

Psychiatrische Familienpflege

Geschichte und Forschung

Der Autor beschreibt die Entwicklung von der psychiatrischen Familienpflege hin zum Betreuten Wohnen in Familien.

Unter Betreutem Wohnen in Familien wird die Integration eines Menschen mit Behinderung in eine nicht mit ihm in aufsteigender oder absteigender Form verwandte Familie verstanden, die dafür eine materielle Entschädigung und Begleitung durch einen Fachdienst erhält. Bis zum Jahre 2005 wurde Betreutes Wohnen in Familien (BWF) in Deutschland meist unter dem Begriff psychatische Familienpflege praktiziert. Der Ursprung liegt in dem belgischen Ort Geel, in dem seit dem 13. Jahrhundert „irre gewordene Menschen“ in Gastfamilien aufgenommen werden und dieses gewachsene „familiäre System“ von der institutiven Psychiatrie im späten 19. Jahrhundert übernommen wurde. Eine hervorragende Darstellung der Familienpflege in Geel wurde von dem Journalisten Egon Erwin Kisch unter dem Titel „Belgisches Städtchen mit 3000 Irren“ verfasst. Nachgedruckt in: Konrad & Schmidt-Michel (1993). Ein Blick in die Frühgeschichte der psychiatrischen Familienpflege in Deutschland zeigt, dass die Frühzeit der Betreuung psychisch kranker Menschen in Gastfamilien die psychiatrische Fachwelt schon immer stark polarisiert hat. Die Diskussion der familiären Versorgung, die sich im Verein deutscher Irrenärzte entwickelt hatte, endete Mitte des 19. Jahrhunderts in zwei gegenläufigen Positionen.

Als Vertreter der Befürworter firmierte Wilhelm Griesinger, einer der bedeutendsten deutschen Psychiater: „Die familiäre Kranksinnigenpflege gewährt den Kranken das, was die prachtvollste und best geleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesun-

den, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens“ (Griesinger 1868). Während Griesinger die Qualität der Gastfamilie in Bezug auf die Erfahrungen in Geel hervorhebt, sahen die Gegner der Familienpflege bestens den Einspareffekt: „Ob für absolut unheilbar Kranke das Geeler System anderswo ins Leben gerufen zu werden verdient, und ob das anderswo ausführbar ist, scheint mir weniger eine Frage der wissenschaftlichen Psychiatrie, als der Nationalökonomie“ (Wiedemeister 1864). Die Gegner der Familienpflege setzten sich mit ihrer Auffassung durch, die Anstalt mit ihrer professionell fundierten Ausrichtung als einzige legitime Form der Behandlung psychisch kranker Menschen zu betrachten. Dabei konnten sich die Befürworter des BWF auf einen breiten Erfahrungsschatz stützen. Zum Zeitpunkt der Diskussion über die Familienpflege in Deutschland lebten mehr als 1.000 psychisch kranke und geistig behinderte Menschen aller Schwergrade in Geeler Gastfamilien. Das Zusammenleben von behinderten Menschen und Gastfamilien hatte im Laufe der Jahrhunderte eine Tradition herausgebildet, in der die Verrücktheit sich als Teil des Gemeindelebens etabliert hatte. Die negativen Auswirkungen der Anstalt hat Edmund Neuschler nach einem Besuch in Geel emphatisch zusammengefasst und damit der Diskussion um Asyle und Hospitalismus weit vorgegriffen: „Wer von uns, der jahrelang in einer öffentlichen Anstalt gelebt hat, war nicht oft von Mitgefühl ergriffen gegenüber den traurigen



Die Aufnahme eines Erkrankten war einerseits eine Selbstverständlichkeit, andererseits ökonomisch und sozial lukrativ

Bedingungen ihrer Insassen und den vielfältigen Einschränkungen, die sie zu ertragen haben – nicht als unvermeidliche Konsequenz ihrer Krankheit, sondern ausschließlich aufgrund des Behandlungssystems, dem sie unterworfen sind“ (Neuschler 1867, S. 32).

Familiäres System

Die Gemeinde Geel war psychiatrisch wie eine riesige, offene Anstalt organisiert, in der die Gastfamilien wie spezialisierte Stationen eingesetzt wurden. Der Anspruch war, alle Langzeitkranken in dem familialen System zu versorgen. Den Verantwortlichen für die „Irrenfürsorge“ in Gheel gelang das u.a. dadurch, dass sie die Region wie eine psychiatrische Anstalt organisierten. Die ruhigen Patienten wurden in Gastfamilien der Innenstadt untergebracht, motorisch unruhige und laute Patienten in Weilern des Umlandes, Patienten, die disziplinarisch zu überwachen waren, vermittelte man auf kleine Gehöfte in einem ausgedehnten Heideland mit einer großen Entfernung zwischen den einzelnen Höfen (Konrad et al. 2012). Die Auswahl von Gastfamilien war einfach. Die Aufnahme eines Erkrankten war einerseits eine Selbstverständlichkeit, andererseits ökonomisch und sozial lukrativ. Dadurch etablierte sich ein soziales Kontrollsystem, in dem sich die Gastfamilien gegenseitig überwachten und den Missbrauch eines Bewohners bei den Verantwortlichen der „Irren-Kolonie“ meldeten (vgl. Roosens 1983a). Nachdem gegen Ende des 19. Jahrhunderts zu erkennen war, dass auch die bestehenden Anstalten nicht in der Lage waren, die immer größer werdende Zahl an Patienten aufzunehmen, wurde die Familienpflege in Deutschland in die Tat umgesetzt (vgl. zum Folgenden Müller 2012). Fast jede deutsche Heilanstalt versuchte sich bis 1910 in Familienpflege: Diskutiert und auf unterschiedlichste Weise umgesetzt wurde die Familienpflege seinerzeit jedoch nicht allein in fast allen europäischen Ländern, wie zum Beispiel in Großbritannien, den skandinavischen Ländern oder

Österreich-Ungarn, sondern auch in Ländern aller Kontinente. Nahezu alle deutschen Familienpflege-Initiativen seit Beginn der 1890er-Jahre wurden aus einer Anstalt heraus gegründet. Die innovativsten und wesentlichsten Entwicklungen der frühen Familienpflege in Deutschland fanden sich in den Einrichtungen Konrad Alts in Uchtspringe bei Stendal beziehungsweise Magdeburg sowie in den Einrichtungen von Ferdinand Wahrendorff in Ilten bei Hannover und den städtischen Formen der Familienpflege in Berlin-Dalldorf, der späteren Karl-Bonhoeffer-Nervenklinik, sowie Berlin-Herzberge unter Carl Moeli. In Überblicksarbeiten zur Entwicklung der Familienpflege aus den Dekaden nach der Ara Alt wird in Bezug auf die in deutschen Landen etablierte Form der Familienpflege häufig vom „Adnextyp“ gesprochen. Andere Typen der Familienpflege werden ebenfalls einzelnen Nationen oder Ländern fest zugeordnet, wie beispielsweise Belgien („Konzentrationsotyp“) oder Schottland („Dispersionsotyp“). „Zur Typologie der Familienpflege“ (Schmidt-Michel 1993).

Auslaufmodell

In Folge der Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ durch den Nationalsozialismus und die Rückholung der arbeitsfähigen psychisch Kranken gegen Ende der 1930er-Jahre wurde die Familienpflege in Deutschland zu einem Auslaufmodell. Nach dem Zweiten Weltkrieg gab es nur

noch vereinzelt Gastfamilien, die langjährige Patienten beherbergten. Erst Anfang der 1980er-Jahre konnte sich die Familienpflege in zwei vollkommen verschiedenen Regionen wie dem Landkreis Ravensburg und der Region um Bonn wieder etablieren. Im Laufe der letzten 25 Jahre erlebte sie eine kontinuierliche Vergrößerung und Erweiterung. Zwischenzeitlich hat sich in der Praxis bei der Platzierung von Menschen mit Behinderungen viel verändert. In den meisten Bundesländern Deutschlands wird dieses Angebot seit einigen Jahren vorgehalten, in drei Bundesländern sogar flächendeckend. Wurden bei der Wiedereinführung des BWF ausschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen in Gastfamilien vermittelt, dehnt sich das Angebot inzwischen immer stärker auf Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen aus. Die Entwicklung verlief jedoch nicht linear. Im Gegensatz zu Versorgungskonzepten wie dem ambulant Betreuten Wohnen vergrößerte sich das Betreute Wohnen in Familien nicht gleichmäßig in allen Bundesländern. BWF verbreitete sich in manchen Regionen wie Baden-Württemberg und Westfalen-Lippe sehr stark, während es in einigen Bundesländern bislang überhaupt nicht angeboten wird.

Die ersten Erfahrungen mit der Platzierung von Menschen mit seelischer Behinderung nach der Wiedereinführung von BWF wurden in verschiedenen Publikationen beschrieben: die Erfahrungen in Ravensburg und im Rheinland in der Monographie „Die zweite Familie“ (Konrad & Schmidt-Michel 1993), die Erfahrungen im Landkreis Dahme-Spreewald in Brandenburg in der Reihe „Psychosoziale Arbeitshilfen“ 22 als „Handbuch für die Praxis“ (Schönberger & Stoltz 2003). Insbesondere in dieser Publikation finden sich viele Hinweise für die praktische Arbeit. Sie kann als pdf-Datei angefordert werden von der Redaktion des Rundbriefes „bwf aktuell“ (bwfaktuell@spix-ev.de). Die Bücher sind im Buchhandel nicht mehr erhältlich.

Über die Wirkung der Familienpflege existieren wenige quantitative Studien, die außerdem eine beschränkte Aussagekraft haben. Dementsprechend wird die Familienpflege in der S3 Leitlinie Psychosoziale Therapien als Intervention mit geringer Evidenz geführt (vgl. Falkai 2013). Die einzige methodisch anspruchsvolle Studie wurde in den 1970er-Jahren von Linn und Mitarbeitern im Auftrag der Veterans Administration durchgeführt. Die Studie kam zu dem Ergebnis, dass Klienten in Gastfamilien bei der Nachuntersuchung nach vier Monaten ihre sozialen Fertigkeiten und soziale Anpassung gegenüber einer Kontrollgruppe von Heimbewohnern signifikant verbessert hatten. Die Aussagekraft der Studie ist eingeschränkt, da der Katamneszeitraum sehr kurz war. Hinsichtlich der Prognosefaktoren war eine deutliche Besserung bei den Klienten festzustellen, die allein oder mit höchstens einem weiteren psychisch Kranken in einer Gastfamilie lebten. Dieses Resultat bestätigt die jahrhundertelange Praxis aus Geel und die Praxis der erneuerten Familienpflege in Deutschland, nach der grundsätzlich nicht mehr als zwei Klienten in einer Gastfamilie platziert werden sollen. Höhere Relevanz haben methodisch weniger anspruchsvolle Studien, in denen zum Teil einfache Zusammenhänge gefunden wurden. So die Studie von Held (1989), die ein seltes Projekt in der Großstadt beschreibt. Dort waren die Klienten, deren Episoden in der Gastfamilie von den Fachleuten als positiv bewertet wurden, signifikant häufiger bei Gastfamilien platziert, die aus Nordafrika nach Frankreich emigriert waren. Diese Konstellation ist zwar nicht auf Deutschland übertragbar, sollte jedoch den Fokus auf die Untersuchung von Gastfamilien mit Migrationshintergrund lenken. Wie sich bei der BWF-Tagung 2012 in Stuttgart gezeigt hat, sind in allen Projekten in Deutschland Gastfamilien mit Migrationshintergrund tätig. Möglicherweise könnte dadurch auch die Realisierung von BWF in Großstädten wie Berlin und Hamburg geklärt werden.

Ein weiteres einfaches Resultat zeigte sich in einer Studie in Ravensburg (Krüger et al. 1988). Hier blieben die Gastfamilien länger verfügbar, die von der Aufnahme eines psychisch kranken Menschen profitierten. Dieses Ergebnis ist nur dann banal, wenn der Profit auf einen ökonomischen Vorteil verkiirzt wird. Aber schon in Geel hatte sich gezeigt, dass Gastfamilien ein gewisses Ansehen in der Ortschaft genießen. Soziologisch orientierte qualitative Studien haben diese These in differenzierter Weise bestätigt. Gastfamilien verrich-

Forschung

Über die Wirkung der Familienpflege existieren nur wenige quantitative Studien, die außerdem eine beschränkte Aussagekraft haben.

ten eine anspruchsvolle Arbeit. Dass die Aufnahme eines psychisch kranken Menschen vor allem in Ostdeutschland nach der „Wende“ zu einem deutlichen Statusgewinn einer Familie im dörflichen Sozialsystem verholfen hat, arbeitet Christine Schönberger in ihrer Dissertation gründlich heraus. Therapeutische Konzepte seitens der Gastfamilie sind bei der Problembewältigung hinderlich. Die entstehenden Konflikte müssen spontan angegangen werden; sie lassen den Umweg über Teamkonflikte, Teamsupervisionen und Festlegung von Regeln nicht zu. Christine Schönberger hat die Arbeit der Gastfamilien die „diskrete Arbeit der Transformation“ genannt (Schönberger 2007). Konrad hat in seiner Dissertation versucht, den Motivlagen für diese diskrete Arbeit der Transformation auf den Grund zu gehen.

In der Analyse der Familiengeschichte sehr unterschiedlicher Gastfamilien hat sich gezeigt, dass alle Gastfamilien einen sozialen Profit erzielt haben.

In der Analyse der Familiengeschichte sehr unterschiedlicher Gastfamilien hat sich gezeigt, dass alle Gastfamilien einen sozialen Profit erzielt haben. Durch die Aufnahme eines hilfebedürftigen Menschen ist der Strukturkonflikt der jeweiligen Familie „geheilt“ worden, dass der Familienvater erst durch seine Ehefrau in die Lage versetzt wurde, die Rolle des Familienoberhaupts einzunehmen oder eine gleichwertige Rolle in der Partnerschaft zu spielen (vgl. Konrad 1992, S. 182ff.). Die Aufnahme einer hilfebedürftigen Person hat die Fürsorge der Ehefrau auf diese Person gelenkt und dadurch den doppelten Effekt erzielt, dem Ehemann mehr Autonomie zu gewähren und dem hilfebedürftigen Menschen die notwendige Unterstützung zu geben. Die entscheidende Rolle des (sozialen) Tauschs als elementare Struktur der Verwandschaft ist damit auch auf Wahlverwandtschaften anzuwenden (vgl. Levi-Strauss 1981).

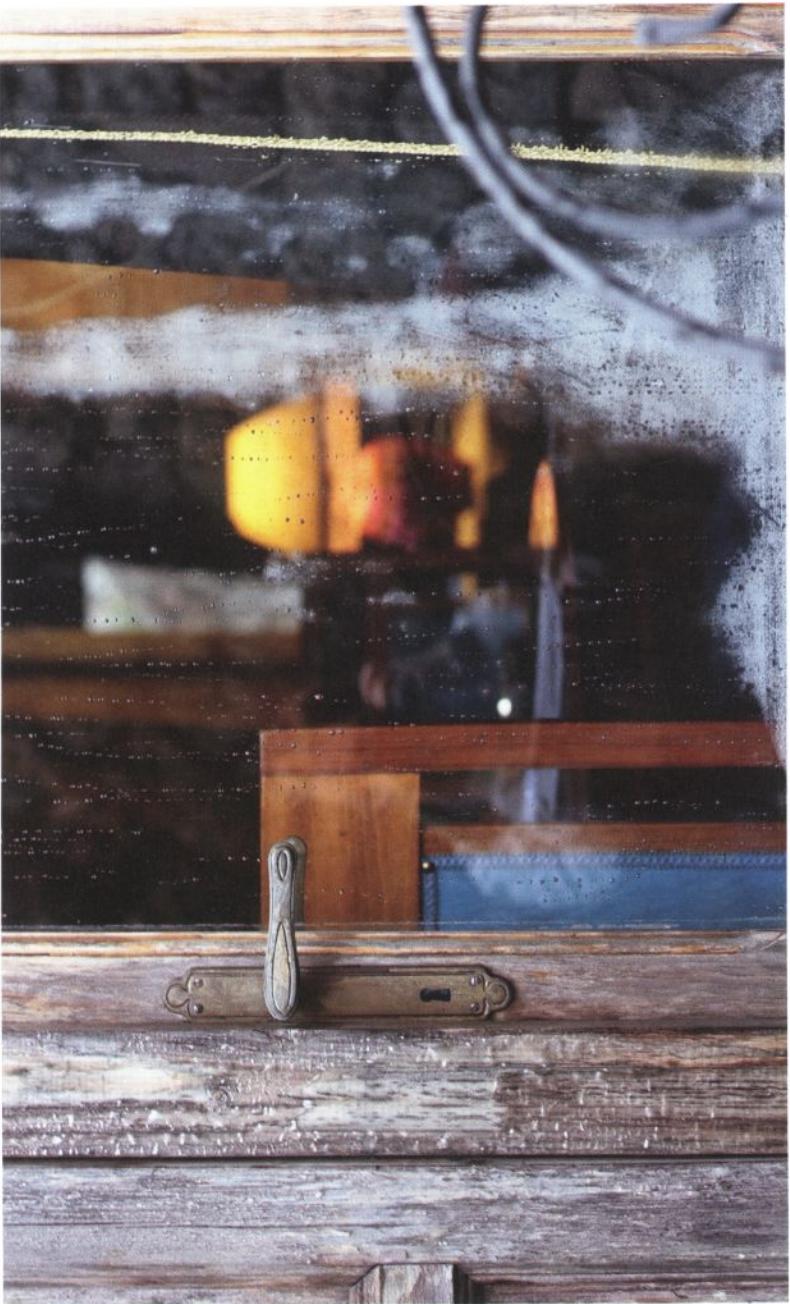
auf traditionelle Sinnstrukturen wie die kirchliche Religiosität gelöst. Sie ist sehr geeignet für die langfristige Integration von lang hospitalisierten Patienten, aber nicht in der Lage, Transformationsprozesse der Klienten in Richtung Eigensändigkeit zu begleiten (ebd., S. 188ff.). Die moderne Gastfamilie hingegen erhebt die Aufnahme eines hilfebedürftigen Menschen zur Religion im Sinne der unsichtbaren Religion (Luckmann 1967). Die Begleitung eines psychisch kranken Menschen in Richtung selbstständiger Entwicklung ist für diesen Gastfamilientyp ein strukturierendes Element der Familienbiografie und motiviert ihre „diskrete Arbeit der Transformation“ (ebd., S. 190ff.). Durch die aktive (praktische, nicht theoretische) Auseinandersetzung mit der eigenen Familiengeschichte ist die Voraussetzung gegeben, die Integration eines hilfebedürftigen Menschen als „Balanceakt“ (vgl. Keupp 2012) anzugehen.

Literatur beim Verfasser

Therapeutische Effekte

Hinsichtlich der therapeutischen Effekte auf die Klienten konnten jedoch zwei Familientypen unterschieden werden: die traditionelle Familie und die moderne, sich aktiv strukturierende Familie. Die traditionelle Familie hat den oben genannten Strukturkonflikt bereits vor der Aufnahme eines hilfebedürftigen Menschen durch den Rückgriff

Dr. biol. hum. Michael Konrad
ist Dipl. Psychologe und Leiter des Geschäftsbereichs
Wohnen in Ravensburg-Bodensee am Zfp Südaufitemberg sowie Sprecher der Trägergemeinschaft Gemeindepsychiatrischer Verbund im Landkreis Ravensburg.
Kontakt: Michael.Konrad@Zfp-Zentrum.de



In beständiger Beharrlichkeit verhinderten die Gasteltern seine Verwahrlösung

MICHAEL KONRAD

Betreutes Wohnen in Familien

Grundlagen und Erfahrungen

Der Autor schildert die Vorteile des Betreuten Wohnens in Familien, macht aber auch deutlich, dass der Erfolg sehr vom begleitenden Fachdienst abhängig ist. Es ist wichtig, optimale Konstellationen zwischen Großfamilie und behindertem Menschen zu finden. Die Vorteile der Prozessbegleitung müssen gefördert und Probleme frühzeitig erkannt werden.

Aufgrund des Strukturwandels der Familie wurde in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg unterstellt, dass psychiatrische Familienpflege keinen quantitativ bedeutenden Beitrag in der psychiatrischen Versorgung zu leisten vermag. In dem Wandel von der Großfamilie zur Kleinfamilie wurde die Ursache gesehen, dass ein Mensch mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung nicht mehr in das Familiensystem integriert werden kann. Selbst 20 Jahre nach Einführung des BWF in Deutschland bestanden in der psychiatrischen Fachwelt große Bedenken und Vorbehalte gegenüber den „Eigenheiten“.

Gewandeltes Verständnis von Familie und Gastfamilie

Hinter dieser Skepsis steht ein verbreitetes Misstrauen gegenüber der (klein-)bürgerlichen Familie, die nach innen konfliktbeladen und nach außen abgeschottert ist und daher als Gastfamilie nicht zur Integration von Menschen mit Behinderung beitragen kann. Die Verabsolutierung der bürgerlichen Kleinfamilie als höchste Form von Familie hatte außer Acht gelassen, dass sich die Familienformen immer gewandelt und den gesellschaftlichen Erfordernissen angepasst haben (vgl. Levi-Strauss 2008). Die in den westlichen Industrieländern bestehende Pluralisierung der Familienformen mit der Notwendigkeit, flexibel auf die ständigen Veränderungen einzugehen, passt trotz aller Vorurteile zu Versorgungskonzepten, die Inklusion, Diversität und Selbstbestimmung in den Fokus rücken (vgl. dazu Keupp 2012). Im Hinblick auf die Inklusion von Menschen mit Behinderung bietet das Betreute Wohnen in Familien ein Alleinstellungsmerkmal. In keinem anderen Unterstützungsangebot ist ein Integrationsprozess in das Gemeinwesen zu finden, das der Integration in eine Gastfamilie gleicht. Durch die Integration in eine Gastfamilie erschließt sich dem Menschen mit Behinderung gleichzeitig der Zugang zu Verwandten der Gastfamilie, Freunden, Nachbarn und Arbeitskollegen. Dass Konflikte mit der Umwelt im Gegensatz zu Erfahrungen im ABW nicht zum Ausschluss führen, ist durch den Schutz der familiären Zugehörigkeit gewährleistet. BWF schafft eine Beziehung mit umfassender Begleitung eines behinderten Menschen, auch über Dienstzeiten und erlerntes Berufsfeld hinaus. Die Hauptlast der Betreuung tragen Bürger, die keine Fachkenntnisse und entsprechende „professionelle Haltung“ haben. Zwischen Gastgeber und Gast entstehen eine Interessengemeinschaft und partnerschaftliche Beziehung mit gegenseitigem Geben und Nehmen. Hier ist weniger wichtig, ob der Kranke Stimmen hört, sondern ob er Kartoffeln schälen kann, ob er sauber ist und gut riecht. Die Aushandlung alltäglicher Konflikte zwischen Unterstützer und Unterstütztem wird zum biografisch bedeutsamen Lernfeld und damit zum therapeutischen Wirkfaktor. Dass die Konflikte nicht künstlich hergestellt sind wie in einer Institution, sondern die „normalen“ Probleme des Alltags gemeinsam angegangen werden, ist der normalisierende Effekt des Betreuten Wohnens in Familien, das den Idealtyp des milieutherapeutischen Ansetzes darstellt (vgl. Konrad 1993).

Ein wesentlicher Unterschied zwischen BWF und anderen Angeboten der Wohnbetreuung liegt in der Einzigartigkeit der jeweiligen Gastfamilie und der Nicht-Austauschbarkeit der Personen. Jede Familie hat eine spürbar andere Wohnatmosphäre, ihre eigenen Tagesabläufe, Umgangsformen und Erwartungen an ihre Mitglieder. Je besser ein Fachteam jene Kunst beherrscht, eine zutreffende Einschätzung von Persönlichkeit, Umgangsformen, offenen und versteckten Erwartungen an die geplante Beziehung, desto eher lassen sich individuell passende Lebensnischen für Menschen mit einem Handicap finden (vgl. Wermuth et al. 2012). Mit einem Beispiel wird das im Folgenden gezeigt.¹

Erfahrungen seit der Neueinführung

Seit der Wiedereinführung der psychiatrischen Familienpflege im Jahr 1984 hat sich in der Praxis der Platzierung von Menschen mit Behinderungen viel verändert. Wurden zunächst ausschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen in Gastfamilien vermittelt, dehnt sich das Angebot immer stärker auf Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen aus. Im Bereich des LWL ist es gelungen, einen Teil der Träger großer Behinderteneinrichtungen von den Vorzügen der Integration in Gastfamilien (vgl. Martin 2012; Lüking 2012) sowie die Angehörigen von Menschen mit geistiger Behinderung zu überzeugen. Wie von Käte Henfrey, Mutter einer geistig behinderten Tochter, eindrücklich beschrieben wird, hilft der begleitende Fachdienst, die Ängste und Schuldgefühle bei den Angehörigen zu bewältigen. Sie zieht folgendes Resümee: „Für die Beziehung zwischen Helga und mir war die Unterbringung in einer Gastfamilie ebenfalls positiv. Wenn wir uns besuchen wollen, wird dies mit Familie A vorher abgesprochen. (...) Für mich ist es nun sehr schön, Helga bei mir zu haben, da ich genau weiß, dass dies nur für eine begrenzte Zeit ist“ (Henfrey 2012, S. 68).

Die Platzierung von Menschen mit Behinderungen in Gastfamilien ist in Regionen, in denen sie praktiziert wird, zu einer fachlich anerkannten Alternative zur Heimversorgung geworden, in einigen Regionen sogar als qualifiziertes Angebot zur Betreuung von psychisch kranken beziehungsweise geistig behinderten Kindern und Jugendlichen (Roth 2004; Schulze-Tennming 2009), zur psychiatrischen Akutversorgung (Lötscher et al. 2009), zur Rehabilitation von forensischen Patienten (Becker 2012) und als Alternative zum Altenpflege-

Fallbeispiel:

Als sich Karin Müller und Kai Schmidt als Gastfamilie für die Familienpflege bewarben, waren sie Anfang 50 und seit 27 Jahren verlobt. Beide hatten Kinder aus vorherigen Beziehungen gemeinsam großgezogen und versorgten nun noch die fast 80-Jährige an Demenz erkrankte Mutter im Haushalt. Neben einer Gasträtte betrieben sie zeitweise einen Secondhand-Laden, führten Wohnungsentrümpelungen oder private Renovierungsarbeiten durch. Als Hauptberuf gaben sie an, als freiberufliche Musiker und Produzenten mit eigenem Tonstudio tätig zu sein. Die Titel versprachen „Palmen, Strand und Meer“ oder einen „Traum ohne Ende“, beschrieben die Höhen und Tiefen des Lebens in Titeln wie „Bist du sauer“.

Beim ersten Hausbesuch gewannen wir die Gewissheit, dass es keine Tabuzonen gab, man Dinge nur beim Namen zu nennen hatte, und die Störungen wurden, ohne gekränkt zu sein, zügig beseitigt. In einem ausgebauten Anbau des Wohnhauses boten sie ein geräumiges Zimmer mit separatem Bad und direktem Zugang in den großen, verwilderten Garten an. Als Ergebnis der Bewerbung fiel diese Familie unter den Titel „Spezielle Spezialfamilie“, was sowohl unseres Respekts als auch unserer Zweifel zum Ausdruck brachte, ob eine derart kreative Dynamik ein geeignetes Setting für einen an einer Psychose erkrankten Menschen darstellen kann. Danach lernten wir Herrn Rudolff kennen. Seit Jahren krankheitsunsichtig lebte der gelernte Elektroniker unbehobelt auf der Platte, definierte diesen Lebensstil als Lebensphilosophie und schwor im Jargon der 1970er dem Establishment ab. Unterbrochen wurden seine Trips in Südeuropa durch die Winterzeiten in der Heimatstadt und durch die Einweisung durch das Ordnungsamt wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses. Akut psychotisch bekämpfte er seine Symptome mit reichlich Alkohol und gelegentlichem Genuss von Cannabis. Hiernach kam es mitunter zu öffentlichen Beschimpfungen von Passanten oder Provokationen durch die Entblößung seines Hinterteils. In einem gütigen Moment traf er auf einen Psychiater, der ihm überzeugen konnte, dass die verordneten Medikamente ihn entgegen seiner Einschätzung nicht sedieren und entmündigen würden, sondern eine Chance boten, sein Leben wieder gestalten zu können. Bei der Entwicklung seiner weiteren Lebensperspektive ließ er jedoch bezüglich seiner Lebensphilosophie nach größtmöglicher individueller Selbstverwirklichung keinen Kompromiss zu. Das Schlafen im Schlafsack möglichst bo-

dennah, das gelegentliche Duschen maximal alle zwei Wochen, in jedem Fall ohne Seife und Shampoo, sowie die Verweigerung von Unterwäsche und Socken waren unumstößliche Grundsätze. In Bezug auf zwischenmenschliche Kontakte wünschte er größtmögliche Freiheit, keine Bevormundung, keine Verbindlichkeiten und schon gar keine Verantwortung.

Beziehung zu Gastealtern

Die Gastfamilie nahm ihn zunächst so, wie er war und auch das Fachteam stellte zu Beginn nur eine Bedingung, nämlich die gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten und die damit verbundene Medikamenteneinnahme. Über die regelmäßigen Kontakte gewann Herr Rudolff Einblick ins Familieneben und erzählte aus seiner vielfältigen Lebenserfahrung. Unverbindlich interessierte er sich für die vielfältigen Aktivitäten in seinem Wohnumfeld. Mal half er bei einer Autoreparatur, mal beim Entrümpeln. Im Tonstudio entdeckte er seine Leidenschaft fürs Schlagzeug. Deutlich wurde, dass er mehr durch den Kontakt als durch die Aktivität an sich motiviert war. Zunehmend entwickelte sich eine Beziehung zu den Gastealtern, sodass es schon bald keine Themen mehr gab. Die Hygiendedebatte wurde ebenso kontrovers und offen geführt wie der unterschiedliche Musikgeschmack. In beständiger Beharrlichkeit verhinderten die Gastealtern seine Verwahrlosung, indem sie wöchentliche Reinigungskonturen in seinem Wohnbereich vornahmen, die er jedoch als Einschränkung seiner Freiheit bewertete. Selbst die härtesten Auseinandersetzungen hinterließen keine Spuren der Verletzung und waren schnell vergessen. Die Grundhaltung war durch gegenseitige Sympathie und Respekt geprägt. Gleichzeitig litt er darunter, den Status des Spinners verloren zu haben. Die Lösung schien schließlich darin zu bestehen, „ein Spinner“ im normalen Umfeld sein zu können, das wiederum unnormal sein musste, um ihn integrieren zu können. Um es abzukürzen: Die meisten seiner Eigenarten hat er beibehalten. Er lebt jedoch mittlerweile seit 13 Jahren bei seinen Gastealtern mit nur zwei stationär behandlungsbedürftigen psychotischen Krisen. Seit elf Jahren arbeitet er in einer Werkstatt für seelisch behinderte Menschen. Im Gemeinwesen ist er bekannt, aber trotz seines Aussehens nicht gefürchtet, zum Teil sogar beliebt.

heim für Senioren (Hotz 1997). Die Unterschiedlichkeit der Gastfamilien macht BWF zu einem „Allzweck-Angebot“ für Menschen mit Behinderung. Bei der Wiedereinführung standen zwar Klienten mit schizophrenen Psychosen und langjähriger Hospitalisierung im Vordergrund. Relativ schnell zeigte sich jedoch, dass die Integration in Gastfamilien für nahezu alle psychischen Erkrankungen mit komplexem Hilfebedarf und insbesondere für Klienten, die in keine Schubladen passen und daher im soziopsychiatrischen System kein adäquates Angebot finden. In einem Beitrag über die Auswahl geeigneter Gastfamilien kommt Neuenfeldt-Spickermann (2012, S. 154) zu dem Schluss, „dass die von den Teams angewandten Kriterien für die Auswahl der Gastfamilien dazu führen könnten, sehr geeignete und erfolgreiche Gastfamilien auszuschließen“. Weitere Beispiele des BWF mit verschiedenen Klientengruppen werden in dem Band „Inklusion leben“ (Konrad et al. 2012) beschrieben. (Matt & Röscheisen, 2012, 240ff.) beschreiben die schwierige, aber zur Selbstbefähigung fördernde Integration von Klientinnen mit Borderline Persönlichkeitsstörung. Bei dieser Gruppe, die lange Zeit für die Integration in eine Gastfamilie als nicht geeigneter betrachtet wurde, sehen die Autorinnen die konsequente Stützung der Frau der Gastfamilie sowie die direkutive Unterstützung der Klientin als Schlüssel zum Erfolg. Das BWF-Team aus Merxhausen macht seit langer Zeit positive Erfahrungen mit der Platzierung von Menschen mit Alkoholdemenz (Sommer et al. 2012, S. 205ff.). Im gemeinsamen Tun mit der Gastfamilie wird das Erleben der eigenen Defizite nicht mehr so drastisch wahrgenommen – so die Autoren. Dadurch entstehen neues Selbstvertrauen und unerwartete Fähigkeiten, die die Aufnahme in ein Pflegeheim überflüssig machen. Einen ähnlichen Effekt – wenn auch vor anderem Hintergrund – beschreiben Roeloffs et al. (2012, S. 228) bei Menschen mit Behinderung im Alter. Pflegebedürftigkeit wird nach ihrer Erfahrung von den Gastfamilien adäquat bewältigt und führt durch die Integration in das Familiensystem zum Erhalt von Lebensqualität und Tagesstruktur.

Optimale Konstellationen finden

Ein doppelter Unterstützungsseffekt ergibt sich bei der Integration psychisch kranker Eltern mit Kind in eine Gastfamilie. (Bachmaier 2012, S. 191 ff.) schildert eindrücklich, wie es gut ausgewählten Gastfamilien gelingt, den Strukturanfall der Zuständigkeit für das Kind zu lösen und eine adäquate Unterstützung und Förderung für Mutter und Kind zu leisten. Der begleitende Fachdienst hat es hier einem hochkomplexen System zu tun, der nicht nur unterschiedliche Rollen miteinander koordinieren muss, sondern Behindertenhilfe und Jugendhilfe sind auch noch unterschiedliche Hilfesysteme mit eigenen Behörden. In ähnliche Widersprüche gerät der begleitende Fachdienst bei Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung, die im Rahmen des BWF bei den Angehörigen betreut werden (Mair 2012, S. 185ff.). In einigen Fällen haben die Gastfamilien mehrere Rollenfunktionen, die sich gegenseitig ausschließen: Angehörige, Betreuungsperson und rechtlicher Betreuer. Wenn diese Rollenkonflikte mit dem begleitenden Fachdienst geklärt bzw. aufgelöst sind, bietet diese Form des BWF den Vorteil, dass der Klient den Wohnort und die gewachsenen Bezüge beibehalten kann.

Bei solch hochkomplexen und schwierigen Konstellationen besteht auch die Gefahr negativer Entwicklungen und hat u.a. die Sozialpsychiatrie lange Zeit von der Wiedereinführung der psychiatrischen Familienpflege abgehalten. Es ist der Verdienst von Jo Becker, das Phänomen von Ver-nachlässigung, Misshandlung und Missbrauch im BWF zu untersuchen (Becker 2012b) und sie zum Ausgangspunkt für ein System der Qualitätssteigerung im BWF zu machen (Becker 2012c). Sein Creedo: Der begleitende Fachdienst muss sich darin professionalisieren, optimale Konstellationen zwischen Gastfamilie und behindertem Menschen zu finden und in der Prozessbegleitung die Vorteile fördern und Probleme frühzeitig ansprechen. Der begleitende Fachdienst ist die entscheidende qualitative Verbesserung des BWF gegenüber der traditionellen Familienpflege. In Deutschland wird in der Regel die Stelle einer Sozialpädagogin ohne Zusatzausbildung finanziert. Gesundheits- und Krankenpflegepersonal kommt auf diesen Stellen ebenfalls zum Einsatz. Diese Berufsausbildungen qualifizieren nicht ausreichend für die Arbeit in komplexen Systemen. Zusätzliche Qualifikationen, wie die Weiterbildung zum systemischen Arbeiten in der Sozialpsychiatrie, wie sie zum Beispiel von der DGSP angeboten werden, sind hierfür geeignet. Hinsichtlich der Persönlichkeit der Fachkräfte ist Klarheit, Kommunikationsfähigkeit, Flexibilität im Denken und Handeln sowie Lebenserfahrung wünschenswert. Die Akzeptanz durch die Gastfamilie wächst mit zunehmendem Alter. Für größere Träger mit mehreren Einrichtungen bietet sich an, erfahrene Fachkräfte mit mehrjähriger Erfahrung in der direkten Klientenarbeit – zum Beispiel im ambulant oder stationär betreuten Wohnen – im BWF einzusetzen. Der Wunsch der Mitarbeiterinnen, nicht mehr überwiegend die Alltagsbegleitung zu machen, verbindet sich mit der bei ihnen häufig anzutreffenden Zusatzqualifikation und Gelassenheit.

¹ Für die Verwendung des Fallbeispiels danke ich Frau Renate Neuendorf-Spickermann, BWF der LVR-Klinik Viersen.

Literatur beim Verfasser

Dr. biol. hum. Michael Konrad

ist Dipl. Psychologe und Leiter des Geschäftsbereichs Wohnen Ravensburg-Bodenau am ZfP Südwürttemberg.
Kontakt: Michael.Konrad@ZfP-Zentrum.de