

Petzold, Susann

*Begleitetes Wohnen in Familien als Wiedereingliederungshilfe für
chronisch psychisch kranke Menschen am Beispiel der GESOP
Dresden*

eingereicht als

BACHELORARBEIT

an der

HOCHSCHULE MITTWEIDA

UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Fakultät Soziale Arbeit

Roßwein 2013/14

Erstprüfer: Hille, Michel C., Dr. phil.

Zweitprüfer: Busse, Stefan, Prof. Dr. rer. nat. habil.

Bibliographische Beschreibung:

Petzold, Susann:

Betreutes Wohnen in Gastfamilien für chronisch psychisch kranke Menschen – eine systemische Betrachtung der Betreuung der Familienpflegeverhältnisse. 43 S.

Roßwein, Hochschule Mittweida/Roßwein (FH), Fakultät Soziale Arbeit,

Bachelorarbeit 2011

Referat:

Die Bachelorarbeit beinhaltet eine Auseinandersetzung mit dem Wohn- und Betreuungsangebot des Begleiteten Wohnens in Gastfamilien für Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung.

Die Gastfamilien wie auch die GastbewohnerInnen werden bei der Vermittlung sowie dem anschließenden Betreuungsverhältnis durch das Fachteam des Betreuten Wohnens in Gastfamilien begleitet. Diese Chance auf Wiedereingliederung psychisch erkrankter Menschen soll am Beispiel der Gesop gGmbH dargestellt werden. Dabei wird Bezug genommen auf Erfahrungen und Bedingungen im Freistaat Sachsen.

Neben der Vorstellung der einzelnen Akteure sowie der Beschreibung eines Vermittlungsprozesses wird sich im Zuge dessen mit dem Konzept des Normalisierungsprinzips thematisch auseinander gesetzt. Der Begriff Normalität wird dabei anhand der lebensweltlichen, sozial-raumtheoretischen und klientenorientierten Ansätze untersucht.

Auch das professionelle Selbstverständnis sowie die multiperspektivische Arbeit der Fachkräfte innerhalb des BWF finden innerhalb dieser Bachelor-Arbeit einen Gegenstand der Betrachtung. Darüber hinaus soll literarisch analysiert werden, welche Chancen und Grenzen die Integration bzw. Inklusion des BWF für jene Klientel realisieren kann. Diese Arbeit soll gleichzeitig zur weiteren Etablierung des Projektes beitragen.

1. Einleitung	6
2. Begriffserklärung	9
2.1 Psychische Erkrankung.....	9
2.2 Der Familienbegriff.....	10
3. Das Betreute Wohnen in Gastfamilien	12
3.1 Entwicklung – Von Psychiatrischer Familienpflege zum Betreuten Wohnen in Familien	12
3.2 Rechtliche Grundlage.....	14
3.3 Betreutes Wohnen in Gastfamilien für erwachsene psychisch Erkrankte im Freistaat Sachsen	15
3.4. Akteure des Betreuten Wohnens in Gastfamilien	17
3.4.1 Die Gastfamilie und ihre Aufgaben.....	18
3.4.2 Die Adressaten	19
3.4.3 Das Fachteam	20
3.4.4 Der Kostenträger.....	22
4. "Begleitetes Wohnen in Familien“ der Gesop in Dresden	23
4.1 Gründung und Entwicklung	24
4.2 Der Bewohner der Gesop Dresden	25
4.3 Das systemtheoretische Zusammenspiel der BWF-Akteure am Beispiel der Gesop Dresden.....	26
4.4 Vermittlungsprozess und Aufgabe der Fachkraft.....	28
4.4.1 Wann gilt eine Vermittlung als erfolgreich?	31
4.5 Normalität durch die Eingliederung in Gastfamilien	32
5. Motivationsgrundlagen der Gastfamilien	36
5.1 Manifeste Motive	36
5.1.1 Zuverdienst.....	37
5.1.2 Sinnstiftende Beschäftigung.....	38
5.1.3 Die soziale Anerkennung	39
5.1.4 Die Mitwirkung einer positiven Entwicklung.....	40
5.1.5 Karitative Motive	41
5.2 Latente Motive	42
5.2.1 Die Besetzung von Leerstellen.....	43

5.2.2 Das Bedürfnis nach menschlichem Kontakt	44
5.2.3 Erfahrungen mit dem eigenen Fremdsein	45
5.3 Sonstige Motive	46
5.4 Zwischenfazit	47
6. Inklusion oder Integration?	49
6.1 Definition der Integration	49
6.1 Definition der Inklusion	50
6.3 Von Integration zur Inklusion?	51
7. Fazit.....	55
8. Quellenverzeichnis.....	58
9. Anhang.....	63

Abkürzungsverzeichnis

ABW - Ambulant Betreutes Wohnen

BMAS - Bundesministerium für Arbeit und Soziales

BWF - Begleitetes Wohnen in (Gast-)Familien

DGSP - Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V.

KSV - Kommunalen Sozialverband Sachsen

MPD - Medizinisch-Pädagogischer Dienst

SächsAGSGB - Sächsisches Ausführungsgesetz Sozialgesetzbuch – SGB

SGB IX - Sozialgesetzbuch, Neuntes Buch - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen

SGB XII - Sozialgesetzbuch, Zwölftes Buch - Sozialhilfe -

1. Einleitung

Die Familie gilt als ursprünglicher Kern des menschlichen Zusammenlebens. Im Laufe der menschlichen Entwicklung waren der Begriff und seine Bedeutung immer wieder einem gesellschaftlichem Wandel unterworfen. Die sich gerade in den letzten Jahrhunderten rasch verändernden Lebensweisen haben die einstigen traditionellen Familienstrukturen aufgebrochen. Die Transformationsprozesse von Organisation und Dynamik innerhalb der Familien haben in Folge dessen verschiedenste koexistierende Familientypen und Ausformungen entstehen lassen.

Innerhalb der Gesellschaft des 21. Jahrhunderts sind es inzwischen kurzfristige Bindungen, welche die langfristigen Partnerschaften und damit auch deren Verpflichtungen ersetzt haben. Hierfür stehen die steigenden Scheidungsquoten, kinderlose Familien sowie die große Anzahl an Alleinerziehenden oder Single-Haushalten.

„Die heutige Vielfalt der Lebens-, Liebes- und Beziehungsmodelle beinhaltet Entfaltungsspielräume, setzt im gleichen Maß aber auch soziale Belastungen und beängstigende Unsicherheit frei.“ (Zitat: Schönberger/ Stolz 2003) Der Mensch ist demnach bestrebt, diese Unsicherheit durch die Suche nach einer beständigen Sicherheit zu kompensieren. „Der Wunsch nach einem stabilen familiären Netzwerk als Garant für Glück und Lebenssinn hat im Bewusstsein aller Bevölkerungsgruppen bis Heute einen bedeutsamen Stellenwert.“ (Zitat: Schönberger/ Stolz 2003, S. 24)

Das unabhängig agierende Individuum charakterisiert sich somit durch eine Diskrepanz aus traditioneller Sehnsucht nach familiärer Stabilität und Zusammenhalt sowie gleichzeitiger Existenz von Leichtlebigkeit und Flexibilität.

Bei aller Ungebundenheit und Veränderungsfurcht steht besonders der Begriff der Familie für Beständigkeit, dauerhafte Zugehörigkeit, Schutz und ein solidarisches Miteinander. Gerade diese Eigenschaften können für Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung aufgrund ihrer oftmals langwierigen stationären Betreuung besonders bedeutsam sein.

Der Staat hat sich die unbestreitbaren Vorteile einer Familie bereits seit Jahrzehnten zu Eigen gemacht und bietet mit Hilfe des Wohn- und Rehabilitationsangebotes des Begleiteten Wohnens in Familien (kurz: BWF) eine unerschöpfliche aber auch kostengünstige Alternative zur institutionellen Versorgung. Im Gegensatz zum stationären Versorgungssystem bietet es Menschen mit einer chronisch psychischen

Erkrankung die Möglichkeit, in einem familiären Rahmen und der Integration in diese Lebensgemeinschaft sowie der umliegenden Nachbarschaft, ein Stück Normalität zu finden.

Doch lässt der soziale Wandel überhaupt eine tragfähige Betreuungsbeziehung durch das Betreute Wohnen in Familien zu? Und kann diese wiederum eine erfolgsversprechende Eingliederungsleistung in die Gesellschaft erbringen?

Die seit Jahren kontinuierlich zunehmenden Fallzahlen und finanziellen Ausgaben im Rahmen der Eingliederungshilfe für seelisch und körperlich behinderte Menschen rücken die Versorgungsmöglichkeit durch Gastfamilien erneut in einen öffentlichen Diskurs. Laut Statistischem Bundesamt hat sich von 1991 bis zum Jahr 2008 die Zahl der Leistungsberechtigten einer Eingliederungshilfe in Deutschland mehr als verdoppelt (vgl. Statistisches Bundesamt 2010, S. 5). Vor allem der Bedarf an betreuten Wohnmöglichkeiten für behinderte Menschen steigt stetig an. Im Zusammenhang mit dem Modell und Begriff der „Inklusion“ wird die Aufmerksamkeit wieder auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Bedingungen zu einem besseren Leben in der Gemeinde gerichtet.

Um die Thematik, der hier vorliegenden Bachelor-Arbeit, umfassend analysieren und kritisch betrachten zu können, sollen in einem ersten Schritt die beiden Hauptbegriffe: *psychische Erkrankung* und *Familie* definiert und charakterisiert werden. Auf Grundlage dessen soll anschließend die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege betrachtet werden, um daraus die heutigen rechtlichen Aspekte ableiten zu können.

Die Zielstellung dieser Arbeit besteht darin, herauszuarbeiten

- ob die Bewerbungsmotive der Gastfamilien in einem möglichen Zusammenhang mit biografischen (Vor-)Erfahrungen haben,
- ob mit der Eingliederung chronisch psychisch kranker Menschen in Fremdfamilien eine Chance auf ein normales Leben ermöglicht werden kann, und
- welche Möglichkeiten sich durch die Begriffe Inklusion und Integration für psychisch kranke Menschen eröffnen.

Der zweite Teil gibt einen Einblick in die Akteure innerhalb des Begleiteten Wohnens in Familien, sprich die Klienten, Gastfamilien, Fachkräfte und Kostenträger, um

anschließend die Arbeit der Gesop Dresden näher vorzustellen. Hierbei soll der Fokus primär auf die Gastfamilien gelenkt werden, damit im darauffolgenden Abschnitt die Motive und Gründe für eine Bewerbung aufgezeigt und analysiert werden können. Des Weiteren gilt es den Vermittlungsprozess sowie die Umsetzung des Normalisierungsprinzips darzustellen. Auf Grundlage dieser Erörterung kann schließlich eine Auseinandersetzung mit den Begriffen Integration und Inklusion erfolgen, welche im Schlussabschnitt ein Gesamtfazit hinsichtlich der Chancen auf Wiedereingliederung für psychisch erkrankte Menschen in die Gesellschaft ermöglichen werden.

An dieser Stelle soll außerdem darauf aufmerksam gemacht werden, dass die Arbeit vor allem Bezug nimmt auf das Betreute Wohnen in Gastfamilien für *chronisch psychisch kranke Menschen*. Im Vordergrund steht dabei die gemeindepsychiatrischen Einrichtung Betreutes Wohnen in Familien (kurz BWF) der Gesop Dresden, in der ich bereits ein halbjähriges Praktikum absolviert habe.

2. Begriffserklärung

Im folgenden Kapitel werden zunächst die Grundlagen und Ausgangsfragen, welche für die vorliegende Arbeit unumgänglich sind, geklärt. Was versteht man unter dem Begriff Familie bzw. psychische Erkrankung, welche Merkmale kennzeichnen sie und welche Erscheinungsformen treten heute hauptsächlich auf.

2.1 Psychische Erkrankung

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen werden psychische Erkrankungen im systematischen Verzeichnis des ICD-10 ausführlich definiert, charakterisiert und in ihren verschiedenen Ausprägungen klar von einander unterschieden.

Hier muss jedoch bemerkt werden, dass für den Inhalt der Bachelor-Arbeit auf Grund der großen Anzahl psychischer Erkrankungen und ihrer einzelnen Unterteilungen nur die häufigsten Arten Gegenstand dieser Betrachtung sein können. Des Weiteren werden lediglich die Hauptbegriffe näher definiert, da die einzelnen Untermerkmale im Wesentlichen keine Auswirkungen auf das Betreuungsverhältnis im Betreuten Wohnen in Familien haben.

Die Klassifizierung F2 unterscheidet die Schizophrenie und schizotype Störung wie folgt:

- F20 – Schizophrenie
- F21 – schizotype Störung
- F22 – wahnhafte Störung
- F23 – akute vorübergehende psychotische Störung
- F24 – induzierte wahnhafte Störung
- F25 – schioaffektive Störung (vgl. Dilling/ Mombour/ Schmidt, M. 2011, S. 49ff.)

Schizophrenie kennzeichnet sich durch eine Beeinträchtigung des Denkvermögens, sowie einer Störung der Sinneswahrnehmung, Halluzinationen bis hin zu Wahnvorstellungen mit einer Mindestdauer von einem Monat. (vgl. www.leben-mit-schizophrenie.com). Zu den schizophrenen Formen gehören dabei u.a. die

paranoide Schizophrenie (F20.0), katatone Schizophrenie (F20.2) oder die postschizophrene Depression (F20.4)

Störungen werden dabei als ein Komplex aus Symptomen und Verhaltensauffälligkeiten verstanden, welche mit individuellen und sozialen Belastungen und Beeinträchtigung verbunden sind (vgl. S. 6). Innerhalb der Affektiven Störung(F3) wird des Weiteren zwischen einer manischen Episode (F30), der bipolaren (F31), depressiven (F32) und anhaltenden affektiven Störung (F34) unterschieden. Neben der Angst- (F41) und Zwangsstörung (F42) kann wiederum die dissoziative Störung (F44) den Neurotischen- und Belastungsstörungen zugeordnet werden. (S. 54ff.).

Hinzu kommen relevante Diagnosen für die Arbeit innerhalb des Betreuten Wohnen in Familien, wie die unter F6 beschriebenen Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen der z.B. paranoiden (F60.0) und dissozialen Persönlichkeitsstörung (F60.2.) oder dem Borderline-Typ (F60.31) (59 ff.).

2.2 Der Familienbegriff

Der Familienbegriff ist rechtlich im Grundgesetzartikel 6 -Ehe und Familie- verankert. Durch die Abstammungsregelung des Bürgerlichen Gesetzbuches wird weiterhin festgesetzt wer eine Familie gründen kann und wie die Pflichten und Ansprüche sowie die Verhältnisse der einzelnen Familienmitglieder untereinander geregelt sind (vgl. <http://www.bpb.de/izpb/8017/familie>).

Im traditionellen Familienbild besteht eine Familie aus einem Elternpaar bzw. Elternteil sowie mindestens einem biologisch-verstandenen Kind, welche zusammen eine Lebensgemeinschaft bilden (vgl. <http://www.duden.de/rechtschreibung/Familie>).

„Als konstitutives Merkmal von Familien kann die Zusammengehörigkeit von zwei oder mehreren aufeinander bezogenen Generationen aufgefasst werden, die zueinander in einer besonderen persönlichen Beziehung stehen, welche die Position „Eltern“ und „Kind“ umfasst und dadurch als Eltern-Kind-Beziehung bezeichnet werden kann.“ (Zitat: Lenz 2003).

Aus einer sozial-gesellschaftlichen Betrachtungsweise kennzeichnet Lenz eine Familie demnach als ein solidarische und persönliches Beziehungsverhältnis zwischen Familienmitgliedern. Hierbei ist Familie als ein geschützter Raum zu

verstehen, welcher seine Nachkommen erzieht und mit den gegebenen gesellschaftlichen Rahmbedingungen, Normen und Sitten vertraut macht (vgl. ebd.) Darüber hinaus beschreibt der Schweizer Familiensoziologie F. Kaufmann Familie u.a. als eine soziale Institution, welche spezifische Aufgaben, wie innerfamiliäre Bedürfnisse zu befriedigen, erfüllt (vgl. Kaufmann in: Marksches/ Wolf 2010, S. 465-476). Eine weitere Aufgabe äußert sich in der solidarischen Funktion, welche darin besteht, die familiären Mitglieder dort zu unterstützen, wo z.B. die staatlichen Sozialleistungen nicht greifen können (vgl. <http://www.berlin-institut.org>).¹

Hieran schließt sich die systemtheoretische Betrachtungsweise an, in der Familie als ein soziales System verstanden wird, welches in das übergreifende System, Gesellschaft, eingebettet ist. (vgl. Miller 2001, S. 83). Der systemtheoretische Blick fokussiert sich hierbei einerseits auf das Verhältnis der Familie zu seiner Umwelt und andererseits auf die innerfamiliären Subsysteme.²

Unabhängig von der rechtlichen und sozialen Definition ist die öffentliche Diskussion um die inhaltliche Bestimmung des Familienbegriffes gerade in den letzten Jahren zu einem brisanten Thema geworden. Bis Mitte des 20. Jahrhunderts war die Familie beispielsweise durch autoritäre Strukturen gekennzeichnet, in denen der Familienvater die Rolle des Ernährers einnahm und gleichzeitig absolute Macht über die anderen Familienmitglieder besaß. Frauen und Mütter kamen hingegen die Aufgabe der Erziehung zuteil, und spielten daher innerhalb der Familie eine untergeordnete Rolle (vgl. <http://www.bmfsfj.de>). Vor dem Hintergrund der Emanzipation der Frauen, sowie der Wiedervereinigung und der damit verbundenen Veränderung der ökonomischen, gesellschaftlichen und sozialen Bedingungen wandelte sich auch das traditionelle Verständnis –besonders in den neuen Bundesländern- von Familie. Heute wird Familie um den Begriff „Lebensform“ erweitert, welcher allgemein als ein Zusammenleben verstanden wird (ebd.).

Durch diese Definitionserweiterung werden auch kinderlose Lebensgemeinschaften, Alleinerziehende sowie Partnerschaften als familien-ähnliche Ausprägungen in den Familienbegriff eingeschlossen. Grund hierfür ist die steigende Zahl an nicht-verheirateten Familien. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes im Jahr 2007 wurden beispielsweise knapp 60 Prozent aller Kinder in Ostdeutschland nichtehelich

¹ Subsidiaritätsprinzip

² Systemtheoretisches Denken bezieht sich grundsätzlich ganze Familie, ihre Beziehungen untereinander und sowie ihre Kommunikation. (vgl. Erler 2003, S. 16)

geboren, in Westdeutschland waren es in etwa 24 Prozent (vgl. Statistisches Bundesamt 2008).

Diese steigende Anzahl der nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften haben den Zweifel zur Folge, ob Familien ihrer ursprünglichen Konzeption von Versorgung und Erziehung noch entsprechen können? Ebenso wird die Umsetzung der traditionellen Aufgabe, nämlich die der solidarischen Unterstützung, im Zuge von außer-häuslichen Pflege- und Wohnformen fraglich (vgl. <http://www.bpb.de>).

Dieser zentralen Fragestellung wird in den folgenden Kapiteln nachgegangen.

3. Das Betreute Wohnen in Gastfamilien

3.1 Entwicklung – Von Psychiatrischer Familienpflege zum Betreuten Wohnen in Familien

Das Betreute Wohnen in Familien ist eine der ältesten organisierten Betreuungsformen von psychisch und geistig behinderten Menschen und wurde früher als „Psychiatrische Familienpflege“ bezeichnet. Bereits vor Entstehung der psychiatrischen Einrichtung war die Betreuung psychisch Erkrankter die einzige Versorgungs- und Betreuungsmöglichkeit innerhalb einer Gemeinde. Diese verbreitete sich im 19. Jahrhundert in verschiedenen Ländern innerhalb Europas.

Ihren Ursprung hat die Psychiatrische Familienpflege in Belgien, genauer gesagt in einem Ort namens Gheel, wo der Legende nach seit dem 6. Jahrhundert die heilige Dymphna eine Heilung für seelisch kranke Menschen versprach (vgl. Becker, in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 269). 1250 gründete sich hier durch die besondere Fürsorge der Bewohner eine Heil- und Pflegeanstalt. Das besondere Merkmal dieser Einrichtung bestand darin, dass die Klienten größtenteils innerhalb von Familien betreut und gepflegt wurden. (vgl. aus <http://www.bwf-info.de>) Nach zahlreichen Widerständen wurde die Psychiatrische Familienpflege als kostengünstige Alternative zu den stark überfüllten Anstalten auch in Deutschland eingeführt. Psychiatrische Krankenhäuser suchten nach geeigneten Familien, welche für ein entsprechendes Entgelt die Betreuung eines psychisch erkrankter Menschen übernehmen. Die psychisch Kranken wurden dabei vordergründig auf Bauernhöfen

untergebracht und dienten zu meist als billige Arbeitskraft für landwirtschaftliche Tätigkeiten. Im Jahr 1934 lebten so rund 70 000 Betroffene in psychiatrischen Institutionen und ca. 5000 in einem familiären Umfeld (ebd.).

Während des Nationalsozialismus und der damit verbundenen Euthanasiemorde wurden psychisch und geistig behinderte Menschen zunächst aus den Familien genommen und in psychiatrischen Anstalten untergebracht. Anschließend ermordete man sie in den Tötungsanstalten.

In den 1980er Jahren wurde die Idee der Unterbringung psychisch und geistig Erkrankter in Familien durch verschiedene Psychiater wiederbelebt. In Anlehnung an Vorreiter wie Frankreich oder Dänemark sowie verschiedene Modellversuche, wie z.B. aus der Rheinischen Landeslinik Bonn oder des „Vereins zur Förderung psychisch Kranker Ravensburg, Weissenau e.V.“ (heute: ARKADE e.V.) wurden unterschiedliche Methoden erprobt und weiterentwickelt (vgl. aus: <http://www.bwfinfo.de>).³ Man entwickelte daraus eine intensive fachliche Begleitung. Hierfür findet z.B. seit 1985 ein jährlicher Kongress statt, welcher seit 1997 zum bundesweiten Fachausschuss Familienpflege unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP) etabliert wurde (vgl. Becker, in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 269). Dieser kümmert sich neben der Entwicklung von Qualitätsstandards auch um die BWF-Teams. In den neuen Bundesländern wurden darüber hinaus die Konzepte der familiären Betreuung von psychisch Kranken seit den 90er Jahren weiterentwickelt. Dabei sind es vor allem Brandenburg und Thüringen, welche als Vorreiter gelten (ebd., S. 270).

Trotz der jährlichen Tagungen und den Bemühungen um die öffentliche Wahrnehmung barg der Begriff „Familienpflege“ bis etwa 2004 eine allgemeine Unzufriedenheit (vgl. Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 28). Vielerlei Diskussionen beinhalteten die mögliche Formulierung der besonderen Platzierung, d.h. der Einbettung eines Menschen mit einer seelischen Behinderung in ein familiäres Milieu, und wie diese prägnant zum Ausdruck gebracht werden könnte. Im Zuge der begrifflichen Unstimmigkeiten wurde ein Jahr später die einstige Familienpflege durch den DGSP-Fachausschuss in „Betreutes Wohnen in Familien“ umbenannt. Mittlerweile hat sich die einheitliche Bezeichnung: „Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung“ verbreitet (vgl. aus: <http://www.bwf-info.de>).

³ Baden-Württemberg und Hessen als erste.

Auch wenn das Begleitete Wohnen in Familien noch immer Vorurteilen ausgesetzt ist, wie einer unzureichenden Versorgung durch nicht geschulte „Laien“ und damit einer möglichen Überforderung, so bietet es andererseits neben den finanziellen Vorteilen eine gemeindeintegrierende Chance für psychisch erkrankte Menschen (ebd.). Trotz der Kritiken findet es inzwischen kontinuierliche Verbreitung, die sich von Baden-Württemberg, Bayern, und Hessen auf alle Bundesländer ausweitet. In den Ländern wie Frankreich und Belgien, welche viele Jahre die höchsten Klientenzahlen vorwiesen, gehen allerdings die Vermittlungen inzwischen zurück. In England und Italien wächst das Betreute Wohnen in Familien hingegen weiter (ebd.) Während früher überwiegend Mehrgenerationen-Familien psychisch und geistig behinderte Menschen aufnahmen und diese als Arbeitskraft unterhielten, entwickelte sich das Betreute Wohnen in Familien bis heute zu einer Form des Zusammenlebens und Bedürftigkeit beider Parteien weiter.

Hinzu zufügen ist, dass es in den westlichen Bundesländern eher traditionelle Familien, bestehend aus Eltern und Kindern, sind, welche die psychisch Kranken aufnehmen; während in den östlichen Bundesländern vorwiegend Alleinstehende eine „Pflegschaft“ übernehmen. Hier übernehmen die Kranken darüber hinaus oft die Rolle eines Familienmitgliedes ein, ersetzen gelegentlich den Verlust einer Partnerschaft, leben als Oma und/oder Opa mit im Haus oder werden von Hausfrauen, deren Kinder das Haus bereits verlassen haben, fürsorglich betreut (vgl. Becker, in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 270).

3.2 Rechtliche Grundlage

Der rechtliche Rahmen für das Betreute Wohnen in Familien basiert auf verschiedenen Bestimmungen. Hierzu gehören die innerhalb der Sozialhilfe festgelegten Gesetze des Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölf sowie die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen, welche SGB Neun festgeschrieben sind. Im § 53 SGB XII werden in Verbindung mit § 2 SGB IX dabei z.B. die Leistungsberechtigten definiert (vgl. http://bwf-info.de/bwf_e3/gesetze_urteile). Diese sind jene Personen:

„die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles,

insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.“ (Zitat aus: § 53 SGB XII, ebd.)

Des Weiteren werden im § 54 SGB XII die Leistungen der Eingliederungshilfe benannt sowie das im § 55 SGB IX beschriebene Recht auf Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Diese Leistungen umfassen Schulungen, schulische Ausbildung/Hochschulbesuch, Ausbildung für eine angemessene Tätigkeit/Beschäftigung oder eine sonstige Sicherung der Teilhabe am Arbeitsleben (vgl. §54 SGB XII).

Ferner sind für das Betreute Wohnen in Familien die Paragraphen:

- § 60 SGB XII - Verordnungsermächtigung
- § 26 SGB IX - Leistungen zur medizinischen Rehabilitation
- § 33 SGB IX - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben
- § 41 SGB IX - Leistungen im Arbeitsbereich relevant entscheidend (vgl. <http://www.bwf-info.de>).

3.3 Betreutes Wohnen in Gastfamilien für erwachsene psychisch Erkrankte im Freistaat Sachsen

Der Kommunale Sozialverband Sachsen setzt seit 2006 als überörtlicher Träger der Sozialhilfe und ebenso als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Angebote des Betreuten Wohnens in Gastfamilien für chronisch psychisch kranke und behinderte Erwachsene im Freistaat Sachsen um (vgl. Fischer 2011, S. 11). Damit wird eine alternative Wohn- und Lebensmöglichkeit für Menschen, welche andernfalls in einer vollstationären Einrichtung untergebracht wären, geschaffen. Das Wohnangebot richtet sich im Rahmen einer bedarfsgerechten Versorgung an die Leistungsberechtigten nach §§ 53 SGB XII; 2 SGB IX (siehe Kostenträger). Hinzu kommt die Realisierung des gesetzlichen Auftrags „ambulant vor stationär“ nach § 13 Abs. 1 S. 3 SGB XII (ebd.). Die damit verbundene Vermeidung einer Heimunterbringung für Menschen mit einer seelischen Behinderung weist damit aus fiskalischer Sicht ein entsprechendes Konsolidierungspotenzial auf (vgl.: <http://bwf-info.de>). Die Kosten einer ambulanten Betreuung liegen nämlich deutlich unter denen einer stationären Versorgung.

Im Zuge der Einführung der „Psychiatrischen Familienpflege“ (siehe Entwicklung) in den westlichen Bundesländern kam es nach der Wiedervereinigung ebenfalls zu einer Weiterentwicklung der Hilfen für Menschen mit einer Behinderung in Sachsen. Im Rahmen der Leitgedanken des KSV, welche die Interessen der Klienten in den Mittelpunkt rücken, werden nun auch im Freistaat Sachsen spezifische Unterstützungs- und Versorgungshilfen realisiert. Dieses Individualisierungsprinzip gehört neben einer angemessenen Bedarfsabdeckung und der Umsetzung des Leitgedankens, Hilfe zur Selbsthilfe, zu den besonderen Merkmalen der Sozialhilfe (vgl. KSV Sachsen 2010, S. 4).

Natürlich besteht vorrangig das Wunsch- und Wahlrecht, nach dem der psychisch erkrankte Erwachsene selbst das Anliegen hat in einer Familie freiwillig leben zu wollen. Dennoch lässt sich nicht bestreiten, dass der jährlich steigenden Kostenentwicklung (vgl. Statistisches Bundesamt 2013, S. 393) im Zuge der Fallzahlerhöhung mit dem Angebot der Eingliederungsmöglichkeit psychisch und behinderter Erwachsener entgegengewirkt werden kann. 2011 wurden beispielsweise für ambulante Einrichtungen 34, 8 Millionen € investiert während 433, 7 Millionen € für stationäre Institutionen benötigt wurden (vgl. Medieninformation 250 des Statistischen Landesamt 2012, S. 2).

Ausgaben der Sozialhilfe nach dem SGB XII für ausgewählte Jahre von 1995 bis 2012 nach Hilfearten^{1) 2)} (in 1 000 ¼)

Merkmal	1995	2000	2004	2005	2010	2011	2012
Hilfe z. Lebensunterhalt	185 452	304 668	369 956	(21 946)	31953	33271	33 898
Hilfe nach dem							
5. bis 9. Kapitel	747753	341916	(475662)	(466840)	534074	551567	552562
darunter							
Hilfe zur Pflege	464 403	37 914	(60 159)	(58 148)	55150	59307	66371
Eingliederungshilfe für behinderte							
Menschen	265624	279105	(382758)	(374960)	454476	468543	466549
Hilfen z. Gesundheit ³⁾	14 371	19 240	26 924	27112	15294	14698	11334
Insgesamt	933205	646584	(905607)	(562297)	673135	697628	705865

(Angabe aus: Statistisches Bundesamt 2012, S. 395)

Das bedeutet aber auch, dass Jahr zu Jahr die Ausgaben im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ansteigen – 2005 lagen diese noch bei 374,9 Millionen €, 10 Jahre zuvor bei 265624 Millionen Euro (vgl. Statistisches Bundesamt 2012, S. 395). Allerdings kann somit wiederum die Errichtung neuer Heimplätze gedämpft und gleichzeitig die Aufnahmen neuer Patienten verringert werden (vgl. Fischer 2011, S. 12).

Innerhalb der Sozialhilfe wurden laut dem Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2011 rund 468,5 Millionen € für eine Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ausgegeben (vgl. Medieninformation 250 des Statistischen Landesamt 2012, S. 2). Diese Ausgaben wurden für 46 215 Menschen mit Behinderung erbracht und entspricht damit in etwa zwei Drittel der Gesamtausgaben der Sozialhilfe (ebd., S.1). Die Leistung zur Teilhabe am Leben in einer Gemeinschaft entsprach mit 287 Millionen € über 60 Prozent der gesamten Eingliederungshilfe. Davon gab man rund 220 Mio. € für ein selbstbestimmtes Leben innerhalb einer betreuten Wohnmöglichkeiten aus (ebd.).

Die Umsetzung des Projektes Betreutes Wohnen in Gastfamilien wurde in den ersten beiden Jahren der Etablierung seitens des KSV ohne die Unterstützung eines Trägers durchgeführt, sondern durch die Mitarbeiter des Medizinisch-Pädagogischen Dienstes – MPD (vgl. Fischer 2011, S. 12). Mit steigender Klientenzahl konnte die hiesige Verwaltung den zusätzlichen Arbeitsaufwand jedoch nicht mehr selbst abdecken. Träger zur fachlichen Begleitung, wie freie Träger der Wohlfahrt, gemeinnützige Vereine und Gesellschaften, wurden eingebunden (vgl. KSV Sachsen 2009, S. 15). Inzwischen gibt es 7 sächsische Träger, welche mit dem KSV eine Vereinbarung gemäß § 75 Abs. 3 SGB XII abgeschlossen haben.

3.4 Akteure des Betreuten Wohnens in Gastfamilien

Das Betreute Wohnen in Gastfamilien setzt sich neben den verschiedenen Institutionen, wie Ärzten, Psychologen, Behörden, Sportvereine usw. und dem sozialen Umfeld im Wesentlichen aus dem Bewohner, der Gastfamilien und den begleitenden professionellen Fachkräften zusammen. Grundvoraussetzung für die Vermittlung in eine Gastfamilie ist die Heimbedürftigkeit des psychisch erkrankten Menschen (vgl. Becker, in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 267 – 277). Das bedeutet, er kann nicht eigenständig in einer eigenen Wohnform leben, sondern Bedarf einer

stationären Unterbringung, welche die Gastfamilie realisiert. Da der psychisch Erkrankte zu meist einen langjährigen Klinikaufenthalt hinter sich hat, dient die Aufnahme in eine nicht-verwandtschaftliche Familie als unterstützende Alternative zur Institution, in der er innerhalb einer Gemeinschaft wieder Integration in die Gesellschaft finden soll. Die drei Hauptakteure sollen im Folgenden allgemein vorgestellt, und anschließend im Rahmen des Betreuten Wohnens in Familien der Gesop Dresden betrachtet werden.

3.4.1 Die Gastfamilie und ihre Aufgaben

Die Aufgaben und Leistungen der Gastfamilien hängen maßgebend vom Klienten und seinem Unterstützungsbedarf ab. Dennoch bringt jede Familie ihre ganz eignen Stärken und Qualitäten mit sich, welche dem psychisch kranken Betroffenen als Ressource dienen (vgl. Vedder in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 151 – 158). Zu den weiteren Ressourcen zählen das familiäre soziale Engagement, Zeit, Kommunikationsbereitschaft oder die soziale Anbindung an ihr jeweiliges Gemeinwesen bzw. ihre sozialen Netzwerke (vgl. Neuenfeldt-Spickermann in: Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 150).

Das Zusammenleben eines psychisch erkrankten Menschen erfolgt hierbei mit nicht biologisch-verwandten Familien (vgl. Fischer 2011, S. 7). Unter einer Gastfamilie versteht man hierbei also nicht nur ein traditionelles Familiengefüge, bestehend aus Eltern und Kindern, sondern auch Einzelpersonen, Rentner oder Alleinerziehende. Darüber hinaus kann auf Grund von möglichen Interessenskonflikten keine gesetzliche Betreuung des aufgenommenen Menschen übernommen werden.

Grundvoraussetzung für die Aufnahme eines psychisch erkrankten oder behinderten Menschen ist die Bereitstellung von angemessenen Räumlichkeiten zum Bewohnen. Hierzu zählt ein einzelnes Zimmer innerhalb des Familienhauses genauso wie eine getrennte Wohnung. Außerdem ist es Aufgabe der Familien das neue Mitglied in seiner Entwicklung zur Selbstständigkeit zu fördern und ihn dabei entsprechend zu unterstützen. Dies beinhaltet über eine (teil-)zeitliche Beaufsichtigung hinaus eine gewisse Fürsorge sowie Verständnis, Geduld und Toleranz (vgl. Becker, in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 273). Die Ermutigung zur Eigenständigkeit spielt hierfür eine zentrale Rolle. Ein gewisser Erfahrungswert in Bezug auf die Betreuung von

psychisch und geistig kranken Menschen gilt hierbei natürlich als vorteilhaft, ist jedoch nicht zwingend erforderlich. Ebenso soll der zu Betreuende eine angemessene Versorgungsintensität und Ernährung erhalten (ebd.). Das bedeutet, es gilt ihn nicht nur zu beherbergen, sondern ihn auch in das Familiensystem zu integrieren. Diese Betreuungs- und Versorgungsleistungen werden durch einen entsprechenden Kostenträger (siehe Kostenträger) vergütet. Die Familien bieten somit eine bezahlte Alltagsunterstützung an, welche zeitlich begrenzt oder auf Dauer angelegt sein kann (vgl. Becker, in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 277). Darüber hinaus soll das neue Mitglied in die Nachbarschaft eingebunden werden, um im Zuge der Gemeindeintegration vielseitige soziale Kontakte zu knüpfen (vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 150). Auf diese Weise erhält der Betroffene die Chance auf ein möglichst normales Leben.

Die Gastfamilien müssen des Weiteren in der Lage sein auch ohne das Betreuungsentgelt ihren Lebensunterhalt zu finanzieren, und müssen daher über eine finanzielle Grundabsicherung verfügen (vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 150). Das Betreuungsentgelt darf somit nicht der finanziellen Grundabsicherung einer Familie entsprechen, damit nach Beendigung des Betreuungsverhältnisses die familiäre Existenz weiterhin gewahrt bleibt (vgl. Becker, in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 273).

Nach Jo Becker soll bei der Vermittlung nur ein Bewohner aufgenommen werden, um so Konkurrenz zu vermeiden.⁴ Schließlich sollten Gastfamilien auch vielversprechende individuelle Ressourcen, wie ein stabiles Familienverhältnis, Wissen um die eigenen Lebenskrisen, deren Bewältigungsstrategien sowie eine gewisse Belastbarkeit vorweisen können (vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 150).

3.4.2 Die Adressaten

Das Angebot der Eingliederungshilfe durch die Aufnahme in einer Gastfamilie ist grundsätzlich für erwachsene Menschen mit einer chronisch psychischen Erkrankung ausgelegt. Die häufigsten Diagnosen der Klienten umfassen schizophrene und Borderline- Erkrankungen, sowie dissoziative Störungen oder Depressionen. Diese zeigen sich je nach psychisch erkrankten Menschen auf ganz unterschiedliche Art und Weise aus.

⁴ Inzwischen bis zu 4 Bewohner aufgenommen werden.

Im Rahmen des Betreuten Wohnens in Familien begibt sich ein erkrankter Erwachsener in die Lebenswelt einer passenden fremden Familie. Die Motivation sich in ein Familiensystem zu integrieren resultiert neben dem Wunsch, die zumeist langjährige stationäre Unterbringung zu verlassen, in dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Geborgenheit, Sympathie und Identität (vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 151).

Zur Bewältigung ihres alltäglichen Lebens benötigen sie eine umfassende Unterstützung und Begleitung. Natürlich soll der Bewohner auch die Möglichkeit haben beispielweise Besuche zu empfangen oder selbst Freunde und Verwandte zu besuchen. Er/Sie kann ebenso auch in die hauswirtschaftlichen Aufgaben eingebunden werden.

Insgesamt sollte die Bereitschaft einen psychisch erkrankten Menschen in das eigene Heim aufzunehmen, ihn zu integrieren sowie eine Beziehung zu ihm aufzubauen, bei der Eignung einer Gastfamilie im Sinne einer klientenorientierten Arbeit ein wesentliches Merkmal sein. Gleichzeitig ist allerdings auch sein Recht auf Selbstbestimmung und Autonomie zu berücksichtigen (ebd., S. 152).

3.4.3 Das Fachteam

Die Aufgabe einer alltagsorientierten sozialpsychiatrischen Arbeit besteht zentral darin, die Stärken und Grenzen des Klienten wie auch der Gastfamilie klar heraus zu filtern, sodass eine geeignete Vermittlung angeboten werden kann. Die Ressourcen der beiden Parteien werden genutzt, um eine Verbesserung der Lebensbedingungen und –umstände zu realisieren (vgl. Obert, in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 133). Dabei steht die Subjektorientierung innerhalb des Case-Managements durch das professionelle Fachteam im Vordergrund.⁵

Nach Jo Becker begegnen die Fachkräfte allen Bewerbern auf gleicher Augenhöhe und mit gegenseitigem Respekt (vgl. Becker, in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 273). Die Wahrung eines angemessenen Nähe/Distanz- Verhalten ist hierfür jedoch sehr wichtig. Die Fachkräfte begeben sich in die Lebenswelt des Klienten, um die Gegebenheiten für eine erfolgreiche Vermittlung zu stützen aber auch zu hinterfragen. Dabei werden nicht nur die alltäglichen Hilfen der Gastfamilie

⁵ Case Management ist ein kooperativer Prozess, in dem Versorgungsangebote und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden, um so den individuellen Versorgungsbedarf eines Klienten mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen abzudecken (vgl. Klug 2004, S. 3).

professionell begleitet, sondern auch weitere fachliche Hilfen, wie Ärzte, Psychologen oder Ergotherapeuten koordiniert, was einen angemessenen fachlichen Abstand erfordert. Mit anderen Worten, für die individuelle Förderung des Bewohners und seiner Entwicklung werden diese miteinander vernetzt, sodass in schwierigen Situationen schnelle Hilfe zugänglich gemacht werden kann. Die Aufgaben und Leistungen der Fachkräfte des Begleitenden Wohnens erfordern demnach nicht nur Flexibilität und Kreativität sondern auch Klarheit, Eindeutigkeit sowie Transparenz (ebd.). Auch das Aushandeln –statt Behandeln- von Kompromissen mit allen Beteiligten, Planung und Organisation gehört zum täglichen Aufgabenfeld. Sie müssen offen wie auch strukturiert agieren und benötigen auf Grund des hohen Zeitaufwandes einer Vermittlung viel Geduld und Durchhaltevermögen. Vielschichtige Gegensätze treffen hier im Arbeitsalltag aufeinander, welche es gilt auszubalancieren. Dazu zählen das Recht auf Eigenständigkeit, Autonomie, Selbstbestimmtheit und der individuelle Lebensentwurf aller Beteiligten (ebd.). Hier muss letztendlich ein Mittelweg zwischen Individuum und gesellschaftlicher Fürsorge gefunden werden, denn jede Fachkraft hat ebenso den gesellschaftlichen Auftrag der Kontrolle zu erfüllen. Die begleitende Fachkraft bzw. das Fachteam hat demnach auch immer eine kontrollierende und die Betreuungsqualität sichernde Funktion (vgl. Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 29). Dadurch können nicht nur eine mögliche Überforderung seitens der Gastfamilie vermieden sondern auch die Möglichkeit der körperlichen oder sexuellen Misshandlung ausgeschlossen werden.

Der lebensweltliche Bedarf für den psychisch Erkrankten wird schließlich in seiner individuell erstellten Hilfeplanung umgesetzt und je nach den aktuellen Bedürfnissen angepasst (vgl. Vedder in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 151 ff.). Die methodische Herangehensweise des Fachdienstes ist dabei nicht nur multiperspektivisch und mehrdimensional sondern auch alltagsorientiert, umfeldbezogen und vernetzend (vgl. Fischer 2011, S. 25 ff.). Für die Gastfamilien darf es wiederum keine Konzepte geben, sondern diese sollen sich als sogenannte Laien selbst regulieren (vgl. Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 29). Die Fachkraft fungiert für sie vielmehr als eine Art Coach. Dies kann, so Konrad, Becker und Eisenhut, beispielsweise dann gewährleistet werden, wenn die Gastfamilien aus der Aufnahme des psychisch kranken Menschen ökonomischen und sozialen Nutzen ziehen können. Auf diese Art und Weise besteht keine Verpflichtung, welche die Gastfamilie eingeht. Das erfordert vom BWF-Team eine beständige Reflexion der Handlungen und Verhaltensweisen

aller Beteiligten. Diese Voraussetzungen gelten sowohl für die Auswahl und Zusammenführung von Gastfamilie und GastbewohnerIn, als auch für die Begleitung und Unterstützung des alltäglichen Zusammenlebens. Die dafür durchgeführten Hausbesuche durch die entsprechende Fachkraft finden hierbei so oft wie erforderlich statt. In Problemsituationen oder bei sonstigen Fragen sollen sich die Familie ebenso wie der Bewohner an die professionelle Fachkräfte wenden können. Außerdem ist es hilfreich einen Informationsaustausch über wichtige Ereignisse dauerhaft aufrecht zu erhalten.

3.4.4 Der Kostenträger

Laut dem Sächsischem Gesetz (SächsAGSGB), welches am 06. Juni 2002 (SächsGVBl. S. 168) verabschiedet wurde, fungiert gemäß § 3 Abs. 3 SGB XII. der Kommunale Sozialverband Sachsen (KSV) als überörtlicher Träger der Sozialhilfe (vgl. <http://www.bwf-info.de/bwf>).

Dieser ist nach § 13 Abs. 2 Nr. 2 SächsAGSGB für alle Leistungen sachlich zuständig; betreffend die in § 53 Abs. 1 SGB XII genannten Personen. Hier runter zählen Personen, die das 18. Lebensjahr, aber noch nicht das 65. Lebensjahr vollendet haben und die Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe trotz der Behinderung erfüllt werden kann.

Das Betreute Wohnen in Gastfamilien gilt als Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Die rechtliche Grundlage für dieses Angebot sind die §§ 27 ff., 41 ff. sowie 53ff. SGB XII. Volljährige Erwachsene mit einer psychischen Erkrankung sowie Menschen mit einer geistigen Behinderung und/oder Mehrfachbehinderung sollen Leistungen zur Wiedereingliederung mittels des KSV erhalten, wenn sie:

- aufgrund ihrer Erkrankung/Behinderung nicht mehr zu einer selbstständigen Lebensführung in der Lage sind,
- in einer stationären Einrichtung leben und diese mit dem Wunsch auf Leben in einer familiären Gemeinschaft verlassen wollen,
- einer betreuten Hilfeleistung bedürfen und
- durch ihre Herkunftsfamilie nicht mehr betreut werden können (vgl. KSV Sachsen 2013: Leistungsrahmen des KSV Sachsens).

Des Weiteren schließt nach § 75 Abs. 3 SGB XII i. V. in Bezugnahme auf § 79 Abs. 1 SGB XII der KSV Sachsen mit geeigneten Trägern, wie z.B. der Gesop GgmbH Dresden eine vertragliche Vereinbarung (ebd.). Diese Vereinbarung beinhaltet die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsmodalitäten des Betreuungsverhältnisses. Diese gilt temporär und wird demnach durch eine Beantragung seitens des Interessenten beim überörtlichen Sozialhilfeträger gestellt. Für deren Bewilligung gibt der KSV ein amtliches Gutachten zur Prüfung einer bestehenden Heimbetreuungsbedürftigkeit in Auftrag und prüft auf diese Weise die sozialhilferechtlichen Voraussetzungen. Bei einer positiven Entscheidung wird mit Hilfe des begleitenden Fachdienstes ein Gesamtplan nach § 58 SGB XII ausgearbeitet (vgl. Fischer 2011, S. 29ff.).

Im folgenden Abschnitt soll die Umsetzung der Wiedereingliederungshilfe am Beispiel der Gesop Dresden näher veranschaulicht werden.

4. Begleitetes Wohnen in Familien der Gesop in Dresden

Die gemeindenahe sozialpsychiatrische Versorgung in Dresden (kurz: GESOP GgmbH) bietet als freier sozialpsychiatrischer Träger für Menschen mit psychischen Erkrankungen verschiedene Betreuungs- und Beratungsangebote an.

Neben der Kontakt- und Beratungsstellen und anderen therapeutischen Hilfsangeboten wird hier im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens das Begleitete Wohnen in Gastfamilien angeboten (vgl. <http://www.gesop-dd.de>).

Das Begleitete Wohnen in Familien (BWF) in Dresden unterstützt Menschen, die ihr alltägliches Leben auf Grund einer chronisch psychischen Erkrankung nicht oder nur teilweise selbstständig führen können. Durch die Integration in eine nicht biologisch verwandte Gastfamilie soll der psychisch Erkrankte die Möglichkeit erhalten wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu können (vgl. aus: <http://gesop-dd.de>).

Durch dieses Konzept einer Sozialraumorientierung können sie sich außerhalb einer stationären Unterbringung in ihrer eigenen Persönlichkeit entfalten und sich im Rahmen eines familiären und nachbarschaftlichen Umfeldes in ihrer Eigenverantwortlichkeit erproben. Dafür werden sowohl die Familien als auch die psychisch erkrankten Menschen von einer professionellen Fachkraft begleitet, bei der

es sich gegenwärtig um Frau K. Enke handelt, die seit ca. 2 Jahren die Betreuung und Unterstützung beider Parteien realisiert (vgl. Naumann 6.1.2014).

4.1 Gründung und Entwicklung

Das Begleitete Wohnen in Familien wurde im Oktober 2007 in Dresden etabliert und ist ein Angebot im Rahmen der gemeinnützigen Gesellschaft der GESOP gGmbH. Aufgebaut wurde das Projekt innerhalb der Familienpflege von der ehemaligen und einzigen Mitarbeiterin I. Naumann, welche gemeinsam mit der Geschäftsleitung der GESOP die Finanzierung mit dem überörtlichen Kostenträger, dem KSV, aushandelte (vgl. Naumann 6.1.2014). Zusätzlich wurde das BWF durch die Stiftung „Aktion Mensch“, welche die Abdeckung der Personalkosten übernahm, sowie innerbetrieblichen Sachkosten gefördert. Mit Hilfe dieser finanziellen Unterstützungen und einer langwierigen Aufbauphase, in der hauptsächlich eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit und Akquisition stattfand, konnten schließlich 2011 vier psychisch erkrankte Klienten in eine Gastfamilie vermittelt werden. Im Laufe des Jahres konnte man ein weiteres Betreuungsverhältnis sowie drei Neuvermittlungsanträge realisieren. Darüber hinaus gab es bis zu diesem Zeitpunkt insgesamt 63 Kontakte, von denen 28 persönlich und 35 telefonisch Interessenten eine Beratung erhielten (ebd.). Hieraus ergab sich schließlich ein Bewohnerpool bestehend aus 15 potentiellen Bewerbern. In 6 Fällen erfolgte ein Probewohnen. In Folge von 21 persönlichen sowie 62 telefonischen Beratungsgesprächen konnten wiederum 13 mögliche Gastfamilien in einen Vermittlungspool aufgenommen werden. Für ein erfolgsversprechendes Betreuungsverhältnis gilt es bis heute die Anzahl beider Pools kontinuierlich auszubauen (vgl. Naumann 6.1.2014).⁶

⁶ Heute umfasst der Pool 25 Gastfamilien.

4.2 Der Bewohner der Gesop Dresden

Das Angebot des Begleitete Wohnens in Familien ist für volljährige Menschen mit einer psychisches Erkrankung oder einer geistigen Behinderung ausgerichtet, welche nicht in einer eigenen Wohnform leben können (vgl. aus: <http://gesop-dd.de/index>).

Aus diesem Grund ist ihnen zu meist ein gerichtlicher Betreuer zugeteilt, welcher sich um die erforderlichen wirtschaftlichen, behördlichen oder gesundheitlichen Angelegenheiten kümmert.

Die Dauer des Aufenthaltes kann hierbei langfristig oder temporär wahrgenommen werden. Außerdem können die Bewohner auch Pflegebedürftigkeit (d.h. eine Pflegestufe 1 oder 2) aufweisen, die von einer entsprechenden Gastfamilie betreut wird (ebd.). Andere hingegen gehen wiederum einem externen Arbeitsverhältnis, in z.B. einer Werkstatt oder einer beruflichen Ausbildung, nach.

In den letzten Jahren haben sich einige Veränderungen innerhalb der Bewerberklientel vollzogen. Anfänglich bewarben sich hauptsächlich ältere Menschen (50 plus), die den Wunsch äußerten einer Gefahr der Hospitalisierung innerhalb ihrer stationären Unterbringung entkommen zu wollen (vgl. Naumann 6.1.2014). Inzwischen sind es aber vermehrt jüngere Menschen, die den Aufenthalt in einer Gastfamilie als temporär betrachten, um später in eine eigene Wohnung übergehen zu können.

Entscheidend für den psychisch erkrankten Menschen ist darüber hinaus, welche Eigenschaften und welchen Charakter die Gastfamilie aufweist (vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 149). Je nach Kriterien, wie der individuellen Familienstruktur oder der Alltagsgestaltung, erscheint dem zukünftigen Mitbewohner eine Familie mehr oder weniger attraktiv. Manchmal wünscht sich z.B. die psychisch erkrankte Frau lieber mit einer alleinerziehenden Frau zusammen zu wohnen, wohingegen ein psychisch erkrankter Mann sich vielleicht innerhalb einer Familie mit Kindern wohl fühlt. Wichtig ist jedoch nach K. Enke die Eingliederung des Betroffenen in eine für ihn passende aktive Gemeinschaft (vgl. Enke 19.11.2013, S. 2).

Insgesamt soll die Bindung zu einer Familie, sowie die Möglichkeit verschiedene Freizeitangebote wahrzunehmen, die sozialen Kompetenzen des psychisch erkrankten Menschen verbessern. Fähigkeiten sollen durch eine Integration in eine familiäre Gemeinschaft den Weg in eine selbstbestimmte Lebensführung aktivieren (ebd.).

4.3 Das systemtheoretische Zusammenspiel der BWF-Akteure am Beispiel der Gesop Dresden

Die Gastfamilien innerhalb des Begleiteten Wohnens in Familien der Gesop bieten Menschen mit einer psychischen oder seelischen Erkrankung ein zu Hause. Gastfamilien müssen dafür keine fachliche Ausbildung haben, sondern bereit und in der Lage sein, den neuen Mitbewohner in das Familienleben einzubeziehen.

Die beiden nicht verwandten Parteien müssen außerdem bereit sein, mit der Fachkraft der Gesop Dresden offen zusammen zu arbeiten.

Mit der Verbreitung des systemtheoretischen Konzepts in die Familienarbeit wird der Fokus nicht mehr primär auf das verhaltensauffällige Familienmitglied gelenkt, sondern setzt die gesamte Familie in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Hierbei werden folglich nicht mehr nur die Symptome fokussiert, vielmehr wird die ganze Familie als Kommunikations- und Beziehungssystem in die professionellen Unterstützungsleistungen einbezogen (vgl. Erler 2003, S. 14). Jedes Familienmitglied steht im kommunikativen Zusammenhang mit den anderen Familienmitgliedern und seiner Umwelt. Dieses Konzept umfasst ebenfalls den integrierten erkrankten Menschen, da er als ein Teil der Familie, d.h. als Familienmitglied, gilt. Mit anderen Worten wird durch die Betrachtungen des Familiensystems als Ganzes der gegebenen Problemkonstellationen nicht mehr nur mit Monokausalitäten geantwortet. Stattdessen wird untersucht, wie das System als Ganzes funktioniert, wie ihr die einzelnen Mitglieder zu geordnet sind, und in welcher Beziehung sie zueinander stehen. Damit rückt sich das Zusammenwirken von Gastfamilien und Mitbewohner in den Mittelpunkt (vgl. Erler 2003, S. 15). Dieser systemtheoretische Ansatz ermöglicht damit eine multiperspektivische Beschreibung und Erklärung sozialer Wirklichkeiten, in dem die professionelle Handlungsorientierung unter dem zentralen Aspekt der Ganzheitlichkeit steht (ebd.).

Ein System wird immer erst dann als System erkennbar, wenn es von einer Umwelt unterschieden werden kann. Dabei entwickeln Systeme aus der Differenz zwischen sich selbst und ihrer Umwelt Eigenschaften und Eigendynamiken. Dies gilt ebenso für die Konstellation zwischen der Familie und den zu Betreuenden. Aus ihrem gemeinsamen Zusammenleben entwickelt sich das Potenzial eine positive Entwicklung für den psychisch erkrankten Mitmenschen zu ebnet. Mit anderen

Worten, das Familiensystem grenzt sich durch seine spezifischen Eigenschaften von der Umwelt ab und öffnet damit die Möglichkeit für einen erfolgsversprechenden Verlauf innerhalb des Betreuungsverhältnisses.

Familien werden zusätzlich als autopoietisch und selbstreferentiell charakterisiert.⁷ Wie im Kapitel: Akteure des BWF bereits beschrieben, besteht die wesentliche Aufgabe der Gastfamilie nämlich darin, eine unterstützende Hilfe für die Wiedererlangung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben des zukünftigen Bewohners zu leisten. Dieser soll im alltäglichen Familienleben seine sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten neu aktivieren und verbessern (vgl. aus: <http://gesopdd.de>).

Je nach Wünschen und Interessen beider Parteien können gemeinsame Freizeitangebote wahrgenommen werden. Nicht selten gehen Gastfamilie und Bewohner der Gesop Dresden einer gemeinsamen sportlichen Aktivität nach, besuchen Kino oder Theater, oder unternehmen Ausflüge miteinander (vgl. Enke 19.11.13). Auch bei Arzt- und Behördengängen kann die Familie als hilfreiche Begleitung fungieren. Die Förderung der sozialen Kompetenzen unter größtmöglicher Selbstverantwortlichkeit, sowie die Selbstbestärkung des Klienten stehen insgesamt innerhalb der Gesop Dresden im zentralen Fokus. Für die Soziale Arbeit ist zu dem die Balance zur Umwelt sowie zwischen dem Familiensystem und seinen Subsystemen bedeutsam. Dazu gehören weiterhin ihre Auswirkung auf die familiäre Kohäsion und die kommunikativen Regeln.

Karin Enke berichtet beispielsweise von einer Begünstigung der Entwicklung des psychisch Erkrankten durch ein respektvolles und wertschätzendes Miteinander. Dadurch fällt es dem neuen Mitbewohner leichter eine vertrauensvolle Beziehung zu den Familienmitgliedern und anderen Mitmenschen aufzubauen und zu erhalten. Diese Prozesse können durch eine gute Zusammenarbeit mit der Fachkraft des BWF gelingen. Bei Fragen und Problemen sowie zur Vermeidung von möglichen Krisen steht Frau Enke sowohl Bewohnern als auch Gastfamilien stets zur Verfügung.

Innerhalb des Betreuten Wohnens der Gesop sind es gegenwärtig acht Familien, welche als Gastfamilien zur Verfügung stehen. Davon sind vier bereits in bestehenden Betreuungsverhältnissen, drei in der Beantragungsphase und eine, die

⁷ Autopoiese bedeutet hierbei „Selbsterzeugung“, „Selbstreproduktion“.

als Urlaubsvertretung eingesetzt wird. Seit der Gründung 2006 gab es insgesamt 25 Bewerbungen seitens der Gastfamilien (ebd.).

Hauptsächlich handelt es sich dabei um Einzelpersonen in Dresden. Im Gegensatz zu dem westlichen BWF gibt es in Dresden momentan nur eine klassische – bestehend aus Eltern mit Kindern- Familie. Die Einzelpersonen sind außerdem zumeist nur stundenweise in einem Arbeitsverhältnis angestellt, Harz IV-Empfänger oder Rentner. Durch diese teilzeitliche Arbeitsbeschäftigung bzw. Erwerbslosigkeit ist eine intensivere Betreuung des psychisch kranken Mitbewohners möglich und wird daher vom Dresdner BWF begrüßt (vgl. Enke 19.11.13).

Im Gegenzug für Unterbringung, der Begleitung und Unterstützung im Alltag erhalten die Gastfamilie eine entsprechende Aufwandsentschädigung sowie eine Pauschale für die Unterkunft und Verpflegung (vgl. Fischer 2011, S.8).

Neben der internen Arbeit von Frau Enke liegt der Fokus ebenso in einer vielseitigen Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit nach außen. Dafür wird eine gegenseitige Kooperation mit anderen Einrichtungen, wie z.B. Physio- und Ergotherapien, Kontakt- und Beratungsstellen, ambulante Psychotherapien, Allgemeinärzte oder verschiedenen Freizeiteinrichtungen angestrebt. Die kontinuierliche fachliche Begleitung bietet den Bewohnern wie den Gastfamilien eine umfassende Unterstützung bei der Entwicklung und Umsetzung alltagsrelevanter Strukturen.

4.4 Vermittlungsprozess und Aufgabe der Fachkraft

In Folge der kontinuierlich fortführenden Öffentlichkeits- und Akquisitionsarbeit des BWF Dresden erfolgt ein Erstkontakt mit Interessenten telefonisch oder nach Terminvereinbarung. Während dieses Gespräches gibt Frau Enke allgemeine Informationen über die Angebote und deren Inhalte (vgl. Enke 19.11.2013). Oftmals kommen mögliche Bewerber mit unrealistischen Erwartungen und müssen entsprechend ausgefiltert werden. Bleibt der Bewerbungswunsch aufrecht, findet im nächsten Schritt ein Hausbesuch für ein persönliches Kennenlernen zwischen Fachkraft und Gastfamilie statt. Die psychisch erkrankten Klienten werden für den Erstkontakt hauptsächlich in das Büro des BWF eingeladen. Beim zweiten Treffen werden weitere Informationen ausgetauscht und jene Voraussetzungen beleuchtet, wie beispielsweise die Gewährleistungen eines geeigneten Zimmers, Lage, Anbindung, die allgemeine soziale Eignung oder auch Wünsche seitens beider

Parteien, wie Geschlecht oder Alter des zu Betreuenden. Auch die Umgangskultur sowie generelle Stärken und Schwächen sollen hier offen besprochen werden, um einen passenden künftigen Bewohner zu finden und eine geeignete Vermittlung gewährleisten zu können (vgl. Rosemann/ Konrad 2011, S. 271). Gleichermaßen findet das Gespräch mit dem potenziellen Bewohner statt, welcher zusätzlich –sofern vorhanden- durch seinen gesetzlichen Betreuer vertreten und unterstützt wird. In einem vertraulichen Gespräch soll dem psychisch kranken Erwachsenen der Raum eröffnet werden, um einen möglichst präzisen Einblick in sein Krankheitsbild zu erhalten. Darüber hinaus ist es für beide Parteien förderlich, wenn eine Auswahl an Gastfamilien und möglichen Bewohnern, d.h. ein Auswahlpool, zur Verfügung steht. Um eine bedarfsgerechte Betreuung sicherzustellen, wird folglich je nach Passung ein psychisch Kranker einer geeigneten Gastfamilie empfohlen.

Bei bestehendem gegenseitigem Interesse findet, begleitet von der vermittelnden Fachkraft, eine erste Begegnung innerhalb einer neutralen Umgebung statt. Treffpunkt kann dabei das Kontaktbüro von Frau Enke genauso wie ein Cafe oder der Park sein. Sofern hierbei eine beiderseitige Sympathie vorhanden ist, werden weitere und längere Treffen vereinbart. Zu diesem Zeitpunkt kommt es mitunter vor, dass der weitere Vermittlungsverlauf durch den Abbruch einer Partei ausgesetzt wird (vgl. Enke 19.11.2013). Nicht selten entsprechen die Vorstellungen und Erwartungen einer/beider Seiten nicht der Realität.

Nach einigen Wochen und anhaltender positiver Einstellung im Hinblick auf ein zukünftiges Zusammenleben wird, durch Entbindung der Schweigepflicht, die Gastfamilie über die psychische Erkrankung des Klienten informiert und anschließend entsprechende Betreuungsleistungen ausgehandelt. Haben sich die passenden Partner für ein Pflegeverhältnis gefunden, wird daraufhin der Pflegevertrag festgesetzt. Auch hier wird der zukünftige Mitbewohner durch seinen gesetzlichen Betreuer begleitet. Vertragsinhalte werden vereinbart um die einzelnen Aufgaben und Leistungen zwischen Familie, Klient und BWF-Fachkraft sowie dem Träger zu dokumentieren. Die Finanzierung, d.h. die Aufwandsentschädigung sowie Vergütung für die Familie, wird mittels des BWF der Gesop gGmbH geregelt und anschließend beim KSV Sachsen beantragt. Für das fortwährende Betreuungsverhältnis ist die Fachkraft auch langfristig zuständig (ebd.).

Nach Kostenzusagen durch den KSV kann ein Probewohnen erfolgen. Dieser Zeitraum wird durch zunächst wöchentlich stattfindende Hausbesuche seitens der

Fachkraft intensiv begleitet. Im weiteren Verlauf und bei stabilen Verhältnissen des Zusammenlebens können die fachlichen Besuche nach und nach reduziert werden. Gleichmaßen können sie aber auch bei schwierigen Phasen oder auftretenden Konflikten erhöht werden, da in vielen Fällen mit dem neuen Familienmitglied eine eigene Dynamik innerhalb der Familie entsteht. Diese familiäre Veränderung macht es teilweise erforderlich die Integration fachlich verstärkt zu begleiten. Mit Hilfe einer stützenden aber auch kontrollierenden Begleitung kann jedes Mitglied der Familie seinen –teilweise- neuen festen Platz innerhalb des Familiengefüges finden (vgl. Rosemann/ Konrad 2011, S. 272). Dennoch darf das Mitwirken seitens einer professionellen Fachkraft nicht unterschätzt werden. Der Kostenträger vertritt gelegentlich z.B. die Meinung, dass mit der Vermittlung und Beratung zwischen Klient und Familie die wesentliche Arbeit abgeschlossen sei. Oder aber, die Familie fühlt sich durch die wöchentlichen Hausbesuche bevormundet und überwacht. Hier ist jedoch festzuhalten, dass das Mitwirken einer Fachkraft für eine nachhaltige und dauerhafte Integration des psychisch Erkrankten in die Familie von großer Bedeutung ist. Gerade in der Auseinandersetzung mit einer psychischen Erkrankung und ihren Auswirkungen auf die Neugestaltung des alltäglichen Lebens kann die Fachkraft eine wertvolle Hilfe sein, da es Menschen mit einer psychischen Erkrankung beispielsweise vermehrt schwer fällt eine emotionale Bindung zu anderen aufzubauen und aufrecht zu erhalten.

Die Aufgaben und Leistungen, welche Frau Enke innerhalb des Begleiteten Wohnens in Familien erbringt, sind sehr unterschiedlich. Neben der Akquisitionsarbeit sowie Planung und Organisation der Vermittlung bemüht sie sich um einen kontinuierlichen Kontakt und Gesprächsaustausch mit den Klienten. Dies wird durch Hausbesuche, Treffen, Unternehmungen oder Telefonaten realisiert. Des Weiteren fungiert sie als Ansprechpartner in Problem- und Konfliktsituationen oder bei der Beratung über Möglichkeiten des Zusammenlebens, Lebens- und Freizeitgestaltung. Außerdem fallen in ihren Zuständigkeitsbereich die Organisation einer Urlaubsvertretung sowie die Qualitätssicherung durch eine entsprechende Dokumentation.

Leider steht dem BWF in Dresden – wenn auch in der Literatur empfohlen - innerhalb des Fachdienstes keine zweite Fachkraft als Co-Betreuer(in) zur Verfügung. Damit Frau Enke dennoch die Möglichkeit zur SuperVison oder ggf. zur Fallbesprechung

erhalten kann, findet ein monatlicher Austausch mit den Fachkräften aus der Kontakt- und Beratungsstelle statt (ebd.).

Nach einigen Wochen bzw. Monaten kehrt folglich der Alltag ein, die anfängliche Euphorie und Aufgeregtheit schwindet und die ersten Herausforderungen im täglichen Zusammenleben müssen bewältigt werden. Nicht selten sind es Diskrepanzen im jeweiligen Tagesrythmus, die ein gewisses Maß an Flexibilität und Verständnis erfordern. In der Regel wird – so Frau Enke - erst nach der wechselseitigen Anpassungs- und Gewöhnungsphase ein rückläufiger Einfluss von außen auf die alltäglichen Abläufe und Umgangsformen genommen (vgl. Enke 19.11.2013).

4.4.1 Wann gilt eine Vermittlung als erfolgreich?

Um ein Betreuungsverhältnis als erfolgreich einschätzen zu können, werden einige Kriterien benannt, die eine Kategorisierung der Betreuung in erfolgreich und nicht erfolgreich ermöglichen (vgl. Schönberger 2004, S. 89). Dabei gilt es beide Parteien, d.h. die Gastfamilie und den Gastbewohner, zu betrachten und deren Vorstellungen, Erwartungen ebenso wie die Erfahrungen heraus zu arbeiten. Auch die Einschätzung der Gastmutter/-vater über eine mögliche positive Entwicklung seitens des zu Betreuenden kann ein Indikator für ein gut funktionierendes Lebensverhältnis sein. Zwar ist die Bewertung der Familien subjektiv und bietet damit keine neutrale, fachliche Bewertung, jedoch können auf die Weise immerhin Tendenzen angedeutet werden. Ein positiver Zuspruch von Seiten der Fachkraft kann darüber hinaus für beide Parteien eine bestätigende und unterstützende Wirkung haben. Handlungs- und Verhaltensweisen zwischen Gastfamilie und Mitbewohnen werden so sicherer, und beide finden Bestärkung darin, schwierige Situationen besser zu bewältigen.

Des Weiteren zeigt sich ein erster Erfolg, welcher auch in der Fachliteratur vermehrt benannt wird, im kontinuierlichen Aufenthalt des Bewohners in der Familie (vgl. Konrad/ Schmidt-Michel 1987, S. 268). Häufig werden die ambulanten oder stationären Versorgungsaufenthalte von Perioden der Einweisung in eine psychiatrische Klinik unterbrochen. Diese zwischenzeitlichen Unterbrechungen können auch innerhalb des Wohnens in der Gastfamilie auftreten. Bei einer nicht erfolgten Wiedereinweisung zeigt sich allerdings ein gewisses Wohlbefinden seitens des psychisch Erkrankten, welches als positiv zu beurteilen ist. Natürlich hängt die

Bewertung hierbei von der Zeitdauer des Aufenthaltes in der Familie ab. Je länger der Aufenthalt in der Gastfamilie ohne prägnante Zwischenfälle andauert, desto höher ist eine erfolgreiche Entwicklungsaussicht einzuschätzen (ebd.).

Nichts desto trotz stellt sich die Frage, wie ein „normales“ Leben zwischen Familie und psychisch Erkrankten realisiert werden kann, weswegen als nächster Betrachtungspunkt die Umsetzung von „Normalität“ näher beleuchtet werden soll.

4.5 Normalität durch die Eingliederung in Gastfamilien

Keine gesellschaftliche Ressource ist wohl so erfolgsversprechend wie die Familie. Im Zentrum der Vermittlung steht dabei ein lebensweltlicher Ansatz innerhalb der Sozialraumorientierung. Die Fähigkeit einer Familie zur Partizipation und ihr unermüdliches Engagement in der Variabilität an Lösungsstrategien bei Problemen begründen den kontinuierlichen Anstieg in den Betreuungsverhältnissen des BWF (vgl. Schönberger/ Stolz 2003, S. 26). Doch können Familien tatsächlich –gemäß dem Normalisierungsprinzip- einer Teilhabe psychisch Kranker an der Gemeinschaft gerecht werden? Und was bedeutet überhaupt eine heutige familiäre Normalität?

Familien bieten den Vorteil unaufgefordert und unaufhörlich eigenständig zu arbeiten und sich selbst zu regulieren. Beispielsweise zeigen Familien kreative Fähigkeiten bei der Bewältigung von Krisen. Eine Familie bietet ihren Mitgliedern sowohl Privatheit und Intimität als auch die Möglichkeit zur individuellen Entfaltung. Ihr Humanvermögen schafft auch für Nicht-Angehörige vielfältige Integrations- und Teilhabemöglichkeiten. Im Gegensatz zur Heimunterbringung finden Menschen mit einer psychischen Erkrankung hier ein Leben unter realen Umständen und können in einer natürlichen Wohnform mit nicht-psychisch beeinträchtigten Menschen eine nicht-betreute Lebensgemeinschaft bilden (vgl. Becker in: Rosemann/ Konrad 2011, S. 267).

Auf der anderen Seite muss jedoch die grundsätzliche Qualität einer heutigen Familie in Frage gestellt werden. In den vergangenen Jahrzehnten gab es einen Paradigmenwechsel innerhalb des Familienbegriffes (vgl. Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 26). Von der traditionellen Familienzusammensetzung, das bedeutet zwei Elternteile mit einer entsprechenden Anzahl von Kindern, bietet sich, gerade in den

ostdeutschen Bundesländern, inzwischen ein Bild aus alleinstehenden oder alleinerziehenden Familien. Bei zahlreichen Bewerberfamilien handelt es sich um Einzelpersonen, die mit der Aufnahme eines Mitbewohners den Wunsch nach Gesellschaft ausdrücken. Vor dem Hintergrund dieser neuen Entwicklungen ist es fraglich, wieviel Normalität diese Einzelpersonen tatsächlich zu vermitteln fähig sind. Wie bereits beschrieben, haben Menschen mit einer psychischen Erkrankung zumeist Schwierigkeiten eine partnerschaftliche Beziehung zu führen, eine eigene Familie zu gründen oder enge, stabile Bindungen zu Freunden zu aufrechtzuerhalten. Sie sind in dieser Fähigkeit daher stark eingeschränkt (vgl. Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 23). „Professionelle Betreuungsbeziehungen ersetzen dann die sozialen Kontakte“ (Zitat: ebd.). Das Beziehungsverhältnis zwischen Fachkraft und Klienten ist darüber hinaus asymmetrisch, denn es gibt hier zwei unterschiedliche Ebenen: Hilfeleistende und Hilfeempfangende. Das familiäre Zusammenleben kann gerade auf Grund einer sorgfältig durchgeführten Passungsphase auf Basis einer wechselseitigen Interessensgrundlage gegründet werden und wirkt für beide Parteien als Aushandlungsfeld verschiedenster Bedürfnisse (vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 150). Mit Hilfe einer Eingliederung des psychisch erkrankten Klienten wird folglich das Abhängigkeitsgefälle zwischen Profession und Hilfebedürftigem gemindert.

Normalität innerhalb einer Familien bedeutet aber weiterhin, sich in eine bestimmte Familienrolle einzufügen (vgl. Neuenfeldt-Spickermann 2012, S. 150). Damit wird der Bewohner nicht nur in das Familiengefüge eingebunden, sondern fordert ihn außerdem, sich an den familiären Geschehnissen zu beteiligen. Hierbei muss allerdings auch kritisch bemerkt werden, dass eine zwingende Rollenzuschreibung durchaus überfordernd auf den psychisch erkrankten Menschen wirken kann. Gerade, weil viele Menschen mit einer psychischen Erkrankung aus einem defizitären Familiensystem stammen, kann es für sie umso schwieriger sein Vertrauen und Sicherheit für eine Familie zu entwickeln. Die schlechten und prägenden Erlebnisse und Erfahrungen aus der eigenen Kindheit spiegeln sich oftmals in Unsicherheit und Überforderung in Hinblick auf das neue Familienleben wieder. Eine beständige, zwischenmenschliche Beziehung schafft aber auch mit entsprechender Geduld und Zeit eine gegenseitige Bereicherung in Form von Sicherheit und Wertschätzung, und bietet zusätzlich dem psychisch erkrankten die

Möglichkeit sich individuell zu entfalten. Das Aushandeln beispielsweise alltäglicher Konflikte zwischen den Familienmitgliedern und dem Mitbewohner wird zum gemeinsamen dynamischen Lernfeld und ebnet den Weg für Lern- und Entwicklungsprozesse, welche innerhalb von fachlich betreuten Einrichtungen vielmehr per Ungleichgewicht stattfinden (vgl. Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 24). Daher ist es wichtig eine geeignete Gastfamilie zu ermitteln, welche auf die biografischen Prägungen entsprechend gut eingehen kann. Das Alltagsleben in einer Familie bietet für die oftmals traumatischen Kindheitserlebnisse einen normalisierenden Effekt innerhalb eines natürlich gegebenen Umfeldes. Die Hilfeleistungen für psychisch Erkrankten in der familiären Lebenswelt können allerdings nicht jenen allumfassenden Leistungen einer Institution entsprechen, sondern haben lediglich einen begleitenden und unterstützenden Charakter (vgl. Rosemann/ Konrad 2011, S. 264). Professionelle Kompetenzen werden im Rahmen des therapeutischen Konzeptes zur Problembewältigungsfähigkeit einer Familie allerdings sogar als kontraproduktiv betrachtet, wenngleich es von Außen als hilfreiches Verständigungsmittel zwischen Gastfamilie und Bewohner dienen kann. Schönberge und Stolz bringen es mit ihrem Statement: „Das System Familie ist belastungsfähig, aber unvollkommen“ auf den Punkt (Zitat aus: Schönberger/ Stolz 2003, S. 25).

Darüber hinaus wird mit der Integration in die Gastfamilie auch eine erweiterte Einbindung in das soziale Umfeld angestrebt und realisiert. Im Gemeinwesen kommt es im Zuge dessen zu einer sich entwickelnden Entstigmatisierung (ebd.). Die vielfältige Stress- und Belastungsfaktoren der modernen Gesellschaft bieten auf der anderen Seite nur noch selten Raum für familiäre Harmonie und bringen folglich auch immer weniger traditionell strukturtypische Familien hervor (ebd.). Aus einem mehrgenerativen Zusammenleben heraus entwickelte sich inzwischen ein Prinzip der Individualisierung und Selbstentfaltung. Innerhalb dieser Entwicklungen erscheint es schwierig Partnerschaften, und damit auch eine stabile Bindung zu einem fremden Mitbewohner, dauerhaft aufrecht zu erhalten. Sie werden vielmehr immer wieder neu konstruiert und ausgehandelt (ebd.). Darüber hinaus ist eine familiäre Lebensgemeinschaft im Grunde auf Dauer angelegt. Eine gemeinsame Lebenskultur und eine tiefe Bindung werden zwischen den Familienmitgliedern entwickelt (ebd.). Diese besteht beispielsweise aus charakteristischen Tagesabläufen und Gewohnheiten, einer spezifischen Wohnatmosphäre oder den Umgangsformen. Die

Unterbringung im Rahmen des Begleiteten Wohnens ist dagegen nur temporär gedacht, ermöglicht aber ebenfalls einen Aufbau an Alltagsleben. Die Intensität der entstehenden Beziehung wird sich jedoch gleichermaßen entwickeln. Verlässt der Bewohner sein vertrautes familiäres Umfeld, hat er zwar sein Ziel, eine eigene Wohnung beziehen zu können, erreicht, muss allerdings erneut einen Bindungsverlust in Kauf nehmen. Natürlich bleibt in den meisten Fällen der Kontakt zwischen Gastfamilie und ehemaligem Mitbewohner weiterhin bestehen, die Intensität geht jedoch verloren. Hierbei muss allerdings auch bemerkt werden, dass auch innerhalb einer normalen Familienentwicklung die Kinder irgendwann das Haus verlassen. Auch der psychisch Erkrankte kann von diesem normativen Lernprozess durchaus profitieren, denn er wird feststellen, dass eine eingegangene sichere Beziehung bestehen bleibt trotz dessen man in keiner gemeinsamen Wohngemeinschaft mehr lebt.

Nicht zuletzt stellt sich mit der Forderung nach dem Normalisierungsprinzip für Menschen mit einer psychischen Erkrankung die Frage, was familiäre Normalität im 21. Jahrhundert überhaupt bedeutet?

Ungeachtet der Chancen und Möglichkeiten, welche eine Familie dem psychisch Erkrankten bei der Wiedereingliederung in die Gesellschaft bieten kann, bleibt die Frage ungeklärt, was als „normal“ gilt. Die immer weiter wachsende Pluralität an Familienmodellen durch die Vielfalt an gesellschaftlichen Rahmbedingungen oder die Verschmelzung mit anderen Kulturen und damit anderen familiären Vorstellungen innerhalb Deutschlands untermauern den Zweifel an einer „normalen“ Familienform (vgl. Keupp in: Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 48). Gerade in einer Gesellschaft mit scheinbar unendlichen Ausprägungen an Familienmodellen können inhaltliche Merkmale des Begriffes Familie nur von jedem Einzelnen definiert werden. Durch die steigende Pluralität an Familienmodellen und –vorstellungen scheint es derzeit keine gängige Definition von Familie zu geben. Das angestrebte Konzept des BWF nach Normalität wird insgesamt wohl nicht am Begriff Familien ausgehandelt, sondern vielmehr durch familienähnliches bzw. gemeinschaftliches Zusammenleben realisiert.

5. Motivationsgrundlagen der Gastfamilien

Eine der spannendsten Fragen bei der Vermittlung eines Menschen mit einer psychischen Erkrankung in eine nicht-biologisch verwandte Familie, ist, welche Anreize und Beweggründe diese Gastfamilien haben. Worin bestehen ihre Motive, einen psychisch erkrankter Menschen in das eigene Zuhause aufzunehmen?

Die Motive einer potentiellen Gastfamilie näher zu beleuchten, kann nicht nur hilfreich sein, um eventuell finanzielle Interessen auszuschließen, sondern gibt vielmehr einen guten Einblick darüber, welche Struktur und Dynamik einer Familie besitzt. Auch die Entwicklungsprozesse, welche sich durch den Einzug eines neuen Mitbewohners ergeben werden, lassen sich hierdurch gut erkennen. Ebenso können aufgedeckte Wünsche, Sehnsüchte und Erwartungen für eine vielversprechende Passung von Gastfamilie und Bewohner hilfreich sein.

Für eine genaue Untersuchung muss zunächst zwischen einer manifesten und latenten Motivation unterschieden werden, welche im folgenden Kapitel näher betrachtet werden. Dabei werden Stimmungsbilder und Trends des BWF Dresden hinzu gezogen.

5.1 Manifeste Motive

Als manifest werden alle eindeutig erkennbaren, ersichtlichen Motive bezeichnet. Die Anreize liegen auf einer sichtbaren, bewussten Ebene und unterscheiden sich von den latenten, die eher unbewusst und verdeckt erscheinen (vgl. Schmidt 2009, S. 29).

Manifeste Motive haben einen pragmatischen Hintergrund, sind realitätsbezogen und können benannt werden. Zu den offensichtlichen Anreizen einer Familie gehören:

- die Zuverdienst- und Beschäftigungsmöglichkeit,
- soziale Anerkennung,
- die Mitwirkung einer positiven Entwicklung, sowie
- eigene Kompetenzen nutzen
- das karitative (wohltätig, gemeinnützige) Interesse anderen zu helfen. (vgl. Schmidt 2009, S. 29 - 41).

Auch die eigene Erfahrung, selbst bereits eine schwierige Lebenssituation bewältigt zu haben, kann ein Grund sein, einen fremden Menschen aufzunehmen und unterstützen zu wollen.

Grundsätzlich ist an dieser Stelle zu bemerken, dass es meist mehrere Faktoren sind, die zur Entscheidung, sich als Gastfamilie zu bewerben, beitragen.

5.1.1 Zuverdienst

Die Aufnahme eines psychisch kranken Menschen in das eigene Zuhause wird durch die Möglichkeit eines Zuverdienstes am häufigsten begründet (vgl. Konrad 1992, S. 29; Bachmeier 2005, S. 33). Oftmals ist es für Gastfamilien sogar kaum realisierbar die anfälligen Kosten, welche durch den Einzug eines neuen Mitbewohners entstehen, ohne finanzielle Unterstützung abzudecken. Daher kann eine Aufwandsentschädigung sowie die Erstattung der Kosten für Unterkunft und Verpflegung ein guter Anreiz sein sich als Gastfamilie des BWF zu bewerben. Es sollte jedoch keine existenzielle Notwendigkeit bestehen. Die Bestreitung des eigenen Lebensunterhaltes sollte unabhängig von den Betreuungsleistungen gewährleistet sein. Eine finanzielle Stabilisierung der eigenen Existenzsicherung kann nicht durch das BWF erfolgen (vgl. Enke 19.11.2013).

Das Betreuungsgeld ist darüber hinaus je nach Bundesland verschieden. In Sachsen stehen der Gastfamilie für die Betreuung und Versorgung des Klienten eine monatliche Aufwandsentschädigung zwischen 350 – 550 € zur Verfügung (vgl. <http://www.bwf-info.de>).

Ein weiterer lohnenswerter Aspekt für die Gastfamilien ist die Regelmäßigkeit der Einnahmen. Durch die Kostenerstattung der Unterkunft und des Lebensunterhaltes nach SGB XII kann eine dauerhafte Mieteinnahme sichergestellt werden. Diese Zuverlässigkeit und damit Planbarkeit kann für die Gastfamilie eine große Entlastung darstellen (vgl. Schmidt 2009, S. 30). Die Möglichkeit einer finanziellen Entlastung muss dabei allerdings angemessen sein. Die Aufwandsentschädigung darf nicht als Einkommen eines Arbeitsverhältnisses angesehen werden, denn dadurch könnte der neue Bewohner als Aufgabe oder Pflicht angesehen werden. Der Druck, welcher durch ein zu hohes Entgelt aufgebaut werden könnte, wirkt folglich dem gemeinschaftlichen Zusammenleben und einer karitativen Unterstützung der Verbesserung der sozialen Fähigkeiten des Bewohners entgegen (vgl. Schmidt-

Michel 1991, S. 536). Die Angaben über den Wunsch eines Zuverdienstes innerhalb der Bewerbungen des BWF Dresden zeigen einen vergleichsweise geringen Anteil (vgl. Gesop 2013, Klientenakten). Gerade einmal 3 der 25 Familien verwiesen auf dieses Motiv.

Die Betreuung und Begleitung eines psychischen Erkrankten des BWF soll demnach weder als eine Vollzeitarbeit noch als Grundeinkommen angesehen werden. Stattdessen sollen lediglich die Mehrkosten für die Gastfamilie abgedeckt werden.

Fällt die finanzielle Entschädigung hingegen zu gering aus, d.h. werden die anfallenden Kosten nicht ausgeglichen, so kann es wiederum zu einem vorzeitigen Abbruch des Betreuungsverhältnisses kommen (vgl. Krüger/ Konrad/ Schmidt-Michel 1988, S. 19).

Eine angemessene Vergütung kann insgesamt dazu führen, dass eine gesunde Distanz zwischen Gastfamilie und Bewohner gewahrt wird (Konrad, M.; Schmidt-Michel 1993. S. 128). Im Zuge dieser Erkenntnisse wurde 2003 im Rahmen der fachlichen Standards zur Familienpflege festgelegt, dass finanzielle und altruistische Motive bei der Betreuung von psychisch erkrankten und behinderten Menschen gleichermaßen eine Rolle spielen sollen (vgl. Eisenhut 2004, S. 47).

5.1.2 Sinnstiftende Beschäftigung

Neben dem finanziellen Beweggrund spielt das Bedürfnis nach einer wertvollen Beschäftigung bei Gastfamilien eine zentrale Rolle. (vgl. Enke 19.11.2013). Durch den z.B. Verlust des Arbeitsplatzes oder dem Verlassen der Kinder aus dem Elternhaus entsteht bei vielen Müttern und Vätern eine Lücke im Leben, die es gilt zu füllen.

In den neuen Bundesländern ist es dabei häufig die vergebliche Such nach einer neuen Anstellung, welche schließlich zu einer Bewerbung für das BWF führt (vgl. Schrader in Lakemann: 2008, S. 59). In der ehemaligen BRD wird der Wunsch nach einer nützlichen Beschäftigung vermehrt durch den Auszug der Kinder begründet. In beiden Fällen bietet das BWF eine gute Kombination aus einer sinnvollen Tätigkeit und der wertschätzenden Honorierung durch das entsprechende Entgelt. Das erwerblose Elternteil kann auf diese Weise wieder zum gemeinsamen Einkommen beitragen. Das innerfamiliäre Gleichgewicht bleibt durch den Arbeitersatz bestehen.

Gleichzeitig kann er/sie aber auch seinen Status einer Beschäftigung nach außen weiterhin aufrechterhalten (vgl. Schönberger 2004a, S. 42).

Darüber hinaus wird die eigene Hausarbeit durch die Versorgung eines anderen Menschen bereichert. Erfahrungen in der Kindererziehung oder einer Pflege begünstigen dabei die Betreuung (vgl. Schrader in: Lakemann 2008, S. 59). Mit anderen Worten: es können soziale Kompetenzen aus z.B. einer früheren Pflegeerfahrungen oder möglichen Berufsausbildung im sozialen Bereich als Wiedereingliederungshilfe für einen psychisch kranken Menschen entsprechend genutzt werden (vgl. Schönberger/ Stolz 2003, S. 67).⁸

5.1.3 Die soziale Anerkennung

Wie bereits bei den Beschäftigungsmöglichkeiten angedeutet, kann die Unterstützung und Begleitung bei der Weiterentwicklung sozialer Kompetenzen eines psychisch erkrankten Menschen nicht nur innerfamiliäre Anerkennung bedeuten sondern auch eine Bestätigung von Außen. Das soziale Umfeld reagiert auf die Betreuung eines psychisch Erkrankten oftmals mit Bewunderung und Lob. Dies führt wiederum zu einer Selbstwertsteigerung des Betreuers. Außerdem kann das Bestreben etwas zur Gesellschaft beizutragen ebenfalls seitens des Umfeldes positiv anerkannt werden. Somit ist die Verwirklichung einer sinnvollen Beschäftigung oftmals an das Bedürfnis nach sozialer Anerkennung gekoppelt (vgl. Schönberger/ Stolz 2003, S. 66). Laut den Erfahrungen des BWF erhalten die Familien auch eine Wertschätzung aus dem Freundes- und Bekanntschaftskreis (ebd., S. 66). Zudem fühlt sich die Gastfamilie durch beispielsweise offizielle Artikel und Mitteilungen in der Presse oder durch Stadt- und Gemeindemitglieder wertgeschätzt.

Natürlich wird durch das innere Gefühl, einer gemeinnützlichen Tätigkeit nachzugehen, auch das eigene Selbstbewusstsein gestärkt. Gerade, wenn man keinem Arbeitsverhältnis nachgeht oder bereits als lange arbeitssuchend gilt, kann das Wissen, für die Gemeinschaft etwas geleistet zu haben, eine innere Zufriedenheit auslösen.

⁸ Hierfür gibt es in der Fachliteratur allerdings unterschiedliche Auffassungen. So werden z.B. durch das Konzeptmerkmal des „Laienwissens“ keine beruflichen Vorkenntnisse innerhalb des BWF gefordert.

5.1.4 Die Mitwirkung einer positiven Entwicklung

Gastfamilien, die sich für das BWF entscheiden, wollen neben der Ausübung einer sinnvollen Tätigkeit gleichermaßen an der Verbesserung der sozialen Kompetenzen des psychisch kranken Menschen mitwirken (vgl. Schönberger 2004, S. 50). Der Bewohner kann im familiären Rahmen u.a. seine Fähigkeiten zur Alltagsbewältigung weiterentwickeln.

Die Integration in die eigene familiäre Gemeinschaft trägt außerdem dazu bei, das Selbstwertgefühl der häuslichen Bezugsperson zu steigern. Der/ die Elternteil(e) ist stolz darauf, einen anderen Menschen unterstützen und begleiten zu können. Dementsprechend kann es aber auch zur Enttäuschung kommen, sollte es dem Bewohner nicht gelingen mit Hilfe der Familienmitglieder eine eigenständige Lebensführung aufzubauen. Gefühle der Unsicherheit und Frust zwischen Gastfamilie und Bewohner entwickeln sich möglicherweise, woraus sich Unstimmigkeiten und Konflikte ergeben könnten. Mit anderen Worten: Das gemeinsame Miteinander gestaltet sich das umso schwieriger, je mehr sich die Gastfamilie daraus erhofft, und je mehr wird sie/er enttäuscht sein, sollte sich der erwünschte Erfolg der eigenen Arbeit nicht einstellen (vgl. Schmidt 2009, S. 33).

Im schlimmsten Fall führt diese Entwicklung zur Beendigung des Betreuungsverhältnisses. Hier ist die professionelle Begleitung und Betreuung der Fachkraft von großer Bedeutung. Sie muss die unwirklichen Erwartungen (siehe Punkt 5.3.) beider Parteien in reale Vorstellungen umwandeln. Zudem ist im Rahmen des BWF nicht die soziale Anpassbarkeit oder Integrierfähigkeit des Bewohners die primäre Zielsetzung, sondern das Wiedererlangen der Selbstständigkeit innerhalb eines gemeinschaftlichen Lebensraums (vgl. Enke 19.11.2013). Die Familie sollte dem psychisch Kranken Schutz und begleitende Unterstützung bieten, damit er eigenständig seine sozialen Fähigkeiten und Fertigkeiten erproben und weiterentwickeln kann (vgl. Schmidt 2009, S. 33). Diese Entwicklungen benötigen Zeit, welche seitens der Familie gewahrt und respektiert werden muss. Fachliche Einschätzungen und Prognosen können hierbei eine realistische Erwartungshaltung gegenüber der Gastfamilie vermitteln.

5.1.5 Karitative Motive

Neben der finanziellen Aufwandsentschädigung ist weiterhin ein gemeinnütziges Interesse der Gastfamilie bei der Bewerbung beim BWF vorteilhaft. Eine wohltätige Motivation bei der Aufnahme und Betreuung eines psychisch Erkrankten ist nach Ingenleuf sogar notwendig (vgl. Ingenleuf 2004, S. 40). Dabei kann die Motivation auf dem Mitgefühl für einen erkrankten Mitmenschen beruhen, aber auch auf dem Bedürfnis sich sozial zu engagieren. In beiden Fällen wird der Wunsch, die krankheitsbedingte Situation des Betroffenen zu verbessern, deutlich. Diese Beweggründe sind allerdings nur in einem gesunden Ausmaß förderlich. Wird dem psychisch erkrankten Menschen mit fortwährendem Mitleid begegnet, so wird dieser Mensch seitens der Gastfamilie ausschließlich über seine Erkrankung definiert, was für eine positive Entwicklung als kontraindikativ anzusehen ist (vgl. Held 1989, S. 64).

Aus diesem Grund sollte der karitative Wunsch „helfen zu wollen“ offen mit der Fachkraft des BWF besprochen werden. Der Aufbau und die Entwicklung einer selbstständigen Lebensführung des Bewohners werden durch ein übermäßiges Helfersyndrom seitens der Gasteltern kaum realisiert werden können. Oftmals ergeben sich die Gründe für dieses Bedürfnis aus den jeweiligen Lebensgeschichten und sind daher kritisch zu hinterfragen (ebd.).

Überraschenderweise zeigt sich innerhalb des BWF Dresden, dass der prozentuale Anteil der Bewerber den Wunsch äußert „für andere da Sein“ zu wollen. Damit kann hier ein Trend herausgearbeitet werden, der diese Motivation als am häufigsten Vorkommend beschreibt (vgl. Gesop 2013, Klientenakten).

Mitunter ist das Interesse an einer Aufnahme eines psychisch Kranken durch eine christliche Motivation geprägt. Die angebotene Hilfe wird hier als Dienst aus Nächstenliebe verstanden (vgl. Konrad 1992, S. 30). Der Anteil der Gastfamilien mit einem religiösen Hintergrund ist nach der Studie von Krüger, Konrad und Schmidt-Michel allerdings nur gering. (vgl. Krüger/ Konrad/ Schmidt-Michel 1988, S. 14).

M. Konrad und P. Schmidt-Michel sehen in einer *einseitigen* wohltätigen Motivation noch weitere Nachteile. So kann dieser Beweggrund zu einer schnellen Unzuverlässigkeit gegenüber dem Bewohner führen (vgl. Konrad/ Schmidt-Michel 1993, S. 128). Gastfamilien werden möglicherweise die Bedürfnisse des Bewohners fehleinschätzen, da nicht jeder psychisch Kranke eine aufopfernde Fürsorge

benötigt. Im Gegenteil, nach dem Konzept des BWF, sollen die Betroffenen eine selbstständige Lebensführung erlangen, ohne, dass ihm jeder Handgriff abgenommen wird. Eine Weiterentwicklung der sozialen Fähigkeiten durch die gut gemeinten „Heilungsversuche“ seitens der Gasteltern wird viel mehr ohne spürbaren Erfolg bleiben (ebd.). Auch zeigen viele Bewohner krankheitsbedingt lange Zeit kaum sichtbare Dankbarkeit. Der ausbleibende Dank in Verbindung mit einer empfundenen Ablehnung bzw. Zurückweisung gegenüber den mütterlichen/väterlichen Bemühungen können Gefühle der Enttäuschung und Frustration entstehen lassen (vgl. Schmidt-Michel/ Konrad/ Krüger 1989, S. 225). Daher empfiehlt es sich bei der Akquise einer Gastfamilie jene karitativen Motive tiefgründig zu hinterfragen.

Insgesamt sei hier bemerkt, dass die karitative Motivation nur sehr schwer zu ermitteln ist und zumeist im Verborgenen liegt. Die Vielseitigkeit dieser Beweggründe ließe sich nur in einer genauen Betrachtung des jeweiligen biografischen Lebenslaufes aufdecken. Da jedoch jede Biografie anders geprägt ist, sind ebenso die Gründe enorm vielfältig und können insgesamt kaum ermittelt werden (vgl. Held 1989, S. 65; Schrader in: Lakemann 2008, S. 57–64).

5.2 Latente Motive

Eine latente Motivation liegt zu meist im Verdeckten und ist nicht auf den ersten Blick erkennbar. Nicht selten ist sie der Gastfamilien selbst gar nicht bewusst.

Hierzu zählen:

- eine emotionale Leere füllen,
- das Bedürfnis nach menschlichem Kontakt,
- das sinnstiftende Bedürfnis für Andere da-sein zu wollen oder
- die eigene Erfahrungen „Anders zu sein“ (vgl. Schmidt 2009, S. 37 – 40).

5.2.1 Die Besetzung von Leerstellen

Anders als bei den klar benennbaren manifesten Motiven werden die latenten Gründe erst durch genaue Beobachtungen sichtbar. Sie äußern sich in den unausgesprochenen individuellen Wünschen und Sehnsüchten. So konnte beispielsweise durch Fachkräfte des BWF Dresden ermittelt werden, dass einige Gastfamilien das unbewusste Bedürfnis haben, entstandene Leerstellen im Leben durch eine neue Person zu besetzen (vgl. Schmidt 2009, S. 39, Enke 19.11.2013, S. 2).

Diese Motivationsbasis ist bei der Bewerbung mancher Gastfamilie zunächst nicht ersichtlich und muss im Laufe des Verfahrens von der Fachkraft aus den biografischen Zusammenhängen erschlossen werden. Weiterhin ist das Engagement in der Familienpflege, vor allem für ostdeutsche Frauen, auch eine Reaktion auf die Wende. Der Verlust von Arbeit, Identität und sozialer Einbindung bedingt eine latente Suche nach einer neuen Lebensaufgabe (vgl. Schönberger/ Stolz 2003, S.66).

Die eingetretene Lücke innerhalb des Familiensystems einer Gastfamilie begründet sich des Weiteren auf das Verlassen des Kindes aus dem Elternhaus (vgl. Held 1989, S. 65). Hieran knüpft sich das nun vorhanden-Sein von mehr Freizeit, die es durch andere Aktivitäten auszufüllen gilt. Die nun zu besetzende Position soll durch einen neuen Mitbewohner geschlossen werden, da sie anderweitig nicht kompensiert werden konnte. Auf diese Weise kann das Familiengefüge insgesamt wieder ausgeglichen werden (vgl. Schönberger 2004, S. 51).

Eltern bzw. ein Elternteil mit einer inneren Leere als Erfahrungshintergrund werden folglich dem neuen Bewohner mit Wertschätzung, Vertrauen, Akzeptanz und Verständnis gegenüberstehen, jene Gefühle, die sie zuvor ihren Kindern entgegengebracht hatten. Schönberger zu Folge können allerdings auch negative Gefühle, wie vorangegangene Wut, Frustration oder Enttäuschung auf den Bewohner übertragen werden (ebd). Hieraus kann eine zweite Mutter-Kind Beziehung entstehen, welche durch professionelle Begleitung entsprechend gedämmt werden muss (vgl. Schrader in: Lakemann 2008, S. 59). Das vermeintliche „Ersatz-Kind“ darf nicht auf dem Weg in seine Selbstständigkeit, durch z.B. eine mütterliche Fürsorge, eingeschränkt werden. Kritsch stellt sich auch die Frage, wie sich ein erneuter Auszug des „zweiten Kindes“ auf die Gastfamilie auswirkt, und

welche Folgen sich daraus ergeben. Ein Betreuungsverhältnis vor dem Hintergrund einer zweiten Kindeserziehung erscheint hierbei als kritisch.

Schrader beschreibt zusätzlich eine mit der Lücke verbundene Sehnsucht nach der Wiederherstellung der ursprünglichen Familienform. Diese Sehnsucht wird durch die Erfahrungen über das Familiensystem der eigenen Kindheit hervorgebracht und soll durch die Rückführung zum traditionellen Familienerlebens mit Hilfe des neuen Bewohners gestillt werden (vgl. Schrader in: Lakemann 2008, S. 58ff.).

Unabhängig davon wirft aber ebenso der Verlust des Ehe- oder Beziehungspartner einen inneren Wunsch auf, dass entstandene Ungleichgewicht wieder ausbalancieren zu wollen. Eine Trennung oder die Erfahrung einer gescheiterten Beziehung soll durch die Aufnahme einer fremden Person kompensiert werden (vgl. Schönberger/ Stolz 2003, S. 66). Außerdem können verstorbene Familienmitglieder sowie eine grundsätzliche Kinderlosigkeit als Auslöser hinzugezählt werden. Verständlicherweise muss auch dieser Beweggrund kritisch hinterfragt und professionell aufgearbeitet werden. Die Betreuung eines psychisch kranken Menschen kann kein Beziehungersatz sein.

5.2.2 Das Bedürfnis nach menschlichem Kontakt

Fragt man Gastfamilien beim Erstgespräch nach ihren Sehnsüchten und Hoffnungen auf ein zukünftiges Betreuungsverhältnis, so geben sie häufig den Wunsch nach Gesellschaft an. Gerade in den neuen Bundesländern, in denen die Anzahl der Alleinstehenden deutlich höher liegt als in den westlichen Bundesländern, äußert sich vermehrt das Bedürfnis des „Nicht-allein-seins“. Die Aufnahme eines psychisch Kranken bietet die Möglichkeit soziale Kontakte knüpfen zu können. Die Kontaktmöglichkeit zu einem Mitbewohner verspricht vielen eine Chance auf emotionale Zuwendung und Bindung (vgl. Schmidt 2009, S. 38). Je nach Klient und bei geeigneter Passung kann dieses Bedürfnis durch das BWF erfüllt werden und eine Gastfamilie oder den Alleinstehenden sehr bereichern. Beispielsweise gestaltet sich der Alltag in Gesellschaft abwechslungsreich, ein Gesprächspartner ist gefunden oder gemeinsame Aktivitäten können unternommen werden (vgl. Schrader in: Lakemann 2008, S. 61). Auch der Aufbau einer freundschaftlichen Beziehung oder eines wertschätzenden Zusammenlebens kann für beide Parteien vorteilhaft sein. Manchmal reicht auch die Anwesenheit eines Mitmenschen aus, um das Bedürfnis

nach Gesellschaft zu befriedigen. Das gilt jedoch nicht in jedem Fall. Viele psychisch erkrankte Menschen bauen nur sehr schwer Vertrauen oder eine soziale Beziehung zu anderen auf. Sie zeigen vielfältig Schwierigkeiten in ihrem Sozialverhalten und gehen kaum adäquat auf die Bedürfnisse der Gastfamilie ein. Deshalb muss im Vorfeld genau geklärt werden, welcher Klient diesem Bedürfnis auch gerecht werden kann.

Ein weiterer Vorteil und eine gute Ressource bietet das Zusammentreffen mit anderen Gastfamilien, aus denen sich Vernetzungen ergeben können. Das regelmäßige Treffen bzw. der Austausch kann neue soziale Verbindungen und ein Gefühl der Gemeinschaft entstehen lassen (ebd.)

5.2.3 Erfahrungen mit dem eigenen Fremdsein

Nicht selten nehmen Gastfamilien einen psychisch Erkrankten auf, weil sie sich gut mit dem Gefühl des „Anders-sein“ identifizieren können. (vgl. Schönberger 2004, S. 49). Auch bei den Gastfamilien der Gesop Dresden konnte beobachtet werden, dass viele Bewerberangaben bereits Erfahrungen mit dem „eigenen Fremdsein“ gehabt zu haben (vgl. Gesop 2013, Klientenakten. 8 der insgesamt 25 Familien konnten dieses Bewerbermotiv benennen. Ablehnende Erfahrungen aus der eigenen Biografie oder Familiengeschichte begründen ein Mitgefühl gegenüber dem psychisch erkrankten Mitmenschen. Hierzu zählen außerdem Flüchtlingserfahrungen, das Heranwachsen in einer Pflegefamilie oder zahlreiche Umzüge während der eigenen Kindheit. Dabei muss sich der Betroffene immer wieder an ein neues Umfeld gewöhnen, Vertrauen finden und neue soziale Kontakte aufbauen. Durch diese schwierige Belastung und Bewältigungsanforderung entstanden Unsicherheit, Verslossenheit und ein Empfinden des Fremdseins. Zusätzlich muss sich mit Assimilation und Integration in das neue Umfeld auseinandergesetzt werden (vgl. Schmidt 2009, S. 40) Mitunter kommt es zur Ablehnung auf Grund der eigenen Herkunft und Kultur, und man findet nur schwer Anschluss. In Folge der bewältigten Belastungssituationen entwickeln die Betroffenen für psychisch Kranke ein besonderes Verständnis und eine entsprechende Offenheit, welche für ein eventuelles Betreuungsverhältnis genutzt werden kann. Gleichzeitig müssen die vergangenen Erlebnisse mit der Fachkraft aber auch offen besprochen und aufgearbeitet werden, um eine gute Betreuung für den Bewohner zu gewährleisten (ebd.).

5.3 Sonstige Motive

Über die manifesten und latenten Motive hinaus, gibt es sicherlich weitere Motive, die allerdings bei der Akquise im Rahmen des BWF eine untergeordnete Rolle spielen. Diese Beweggründe treten nur in speziellen Familienkonstellationen auf. Beispielsweise kann es vorkommen, dass mit Hilfe des Einzuges einer fremden Person versucht wird Konflikte und Auseinandersetzungen innerhalb der eigenen Familie zu lösen (vgl. Schmidt 2009, S. 40). Die mangelnde Fähigkeit der Konfliktlösung und Kommunikation soll durch die Teilnahme am BWF kompensiert werden. Hierbei kommt es zu unbewussten Erwartungen gegenüber dem psychisch erkrankten Menschen, die er unmöglich erfüllen kann, woraus sich wiederum neue Konflikte ergeben. Es ist daher nötig, jene ungeeigneten Motive seitens der Fachkraft im Vorfeld auszufiltern.

Verlassen die Kinder das Elternhaus oder kommt es zur Trennung einer Partnerschaft steht auch ein entsprechender räumlicher Platz bzw. Wohnraum plötzlich zur Verfügung. Diese wohnräumliche Kapazität kann durch die Aufnahme eines neuen Bewohners sinnvoll genutzt werden. Hier erfolgt das Interesse am BWF aus eher pragmatischen Gründen. Das leere Haus bzw. die leere Wohnung kann und soll wieder mit Leben gefüllt werden. Hierbei ist die pragmatische Motivation sehr eng an das Motiv, eine emotionale Lücke ausfüllen (siehe Latente Motive) zu wollen, gebunden.

Schließlich nutzten zu Beginn des 20. Jahrhunderts Familien einen psychisch erkrankten Menschen zur Arbeitsentlastung oder mit anderen Worten: der neue Bewohner wurde als Arbeitskraft für landwirtschaftliche Tätigkeiten eingesetzt. Auch in der ehemaligen DDR wurden psychisch Kranke in landwirtschaftlichen Großbetrieben aufgenommen, um als kostengünstige Arbeiter zu fungieren. Diese Form einer günstigen Arbeiterschaft nutzen auch kleinere Betriebe um weiterhin konkurrenzfähig zu bleiben (vgl. Schrader in: Lakemann 2008, S. 63.). Anders als damals ist dieser Aspekt heute allerdings unüblich (vgl. Konrad 1992, S. 30, 177). Die Entlastungsmöglichkeit durch einen Mitbewohner muss sich nicht auf den landwirtschaftlichen Bereich beschränken, sondern kann ebenso auf den Haushalt, die Gartenarbeit oder die Kinderbetreuung ausgeweitet werden. Durch die eingeschränkte Arbeitsfähigkeit der Menschen mit einer psychischen Erkrankung sind sie heute vermehrt eine Unterstützung bei hauswirtschaftlichen Aufgaben, die

sie durch die Zielsetzung einer eigenständigen Lebensführung ohnehin Lernen müssen. Diese Form ist häufig bei Betroffenen zu finden, die ohnehin bereits einer teil-zeitlichen Tätigkeit, z.B. innerhalb einer Ausbildung oder Werkstatt, nachgehen. Bewohner mit einer sehr langwierigen Krankheitsgeschichte sind wiederum oftmals in der Ausübung vieler Arbeitshandlungen eingeschränkt (vgl. Schmidt 2009, S.38). In diesen Fällen benötigt der Bewohner einen erhöhten Unterstützungsaufwands seitens der Gastfamilie. Zu dem muss abgewogen werden, inwieweit dieser Klient für das BWF geeignet ist, beziehungsweise ob sein Unterstützungsbedarf durch eine intensivere oder stationäre Betreuung abgedeckt werden muss.

5.4 Zwischenfazit

Sowohl bei den manifesten als auch bei den latenten Motiven ist es notwendig, innerhalb des Vorstellungsgesprächs und in der weiteren Vorbereitungszeit gewissenhaft herauszufiltern, welche Familie sich als künftige Gastfamilie des BWF eignet und welche nicht.

Resümierend lassen sich in Bezug auf die Interessen am BWF seitens einer Familie zweierlei Einflussfaktoren feststellen: zum einem spielen sozialhistorische Rahmbedingungen eine besondere Rolle; zum anderen findet man eine zentrale Bedeutung in der jeweiligen Familiengeschichte (vgl. Konrad 1992, S. 206). Gleichzeitig bedingen sich wiederum auch beide Faktoren. Je nach den gesellschaftlichen Wandlungsprozessen, der Lebenslage und dem Traditionsbewusstsein werden Familiensysteme unterschiedlich geprägt, ebenso wie Familien Einfluss auf die Prozesse innerhalb einer Gesellschaft nehmen (Schönberger/ Stolz 2003, S. 67). So zeigen z.B. gesellschaftliche Ereignisse und Zusammenhänge, warum manche Familien (z.B. Flüchtlingsfamilien) ihre Konflikte lieber unter sich ausmachen als in ihrem sozialen Umfeld Hilfe zu ersuchen.

Innerhalb des BWF Dresden ergab sich im Zuge der Analyse der Klientenakten ein Stimmungsbild hingegen einer Motivation aus dem Bedürfnis heraus sich für eine andere Person sozial engagieren zu wollen (vgl. Gesop 2013, Klientenakten). Insgesamt 14 der 25 Gastfamilien beschrieben in ihrer Bewerbung eine Lebensbereicherung, in dem sie für Jemanden „da Sein“ können. Dieses Bedürfnis

bindet sich eng an den Wunsch nach sozialem Kontakt, welches von 5 Bewerben klar angegeben wurde (ebd.)

Diese Einflussfaktoren wirken sich folglich u.a. auf die allgemeine Einstellung und die Akzeptanz der Familie gegenüber dem psychisch erkrankten Menschen aus (vgl. Konrad 1992, S. 5). Je nach Beweggründen knüpfen sich hieran aber auch die unterschiedlichsten Vorstellungen und Erwartungen an die Aufnahme einer fremden Person. Diese beeinflussen wiederum stark das Betreuungsverhältnis.

In den meisten Fällen handelt es sich bei der Bewerbung einer Gastfamilie um keinen Einzelgrund. Stattdessen sind es im Rahmen der Motivation oftmals verschiedene Mischformen. Ein z.B. ausgeglichenes Verhältnis aus finanziellem Motiv und sozialen Engagement kann durchaus als positiv eingeschätzt werden (vgl. Neuenfeldt-Spickermann, in: Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 152). Dagegen wäre ein rein finanzieller Grund –wie bereits beschrieben- ein Ausschlussmerkmal, da die Gastfamilie über keine ausreichende existentielle Grundabsicherung verfügt. Nicht selten werden auch individuelle Beweggründe, wie z.B. biografische Erfahrungen in der Betreuung und Pflege eines Familienangehörigen, benannt, welche für eine integrative Unterstützung eines psychisch kranken Erwachsenen vorteilhaft sein können (ebd.). Dafür ist es z.B. sinnvoll ein Familiendiagramm zu erstellen, um die sozialen und Hintergründe und Zusammenhänge herauszufiltern.

6. Inklusion oder Integration?

Das Sozialgesetzbuch IX regelt u.a. die Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit einer Behinderung in der Gesellschaft mit dem Ziel die Selbstbestimmung dieser Menschen zu wahren, eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und ihrer Benachteiligung entgegen zu wirken (vgl. Keupp in: Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 47).

Die Integration von Menschen mit einer psychischen Erkrankung wird bereits seit Jahrzehnten hauptsächlich durch Arbeitsrehabilitation sowie den ambulant betreuten Wohnformen realisiert. „Im Zuge der Psychiatrie-Enquête sowie vieler Leitkonzepte, wie Normalisierungsprinzip und Integration, gelang es, Menschen mit Beeinträchtigung am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen.“ (Zitat aus: Barrois 2011, S. 14).

Darüber hinaus hat sich in der Behindertenhilfe seit Ende der 1990er Jahre der Begriff der Inklusion, im Zuge eines gesellschaftlichen Paradigmenwechsels, herausgebildet und kann als Weiterentwicklung des Integrationsbegriffs verstanden werden. Im folgenden Kapitel soll sich, neben einer kurzen Betrachtung beider Begrifflichkeiten, mit der Problematik auseinandergesetzt werden, welche Bedeutung und Konsequenzen sich aus der integrativen und inklusiven Theorie für die soziale Eingliederung psychisch erkrankter Menschen ergeben. Es stellt sich außerdem die Frage, wo die Definition der Inklusion innerhalb der gegebenen gesellschaftlichen Rahmbedingungen an ihre Grenzen stößt?

6.1 Definition der Integration

Nach der UN-Behindertenrechtskonvention von 2006, welche in Deutschland seit 2009 in Kraft getreten ist, wird Integration als eine soziale Einbindung „Ausgegrenzter“ in die einzelnen gesellschaftlichen Bereiche definiert (vgl. <http://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion>).

Gemäß dem integrierenden Leitgedanken: „Nur Bürger integrieren Bürger“ (Zitat: Dörner 2010) wird Mitmenschen ein natürlich vorausgesetztes, soziales Engagement zu geschrieben, wodurch sie Menschen mit einer geistigen, seelischen oder körperlichen Behinderung in das gemeinschaftliche Leben einbeziehen.

Die familiäre oder partnerschaftsähnliche Bindung, welche die Gastfamilie mit dem psychisch kranken Menschen innerhalb des BWF eingeht, bildet die Basis für eine Chance auf soziale Eingliederung in die gesellschaftlichen Verhältnisse (vgl. Rosemann/ Konrad 2011, S. 274). In Gastfamilien bietet sich darüber hinaus die Chance als gleichberechtigtes Mitglied wahrgenommen zu werden. Er/Sie wird außerdem in bestehende Freundschafts- und Nachbarschaftskreise integriert, wodurch er/sie weitere soziale Kontakte knüpfen und ein vielfältiges Netzwerk aufbauen kann. Die individuellen Entfaltungsmöglichkeiten befähigen den Bewohner, das Leben nach den eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten (ebd.) Hierin spiegeln sich die positiven Merkmale des Integrationskonzeptes.

6.2 Definition der Inklusion

Inklusion wird aus dem lat. Inclusio bzw. engl. Inclusion abgeleitet, und bedeutet im Allgemeinen eine bestimmte Zugehörigkeit oder Einbeziehung. Die Bedeutung des Begriffes ist allerdings innerhalb der Sozialen Arbeit sehr vielfältig (vgl. Barrois 2011, S. 12).

Andreas Hinz versteht unter dem Begriff beispielsweise die Befürwortung von Vielfalt innerhalb der gesamten Menschheit (vgl. Hinz in: Kurzke-Maasmeier 2010, S. 178 ff.).

Innerhalb der UN-Behindertenrechtskonvention wird der Begriff Inklusion rechtlich als die uneingeschränkte Teilhabe aller Menschen in den gesellschaftlichen Aktivitäten beschrieben (vgl. <http://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion>). „Nicht das von vornherein negative Verständnis von Behinderung soll Normalität sein, sondern ein gemeinsames Leben aller Menschen mit und ohne Behinderung.“ (Zitat: ebd.). In diesem Sinne werden seelisch, geistig und körperlich behinderte Menschen nicht an die gesellschaftlichen Gegebenheiten angepasst, sondern das gemeinschaftliche Leben soll im Voraus für alle gleichermaßen ermöglicht und zugeschnitten sein. Damit wird eine gleichwertige Teilhabe an gemeinschaftlichen Prozessen garantiert (vgl. <http://www.un-konvention.rlp.de>).

Monika Seifert zu Folge beinhaltet Inklusion weiterhin, Menschen nicht zu gruppieren oder einer Minderheit zu zuordnen, sondern sie stattdessen als gleichwertige Mitglieder der Gesellschaft wahrzunehmen und teilhaben zu lassen (vgl. Seifert in: Dederich/ Greving/ Mürner/ Rödler 2006, S. 100). Für die unterstützenden

Hilfsangebote bedeutet der inklusive Leitgedanke, sich nicht mehr nur auf die Problemlage einer Person zu fokussieren, sondern gleichermaßen das gesamte Umfeld mit einzubeziehen. (vgl. Hinz in: Körner/ Niehoff 2008, S. 42).

6.3 Von Integration zur Inklusion?

Monika Seifert differenziert die beiden Begrifflichkeiten wie folgt: „Inklusion will Aussonderung verhindern – Integration setzt Aussonderung voraus“ (Zitat aus: Seifert in: Dederich/ Greving/ Mürner/ Rödler 2006, S. 100).

Im Gegensatz zur Integration stellt die Inklusion folglich die psychische Erkrankung und deren Bewältigung nicht in den Mittelpunkt, sondern charakterisiert psychisch erkrankte Menschen als gleichberechtigt und selbstbestimmt (vgl. <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de>). Als gleichgestellte Mitmenschen sollen sie auf diese Weise keinerlei Diskriminierung ausgesetzt sein. Dies hat allerdings zur Folge, dass es zu einer Neustrukturierung innerhalb aller gesellschaftlichen Systeme kommen müsste, da nur die wenigsten Institutionen und Einrichtungen für Menschen mit und ohne Beeinträchtigung gleichermaßen eröffnet und zugänglich sind.

Gleichzeitig kennzeichnet Seifert den Begriff der Integration als eine zuweilen bevormundende –wenn auch Klienten orientierten- und wertende Form der Fürsorge (ebd.)

Für Konrad und Rosemann bedarf es weiterhin einem Paradigmenwechsel innerhalb der Unterstützungsleistungen (vgl. Konrad/ Rosemann 2011, S.264). Der Hilfesuchende wird als Versorgungsobjekt zu einem selbstandelnden Subjekt, welches im Sinne des Empowerment zu einem selbstbestimmten Leben befähigt werden soll. Hierin können professionelle Hilfsangebote aber nicht mehr vorgegeben werden, sondern müssen je nach Bedarf und Vorstellung des Klienten zugeschnitten werden. Viele –vor allem stationäre- Betreuungs- und Wohnformen entsprechen diesen Aspekten der Integration noch zu wenig und müssen daher weiter aufgebrochen werden (ebd.). Mit der Realisierung der Sozialraumorientierung und des damit verbundenen „normalen“ Lebensumfeldes des Klienten, welches z.B. das Begleitete Wohnen in Familien bietet, kann eine Voraussetzung für den integrativen Ansatz geschaffen werden. Die professionelle Arbeit kann unter diesem Aspekt die Aktivierung weiterer sozialer Netzwerke innerhalb der Gemeinde beinhalten, sofern sie diese nicht zwingend vorgibt.

Im Zuge des inklusiven Leitgedankens nach Seifert werden Menschen mit einer psychischen Erkrankung als gleichberechtigte Bürger in beispielsweise Institutionen wie Kindergarten, Schule, Arbeitsmarkt oder im Sozialen einbezogen und behandelt. Voraussetzung für die Umsetzung wäre jedoch die Wirksamkeit von einer bedingungslosen Akzeptanz und Toleranz in Bezug auf die Vielfältigkeit und Vielschichtigkeit der Menschheit (vgl. Seifert in: Dederich/ Greving/ Mürner/ Rödler 2006, S. 100).⁹

Eine weitere Schlussfolgerung ist, dass nicht nur der Mensch an sich sondern alle gesellschaftlichen Systeme nach dem inklusiven Prinzip gestaltet sein müssten (ebd.). Die Inklusion impliziert zu dem die Fähigkeit zur Selbstorganisation bzw. Selbstregulierung einer Gesellschaft, in der es keinen Unterschied mehr zwischen Menschen mit oder ohne eine Beeinträchtigung gibt. Dies muss sich ebenfalls mit einer Vielzahl und Vielfalt an Problemstellungen auseinander setzen. Für die Verwirklichung dieses theoretischen Ansatzes bedarf es nach Keupp allerdings professioneller Kompetenzen, welche den Prozess der solidarischen Vernetzung dort unterstützen und umsetzen, wo sie nicht von selbst entstehen (vgl. Keupp in: Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 48). Es gilt hierfür eine gleichwertige kollektive Handlungsmethode aufzubauen, mit deren Hilfe psychisch erkrankte Menschen dann befähigt werden, Normalisierung und Individualisierung zu erfahren (vgl. Keupp in: Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 48). Eben diese umfangreiche Einbindung psychisch Erkrankter in die Gemeinschaft könnte in einem ersten Schritt Gastfamilien des BWF –unabhängig von ihren Motiven und Erfahrungen- erbringen. Damit könnte auch dem gleichberechtigten Ansatz der Inklusion Rechnung getragen werden. Dazu müssten sich die ambulanten Wohnformen weiter in Richtung gemeinde-nahe Betreuung entwickeln. Das Begleitete Wohnen in Familien realisiert zwar diesen Grundgedanken, bildet innerhalb der mobilen Wohn- und Betreuungsformen allerdings lediglich eine Nische. Das selbstverständliche Zusammenleben von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung, welches die wesentliche Bedeutung des Begriffes Inklusion widerspiegelt, wird demnach derzeit nur ansatzweise vollzogen (vgl. Seifert in: Dederich/ Greving/ Mürner/ Rödler, 2006, S. 99). Nichts desto trotz bietet das BWF einen guten Ansatz um für Menschen mit einer psychischen

⁹ Eine Fähigkeit zur Akzeptanz und Toleranz von Vielfältigkeit innerhalb einer Bevölkerung kann meiner Meinung nach gleichermaßen auch dem Begriff der Integration zugeschrieben werden.

Erkrankung einen natürlichen Kontakt zu Menschen ohne Beeinträchtigung herzustellen. Für Menschen mit einer geistigen und körperlichen Behinderung stellt die Einbindung in eine Gastfamilie vielmehr eine adäquate Möglichkeit zur Verwirklichung der integrativen Theorie dar (vgl. Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 23). Aus erkrankten „Außenseitern“ werden Mitmenschen, die in ihrem Dasein nicht nur akzeptiert und gefördert, sondern auch in die Gemeinschaft eingebunden werden.

Indem der Staat und seine Mitbürger als selbstregulierendes Organ agieren, müsste sich langfristig gesehen die professionelle Hilfen immer weiter reduzieren. Da die Gesellschaft jenen Menschen mit Unterstützungsbedarf durch ihre Hilfsangebote an sozialen Netzwerken, nachbarschaftlichen Hilfen und Gemeinwesenarbeit selbst unterstützt, würde sie sich letzten Endes auf eine beratende und begleitende Funktion begrenzen (vgl. Barrois 2011, S. 14). Es ist kaum zu erwarten, dass sich die inklusive Sozialraumtheorie ohne fachlichen Einfluss verwirklichen lassen wird (vgl. Konrad/ Rosemann 2011, S.265). Findet zwar das Leben außerhalb von stationären Institutionen statt, so ist es dennoch geprägt von komplexen professionellen Unterstützungsleistungen, wie beispielsweise die herausgearbeitete Notwendigkeit einer kontinuierlichen Begleitung innerhalb des Betreuten Wohnens in Familien zeigt (vgl. Obert/ Pogal-Bakan in: Fink/ Hinz 2011, S. 127).

Im Sinne der Menschenrechte und der UN-Behindertenrechtskonvention ist sicherlich auch die inklusive Theorie als positiv einzuschätzen und findet wohl genau aus diesem Grund seinen enormen Anklang in der Fachliteratur. Die Folgen für die Umsetzung innerhalb der Gesellschaft scheinen allerdings als visionär. Gelten Menschen mit einer geistigen, körperlichen oder psychischen Beeinträchtigung als gleichwertig und sind demnach nicht mehr zu integrieren sondern zu inkludieren, so gäbe es keine integrativen Einrichtungen und Beratungsstellen oder fachlich betreute Unterstützungsangebote. Der gesamte Begriff der sozialen Arbeit würde neu definiert werden müssen. Aus dem „Begleiteten Wohnen in Familien“ entstünde ein „Wohnen in Familien“, da die Familienmitglieder als Selbstregulierungsorgane keine professionelle Betreuung mehr benötigen würden. Es ist außerdem insgesamt schwer vorstellbar, dass die Gesellschaft innerhalb Deutschlands sich Menschen mit einer Beeinträchtigung uneingeschränkt gegenüber öffnet und sie weder diskriminiert noch stigmatisiert. Letztlich wird dieser Personenkreis immer in einer Form

ausgegrenzt und kann kaum vorurteilsfrei am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Damit liegt die Umsetzung einer vollständigen Inklusion insgesamt auf einer visionären Ebene, welche wohl auch langfristig nicht vollkommen verwirklicht werden wird.

Inklusion wie auch die Integration psychisch erkrankter Menschen kann gegenwärtig als richtungsweisend angesehen werden (vgl. Hinz in: Körner/ Niehoff 2008, S. 34). Unbeantwortet bleibt allerdings die Frage, ob überhaupt jeder chronisch psychisch erkrankte Mensch in einer ambulant organisierten Betreuungsform versorgt werden könnte. Möglicherweise kann lediglich darauf hingearbeitet werden, dass die stationäre Unterbringung chronisch psychischer Erkrankter zur Nische wird.

7. Fazit

Im Zuge der Entwicklungsprozesse und der damit verbundenen Wandlungsbereitschaft der Familien kommt es inzwischen zu Alternativen sich solidarisch zu engagieren (vgl. Schönberger/ Stolz 2003, S. 26). Mit dieser Anpassungs- und Veränderungsfähigkeit werden Familien in Zukunft weiterhin zu einem bedeutsamen Versorgungssystem in Deutschland. Es empfiehlt sich hierbei allerdings den Begriff: Familie, weiterhin unter den sich stetig verändernden gesellschaftlichen Rahmbedingungen entsprechend zu verorten. Außerdem sollten die prägnanten Unterschiede zwischen den westlichen und östlichen Bundesländern weiter erforscht werden, um so eine angemessenere Betreuungsvermittlung gewährleisten zu können. Gerade die steigende Anzahl der sich bewerbenden Einzelpersonen im Osten sollte zukünftig zum Gegenstand tieferer Betrachtungen werden.

Das Begleitete Wohnen in Gastfamilien bietet dabei Menschen mit einer psychischen Erkrankung innerhalb der ambulanten Wohn- und Betreuungsangebote eine vielversprechende Möglichkeit auf eine Integration in das Gemeinwesen.

Im Gegensatz zu stationären oder anderen ambulanten betreuten Einrichtungen ist das BWF kein abgeschottetes System, in dem der psychisch erkrankte Menschen keine Chance mehr hat, am gemeinschaftlichen Leben teilzuhaben. Es ist vielmehr eine individuell zugeschnittene Lebens- und Betreuungsform, welche lediglich von Außen professionell begleitet wird.

Gerade diese unvergleichbaren Lebenswelten von Familien gelten als wertvolle Ressource und Chance für eine positiv verlaufende Wiedereingliederung chronisch psychisch erkrankter Menschen in die gesellschaftliche Gemeinschaft. Ihre Beweggründe und Motive können dabei sehr unterschiedlich sein, und müssen daher einer besonderen Aufmerksamkeit unterliegen. Zum Beispiel ist der Grund, ein Betreuungsverhältnis mit einem psychisch kranken zu Betreuenden aus reinen finanziellen Gründen einzugehen, als unpassend einzuschätzen. Insgesamt gelten vielmehr Familien als geeignet, die ihre Bedürfnisse nach Kontakt, Anerkennung und Wertschätzung mit einer Betreuung zwar befriedigen, jedoch gleichzeitig in der Lage sind, eine respektvolle Distanz zum Mitbewohner zu wahren.

(Vgl. Schönberger/ Stolz 2003, S. 59). Familien müssen die Verhaltensauffälligkeiten des psychisch Erkrankten achten können, und ihn gleichzeitig unterstützend darin

befähigen ein selbstbestimmtes Leben aufzubauen. Auch die Wahrung von Rückzugsmöglichkeiten, sowie die Fähigkeit selbstständig Konfliktsituationen bewältigen zu können, sind eine positive Voraussetzung für die Betreuung von Bewohnern (vgl. ebd.). Natürlich kann das familiäre Bedürfnis zu unterstützen und zu begleiten im alltäglichen Zusammenleben ganz unterschiedlich ausgeprägt sein. Die Möglichkeit eines kontinuierlichen Kontaktes durch die professionelle Fachkraft kann hier auch nach Einsetzen der täglichen Routine Sicherheit und Rückhalt bieten. Die Schwierigkeit in der fachlichen Begleitung der beiden Akteure ist, die richtige Balance zwischen Empowerment und Unterstützung zu finden.

Im Hinblick auf fachliche Vorkenntnisse oder berufliche Kompetenzen seitens der Familien gehen die Meinungen in der Fachliteratur weit auseinander. Nach dem Ansatz des „Laienwissens“ werden Familien ohne professionellen Pflegehintergrund vor dem Hintergrund ihrer Fähigkeit zur natürlichen Selbstregulierung bei Konflikten begrüßt. In der Realität zeigt sich, wie am Beispiel der Gesop Dresden beschrieben, hingegen die klare Tendenz, dass es oftmals Einzelpersonen oder Familien sind, die einen Pflege- und Betreuungsberuf erlernt haben oder gegenwärtig ausüben, und sich auf Grund dessen beim Begleiteten Wohnen in Familien bewerben. Damit wandelt sich das angestrebte Gleichgewicht zwischen Gastfamilien und Mitbewohner jedoch erneut in ein Verhältnis des Betreuers zum Betreuenden, was insgesamt als fraglich einzuschätzen ist. Vor dem Hintergrund des lebensweltorientierten Ansatzes soll nicht die psychische Erkrankung bzw. die Defizite im Mittelpunkt stehen, sondern vielmehr der Mensch mit einer psychischen Beeinträchtigung. Durch das familiäre „Laienwissen“ findet folglich die Fürsorge und Förderung seiner Alltagsbewältigung mit Hilfe der Gastfamilie auf zwischenmenschlicher Ebene statt. Die professionelle und pädagogische Haltung wird damit durch einen „normalen“ Umgang und familiäre Zugehörigkeit getauscht. Die natürliche familiäre Umgebung kann insgesamt bei gleichzeitiger Einbindung in Nachbarschaft, Freundschafts- und Bekanntenkreis den Weg in eine Entstigmatisierung von psychisch erkrankten Menschen (vgl. Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 22) ebnen.

Für eine erfolgreiche Vermittlung sind zusammenfassend die Aspekte angemessener Beweggründe, ein stabiles Familiensystem mit einem konstruktiven Umgang mit Konflikten und Krisen, sowie ein kontinuierliches Reflexionsvermögen entscheidend. Diese können wiederum nur mit einer offenen Kommunikation dauerhaft gesichert werden (vgl. Neuenfeldt-Spickermann in: Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 152).

Eine gut funktionierende Kommunikationsstruktur muss hierbei nicht nur innerfamiliär und zwischen den Familienmitgliedern und dem Mitbewohner realisiert werden, sondern auch zwischen den beiden Akteuren und der Fachkraft des Begleiteten Wohnens in Familien. Zu dem ist der Respekt und ein gutes Kommunikationsverhältnis zum sozialen Umfeld für die Integration des psychisch erkrankten Menschen hilfreich. Dies kann allerdings nur mit einem allgemeinen Vertrauen in alle Beteiligten, Offenheit und Akzeptanz sowie eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit gelingen.

Der begonnene Prozess der Verlagerung des institutionellen Versorgungssystems hin zu einem mobilen und auf die einzelnen Bedürfnisse abgestimmten Hilfsangeboten stellt Leistungserbringer wie auch Leistungsträger vor enorme Anforderungen (vgl. Konrad/ Rosemann 2011, 266). Die Lebenswelt- und Sozialraumorientierung fordern hier eine Neustrukturierung des gesamten professionellen Hilfesystems.

Nicht zuletzt unterliegt die Implementierung der BWF-Betreuungskultur jedoch einer sozial-politischen Steuerung, welche nicht außer Acht gelassen werden darf. Durch die beispielsweise Erhöhung des finanziellen Anreizes kann der Bewerberpool an Gastfamilien weiter erhöht werden.

Um die Inklusion und damit die Fähigkeit zur gesellschaftlichen Selbstorganisation weiter voran zu treiben, sind professionelle Kompetenzen gefordert, um so den Prozess der solidarischen Vernetzung dort zu unterstützen und umzusetzen, wo sie von selbst entstehen (vgl. Keupp in: Konrad/ Becker/ Eisenhut 2012, S. 48).

8. Quellenverzeichnis

Literaturnachweis

Bachmaier, M. (2005): Normalität als Chance. S. 33f.. In: Soziale Psychiatrie 3/2005: Walldorf

Barrois, H. (2011): Betreutes Wohnen in Familien: alter Hut, neue Chance? BA: Berlin

Becker, J.: Betreutes Wohnen in Familien – ein Weg zur Inklusion, S. 267 – 277. In: Rosemann, M; Konrad, M. (Hrsg.) (2011): Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung, Psychiatrie-Verlag GmbH: Bonn

Dörner, K. (2010): Nur Bürger integrieren Bürger, S. 40 - 43. In: Sozial Psychiatrie, 2/2010: Walldorf

Dilling, H; Mombour, W; Schmidt, M. (Hrsg.) (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. überarbeit. Aufl., Verlag Hans Huber: Bern

Eisenhut, R.(2004): Der Fachausschuss Familienpflege der DGSP. S. 46–50. In: Sozialpsychiatrische Informationen: Bonn

Erler, M. (2003): Systemische Familienarbeit. Eine Einführung. Juventa: Weinheim/München:

Fischer, Angelika (2011): Betreutes Wohnen in Gastfamilien für chronisch psychisch kranke Menschen – eine systemische Betrachtung der Betreuung der Familienpflegeverhältnisse, BA: Roßwein

Held, T. (1989): Psychiatrische Familienpflege. Ergebnisse einer prospektiven elfjährigen Langzeitstudie: Stuttgart

Hinz, A.: Inklusion – historische Entwicklungslinien und internationale Kontexte, S. 33 – 52. In: Hinz, A.; Körner, I.; Niehoff, U. (Hrsg.) (2008): Von der Integration zur Inklusion. Grundlagen, Perspektiven, Praxis., 1. Auflage, Lebenshilfe-Verl: Marburg

Hinz, A.: Aktuelle Erträge der Debatte um Inklusion – worin besteht der „Mehrwert“ gegenüber Integration?, S. 178 – 190. In: Kurzke-Maasmeier, S. (Hrsg.) (2010): Enabling Community - Anstöße für Politik und soziale Praxis. 1. Aufl., Alsterdorf-Verlag: Hamburg

Ingenleuf, H.-J. (2004): Das Ende des Orakelns: Antworten auf die Kritik an der psychiatrischen Familienpflege. S. 39–45. In: Sozialpsychiatrische Informationen 4/2004: Bonn,

Kaufmann, F.: Familie, S. 465-476. In: Marksches, C.; Wolf, H. (Hrsg.) (2010): Erinnerungsorte des Christentums, C.H.Beck-Verlag: München

Keupp, H.: Familie ist auch nicht mehr das was sie einmal war, S.47 – 61. In: Konrad, M.; Becker, J.; Eisenhut, R. (Hrsg.) (2012): Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung, Lambertus: Freiburg

Konrad, M. (1992): Die Familiengeschichte der Gastfamilie als milieuthapeutischer Faktor in der psychiatrischen Familienpflege. Biol. Hum. Diss.: Ulm

Konrad, M.; Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.) (1993): Die 2te Familie. Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis – Forschung: Bonn

Konrad, M.; Becker, J.; Eisenhut, R. (Hrsg.) (2012): Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung, Lambertus: Freiburg

Krüger, M.; Konrad, M.; Schmidt-Michel, P.-O. (1988): Ist die Integration chronisch psychisch Kranker in Gastfamilien in der modernen Gesellschaft möglich? S. 11–20. In: Medizin Mensch Gesellschaft, 13/1988, Stuttgart

Lenz, K.: Familie - Abschied von einem Begriff?, S. 485-498. In: Lenz, K. (Hrsg.) (2003): Erwägen, Wissen, Ethik 3/2003

Miller, T. (2001): Systemtheorie und Soziale Arbeit. Entwurf einer Handlungstheorie. Lucius & Lucius: Stuttgart

Neuenfeldt-Spickermann, R: Die gute Familie. Aspekte zur Auswahl geeigneter Gastfamilien, S. 148 – 159. In: Konrad, M.; Becker, J.; Eisenhut, R. (Hrsg.) (2012): Inklusion leben. Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung, Lambertus: Freiburg

Obert, K.: Selbst- und Fremdbestimmung – der ständige Seiltanz im Betreuten Wohnen, S. 124 – 137. In: Rosemann, M; Konrad, M. (Hrsg.) (2011): Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung, Psychiatrie-Verlag GmbH: Bonn

Obert, K.; Pogal-Bakan, K.: Gemeinwesenarbeit in der Sozialpsychiatrie. Die Herausforderung, den theoretisch-konzeptionellen Anspruch und die Praxis zusammenzubringen, S. 127 – 150. In: Fink, F.; Hinz, T. (Hrsg) (2011): Inklusion in Behindertenhilfe und Psychiatrie. Vom Traum zur Wirklichkeit, Lambertus-Verlag: Freiburg im Breisgau

Rosemann, M; Konrad, M. (Hrsg.) (2011): Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung, Psychiatrie-Verlag GmbH: Bonn

Schmidt-Michel, P.-O.; Konrad, M.; Krüger, M.(1989): Selektionsmechanismen bei der Auswahl von Gastfamilien für die psychiatrische Familienpflege, S. 222–229. In: Psychiatrische Praxis 16/1989: Stuttgart/New York

Schmidt-Michel, P.-O. (1991): Psychiatrische Familienpflege. Alternative Betreuung für psychiatrische Langzeitpatienten, S. 534–537. In: Das öffentliche Gesundheitswesen 53/1991: Stuttgart

Schmidt, V. (2009): Psychiatrische Familienpflege. Die Begleitung der Gastfamilie von der Bewerbung bis in den Alltag, DA: Landshut

Schönberger, C.; Stolz, P.(2003): Betreutes Leben in Familien – psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch für die Praxis, Psychiatrie-Verlag: Bonn

Schönberger, C. (2004): Endbericht zum Modellprojekt Betreuung psychisch kranker Menschen in Gastfamilien. Psychiatrische Familienpflege im Land Brandenburg. Fachhochschule Potsdam: Potsdam

Schrader, V.: Warum nehmen Familien psychisch kranke Gäste auf? S. 54–78. In: Lakemann, U. (Hrsg.) (2008): Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojekts Betreutes Wohnen in Familien: Bonn,

Seifert, M.: Inklusion ist mehr als Wohnen in der Gemeinde, S. 98 – 113. In: Dederich, M.; Greving, H.; Mürner, C.; Rödler, P. (Hrsg.) (2006): Inklusion statt Integration? Heilpädagogik als Kulturtechnik, 2.Auflage, Psychosozial-Verlag: Gießen

Vedder, M.: Methodenkompetenz transkultureller Gemeindepsychiatrie, S. 151 – 158. In: Rosemann, M; Konrad, M. (Hrsg.) (2011) : Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung, Psychiatrie-Verlag GmbH: Bonn

Internetquellen:

- <http://www.bpb.de/izpb/8017/familie-konzeption-und-realitaet?p=all>
- [http://www.berlininstitut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf Kaufmann Familienpolitik.pdf](http://www.berlininstitut.org/fileadmin/user_upload/handbuch_texte/pdf_Kaufmann_Familienpolitik.pdf)
- <http://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion-3693/>, zuletzt aufgerufen am 12.12.13
- <http://www.bmfsfj.de/doku/Publikationen/genderreport/4-Familien-und-lebensformen-von-frauen-und-maennern/4-1-einleitung.html>, zuletzt aufgerufen am 12.12.2013
- http://www.bwf-info.de/bwf_e3/geschichte/bwf_e3_geschichte_frame.htm, zuletzt aufgerufen am 1.11.13

- http://bwf-info.de/bwf_e3/fachausschuss/FA_Konzeption+GO.pdf, zuletzt aufgerufen am 1.11.13
- <http://www.duden.de/rechtschreibung/Familie>, zuletzt aufgerufen am 12.12.2013
- <http://gesop-dd.de/index.php?option=comcontent&view=article&id=23&Itemid=37>, zuletzt aufgerufen am 12.11.13
- www.leben-mit-schizophrenie.com, zuletzt aufgerufen am 7.11.2013

Sonstige Quellen:

Naumann, I (2014): Gründung und Entwicklung des BWF der Gesop in Dresden, Gedächtnisprotokoll vom 6.01.2014: Dresden

Enke, K (2013): Klienteninformationen des BWF der Gesop in Dresden, Gedächtnisprotokoll vom 19.11.2013: Dresden

Gesetzliche Grundlagen: http://bwf-info.de/bwf_e3/gesetze_urteile/gesetzliche_Grundlagen.pdf, zuletzt aufgerufen am 6.01.2014

Fachausschuss DSPF (2013): Konzeption und Geschäftsordnung: http://bwf-info.de/bwf_e3/fachausschuss/FA_Konzeption+GO.pdf, zuletzt aufgerufen am 6.01.2014

Fachausschuss DSPF (2013): BWF- Standards http://bwfinfo.de/bwf_e3/fachausschuss/BWF-Standards.pdf, zuletzt aufgerufen am 6.01.2014

Gesop gGmbH: Leistungsbeschreibung Betreutes Wohnen in Familien, in: KSV Sachsen(2013): Leistungsrahmen des KSV Sachsens

Gesop (2013): Dokumentation zu den Betreuungsverläufen der Gastfamilien, Klientenakten, Dresden, unveröffentlicht, zuletzt gesichtet am 06.01.2014

http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Bundes_gesetzblatt/Ge-setz_Behindertenrechtskonvention_2008.pdf

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe.

Roßwein, den 31.01.2014

9. Anhang

I Paragraphen:

SGB XII § 53 Leistungsberechtigte und Aufgabe

(1) Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

(2) Von einer Behinderung bedroht sind Personen, bei denen der Eintritt der Behinderung nach fachlicher Erkenntnis mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist. Dies gilt für Personen, für die vorbeugende Gesundheitshilfe und Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47 und 48 erforderlich ist, nur, wenn auch bei Durchführung dieser Leistungen eine Behinderung einzutreten droht.

(3) Besondere Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und die behinderten Menschen in die Gesellschaft einzugliedern. Hierzu gehört insbesondere, den behinderten Menschen die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern, ihnen die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen.

SGB IX § 2 Behinderung

(1) Menschen sind behindert, 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.

SGB XII § 54 Leistungen der Eingliederungshilfe

(1) Leistungen der Eingliederungshilfe sind neben den Leistungen nach den §§ 26, 33, 41 und 55 des Neunten Buches insbesondere

1. Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, insbesondere im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht und zum Besuch weiterführender Schulen einschließlich der Vorbereitung hierzu; die Bestimmungen über die Ermöglichung der Schulbildung im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht bleiben unberührt,
2. Hilfe zur schulischen Ausbildung für einen angemessenen Beruf einschließlich des Besuchs einer Hochschule,
3. Hilfe zur Ausbildung für eine sonstige angemessene Tätigkeit,
4. Hilfe in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten nach § 56,

nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen und zur Sicherung der Teilhabe der behinderten Menschen am Arbeitsleben. Die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und zur Teilhabe am Arbeitsleben entsprechen jeweils den Rehabilitationsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder der Bundesagentur für Arbeit.

(2) Erhalten behinderte oder von einer Behinderung bedrohte Menschen in einer stationären Einrichtung Leistungen der Eingliederungshilfe, können ihnen oder ihren Angehörigen zum gegenseitigen Besuch Beihilfen geleistet werden, soweit es im Einzelfall erforderlich ist.

SGB IX § 55 Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft

(1) Als Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft werden die Leistungen erbracht, die den behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern oder sie so weit wie möglich unabhängig von Pflege machen und nach den Kapiteln 4 bis 6 nicht erbracht werden.

(2) Leistungen nach Absatz 1 sind insbesondere

1. Versorgung mit anderen als den in § 31 genannten Hilfsmitteln oder den in § 33 genannten Hilfen,
2. heilpädagogische Leistungen für Kinder, die noch nicht eingeschult sind,
3. Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten, die erforderlich und geeignet sind, behinderten Menschen die für sie erreichbare Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen,
4. Hilfen zur Förderung der Verständigung mit der Umwelt,
5. Hilfen bei der Beschaffung, dem Umbau, der Ausstattung und der Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen der behinderten Menschen entspricht,
6. Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten,
7. Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben.

Weitere, für Klienten des BWF möglicherweise relevante Gesetze:

SGB XII § 60, Verordnungsermächtigung

Die Bundesregierung kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Bestimmungen über die Abgrenzung des leistungsberechtigten Personenkreises der behinderten Menschen, über Art und Umfang der Leistungen der Eingliederungshilfe sowie über das Zusammenwirken mit anderen Stellen, die den Leistungen der Eingliederungshilfe entsprechende Leistungen durchführen, erlassen.

SGB IX § 26 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

(1) Zur medizinischen Rehabilitation behinderter und von Behinderung bedrohter Menschen werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um

1. Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den

vorzeitigen Bezug von laufenden Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern.

(2) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation umfassen insbesondere

1. Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, soweit deren Leistungen unter ärztlicher Aufsicht oder auf ärztliche Anordnung ausgeführt werden, einschließlich der Anleitung, eigene Heilungskräfte zu entwickeln,
2. Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder,
3. Arznei- und Verbandmittel,
4. Heilmittel einschließlich physikalischer, Sprach- und Beschäftigungstherapie,
5. Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,
6. Hilfsmittel,
7. Belastungserprobung und Arbeitstherapie.

(3) Bestandteil der Leistungen nach Absatz 1 sind auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere

1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen der medizinischen Rehabilitation.

SGB IX § 33 Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben

(1) Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden die erforderlichen Leistungen erbracht, um die Erwerbsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit zu erhalten, zu verbessern, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern.

(2) Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote.

(3) Die Leistungen umfassen insbesondere

1. Hilfen zur Erhaltung oder Erlangung eines Arbeitsplatzes einschließlich Leistungen zur Beratung und Vermittlung, Trainingsmaßnahmen und Mobilitätshilfen,
2. Berufsvorbereitung einschließlich einer wegen der Behinderung erforderlichen Grundausbildung,

3. berufliche Anpassung und Weiterbildung, auch soweit die Leistungen einen zur Teilnahme erforderlichen schulischen Abschluss einschließen,
 4. berufliche Ausbildung, auch soweit die Leistungen in einem zeitlich nicht überwiegenden Abschnitt schulisch durchgeführt werden,
 5. Überbrückungsgeld entsprechend § 57 des Dritten Buches durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
 6. sonstige Hilfen zur Förderung der Teilhabe am Arbeitsleben, um behinderten Menschen eine angemessene und geeignete Beschäftigung oder eine selbständige Tätigkeit zu ermöglichen und zu erhalten.
- (4) Bei der Auswahl der Leistungen werden Eignung, Neigung, bisherige Tätigkeit sowie Lage und Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt angemessen berücksichtigt. Soweit erforderlich, wird dabei die berufliche Eignung abgeklärt oder eine Arbeitserprobung durchgeführt; in diesem Fall werden die Kosten nach Absatz 7, Reisekosten nach § 53 sowie Haushaltshilfe und Kinderbetreuungskosten nach § 54 übernommen.
- (5) Die Leistungen werden auch für Zeiten notwendiger Praktika erbracht.
- (6) Die Leistungen umfassen auch medizinische, psychologische und pädagogische Hilfen, soweit diese Leistungen im Einzelfall erforderlich sind, um die in Absatz 1 genannten Ziele zu erreichen oder zu sichern und Krankheitsfolgen zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder ihre Verschlimmerung zu verhüten, insbesondere
1. Hilfen zur Unterstützung bei der Krankheits- und Behinderungsverarbeitung,
 2. Aktivierung von Selbsthilfepotentialen,
 3. mit Zustimmung der Leistungsberechtigten Information und Beratung von Partnern und Angehörigen sowie von Vorgesetzten und Kollegen,
 4. Vermittlung von Kontakten zu örtlichen Selbsthilfe- und Beratungsmöglichkeiten,
 5. Hilfen zur seelischen Stabilisierung und zur Förderung der sozialen Kompetenz, unter anderem durch Training sozialer und kommunikativer Fähigkeiten und im Umgang mit Krisensituationen,
 6. Training lebenspraktischer Fähigkeiten,
 7. Anleitung und Motivation zur Inanspruchnahme von Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben,
 8. Beteiligung von Integrationsfachdiensten im Rahmen ihrer Aufgabenstellung (§ 110).

Zu den Leistungen gehört auch die Übernahme

1. der erforderlichen Kosten für Unterkunft und Verpflegung, wenn für die Ausführung einer Leistung eine Unterbringung außerhalb des eigenen oder des elterlichen Haushalts wegen Art oder Schwere der Behinderung oder zur Sicherung des Erfolges der Teilhabe notwendig ist,
2. der erforderlichen Kosten, die mit der Ausführung einer Leistung in unmittelbarem Zusammenhang stehen, insbesondere für Lehrgangskosten, Prüfungsgebühren, Lernmittel, Arbeitskleidung und Arbeitsgerät.

(8) Leistungen nach Absatz 3 Nr. 1 und 6 umfassen auch

1. Kraftfahrzeughilfe nach der Kraftfahrzeughilfe-Verordnung, den Ausgleich unvermeidbaren Verdienstauffalls des behinderten Menschen oder einer erforderlichen Begleitperson wegen Fahrten der An- und Abreise zu einer Bildungsmaßnahme und zur Vorstellung bei einem Arbeitgeber, einem Träger oder einer Einrichtung für behinderte Menschen durch die Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 2 bis 5,
2. die Kosten einer notwendigen Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes,
3. Kosten für Hilfsmittel, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung, zur Teilnahme an einer Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben oder zur Erhöhung der Sicherheit auf dem Weg vom und zum Arbeitsplatz und am Arbeitsplatz erforderlich sind, es sei denn, dass eine Verpflichtung des Arbeitgebers besteht oder solche Leistungen als medizinische Leistung erbracht werden können,
4. Kosten technischer Arbeitshilfen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung zur Berufsausübung erforderlich sind und
5. Kosten der Beschaffung, der Ausstattung und der Erhaltung einer behinderungsgerechten Wohnung in angemessenem Umfang.

Die Leistung nach Satz 1 Nr. 3 wird für die Dauer von bis zu drei Jahren erbracht und in Abstimmung mit dem Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 durch das Integrationsamt nach § 102 Abs. 4

ausgeführt. Der Rehabilitationsträger erstattet dem Integrationsamt seine Aufwendungen. Der Anspruch nach § 102 Abs. 4 bleibt unberührt.

SGB IX § 41 Leistungen im Arbeitsbereich

(1) Leistungen im Arbeitsbereich einer anerkannten Werkstatt für behinderte Menschen erhalten behinderte Menschen, bei denen

1. eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder
2. Berufsvorbereitung, berufliche Anpassung und Weiterbildung oder berufliche Ausbildung (§ 33 Abs. 3 Nr. 2 bis 4)

wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder in Betracht kommen und die in der Lage sind, wenigstens ein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeitsleistung zu erbringen.

(2) Die Leistungen sind gerichtet auf

1. Aufnahme, Ausübung und Sicherung einer der Eignung und Neigung des behinderten Menschen entsprechenden Beschäftigung,
2. Teilnahme an arbeitsbegleitenden Maßnahmen zur Erhaltung und Verbesserung der im Berufsbildungsbereich erworbenen Leistungsfähigkeit und zur Weiterentwicklung der Persönlichkeit sowie
3. Förderung des Übergangs geeigneter behinderter Menschen auf den allgemeinen Arbeitsmarkt durch geeignete Maßnahmen.

(3) Die Werkstätten erhalten für die Leistungen nach Absatz 2 vom zuständigen Rehabilitationsträger angemessene Vergütungen, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen. Ist der Träger der Sozialhilfe zuständig, sind die Vorschriften nach dem Zehnten Kapitel des Zwölften Buches anzuwenden.

Die Vergütungen, in den Fällen des Satzes 2 die Pauschalen und Beträge nach § 76 Abs. 2 des Zwölften Buches, berücksichtigen

1. alle für die Erfüllung der Aufgaben und der fachlichen Anforderungen der Werkstatt notwendigen Kosten sowie
2. die mit der wirtschaftlichen Betätigung der Werkstatt in Zusammenhang stehenden Kosten, soweit diese unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse in der Werkstatt und der dort beschäftigten behinderten Menschen nach Art und Umfang über die in einem Wirtschaftsunternehmen üblicherweise entstehenden Kosten hinausgehen.

Können die Kosten der Werkstatt nach Satz 3 Nr. 2 im Einzelfall nicht ermittelt werden, kann eine Vergütungspauschale für diese werkstattspezifischen Kosten der wirtschaftlichen Betätigung der Werkstatt vereinbart werden.

(4) Bei der Ermittlung des Arbeitsergebnisses der Werkstatt nach § 12 Abs. 4 der Werkstättenverordnung werden die Auswirkungen der Vergütungen auf die Höhe des Arbeitsergebnisses dargestellt. Dabei wird getrennt ausgewiesen, ob sich durch die Vergütung Verluste oder Gewinne ergeben. Das Arbeitsergebnis der Werkstatt darf nicht zur Minderung der Vergütungen nach Absatz 3 verwendet werden

II – Angaben zu den Ausgaben im Rahmen der Sozialhilfe

12. Ausgaben der Sozialhilfe nach dem SGB XII für ausgewählte Jahre von 1995 bis 2012 nach Hilfearten^{1) 2)} (in 1 000 ¹/₄)

Merkmal	1995	2000	2004	2005	2010	2011	2012
Hilfe z. Lebensunterhalt	185 452	304 668	369 956	(21 946)	31953	33271	33 898
Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	x	x	59 988	73 511	107108	112790	119405
Hilfe nach dem 5. bis 9. Kapitel darunter	747753	341916	(475662)	(466840)	534074	551567	552562
Hilfe zur Pflege	464 403	37 914	(60 159)	(58 148)	55150	59307	66371
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	265624	279105	(382758)	(374960)	454476	468543	466549
Hilfen z. Gesundheit ³⁾	14 371	19 240	26 924	27112	15294	14698	11334
Insgesamt	933205	646584	(905607)	(562297)	673135	697628	705865

Angabe aus: Statistischen Bundesamt 2012, S. 395

III Gedächtnisprotokoll am 6.01.2014 mit Inge Naumann

Bitte berichten Sie von der Gründungsphase des Begleiteten Wohnen in Familien?

Das Betreute Wohnen in Familien wurde im Oktober 2007 in Dresden etabliert und ist ein weiteres Angebot im Rahmen der gemeinnützigen Gesellschaft der GESOP gGmbH. Aufgebaut wurde das Projekt innerhalb der Familienpflege von der ehemaligen und einzigen Mitarbeiterin I. Naumann, welche gemeinsam mit der Geschäftsleitung der GESOP die Finanzierung mit dem überörtlichen Kostenträger, dem KSV, aushandelte

arbeitete eine Leistungsvereinbarung nach § 75, 3 SGB XII aus. Eine Förderung der Personalkosten durch die Stiftung Aktion Mensch und innerbetriebliche Sachkostenförderung unterstützen das Unternehmen. Zu den Zahlen: 2011 vermittelte das BWF Dresden 4 Bewohner in Gastfamilien, wobei davon 3 Betreuungen noch bestehen. Ende des Jahres 2011 werden 5 finanzierte Vermittlungen betreut und 3 Neuvermittlungen liegen beim Kostenträger als Antrag vor, sind somit in der Anbahnungsphase.

Kontakte zu neuen möglichen Bewohnern: Von insgesamt 63 Kontakten wurden 28 persönlich und 35 Kontakte telefonisch beraten. Von den beratenen Kontakten kamen 15 als potentielle Bewerber infrage, in 6 Fällen erfolgte ein Probewohntermin. Kontakt zu Familien: Von insgesamt 83 Familien wurden 21 persönlich und 62 telefonisch beraten. 13 Familien entschieden sich positiv und wurden in den Familienpool aufgenommen.

Sonstige Informationen und Hinweise:

·Fachausschuss: Qualitätssicherung und fachliche Inhalte und Aufgaben

·Anfertigung eines Profilbogens

Die Verflechtung psychischer Erkrankungen mit dem gesell. Umfeld zeigt sich nicht nur in der Lebens- und Krankheitsgeschichte der Betroffenen, sondern auch in der Art und Weise wie die Gesellschaft auf dieses Klientel reagiert. Gefahr der Ausgrenzung und Distanz gegenüber Gastfamilien. BWF möchte dem Entfremdungsprozess zwischen Betroffenen und der Bevölkerung entgegen wirken. Akzeptanz von Randgruppen innerhalb der Gesellschaft schaffen

*·Klaus Dörner (2010) sagt: „Bürger können Bürger integrieren“ und Nutzbarkeit des Sozialraum durch Bürgerhilfe, siehe **Internet***

IV Gedächtnisprotokoll: 19.11. 2013: Karin Enke

Frau Enke seit 2010 im BWF

Wie wurde das BWF in Dresden etabliert?

2007 Planung der Entstehung BWF in Dresden, 2008 Kostenumsetzung und -vereinbarung mit überörtlichem Träger KSV und zusätzlich durch Aktion Mensch gefördert als Anschubhilfe auf 5Jahre. Vorbereitung der ersten Verträge dauerte fast 2 Jahre, d.h. Sammlung von Interessenten zur erfolgreichen Vermittlung. Sammlung von fachlichen Kenntnissen für die Vermittlung, das Knüpfen von Kontakten oder der Öffentlichkeitsarbeit. Gab zu Beginn noch keine Klienten oder Familien durch die eine Fachkraft finanziert werden konnte, daher Aktion Mensch. Jedoch abnehmend, da mit Aufbau von Gastfamilien und Klienten erste Vermittlungen durchgeführt werden konnten □ Angebot im Rahmen der Eingliederungshilfe § 53. Erste Kostenübernahme wurde erst im Frühjahr 2010 bewilligt, zuvor fand die sogenannte Vorlaufphase statt. Das bedeutet Passung zwischen Klient und Gastfamilie, Kennenlernen und entsprechend Zeit miteinander verbringen bis hin zu Vertragsvereinbarung und schließlich Beantragung des Kostenübernahme. Mit KSV wurde Finanzierung ausgehandelt nach §75 Abs. 3 XII. Förderung der Personalkosten durch Stiftung Aktion Mensch und innerbetriebliche Sachkostenförderung.

Informationen zum Träger Gesop

Gemeinnützige Gesellschaft für die gemeindenahe Sozialpsychiatrische Versorgung mbH (Gesop) wurde 1996 gegründet.

Gastfamilien:

Junge Leute mit alternativen Lebenskonzepten oder Harz IV Empfänger, die finanzielle Zuschuss befürworten

§ stationär vor ambulant oder Wunsch vor Wahlrecht vorrangig?

Wunsch und Wahlrecht, auch wenn Kostenträger gerne günstigere Variante begrüßt. Geschäftsführung und Projektleitung, sowie ein multiprofessionelles Fachteam

Gesop gGmbH arbeitet für die Integration von chronisch psychisch erkrankten Menschen zurück in das gesellschaftliche Leben der Stadt Dresden. Pflege und Betreuungssystem. Dabei sind derzeit 8 Bereiche zu unterscheiden:

Kontakt- und Beratungsstelle

Sozialtherapeutische Wohnstätte

Ambulantes Betreutes Einzelwohnen

Suchtberatungsstelle

Ambulante Soziotherapie

Betreutes Wohnen in Familie

niedrigschwellige Betreuungsangebote (Training zur Alltagsbewältigung und Kommunikationsförderung)

Orientierung an den individuellen Bedürfnissen in Krisensituationen. Es werden tagesstrukturierte Unterstützungen, Leistungen und Begleitung.

Wodurch ist das BWF gekennzeichnet?

Wichtig jedoch ist die Eingliederung des Betroffenen in eine für ihn passende aktive Gemeinschaft

Kritik ?

Kein Bezugsbetreuersystem, sodass Qualitätsanspruch nicht gerecht werden kann. Während Anschubfinanzierung gab es eine zweite besetzte Stelle, inzwischen jedoch keine Finanzierung dafür. Für die Zukunft und mit voraussichtlich steigender Fallzahl wünschenswert, allerdings mit Unterstützung einer familiären Umgebung weitgehend selbständig leben können

Jedoch allgemeine Fallbesprechung und Fallsupervision mit ambulantem Betreutem Einzelwohnen

Inzwischen bis zu 4 Bewohner aufgenommen werden

Ausblick: durch Etablierung eines Stammtisches/monatlichen Treffen können sich Fragen und Lücken aufzeichnen, die durch Vorträge/Schulungen seitens der Fachkraft geschlossen werden könnten. Z.B. Umgang mit Ängsten, Krisenintervention oder Auseinandersetzung mit dem jeweiligen Krankheitsbild.

Erfahrungen durch BWF?

Durch leben innerhalb eines familiären Rahmens traten schwere psychische Krisen verringert aus, lebensnahe Stützung und emotionale Bindung. Motivation zur Tätigkeit durch Festigung der Fähigkeiten und Fertigkeiten im Alltag

Aufenthalt von seit Beginn bis heute oder halbes Jahr bis Jahr und anschließend Abbruch

Durchschnittlich 2-3 Jahre

Ergebnis: zu meist Verbesserung, sodass Weg in eigene Wohnung

gGmbH braucht Gesellschafter, was hier PTV ist (Psychiatrischer Trägerverband)