eisenhut publiziert im Jahre 2002, über die Spannbreite der in den einzelnen Bundesländern tatsächlich bezahlten Leistungen, angefügt:

- Lebensunterhalt für den Bewohner (Verpflegung, Unterkunft, Bekleidung, Barbetrag zur persönlichen Verfügung)

Monatliche Lebenshaltungskosten für die Bewohner

Hilfe zum Lebensunterhalt	136 – 411 €
Kosten für die Unterkunft	107 – 294 €
Barbetrag zur freien Verfügung (Taschengeld)	81 – 88 €
Bekleidungs-geld	21 – 30 €

- Budget für Betreuungsarbeit der Gastfamilie

Monatliche Betreuungspauschale für die Familie

Familienbudget	306 – 550 €
----------------	-------------

Pflege-geld nach SGB XI erfolgt zusätzlich oder wird auf das Betreuungsentgelt angerechnet.

- Pauschale für Anbahnung, Begleitung, Beratung und Krisenhilfe des Familienpflegeteams

Monatliches Entgelt für das Familienpflegeteam (nach § 75 Abs. 3 SGB XII)

Pauschbetrag	321 – 716 €
Fachleistungsstunde	28 – 32 €

Es ergibt sich daraus für die anfallenden Kosten des Betreuten Wohnens in Familien im Vergleich zu den Kosten einer stationären Versorgung in etwa ein Verhältnis von eins zu zwei, das heißt ein Heimplatz ist etwa doppelt so teuer. Trotz der finanziellen Vorteile des Betreuten Wohnens in Familien im Gegensatz zur stationären Unterbringung folgt das Versorgungssystem in diesem Bereich weiterhin der traditionell regelfinanzierten stationären Eingliederungshilfe (vgl. Becker, J. 2002).

Durch die bisher noch fehlende eigene Bestimmung des Milieus Gastfamilie kommt es zu einer Verlagerung der therapeutischen auf eine ökonomische Entscheidungsebene. Es steht außer Frage, dass die langfristige Integration eines chronisch psychisch erkrankten Menschen in eine Gastfamilie kostengünstiger ist als ein Heimaufenthalt, wie es auch schon 1984 Wiedemeister unverblümt zum Ausdruck bringt: „Ob für absolut unheilbar Kranke das Geeler System anderswo ins Leben gerufen zu werden verdient, und ob das anderswo ausführbar ist, scheint mir weniger eine Frage der wissenschaftlichen Psychiatrie als der Nationalökonomie“ (vgl. Konrad, M., Schmidt-Michel, P.-O. 2004).

Sozialversicherungsrechtliche Aspekte

Eine weitere gesetzliche Lücke stellt die sozialversicherungsrechtliche Absicherung der Betreuungspersonen dar. Es würde den meist weiblichen Betreuungspersonen in der Zeit der Verhältnisse des Betreuten Wohnens in Familien ermöglichen, durch den nicht unerheblichen Beitrag zum Familieneinkommen und ohne großen finanziellen Mehraufwand bei der Haushalts- und Erziehungstätigkeit für ihre eigene finanzielle Absicherung und Unabhängigkeit zu sorgen. Ein Anfang wurde hierbei mit § 44 des SGB XI „Leistungen zur sozialen Sicherung der Betreuungspersonen“ gemacht. Es bleibt jedoch im Einzelfall und durch die Medizinischen Dienste der Krankenkassen zu prüfen, ob die Bedingungen des § 19 zur Pflegeperson sowie § 14 Pflegebedürftigkeit SGB XI erfüllt werden und somit Leistungen bezahlt werden oder nicht (vgl. Sozialgesetzbuch 2009).

2.2.3. Gesundheits- und sozialpolitische Ziele

Das Betreute Wohnen in Familien stellt für Menschen mit einer seelischen Behinderung, nach § 53 SGB XII in Verbindung mit § 3 nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfeverordnung), aber auch mit einer körperlichen oder geistigen Behinderung eine Alternative zu einer stationären Einrichtung dar, um in den Bereichen ihrer psychosozialen Einschränkungen individuell unterstützt zu werden (vgl. Sozialgesetzbuch 2009).

Ihr Ziel ist die kommunale Integration, Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und Verselbstständigung der Bewohner. Dabei ist eine multiprofessionelle Kooperation und ein mehrdimensionales Krankheitsverständnis nötig, um eine professionelle Begleitung des Entwicklungsprozesses der Bewohner gewährleisten zu können. Dieses Verständnis hat in den bundesweit entwickelten gesundheits- und sozialpolitischen Standards bereits

Einzug gehalten und so den Weg frei gemacht für eine Verbesserung der Lebensqualität chronisch psychisch erkrankter und körperlich sowie geistig behinderter Menschen. Mit der Umsetzung des Modells des persönlichen Budgets sind weitere Schritte in die Richtung unternommen worden, dass die Mitsprache der Klienten gestärkt wird, sie mitentscheiden können, ihren Bedarf selbst festlegen und so mehr Lebensqualität erreichen können. Trotz aller Bemühungen ist man immer noch entfernt von gesundheits- und sozialpolitischen Zielvorstellungen der Personenzentrierung, ebenso wie von dem Vorrang ambulanter Maßnahmen vor stationären Leistungen und der Förderung der kommunalen Integration und des regionalen Ausbaus von Versorgungsbausteinen.

Regional vor überregional

Eine regional verpflichtete Versorgung und nachfrageorientierte Planung mit basisnaher Steuerung hat sich bisher ebenso wenig durchgesetzt wie vermehrte und differenzierte ambulante Unterstützungsangebote. Bislang fehlt eine Orientierung am Bedarf der Klienten, vielmehr stehen wirtschaftliche Forderungen und angebotsorientierte, wohnortferne Versorgung im Vordergrund.

Aufgrund des steigenden Finanzierungsbedarfs im Bereich der Wohnbetreuung sollte bei der vorhandenen Über- und Unterversorgung im stationären und ambulanten Bereich ein Umdenken in bedarfsorientierte Strukturen erfolgen und die regionale Steuerung der Eingliederungshilfen in die Hand kommunaler Leistungsträger gelegt werden. „Das ökonomische ist bis heute das wichtigste Argument ihrer gesundheitspolitischen Befürworter geblieben. Im Kontext einer weitgehenden Enthospitalisierung, des Aufbaus einer gemeindenahen Versorgung und der Akzentuierung des Subsidiaritätsprinzips erhält die „Wohltat des Familienlebens“ von sozialpolitischer Seite erneut mehr Gewicht“ (vgl. Schönberger, C. 2007).

Ambulant vor stationär

Gesetzlich geregelt gilt nach § 13 Abs. 1 SGB XII, dass ambulante Betreuungsformen, wie das Betreute Wohnen in Familien, Vorrang vor teilstationären oder stationären Leistungen haben sollen (vgl. Sozialgesetzbuch 2009). Die Versorgungslandschaft ist jedoch geprägt von überregional abgesicherten stationären Einrichtungen und nahezu randständigen regionalen, ambulanten Angeboten im Wohn-, Kontakt- und Beschäftigungsbereich mit unsicherer, oft zeitlich begrenzter finanzieller Grundlage. Die Aufwertung und Verantwortungsübernahme kommunaler Netzwerke sowie ein damit ver-

bundenes kostengünstiges, individuelles und natürliches soziales Umfeld würden gute Entwicklungsbedingungen darstellen und zielen auf die Entwicklung von Verselbstständigspotenzial. Dabei kann die Ausweitung der regionalen Hilfeplangespräche ein Weg sein, um die Umsteuerung der Eingliederungshilfe in Richtung eines Aufbaus und der Differenzierung ambulanter Betreuungsformen zu vollziehen und damit für die Klienten mehr Eigenverantwortung, Partizipation und Lebensspielraum zu erreichen. Ein weiterer Ansatz wäre die Klärung eines bei jedem Menschen individuell abgestimmten Hilfebedarfs, um eine fachliche und finanzielle Steuerung vorzunehmen, sowie die Umsetzung in praktische individuelle angepasste Hilfeformen.

Personenzentriert vor institutionenzentriert

In personenzentrierten Hilfeplangesprächen würde (wie beispielsweise im Landkreis Dahme-Spreewald im Rahmen eines integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplanes bereits der Fall) der persönliche Hilfebedarf, bestehend aus den Wünschen des Betroffenen, der fachlichen Problemanalyse und der Feststellung des tatsächlichen individuellen Bedarfs, im Beisein der Betroffenen und eventuell Angehörigen ermittelt und festgelegt werden. Regionale Sozialverwaltungen entscheiden über Art und Umfang der Hilfen sowie Kostenübernahme und die Versorgungslandschaft müsste flexibel und nachfrageorientiert auf diesen individuellen Hilfebedarf reagieren und sich gegebenenfalls dahingehend verändern.

2.3. Beteiligte Personen

2.3.1. *Psychisch erkrankte Menschen*

Heterogene Klientenstruktur

Der Personenkreis der psychisch erkrankten Menschen im Betreuten Wohnen in Familien hat sich im Laufe der letzten Jahre mit zunehmender Differenzierung immer wieder verändert und erweitert.

Die ersten Bewohner sind, bezogen auf die **diagnostizierten psychischen Erkrankungen**, noch hauptsächlich Menschen mit Psychoseerfahrungen oder mit einer (im weiteren Sinn) geistigen Behinderung. Im Laufe der Zeit wird das Spektrum erweitert, es gibt Aufnahmen ins Betreute Wohnen in Familien von suchtkranken oder drogenabhängigen (jüngeren) Menschen bis hin zu älteren Menschen mit Korsakowsyndrom (vgl. Sommer, K. Donalski, C., Schmidt, T. 2004), aber auch Menschen mit einer Borderlineerkrankung oder anderen Persönlichkeitsstörungen. Die Bewohner finden im Betreuten Wohnen in Familien genügend Schutz und Schonraum, um sich persönlich weiterzuentwickeln. Einen weiteren Zuwachs bildet die Gruppe der älteren, gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen, sodass pflegebedürftige, verwirrte Menschen in Gastfamilien betreut werden (vgl. Konrad, M., Schmidt-Michel, P.-O. 2004).

Weitere Differenzierungen vor allem auch bezogen auf das Alter und die damit einhergehenden Stufen der Entwicklung im Sozialisationsprozess etablieren sich im Laufe der Zeit als Erweiterungen des Personenstamms des Betreuten Wohnens in Familien.

Die bis vor einigen Jahren noch bestimmende Gruppe der **älteren chronisch psychisch erkrankten Menschen** (+/- 50 Jahre), die meist langjährig stationär versorgt werden, bilden noch immer den größten Anteil der Klienten. Bei ihnen geht es darum, eine einhergehende Hospitalisierung einzudämmen, also ganz konkret, Lebensqualität zu erhöhen, sozialer Isolierung und emotionalen Defiziten entgegenzuwirken und vorhandene Ansätze lebenspraktischer Kompetenzen zu fördern.

In den letzten Jahren hat sich jedoch gezeigt, dass die Entwicklung dahin geht, dass immer wieder deutlich **jüngere Menschen** (unter 30 Jahren) ins Betreute Wohnen in Familien aufgenommen werden. Hier zeigt sich auch ein inhaltlicher Wandel: „Handelte es sich früher um eine langfristige Wohn- und Lebensform an Stelle von Heimunterbringung, so ist es heute für viele ein vorübergehender Lebensabschnitt, eine Zeit der

Orientierung mit dem Ziel der späteren Verselbstständigung“ (vgl. Bachmeier, M. 2005).

Betreutes Wohnen in Familien ist dank der Ressourcen und individuellen Kräfte der Familien sehr vielseitig und kann ebenso genutzt werden. Beispielsweise für junge Menschen auch als „Nachreifungsphase“ statt langer Klinikaufenthalte und früher psychiatrischer Heimerfahrungen.

Zu den jüngsten Entwicklungen zählt, dass auch **Mutter/Vater-Kind-Vermittlungen** in eine Gastfamilie möglich und sinnvoll sind. Gemeinsames Leben eines psychisch erkrankten Elternteils und eines gesunden Kindes im Betreuten Wohnen in Familien verhindert die bei einem Heimaufenthalt notwendige Trennung der Kinder von ihrer primären Bezugsperson, sorgt für eine dauerhafte Form der Zuwendung und entlastet den Elternteil bei Aufgaben, die selbstständig nicht mehr bewältigt werden können.

Einen weiteren zusätzlichen Klientenkreis bilden Kinder und Jugendliche, so kann schon seit 1997 der Verein Arkade e.V. in Ravensburg durch das Jugendhilfeangebot „Junge Menschen in Gastfamilien“ (JuMeGa) gute Erfahrungen mit der Integration von psychisch beeinträchtigten **Kindern und Jugendlichen** vorweisen und stellt damit eine zusätzliche Erweiterung dar. Das dortige Konzept der Nachreifung für psychisch beeinträchtigte junge Menschen in einer zweiten Familie bietet die Chance, im Gastfamilienalltag Normalität zu erfahren und eigene, oftmals ungeahnte Ressourcen in diesem Umfeld zu aktivieren. Der Schwerpunkt liegt bei diesem Projekt darauf, den Kontakt zwischen Herkunftseltern, Gasteltern und Kindern zu erhalten und zu stabilisieren.

Noch in den Kinderschuhen stecken Entwicklungen dahingehend, Menschen mit Alkoholdemenz erfolgreich in das gesellschaftliche Leben in einer Familie zu integrieren. Ebenso werden erste Versuche auch in Deutschland gemacht, Betreuungsfamilien in die akutpsychiatrische Krisenversorgung einzubinden, wie das in den USA zum Teil erfolgreich gehandhabt wird (vgl. Schmidt-Michel, P.-O., Konrad, M. 2004). Für die unterschiedlichen Personengruppen und Problemkonstellationen ist es notwendig, jeweils unterschiedliche Begleitkonzepte und gegebenenfalls Finanzierungsmodalitäten zu entwickeln.

Zur Vollständigkeit sei noch erwähnt, dass, wie im Sozialgesetzbuch festgeschrieben, auch Menschen mit einer geistigen und/oder körperlichen Behinderung im Rahmen der

ambulanten Eingliederungshilfe in eine Gastfamilie aufgenommen werden können. Darauf soll im Rahmen dieser Arbeit jedoch nicht weiter eingegangen werden. Insgesamt kann von einer heterogenen Klientenstruktur gesprochen werden.

Allen gemeinsam ist ein **Mangel an sozialer Kompetenz**, der es den chronisch erkrankten Menschen nicht möglich macht, sich angemessen in die Gesellschaft einzugliedern.

Dies lässt sich an der (fehlenden) Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und an fehlenden oder verloren gegangenen Verhaltensweisen messen, die zum Teil in der Betreuungsfamilie wieder erlangt werden können. Dazu gehören das Interesse an Körperpflege und Kleidung, die regelmäßige Einnahme von Mahlzeiten unter angemessenen äußeren Bedingungen, eine Orientierung nach außen beispielsweise zu Tieren, in Vereine, zum Sport, zur Kultur, die Aufnahme von Tätigkeiten für einige Stunden, die Entdeckung eigener Begabungen und Fähigkeiten, die gelegentliche Wiederaufnahme von Kontakten zur Herkunftsfamilie oder zu einem eigenen Kind, bzw. eigenen Kindern.

Das hochindividuelle Matching zwischen Familie und Bewohner kann für psychisch erkrankte Menschen von Vorteil sein, die in anderen Versorgungsformen gescheitert sind. Es sind weniger medizinisch-diagnostische Urteile ausschlaggebend, da die Schwere der Erkrankung, also die Symptomausprägung nicht zwangsläufig hoch mit der Dysfunktionalität der Erkrankten korreliert. Die Nichtbeachtung sozialer Normen beeinträchtigt den gemeinsamen Alltag oft nachhaltiger als krankheitsbedingte Syndrome. „Wichtiger als medizinische Diagnose und Krankenkariere erscheint heute die richtige, sensible und gegebenenfalls revidierbare Passung zwischen einem Bewohner und einer potenziellen Familie“ (vgl. Schönberger, C. 2007).

Es sind vielmehr Motive und **Eignungs- bzw. Ausschlusskriterien**, die bei den Menschen mit psychischer Erkrankung eine entscheidende Rolle spielen. „Das sozial tolerable Ausmaß an Verhaltensstörungen und Affektschwankungen, nicht die Krankheits-symptome, sind für eine gelingende Betreuung in der Familie entscheidend“ (vgl. Schönberger, C., Stolz, P. 2003).

Die erlebte familiäre Struktur im Betreuten Wohnen in Familien schafft eine natürliche Atmosphäre, in der die Bewohner alltagspraktische Fähigkeiten erwerben bzw. wieder erlangen können. Gleichzeitig beobachten und erleben die Bewohner zwischenmensch-

liche Beziehungen im nahen Umfeld, was besonders wichtig zu sein scheint, um der bisher zum Teil erlebten sozialen Isolierung und den emotionalen Defiziten entgegenzuwirken. Daraus ergeben sich als zentrales Auswahlkriterium für das Betreute Wohnen in Familien der Wunsch und die Entscheidung eines Menschen, diese Veränderung zu wollen. Die Bereitschaft zu diesem lebensverändernden Schritt muss klar erkennbar und eindeutig vorhanden sein.

Ebenso bedeutend wie der eigene Wunsch nach Familie sind für die Klienten das Bedürfnis und die Neugier auf eine neue, andere Lebensform, der Wunsch nach Veränderung sowie der Mut, sich auf andere, fremde Menschen einzulassen. Außerdem ist es notwendig, dass sich die Klienten in einem engen sozialen Beziehungssystem wohlfühlen und nicht etwa davon bedrängt oder verängstigt werden.

Ausschlusskriterien bei der Aufnahme als Gastbewohner sind vor allem sozial nicht oder kaum zu integrierende Verhaltensweisen. Dazu gehören akute Selbsttötungsgefahr, fremdgefährdende Aggressionen, sexuell belästigendes Verhalten oder eine akute Alkohol- oder Abhängigkeitsproblematik.

Ein großer Unterschied oder auch ein **Motiv** des Bewohners für einen Schritt in eine Betreuungsfamilie im Vergleich zum Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik oder einem Heim ist die Beziehungskonstanz der betreuenden Bezugsperson, also der Wegfall des Bezugspersonenwechsels durch Schichtdienste, wie es in Heimen oder Krankenhäusern der Fall ist, die sich auf die Bewohner positiv auswirkt. Das bietet Sicherheit, Stabilität und somit wichtigen Rückhalt. Ein weiterer Vorteil ist die Tatsache, dass sich nicht mehrere psychisch erkrankte oder behinderte Menschen gegenseitig stören oder in Konkurrenz geraten. Auch gegenüber der Einsamkeit, die viele Menschen in einer ambulant betreuten Einzelwohnung empfinden, kann die unaufdringliche Präsenz der Haushaltsmitglieder einer Familie gut sein.

Ziele

Für die Menschen mit psychischer Erkrankung ist es oft ein Zugewinn an Lebensqualität, wenn sie die Strukturen einer Klinik oder eines Heimes verlassen können und in einer Stelle des Betreuten Wohnens in Familien aufgenommen werden. Dabei bedeutet es für sie sehr viel, wenn sie keine oder weniger existenzielle Ängste oder Bedrohungen erleben, wenn sie wieder fähig sind, Freude, Trauer, Nähe und Distanz zu erleben oder

zu durchleben, wenn sie möglichst selbstständig, aber nicht einsam leben und einen Platz in der Gemeinschaft haben, wenn sie ein Auskommen im Sinne einer sinnvollen Tätigkeit haben, wenn sie in einer freundlichen, aber nicht aufdringlichen Umwelt leben können, wenn sie Hilfe bekommen, so lange und in der Form, wie sie das benötigen.

2.3.2. Familien

Betreutes Wohnen in Familien ist eine Form der Laienhilfe, sie wird von ungeschulten Familien durchgeführt und durch fachliche Unterstützung eines Betreuungsteams ergänzt.

Die Familie ist der Ort, an dem die Gestaltung der alltäglichen Lebenspraxis stattfindet. Nirgendwo ist die Beziehung zwischen Menschen so nah, so intim wie in einer Partnerschaft oder Familie. Außerdem ist kein soziales Gebilde so sehr nach außen abgeschottet wie eine Familie. Nähe und Vertrauen der familiären Beziehungen erfordern eine **Privatsphäre**, die es erlaubt, ungezwungen zu sein.

Einige Familien sind bereit, einen Teil ihrer Privatsphäre und Intimität aufzugeben und sich für einen psychisch erkrankten Menschen zu öffnen. Die Pläne des Alltags, die aktuellen Aufgaben werden mit dem Gast geteilt und auch vom Betreuungsteam unter die Lupe genommen. Der Gast, mit all seinen Defiziten und Ressourcen, wird mit hineingenommen in den festen Tages- und Jahresrhythmus der Familie.

Innerhalb der Familie verringert sich die Distanz zwischen den Personen, die auch eine Hemmschwelle vor Übergriffen darstellen kann. Die Privatsphäre schützt vor neugierigen Blicken und Einmischung Dritter, kann aber dadurch auch Verhalten begünstigen, dessen man sich schämen würde, wenn andere es mitbekämen (vgl. Becker, J. 2005).

Es erfordert neben der Bereitschaft zu einer offenen Haltung auch **soziale Kompetenzen** der Familie, die ein langfristiges, gelingendes Zusammenleben möglich machen. So etwa die Fähigkeit, andersartiges Verhalten wohlwollend und tolerant zu begegnen, dem Bewohner Raum zu geben, sich selbst zu entfalten und keinen Leistungsdruck zu erzeugen. Aber auch die Durchsetzung eigener Regeln und Normen flexibel zu gestalten oder zum Teil sogar darauf zu verzichten sowie die unterschiedlichen sekundären Verarbeitungsformen der psychischen Erkrankung wie etwa Rauchen, motorische Unruhe oder Ähnliches als solche zu erkennen und nicht zu sanktionieren. Die Familien brauchen Geduld, Kreativität und eine ausgeprägte Selbstsorge, um den Bewohnern

einen Rahmen bieten zu können, in dem sie alltagspraktische Fähigkeiten wieder erwerben können bzw. der einen Schonraum für eine Nachsozialisation bildet. Trotz aller Anforderungen, Versorgungsaufträge und Aufgaben ist die Familie kein Heim oder Hotel, die finanzielle Entlohnung der Familien hat vielmehr mit Respekt und Akzeptanz der Arbeit der Betreuungsfamilien zu tun. Die Strukturen der Familien reichen von alleinstehenden Menschen bis hin zu Großfamilien, von Familien in ländlichen Gebieten ebenso wie in der Großstadt, den unterschiedlichsten Vermögensverhältnissen und beruflichen Situationen.

Es zeigt sich, dass Familien, die mit beiden Beinen im Leben stehen, die bereits ein gewisses Maß an Lebenserfahrung erworben haben, eine realistische Einschätzung über bevorstehende Aufgaben und Erforderlichkeiten haben, offen sind und von außen, auch von professioneller Seite, Unterstützung annehmen können, als geeignet für das Betreute Wohnen in Familien gelten.

Zu den **Motiven** der Betreuungsfamilien zählen dabei

- - ein hohes Maß an sozialem Engagement auch außerhalb, aber vor allen Dingen innerhalb der Familie
- - der finanzielle Anreiz
- - generationstypische und familienbiografische Hintergründe, wie etwa der Tod eines Familienmitglieds, das jahrelang gepflegt wurde
- - die Bewältigung von Übergängen und biografischen Wendepunkten, beispielsweise eine Trennung von einem Lebenspartner
- - die Suche nach einer sinnvollen Tätigkeit
- - die Kompensation von Arbeitslosigkeit
- - vor allem bei Frauen das Zusammenfallen von Erwerbs- und Familienarbeit als günstiger Synergieeffekt.

Das Interesse der Familien am Menschen hat häufig familiäre Hintergründe, die sich aus der eigenen Lebensgeschichte ergeben wie beispielsweise durch Erziehung, Religion oder die Kompensation von familiengeschichtlichen Erlebnissen.

Eine Vielzahl von Familien stammt aus kleinbürgerlichem Herkunftsmilieu mit einem hohen Grad an Familienorientierung. Gründe dafür könnten sein, dass es bei den Interessen und Motiven der Familienmitglieder nicht zu einer Überlagerung von modernisierungsbedingten Individualisierungsprozessen kommt, sondern die vorhandenen

Traditionen und Strukturen der Familien solch hohen subjektiven Stellenwert besitzen, dass sie beibehalten bzw. ersetzt oder ausgebaut werden wollen.

Es gibt sicherlich auch latente Motive, die erst im Laufe des Betreuungsprozesses zu Tage treten, darunter fallen die Kompensation einer prekären innerfamiliären Beziehungsbalance oder familiäre Strukturprobleme durch die Aufnahme eines Bewohners. Mit dieser Perspektive konnte Konrad (1992) zeigen, dass vor allem diejenigen Familien ein förderliches Milieu bieten, die durch die Aufnahme eines Bewohners das Familiensystem unbewusst stabilisierten. In den drei von ihm untersuchten Familien waren es vor allem unverarbeitete biografische Brüche der Väter, die durch die Aufgabe kompensiert wurden: Erst ein struktureller Mangel erwies sich somit als geeignete Voraussetzung für ein gelingendes Zusammenleben (vgl. Schönberger, C. 2007).

Die Familien müssen neben den charakterlichen Eigenschaften aber auch praktische Voraussetzungen wie freien Wohnraum und Zeit im Alltag mitbringen: „Wir sprechen eher von einer Mischmotivation bei den interessierten Familien. In der Regel gibt es in irgendeiner Art bereits Vorerfahrungen (Erziehung, Pflege eines Angehörigen u. a.). Viele aufnehmende Familien/Familienmitglieder sind in einer »Umbruchphase«, in der sie sich neu orientieren – sie suchen nach einer neuen, Sinn gebenden Aufgabe. Auch leer stehender Wohnraum regt zum Nachdenken an, mehr als in früheren Jahren“ (vgl. Bachmeier, M. 2005).

Ein **Ausschlusskriterium**, das sich nach mehreren gescheiterten Versuchen Betreuten Wohnens in Familien herauskristallisiert hat, ist die professionelle Ausbildung von direkt im Beziehungsprozess beteiligten Familienmitgliedern als Pflegekräfte, Ärzte oder Sozialpädagogen. Durch ihr vorhandenes Wissen und die Vorbildung im Bereich der psychischen Erkrankungen fällt es ihnen schwer, dem Bewohner eine ganz normale Familie zu sein, ebenso wie sie in ihrem Alltag nicht als Professionelle auftreten und aus ihrer Sicht notwendige Regeln, Maßnahmen oder Ideen durchsetzen können, da sie bei den Bewohnern zu einem nicht zu bewältigenden Leistungsdruck führen. Auch der Kontakt zum Betreuungsteam gestaltet sich oft als Konkurrenzsituation, die Energie und Zeit in Anspruch nimmt, welche an anderer Stelle hilfreicher genutzt werden könnte.

Für die Betreuungsfamilien ergeben sich deutliche und weitreichende **Veränderungen**, wenn sie in ihren Familien einen Bewohner des Betreuten Wohnens in Familien aufnehmen. Dies hat Auswirkungen im Alltagsablauf, es erfolgt eine Begleitung durch das Betreuungsteam, was eine Veränderung der Privatsphäre zur Folge hat. Vieles wird transparent und durchleuchtet. Die Kombination von Laienhilfe und Hilfe von Professionellen als individuelle Ergänzung braucht von allen Seiten Gewöhnung. Es hat Auswirkungen auf die Familiendynamik durch die individuelle Entfaltung von eigenen Vorstellungen jedes am Prozess beteiligten Mitglieds und birgt nicht zuletzt die Chance zur Normalität einer Lebensgemeinschaft gesunder und psychisch erkrankter Menschen (vgl. Birkenheier, C., Hagen, A. 2005).

Das Betreute Wohnen in Familien gilt als eine Form der Laienhilfe, die hohe Anforderungen stellt und dabei trotzdem von der Normalität und Ungezwungenheit im Alltag lebt. Dabei wird der Ruf nach Schulung in Form von psychoedukativem Training zur Stärkung der Kompetenzen und des Wissens im Bezug auf die Bewohner und ihre Familien von Seiten der Fachkräfte laut, die dieser Form der Hilfe eher skeptisch gegenüberstehen. Es entsteht dann aber die Gefahr, dass die eigenen Erfahrungen, die individuellen Bewältigungsstile und die Kreativität der Familien unterdrückt werden und so die therapeutischen Formen der Normalisierung und des Alltags verloren gehen.

2.3.3. Betreuungsteam

Das Betreute Wohnen in Familien benötigt für eine langfristig erfolgreiche Durchführung die Unterstützung und professionelle Begleitung eines Betreuungsteams, das sich **multidisziplinär** zusammensetzt. Sozialpädagogen, Pflegekräfte und Ärzte helfen schon vor bzw. ab der ersten Kontaktaufnahme mit den notwendigen fachlichen Kompetenzen mit, dass diese Form der ambulanten Eingliederungshilfe funktionieren kann.

Im Zentrum der Arbeit stehen die **Unterstützung, Beratung und Begleitung der Bewohner und Familien**. Zu den Haupttätigkeitsfeldern des Betreuungsteams gehören: Öffentlichkeitsarbeit, Auswahl und Vermittlung geeigneter Betreuungsfamilien und Bewohner, Beratung und Betreuung der Bewohner und der Familien, Zusammenarbeit mit anderen sozialen und medizinischen Einrichtungen.

Im Bereich der **Öffentlichkeitsarbeit** geht es darum, Betreuungsfamilien zu gewinnen, die Interesse haben an den Aufgaben und Anforderungen des Verhältnisses des Betreuten Wohnens in Familien. Bei der Suche nach geeigneten Bewohnern ist das Team auf die Kooperation mit Professionellen aus Kliniken, stationären Einrichtungen und Betreuungsvereinen angewiesen. Unter anderem deshalb besteht eine weitere Aufgabe in der Schaffung eines Kooperations- und Akzeptanzklimas im Umfeld der Einrichtung. Dazu zählen die Information und Aufklärung der Bevölkerung, um bei möglichen Familien Interesse zu wecken, genauso wie die Akzeptanz und Anerkennung der Betreuungsform zu vergrößern. Öffentlichkeitsarbeit findet auch beim Fachpersonal statt, da viele Praktiker im Bereich der Sozialpsychiatrie dem Konzept der Laienhilfe in Kombination mit professioneller Begleitung skeptisch bis ablehnend gegenüberstehen oder auch der nötige Einblick und Informationen fehlen. Um die Beziehung zu den Familien zu festigen beziehungsweise auch Bekanntschaften unter den verschiedenen Familien zu knüpfen, organisiert das Betreuungsteam gemeinsame (Sommer-)Feste, bei denen das Kennenlernen, gemeinsame Feiern, aber auch Transparenz nach und Wahrnehmung von außen eine Rolle spielen.

Eine weitere grundlegende Aufgabe ist die **Auswahl und Vermittlung geeigneter Familien und Bewohner**. Bei der Anbahnung eines Verhältnisses des Betreuten Wohnens in Familien werden je nach Organisationsform der Betreuungsstelle die potenziellen Bewerber (Bewohner und Betreuungsfamilie) unterschiedlich angefragt. Interessierte Familien melden sich auf gestartete Anzeigenkampagnen der regionalen Presse oder auf weiteren unterschiedlichen Wegen beim Betreuungsteam und bekommen bei einem ersten Treffen nähere Informationen. Es werden die Gewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen und Informationen zum familiären Alltag ermittelt und das Team gewinnt einen ersten wichtigen Eindruck von den Interessierten. Es kommt bei der Vermittlung besonders auf die geeignete Passung aller Beteiligten an, um für ein langfristiges Zusammenleben eine gute Grundlage zu haben.

Auch bei interessierten psychisch erkrankten Personen wird in einem ersten persönlichen Gespräch (eventuell auch mit dem gesetzlichen Betreuer) über lebensgeschichtliche Daten sowie Wünsche und Vorstellungen über ein Leben in einer (fremden) Familie gesprochen. Dabei spielt das Betreuungspflegeteam eine entscheidende Rolle, bei dem alle wichtigen Informationen zusammenlaufen, das die nötige fachliche Kompetenz und Vorerfahrung mitbringt und einen professionellen Abstand zur gegebenen

Situation hat. Ambivalenzen müssen erkannt werden, die Beteiligten dürfen nicht bedrängt werden, sollten genügend informiert, sich ihrer Aufgaben bewusst sein und diese einschätzen können. Oft lernen sich mehrere Familien und Gastbewohner kennen, um geeignete Konstellationen zu finden.

Eine Auswahl, welcher Gast und welche Familie sich näher kennenlernen sollen, wird daraufhin im Betreuungsteam intuitiv, in Verbindung mit vorherigen fachlichen und von Erfahrungen geprägten, ausführlichen Überlegungen getroffen. Es folgt ein erstes Zusammentreffen in der Familie im Beisein des Teams und ein gegenseitiges „Beschnuppern“. Der erste Eindruck des Teams wird bei diesen Besuchen im Haus oder in der Wohnung der Familie vervollständigt oder korrigiert sowie daraufhin in Besprechungen im Team reflektiert und abgeglichen.

Meist erst nach mehreren Besuchen entscheiden sich die Beteiligten für oder gegen einen Versuch des Zusammenlebens (vgl. Schönberger, C. 2003). Die Betroffenen entscheiden selbst in hohem Maße mit, ob sie sich ein Leben in der angestrebten Konstellation vorstellen können, ob ihnen die neue Familie oder das neue Familienmitglied sympathisch ist und ob sie sich in der neuen Umgebung wohlfühlen können.

Fällt die Entscheidung positiv aus, folgt ein Probewohnen. Das Betreuungsteam übernimmt die organisatorisch-technische Unterstützung und bietet Gelegenheit, um Erwartungen und Erfahrungen zu besprechen und auszutauschen sowie Eindrücke und Empfindungen zu prüfen. Unter der fachlichen Begleitung des Betreuungsteams kommt es daraufhin zu einer Auswertung über den bisherigen Verlauf und zu Hinweisen auf Ablehnungen oder vorhandene Ressourcen im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung. Am Ende entscheiden alle Betroffenen einschließlich des Teams, ob sie den Versuch eines dauerhaften Zusammenlebens eingehen wollen.

Der nächste Schritt besteht daraufhin in einem **Vertragsschluss** zwischen allen Beteiligten. Der Vertrag regelt alle für die Betreuung wichtigen Punkte, ist bindend und dient als Grundlage für langfristige Zusammenarbeit der beteiligten Parteien. Im Vertrag des Betreuten Wohnens in Familien wird Folgendes geregelt:

- Aufgaben von Familie, Bewohner und Betreuungsteam
- Ärztliche Behandlung des Bewohners
- Finanzielle Leistungen für die Familie
- Haftpflichtversicherung für den Bewohner
- Urlaubsregelung für die Familie

- Finanzielle Leistungen für die Urlaubersatzfamilie
- Kündigungsmodalitäten
- Krankenversicherung oder zuständige Kostenträger
- Bankverbindungen

In der Folge beginnt die **Eingewöhnungszeit**, in der sich Betreuungsfamilie und Bewohner besser kennenlernen und aneinander gewöhnen sollen.

Dabei hat das Betreuungsteam die Aufgabe der **Beratung und Betreuung der Bewohner und der Familien**. Eine kontinuierliche Begleitung wird von einem Teammitglied durch regelmäßige Hausbesuche und telefonische Beratung geleistet. Die erste Phase des Zusammenlebens in den Familien ist meist geprägt von Euphorie, gegenseitigem Entgegenkommen, wenigen Forderungen und Verwöhnung seitens der Betreuungsfamilie. Sowohl die Gastfamilie als auch der Bewohner versuchen sich von ihrer besten Seite zu zeigen, dem Gegenüber den Übergang zu erleichtern und sich selbst zu beweisen, dass die neue Aufgabe bzw. Herausforderung gemeistert werden kann. Oftmals steht in dieser Phase das Betreuungsteam etwas außen vor und hat es schwer, in der entstehenden Dreiecksbeziehung Fuß zu fassen, seine Aufgabe besteht dabei in der Unterstützung bei organisatorischen Fragen wie zum Beispiel der Begleitung bei Arztbesuchen, Kooperation mit Betreuern oder Hilfen in sozialrechtlichen Angelegenheiten. Die Betreuungsfamilie will ihren eigenen Weg finden und schließt das Team in dieser Phase eher aus. Konflikte werden verdrängt, bagatellisiert oder vermieden. Das Betreuungsteam steht in dieser Zeit für das Realitätsprinzip und bereitet die Familien behutsam auf die unweigerlich eintretenden Enttäuschungen, Rückschläge und Veränderungen vor, da die Entwicklungen der Bewohner in der Regel nicht geradlinig und stetig verlaufen.

Der nächste Abschnitt ist geprägt von **Konflikten, Krisensituationen** und eventuellen Krankheitsepisoden bei den Bewohnern, da der Übergang in eine neue Lebensform das psychische Gleichgewicht durcheinanderbringt, gewohnte Strukturen und daran geknüpfte Orientierungspunkte wegfallen und somit aufgrund der Erhöhung von Stressfaktoren auf die Bewohner Krankheitssymptome ausgelöst werden können. Die anfängliche Euphorie weicht Regeln und Grenzen, die oft unter Widerständen ausgefochten werden, um das gemeinsame Zusammenleben möglich zu machen. Die eigenen Grenzen werden wahrgenommen, Kräfte müssen eingeteilt, Aufgaben innerhalb der Familie

verteilt und das Zusammenleben, unter Wahrung der Interessen jedes Einzelnen, strukturiert werden, um eine langfristige Betreuung realisieren zu können. Vom Betreuungsteam ist in dieser Phase eine supervidierende Begleitung gefordert, um die Erwartungen, Interessen und Wünsche aller Beteiligten im Blick zu haben. Ein wesentlicher Baustein der Arbeit ist hierbei die Ergänzung der Alltagskompetenz der Gastfamilien durch die Fachkompetenz des Teams. Familien sind gerade in dieser Phase auf Unterstützung angewiesen, denn sie tauchen als Laien durch die Aufnahme eines Bewohners in ein komplett neues Milieu ein. Hemmschwellen müssen abgebaut, Informationen beispielsweise zu Krankheitsbildern, Medikamenten und sozialrechtlichen Fragen weitergegeben und befremdliche Verhaltensweisen der Gäste müssen gegebenenfalls erklärt werden. Viele aus der Gruppe der jungen chronisch erkrankten Bewohner sind geprägt durch die Erfahrung einer „Drehtürpsychiatrie“, sie haben in vielen Kliniken mehrmalig Erfahrungen gesammelt. Sie passen sich nicht den Gegebenheiten der Betreuungsfamilie an, sondern fordern sie heraus. Die Betreuungsfamilie sieht sich mit den Grenzüberschreitungen der Bewohner konfrontiert und muss ihrerseits lernen, damit in geeigneter Form umzugehen, um eine langfristige Beziehung zu den Bewohnern aufzubauen. Dazu gibt ihnen das Betreuungsteam die Möglichkeit der Reflexion des eigenen Handelns, übernimmt quasi die Rolle eines Mediators des komplexen Systems Familie und Bewohner und steht mit seinen fachlichen Kompetenzen zur Seite. Entstandene Dominanzen, Ungleichgewichte oder Überforderungen in den Beziehungen sollten angesprochen und, wo möglich bzw. nötig, ausgeglichen und gemeinsam eine realistische Zukunftseinschätzung erarbeitet werden, bei der jeder zu seinem Recht kommt.

Die möglichen Gründe für Krisen sind ebenso vielfältig wie individuell, zeigen sich jedoch oft in für die Familien fremdem und unverständlichem Verhalten des Bewohners. Sie verhalten sich mitunter exotisch oder störend, zum Beispiel führen sie Selbstgespräche, haben Kaufzwänge, Waschwänge, Tics, gieriges Essverhalten, starken Bewegungsdrang und vieles mehr, was zwar auf Unverständnis stößt, aber akzeptiert werden kann. Problematischer wird es bei Verhalten, das die Beziehung beeinträchtigt, wie etwa starker sozialer Rückzug, Eigensinn, Ekel auslösendes Hygieneverhalten oder aggressive Reaktionen, was für die Familien eine große Belastung darstellt. Die schwierige Aufgabe des Betreuungsteams besteht nun darin, das gezeigte Verhalten verständlich zu machen und aufkommende Gefühle von Wut, Enttäuschung und Kränkung zu besprechen. Das Team bemüht sich dabei, eine Abkehr von einer einseitigen Orientie-

rung an Schwierigkeiten in der Beziehung hin zu der verstärkten Wahrnehmung von positiven Entwicklungen zu erreichen.

Konkret geht es auch darum, gemeinsam mit dem Bewohner soziale Kompetenzen, die durch lange Krankheitsperioden und Klinikaufenthalte in den Hintergrund getreten und verborgen sind, durch gezieltes Alltagstraining wiederzuerlangen. Außerdem kann auf Dauer eine sinnvolle Tagesstrukturierung und Beschäftigungs- oder Arbeitsmöglichkeit für den Bewohner eine große Hilfe bei der Beziehungsgestaltung und zugleich Entlastung für die Familie sein.

Im Rahmen der professionellen Begleitung erfolgen auch die Koordination und Begleitung der Facharztkontakte, insbesondere Krisenintervention oder Klinikeinweisungen. Beim Auftreten von **akuten Krankheitsepisoden** sind die Familien beunruhigt, da sie eine Veränderung bei ihrem Bewohner in der Stimmung und im Verhalten zwar feststellen, aber nicht einschätzen können, was für Folgen das Verhalten hat oder ob es für sie oder für den Bewohner selbst gefährlich werden kann. In diesem Fall gilt es zu entscheiden, ob eine ärztlich verordnete Medikamentenumstellung ausreicht, um das verloren gegangene Gleichgewicht aus Belastung, Entlastung und Empfindlichkeit wiederherzustellen, oder ob eine vorübergehende Klinikeinweisung vonnöten ist. Bei dieser Einschätzung der gezeigten Symptome hilft das Betreuungsteam, eventuell wird noch der fachliche Rat eines Arztes hinzugezogen.

Die notwendigen organisatorischen Schritte bei der Einweisung in eine Klinik werden in der Regel von Teammitgliedern übernommen, um die Beziehung von Bewohner und Familie nicht empfindlich zu belasten. Großes Augenmerk bei einem notwendigen Aufenthalt in einer Klinik muss dabei darauf gelegt werden, das Vertrauen des Bewohners zu erhalten und gegebenenfalls sollte das Betreuungsteam die Rolle des Sündenbocks, der eine Klinikeinweisung befürwortet und in die Wege leitet, einnehmen, um die Familie zu entlasten, damit diese weiterhin für eine unterstützende und wohlwollende Umwelt für den Bewohner sorgen kann.

Die Koordination der **Zusammenarbeit** der Betreuungsfamilie **mit anderen sozialen oder medizinischen Einrichtungen**, also Fachkräften aus unterschiedlichsten Institutionen, ist eine weitere Aufgabe des Teams. Es versucht dabei das gesamte soziale Netzwerk des Gastes zu berücksichtigen. Zu den beteiligten Parteien im Betreuten Wohnen in Familien gehören in erster Linie der Bewohner, die Betreuungsfamilie und das

Betreuungsteam, außerdem der Kostenträger, die Einrichtung, in der der Bewohner zuvor gewohnt hat oder behandelt wurde, der gesetzliche Betreuer des Bewohners (wenn vorhanden), das Sozialamt, die Arbeitsstelle oder Tagesstätte des Bewohners, die Ärzte des Bewohners und eventuell die Herkunftsfamilie, Verwandte oder Freunde des Bewohners.

Die Aufgaben des Betreuungsteams sind somit sehr vielfältig und reichen von der reinen Vermittlung von Informationen über die gemeinsame Organisation und Planung von Abläufen in der Familie wie die Gestaltung einer Tagesstruktur, die Moderation bei Konflikten, das Aushandeln von Kompromissen, der Unterstützung bei der Suche nach der richtigen Balance zwischen Nähe und Distanz bis hin zum Anbieten von Rückhalt, Sicherheit und Entlastung.

Das Betreuungsteam ist Ansprechpartner und alle relevanten Informationen über den Bewohner, die Familie und andere soziale und medizinische Dienstleistungen laufen hier zusammen. „Das Team hat eine Verantwortung dafür, dass die Betreuungsqualität gesichert ist und die Persönlichkeitsrechte der Bewohner gewahrt werden“ (vgl. Schönberger, C. 2003). Durch die Einzigartigkeit jeder Familie, jedes Bewohners und jeder sich daraus ergebenden Konstellation ist das Betreute Wohnen in Familien eine Betreuungsform, in der der individuelle Unterstützungsbedarf mit den Familien und dem Bewohner in Einzel- oder Familiengesprächen geklärt wird. Es ist die Aufgabe des Betreuungsteams, das nahezu unerschöpfliche Potenzial der Betreuungsfamilien zu nutzen, die kreativen Seiten zu entdecken und für die Betreuung des Bewohners nutzbar zu machen. Dabei kann der Professionelle in verschiedenen Rollen, als Begleiter für den Bewohner, Ratgeber für die Familie, Freund des Hauses oder Kontrollinstanz wahrgenommen werden.

In vielen Fällen erfordern die Aufgaben und Belastungen des Betreuungsteams auch eine eigene teaminterne Supervision.

Zusammenfassend hat Dondalski treffend formuliert: „Öffentlichkeitsarbeit, Aufbau von Kooperationsstrukturen, klientenbezogene Aufgaben sowie die aktive professionelle Unterstützung der Gastfamilien bezüglich aller Fragen, die sich im Rahmen einer Betreuung ergeben, stellen die wichtigsten Aufgabenfelder der Sozialarbeit im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege dar“ (vgl. Dondalski, C. 2004).

2.4. Situation der Familie

Die Situation der Familie in Deutschland im **soziologischen** Sinne ist heutzutage geprägt von abnehmender Kinderzahl, Ausgliederung der Großelterngeneration, einer immer größeren Anzahl von Einpersonenhaushalten vor allen Dingen in den Städten, zunehmender und qualifizierter Berufstätigkeit der Frau, Tendenz zur Selbstverwirklichung aller Familienmitglieder, Einebnung der Lebensphasen-Unterschiede, geringerer familiärer Affektivität und damit abnehmender sozial-solidarischer Tragfähigkeit. Insofern kann die Familie als brüchig, instabil, fragmentiert bis nicht existent, emotional, sozial und materiell stützungsbedürftig dargestellt werden. Die familienstatischen Veränderungen der letzten Jahrzehnte sind auf eine Vielzahl von Faktoren zurückzuführen, beispielsweise auf die verbesserten ökonomischen Verhältnisse, die gestiegene Wohnungsversorgung, auf die längere Lebenserwartung, auf einen Wertewandel und vieles andere.

Aus diesen Verläufen und Entwicklungen wird vielfach auf eine Krise der Familie geschlossen, gestützt durch die Diskussion über die Individualisierungsthese und über die zunehmende Pluralität von Lebensformen. Laut empirischen Erhebungen hat die Familie in der Wertschätzung der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland jedoch immer noch die oberste Priorität, es besteht also keine Krise der Familie, sondern eher ein Bedeutungswandel der Ehe (vgl. Kreft, D., Mielenz, I. 2005).

In der Praxis des Betreuten Wohnens in Familien zeigt sich trotz veränderter struktureller Gegebenheiten ein Bild der Familien von unerschöpflichem Potenzial, Stabilität, Konsistenz und Kreativität. Die Entwicklungstendenzen heutiger Zeit treffen also nicht auf alle Familien zu, sind unterschiedlich maßgebend und treten mal mehr, mal weniger bestimmend in den Vordergrund.

2.4.1 Verbreitung des Betreuten Wohnens in Familien

Wie schon im geschichtlichen Abriss anklingt, ist der heutige Stand der Verbreitung des Betreuten Wohnens in Familien nicht einheitlich und nicht in allen Bereichen Deutschlands gleich weit fortgeschritten. So ergibt sich ein großes Gefälle von Südnach Norddeutschland, ebenso eine auffallende **Lücke in der Verbreitung des Betreuten Wohnens in Familien in den neuen Bundesländern**. Diese Lücke der neuen

Bundesländer kann in dem geschichtshistorischen Zusammenhang der Wende 1990 und der damit zusammenhängenden Umbruch- und Verlustsituation für die Menschen und Familien in Ostdeutschland gesehen werden. Mit dem Fall der Mauer und dem Ende des sozialistischen deutschen Staates verändern sich in dieser Zeit Institutionen und Sozialräume grundlegend. Den Menschen fehlt die Überschaubarkeit, wichtige sozio-kulturelle Kristallisationspunkte fallen weg, gesicherte Zukunftsentwicklungen und Lebenspfade brechen ersatzlos zusammen, sie müssen Erwerbslosigkeit und ihre finanziellen und sozialen Folgen in hohem Maße kennen lernen. Dies wird zu einem Wendepunkt und Bruch in ihrer Biografie und führt zum Zusammenbruch von Gewohnheiten und Routinen im Alltag sowie oft zu einem Wertewandel. „Wendepunkte fordern zu biografischen Umdeutungsprozessen heraus, denn die Menschen erleben oder erleiden selbst einen von außen induzierten Transformationsprozess, auf den einige aktiv gestaltend, andere abwartend, wieder andere resignativ-hinnehmend reagieren“ (vgl. Schönberger, C. 2007).

Erst 1997 beginnt die erste Initiative zur Suche nach Betreuungsfamilien für das Betreute Wohnen in Familien in den neuen Bundesländern, doch es bleibt bis heute bei eher vereinzelteten Betreuungsverhältnissen.

Das Betreute Wohnen in Familien hat sich bisher vermehrt in Groß-/Kernfamilien sowie in ländlichen Regionen in **Süd- und Westdeutschland** etabliert.

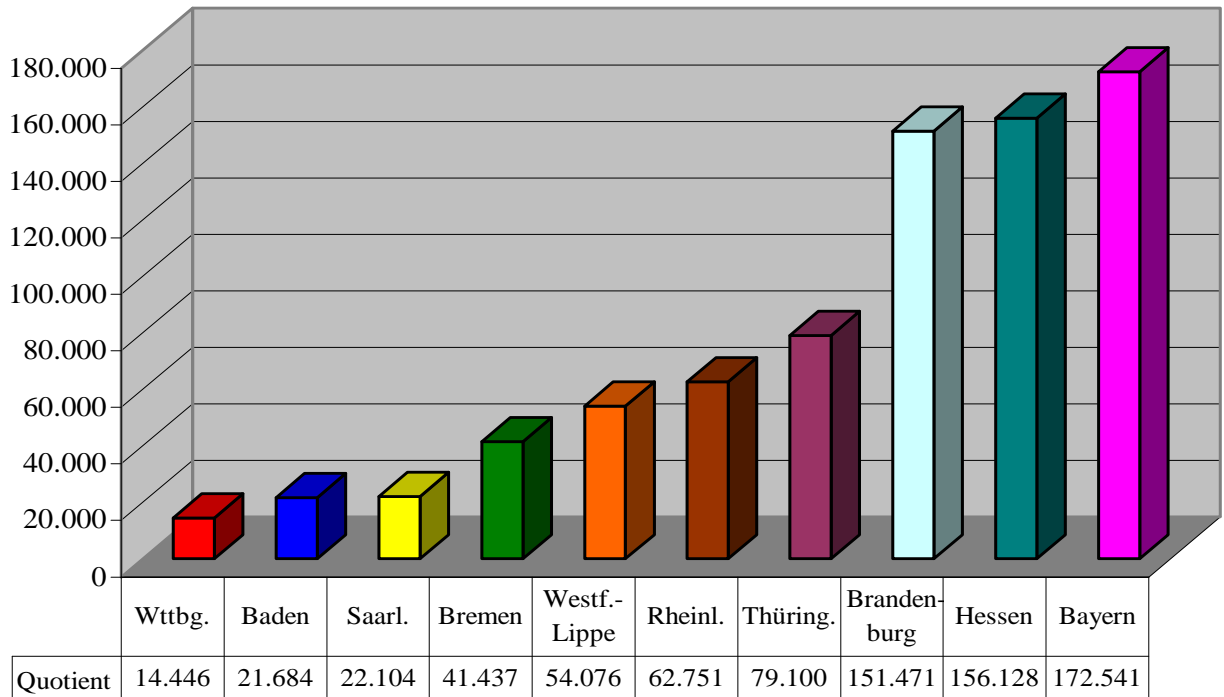
Die Betreuungsfamilien sind in ganz Europa fast ausschließlich in kleineren Städten und Gemeinden, in ländlichen Regionen viel eher als in großen Städten zu finden. Für die weitaus **höhere Verbreitung** der Stellen des Betreuten Wohnens in Familien in **ländlichen Regionen** lassen sich mehrere Gründe nennen: Fragen des Alltags, der naturgemäßen, festen Tagesrhythmen und der Rhythmen der Jahreszeiten spielen in ländlichen Gebieten eine viel größere Rolle. Zudem gehen gesunde und kranke Bürger in einer kleineren Gemeinde vorurteilsfreier und toleranter miteinander um.

In größeren Städten mit begrenztem Wohnraum, stärkerer Anonymität und vielfältigeren Möglichkeiten des Nebenverdienstes genießt das Betreute Wohnen in Familien in der Regel geringere Anerkennung.

Insgesamt ist in der letzten Zeit wie bei keiner anderen Maßnahme der Eingliederungshilfe ein derart rasanter Aufschwung zu verzeichnen, mit einem Sprung um ca. 400 Neuvermittelten in den letzten zwei Jahren (vgl. Eisenhut, R. 2007).

In Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen können absolut die meisten Vermittlungen gezählt werden. Im Vergleich zu den Einwohnerzahlen der jeweiligen Regionen ergeben sich aus den Vermittlungszahlen jedoch andere Verhältnisse.

**Vermittlungen bezogen auf die Einwohnerzahl im Betreuten Wohnen in Familien -
Stand: Dezember 2005**



(vgl. Eisenhut, R. 2007)

Das Betreute Wohnen in Familien wird heute in vielen Regionen gefördert, da die steigenden Zahlen von chronisch kranken Menschen mit psychiatrischer Erkrankung und die immer teurer werdende stationäre Versorgung die Verantwortlichen der überörtlichen Sozialhilfeträger zum Umdenken zwingen. Dabei stellt das Betreute Wohnen in Familien eine relativ kostengünstige Lösung dar und ist genau für diejenigen Menschen gedacht, deren Hilfebedarf letztlich stationär zu decken ist.

Als zusätzliche positive Bedingungen derzeit vorherrschende Bedingungen erweisen sich Programme zur Enthospitalisierung, in denen das Betreute Wohnen in Familien eine wichtige Rolle spielt, ebenso wie die Bildung funktionierender regionaler Netzwerke von Teams und intensivem Austausch.

Es bleibt jedoch weiterhin eine wichtige Aufgabe, für eine qualitätsbewusste Umsetzung des Betreuten Wohnens zu sorgen, anstatt sich rein auf den Aspekt des Einsparpotenzials zu konzentrieren.

2.4.2 Wünsche, Ziele, Anforderungen

Bei vielen Menschen mit psychischer Erkrankung, die nach ihren **Wünschen** gefragt werden, fällt der unspektakuläre Satz: „Ich möchte ein ganz normales Leben führen!“ Für sie ist es ein Ausdruck von Lebensqualität, wenn ihr Leben in normalen Bahnen verläuft, sie sich in einer Familie wohl und aufgenommen fühlen und sie am gesellschaftlichen Leben teilnehmen können.

Für die Familie ist zum einen das eigene Wohlergehen jedes Familienmitglieds, zum anderen das Wohlergehen der anderen Mitglieder der Familie einschließlich des Gastes wichtig. Ein Kriterium für Lebensqualität könnte hierbei sein, dass der Kranke nicht mehr die Hauptrolle in der Familie spielt, sondern auch andere Probleme zugelassen, besprochen, bewältigt werden und sich nicht alles um die Lösung und Klärung der Probleme des psychisch erkrankten Gastes dreht. Jeder in der Familie sollte zu seinem Recht kommen, es sollte ein Ausgleich zwischen Geben und Nehmen vorhanden sein.

Ein erstrebenswertes Ziel für die Familien ist es, ein Familienklima zu schaffen, in dem es gleichsinnig gerichtete Kräfte gibt, das heißt, dass das System Familie insgesamt in eine Richtung geneigt ist, die Entspannung, Entfaltung, Wohlbefinden zulässt und notwendige Reibungsflächen für Entwicklung und Raum für Rückzug bietet. Die Familien bieten für ihre Bewohner ein multiprofessionelles Hilfeangebot und haben großen Anteil daran, dass psychisch erkrankte Menschen wieder ins gesellschaftliche Leben integriert werden und somit ein Stück Lebensqualität zurückgewinnen (vgl. Seifert, J. 2006). „Ein übergeordnetes **Ziel des Betreuten Wohnens in Familien** ist die soziale Rehabilitation. Zu diesem positiv bestimmbar Ziel gehören das Bemühen um Entstigmatisierung, Empowerment [...], der Steigerung der Autonomie eines Menschen; nähere Erläuterungen unter 3. zugrunde liegende Konzepte und Theorien...] und größere soziale Teilhabe in gleicher Weise. Betreutes Wohnen in Familien strebt eine weitgehende Normalisierung der Lebensführung von psychisch und/oder geistig behinderten Menschen an. Bewohner sollen so weit wie möglich die Chance zur Selbstentfaltung und Selbstbestimmung erhalten, in verbindlichen Beziehungen leben und wieder am sozialen Leben im öffentlichen Raum teilhaben können“ (vgl. Schönberger, C. 2007).

An die Familien werden dabei hohe, vor allem kontinuierliche **Anforderungen** an ihre soziale Kompetenz, Toleranz, Gelassenheit und Geduld gestellt. Die Andersartigkeit

der psychisch erkrankten Bewohner und deren Bedürfnisse erfordert Akzeptanz, gleichzeitig dürfen sie aber nicht der Krankheit untergeordnet werden, sondern sollten trotzdem als ganze Person gesehen werden. Auch oder gerade in der Kommunikation ist eine normalisierende Rede hilfreich, sodass die psychisch erkrankten Menschen das Gefühl der Andersartigkeit und Stigmatisierung verlieren und in die Gemeinschaft wieder zurückkehren können.

2.4.3 Leben mit Gast – Leitgedanken: Normalität, Integration, Toleranz und Partizipation

Die Betreuungsintensität der Bezugspersonen im Betreuten Wohnen in Familien ist sehr unterschiedlich, sie reicht von der bloßen Präsenz in einem eher untermieterähnlichen Verhältnis bis zu umfassenden Betreuungen und zeitlich deutlich höherem Unterstützung- und/oder Betreuungsaufwand. Familien eröffnen den Bewohnern die Chance, eine normale Rolle als **integriertes Mitglied** in der Familie und im gesellschaftlichen Leben zu übernehmen. Dabei können frühere Probleme im Zusammenhang mit bestimmten Rollen aktiviert und korrigiert werden, es kommt also zu einem Nachreifungsprozess oder einem Zugewinn an Fähigkeiten auf natürliche und unspektakuläre Weise. Durch die große Vielfalt in der Zusammensetzung moderner Familien ist es möglich, sehr unterschiedlichen Bedürfnissen auf Seiten der möglichen Bewohner gerecht zu werden, nach dem saloppen Motto: „Auf jeden Topf passt ein Deckel, man muss nur den richtigen finden.“

„Sie leben unter Gesunden und nicht mit anderen Kranken zusammen, haben beständig Kontakt zu den Familienmitgliedern und bewegen sich in einem Kontext, in dem auch ihr bescheidener Beitrag zum Alltag nützlich sein kann. Sie haben die Chance, gebraucht zu werden und ihr Selbstwertgefühl wiederzugewinnen, und sie haben die Möglichkeit, durch verbindliche Sozialbeziehungen zu konstanten Bezugspersonen die eigene Beziehungsfähigkeit und Identität zu festigen“ (vgl. Schönberger, C. 2007).

Das Betreute Wohnen in Familien strebt eine weitgehende **Normalisierung** der Lebensführung der psychisch kranken Menschen an, das heißt, ein gewöhnlicher Tages- und Jahresrhythmus, stabile Entwicklung und stabiler Lebensverlauf, Respektierung von Bedürfnissen, durchschnittlicher wirtschaftlicher Standard und so weiter.

Das Betreute Wohnen in Familien bietet dabei ein offenes Beziehungsangebot als Alternative zu einem professionellen, oft künstlichen Betreuungssetting mit institutions-

geprägten Rollen- und Interaktionsmustern an, indem die psychisch erkrankten Menschen die Chance bekommen, in verbindlichen, engen, emotionalen Beziehungen zu leben, sich zu entfalten, eigenständig zu bestimmen, dabei eine Selbst- und Fremdwahrnehmung zu erreichen, bei der die Erkrankung eine geringere Rolle spielt und nicht zuletzt eine Möglichkeit bekommen, die **soziale Integration** in die Gemeinschaft der Familie und dadurch auch in die Gesellschaft (wieder) zu erreichen.

Ein wichtiger Baustein des Betreuten Wohnens in Familien ist dabei das Prinzip der **Lebensweltorientierung**, also die Unterstützung von sozialen Zusammenhängen vor allem in Familie, Verwandtschaft, Nachbarschaft, Gruppen oder Gemeinde, durch Förderung der vorhandenen Ressourcen und deren Nutzung bei der Lösung von sozialen Problemen. (nähere Erläuterungen dazu im Kapitel 3 – zugrunde liegende Konzepte und Theorien)

Es gilt dabei immer wieder das Konzept der **Adressatenbeteiligung** zu beachten, dazu gehört, dass die erforderlichen Hilfen zusammen mit den Klienten ausgehandelt und entwickelt werden, folglich gemeinsam nach Möglichkeiten der Hilfestellungen gesucht wird, um sich am persönlichen Bedarf der Klienten zu orientieren, dabei sollten die vorhandenen Ressourcen erkannt und nutzbar gemacht werden.

Manche psychisch erkrankte Menschen sind nicht sehr kommunikativ, weil sie in ihrer eigensinnigen, reichen Innenwelt leben, andere haben ein hohes Mitteilungs- und Nähebedürfnis und nehmen ihre Umwelt ständig in Anspruch, zeigen große Stimmungsschwankungen und bestehen auf ihren eigenen Ritualen. An einer fehlenden Nähe- und Distanzregulierung ist bei ihnen häufig schon das Zusammenleben mit der Herkunftsfamilie gescheitert. Sie werden häufig (anders als bei Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung) für ihr Verhalten verantwortlich gemacht, weil es planvoll und absichtlich erscheint. Familien zweifeln oft, ob die Bewohner nicht wollen oder aus Krankheitsgründen nicht können. „Dass ein Mensch nicht wollen kann, scheint sogar unvorstellbar, wenn Familien bei den Bewohnern Wahnvorstellungen oder Zwangshandlungen selbst wahrnehmen und erleben, wie stark sie ihrem Erleben ausgeliefert sind. Familien erleben die Bewohner aber eben oft auch so, dass sie phasenweise ganz normal und gesund wirken und ihre Erkrankung weder im Verhalten noch äußerlich zu erkennen ist“ (vgl. Schönberger, C. 2007).

Für die psychisch kranken Menschen bleibt deshalb das Erleben sozialer Abwertung eine Schlüsselerfahrung. Für die Familien bedeutet das wiederum, dass es besonders wichtig ist, den Bewohnern mit **Toleranz** gegenüber ihren Bedürfnissen, beispielsweise einem Rückzugsbedürfnis zu begegnen und dass ein Aufbau symmetrischer Beziehungen gelingt, in denen unterschiedliche Interessen, Anliegen und Wünsche ausgehandelt werden und man miteinander im Gespräch bleibt. Für die Familien ist es eine große Aufgabe zu akzeptieren, dass sie die Bewohner nur begrenzt verändern können. Das erfordert hohe persönliche Ressourcen und Anpassungskompetenzen sowie individuelle Möglichkeiten, mit auftretendem Stress, Problemen, Konflikten und Schwierigkeiten umzugehen.

3. Zugrunde liegende Konzepte und Theorien

Im Laufe der Geschichte und der weiterentwickelten Forschungen und Betrachtungsweisen hat die Familie als Ressource zur Verbesserung des Erkrankungsverlaufs und in der sozialen Rehabilitation psychisch erkrankter Menschen stark an Bedeutung gewonnen. Zum einen mit der **Abkehr von stigmatisierenden ätiologischen Ansätzen**, wie beispielsweise dem Konzept der „schizophrenogenen Mutter“, das die alleinige Ursache der psychischen Erkrankung in der krankmachenden Familie sieht, und zum anderen dem wachsenden Stellenwert der gemeindenahen psychiatrischen Versorgung.

Ein entscheidender Faktor im Forschungsverlauf und in der Sichtweise der Familie im Hinblick auf die gesundheitsfördernde Betreuung eines psychisch erkrankten Menschen ist Anfang der 1970er Jahre die Entdeckung von Brown, Birley und Wing gewesen, die besagt, dass bei Familien mit einem sogenannten „high-expressed-emotion“-Muster familiärer Kommunikation das Wiedererkrankungsrisiko schizophrener Patienten deutlich erhöht ist. Sie entwickelten daraus das **Expressed-Emotion-Konzept**, eine Theorie, die Aussagen über den Therapieverlauf bei psychiatrischen Erkrankungen wie der Schizophrenie innerhalb der Familienbindungen empirisch belegt. Angehörige haben demnach entscheidenden Einfluss auf den Krankheitsverlauf. In einem Testverfahren kann ermittelt werden, ob die Angehörigen einem High-expressed-Emotion- oder Low-expressed-Emotion-Status angehören, dazu wird das Camberwell Family Interview, ein halbstandardisiertes Interview zur Erfassung der Expressed-Emotion-Ausprägung bei Familienangehörigen von psychisch kranken Menschen, angewandt. High-expressed-Emotions bedeutet dabei, dass die Familienangehörigen gegenüber dem Patienten übermäßig häufig Kritik äußern, Feindseligkeiten zeigen oder von einem emotionalen Überengagement gekennzeichnet sind. Der Einfluss auf den Verlauf von Schizophrenie wurde dabei empirisch nachgewiesen, ebenso wie eine höhere Rückfallquote bei Patienten aus so genannten High-expressed-Emotion-Familien im Vergleich zu Personen, die nicht in einer High-expressed-Emotion-Umgebung leben. Möglicherweise gelten ähnliche Aussagen bei Depressionen und anderen psychischen Erkrankungen.

Als Ursache dafür werden zwei Erklärungen herangezogen:

- die Coping-Mechanismen der Patienten, die bei einer Schizophrenie ohnehin schon reduziert sind, werden durch High-expressed-Emotions-Familien überstrapaziert.

- - Patienten aus High-expressed-Emotions-Familien sind bereits initial gestört (vgl. Wikipedia – Expressed-Emotion-Konzept 2009), (vgl. Wikipedia – Camberwell Family Interview 2009).

In der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen und der Frage nach den Ursachen und Rehabilitationsmöglichkeiten liegt das **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** als akzeptiertes und derzeit aktuelles Erklärungsmodell vor, um die Entstehung psychischer Erkrankungen modellhaft aufzuzeigen. Dieses nimmt an, dass psychisch erkrankte Menschen eine Disposition (=Vulnerabilität) für die Erkrankung haben, die zum Beispiel genetisch, biochemisch oder durch Persönlichkeitseigenschaften bedingt sein kann. Die Krankheit bzw. ein Rezidiv bricht laut dem Modell beim Hinzutreten bestimmter Stressoren, insbesondere „life events“, und eine durch „high-expressed-emotion“ geprägte Familienatmosphäre aus (vgl. Al-Shajlawi, A., Berger, M., Hecht, H. 2004).

Die **Betreuungsteams** orientieren sich in ihrer **fachlich-professionellen** Arbeit an unterschiedlichen **Konzepten**. Das Konzept des **Casemanagement** wird von vielen Teams angewandt und dient dem Aufbau eines zielgerichteten Systems von Zusammenarbeit, das von den Betreuungsteams organisiert, kontrolliert und ausgewertet wird, das am konkreten Unterstützungsbedarf des einzelnen Klienten ausgerichtet ist und an deren Herstellung die betroffenen Personen konkret beteiligt werden. Dem Betreuungsteam fällt dabei die Rolle des Moderators mit Letztverantwortung zu, der im Prozess der Hilfe die Bedürfnisse des Klienten einschätzt, die Planung und Sicherung der Bereitstellung medizinischer und sozialer Dienstleistungen koordiniert, die Prioritäten setzt und gegebenenfalls zukünftig Standards erarbeitet beziehungsweise festlegt und für ihre Einhaltung sorgt (vgl. Löcherbach, P. 2009).

Auch das aus der Psychoanalyse stammende **Konzept der Übertragung und Gegenübertragung** findet im Betreuten Wohnen in Familien Beachtung. Dabei wird unter diesem Konzept eine Form der Übertragung verstanden, bei der ein Betreuer auf einen Klienten reagiert und seinerseits seine eigenen Gefühle, Vorurteile, Erwartungen und Wünsche auf diesen richtet. Der Betreuer verlässt hierbei aus verschiedenen Motiven, in der Regel vorübergehend, seine objektive Position. Daher galt die Gegenübertragung in den Anfängen der Psychoanalyse als störender Einfluss, den der Betreuer sich bewusst machen und beseitigen müsse. Die moderne Psychoanalyse sieht die Gefühle des

Betreuers gegenüber dem Klienten auch als „Resonanzboden“, durch den er Informationen über den Klienten gewinnen kann und der es ihm ermöglicht, bessere Einschätzungen zu machen und über die Situation zu urteilen.

Eine weitere Form der Ausrichtung der Arbeit der Betreuungsteams sind **milieuthera-
peutische Ansätze**, bei denen besonderer Wert auf die bewusste und gezielte Koordination aller organisatorischen und therapeutischen Maßnahmen gelegt wird. Es hat für das Betreute Wohnen in Familien in besonderer Weise Geltung, da ihm zugrunde liegt, dass Menschen in ihrer sozialen Entwicklung, ihrer Orientierung und ihren Handlungsdispositionen im Wesentlichen durch Einflüsse der sozialen Umwelt determiniert werden.

Ziel ist es, das Umfeld der Bewohner als eine Stütze zu gestalten und somit den Einschränkungen durch die Erkrankung entgegenzuwirken, früher vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten neu zu entwickeln und ein menschliches, der persönlichen Lebensgeschichte angepasstes und vom pathologischen Stress befreites Leben der Bewohner zu erreichen (vgl. Staack, S. 2004).

Die Vergangenheit des Betreuten Wohnens in Familien hat gezeigt, wenn auch bisher kaum mit empirischen Befunden, dass die Bedingungen eines durchschnittlichen Alltags heilsam auf psychisch erkrankte Menschen wirken. Es kann also von einem Alltag als Therapie die Rede sein, indem Abläufe täglich neu ausgehandelt und strukturiert werden, keine Standardroutinen und daraus resultierende Kompetenzverluste vorhanden sind und der Alltag an sich sinnhafte Anforderungen an alle Beteiligten stellt. Dabei ist es nach Cebula unbestritten, dass die Unterstützung durch Gastfamilien therapeutische Auswirkungen hat. Aus seiner Sicht gibt es salutogene Faktoren, die durch das Betreute Wohnen in Familien einen positiven Effekt haben. Zum einen ist für den psychisch erkrankten Menschen die Vorstellung, das Privatleben innerhalb einer (neuen) Familie mit anderen zu teilen, ein positiver Einflussfaktor. Er spürt an seinem neuen Platz, dass er als Mensch eine andere Rolle spielt und spielen kann, er lernt, sich anzupassen. Zum anderen lernt die Gastfamilie, mit dem andersartigen Verhalten des psychisch erkrankten Bewohners umzugehen (vgl. Cebula, J. C. 2008).

Dieser Alltag als Therapie, wie er im Betreuten Wohnen in Familien praktiziert wird, bedeutet nach Dörner ein „Sich-Einlassen auf eine Person und deren Entwicklung, ein Sich-Einlassen auf einen ganzen Kosmos zwischenmenschlicher, machtausübender,

kultureller und finanziell-materieller Gegebenheiten“ (vgl. Dörner, K., Plog, U., Teller, C., Wendt, F. 2007).

Das Konzept des **Empowerment** bildet speziell in der Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen einen wichtigen Arbeitsansatz ressourcenorientierter Intervention.

Es bezeichnet Strategien und Maßnahmen, die geeignet sind, den Grad an Autonomie und Selbstbestimmung im Leben der psychisch erkrankten Menschen zu erhöhen und versucht sie bei der (Rück-)Gewinnung ihrer Entscheidungs- und Wahlfreiheit, ihrer autonomen Lebensgestaltung zu unterstützen und sie zur Weiterentwicklung zu motivieren.

Im Hinblick auf die vielseitigen Schwierigkeiten des Klientels stehen die Stärkung (noch) vorhandener Potenziale und die Ermutigung zum Ausbau dieser Ressourcen im Vordergrund, im Gegensatz zu einer defizitären Orientierung. Es kann als ein Konzept bezeichnet werden, das sich durch eine Abwendung von einer defizitorientierten hin zu einer stärkenorientierten Wahrnehmung auszeichnet. Die psychisch erkrankten Menschen sollen zu einem höchst möglichen Maß an Autonomie geführt werden, und immer wieder motiviert werden, über erlebte und selbst gesetzte Grenzen hinauszugehen. „Die professionelle Unterstützung beinhaltet dabei auch die Schaffung demokratischer Strukturen und den Abbau von Hierarchien in den Institutionen, ebenso wie die Schaffung von Möglichkeiten zur Mitgestaltung und Einflussnahme auf politischer Ebene. Professionelle Sozialarbeit stellt sich hierbei als koordinierende und vermittelnde Unterstützung in Zusammenarbeit mit den Betroffenen dar“ (vgl. Theunissen, G., Plautte, W. 2002; vgl. Empowerment unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Empowerment>).

Dabei wird ein weiterer wichtiger Aspekt deutlich, der zu dem Theoriekomplex der Lebensweltorientierung führt, einem maßgeblich von Hans Thiersch geprägten Paradigma, das eine hohe Korrelation zum Betreuten Wohnen in Familien aufweist.

Lebensweltorientierung bedeutet, in Abkehr von klassischen, medizinisch geprägten Hilfeformen wie Anamnese, Diagnose und Therapie, die individuellen sozialen Probleme der Betroffenen in deren Alltag in den Blick zu nehmen sowie den Selbstdeutungen und Problembewältigungsversuchen der Betroffenen mit Respekt und Takt, aber auch mit wohlwollend-kritischer Provokation im Zielhorizont eines „gelingenderen Alltags“ zu begegnen. Solchermaßen verstandene und strukturierte, an der Lebenswelt des Betroffenen orientierte Hilfe ist in die sozialen Strukturen auf lokaler Ebene einge-

bettet, mischt sich aber auch in anwaltlicher Funktion in die sozialpolitische Gestaltung der soziale Probleme mit bedingenden gesellschaftlichen Rahmenverhältnissen ein. Der Respekt und die Akzeptanz fremder Lebensentwürfe erschweren eine Standardisierung der Arbeitsabläufe in der Sozialen Arbeit. Von den Fachkräften wird daher ein hohes Maß an kritisch-reflexiver Bewertung ihrer Arbeit und ihrer Rolle in der Lebenswelt der Betroffenen erwartet (vgl. Lebensweltorientierung unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Lebensweltorientierung>).

Als wesentliche **Grundprinzipien** des Handlungskonzepts der Lebensweltorientierung sind zu nennen:

- die Prävention, also die Orientierung an positiven, lebenswerten und erwünschten Verhältnissen beim Bewohner, innerhalb der Betreuungsfamilie, zwischen Bewohner und Familie und auch zum Betreuungsteam, sowie rechtzeitige Hilfe zur Stabilisierung und zu eventueller Abwendung von Eskalation, gewährt durch die regelmäßigen Besuche und Moderation des Betreuungsteams.
- die Regionalisierung im Sinne von Dezentralisierung, das Anknüpfen an lokale Strukturen und kleinräumige Förder- und Unterstützungskonzepte, mit der Familie als kleinste lokale Einheit und ergänzenden regionalen Konzepten der Freizeit- und Arbeitsgestaltung.
- die Alltagsorientierung als Wahrnehmungsfähigkeit und Handlungsprinzip. Menschen, sowohl Bewohner als auch Familienmitglieder mit ihrer Lebenserfahrung, sind zu respektieren, die Deutungsmuster der Betroffenen werden angenommen.
- die Fähigkeiten zur Selbsthilfe gilt es zu unterstützen, niederschwellige Hilfsangebote sollen aufgebaut und Aktivitäten gefördert werden (Empowerment).
- die Partizipation als umfassende Teilhabe der Betroffenen am Hilfeprozess, darunter fallen regelmäßige Gespräche mit den Bewohnern, Teilnahme und Mitbestimmung an Plangesprächen.
- die Integration, verstanden als Ziel, Prozesse der Ausgrenzung von Randgruppen zu verhindern. Die Bewohner werden in die Gesellschaft integriert, leben in den Familien und nehmen am sozialen Leben teil.

Mit dieser Orientierung wird gleichzeitig die Frage nach den die Lebenswelt bestimmenden politischen, ökonomischen, sozialen Strukturen und normativen Orientierungen aufgeworfen und damit die Frage nach dem Stellenwert der Sozialen Arbeit in der Gesellschaft gestellt (vgl. Fachgebärdenlexikon Sozialarbeit/ Sozialpädagogik unter <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/152/15278.htm>).

Eine nähere Betrachtung des Betreuten Wohnens in Familien im Blickwinkel der Theorie der Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch wäre interessant, kann aber im Rahmen dieser Diplomarbeit nicht stattfinden.

Von den **Familien** werden verschiedene Formen und Konzepte oftmals unbewusst angewandt, dazu gehört, dass jedes Individuum unterschiedliche Formen des Umgangs mit erlebten Stresssituationen hat. Dabei entwickelt jeder Mensch unterschiedliche **Copingstile**, also kognitive Verarbeitungsprozesse, die vom Auftreten der Stresssituation über die Bewältigung bis hin zu einer Vermeidungsstrategie für die Zukunft reichen. Lazarus nimmt eine Unterscheidung in drei Arten der Stressbewältigung vor:

- das problemorientierte,
- das emotionsregulierende
- und das bewertungsorientierte Coping.

Dies zeigt sich oftmals ganz konkret in direkten Verhaltensweisen, zum Beispiel in der Informationssuche über einen bestimmten Sachverhalt oder ein Verhalten, aber auch im Abbau entstandener emotionaler Erregung, beispielsweise durch sportliche Aktivität. Die verschiedenen Strategien und Stile der Familienmitglieder haben sich oftmals im Laufe der Zeit entwickelt und laufen ab, ohne bewusst reflektiert zu werden. Es tritt oft erst ins Bewusstsein, wenn geeignete Copingstrategien fehlen oder nicht mehr ausreichen und Stresssituationen nicht mehr oder nur noch schwer bewältigt werden können. Solche Situationen sollten im Betreuten Wohnen in Familien von den Betreuungsteams erkannt und Hilfestellungen entwickelt werden.

3.1 Erfolg – Outcome

Eine weitere wichtige Frage stellt sich nach der Bewertung der Betreuung eines psychisch erkrankten Menschen in einer Familie, also der Einschätzung über den **Erfolg** des Betreuten Wohnens in Familien.

Die **betreffenden Akteure** sind wesentlich am Erfolg beteiligt und stellen Erfolgsfaktoren dar. Ein erkrankter Mensch, der von seiner nicht funktionierenden eigenen, ursprünglichen Familie abgelehnt wird, kann wieder einen Platz in einer anderen Gemeinschaft mit anderen Verhaltensmustern und anderen Beziehungsstrukturen finden, da das konkrete Verhalten einer Gastfamilie im Alltag Auswirkungen hat auf das daran gekoppelte Verhalten des Bewohners. Es kann also schon die Aufnahme eines erkrankten Menschen in das Betreute Wohnen in Familien ein positiver Faktor sein, wenn das Leben in der eigenen, ursprünglichen Familie sowie die Pflege durch ein professionelles Pflegeteam in einer Klinik, die in dem Klienten nur den „chronisch Kranken“ sehen, nicht zum gewünschten Erfolg führt.

Die Betreuung in einer Familie kann allerdings nur dann Erfolg versprechend sein, wenn die Betreuung nicht zur Überwachung eines „Verrückten“ oder zum Aufenthalt eines „Ausgestoßenen“ wird, wie beispielsweise in der geschichtlichen Entwicklung geschehen, als aus wirtschaftlichen Gründen Patienten von Kliniken in ländliche Regionen deportiert wurden, wo keinerlei familiäre Geborgenheit zu erwarten war.

Doch auch wenn sich der pathologische Zustand eines Bewohners verbessert, kann seine Verfassung nach wie vor sehr fragil sein. Es hängt zu einem großen Teil von der betreuenden Familie, also von ihrer Einstellung, Präsenz und Kompetenz ab. Mangelnde Kompetenz und ein nicht ausgeprägtes Einfühlungsvermögen kann gewisse Probleme oder Ängste eines Bewohners aufs Neue auslösen, was eine Besserung des Zustandes des Bewohners von vornherein begrenzt und wenig Hoffnung auf Fortschritte zulässt.

Viele Faktoren haben auf die Lebensqualität eines psychisch erkrankten Menschen **entscheidenden Einfluss**, zum Beispiel die Dimensionen der Behandlung, Kontinuität und Koordination der Versorgung. Dabei leistet die medizinische Forschung mit der Entwicklung verbesserter Psychopharmaka einen großen Beitrag, um den erkrankten Menschen zu helfen, trotz ihrer Krankheit ein Leben außerhalb psychiatrischer Anstalten zu führen. Der Ausbau gemeindepsychiatrischer Strukturen und ein neues Selbst-

bewusstsein psychisch erkrankter Menschen und ihrer Angehörigen sind weitere Bestandteile (vgl. Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Holzinger, A. 1999).

Unabhängig von den Faktoren, die zu einem Erfolg führen, müsste jedoch zuvor geklärt sein, **was unter Erfolg zu verstehen** ist, das angestrebte Ziel, das Erfolg bedeutet, müsste benannt, definiert und operationalisiert sein.

Die Liste der möglichen Einschätzungen, die eine Betreuung erfolgreich macht, ist jedoch lang und keinesfalls einheitlich.

Beurteilungen über eine erfolgreiche Betreuung, wenn für den Bewohner in die Familie eine „gute Integration“, (was noch näher zu definieren wäre) erfolgt ist, werden ergänzt durch zeitliche Aspekte, die Dauer der Betreuung sowie die dauerhafte Installierung des Bewohners in einer Familie. Andere Einschätzungen gehen in die Richtung, dass eine Unterbrechung vorheriger Verhaltensmuster und damit Veränderungen, die es einem Bewohner ermöglichen, neue Erfahrungen im Hinblick auf ein neues, gesellschaftliches Leben zu machen, einen Erfolg darstellen und somit das Leben der Bewohner verbessert oder in Einklang gebracht wird.

Ein umfassendes Konzept stellt dazu die **Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit – ICF** dar, in der international anerkannte Grundprinzipien der Hilfen für Menschen mit Behinderung verankert sind.

Im Zuge der Operationalisierung erfolgt hier eine Unterteilung in die zwei Bereiche Körperfunktionen/Körperstrukturen sowie Aktivitäten/Partizipation (Teilhabe) mit einer anschließenden ausführlichen Auflistung, Definition und Erklärung der einzelnen Parameter (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2009). Bei einer Untersuchung des Betreuten Wohnens in Familien mit dem Ziel der Messung der Lebensqualität sollten eventuell weitere Parameter hinzukommen, wie etwa *materielle Gegebenheiten*: Räumlichkeiten, Ausstattung der Räume, Eigentum, finanzielle Mittel womit das Umfeld noch näher in Betracht gezogen wird.

Diese ganzheitliche Perspektive hat das **Konzept der Lebensqualität** für Bewohner des Betreuten Wohnens in Familien im Blick. Es gewinnt in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung, auch aus dem Grunde, dass ein wissenschaftlicher Konsens darüber besteht, dass mittels des Grades an Lebensqualität der Outcome, also das Ergebnis,

das durch die psychiatrische Intervention erzielt wird, gemessen werden kann. Es gilt als wichtiges Konzept zur Untersuchung der Wirkung von professioneller Unterstützung auf Lebenslagen von Menschen mit Unterstützungsbedarf (vgl. Beck, I. 2001). Wesentlicher Bestandteil des Konzepts ist die Einschätzung der persönlichen Zufriedenheit mit den jeweils gegebenen Bedingungen durch den Klienten und somit Nutzer der Unterstützungsangebote selbst. Die Qualität der Unterstützung kann, so Heiner Keupp, nur vom Klienten, der Hilfe benötigt, selbst beurteilt werden:

„Wir haben kein Recht, für die Betroffenen zu definieren, was für sie gut und qualitativ ist. Dieses Handeln birgt die Gefahr der Bevormundung, der fürsorglichen Belagerung. Notwendig ist eine Perspektive, die Lebenssouveränität fördert, also eine Empowerment-Perspektive, und die ist ohne weitestgehende Einbeziehung der Betroffenen nicht vorstellbar“ (vgl. Keupp, H. 2000).

Es gilt also herauszufinden, was der Einzelne für ein subjektiv zufrieden stellendes Leben braucht, um daran den Unterstützungsbedarf zu messen.

Die subjektive Perspektive allein reicht zur Beurteilung der Qualität jedoch nicht immer aus, weil eine geäußerte Zufriedenheit bei objektiv schlechten Lebensumständen Veränderungen verhindern und den Status quo zementieren kann. Darum werden im Konzept der Lebensqualität objektive Bedingungen *und* subjektive Zufriedenheit miteinander verknüpft. Die objektive Einschätzung der Lebensbedingungen basiert auf Standards der Behindertenhilfe, die sich an den Leitideen Normalisierung, Integration, Selbstbestimmung, Partizipation und Inklusion sowie den Rechten behinderter Menschen orientieren. Sie beziehen sich auf objektiv feststellbare personale, strukturelle und institutionelle Aspekte unter besonderer Berücksichtigung der persönlichen Werte und Ziele. Diese sind geprägt durch biographische, kulturelle, alters-, geschlechtsspezifische und behinderungsbedingte Aspekte sowie Persönlichkeitsmerkmale und die aktuelle Lebenssituation. Das Konzept macht deutlich, dass objektive Bedingungen wichtige, aber keine hinreichenden Bedingungen von Lebensqualität sind. Entscheidend sind das subjektive Wohlbefinden und die Erfüllung individueller Bedürfnisse in der jeweils gegebenen Situation.

Acht Kernbereiche sind dabei von zentraler Bedeutung und den individuellen Bedürfnissen und Interessen entsprechend zu operationalisieren: Rechte, soziale Inklusion, Selbstbestimmung, physisches Wohlbefinden, persönliche Entwicklung, materielles Wohlbefinden, zwischenmenschliche Beziehungen und emotionales Wohlbefinden (vgl. Seifert, M. 2006).

Empirische Untersuchungen über die Wirksamkeit des Betreuten Wohnens in Familien liegen bisher relativ **wenige im deutschen Raum** vor.

Es gibt somit kaum Ergebnisse zu Untersuchungen, ob durch das Leben in einer neuen Familie im Betreuten Wohnen in Familien ein Zuwachs im Bereich der Lebensqualität festzustellen ist. Nicht zuletzt aus dem Grund, dass es, wie bei allen nicht tangiblen sozialen Dienstleistungen, schwierig ist, die Wirksamkeit zu messen und den Erfolg auf spezifische Faktoren zurückzuführen (vgl. Kallert, T. W. 2005). Somit können über die Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner im Betreuten Wohnen in Familien kaum empirisch belegte Aussagen gemacht werden.

Es fehlen wissenschaftliche Untersuchungen und eine empirische Untermauerung der sichtbaren Ergebnisse.

4. Betreutes Wohnen in Familien – Beschreibung der Situation der Betreuungsfamilien in Bayern: eine empirische Untersuchung

In der empirischen Wissenschaft geht es um das Erklären von Phänomenen, sie beruht auf Erfahrung durch menschliche Sinne und man geht von Erfahrungstatsachen aus. Dabei findet Forschung immer in einem gesellschaftlichen Umfeld statt. Die Art und Weise, wie ein Forscher seinen Gegenstandsbereich wahrnimmt und zu erklären versucht, hängt maßgeblich davon ab, was er gelernt hat.

„Mit Hilfe quantifizierbarer Methoden werden Strukturen über individuelle Zusammenhänge und Regeln zwischen Begebenheiten aufgedeckt, indem soziale Gegebenheiten über einen Operationalisierungsvorgang messbar gemacht werden, um dann statistische Analysen anzuwenden“ (vgl. Raithel, J. 2006).

Ziel ist es, neue Erkenntnisse zu einer konkreten Fragestellung zu gewinnen.

Bei einer empirischen Untersuchung ist es neben den erzielten Ergebnissen auch wichtig, die Einflussgrößen, die der Untersuchung zugrunde liegen, zu registrieren, um weitere Schlüsse ziehen zu können. Außerdem muss die Untersuchung jederzeit wiederholbar und transparent, das heißt auch von anderen durchführbar sein.

4.1 Fragestellung

Phänomenologie

Jede Betreuungsfamilie des Betreuten Wohnens in Familien ist anders, individuell, unterschiedlich, lebt in einer unterschiedlichen Situation. Sie setzt sich je aus unterschiedlichen Familienangehörigen, -konstellationen, -charakteren usw. zusammen.

Unter der **Situationsbeschreibung** dieser Untersuchung wird verstanden, dass die strukturellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten analysiert, vorhandenes fachliches Wissen abgefragt, Einschätzungen der Familien über die zeitliche und emotionale Belastung bei der Betreuung des Bewohners gesammelt, verschiedene Formen der Kommunikation festgehalten, auf vorhandene Bewältigungsstrategien eingegangen, mehr über die Motivation der Familien erfahren und mögliche Veränderungen im Vergleich zur Zeit vor der Betreuung erfasst werden.

Unter dem **Betreuten Wohnen** in Familien wird hierbei verstanden, dass eine Familie mit vertraglicher Bindung und finanzieller Entlohnung langfristig einen psychisch erkrankten Menschen bei sich aufnimmt, sich um ihn kümmert und für ihn sorgt. Der Gast lebt in der Familie wie ein Familienmitglied.

Das Betreute Wohnen in Familien kann beschrieben werden als ein Ort, an dem sich der Alltag, die Beziehungen, kurz das familiäre Zusammenleben zwischen psychisch erkranktem Mensch und Familie des Betreuten Wohnens abspielt.

Hierbei ist mit **Familie** jeder Haushalt gemeint, dem eine angemessene Betreuung eines psychisch erkrankten Menschen vom Betreuungsteam zugetraut wird, unabhängig von der Struktur des Haushaltes.

Die Situation **in Bayern** ist derzeit gekennzeichnet von einem regen Interesse am Betreuten Wohnen in Familien und einem starken Anstieg in den letzten Jahren an Betreuungsverhältnissen. Es existieren derzeit insgesamt neun Einrichtungen, in denen Betreuungsteams psychisch erkrankte Menschen und Familien im Betreuten Wohnen in Familien begleiten. Von jedem Team werden im Durchschnitt etwa zwölf Familien betreut, die Anzahl der psychisch erkrankten Menschen beträgt nicht mehr als maximal zwei Personen in einer Familie.

Durch die empirische Untersuchung in den Familien soll ihre **Situation erforscht bzw. analysiert** und damit ein Beitrag zu **mehr Transparenz** der Arbeit des Betreuten Wohnens in Familien geleistet werden, die sich im abgeschlossenen Raum Familie abspielt und in den nur Betreuungsteams gelegentlich Einblick haben.

Die Situationsbeschreibung soll helfen, dass das Betreute Wohnen in Familien aus seiner marginalen Stellung in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft durch umfassende Informationen heraustreten kann und ein Bewusstsein für die Arbeit und die zu erzielenden Effekte entsteht.

Bisherige fachliche Befunde aus der Literatur weisen darauf hin, dass Betreutes Wohnen in Familien zum großen Teil in ländlichen Gebieten stattfindet. Ebenso hat es sich als prognostisch günstig für chronisch psychisch kranke Menschen erwiesen, wie bei Schmidt-Michel und Konrad in den „Sozialpsychiatrischen Informationen (34)“ nachzulesen ist, wenn Familien folgende praktisch-sachliche Kriterien erfüllen:

- das Vorhandensein von Kindern und Haustieren
- Platz in dem und um das Haus
- die Wahrnehmung einer klaren und eindeutigen Kommunikationsweise bei der Gastfamilie
- Dominanz eines praktisch zupackenden gegenüber einem psychologisierenden Handlungskonzept

„Man könnte also sagen, dass die psychiatrischen Institutionen sich die Anregungen zu einer systematischen Milieuthérapie einfach von dem ursprünglichen Vorbild „Familie“ abguckt hatten. Da liegt der Gedanke nahe, dass die Kopie doch eigentlich nicht besser sein kann als das Original“ (vgl. Schmidt-Michel, P.-O., Konrad, M. 2004).

4.2 Methode

Nach der erfolgten **Problemformulierung** bzw. Problembenennung zeichnen sich weitere planmäßige Schritte zur Analyse der vorhandenen Forschungsfrage ab. Aus den beschriebenen Zusammenhängen ergeben sich nicht beobachtbare Konstrukte, die es anhand von Hypothesen mit empirischem Gehalt zu überprüfen gilt.

Hypothesen stellen einen Erklärungsversuch eines bestimmten Sachverhalts mit Aussagen über einen Zusammenhang zwischen mindestens zwei Variablen dar. Ihre Bildung und Sammlung sind notwendige Schritte für eine empirische Untersuchung. Abgeleitet aus der fachlichen Befundlage der Literatur lassen sich so Aussagen machen, die nach einer Überprüfung mit der empirischen Befundaufnahme als vorläufig bestätigt oder widerlegt gelten.

Ebenso wichtig ist eine **exakte Definition** aller verwendeten Begriffe bzw. zu untersuchenden Zusammenhänge unter Angabe der Dimensionen, auf die sich die Begriffe beziehen, um dem Gütekriterium der Objektivität gerecht zu werden, sodass für jeden nachvollziehbar wird, was gemeint ist und welche Dimensionen berücksichtigt werden. Dazu muss eine **Operationalisierung** erfolgen. „Die Operationalisierung eines Begriffes besteht in der Angabe einer Anweisung, wie Sachverhalte, die der Begriff bezeichnet, gemessen werden können“ (vgl. Schnell, R., Hill, P. B., Esser, E. (2005).

Zugleich ist die **Zusammenstellung der Stichprobe**, die für die Untersuchung relevant ist, von Bedeutung. Aus der Fragestellung ergeben sich Eingrenzungen und Vorgaben hinsichtlich der zu untersuchenden Grundgesamtheit.

Die geregelte und nachvollziehbare **Auswahl** von geeigneten **Erhebungsverfahren**, die der empirischen Begründung von Aussagen dient, schließt sich an.

Alle theoretisch bekannten Verfahren müssen gleichermaßen in Betracht gezogen und Anwendungsmöglichkeiten für das jeweilige Thema abgewogen werden. Dabei werden die verschiedenen Vor- und Nachteile der einzelnen Verfahren durchdacht, um eine Entscheidung über das passende Verfahren oder eventuelle Kombinationen zutreffen. Auf diese theoretische Entscheidung folgt die praktische Umsetzung und Festlegung des Forschungsdesigns sowie ein vorläufiger Entwurf des Erhebungsinstruments.

Nach der vorläufigen Fertigstellung des Erhebungsinstruments sollte ein **Pretest**, eine der eigentlichen Befragung vorgeschaltete Befragung mit deutlich geringerer Stichprobengröße, durchgeführt werden und dabei auf Anwendbarkeit, Vollständigkeit, Verständlichkeit und Qualität überprüft sowie eventuell festgestellte Mängel bei einer erneuten Überarbeitung behoben werden.

Um eine reibungslose und möglichst schnelle Durchführung der Untersuchung zu gewährleisten, sollte bei der **Erhebungsvorbereitung** im Vorfeld eine Information aller Beteiligten erfolgen sowie nötige Genehmigungen und/oder Einwilligungen eingeholt werden. Auch eine Dokumentation der Erhebungsphase ist wichtig, um die Objektivität und Nachvollziehbarkeit der Erhebung zu gewährleisten.

Im zeitlichen Ablauf erfolgt darauf die **Datenerhebung**, also die konkrete Durchführung der empirischen Untersuchung. (Erläuterungen dazu erfolgen im Kapitel 4.2.3 Durchführung).

Um die erhobenen **Daten** für die Untersuchung und Analyse nutzbar zu machen, müssen sie in einem nächsten Schritt (in der Regel digital) festgehalten, gespeichert und mittels Analyseprogramm **aufbereitet** werden. Dabei erfolgt durch die Dateneingabe die Erstellung einer Datenmatrix, die nach einer eventuell notwendigen, ausschließlich technisch motivierten Datenbereinigung Analysen zulässt. Es sollte darauf geachtet werden, dass die erhobenen Daten plausibel, vollständig und konsistent sind, also dass jeder Fall bzw. jede Antwortdimension von der Datenmatrix erfasst wird.

Bei der **Datenanalyse** ergeben schon einfache deskriptive Auswertungen erste Ergebnisse (z. B. Häufigkeitsverteilungen), weitere Analysen wie etwa Assoziationsprüfungen sind sinnvoll und notwendig (z. B. Korrelationen). Je nach Komplexität der Fragestellungen und Art der Daten können auch multivariate Analyseverfahren zum Einsatz kommen, welche zu den komplexesten statistischen Analysemethoden gezählt werden.

Abschließend erfolgt die **Beschreibung der Ergebnisse** sowie die **Interpretation** der gewonnenen Daten. Es werden die Hypothesen mit den neu gewonnenen Daten verglichen und daraus systematisch, das heißt nachvollziehbar, methoden- und selbstkritisch und unter Äußerung der beizumessenden Bedeutung der Ergebnisse Schlüsse gezogen. Zu guter Letzt kann eine gute Diplomarbeit an entsprechenden Stellen publiziert werden.

4.2.1 Untersuchungsteilnehmer

Vordergründig zu klären ist bei der Frage der Untersuchungsteilnehmer eine Festlegung des Objektbereichs, also die Frage, auf wen sich die gegebene Fragestellung bezieht. Dies erfolgt über die Bestimmung der Grundgesamtheit. Es ergibt sich in der vorliegenden Untersuchung aus der festgelegten Thematik eine Einschränkung der Untersuchungsteilnehmer auf Personen, die in Bayern im Rahmen des Betreuten Wohnens in Familien einen psychisch erkrankten Menschen bei sich in ihrer Familie aufgenommen haben. Die Anzahl der möglichen, existierenden Fälle des Betreuten Wohnens in Familien in Bayern beläuft sich auf eine überschaubare Ziffer. Deshalb wird eine **Vollerhebung** angestrebt, die im Hinblick auf die im Rahmen dieser Diplomarbeit zur Verfügung stehenden Mittel leistbar erscheint. Die Stichprobe ist also identisch mit der Grundgesamtheit, auf die sich die Fragestellung bezieht.

An der Untersuchung teilgenommen haben 28 Bezugspersonen des Betreuten Wohnens in Familien in Bayern. Sie sind zwischen 28 und 71 Jahre alt und in der Mehrzahl weiblich (84 %), eine Familie sowie ihr Gast sind gehörlos.

Trotz des quantitativen Forschungsansatzes kann durch die gegebene Rücklaufquote von 35 % und die damit verbundene ungewollte, nicht systematische Selektion nicht von einer repräsentativen Umfrage gesprochen werden. Die vorliegenden Ergebnisse sind somit exemplarisch zu sehen und nicht auf alle in Bayern lebenden Familien des Betreuten Wohnens übertragbar oder allgemeingültig.

Trotzdem können aufschlussreiche Indikatoren und Tendenzen für die Fragestellungen dieser Arbeit aus den erstellten Analysen geliefert werden.

4.2.2 Verfahren

Aus den thematischen Vorgaben ergibt sich, dass es sich um eine Untersuchung einer bestimmten Population zu einem bestimmten Zeitpunkt bzw. in einem begrenzten Zeitraum, also um eine **Querschnittsstudie** handelt.

Die Form der Querschnittsstudie ist dann sinnvoll, wenn das Untersuchungsziel die Beschreibung der Grundgesamtheit zu einem bestimmten Zeitpunkt ist und weniger Wert auf die Untersuchung kausaler Einflüsse gelegt wird.

Durch das vorgegebene Ziel der Untersuchung der Situationsanalyse der Familien, also der Strukturdaten und Konstellationen erscheint eine quantitative Befragung gegenüber einer qualitativen Untersuchung in Form von Einzelfallstudien sinnvoller, um ein

möglichst breites Spektrum erfassen und vergleichen zu können. Die Bezugspersonen bringen soziale Kompetenzen mit, um den Gast zu fördern und zu begleiten, somit wird vermutet, dass sie kaum Schwierigkeiten haben sollten, an einer Befragung selbstständig und ohne detaillierte persönliche Anleitung teilzunehmen. Da aus Datenschutzgründen eine direkte Kontaktaufnahme mit den Familien nur äußerst schwierig möglich ist, wurde nach einer Abwägung der gegebenen Vor- und Nachteile der möglichen Erhebungsverfahren und unter Berücksichtigung des Objektbereichs entschieden, die Befragung wenig zeit- und kostenaufwendig und unkompliziert auszufüllen in Form eines **quantitativ orientierten, standardisierten, stark strukturierten, schriftlichen Fragebogens an Einzelpersonen** zu konzipieren, der auf dem **Postweg** über die Betreuungsstellen übermittelt wird.

Sich daraus ergebende **Vorteile** sind ein geringerer Zeit- und Personalaufwand sowie geringere Kosten im Vergleich zu anderen Formen der Befragung. Die einzelnen Fragen können bei einem schriftlichen Fragebogen von den Befragten in aller Ruhe in einem Zeitfenster beantwortet und durchdacht werden und es wird kein Einfluss durch ein Verhalten oder Merkmale eines Interviewers auf die antwortende Person genommen.

Durch die Anonymität der Untersuchungsteilnehmer werden Fragen meist offener und ehrlicher beantwortet, als dies der Fall wäre, wenn Fragen direkt einem Interviewer gegenüber beantwortet werden müssten.

Als **Nachteile** der gewählten Befragungsform können genannt werden, dass die Befragungssituation kaum hinreichend kontrollierbar ist und nur bedingt durch die theoretische Möglichkeit der Kontaktaufnahme Hilfe bei Verständigungsproblemen gegeben werden kann, daraus ergibt sich ein hohes Risiko, dass Fragen gar nicht, unvollständig oder wenig sorgfältig ausgefüllt werden. Aufgrund der Fragestellung, dem Wunsch nach einer umfassenden Situationsbeschreibung und den gegebenen geringen personellen sowie finanziellen Mitteln müssen die Nachteile dieser Art der Befragung in Kauf genommen und das Risiko für Verständigungsprobleme sowie mangelhaft ausgefüllte Fragen so gut wie möglich gering gehalten werden.

Durch die direkte Betroffenheit der Befragten liegt der Schluss nahe, dass ein gewisses Interesse für das Thema vorhanden ist, was vermutlich die Initiative für ein Mitwirken steigern wird. Die Beantwortungszeit des Fragebogens wird nach einem erfolgten **Pretest** auf etwa 15 Minuten veranschlagt, somit so kurz wie möglich gehalten, um den Anreiz des Ausfüllens der Fragebögen hoch zu halten und dabei auf Handhabbarkeit,

Vollständigkeit und Verständlichkeit überprüft. Durch die relativ hohe Seitenanzahl (wenige Fragen auf einer Seite) kann beim Befragten in relativ kurzer Zeit ein Erfolgserlebnis erzielt werden und somit die nötige Motivation, um den Fragebogen komplett auszufüllen, gesteigert werden.

Bei der Frageformulierung wurde darauf geachtet, die Fragen möglichst kurz, klar, verständlich und konkret zu formulieren, ohne Fachbegriffe, Fremdwörter oder abstrakte Formulierungen und Satzstellungen zu verwenden, keine hypothetischen Fragen zu stellen und Suggestivformulierungen zu vermeiden.

Der Fragebogen enthält unterschiedliche Fragearten, den größten Teil bilden **geschlossene Fragen**, die den Vorteil haben, dass die Antworten vergleichbar sind, außerdem besteht eine höhere Durchführungs- und Auswertungsobjektivität. Weitere wichtige Aspekte sind der geringere Zeitaufwand und die leichte Beantwortbarkeit für die Befragten sowie ein geringerer Aufwand bei der Auswertung.

Bei den geschlossenen Fragen gibt es wiederum Unterschiede in der Art der Antwortmöglichkeiten, dabei gibt es sowohl die Möglichkeit der Mehrfachnennungen wie auch des Ausschlusses, also Einzelnennungen.

Des Weiteren werden **halboffene Fragen** gestellt, bei denen Antwortvorgaben gegeben sind sowie gleichzeitig eine Möglichkeit der offenen Antwort. Dies gibt die Möglichkeit, eine an sich geschlossene Frage zu beantworten, auch wenn die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten nicht zutreffend sind.

Die Zahl der **offenen Fragen** wird bewusst gering gehalten, da die Befragten damit oft Schwierigkeiten haben, es zu vielen Antwortverweigerungen kommt und die Auswertung sich ebenfalls schwierig gestaltet, weil die Antworten nur schwer vergleichbar oder Kategorien zuzuordnen sind. Bei den gestellten Fragen mit offener Antwortmöglichkeit ist es wichtig, eigene Meinungen oder Anmerkungen zu erhalten, die nicht vorgegeben oder beeinflusst werden sollten, sodass der Informationsgehalt der Antworten gesteigert werden kann. Die Antworten stellen persönliche Stellungnahmen und Kommentare sowie eventuell Zusatzinformationen wie zum Beispiel persönliche Erfahrungen dar.

Die möglichen **Antwortkategorien** reichen von polarisierenden Ja-/Nein-Optionen bis hin zu Ranking-/Ratingskalen, das heißt es sind jeweils mehrere offene Optionen (z. B.

sehr stark, stark, mittel, niedrig, sehr niedrig) genannt, um mehrere Abstufungen bei der Beantwortung, aber auch bei der späteren Auswertung zu ermöglichen und damit Tendenzen sichtbarer machen zu können.

Die Kategorien werden als präzise, nicht überlappend und erschöpfend gewählt, außerdem ermöglicht eine mittlere Kategorie wie etwa „unentschieden“ oder „weiß nicht“ eine Enthaltung, um die Zahl der Antwortverweigerungen möglichst gering zu halten. Bei der Frageformulierung wird auf eine kurze, einfache, präzise, direkte und eindimensionale Formulierung geachtet sowie darauf, dass in Fragebatterien die Aussagen in unterschiedlicher Richtung gepolt, also Positiv- und Negativformulierungen gemischt sind, sodass einer Zustimmung- oder Ja-sagetendenz entgegengewirkt werden kann.

Die **Gliederung** des Fragebogens erfolgt in **thematischen Blöcken** und einem damit verbundenen Spannungsbogen. Für eine anschauliche Darstellung wurde jeder Themenbereich mit einer Überschrift versehen.

Da die Reihenfolge der Fragestellungen großen Einfluss auf das Antwortverhalten hat, wurde darauf geachtet, die Kausalbeziehungen der Fragen zu beachten und systematische Verfälschungen, verursacht durch die Fragereihenfolge, zu vermeiden. So zum Beispiel der Ausstrahlungseffekt, bei dem nach einer eingangs erfolgten Frage Antworten mit einer bestimmten Tendenz in den darauffolgenden Fragen erwartet werden.

Die Einleitungsfragen dienen der Hinführung zum Thema, sind sehr leicht und schnell zu beantworten und beziehen sich auf die familiäre Struktur. Erhoffte Wirkungen sind ein leichter Einstieg und eine erhöhte Motivation, den Fragebogen weiter auszufüllen und somit die Anzahl der Ausfälle gering zu halten. Bei etwa zwei Drittel des Fragebogens erfolgen die wichtigsten Fragen, abschließend werden freiwillige, interessante, aber nicht fundamental wichtige Fragen zum Thema gestellt.

Durch das gewählte Erhebungsverfahren ergibt sich, dass die Kontrolle über äußere Effekte der Untersuchung kaum bis gar nicht möglich ist. Es wird lediglich zur **Dokumentation der Erhebungsphase** das Datum des Poststempels festgehalten, um einen ungefähren Anhaltspunkt zu haben und ihn gegebenenfalls in Bezug zu allgesellschaftlichen Ereignissen bringen zu können.

Obwohl eine Beeinflussung etwa durch Offenlegung der Hypothesen und Suggestivfragen vermieden wurde, ist auch eine unbewusste (und ungewollte) Beeinflussung durch

die Fragestellungen oder eine Scheinkorrelation durch nicht abgefragte Faktoren nicht auszuschließen.

Die digitale **Datenerhebung** erfolgt mithilfe des Statistikprogramms SPSS, es wird eine Datenmaske erstellt und die Fälle werden in geeigneter Form eingetragen.

4.2.3 Durchführung

Im Rahmen der Erhebungsvorbereitungen erfolgte die Ausgestaltung des Layouts des Fragebogens. Es beinhaltete ein Anschreiben, auf dem der Titel der Studie, ein Briefkopf, Angaben zu Adresse und Kontaktmöglichkeiten mit dem Verfasser der Untersuchung sowie Vermerken über die Freiwilligkeit der Teilnahme, die Anonymität der befragten Personen und die vertrauliche Behandlung der Daten beschrieben wurden. Ziel war es, die Befragten über den Inhalt der Untersuchung zu informieren, deren Bedeutung bewusst zu machen, das Interesse zu steigern und die Motivation zu wecken. Dabei wurde auf ein übersichtlich gestaltetes und strukturiertes Layout geachtet. Der Fragebogen diente der Untersuchung im direkten praktischen Bezug zur Thematik und zur Überprüfung der aufgestellten Thesen.

Die thematischen Hintergründe der Fragen gliederten sich dabei in folgende Bereiche:

- Gestaltung der Familienstruktur des Betreuten Wohnens in Familien
- Aktueller Wissensstand der Familien
- Bedingungen, unter denen Betreutes Wohnen in Familien stattfindet
- Grad und Art der Belastung für die Familien und sich daraus ergebende Formen der Bewältigung.

Nach der erfolgten Formulierung der Fragen für den Fragebogen, der Durchführung des Pretests und den daraus resultierenden Verbesserungen wurden der Fragebogen und das dazugehörige Anschreiben in genügender Anzahl gedruckt.

Die Fragebögen wurden über die Betreuungsstellen des Betreuten Wohnens in Familien in Bayern verteilt. Nach zuvor erfolgter Kontaktaufnahme mit den Betreuungsteams wurde vereinbart, dass die Teams bei ihren planmäßigen Besuchen in den Familien den Fragebogen, der von der Hauptbezugsperson des Gastbewohners ausgefüllt werden soll, weitergeben, womit sowohl die Anonymität der Befragten gewahrt bleibt, als auch Datenschutzproblemen entgegengewirkt werden kann.

Um dabei eine möglichst hohe Rücklaufquote zu erzielen, wurden die Bögen mit bereits frankierten Rückumschlägen verteilt, sodass auf die Familien kein finanzieller

Aufwand zukam, außerdem wurde, um die Seriosität zu steigern, der Zusatz „Forschungsprojekt“ über die private Antwortadresse gesetzt, was zu einer Steigerung der Glaubwürdigkeit und Vertraulichkeit führen sollte. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich über 5 Wochen, vom 02. Februar 2009 bis zum abschließende Rücklauftermin, dem 07. März 2009.

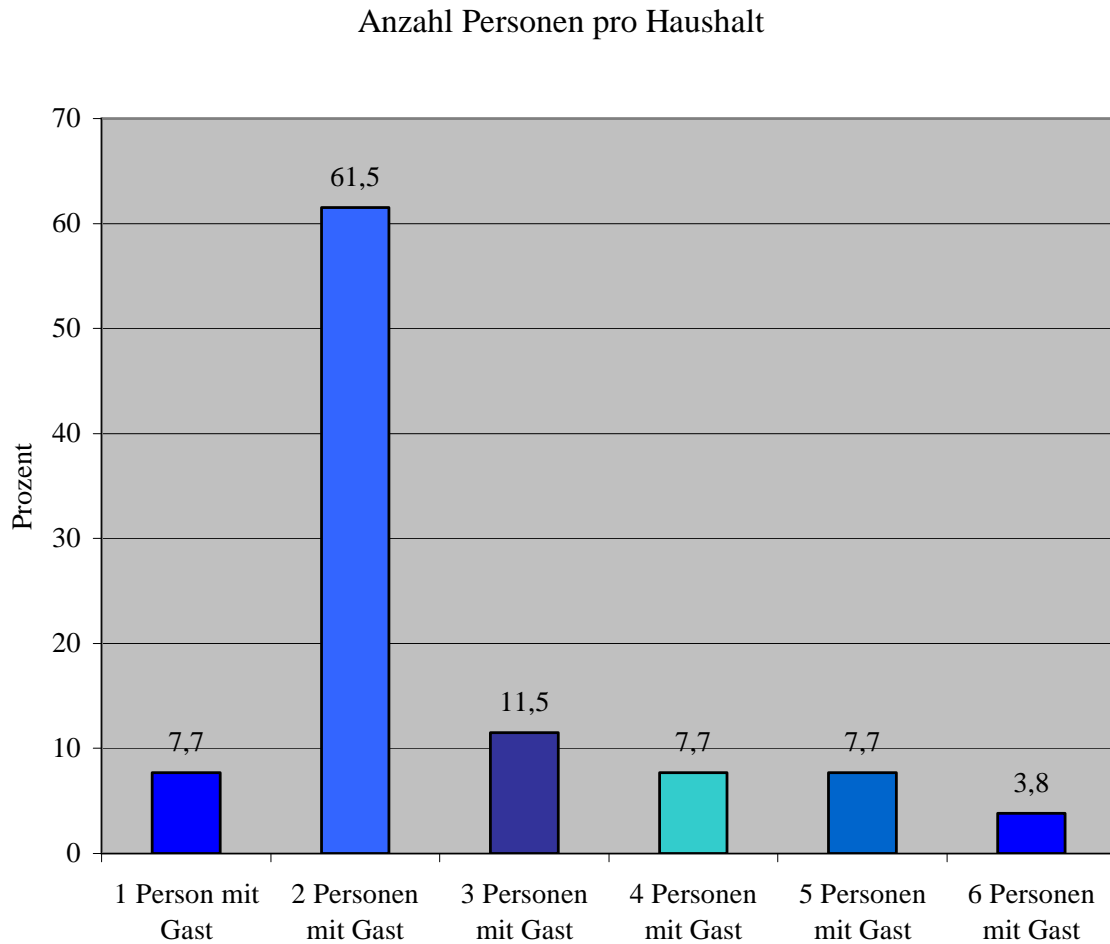
Die nach Ablauf der gesetzten Abgabefrist erfolgte Nachfassaktion in Form von einer erneuten Kontaktaufnahme mit den Betreuungsteams durch Erinnerungsmails diente der Ausfallkompensation.

4.2.4 Auswertung

Die Auswertung der vorhandenen Daten erfolgt mithilfe der Statistiksoftware SPSS. Nach der Erstellung der Datenmatrix, also der Beschriftung der Variablen und Bestimmung des Skalenniveaus werden die Probanden mit ihren Variablenwerten in die entsprechenden Zellen der Matrix eingetragen. Jeder Antwortmöglichkeit wird eine Ziffer zugewiesen, die in die Datenmatrix eingetragen wird. Dabei bildet jede Zeile einen Fall, also die vollständigen Angaben eines Probanden, ab. Die Spalten sind für bestimmte Variablen reserviert. Nach der vollständigen Eingabe der vorhandenen Untersuchungsergebnisse werden die Daten bereinigt, also nach Fällen gesucht, die Fehler aufweisen oder es werden Filter gesetzt. Dieser bereinigte Datensatz bietet die Grundlage für die Auswertung und daraus resultierende Ergebnisse zur Forschungsfrage.

4.3 Ergebnisse

Bei der Analyse der strukturellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Betreuungsfamilien in Bayern können aufgrund der Beantwortungen aus den Fragebögen der Untersuchung folgende Ergebnisse festgehalten werden:

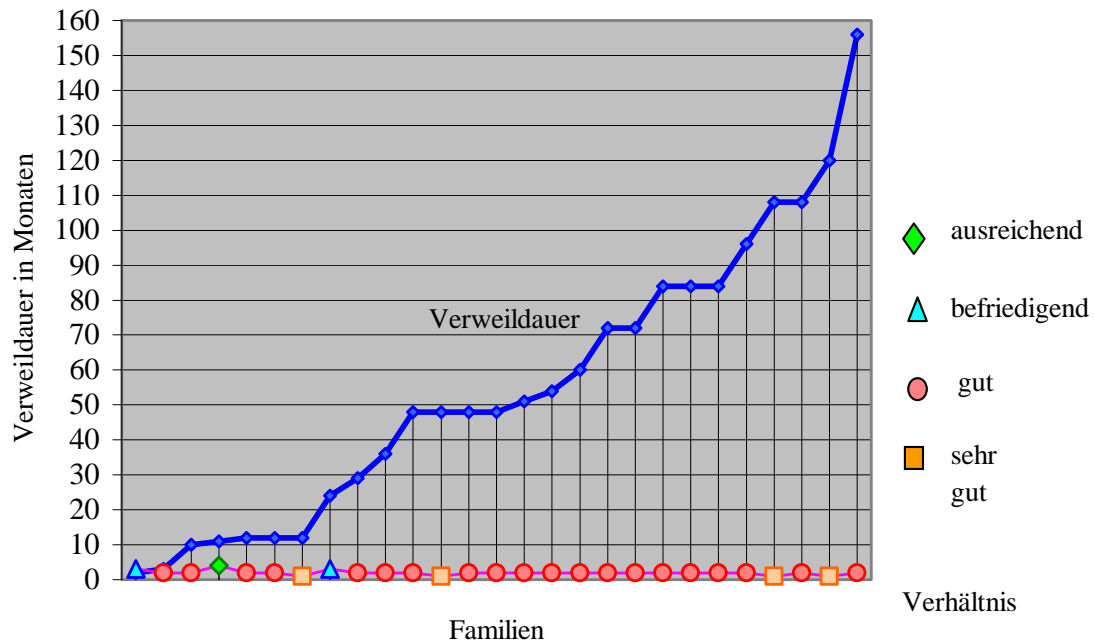


Die Abfrage Haushaltsgröße der in Bayern lebenden Familien des Betreuten Wohnens in Familien ergibt, dass mehr als zwei Drittel (61,5 %) der befragten Personen in einem **Zweipersonenhaushalt** zuzüglich des Gastes des Betreuten Wohnens in Familien leben. 11,5 % der Befragten leben zu dritt plus Gast des Betreuten Wohnens in einem Haushalt und je 7,7 % in einem Einpersonenhaushalt mit Gast oder zu viert bzw. fünft mit dem Gast in einem Haushalt. Lediglich 3,8 % der Befragten leben in einem Haushalt zu sechst und dem Gast.

Die **Aufenthaltsdauer** der Bewohner in den Familien liegt bei einem Mittelwert von

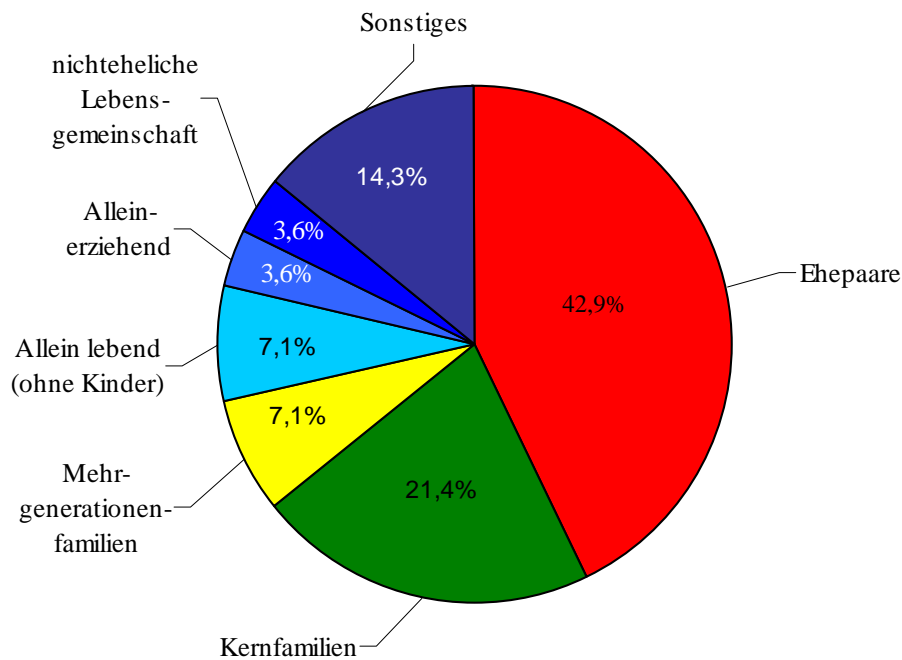
4 1/2 Jahren im Durchschnitt. Bei dem ersten Viertel der Befragten lebt der Bewohner seit 1 Jahr oder kürzer in der Familie und beim letzten Viertel wohnt der Gast seit 7 Jahren und länger in der Familie. Das Spektrum reicht von einem Maximum von 13 Jahren bis zu einem Minimum von 2 Monaten.

Vergleich von Verweildauer des Gastes in der Familie zur Bewertung des Verhältnisses der Familie zum Gast aus Sicht der Bezugsperson



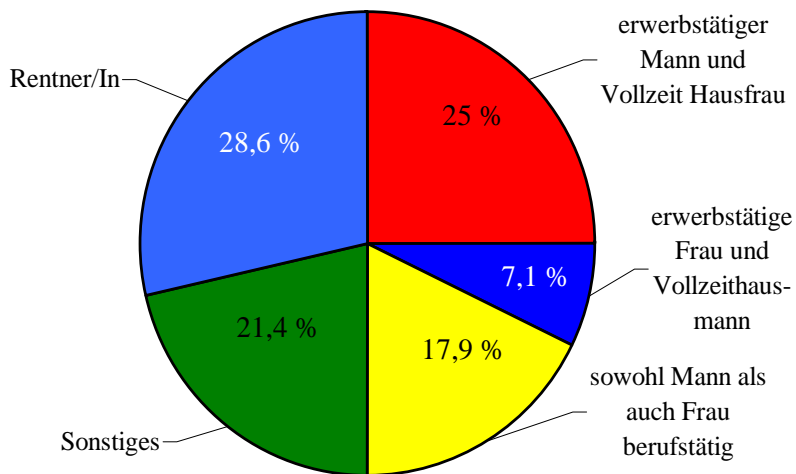
Zwischen der Dauer des Aufenthalts im Betreuten Wohnen in Familien und der allgemeinen Einschätzung des Verhältnisses zwischen Gast und Bezugsperson könnte ein linearer Zusammenhang bestehen, der sich allerdings bei einer genaueren Beobachtung und Berechnung des Chi-Quadrat-Tests mit einer Signifikanz von 0,816 bzw. 81,6 % Irrtumswahrscheinlichkeit schnell zerschlägt, da der Richtwert von max. 5 % Irrtumswahrscheinlichkeit deutlich überschritten ist.

Lebensformen der Familien



Bei der **Lebensform** der Familien handelt es sich in 42,9 % der Fälle um Ehepaare, die einen Bewohner aufgenommen haben, halb so viele (21,4 %) sind Kernfamilien oder Mehrgenerationenfamilien, also Großeltern und/oder Eltern mit Kindern, die in ihrer Familie einen Gast betreuen. Ebenso viele (14,3 %) leben in sonstigen Lebensformen, also fragmentierter Elternschaft, nichtehelicher Lebensgemeinschaft und Ähnlichem, was den gesamtgesellschaftlichen Trend widerspiegelt.

Erwerbstätigkeit der Familien

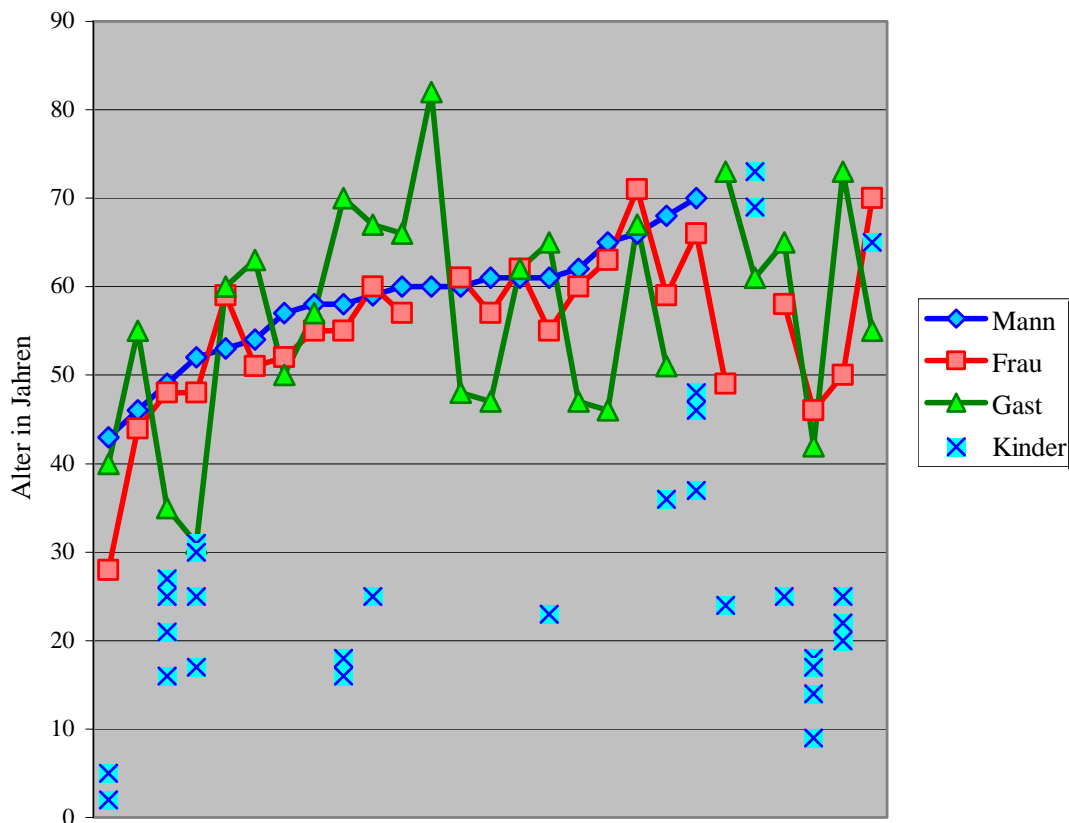


Bei einem Viertel der befragten Familien besteht in Bezug auf die **Erwerbstätigkeit** die traditionelle Form des erwerbstätigen Mannes und der Vollzeithausfrau, der überwiegende Anteil der Befragten, nämlich 28,6 % sind Rentner, also nicht mehr berufstätig, in 17,9 % der Familien sind beide, sowohl der Mann als auch die Frau (eventuell in Teilzeit) berufstätig, in 7,1 % der Familien übernimmt der Mann die Haushaltsarbeit und die Frau ist berufstätig und 21,4 % der Befragten geben eine sonstige Form der Erwerbstätigkeit an.

Ähnliches zeigt sich bei der **tatsächlichen Berufsausübung**, in der 44,4 % der befragten Männer derzeit in ihrem Beruf arbeiten, dagegen sind nur 26,1 % der befragten Frauen in ihrem Beruf derzeit tätig. Im Vergleich üben Männer also etwas weniger als doppelt so häufig ihren Beruf derzeit aus wie Frauen.

Bei deutlich mehr als der Hälfte der Befragten (66,7 %) liegt das **Nettoeinkommen** unter dem deutschlandweit durchschnittlichen Verdienst von 2800 Euro im Monat.

Altersstruktur der Familien

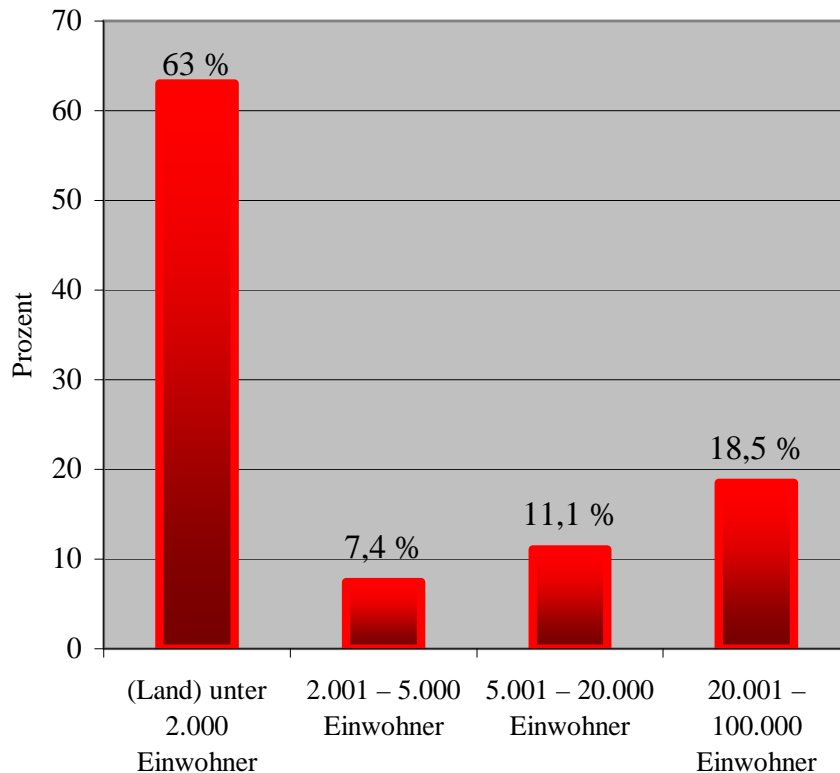


Die **Altersstruktur** der Befragten ergibt bei den **Gastbewohnern** des Betreuten Wohnens in Familien mit einem Mittelwert von 56,9 Jahren, einer Spannweite von 51 Jahren und einer Standardabweichung von 12,6 Jahren ein divergierendes Bild.

Bei den **Familien** ergibt sich bezogen auf das Alter für die **Männer** ein höherer Mittelwert von 58,2 Jahren und es ist eine kompaktere Verteilung mit einer Spannweite von 27 Jahren und einer Standardabweichung von 6,85 Jahren festzustellen als bei den **Frauen**. Sie liegen mit einem Mittelwert von 55,4 Jahren unter dem der Männer, geben aber ein deutlich inhomogeneres Bild ab, mit einer Spannweite von 43 Jahren und einer Standardabweichung von 9,04 Jahren.

Ein Drittel der Familien hat die meiste Zeit ihres Lebens in einer **Stadt** gelebt, hingegen haben zwei Drittel der Befragten den Großteil ihres Lebens auf dem **Land** (unter 2.000 Einwohner) verbracht.

derzeitiger Wohnort

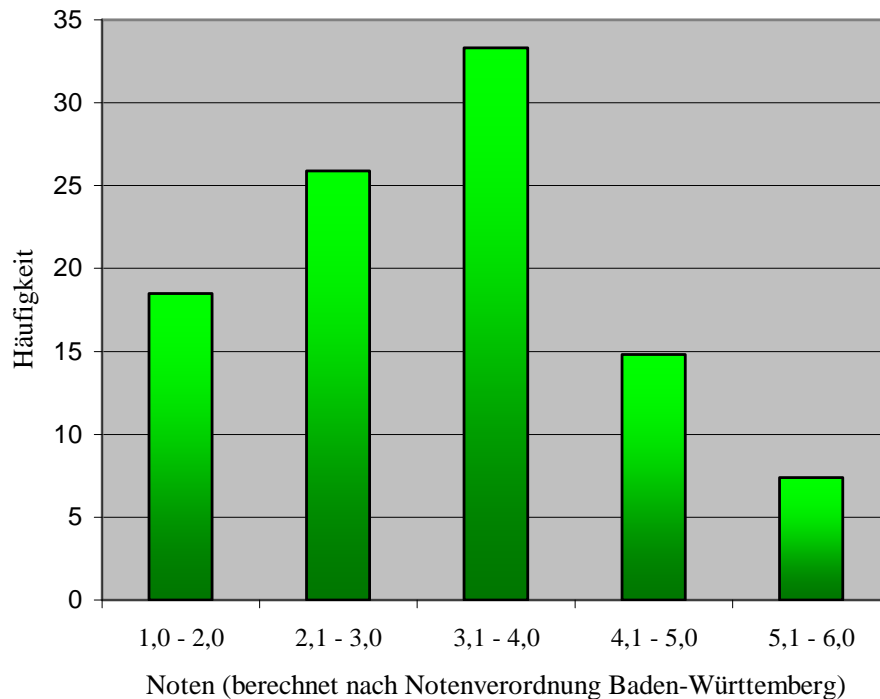


Die genauere Betrachtung des **derzeitigen Wohnortes** ergibt einen Anteil von 63 % der Befragten in Städten und Dörfern mit weniger als 2.000 Einwohnern, 7,4 % leben in Städten mit bis zu 5.000 Einwohnern, 11,1 % in Städten mit 5.000 bis 20.000 Einwohnern und 18,5 % in größeren Städten Bayerns mit bis zu 100.000 Einwohnern. Keiner der Befragten lebt derzeit in den Großstädten Bayerns mit 100.000 bis 500.000 Einwohnern (Nürnberg, Augsburg, Würzburg, Regensburg, Ingolstadt, Fürth, Erlangen) oder in einer Stadt mit mehr als 1 Million Einwohner (München).

Bei der Abfrage der **Wohnform** ergibt sich, dass drei Viertel der Befragten ein eigenes Haus besitzen, 7,1 % eine eigene Wohnung, hingegen nur 18 % eine gemietete Wohnung oder ein gemietetes Haus. Zusätzlich haben 89,3 % der Befragten einen eigenen **Garten** sowie 42,9 % der Befragten einen eigenen **Hof** und 64,3 % der Befragten eigene **Tiere**, was sich laut Schmidt-Michel als einfache und sachliche Kriterien für chronisch psychisch kranke Menschen und somit die Auswahl geeigneter Gastfamilien für das Betreute Wohnen bewährt hat (vgl. Schmidt-Michel, P.-O., Konrad, M. 2004).

In der Zeit vor der Aufnahme des Bewohners hatten 60,7 % der Befragten bereits **Berührungspunkte mit psychischen Erkrankungen**, hingegen geben knapp 40 % der Befragten an, bisher niemanden mit einer psychischen Erkrankung gekannt zu haben.

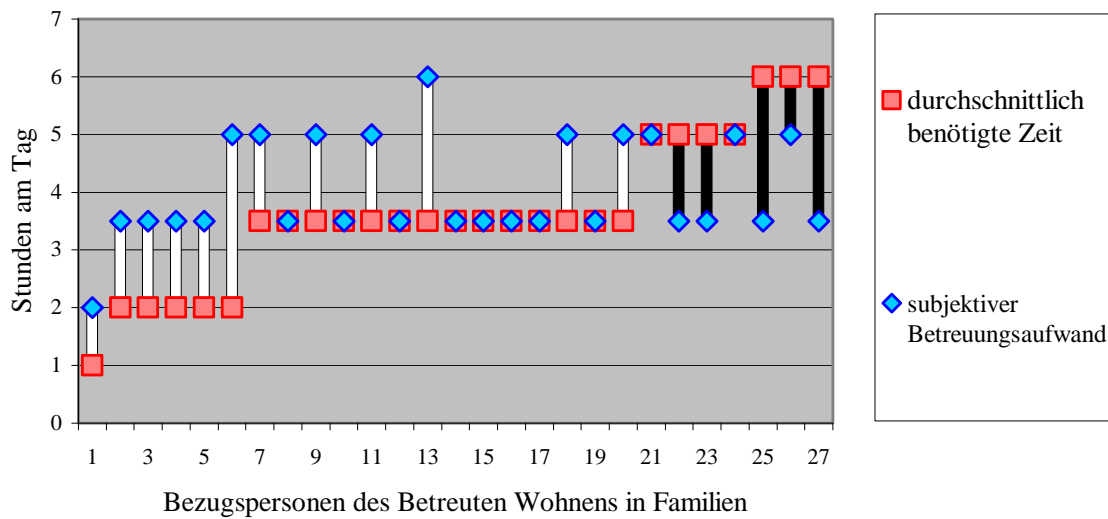
Wissen über psychische Erkrankungen



Bei der Abfrage des vorhandenen **fachlichen Wissens** der befragten Bezugspersonen über die Entstehung und Symptome psychischer Erkrankungen zeigt sich bei den befragten Personen ein durchschnittlicher Wert von 14,7 bei maximal 28 erreichbaren Punkten, was einem schulischen Notendurchschnitt von 3,1, also einer befriedigenden Leistung entsprechen würde, jedoch ergibt sich eine sehr unterschiedliche Verteilung der Ergebnisse bei einer Spannweite von 20 Punkten und einer Standardabweichung von 5,6 Punkten. Das erste Viertel der Befragten ist dabei in Schulnoten ausgedrückt besser als 2,2, d. h. sehr gut bis gut und das letzte Viertel schlechter als 3,8, also ausreichend.

In 84 % der befragten Personen ist die Frau die **Hauptbezugsperson** für den Gast des Betreuten Wohnens in Familien, in 12 % der Fälle der Mann, folglich sind laut dieser Untersuchung Frauen siebenmal häufiger als Bezugsperson für den Gast des Betreuten Wohnens in Familien zuständig als Männer.

Vergleich von subjektiver Einschätzung über Betreuungsaufwand und angenommener tatsächlicher Betreuungszeit im Mittel

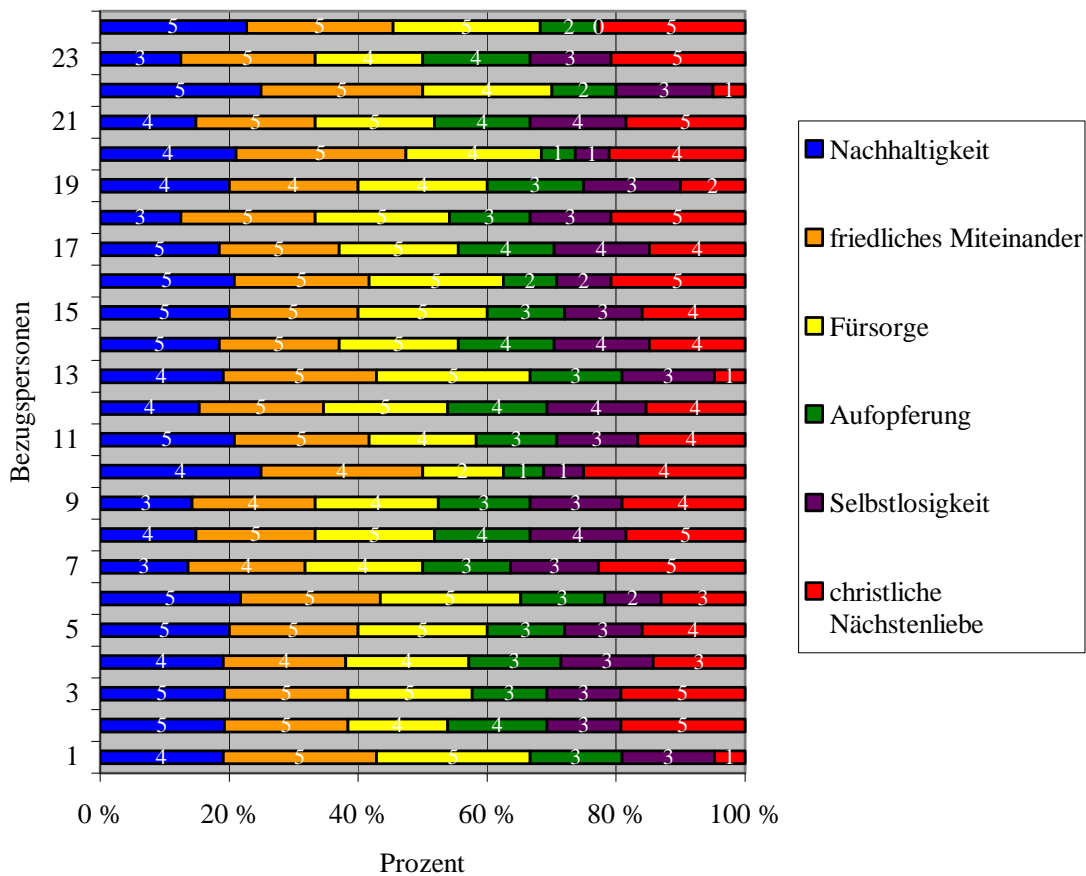


Nachstehende Aussagen über die Einschätzungen der Familien über die zeitliche und emotionale Belastung bei der Betreuung des Bewohners können aus der Untersuchung getroffen werden: Knapp 60 % der Befragten geben einen **subjektiv** gesehen mittleren **Betreuungsaufwand**, 33 % einen hohen Betreuungsaufwand und je 3,7 % einen niedrigen bzw. sehr hohen Betreuungsaufwand für den bei ihnen wohnenden Gastbewohner an.

Bei den durchschnittlichen **tatsächlichen Betreuungszeiten** ergibt sich, dass 3,7 % der Befragten bekunden, weniger als 1 bis 2 Stunden am Tag für die Betreuung aufzuwenden, 18,5 % geben an, 1 bis 2 Stunden am Tag mit der Betreuung ihres Bewohners beschäftigt zu sein, mehr als die Hälfte der Befragten (51,9 %) machen die Angabe, dass sie 3 bis 4 Stunden am Tag ihren Bewohner betreuen, 14,8 % investieren 5 bis 6 Stunden am Tag in Betreuungszeit, 11,1 % brauchen mehr als 5 bis 6 Stunden am Tag, um den Bewohner gut versorgen und betreuen zu können.

Eine allgemeine Abfrage nach dem **Verhältnis der Familie zu ihrem Bewohner** ergibt ein deutlich positives Bild: 14,8 % der Befragten würden ihr Verhältnis mit sehr gut bewerten, ein gutes Verhältnis attestieren sich 74,1 % der Bezugspersonen, mit dem Verhältnis zufrieden sind 7,4 % und ein ausreichendes Verhältnis vergeben sich 3,7 % der Untersuchungsteilnehmer.

Einstellungen der Bezugspersonen zu Werten und Normen



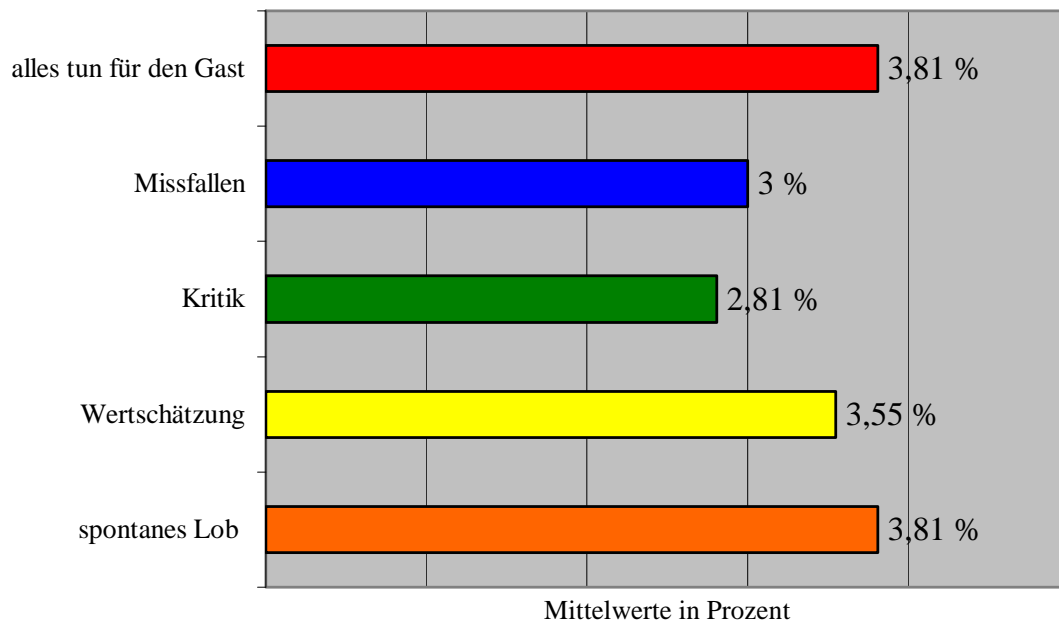
Die Einstellungen der Bezugspersonen zu allgemeingültigen **Werten und Normen**

ergeben sich wie folgt:

- Nachhaltigkeit sehen alle als wichtig an, davon 57,1 % als sehr wichtig und 42,9 % als eher wichtig, bei einer Standardabweichung von 0,51;
- ein friedliches Miteinander halten ebenfalls alle für wichtig, davon 77,8 % für sehr wichtig und 22,2 % für eher wichtig bei einer Standardabweichung von 0,42;
- den Wert der Fürsorge halten 59,3 % für sehr wichtig und 37 % für eher wichtig, die Standardabweichung beträgt 0,70;
- Aufopferung wird von 61,5 % der Befragten als eher wichtig angesehen, 38,5 % halten diesen Wert für etwas bis gar nicht wichtig bei einer Standardabweichung von 1,26;
- der Wert der Selbstlosigkeit wird in 54,5 % der Fälle als eher wichtig benannt, dagegen halten ihn 45,5 % für etwas bis gar nicht wichtig, die Standardabweichung beträgt 1,30;

- christliche Nächstenliebe ist 37,5 % der Befragten sehr wichtig und 45,8 % eher wichtig, im Gegensatz zu 16,7 %, die ihn für etwas bis gar nicht wichtig halten, die Standardabweichung liegt bei einem Wert von 1,32.

Klima innerhalb der Familie

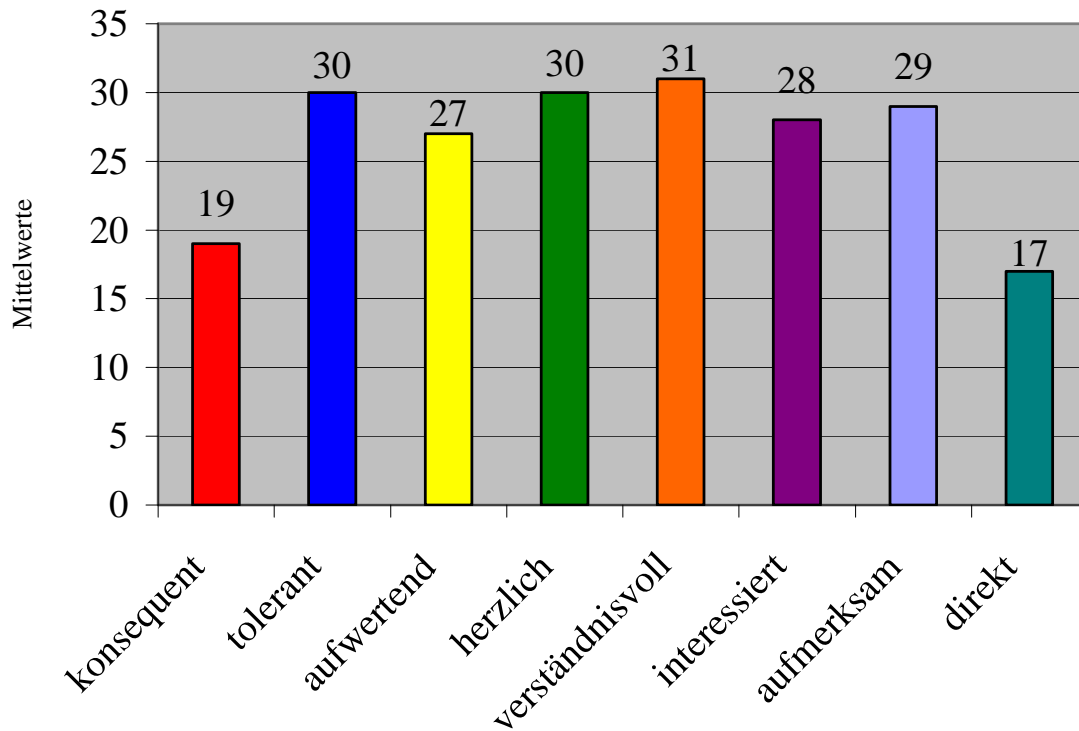


Das **Klima innerhalb der Familien** und die unterschiedlichen Formen der Kommunikation sind davon geprägt, dass bei 14,8 % der Befragten sehr häufig und bei 51,9 % der Befragten häufig spontanes Lob geäußert wird.

Wertschätzung wird bei 7,4 % der Befragten sehr häufig und bei 48,1 % der Befragten häufig zum Ausdruck gebracht, 7,4 % geben an, dies nur selten zu tun.

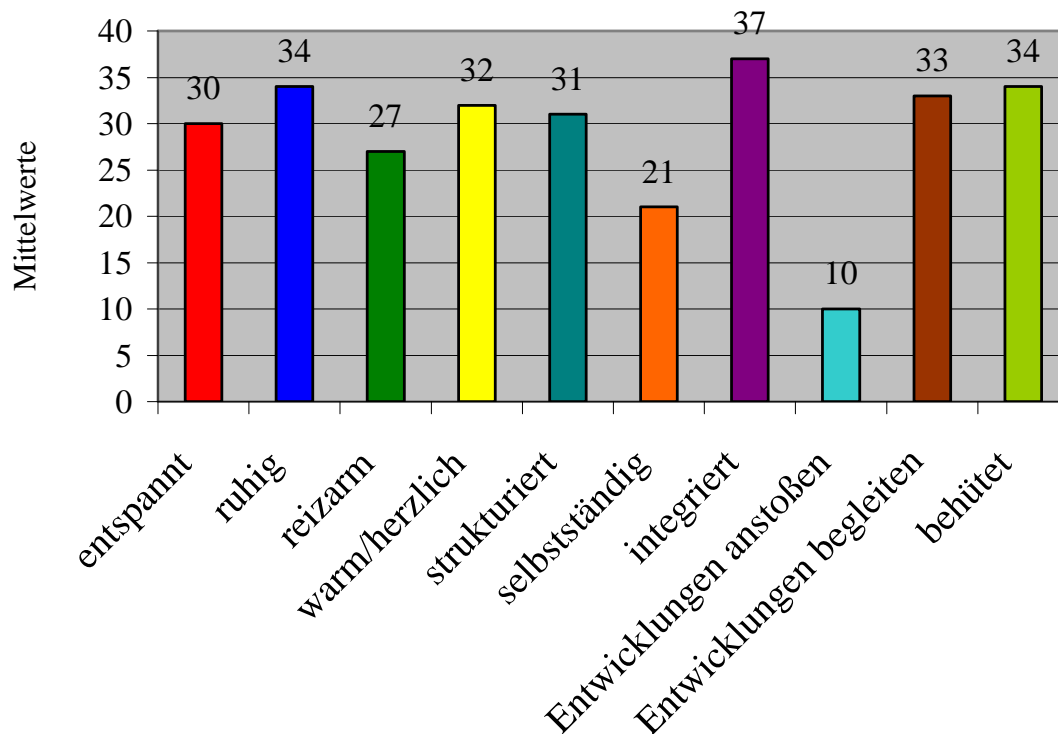
Die Äußerung von Kritik kommt bei 14,8 % der Befragten häufig, bei 25,9 % selten und bei 3,7 % der Befragten nie vor. Missfallen wird in je 15,4 % der Fälle häufig oder selten zum Ausdruck gebracht. Dem emotionalen Engagement im Bezug auf die Bewohner im Sinne von „ich würde alles für den Gast tun“ stimmen 18,5 % voll zu, 59,3 % stimmen zu, 7,4 % stimmen weniger zu und 3,7 % stimmen gar nicht zu.

Beziehung der Familie zu ihrem Gastbewohner



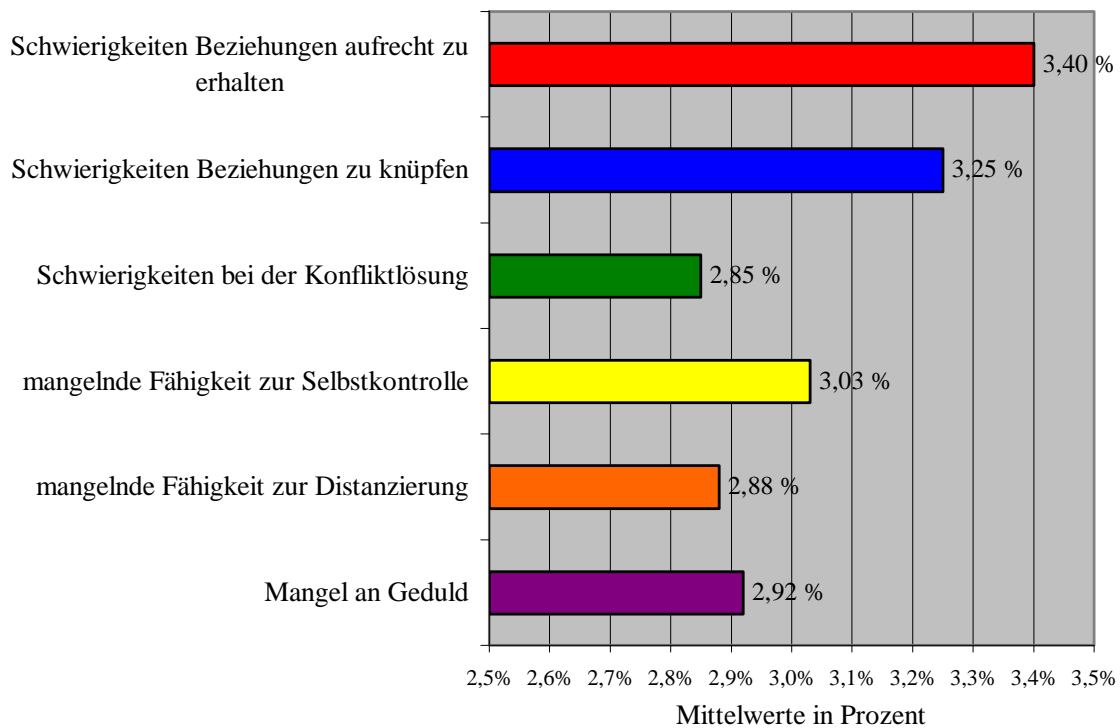
Die **Beziehung dem Gast gegenüber** wird in allen Fällen als sehr (18,8 %) oder etwas (81,3 %) konsequent beschrieben, in allen Fällen als sehr (50 %) oder etwas (50 %) tolerant, in 95 % der Fälle als sehr oder etwas aufwertend, in 95 % der Fälle als sehr oder etwas herzlich, in 95 % der Fälle als sehr oder etwas verständnisvoll, in 95,9 % der Fälle als sehr oder etwas interessiert, in 95,4 % der Fälle als sehr oder etwas aufmerksam, in 79 % der Fälle als sehr oder etwas direkt beschrieben.

allgemeine Atmosphäre in den Familien



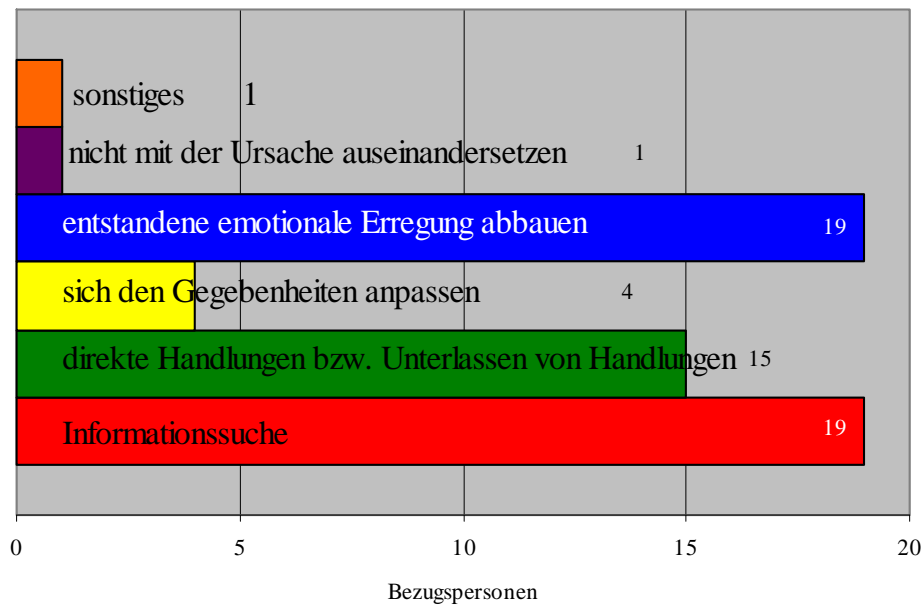
Im Bezug auf die **allgemeine Atmosphäre dem Gast gegenüber** geben 95,5 % der Untersuchungsteilnehmer an, sie sei sehr (50 %) oder etwas (45,5 %) entspannt, in allen Fällen sehr (66,7 %) oder etwas (33,3 %) ruhig, in allen Fällen sehr (52,6 %) oder etwas (47,4%) reizarm, in allen Fällen sehr (57,1 %) oder etwas (42,9 %) warm/herzlich, in allen Fällen sehr (40,9 %) oder etwas (59,1 %) strukturiert, in 93,3 % der Fälle sehr (53,3 %) oder etwas (40 %) selbstständig, in allen Fällen sehr (62,5 %) oder etwas (37,5 %) integriert, in 63,1 % der Fälle sehr (36,8 %) oder etwas (26,3 %) Entwicklungen anstoßend, in allen Fällen sehr (65 %) oder etwas (35 %) Entwicklungen begleitend, in allen Fällen sehr (61,9 %) oder etwas (38,1 %) behütet.

Schwierigkeiten der Gastbewohner im Bereich der sozialen Kompetenz



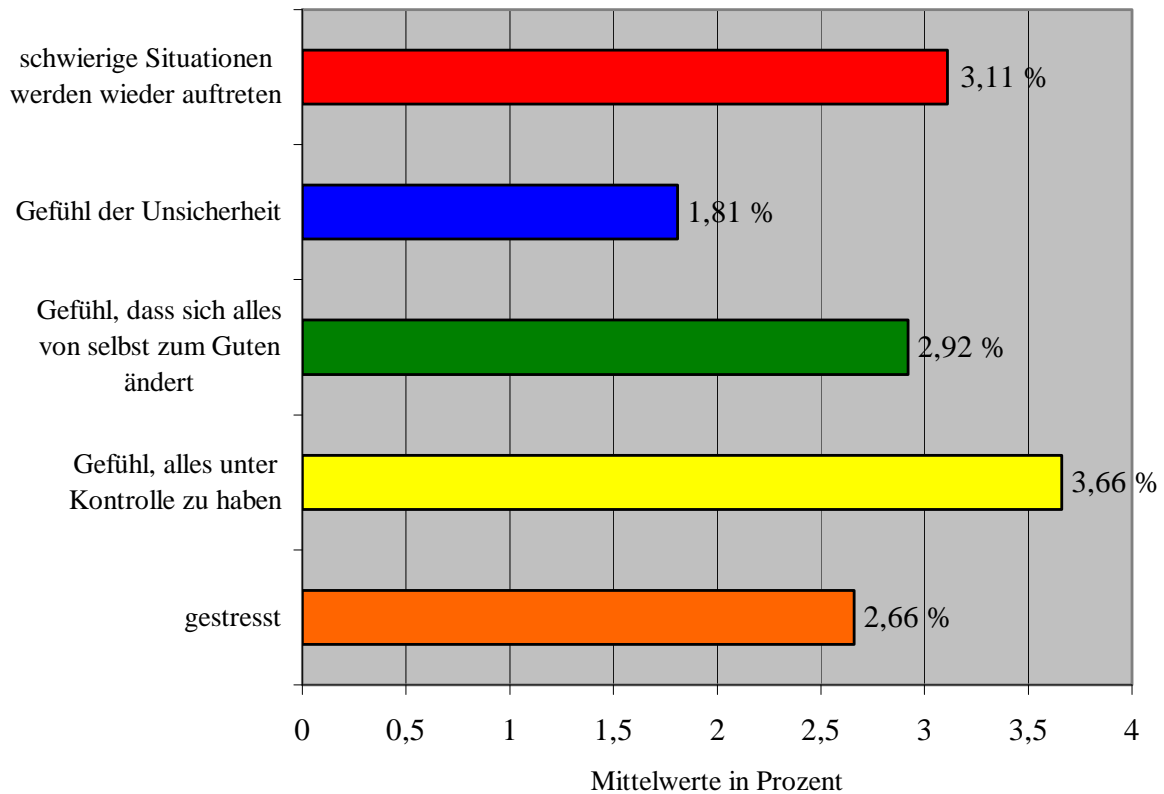
Die Abfrage der **Schwierigkeiten im Bereich der sozialen Kompetenz** bei den Bewohnern nach Einschätzung der Hauptbezugsperson ergibt, dass ein Mangel an Geduld in 42,9 % der Fälle stark oder etwas zutrifft, dagegen in 57,1 % der Fälle wenig bis gar nicht zutrifft. Eine mangelnde Fähigkeit zur Distanzierung trifft in 50 % der Fälle etwas sowie in 50 % der Fälle wenig oder gar nicht zu. Mangelnde Fähigkeit zur Selbstkontrolle trifft in 61,1 % der Fälle etwas zu und in 38,9 % der Fälle wenig oder gar nicht zu, Schwierigkeiten bei der Konfliktlösung treten in 55,6 % der Fälle stark oder etwas auf, in 44,5 % der Fälle wenig bis gar nicht, Schwierigkeiten Beziehungen zu knüpfen trifft in 68,4 % der Fälle stark oder etwas, hingegen in 31,6 % der Fälle wenig oder gar nicht zu, Schwierigkeiten Beziehungen aufrecht zu erhalten trifft in 71,5 % der Fälle stark oder etwas zu und in 28,5 % der Fälle wenig oder gar nicht zu.

Copingstrategien der Bezugspersonen



Die **Bewältigung von Stresssituationen** wird bei den Bezugspersonen mit vorhandenen Bewältigungsstrategien in unterschiedlicher Form gelöst, bei 71,4 % der Befragten durch Informationssuche, bei 53,6 % durch direkte Handlungen oder Unterlassen von Handlungen, bei 14,3 % durch Anpassung an die Gegebenheiten, bei 67,9 % durch Abbau entstandener emotionaler Erregung, und bei je 3,6 % der Befragten dadurch, dass sie sich nicht mit Ursachen auseinandersetzen oder sonstigen Verhaltensweisen und Bewältigungsformen.

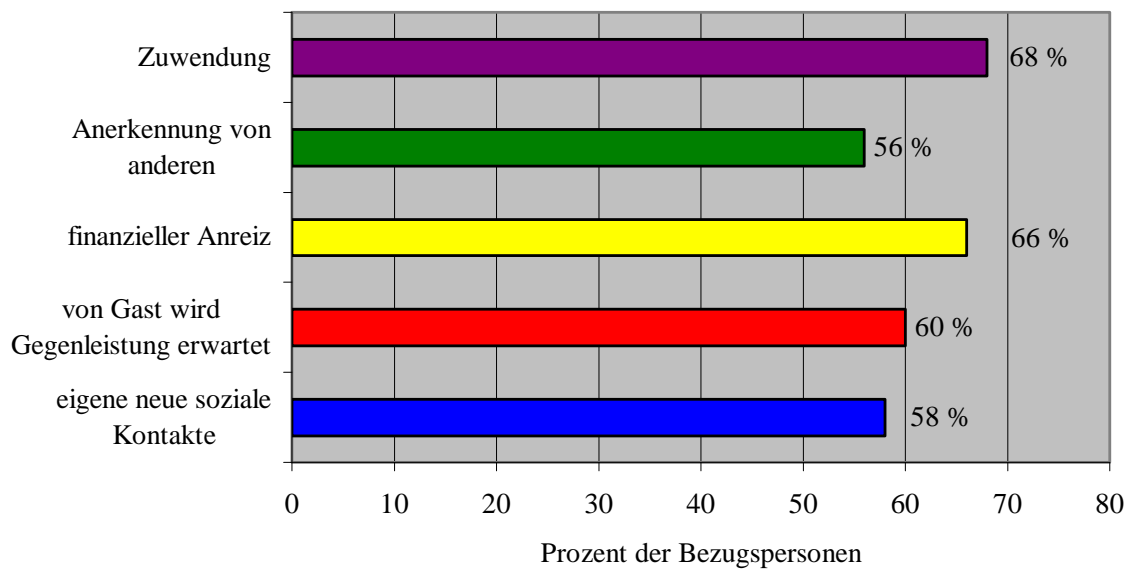
Gefühle/Empfindungen der Bezugspersonen
des Betreuten Wohnens in Familien



Die **persönlichen Empfindungen** der Hauptbezugsperson in Bezug auf die Betreuung des Bewohners reicht von 29,4 %, die sich gestresst fühlen, dagegen 70,6 % wenig oder sehr wenig gestresst, zu dem starken oder sehr starken Gefühl, alles unter Kontrolle zu haben bei allen Personen. 47,1 % der Befragten haben das Gefühl, dass sich die Situation von selbst zum Guten ändert, hingegen 53 %, die dieses Gefühl nur sehr wenig oder wenig haben. Dabei fühlt sich keiner unsicher in seiner Haut.

Das Wiederauftreten von schwierigen Situationen schätzen 66,6 % als sicher oder sehr sicher ein, 33,4 % der Bezugspersonen denken, dass schwierige Situationen nicht noch einmal auftreten werden.

Motive der Bezugspersonen für das Betreute Wohnen in Familien



Die **Motive der Betreuenden Personen** zeigen sich darin, dass 68 % der Befragten angeben, dass sie durch die Betreuung (eher) Zuwendung bekommen. 42,9 % der Befragten geben an, durch die Betreuung (eher) Anerkennung von anderen zu erhalten, hingegen 57,1 % meinen, sie bekommen keine oder eher keine Anerkennung von anderen. 71,4 % der Befragten sehen in der Betreuung auch einen finanziellen Anreiz, 28,6 % keinen oder eher keinen finanziellen Anreiz. 52,4 % der Befragten erwarten sich eine Gegenleistung vom Bewohner, 47,6 % erwarten dies nicht oder eher nicht. 45,8 % der Befragten bekommen durch die Betreuung neue eigene soziale Kontakte, 54,1 % stimmen dem nicht oder eher nicht zu.

Bei der Frage nach den **Veränderungen**, die sich durch die Aufnahme eines Bewohners des Betreuten Wohnens in Familien ergeben, werden Aspekte genannt, die sich auf die Einstellung zum Bewohner beziehen, wie zum Beispiel Verständnis, Akzeptanz, Rücksicht, Toleranz, aufeinander Rücksicht nehmen, aber auch auf die eigenen Einstellungen, so etwa soziales Engagement, sich selbst zurücknehmen, eingeschränkter persönlicher Freiraum, nie frei oder viel Verantwortung zu haben.

Oft zeigen sich Veränderungen im Bereich der Organisation, wie etwa ein geregelter Tagesablauf oder veränderte Essgewohnheiten. Bei anderen hingegen hat sich in diesem Bereich gar nichts verändert, da die ohnehin schon große Familie schon immer viel Organisation, Mithilfe und Zusammenhalt bedeutet hat.

Viele beurteilen das Betreute Wohnen in Familien aus ihrer Sicht als eine individuelle Förderung, die es für die Bewohner eventuell leichter macht, aber dennoch für die Bezugspersonen belastend ist.

Die Befragten meinen, dass das Betreute Wohnen in Familien von außen betrachtet als unbekannt erscheint, sodass sie oft auf Unverständnis von außen stoßen. Trotzdem wird es als eine schöne Aufgabe bezeichnet, die man gerne macht, über die man sich freut und die ausgebaut werden sollte.

Der finanzielle Anreiz dabei sollte nach Aussage einer Bezugsperson nicht das entscheidende Kriterium sein, da das auf Dauer als Motiv aufgrund der sehr facettenreichen und unberechenbaren Anforderungen und auftretenden Situationen nicht ausreichen würde.

Die Bezugspersonen sehen auch ganz konkreten Nutzen für sich selbst, indem Grenzen konkretisiert werden, man wieder eine Aufgabe hat, Verantwortung übernommen und die eigene Aktivität gesteigert wird.

4.4 Diskussion

Um Aussagen über die Familien des Betreuten Wohnens in Bayern, über eine mögliche Entwicklung Fragen der Öffentlichkeitsarbeit klären zu können, damit die Transparenz und Akzeptanz erhöht werden kann, muss die aktuelle Situation analysiert und belegt sein. Die vorliegende Untersuchung soll dazu einen Beitrag leisten.

Die Aufgliederung der strukturellen Unterschiede und Gemeinsamkeiten ergibt dabei, dass die Gastbewohner weniger bei Kernfamilien mit 3 bis 4 Haushaltsmitgliedern untergebracht sind, sondern im Vergleich dazu doppelt so häufig (43 %) bei **Ehepaaren** wohnen, die keine Kinder haben oder deren Kinder schon ausgezogen sind und auf eigenen Beinen stehen. Auffallend dabei ist der hohe Anteil an **sonstigen Lebensformen** bei den Familien (insgesamt 28,6 %), wie etwa Alleinerziehende oder nichteheliche Lebensgemeinschaften, die in der heutigen Gesellschaft immer mehr zunehmen.

Der beträchtlich große Anteil an **Rentnern** (28,6 %), die einen Gast des Betreuten Wohnens bei sich aufgenommen haben und die damit zusammenhängende Altersstruktur der Gasteltern kann mit der Form der Befragung und einer ungewollten Selektion des Rücklaufs des Fragebogens aufgrund des benötigten Zeitfensters (15 – 20 Minuten) zusammenhängen. Es muss dadurch nicht zwingend auf eine verstärkte Bereitschaft für das Betreute Wohnen in Familien unter nicht mehr erwerbstätigen älteren Menschen geschlossen werden.

Im Bezug auf die **Altersstruktur** ergibt sich bei den befragten Personen ein homogenes Bild, sodass bei einer maximalen Abweichung von 17 Jahren zwischen Gast und Betreuungsfamilie das Alter der Familienmitglieder jeweils nahe beieinander liegt. Es kommt dadurch nicht zu zusätzlichen altersbedingten Unterschieden oder Generationenkonflikten und erleichtert das Zusammenleben in manchen Bereichen.

Ein **Vergleich der Dauer des Aufenthalts in den Familien mit der Einschätzung über die Qualität des Verhältnisses zum Gastbewohner** weist keine signifikante Korrelation auf, was auch den geringen Fallzahlen anzulasten ist, auf der anderen Seite aber auf eine hohe Akzeptanz, Toleranz und Wohlwollen bei den Familien schließen lassen könnte. Vielmehr können leichte Tendenzen erkannt werden, die bisherige Befunde bestätigen, dass nach einer anfänglichen Euphorie und gegenseitigen Kennenlernphase, in der sich alle von ihrer besten Seite zeigen, eine Phase folgt, in der sich Gewohnheiten einschleichen, an denen man sich gegenseitig aufreibt. Kompromisse müssen ausgehandelt werden, was meist unweigerlich zu Konfliktpotenzial führt und

das Verhältnis verschlechtert. Nach der Überwindung dieses nötigen Aushandlungsprozesses verbessert sich die Situation größtenteils und innerfamiliäre Regeln entstehen. Unter den Untersuchungsteilnehmern befindet sich ein **niedriger Anteil** an derzeit **erwerbstätigen Frauen** (etwas mehr als die Hälfte des Anteils an derzeit erwerbstätigen Männern), was nicht weiter verwunderlich ist, wenn man dazu die gesellschaftlichen Statistiken über Erwerbstätigkeit vergleichend betrachtet. So ist in den letzten Jahren der Anteil an weiblichen Erwerbstätigen zwar kontinuierlich gestiegen, jedoch weniger im Bereich der Vollzeitbeschäftigung als hauptsächlich bei der Teilzeittätigkeit und hat insgesamt quantitativ gesehen das Niveau der erwerbstätigen Männer noch nicht erreicht. Der Anteil der weiblichen Erwerbstätigen liegt laut Statistischem Landesamt in Bayern im Jahr 2003 bei durchschnittlich 44,8 % (vgl. Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung 2006).

Die sich aus der Untersuchung ergebende sehr **hohe Anzahl weiblicher Bezugspersonen** (84 %) für die psychisch erkrankten Gastbewohner ist nicht weiter außergewöhnlich und lässt sich unter anderem durch Synergieeffekte aus häuslicher Arbeit der Frauen und einer (neuen) persönlichen Herausforderung in der meist gewohnten häuslichen Umgebung mit der Möglichkeit eines Nebenverdienstes erklären.

Die Annahme, dass die Familien zum größten Teil über ein überdurchschnittliches **Haushaltsnettoeinkommen** verfügen, bestätigt sich nicht, denn die Analyse des Einkommens ergibt einen unterdurchschnittlichen Haushaltsnettoverdienst der Familien des Betreuten Wohnens in Bayern im Vergleich zum Bundesdurchschnitt (2800 €) sowie zum Bayerischen Durchschnitt (3100 €), der durch die Bezüge aus dem Betreuten Wohnen für Familien aufgebessert wird und somit den Stellenwert des finanziellen Zuverdienstes mitprägt. In diesem Zusammenhang bleibt weiterhin die Frage nach einer sozialen Absicherung der meist weiblichen Bezugspersonen offen, die meist durch lange Zeiten der Kindererziehung und Hausarbeit nur sehr geringe sozialversicherungsrechtliche Ansprüche haben. Trotz des finanziellen (geringen) Nebenverdienstes des Betreuten Wohnens in Familien werden keinerlei Abgaben zur Sozialversicherung bezahlt, was zwar zu Abzügen, insgesamt aber zu einer Aufwertung des Betreuten Wohnens in Familien führen würde. Die geleistete Arbeit würde einen Aufstieg vom altruistisch ausgerichteten Helfen mit geringfügiger Aufwandsentschädigung hin zu einer vollwertigen Arbeitsstelle mit geringem Verdienst erfahren. Entsprechende politische Überzeugungsarbeit und daraus folgende gesetzliche Verankerungen stehen hierzu noch aus.

Die bereits in der Literatur mehrfach belegte **regionale Zuordnung der Familien** des Betreuten Wohnens in Familien hat sich auch in dieser Untersuchung im Freistaat Bayern bestätigt, sodass es etwa doppelt so viele Familien gibt, die in ländlichen Regionen (unter 2000 Einwohner) leben und einen Gast bei sich aufnehmen, als Familien, die zusammen mit ihrem Gast in städtischen Gebieten leben.

Dazu passend ist der hohe Anteil an **eigenem Wohnraum** (82,1 %) der Familien. Dieser freie oder frei gewordene Wohnraum zusammen mit einer neuen Herausforderung und Aufgabe für die Frauen in den Familien macht oftmals das Betreute Wohnen in Familien erst möglich. Weitere in der Literatur als positive beschriebene Faktoren für das Betreute Wohnen in Familien wie (Haus-)Tiere (64,3%), eigene Kinder (43 %) und eigener Garten (89,3 %) sind auch in dieser Untersuchung zu hohen Anteilen zu finden. Sie sollen es den Bewohnern erleichtern, Anschluss an die Familie zu finden, sich zu integrieren und bieten Bezugspunkte oder (neue) Aufgaben an.

Die Untersuchung umfasst auch einen Bereich des **Wissens über psychische Erkrankungen**. Dabei wird deutlich, dass zwar viele Bezugspersonen schon vor der Aufnahme des erkrankten Menschen Berührungspunkte mit psychischen Erkrankungen gehabt haben, das fachliche Wissen über die Entstehung oder Symptome aber in vielen Fällen eher mangelhaft (50 % schlechter als befriedigendes Wissen) ist. Ob das fehlende Wissen auf die Form der Untersuchung zurückzuführen und die schriftliche Befragung mit der Auswahl unter vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten für die Befragten zu fremd ist, muss wegen der fehlenden Möglichkeit der Kontrolle der Untersuchungssituationen offen bleiben. Das bestehende Ergebnis wirft erneut die Frage nach einer Ausweitung der Schulung der Familienmitglieder in Form eines psychoedukativen Seminars für Angehörige auf, mit dem Ziel einer umfassenden Wissensvermittlung im Bereich der psychischen Erkrankungen. Dabei gilt es die Vorteile der Informationsvermittlung, der verbesserten Einsicht und Verstehbarkeit in sonderbares Verhalten mit den Nachteilen des Verlustes der Unbefangenheit, spontanen sowie alltäglichen Reaktionen und Kreativität im Umgang mit krankheitsbedingten Verhaltensweisen abzuwägen und im Einzelfall zusammen mit den betreffenden Personen über eine Möglichkeit der Psychoedukation nachzudenken.

Im Umgang mit der Situation des Betreuten Wohnens und dem neuen Gastbewohner vermitteln die Familien in der Untersuchung den Eindruck, dass sie obwohl sie zu 66,7 % davon überzeugt sind, dass immer wieder schwierige Situationen im Bezug

auf den psychisch erkrankten Gastbewohner auftreten werden, wenig gestresst (70,6 %) sind, alles unter Kontrolle haben und sie sich (sehr) sicher fühlen im Umgang mit ihrem Bewohner und seinen Verhaltensweisen. Die neue Situation führt also nur in sehr geringem Maße dazu, dass das familiäre Gleichgewicht ins Wanken gerät, sondern trägt zu einer Stabilisierung des Gefüges bei und ist weniger als Risiko denn auch als eine Chance für die Familien zu sehen. Die Annahme, dass sich Schwierigkeiten und schwierige Situationen von selbst zum Guten wenden, wird (von 47,1 %) angenommen, ist jedoch unabhängig von der bisherigen Aufenthaltsdauer des Bewohners. Es zeigt sich ein sehr stabiles Bild und gesundes Selbstvertrauen der Familien gegenüber den Anforderungen des Betreuten Wohnens, was sicherlich auch der Unterstützung durch das Betreuungsteam anzurechnen ist. Sie sorgen für den nötigen Rückhalt und Sicherheit.

Der **Betreuungsaufwand** wird von den Bezugspersonen unterschiedlich gesehen. Es kommen sowohl deutliche Über- (70 %) wie auch Unterbewertungen (30 %) der tatsächlich benötigten Zeit vor, was zeigt, dass die Bezugspersonen in der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Betreuten Wohnen in Familien sehr unterschiedlich sind und diese auch aufgrund der differierenden Lebensgeschichten und Vorerfahrungen unterschiedlich bewerten. So ist es für eine Frau in einer Großfamilie kein großer Mehraufwand oder Unterschied, ob einem Gast des Betreuten Wohnens in der Familie Unterkunft gewährt wird. Anders liegt der Fall, wenn ein Ehepaar sich entscheidet, einen Gast bei sich aufzunehmen und seinen Alltag und seine Gewohnheiten ganz auf den Gast hin ausrichtet.

In der Einschätzung gegenüber **Werten und Normen** geben die Familien ein eindeutiges Bild ab, dass Werte wie Nachhaltigkeit, friedliches Miteinander oder Fürsorge eine sehr große Rolle spielen und den Bezugspersonen wichtig sind. Die Werte Aufopferung und Selbstlosigkeit spielen keine ganz große Rolle bei den Bezugspersonen, was darauf schließen lassen könnte, dass sie ihre Aufgabe nicht als altruistischen Dienst sehen, sondern wichtige in der heutigen Gesellschaft selten gewordene Ziele verfolgen, die es zu honorieren gilt. Der Wert der christlichen Nächstenliebe findet unter den Bezugspersonen sowohl starke Anhänger (82 %) als auch strikte Gegner (18 %) und könnte somit am meisten für Diskussionen sorgen.

Das **familiäre Klima** ist ebenfalls Gegenstand der Untersuchung und die Ergebnisse zeigen ein durchweg positives Bild der Familien, sicherlich bedingt durch die subjektive Betroffenheit und Selbstbewertung, jedoch in der Deutlichkeit nicht erwartet und

trotzdem aussagekräftig. Zwei Drittel der Bezugspersonen äußern häufig spontanes Lob und fördern so ihren Gast des Betreuten Wohnens in Familien, mehr als die Hälfte (55,6 %) der Bezugspersonen geben dem Gast häufig das Gefühl, dass er als Person geschätzt wird, sodass er Sicherheit gewinnt und sich integriert fühlt. Die häufige Äußerung von Kritik gegenüber dem Gast erfolgt bei einem geringen Anteil der Bezugspersonen (14,8 %) und steht jeweils in direktem Bezug zu einer häufigen Äußerung von Lob und Wertschätzung. Ebenso lebt das Familienklima bei 15,4 % der Bezugspersonen von einer ausgewogenen Kombination aus spontanem Lob und (eventuell berechtigtem) Missfallen, das dem Gast gegenüber zum Ausdruck gebracht wird. Eine starke emotionale Bindung und Beteiligung ist bei mehr als drei Viertel (77,8 %) der Bezugspersonen zu sehen, indem sie angeben, für ihren Gast des Betreuten Wohnens in Familien alles zu tun. Im Hinblick auf Ergebnisse der High-expressed-Emotion-Forschung, dass Klienten, die in einem Klima der Überbehütung und des emotionalen Überengagements schneller rückfällig werden, im Sinne eines erneut akuten Krankheitsausbruchs, ist dieses Ergebnis eher kritisch zu sehen. Es sollte jedoch auch nicht überbewertet werden, da für die genaue Ermittlung eines High-expressed-Emotion-Klimas genauere Untersuchungen und Auswertungsmethoden angewandt werden müssten. Mit wenigen Ausnahmen kann allgemein gesehen die **Beziehung der Familie dem Gast gegenüber** als konsequent, tolerant, aufwertend, herzlich, verständnisvoll, interessiert, aufmerksam und direkt beschrieben werden. Speziell bei der letzten Kategorie, der Direktheit im Gegensatz zu einer Beziehung, in der vieles unausgesprochen bleibt, wäre sicherlich ein noch deutlicheres Ergebnis wünschenswert gewesen, da es laut Schmidt-Michel und Konrad (2004) als ein Erfolgsgarant des Betreuten Wohnens in Familien gilt, dass weniger Wert auf „psychologisierende Handlungskonzepte“ gelegt wird, sondern die Dinge direkt ausgesprochen und „praktisch-zupackend“ angegangen werden.

Bei der Abfrage mehrerer Items bezogen auf die **Atmosphäre in den Familien** hat sich aus der Untersuchung ergeben, dass in den Familien eine entspannte, ruhige, strukturierte, behütete Atmosphäre herrscht, in der sich die Gastbewohner integriert fühlen und neue Entwicklungen begleitet werden. Es wird weniger Wert darauf gelegt, dass Entwicklungen von außen angestoßen werden, sondern der Bewohner gibt Fortschritte vor, die dann unterstützt und gefördert werden.

Der Bereich der **Schwierigkeiten der Klienten im Hinblick auf soziale Kompetenzen** wird von den Bezugspersonen insgesamt als sehr niedrig bewertet, d. h. sie geben an, dass ihre Gastbewohner Schwierigkeiten in nur geringem Maße haben. Dabei muss berücksichtigt werden, dass dieses Ergebnis aus Sicht der Bezugspersonen auf ihre Gastbewohner erzielt wird und keine objektive Einschätzung über Defizite im Bereich der sozialen Kompetenz der Gastbewohner ist. Viele Schwierigkeiten werden durch das familiäre Gefüge und die Integration in die Familie abgefangen oder treten weniger zutage, weil die Gastbewohner derzeit betreut und begleitet werden und unter diesen Voraussetzungen vieles funktionieren kann. Das Lebensumfeld scheint für die Bewohner zu passen und so wird das Leben in der Familie nicht durch Defizite bestimmt, sondern eröffnet Möglichkeiten des Fortschritts.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen die größten Schwierigkeiten der Bewohner im Bezug auf Beziehungen zu anderen Menschen, speziell dabei diese Beziehungen aufrecht zu erhalten. Aufgrund der eigenen Unbeständigkeit und großen Anstrengungen im Kampf um einen eigenen gelingenden Alltag fällt es den Bewohnern schwer, sich nach außen zu wenden und tragfähige dauerhafte Beziehungen zu erhalten.

Den Blick auf die Familien selbst gerichtet, ergibt sich aus der Befragung, dass auftretende Schwierigkeiten bei mehr als zwei Drittel (68 %) der Bezugspersonen zu emotionaler Erregung und Situationen führen, in denen wichtige Informationen fehlen und viele Fragen offen bleiben. Hier ist unter anderem das Betreuungsteam des Betreuten Wohnens in Familien gefragt für Ausgleich zu sorgen, Informationen weiterzugeben und zu vermitteln, aber es führt auch bei den Familien zu Aktivitäten in Form der aktiven Informationssuche oder des Abbaus von emotionaler Erregung.

Die Familien versuchen aktiv mitzuarbeiten, um Hindernisse abzubauen, reagieren direkt und spontan im Alltag auf die Bewohner und schaffen so ein natürliches Milieu.

Die **Belastung der Familien** ist stark mit den Defiziten und Schwierigkeiten der Gastbewohner verknüpft, was sich bei der Untersuchung in signifikanten Korrelationen zwischen Angaben zum Ausmaß von Schwierigkeiten und den subjektiven Angaben zu Belastungen der Bezugspersonen in diesem Bereich zeigt. Durch die Verantwortlichkeit gegenüber dem Gastbewohner, die von den Familien sehr ernst genommen wird (auch bedingt durch eine vertragliche Bindung und regelmäßige Begleitung durch das Betreuungsteam), befassen sich die Familien mit den Verhaltensweisen und Schwierig-

keiten ihrer Bewohner und versuchen Hilfestellungen zu geben. Dabei tritt oft auch eine gewisse Ohnmacht ein, die deutlich macht, dass man in den Willen und das Verhalten anderer Menschen nicht eingreifen kann, sondern zum Teil abwarten und die Dinge auf sich zukommen lassen muss.

Trotz hoher Anforderungen und auftretenden Schwierigkeiten gibt es vielerorts eine große Anzahl von Familien, die gerne bereit sind, einen psychisch erkrankten Gast bei sich aufzunehmen. Ihre **Motivation** ist geprägt von der Hoffnung auf Zuwendung, einem starken finanziellen Anreiz sowie der Möglichkeit, eigene, neue soziale Kontakte zu knüpfen. Von den Bewohnern wird dabei zu 60 % eine Gegenleistung beispielsweise in Form von Mithilfe im Haushalt erwartet. Die Anerkennung von anderen Menschen nimmt mit 56 % einen vergleichsweise geringen Stellenwert ein, was darauf schließen lassen könnte, dass diese Form der Versorgung psychisch erkrankter Menschen in der Öffentlichkeit sowohl eher unbekannt ist wie auch skeptisch beurteilt wird.

5. Fazit

Ausgehend vom Ziel einer Situationsbeschreibung der Verhältnisse der Bezugspersonen des Betreuten Wohnens in Familien gewährt das Kapitel 2.1 Geschichtlicher Abriss bezogen auf Deutschland, nach einleitenden und definitorisch eingrenzenden Worten, einen Einblick in die geschichtliche Entwicklung dieser Betreuungsform für psychisch erkrankte Menschen in Familien, wie auch unterschiedliche Formen der Bewertung und quantitativen Ausbreitung im geschichtlichen Verlauf in Deutschland bis zum heutigen Stand.

Wichtige Voraussetzungen für eine langfristig gelingende Form der Versorgung sind die Rahmenbedingungen, die in ihren organisatorischen, sozialrechtlichen und sozialpolitischen Ausprägungen (in Kapitel 2.2 Rahmenbedingungen) beleuchtet werden und den Bereich markieren, in dem ambulante Hilfeleistungen in Form von Eingliederungshilfe in ein natürliches Milieu möglich sind.

Um einen genaueren Einblick in das besondere Setting zu bekommen, werden die Aufgaben in unterschiedlichen Phasen, Ziele und Wünsche der am Betreuungsprozess beteiligten Personen (in Kapitel 2.3 Beteiligte Personen) beschrieben. Klienten, Betreuungsteams gleichwohl wie Familien haben ihre eigene bedeutende Rolle und tragen zu einem gelingenden Betreuungsgefüge bei. Dabei lastet die Hauptarbeit auf den Schultern der Familien, die individuell nach Kräften auf ihren Bewohner eingehen und entscheidenden Einfluss auf die Steigerung seiner Lebensqualität haben. Das Kapitel 2.3.2 widmet sich deshalb speziell der Situation und dem Alltag der Familien.

In Kapitel 3 schließlich erfolgt eine Darstellung der zugrunde liegenden Konzepte und Theorien einschließlich Überlegungen zur Messung von Erfolg und vorhandenen Messinstrumenten zur Lebensqualität im Betreuten Wohnen in Familien. Diese bieten die Grundlage für wissenschaftliche Betrachtungen und dringend erforderlichen empirischen Untersuchungen über die Wirksamkeit des Betreuten Wohnens in Familien, um zukünftig fachliche Argumente für einen weiteren Ausbau der Betreuungsform in der Hand zu halten.

Die empirische Untersuchung dieser Arbeit befasst sich mit der strukturellen Situation der Familien des Betreuten Wohnens in Bayern, geht ein auf Belastungen, Veränderungen, Bewältigungsstrategien, Wissen über psychische Erkrankungen, das Klima und die Atmosphäre in den Familien.

Sie soll einen Beitrag dazu leisten, die Verhältnisse der Bezugspersonen des Betreuten Wohnens in Familien zu analysieren und damit neue Anregungen bieten für Weiterentwicklungen oder Verbesserungen dieser Form der ambulanten Eingliederungshilfe.

Über das Betreute Wohnen in Familien als Angebot der ambulanten Eingliederungshilfe für psychisch erkrankte Menschen wird in der Fachwelt immer wieder diskutiert – auch aufgrund der eher ungewöhnlichen Form, in der Laien für die Betreuung der Gastbewohner zuständig sind. Speziell die Form der Laienhilfe stößt immer wieder auf Skepsis und Ablehnung, so formuliert Schernus (2005): „Unser an wissenschaftlichen Maßstäben geschultes Bewusstsein sträubt sich gegen Hilfeformen, die durchmischt sind mit solchen Giften wie Egoismus, Dominanz, Zorn, Empörung, Ungeduld, Neugier, Rührung, Mitleid, Pflgetrieb und anderen ‚unreinen‘ Regungen. Der Gedanke, dass zwischenmenschliche Hilfe sogar häufig bekömmlicher sein könnte, wenn sie nicht ganz rein profimäßig destilliert, erforscht und in ihrer Effektivität evaluiert daherkommt, schmeckt uns nicht“ (vgl. Schernus, R. 2005).

Diese vorhandenen Barrieren in den Köpfen der Profis, die zum Teil nach jahrelangen wenig wirksamen Rehabilitationsversuchen bei psychisch erkrankten Menschen nicht wahrhaben wollen, dass diese in einem natürlichen Umfeld und mit laienhaften Hilfeformen zu einem stabilen Anstieg ihrer Lebensqualität gelangen, sind nur schwer abzubauen. Es wird weiterhin viel Öffentlichkeitsarbeit, Engagement und Ausdauer von Seiten der Familienpflegeteams nötig sein und wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit des Betreuten Wohnens in Familien sind dabei unabdingbar. Bisher bleibt es den empirischen Nachweis über die Wirksamkeit noch weitestgehend schuldig und konnte sich durch die Vorbehalte und öffentlich diskutierten Kritikpunkte bis dato nicht flächendeckend durchsetzen.

Das Betreute Wohnen in Familien hat sich bislang vor allem über die ökonomischen Vorteile, dank der kostengünstigeren Form der Betreuung psychisch Kranker immer wieder durchgesetzt und eine Alternative zu uferlos ausartenden Kosten der stationären Versorgung geboten. Im Laufe der geschichtlichen Entwicklung in Deutschland zeigt sich, dass vor allem in Zeiten knapper finanzieller Ressourcen dieser preiswerteren Betreuungsform gesteigerte Bedeutung beigemessen wird und bisher vermehrt, aufgrund fehlender wissenschaftlicher inhaltlich-fachlicher Argumente, die ökonomische Seite ausschlaggebend für die praktische Umsetzung ist.

In den letzten Jahren hat sich das Betreute Wohnen in Familien in Deutschland mit einem stetigen Anstieg der Anzahl der Plätze vor allem in Süddeutschland und der Ausweitung des Spektrums der Klienten etablieren können. Damit ist ein Anfang gemacht, um aus der marginalen Stellung in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft herauszutreten und einen höheren Stellenwert, der auch über den rein finanziellen Vorzug hinausgeht, zu erreichen.

Wenig an institutionelle Rahmenbedingungen gebunden, bietet das Betreute Wohnen in Familien, wie kaum eine andere Form individuell zugeschnittene Rehabilitationsmöglichkeiten für ihre Klienten. Wilhelm Griesinger, einer der Begründer der modernen, (natur-)wissenschaftlichen Psychiatrie erklärt 1868 dazu: „Die familiäre Kranksinnigenpflege gewährt dem Kranken das, was die prachtvollste und bestbegleitete 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“ (vgl. Konrad, M., Schmidt-Michel, P.-O. 2004).

Die professionelle Begleitung durch ein Betreuungsteam hat dabei hohen Anteil an der Steigerung der Lebensqualität der Klienten. Sie sorgt für den nötigen Ausgleich zwischen hohen Ansprüchen und der Forderung nach Veränderungsmotivation der Familien einerseits und dem Wunsch nach Rückzug, Akzeptanz der Verhaltensweisen und Eigenheiten auf der Seite der Bewohner. Dabei geht es um Aushandlungsprozesse und das Finden von Kompromissen nach dem Grundsatz „Mensch sein und Mensch sein lassen!“ Das Team unterstützt, gibt Halt und Sicherheit und trägt dazu bei, Belastungen und Stress in der Familie zu vermindern. Die Kombination aus Natürlichkeit, Spontaneität, Kreativität im täglichen Miteinander und der Versorgung mit Informationen, fachlich-professioneller Begleitung und dem nötigen Rückhalt stellen Faktoren eines Erfolgsrezeptes des Betreuten Wohnens in Familien für Klienten dar, die den Wunsch haben, (wieder) in einem natürlichen Umfeld zu leben.

Ungünstige Entwicklungen aufgrund fehlender Kenntnisse und Kompetenzen, die zu den negativen Aspekten des Betreuten Wohnens in Familien zählen, können und müssen vom Betreuungsteam erkannt und es muss entsprechend darauf reagiert werden. Dies macht die professionelle Begleitung zu einer unentbehrlichen Kraft im Bereich der Betreuung in Gastfamilien, die das Gefüge stärkt, zusammenhält und nicht wegzuden-

ken ist. „Das Geheimnis erfolgreicher Arbeit im Bereich des Betreuten Wohnens in Familien ist das Zusammenspiel von Familien und gut organisierter und strukturierter, professioneller Begleitung“ (vgl. Eisenhut, R. 2007).

In den Familien sind es trotz unterschiedlichster Lebensformen zum größten Teil die Frauen, die die Hauptbezugspersonen für die Gastbewohner darstellen. Sie suchen meist eine neue Herausforderung und Aufgabe sowie Zuwendung durch ein Gegenüber, das in diesem Fall ihre Hilfe braucht und auf sie angewiesen ist.

Ein weiterer wichtiger nicht außer Acht zu lassender Aspekt ist der finanzielle Anreiz für die meist weiblichen Bezugspersonen. Obwohl die Pauschalen der Betreuung nicht großzügig bemessen, sondern eher mit Sozialhilfesätzen zu vergleichen sind, kann die Familie durch die Aufnahme des psychisch erkrankten Gastes ihre Haushaltskasse aufbessern, deren Volumen in der Regel unter dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt. Oft fällt durch Synergieeffekte der häuslichen Arbeit der Betreuungsaufwand geringer aus oder die Gäste des Betreuten Wohnens können Aufgaben übernehmen, sodass Frauen, die nicht erwerbstätig sind und es schwer haben, eine neue, spannende und sinnvolle Tätigkeit zu finden, sich über einen geringen Zuverdienst durch das Betreute Wohnen in Familien freuen können.

Die Schwierigkeiten der Gastbewohner, vor allen Dingen in der Konstanz, Beziehungen anderen gegenüber aufrecht zu erhalten, prägen das Zusammenleben und sind auch für die Familienangehörigen oft mit Anstrengung und Stress verbunden. Es erfordert ein hohes Maß an sozialem Engagement, die Bereitschaft Verantwortung zu übernehmen, Verständnis, die Bereitschaft sich selbst zurückzunehmen, Akzeptanz, Toleranz wie auch Rücksichtnahme von den Familienmitgliedern, was auch belastend sein kann, da es bis auf wenige Ausnahmen (beispielsweise Urlaub) permanent abverlangt wird.

Durch die Veränderungen, mit der neuen Aufgabe Verantwortung für einen anderen Menschen zu übernehmen, werden die Familienmitglieder vor Herausforderungen gestellt und erhalten gleichzeitig eine große Chance, ihr vorhandenes Potenzial auszuloten und auszuschöpfen. Das Betreute Wohnen in Familien beinhaltet für die Familien nicht nur Veränderungen in der Tagesstruktur und Gestaltung des Alltags, sondern impliziert gleichzeitig stabilisierende Faktoren. Die persönliche Einstellung, Anschauungen und Standpunkte werden hinterfragt, gefestigt und auf die Probe gestellt, gleichzeitig kön-

nen sie sich auch durch die täglichen Herausforderungen verändern, etwa hin zu mehr Toleranz, Verständnis, Wohlwollen und Integration.

Werte wie friedliches Miteinander, Fürsorge oder Nachhaltigkeit haben bei den Familien des Betreuten Wohnens einen hohen Stellenwert und durch ihr langfristiges Engagement für psychisch erkrankte Menschen zeigt sich auch eine konkrete Umsetzung dieser Werte in die Praxis. Vor allen Dingen in der Betreuung junger, psychisch erkrankter Menschen kommt der Wertevermittlung und dem damit verbundenen Nachreifeprozess eine besondere Bedeutung zu. Die jungen Menschen können in dieser Zeit Werte im Alltag kennen und schätzen lernen, die sie bisher nicht gekannt haben und bekommen somit die Chance, ihr Leben an neuen Werten und Normen auszurichten. Die Familien versuchen ihnen Orientierung zu bieten, sie bekommen ein Gefühl von Sicherheit vermittelt und man tritt ihnen mit Wohlwollen im Alltag gegenüber. Sie machen täglich neue Erfahrungen im Umgang mit ihrer „neuen“ Familie, die sich an den oben genannten Werten orientiert und ihre Gastbewohner damit herausfordern, prägen und im Idealfall dazu befähigen, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen und mit ihrer Erkrankung in adäquater Form umzugehen.

Die Entwicklungen der Bewohner verlaufen in der Regel kurvenreich und sind geprägt von häufigen Schwankungen. Vermehrte Stressfaktoren führen bei ihnen zu Unruhe und können die persönliche Entwicklung ebenso wie hospitalisierende Verhältnisse verlangsamen. Die Familien sehen sich vor die Hürde gestellt, eine Balance zwischen entspannten Bedingungen und einer angemessenen Förderung der Bewohner, deren Lebensweg häufig abenteuerlichen Wandlungen unterliegt, zu finden und selbst dabei eigene Bedürfnisse nicht in den Hintergrund zu stellen.

Ergebnisse der Untersuchung zeigen dahingehend, dass von mangelnden Fähigkeiten der Gastbewohner, Beziehungen langfristig aufrecht zu erhalten, die höchste Belastung der Bezugspersonen ausgeht.

Viele Familien nehmen diese Herausforderungen jedoch gerne an, sehen es als eine individuelle Förderung und dadurch spannende, schöne und interessante Aufgabe an, Menschen eine Heimat zu geben sowie sie ins tägliche Leben zu integrieren. Das Zusammenleben mit einem psychisch erkrankten Menschen beschreiben sie dabei insgesamt als unberechenbar und facettenreich. Eine befragte Familienangehörige des Betreuten Wohnens in Familien äußert: „Das einzig Sichere dabei ist die Unbeständig-

keit.“ Vielleicht macht auch gerade dies den besonderen Reiz des Betreuten Wohnens in Familien aus.

Als ein weiteres Ergebnis der Untersuchung kann hervorgehoben werden, dass die Familien die an sie gestellten Anforderungen mit geeigneten Copingstrategien bewältigen. Sie verhalten sich aktiv, direkt oder suchen nach Informationen, anstatt mit Rückzug und Resignation auf die vorhandenen Stresssituationen zu reagieren. Der Abbau entstandener emotionaler Erregung spielt eine wichtige Rolle, was auf der einen Seite zeigt, dass die Familien sich stark emotional beteiligen und für die neuen Beziehungen in der Familien einsetzen, zum anderen aber auch einen hohen Bedarf, den eigenen hohen Druck des permanenten sich Zurücknehmens und der Toleranz des Bewohners in geeigneter Form abzubauen. Damit dieser Druck nicht stetig steigt, sondern sich immer wieder Ventile finden lassen aus denen er entweichen kann, steht das Betreuungsteam mit Gesprächen und Anregungen hilfreich zur Seite und trägt einen wichtigen Teil zu einem gelingenden langfristigen Beziehungsverhältnis zwischen Bezugspersonen und Gastbewohner bei.

Insgesamt können einige bereits in der Literatur vorliegende Untersuchungsergebnisse auch bei den befragten in Bayern lebenden Bezugspersonen des Betreuten Wohnens in Familien bestätigt werden, so etwa die Verbreitung in ländlichen Regionen, der finanzielle Anreiz im Zusammenhang mit einem unterdurchschnittlichen Haushaltsnettoeinkommen, eigener, frei gewordener Wohnraum, in Ansätzen die typischen Phasen der Betreuungssituationen mit einer Verschlechterung der Verhältnisse nach einer anfänglichen Phase der Euphorie und einer Verbesserung, nachdem kritische Situationen gemeinsam durchlebt werden, oder einen sehr hohen Anteil an weiblichen Bezugspersonen.

Der hohe Anteil an nicht mehr erwerbstätigen Ehepaaren, die einen Gastbewohner betreuen, als ein Ergebnis der Strukturanalyse der Untersuchung, kann entweder der Form der Erhebung geschuldet sein oder spiegelt die gesamtgesellschaftliche Entwicklung wieder, dass es immer mehr ältere Menschen gibt, die auch nach ihrer Erwerbstätigkeit noch leistungsfähig und auf der Suche nach neuen Herausforderungen und sinnvollen Aufgaben sind. Bei der Suche nach Personen, die bereit sind einen psychisch erkrankten Menschen bei sich aufzunehmen, könnten somit gezielte Werbeaktionen im

Personenkreis der nicht mehr erwerbstätigen älteren Menschen sinnvoll und erfolgversprechend sein.

Andere Ergebnisse der Forschungsarbeit sind in der Literatur bisher noch wenig zutage getreten, können jedoch aufgrund der geringen Stichprobengröße der vorliegenden Untersuchung nicht allgemeingültig angenommen werden. Darunter fällt ein Nachholbedarf an Wissen über psychische Erkrankungen bei einem Großteil der Bezugspersonen. Sollte sich das fehlende fachliche Wissen bei den Laienhelfern in nötigen weiteren Untersuchungen zu diesem Aspekt bestätigen, müsste zu Recht die Frage gestellt und im Einzelfall sorgfältig unter Abwägung der Vorzüge und Schwachstellen geprüft werden, ob ein psychoedukatives Training der Familienmitglieder Verbesserungen mit sich bringen würde. Aufgabe der Betreuungsteams wäre es entsprechende Angebote und fachliche Begleitung zu machen, die im optimalen Fall eine Verbesserung der Situation zur Folge hätte. Überlegungen könnten dahin gehen Schulungen im Sinne des Konzeptes „Angehörige informieren Angehörige“, wie es in einem Modellprojekt des bayerischen Landesverbandes der Angehörigen Psychisch Kranker e.V. im Jahr 2003 durchgeführt wurde und zu positiven Evaluationsergebnissen geführt hat, anzubieten (vgl. LApK 2005). „Solche Angehörigengruppen haben in der Regel zwei Schwerpunkte: sie bieten zum einen die Möglichkeit zum Wissenserwerb über die Erkrankung und geben zum anderen ein Forum für gemeinsamen Erfahrungsaustausch und emotionale Entlastung“ (vgl. Rummel, C., Pitschl-Walz, G., Kissling, W. 2005).

Um die quantitative und qualitative Entwicklung des Betreuten Wohnens der letzten Jahre weiter voranzutreiben, müssen noch weitere Schritte besonders in wissenschaftlicher Hinsicht in Form von empirischen Untersuchungen folgen, um ein Bewusstsein für die Arbeit und die möglichen zu erzielenden Effekte zu schaffen.

Trotzdem muss auch kritisch betrachtet werden, dass das Betreute Wohnen in Familien nicht die ideale oder perfekte Lösung für alle psychisch erkrankten Menschen ist, die einer Betreuung bedürfen. Oft bietet eine Institution mit professioneller Hilfe den geeigneten Rahmen. Für einige ist das Betreute Wohnen jedoch eine Nische, die ihren Bedürfnissen entgegenkommt, in der sie sich individuell optimal entwickeln und eine hohe Lebensqualität erreichen können.

Erklärung der Studentin

„Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, diese nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt und alle benutzten Quellen und Hilfsmittel angegeben sowie wörtliche Zitate gekennzeichnet habe.“

Datum und Unterschrift:

Literaturliste

- Al-Shajlawi, A., Berger, M., Hecht, H. (2004): Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie unter systematischer Berücksichtigung von Übersichtsarbeiten der Cochrane-collaboration und des Centre for Reviews and Dissemination. Elsevier: Urban&Fischer Verlag
- Angermeyer, M. C., Matschinger, H., Holzinger, A. (1999): Akzeptanz gemeindepsychiatrischer Reformen in der Bevölkerung. Psychiatrische Praxis, 26
- Atteslander, P. (2003): Methoden der empirischen Sozialforschung. Berlin: Walter de Gruyter
- Bachmeier, M. (2005): Psychiatrische Familienpflege – Normalität als Chance. Soziale Psychiatrie, 3, 33–34
- Beck, I. (2001): Lebensqualität. In: Antor, G., Bleidick, U. (Hrsg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis. Stuttgart, 337–340
- Becker, J. (2002): In Orbke-Lütke-meier, E. (Hrsg.): Betreutes Wohnen in Gastfamilien, Familienpflege. Bielefeld: Bethel-Verlag, 117–129
- Becker J. (2005): Ein intimer Ort – Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Gastfamilien, Soziale Psychiatrie 3/2005
- Birkenheier, C., Hagen, A. (2005): Integration psychisch Kranker in Gastfamilien Halt – Begegnung – Hoffnung, Symposium 10 Jahre psychiatrische Familienpflege am 26. Oktober 2005, Völklingen/ Saar
- Böcker, F. M. (2004): Von der Familienpflege zur offenen Fürsorge: Der Beitrag von Gustav Kolb zur deutschen Sozialpsychiatrie im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Sozialpsychiatrische Informationen, 34, 11–18
- Cebula, J. C. (2008): Vortrag zum Thema Faktoren, die zu einer erfolgreichen Betreuung in einer Gastfamilie führen – Dokumentation der BWF-Tagung vom 24. bis 26.09.2008, Zugriff am 20. November 2008 unter www.vsp-net.de/html/download/bwf-doku/Vortrag_Cebula.pdf - 07.02.2009
- Dörner, K., Plog, U., Teller, C., Wendt, F. (2007): Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrie-Verlag
- Dörner, K., Egetmeyer, A., Koenning, K. (1987): Freispruch der Familie: Wie Angehörige psychiatrischer Patienten sich in Gruppen von Not und Einsamkeit von Schuld und Last freisprechen, Bonn: Psychiatrie-Verlag

- Dondalski, C. (2004): Ein Zimmer mit Familienanschluss. Die psychiatrische Familienpflege an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen. *Psychiatrische Pflege*, 10, 120–123
- Eisenhut, R. (2004): Der Fachausschuss Familienpflege der DGSP. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 34, 46–50
- Eisenhut, R. (2007): Entwicklung des Betreuten Wohnens in Familien in Deutschland – Vortrag vom Fachtag Betreutes Wohnen in Familien am 26. März 2007 in Berlin. Zugriff am 6. April 2009 unter http://www.bwfberlin.de/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=8&Itemid=32
- Fischer, A. (2001): Rede zum Festakt und Kongress »25 Jahre Psychiatrie-Enquete – Bilanz und Perspektiven der Psychiatrie-Reform« am 21. November 2000 in Bonn. *Psychosoziale Umschau*, 16, 10–11. Zugriff am 08. Januar 2009 unter http://www.bpe-online.de/infopool/recht/andere/politiker/fischer_enquete.htm
- Helmchen, H. (2004): Psychiatrie im Wandel des Gesundheitssystems. *Der Nervenarzt*, 75, 1049–1052
- Hoffmann, W. (1937): Bericht über die Verhandlung der Arbeitsgemeinschaft der Anstaltsdezenten beim Deutschen Gemeindetag am 9. und 10. Oktober 1936 in Düsseldorf. *Zeitschrift ges. Krankenhauswesen*, 4, 82–88
- Kallert, T. W., Leiß, M., Kulke, C., Kluge, H. (2005): Evidenzbasierung gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote in Deutschland: eine Bestandsaufnahme. *Gesundheitswesen*, 67, 342–354
- Kallert T. W. et al (2005): Direkte Kosten akutenpsychiatrischer tagesklinischer Behandlung: Ergebnisse aus einer randomisierten kontrollierten Studie, *Psychiatrische Praxis*, 32, 132–141
- Keupp, H. (2000): 25 Jahre Gemeindepsychiatrie – Erfahrungen für Community Care? In: Ev. Stiftung Alsterdorf: Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Dokumentation des Kongresses Community Care. Hamburg, 12–15
- Knab, K. (1933): Statistik über den Stand der Familienpflege der öffentlichen deutschen Heil- und Pflegeanstalten im Sommer 1932. *Psychiatrisch- Neurologische Wochenschau*, 16, 196–203
- Konrad, M., Schmidt-Michel, P.-O. (1993): *Die zweite 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. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 34, 2–6
- Kreft, D., Mielenz, I. (2005): Wörterbuch Soziale Arbeit, Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Weinheim: Juventa Verlag
- Löcherbach, P. (2009): Case Management im Gesundheitswesen und in der Sozialen Arbeit. Zugriff am 25. März 2009 unter <http://www.casemanager.de>
- Pernice, A., Evans, N.J.R. (1995): Family care and asylum psychiatry in the nineteenth century. *History of Psychiatry*, 6, No. 21, 55–68. Zugriff am 16. Februar 2009 unter <http://hpy.sagepub.com/cgi/content/abstract/6/21/055>
- Psychiatrie-Enquête (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundesdrucksache 7/4200
- Raithel, J. (2006): Quantitative Forschung – Ein Praxisbuch, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Rummel, C., Pitschl-Walz, G., Kissling, W. (2005): Angehörige informieren Angehörige. *Psychiatrische Praxis* 2005, 32, 87-92.
- Schernus, R. (2005): Teufel und Beelzebub. Familienpflege – Alternative zum Heim? *Soziale Psychiatrie*, 29, 17–21
- Schmidt-Michel, P.-O. (2007): Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien: In Becker, T., Bäuml, J., Pitschel-Walz, G., Weig, W. (Hrsg.), *Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen, Konzepte – Intervention Perspektiven*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 175–185
- Schmidt-Michel, P.-O., Konrad, M. (2004): Akut-psychiatrische Versorgung in Gastfamilien: Erfahrungen aus den USA. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 34, 35–39
- Schnell, R., Hill, P. B., Esser, E. (2005): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: R. Oldenbourg Verlag
- Schönberger, C. (2007): *Die diskrete Arbeit der Transformation – Soziologische Fallstudien zum Leben psychisch kranker Menschen in Fremdfamilien*. Bern: Huber
- Schönberger, C., Stolz, P. (2003): *Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege - Ein Handbuch für die Praxis*. Bonn: Psychiatrie-Verlag

- Seifert, M. (2006): Vortrag auf der 20. Jahrestagung der Integrationsforschung „Integration - Inklusion im Dialog. Bildungspolitik und Integrationsforschung im Gespräch.“ Rheinsberg, 15. bis 18. Februar 2006
- Seifert, J. (2006): Leben und leben lassen. Psychiatrische Praxis, 33, 354–355
- Sommer, K., Donalski, C., Schmidt, T. (2004): Begleitetes Wohnen in Gastfamilien als lebenswerte Alternative für Menschen mit einer Alkoholdemenz. Sozialpsychiatrische Informationen, 34, 22–26
- Staack, S. (2004): Milieutherapie – Ein Konzept zur Betreuung demenziell erkrankter, Vincentz Network
- Sozialgesetzbuch (2009): Das gesamte Sozialgesetzbuch I bis XII Ausgabe 2009/I: Mit Durchführungsverordnungen, Sozialgerichtsgesetz (SGG) und den besonderen Teilen des SGB. Walhalla U. Praetoria
- Theunissen, G., Plaute, W. (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag

Websites:

- Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung (2006): Regionalkarte Bayern – Erwerbstätigkeit. Zugriff am 27. März 2009 unter <http://www.statistik.bayern.de/daten/intermaktiv/archiv/home.asp?UT=beschaeftigte.csv&SP=5>
- Datenreport 2008 (2009): Der Sozialbericht für Deutschland – Auszug aus dem Datenreport 2008 – Kapitel 9 Gesundheit und soziale Sicherung. Statistisches Bundesamt Deutschland. Zugriff am 08. April 2009 unter http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Navigation/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/Datenreport__downloads,templateId=renderPrint.psmml__nnn=true
- Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e.V. (2009): Ausgaben für psychische Erkrankungen steigen. Zugriff am 08. April 2009 unter [http://www.dgvt.de/aktuell.html?&tx_ttnews\[year\]=2009&tx_ttnews\[month\]=03&tx_ttnews\[day\]=12&tx_ttnews\[tt_news\]=2004&tx_ttnews\[backPid\]=17&cHash=195497eb32](http://www.dgvt.de/aktuell.html?&tx_ttnews[year]=2009&tx_ttnews[month]=03&tx_ttnews[day]=12&tx_ttnews[tt_news]=2004&tx_ttnews[backPid]=17&cHash=195497eb32)

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2009): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Zugriff am 12. Februar 2009 unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/>
- ILMES – Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung (1999): Zugriff am 16. Februar 2009 unter http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ein_voll.htm
- Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. (2005): Angehörige informieren Angehörige, München, Oktober 2005, Zugriff am 17. April 2009 unter <http://www.lvbayern-apk.de/pdf/Projektbeschreibung.AiA.pdf>
- Lichtblicke – Heft 30; S. 13 – Zeitschrift des Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie e.V. (VSP). Zugriff am 22. Dezember 2008 unter <http://www.vsp-net.de/html/download/Vspheft%2030.pdf>
- Psychiatrienetz (2008): Die Aktion Psychisch Kranke (APK). Zugriff am 06. April 2009 unter <http://www.psychiatrie.de/apk/wir>
- Fachgebärdenlexikon Sozialarbeit/ Sozialpädagogik (2009): Universität Hamburg, Institut für deutsche Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser. Zugriff am 09. Februar 2009 unter <http://www.sign-lang.uni-hamburg.de/projekte/slex/seitendvd/konzepte/152/15278.htm>
- Wikipedia – die freie Enzyklopädie (2009): Aktion T4. Zugriff am 09. Februar 2009 unter http://de.wikipedia.org/wiki/Aktion_T4
- Wikipedia – die freie Enzyklopädie (2009): Lebensweltorientierung nach Hans Thiersch. Zugriff am 09. Februar 2009 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Lebensweltorientierung>
- Wikipedia – die freie Enzyklopädie (2009): Expressed-emotion-Konzept. Zugriff am 10. Februar 2009 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Expressed-Emotion-Konzept>
- Wikipedia – die freie Enzyklopädie (2009): Camberwell Family Interview. Zugriff am 10. Februar 2009 unter http://de.wikipedia.org/wiki/Camberwell_Family_Interview
- Wikipedia – die freie Enzyklopädie (2009): Empowerment. Zugriff am 16. April 2009 unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Empowerment>