

Halt - Begegnung - Hoffnung



Halt - Begegnung - Hoffnung • Integration psychisch Kranker in Gastfamilien



Integration psychisch Kranker in Gastfamilien



ISBN 3-938415-09-6



Herausgegeben von
Claudia Birkenheier und Anja Hagen

Birkenheier / Hagen

Integration psychisch Kranker in Gastfamilien

Symposium am 26. Oktober 2005

Völklingen / Saar

Halt - Begegnung - Hoffnung

**Integration
psychisch Kranker
in Gastfamilien**

10 Jahre psychiatrische Familienpflege
an den SHG-Kliniken Völklingen

Herausgegeben von
Claudia Birkenheier und Anja Hagen

Symposium am 26. 10. 2005
Psychiatrisch - Psychotherapeutische
Klinik und Tagesklinik /
Zentrum für psychiatrische Familienpflege
SHG-Kliniken Völklingen / Saar

Halt – Begegnung – Hoffnung
Integration psychisch Kranker in Gastfamilien

1. Auflage 2006
Eigenverlag VITAL e. V. (Völklinger Initiative aktives Leben e. V.)
Alle Rechte beim Verlag.
Nachdruck von Texten und Bildern nur mit Genehmigung der Herausgeber

Schutzgebühr 5,00 Euro

Gestaltung und Satz: Austgen Werbeagentur GmbH, Merzig
Fotos: Mitarbeiter von TiP (Therapie im Pfaffenwinkel), Mitarbeiter SHG
Druck: Merziger Druckerei und Verlag GmbH & Co. KG

ISBN: 3-938415-09-6

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	
C. BIRKENHEIER, A. HAGEN	7
Geleitworte	
M. BURKERT	11
Einführung	
K.G. DILK	15
Der Einfluß sozialer Faktoren auf Ausbruch und Verlauf schizophrener Erkrankungen	
P. FALKAI	21
10 Jahre Familienpflege in Völklingen – Erfahrungen, Daten, Ergebnisse	
A. HAGEN	37
Verlauf psychischer Störungen während der Familienpflege	
C. BIRKENHEIER	53
Entwicklung und Finanzierung des Betreuten Wohnens in Familien in Deutschland	
R. EISENHUT	73
Therapie drogenabhängiger Menschen in bäuerlichen Familien	
D. RANKE	97
Ausblick	
J. WESTRICH	111
Autorenverzeichnis	120

Vorwort



Dr. CLAUDIA BIRKENHEIER
Chefärztin der Psychiatrisch-
Psychotherapeutischen Klinik und
Tagesklinik,
Leiterin des Zentrums für
Psychiatrische Familienpflege
SHG-Kliniken Völklingen



Diplom-Psychologin
ANJA HAGEN
Zentrum für
Psychiatrische Familienpflege
SHG-Kliniken Völklingen

Das 10jährige Bestehen der psychiatrischen Familienpflege am Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie der Saarland-Heilstätten GmbH in Völklingen gab uns Anlass, auf die eigenen Ergebnisse zu schauen.

Wir wollen diese noch in einigen Teilen Deutschlands unbekannte und doch mehr als überzeugende Form der Soziotherapie chronisch psychisch Kranker mit ihren Chancen, theoretischen Hintergründen und derzeitigen Möglichkeiten der Finanzierung einer näheren Betrachtung unterziehen.

Im Rahmen des Projektes, das an ähnliche Bestrebungen anknüpft, die schon Ende des 19. Jahrhunderts in anderen Teilen Deutschlands entwickelt wurden, werden Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen in geeignete Gastfamilien vermittelt. Dadurch können auch chronisch Schwerkranke in Familien die Vorzüge einer „gesunden“ Umgebung genießen. Ein vorzugsweise multiprofessionelles Team begleitet den Gast und die Familie durch regelmäßige Besuche und kontinuierliche Beratung.

Demgegenüber entwickeln sich in Strukturen der klassischen Langzeitpsychiatrie neue Problembereiche und zusätzliche Defizite.

Die Familienpflege in Völklingen wurde und wird vom Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes gefördert.

Anlässlich der jetzt 10jährigen Erfahrungen in der Arbeit mit Gästen und Gastfamilien haben wir versucht, nicht nur die Ergebnisse der eigenen Arbeit zu resümieren. Die noch ungeahnten Möglichkeiten dieser Form der Soziotherapie werden thematisiert, des weiteren werfen wir einen Blick auf die Situation, Finanzierung und Perspektiven der Familienpflege in Deutschland insgesamt.

Wir wünschen uns, dass dieses Buch Fachleute, Politiker und Interessierte, Betroffene und Angehörige informiert und letztlich Signale für die Zukunft des Betreuten Wohnens in Gastfamilien setzt.

Der größte Teil der nachfolgenden Beiträge wurde als Referat auf dem Symposium in Völklingen/Saar am 26. Oktober 2005 gehalten und wird hier in revidierter Form wiedergegeben.

Allen, die dieses Buch mitgestaltet haben, sei herzlich gedankt: den Autoren für ihr Engagement bei der Gestaltung der Manuskripte, unserem Koautor Jörg Westrich für die Wahrnehmung von Lektoratsarbeiten, Barbara Schmitt und Christine Nestler für die Erledigung der Sekretariats- und Koordinierungsaufgaben.

Claudia Birkenheier

Anja Hagen

April 2006



MICHAEL BURKERT

Präsident des Stadtverbandes Saarbrücken
Aufsichtsratsvorsitzender der
Saarland-Heilstätten GmbH

Geleitworte

Die psychiatrische Familienpflege hat sich im Saarland als ein fester und wichtiger Bestandteil des psychiatrischen Versorgungsnetzes etabliert.

Anlässlich des 10jährigen Bestehens des Projektes *Gastfamilien für psychisch Kranke* an den SHG-Kliniken Völklingen wurde der vorliegende Symposiumsband erstellt. Der Inhalt des Bandes dokumentiert die während der Jubiläumsveranstaltung am 26. Oktober 2005 gehaltenen Vorträge. Er gibt damit auch einen Überblick über die Versorgung psychisch Kranker in Gastfamilien in Völklingen sowie über die Entwicklung und Finanzierung des Betreuten Wohnens in Familien bundesweit.

Das seit 1995 bestehende Projekt dient der Aufnahme und längerfristigen Betreuung chronisch psychisch erkrankter Menschen in Gastfamilien. Unter der Leitung von Cheförztn Dr. Claudia Birkenheier vermittelt das Team, bestehend aus Anja Hagen, Jörg Westrich, Rita Klug, Simone Kreutz, Kristina Rausch und Frank Budzinski, psychisch kranke Menschen in Gastfamilien. Die Auswahl wird mit großer Sorgfalt getroffen, denn sowohl der Gast als auch

die Familie verbringen nach einer „Probezeit“ in der Regel viele Jahre miteinander. Die Gastfamilien leisten durch ihre Arbeit einen wesentlichen Beitrag, psychisch kranke Menschen in unsere Gesellschaft einzubinden. Stationäre Aufenthalte sind deutlich seltener oder oft ganz entbehrlich. Dafür mein Dank an alle Beteiligten!

Dass dieses Projekt sehr erfolgreich ist, zeigen nicht nur die Statistiken, sondern auch die Zuerkennung des Hauptpreises *Klinische Medizin* im Jahre 2001. Damals erhielt das Team beim DGPPN-Kongress in Berlin den 6. *Lilly Schizophrenia Reintegration Awards* für die Arbeit „Von der stationären Behandlung über die Tagesklinik zur Familienpflege – Stufenmodell der Mutter-Kind-Therapie“.

Eine wichtige Rolle spielen bei der Arbeit des Teams um Dr. Birkenheier die regelmäßigen Treffen der Gäste und Gastfamilien in Form von Sommerfesten, Weihnachtsfeiern und Jahrestreffen. Rege Gespräche und der Austausch von Erfahrungen stehen hier im Mittelpunkt.

Die Integration in den familiären Alltag hat belebende und heilsame Kräfte. Diese Therapie ist eine bedeutende Alternative zu den bereits bestehenden Wohnformen für psychisch Erkrankte. Denn in einem „normalen“ Umfeld zu leben gibt diesen Menschen die Chance, ihre lebenspraktischen Fähigkeiten zurückzuerlangen.

Ich wünsche dem Team, den Gastfamilien und vor allem auch den Gästen alles Gute!

Michael Burkert

Präsident des Stadtverbandes Saarbrücken

Vorsitzender des Aufsichtsrates der Saarland-Heilstätten GmbH

Einführung

KARL-GÜNTER DILK

Halt – Begegnung – Hoffnung: Unter diesen Stichworten, meine Damen und Herren, feiern wir heute ein Jubiläum – das 10jährige Bestehen der psychiatrischen Familienpflege Völklingen.

Ende Oktober 1995 wurde der legendäre Herr M. als erster Gast in die Familienpflege aufgenommen. Klaudia Schmitt, unsere Sozialarbeiterin, hat das damals alles in die Wege geleitet, Dr. Wolfgang Hofmann, der ehemalige Chefarzt, hatte das ganze Projekt in seiner Art ausgedacht, und ich stieß ein wenig später hinzu. Ich meine, dass das Ganze nicht nur in der Verklärung nach zehn Jahren reichlich abenteuerlich gewesen ist: Gastfamilien finden, dafür werben, dass sie einen chronisch psychisch kranken Menschen bei sich aufnehmen, Patienten in den Kliniken ausmachen, für die eine solche Unterbringung geeignet wäre...

Zum Glück sind die Stimmen nicht sehr tief in unsere Ohren gedrungen, die das frisch aus der Taufe gehobene Kind als eine Totgeburt bezeichneten. Was wir auf unserer Seite hatten, war allein die Hoffnung, dass Familienpflege auch im Saarland möglich sei. Und dann wurde diese Hoffnung getragen von unseren Erfahrungen mit

den Kolleginnen und Kollegen, die bundesweit in der Familienpflege schon seit Jahren arbeiteten. Reinhold Eisenhut ist da zu nennen, das Team von Ravensburg, die Bundeskonferenzen: alle haben sie uns Mut gemacht und gesagt, das geht. Und so hat man auch hier im Saarland sehen können, dass sich für psychisch Kranke neue Lebenswelten erschließen lassen. Es gibt also neben den damals schon üblichen Angeboten des betreuten Wohnens nun auch die andere Form der Familienpflege.

Es ist also nicht falsches Pathos, wenn wir unter den Stichworten Halt – Begegnung – Hoffnung eingeladen worden sind. Sie sagen vielmehr, dass sich sozialpsychiatrisches Handeln nicht eindimensional an naturalistischen Konzepten vom Menschen orientieren kann. Es bedarf eines Mehrwerts aus Visionen, exakter Phantasie und der Zuversicht, dass die Welt eine Welt des Menschen ist – und dass Menschen diese Welt für sich und andere gut zu gestalten vermögen.

Die Natur sagt Halt. Sie zwingt uns Grenzen auf, die wir als Krankheit erleben. Stopp, so geht es nicht weiter. Weil wir aber mehr als Natur sind, wird aus dem Halt ein Anhalten und schließlich Halt geben – womit auch der Weg eines Kranken in die Klinik und später zu den verschiedenen Einrichtungen beschrieben werden kann. Wir müssen uns ja eingestehen, dass Heilung nur eine Option der Klinik ist. Die andere Option ist dann: Halt geben. Mit der Krankheit leben lernen. Also Lebensformen finden, in denen ein solches Leben möglich ist. Darin steckt eine Leidenschaft für das Humane, die ich in der Familienpflege immer am Werk gesehen habe.

So war es denn ein großes Glück, dass Sie, liebe Frau Dr. Birkenheier, diese Leidenschaft geteilt haben und weiterhin teilen. Deshalb konnte die psychiatrische Familienpflege auch nach dem Wechsel des

Chefarztes unter Ihrer Leitung und mit neuer Unterstützung im gewohnten Rahmen hier in Völklingen weiter geführt werden. Selbstverständlich ist das nicht. Und im Namen von uns allen, denen die Familienpflege am Herzen liegt, möchte ich daher Ihnen unseren aufrichtigen Dank für Ihren besonderen Einsatz aussprechen.

Wegen dieser Leidenschaft für das Humane habe ich auch unsere Gastfamilien immer geschätzt. Die Skeptiker sagten vor 10 Jahren, was ist mit diesen Familien eigentlich los? Dass die das wollen: für vergleichsweise wenig Geld einen psychisch kranken Menschen in ihre Familie aufnehmen und integrieren!

Sie kennen sicher alle das Schlagwort von den hilflosen Helfern. Gemeint ist damit, dass Ärztinnen und Ärzte, Menschen in helfenden Berufen überhaupt, sich selbst gegenüber hilflos sein können. Eine falsche Rezeption dieser Theorie der hilflosen Helfer hat dazu geführt, die Hilfsbereitschaft selbst zu verdächtigen. Von dieser hohen Tugend also zu sagen: „Wer hilfsbereit ist, der hat ein Defizit zu kompensieren.“ Das wurde auch auf die Gastfamilien übertragen.

Der Gegenentwurf zu dieser Psychologie des Verdachts ist die Fähigkeit zur Begegnung. In der philosophischen Tradition hat Martin Buber diesen Begriff akzentuiert und gezeigt, dass unsere verdinglichte Welt, die Welt des Habens, der Dinge, des Besitzes, – dass dies nur ein Segment des Lebens ist. Und nicht einmal das bedeutsamste. Wenn Menschen vom Sinn und der Bedeutung ihres Lebens überzeugt sind, dann haben sie aus der verdinglichten Welt herausgefunden. Zur Welt der Beziehung, der Begegnung, des Du. Dies realisieren die Gastfamilien für sich und ihre Gäste. Auch wenn sie es anders benennen oder gar nicht in Worte fassen: es ist die Erfahrung der Begegnung.

Bleibt die Hoffnung. Von ihr habe ich bereits am Anfang gesprochen. Und ich meine: Sie bleibt. Weil Familienpflege selbst ein Weg ist, der – auch im Blick auf die Gäste – ins Offene führt. Dass uns diese große Hoffnung begleitet (Hoffnung, Krankheit im Leben zu integrieren!) – verdient heute, nach zehn Jahren gesagt und unterstrichen zu werden.

Aber – wir sind nun auch auf das Naheliegende gespannt: auf diese Beiträge und das, was wir daraus für unseren beruflichen Alltag lernen dürfen. – Ein gutes Gelingen also wünsche ich.

Der Einfluss sozialer Faktoren auf Ausbruch und Verlauf schizophrener Erkrankungen

PETER FALKAI

Einleitung

Die Schizophrenie ist eine schwere neuro-psychiatrische Erkrankung mit einer weltweiten Prävalenz von ca. 1%. In der Regel erkranken an ihr junge Menschen im Alter zwischen 20 und 35 Jahren, und die Prognose ist bezüglich der Erreichung beruflicher und privater Ziele für ca. 50% der Betroffenen ungünstig. Gemessen an den aktuellen Aufwendungen im Gesundheitssystem, aber auch an den Folgekosten, ist die Schizophrenie eine der zehn teuersten Erkrankungen weltweit.

Obwohl die Schizophrenie als Erkrankung seit über 100 Jahren in der Medizin bekannt ist, ist ihre Ätiologie als auch Pathogenese weitgehend ungeklärt. Konzeptuell geht man davon aus, dass es sich bei der Schizophrenie um eine so genannte Dysmaturationsstörung handelt, d. h. ein Teil der Pathogenese entsteht im Sinne einer früh erworbenen Vulnerabilität als Folge einer gestörten Hirnentwicklung. Im Laufe der Ausreifung kommen noch weitere Läsionen hinzu, die

insgesamt in der psychotischen Dekompensation und bei über 80% der Betroffenen in einen chronisch-phasischen Verlauf münden. Entsprechend gibt es Hinweise im Bereich des Frontallappens, dass in umschriebenen Regionen das Gyrfizierungsmuster im Sinne einer Hypergyrierung verändert ist. Eine solche Hirnentwicklungsstörung findet sich aber, in weniger ausgeprägtem Maße, auch bei den erstgradig Angehörigen der schizophrenen Patienten (VOGELEY et al., 2001). Die gleiche Region zeichnet sich aber durch einen progredienten Verlust von grauer Substanz im Krankheitsverlauf aus (FALKAI et al., 2004). Da Hinweise auf einen klassisch degenerativen Prozess, wie Neuronenverlust oder Anzeichen einer akuten Entzündung, fehlen, wird zur Zeit der genannte Volumenverlust am ehesten im Sinne einer gestörten synaptischen Plastizität interpretiert (FALKAI et al., 2004).

Im Folgenden sollen nun alle diejenigen Faktoren diskutiert werden, die nach heutigem Kenntnisstand am Ausbruch der Schizophrenie bzw. an der Aufrechterhaltung des Krankheitsprozesses beteiligt sind (Abb. 1).

Faktoren, die am Ausbruch einer Schizophrenie beteiligt sind

Zwillings- und Familienuntersuchungen zeigen einerseits, dass ca. 50% des Risikos, eine Schizophrenie zu entwickeln, durch genetische Faktoren erklärt werden kann (MAIER et al., 1999). Andererseits zeigen Studien mit monozygoten Zwillingspaaren, diskordant für

Schizophrenie, dass trotz gleicher genetischer Ausstattung Umweltfaktoren eine ebenso wichtige Rolle spielen. Im Folgenden werden diejenigen Umweltfaktoren diskutiert, deren Beteiligung am Ausbruch einer Schizophrenie in der Literatur gut belegt ist.

Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen

Mehrere Metaanalysen (vgl. Abb. 1) zeigen, dass Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen das Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken, verdoppeln. Dieser Effekt scheint spezifisch für die Schizophrenie zu sein, er ist nicht für bipolare Störungen nachweisbar.

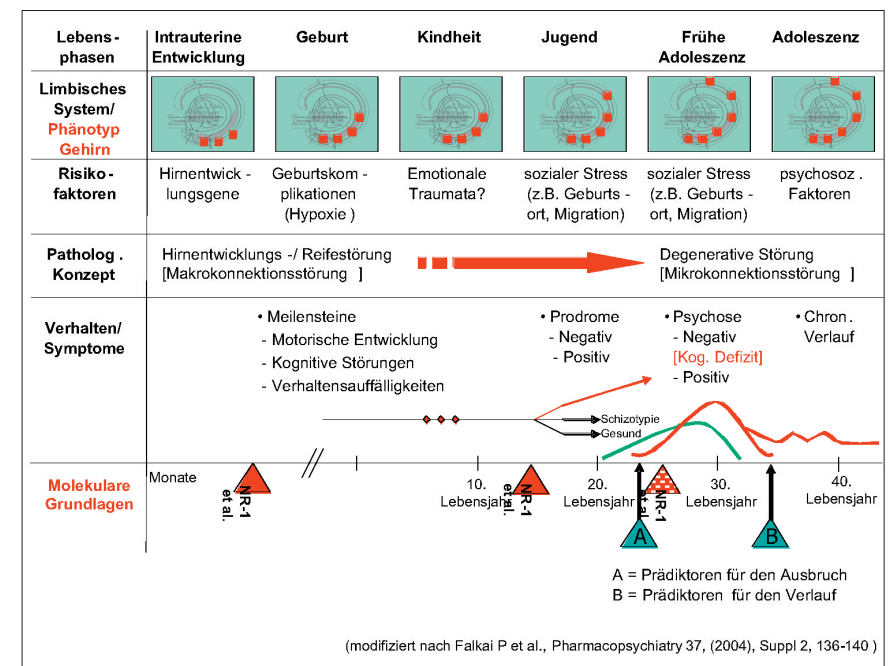


Abb. 1: Ätiopathogenese und Verlauf schizophrener Psychosen

Bezüglich der Schizophrenie scheinen insbesondere intrauterine Blutungen im zweiten Trimenon das Risiko besonders zu erhöhen. Bei schizophrenen Patienten scheinen Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen an der Ventrikelerweiterung (FALKAI et al., 2003) und der bilateralen Volumenreduktion des Hippocampus (EBNER et al., 2006) beteiligt zu sein. Auf der klinischen Seite sind sie assoziiert mit einer größeren Wahrscheinlichkeit für Negativsymptome, kognitive Störungen und einem schlechteren Ansprechen auf Neuroleptie.

Solche Befunde legen Gedanken an präventive Maßnahmen im Bereich der Versorgung von Schwangeren und hier insbesondere von Schwangeren, die manifest an einer Schizophrenie erkrankt sind, nahe. In der Tat ist die Versorgung der letztgenannten Gruppe vor der Geburt schlecht, so dass eine intensive Betreuung das Risiko wahrscheinlich mindert. Jedoch muss eingewandt werden, dass insgesamt die Betreuung von Schwangeren, zumindest in Europa, ein hohes Niveau hat, so dass weitere qualitätsverbessernde Maßnahmen wohl keinen messbaren Effekt auf die Reduktion des Psychoserisikos haben könnten. Darüber hinaus wird in der Literatur intensiv diskutiert, ob nicht das erhöhte genetische Risiko, an einer Schizophrenie zu erkranken, für sich genommen mit einer höheren Prävalenz von Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen assoziiert ist.

Urbanizität

Untersuchungen, die belegen, dass in Großstädten mit zunehmender Bevölkerungsdichte das Risiko psychisch zu erkranken zunimmt, haben eine lange Tradition in der Literatur. In jüngster Zeit konnte

aber u. a. in einer groß angelegten Studie in Holland (VAN OS et al., 2002a, 2003) belegt werden, dass die Prävalenz von Negativ- und Positivsymptomatik von der Bevölkerungsdichte abhängt. So beträgt die Prävalenz von Positivsymptomen bei einer Bevölkerungsdichte von 500 Personen pro Quadratkilometer 14% und wächst bei einer Dichte von über 2.500 Personen pro Quadratkilometer auf 23% (VAN OS et al., 2002a).

In einer Folgeuntersuchung an der gleichen Population wurde herausgearbeitet, welchen Einfluss Urbanizität alleine und in Interaktion mit einer positiven Familiengeschichte für psychotische Störungen im weiteren Sinne hat (VAN OS et al., 2003). Hierbei fand sich, dass bei Personen ohne eine positive Familienanamnese für psychotische Störungen eine zunehmende Bevölkerungsdichte zu einem erhöhten Risiko für die Entwicklung einer psychotischen Störung führt. Deutlich erhöht ist dieses Risiko aber bei Personen, die in einer Region mit hoher Bevölkerungsdichte leben und zusätzlich eine positive Familienanamnese für psychotische Störungen haben.

Wie diese gelungene Untersuchung zeigt, ist das Zusammenspiel zwischen Umweltfaktoren (Bevölkerungsdichte) und genetischen Faktoren (positive Familienanamnese für psychotische Störungen) entscheidend für das Risiko an einer Psychose zu erkranken. Dies ist in Einklang mit den Überlegungen zu den kürzlich beschriebenen Kandidatengen *Neuregulin 1*, *Dysbindin* oder *G72* zu sehen, die für sich genommen nur einen geringen Teil der Krankheitsvarianz erklären. In den nächsten Jahren wird es vermutlich zu einer Beschreibung einer Vielzahl von Risikogenen kommen, deren Funktion im Bezug auf die Pathophysiologie der Schizophrenie weitgehend unbekannt ist.

Umso wichtiger wird es sein, in bevölkerungsbasierten Katamnesen Stichproben aufzubauen und über Jahre zu begleiten, die bezüglich ihrer Umweltfaktoren charakterisiert sind. Erst dann wird es möglich sein, das Zusammenspiel zwischen Risikogenen und Umweltfaktoren in der Pathophysiologie schizophrener Psychosen zu verstehen.

Ethnizität

Personen mit einem afro-karibischen ethnischen Hintergrund, die vor dem 7. Lebensjahr ihr Heimatland verlassen und nach England emigrieren, haben dort ein 6 - 8fach erhöhtes Risiko an einer Schizophrenie zu erkranken. Dieser Befund konnte bisher mehrfach repliziert und auch auf türkische Emigranten übertragen werden. Auf der Suche nach möglichen Faktoren zur Erklärung dieses gestiegenen Risikos untersuchte man in einer bevölkerungsbasierten Untersuchung (BOYDELL et al., 2001) die Veränderung der Inzidenz für das Auftreten einer Schizophrenie im Verhältnis zum Anteil der ethnischen Minderheit bezogen auf die englische Bevölkerung. Dazu wurden drei Stichprobengruppen genommen. In der ersten umfasste der Anteil von Personen mit einem afro-karibischen ethnischen Hintergrund 0 - 22 %, in der zweiten 21 - 28 % und in der dritten 28 - 57 %. Bemerkenswerterweise wies die Stichprobe mit dem geringsten prozentualen Anteil an afro-karibischen Einwanderern die höchste Neuerkrankungsrate an schizophrenen Psychosen auf, wohingegen die Stichprobe mit dem höchsten Anteil an Einwanderern die niedrigste Inzidenzrate aufwies. Diese Studie zeigt, welchen Einfluss das Aufwachsen in einer ethnisch fremden Umgebung auf den Ausbruch einer Psychose hat. Hierbei sind eine Reihe von psychosozialen Faktoren zu beachten, die in Folgeuntersuchungen getrennt betrachtet

werden müssen. Ob dieser Effekt sich aus der mangelnden Assimilation der Eltern ergibt, aus Konflikten der in England aufwachsenden Generation mit ihrer Umgebung, oder ob ganz andere Faktoren entscheidend sind, wie z. B. der regelmäßige Gebrauch von Cannabis bei einer hohen Arbeitslosigkeitsrate, muss diskutiert werden.

Cannabismissbrauch

Ob Drogengebrauch, und hier insbesondere der Gebrauch und Missbrauch von Cannabinoiden, für sich genommen eine Psychose auslösen kann, wird in der Literatur seit langem kontrovers diskutiert. Ein Standpunkt besteht darin, dass nur Personen mit einem erhöhten Risiko für eine Psychose und/oder Personen, die bereits an einer Psychose erkrankt sind, durch den Genuss von Cannabis das Vollbild einer Schizophrenie entwickeln können. Prospektive Daten der neueren Zeit (BUHLER et al., 2002, VAN OS et al., 2002) konnten nachweisen, dass auch bei Personen ohne genetische Vulnerabilität der kontinuierliche Konsum von Cannabis das Risiko für eine Schizophrenie erhöht. Meines Erachtens ungeklärt ist aber die Frage, inwiefern Personen, die nicht nur gelegentlich Cannabis gebrauchen, sondern kontinuierlich über längere Zeit missbrauchen, nicht doch Prodrome einer Schizophrenie oder einer anderen schweren psychiatrischen Erkrankung selbst behandeln. Kognitive Störungen und Stimmungsschwankungen, die üblicherweise 4 Jahre einer schizophrenen Psychose vorausgehen, könnten hier durchaus der Anlass für eine Eigenmedikation mit Drogen sein.

Faktoren, die den Verlauf einer Schizophrenie beeinflussen

Berühmt gewordene Katamnesen in der Literatur zeichnen die große Heterogenität des Verlaufs schizophrener Psychosen nach. Vereinfachende Ausführungen wie die Drittelregel können nicht darüber hinwegtäuschen, dass der Verlauf einer Schizophrenie nur sehr bedingt individuell vorausgesagt werden kann. Trotzdem ist es in der klinischen Praxis für die Beratung von Patienten sowie deren Angehörigen wichtig, dass man eine Verlaufsabschätzung durchführt. Entscheidend ist dies insbesondere bei der Indikationsstellung für eine Langzeittherapie über mehrere Jahre oder sogar lebenslang. In Abb. 2 wurde der Versuch unternommen, wichtige verlaufsbeeinflussende Faktoren aus der Literatur zusammenzuführen. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und soll nur einen groben Überblick geben.

- Prämorbidie Anpassung/Soziale Integration
- Beginn der Symptomatik
 - früh vs. spät
 - schleichend vs. akut
- Qualität der Symptomatik
- Ansprechen auf (Pharmako-) Therapie
- Remissionsqualität
- Verbleibende Symptomatik nach Remission der Positivsymptome
- Fähigkeit zur Wiederaufnahme beruflicher Aktivitäten und privater Kontakte auf dem Niveau vor Ausbruch der Erkrankung/dem Rezidiv
- Live Events/Psychosozialer Stress

Abb. 2: Verlaufsbeeinflussende Faktoren bei der Schizophrenie

Versucht man, eine Priorisierung der Faktoren durchzuführen, so erscheint nach wie vor das Ausmaß der nach Abklingen der Positivsymptomatik zurückbleibenden Negativsymptomatik ein wesentlicher Prediktor für die Prognose und somit den Verlauf der Erkrankung. Geht man davon aus, dass ein Teil der Negativsymptomatik durch kognitive Defizite getragen wird, so wurde in prospektiven Katamnesen untersucht, wie stabil kognitive Defizite im Krankheitsverlauf sind. Systematische Untersuchungen bei Patienten mit der Erstmanifestation einer Schizophrenie (HOFF et al., 1999, 2005) konnten nachweisen, dass die Mehrheit kognitiver Defizite über 5 bzw. 10 Jahre nach der Erstmanifestation der Erkrankung stabil bleiben.

Kritisch muss angemerkt werden, dass in den genannten Publikationen stets Mittelwerte angegeben werden, zwischen Patienten mit einer Schizophrenie und Kontrollpersonen. Individuelle Verläufe können hier nicht verfolgt werden, was insbesondere bei den kleinen Kohorten von großer Bedeutung wäre. Es stellt sich nämlich die Frage, inwiefern aus der Sicht des Psychiaters der Anteil kognitiv deutlich beeinträchtigter Patienten mit Schizophrenie überschätzt wird, da es sich hierbei um ein Klientel handelt, das ca. 50% der Bettenkapazität der meisten psychiatrischen Kliniken einnimmt. Unbenommen sind bleibende kognitive Defizite bzw. eine bleibende Negativsymptomatik Ausdruck einer verminderten Belastbarkeit bzw. Stressresistenz, die man bei dem weit überwiegenden Teil von Patienten mit einer Schizophrenie nachweisen kann.

Untersuchungen mit der Positronen-Emissions-Tomographie konnten nachweisen, dass Patienten mit einer Schizophrenie im remittierten Zustand über deutlich weniger freies Dopamin verfügen als Patienten, die akut psychotisch sind. Darüber hinaus entwickeln

deutlich mehr Patienten mit einer Schizophrenie einen Rückfall, wenn sie unter der Gabe von Methylphenidat eine Verschlechterung der Psychopathologie zeigen, im Vergleich zu solchen Patienten, die auch unter den Bedingungen der Methylphenidat-Stimulation stabil bleiben.

Zusammengenommen deuten diese Ergebnisse darauf hin, wie wichtig ein stabiles dopaminerges System für den Remissionsgrad im Bezug auf die Positivsymptomatik ist. Felduntersuchungen bei Gesunden, die gebeten wurden, sich in die Situation zu versetzen, vor einer Gruppe fremder Menschen eine Rede zu einem bis dahin ihnen unbekannten Inhalt zu halten, zeigten eine deutliche Aktivierung des dopaminergen Systems. Somit führt psychosozialer Stress zu einer deutlichen Aktivierung des dopaminergen Systems. Geht man von einem labilisierten dopaminergen System bei Patienten mit einer Schizophrenie aus, so ist wahrscheinlich der psychosoziale Stress der wesentlichste Faktor, der den weiteren Verlauf der Erkrankung beeinflusst.

Dopamin vermittelt die Übertragung eines neutralen in einen attraktiven oder aversen Stimulus. Eine Psychose führt zu einer stimulusunabhängigen Freisetzung von Dopamin, was zu ungerichteter Erregung auf externe und interne Einflüsse führt. Alle Moderatoren, die das dopaminerge System positiv beeinflussen, wie z. B. die Gabe von Antipsychotika, verhindern oder reduzieren diesen Prozess der Disinhibition. Eine Reduktion des psychosozialen Stresses ist sicher ein weiterer entscheidender Faktor, um die Instabilität des dopaminergen Systems zu reduzieren. Die Integration von Personen in einen familiären Rahmen reduziert psychosozialen Stress und müsste aus neurobiologischer Sicht zu einer Verbesserung der Langzeitprognose schizophrener Psychosen beitragen.

Zusammenfassung und Ausblick

Die enormen Fortschritte der Molekulargenetik und die Hoffnung, die genetische Basis der Schizophrenie zu enträtseln, haben in den letzten Jahren die Beteiligung von Umweltfaktoren an der Pathophysiologie der Schizophrenie in den Hintergrund gedrängt. Die Entdeckung der ersten Risikogene hegt die Hoffnung auf ein baldiges Verständnis der molekularen Grundlage der Schizophrenie. Gleichzeitig zeigt sich aber, dass die Funktion dieser Risikogene nicht einfach mit der Pathophysiologie der Schizophrenie zu verbinden ist und dass darüber hinaus jedes dieser Risikogene nur sehr wenig der krankheitsbedingten Varianz erklärt.

Somit würde es in Zukunft entscheidend darauf ankommen, auch Umweltfaktoren, die zum Erkrankungsrisiko beitragen, besser zu verstehen und ihre Interaktion mit den genetischen Vulnerabilitätsfaktoren eingehend zu untersuchen.

An Umweltfaktoren werden zurzeit in der Literatur intensiv Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Urbanizität, Ethnizität und Cannabismissbrauch diskutiert. Jeder Faktor für sich scheint das Risiko für eine Schizophrenie zu erhöhen. Wie man am Beispiel der Urbanizität zeigen konnte, spielt hier insbesondere die Interaktion zwischen positiver Familienanamnese und Bevölkerungsdichte die entscheidende Rolle.

Betrachtet man die nach wie vor zentrale Rolle des dopaminergen Systems in der Pathogenese der Schizophrenie, so spielt der psychosoziale Stress wohl eine entscheidende verlaufsmodulierende Rolle. Mit der Manifestation der Vollbildes einer Schizophrenie kommt es

bei den meisten Betroffenen zu einer bleibenden Reduktion der psychosozialen Belastbarkeit. Ein messbares Korrelat hierfür stellen die überdauernde Negativsymptomatik und kognitive Störungen dar. Diese sind auch auf Grund neuerer prospektiver Katamnesen über 5 bzw. 10 Jahre stabil. Will man somit therapeutisch in dieses labilisierte System eingreifen, so muss es vorrangig das Ziel sein, die psychosoziale Belastung zu reduzieren. Die Integration von Patienten mit einer chronischen Schizophrenie in einen Familienverband wird hierzu entscheidend beitragen. Wie oben ausgeführt, sind Neuroleptika sicherlich entscheidend für die Stabilisierung des labilisierten dopaminergen Systems bei der Schizophrenie, aber darüber hinaus mündet die Reduktion des psychosozialen Stresses in der gleichen pathophysiologischen Endstrecke.

Literatur

1. Boydell J, van Os J, McKenzie K, Allardyce J, Goel R, McCreadie RG, Murray RM. *Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment.* BMJ. 2001; 323(7325):1336-8.
2. Buhler B, Hambrecht M, Löffler W, an der Heiden W, Häfner H. *Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse-a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes.* Schizophr Res. 2002, 54(3):243-51.
3. Ebner F, Tepest R, Dani I, Pfeiffer U, Schulze TG, Rietschel M, Maier W, Träber F, Block W, Schild HH, Wagner M, Steinmetz H, Gaebel W, Honer WG, Schneider-Axmann T, Falkai P. *The Hippocampus in Families with Schizophrenia in Relation to Genetic Loading and Obstetric Complications.* 2006 (in preparation)
4. Falkai et al., 2003 Falkai P, Schneider-Axmann T, Honer WG, Vogeley K, Schonell H, Pfeiffer U, Scherk H, Block W, Träber F, Schild HH, Maier W, Tepest R. *Influence of genetic loading, obstetric complications and premorbid adjustment on brain morphology in schizophrenia: a MRI study.* Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2003, 253(2):92-99.
5. Falkai P, Tepest R, Schulze TG, Muller DJ, Rietschel M, Maier W, Träber F, Block W, Schild HH, Steinmetz H, Gaebel W, Honer WG, Schneider-Axmann T, Wagner M. *Etiopathogenetic mechanisms in long-term course of schizophrenia.* Pharmacopsychiatry 2004, 37 Suppl 2: 136-40.
6. Geddes JR, Lawrie SM. *Obstetric complications and schizophrenia: a meta-analysis.* BR J Psychiatry. 1995, 167(6):786-93.
7. Hoff AL, Sventia C, Shields G, Steward J, DeLisi LE. *Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia.* Schizophr Res. 2005, 78(1):27-34.

8. Hoff et al., 1999, Hoff AL, Sakuma M, Wieneke M, Horon R, Kushner M, DeLisi LE. *Longitudinal neuropsychological follow-up study of patients with first-episode schizophrenia.* *Am J Psychiatry* 1999, 156(9):1336-1341.
9. Maier W, Lichtermann D, Rietschel M, Held T, Falkai P, Wagner M, Schwab S. [Genetics of schizophrenic disorders. New concepts and findings] *Nervenarzt.* 1999, 70(11):955-69.
10. van Os J, Hanssen M, de Graaf R, Vollebergh W. Does the urban environment independently increase the risk for both negative and positive features of psychosis? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002a;37(10):460-4.
11. van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol.* 2002b;156(4):319-27.
12. van Os J, Hanssen M, Bak M, Bijl RV, Vollebergh W. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis? *Am J Psychiatry.* 2003;160(3):477-82.
13. van Os J, McGuffin P. Can the social environment cause schizophrenia? *Br J Psychiatry* 2003;182:291-2.
14. Vogeley et al., 2001 Vogeley K, Tepest R, Pfeiffer U, Schneider-Axmann T, Maier W, Honer WG, Falkai P. Right frontal hypergyria differentiation in affected and unaffected siblings from families multiply affected with schizophrenia: a morphometric MRI study. *Am J Psychiatry* 2001; 158; 494-96.

10 Jahre Familienpflege Völklingen – Erfahrungen, Daten, Ergebnisse

ANJA HAGEN

Seit den Anfängen der psychiatrischen Familienpflege im Saarland (1995) kam es an den SHG-Kliniken Völklingen zu 61 Pflegeepisoden¹. In Anlehnung an die schon seit 1984 in Ravensburg und Bonn wieder praktizierte Tradition² der Psychiatrischen Familienpflege wurde die Idee („Die zweite Familie“ von KONRAD & SCHMIDT-MICHEL 1992) weiter transportiert und an den Klinikstandort adaptiert. Zunächst handelte es sich um reine Selbstzahler auf der Grundlage eines Pilotprojektes an den SHG-Kliniken Völklingen. Im Rahmen der jährlichen Bundestagung der psychiatrischen Familienpflege wurde 1997 in Völklingen der Fachausschuss der Psychiatrischen Familienpflege/Betreutes Wohnen in Familien zur Qualitätssicherung gegründet (siehe Beitrag EISENHUT).

¹ Zeitspanne von Aufnahme bis Beendigung eines Familienpflegeverhältnisses

² Vorbild belgische Stadt Gheel, seit dem 13. Jahrhundert bekannt

1998 erfolgte die offizielle Aufnahme über das Ministerium für Frauen, Arbeit, Gesundheit und Soziales gemäß den saarländischen Richtlinien für die Betreuung psychisch Behinderter in Gastfamilien (gem. §39 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 BSHG, seit 2005 SGB XII, §53).

Es erfolgte ein stetiges Wachstum mit einer Betonung der Qualität vor Quantität. Das Familienpflegeteam bemühte sich, den individuellen Bedürfnissen seiner Interessenten nachzukommen ohne dabei den professionellen Hintergrund aus den Augen zu verlieren. Denn gerade die Mischung der Laien- und Profihilfe erweist sich immer wieder als gutes „Rezept“ in der Begleitung psychisch erkrankter Menschen. Diese Integration soll die Lebensqualität der Bewohner verbessern, sozialer Isolierung und emotionalen Defiziten entgegenwirken und vorhandene Ansätze lebenspraktischer Kompetenzen fördern.

Das multiprofessionelle Familienpflegeteam pflegt neben der starken Vernetzung mit den SHG-Kliniken Völklingen auch die Kontakte zu anderen Kliniken, Einrichtungen und Trägern. In regelmäßigen Intervallen kommt es zu Vorstellungen und Vorträgen in Kliniken, Tagesstätten, Arbeitskreisen und Arbeitstrainingsprojekten.

Familienpflegeverhältnisse an den SHG-Kliniken Völklingen

Zur Zeit begleitet das Familienpflegeteam in Völklingen 23 psychisch erkrankte Bewohner in 16 Familien; darunter eine psychisch erkrankte Mutter mit ihrem Kind (2 Jahre). 3/4 der Bewohner waren bei der Erstaufnahme in eine Gastfamilie älter als 40 Jahre; bei einer Alters-

spanne von 25 bis 65 Jahren (siehe BIRKENHEIER, S. 59, Abb. 3). 2/3 der Bewohner waren weiblichen Geschlechts.

Es leben maximal zwei Bewohner in einer Gastfamilie, um der Entwicklung eines „Kleinheimcharakters“ vorzubeugen. Zwei Bewohner erweisen sich im Einzelfall allerdings als gute Ergänzung im familiären Gefüge und bieten weitere Alternativen im alltäglichen Zusammenleben.

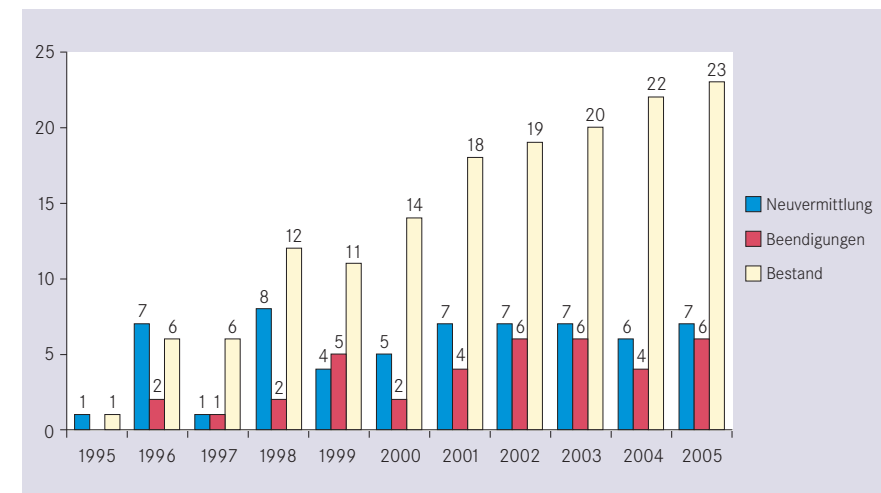


Abb. 1: Vermittlungsentwicklung, Stand Oktober 2005

2005 erreichten wir sieben neue Vermittlungen, darunter zwei Mütter mit ihren Kindern (Abb. 1).

Es werden im Moment sechs aktuelle Aufnahmeanfragen von Interessenten bearbeitet. Dem gegenüber stehen fünf Gastfamilien auf der Warteliste. Auf den ersten Blick ist dies ein schönes Verhältnis, um eine zügige Vermittlung zu erreichen. Die Vermittlungsphase

erweist sich jedoch als mehrschichtiger Prozess, der kaum einer zeitlichen Regel unterzuordnen ist. Nach unseren Erfahrungen zeigt sich eine Spannbreite von 4 Wochen bis 6 Monate.

Das Familienpflegeteam versucht, potentielle Bewohner zunächst intensiv kennen zu lernen, und nutzt dabei den „Reifungsprozess“ der Beziehung.

Wir erhalten mehrmals wöchentlich Anrufe von Sozialarbeitern aus Kliniken oder von Betreuern, ob wir nicht schnell Frau X. oder Herrn Y. in eine Gastfamilie vermitteln könnten, da eine baldige Klinikentlassung anstehe. Gerade der Druck durch Klinikaufenthalte, familiäre Streitigkeiten bzw. Trennungen, Verlust der Wohnung oder schon vorhandene Obdachlosigkeit scheinen schnelles Handeln zu erfordern, erweisen sich nach unserer Erfahrung allein allerdings als schlechte Ratgeber.

Familienpflege ist keine Notlösung, auch wenn es häufig auf den ersten Blick so scheint. Sie ist viel mehr eine alternative Lebensform, die zum Schutz eines psychisch erkrankten Menschen, aber auch der potentiellen Gastfamilie mit Bedacht gewählt werden sollte. Es ist häufig ein zweiter Blick wichtig, der bei schnellen Vermittlungen ohne klare Passung verloren geht. Im Rahmen der Vermittlung erleben wir uns daher häufig auch als „Clearingstelle“, die mit den Interessenten Alternativen anspricht, die nicht immer in der Vermittlung in eine Gastfamilie münden, aber durchaus in anderen positiven Ergebnissen resultieren.

Die deutliche Verlagerung der Unterstützung von ambulanten vor stationären Hilfen zeigt sich seit 2003 in verstärkten Nachfragen; allein 2003 kam es zu über 50 Vermittlungsanfragen. Aber nicht nur die Anzahl der Interessenten ist stetig steigend, sondern auch die

Bedürfnisse erfordern immer wieder neue Ideen. 2001 kam es im Saarland zur ersten Mutter-Kind-Vermittlung in eine Gastfamilie. Die auch schon in Baden-Württemberg und anderen Bundesländern praktizierte Mutter-Kind-Vermittlung zeichnete sich als Novum aus, da die Vermittlung im Rahmen eines nahtlosen Stufenmodells vom stationären Aufenthalt über die Tagesklinik zur Gastfamilie führte (siehe BIRKENHEIER, S. 46).

Aufgrund der immer kürzer werdenden Verweildauern in Kliniken und der Reduzierung weiterer stationärer Maßnahmen kam es in den letzten vier Jahren vermehrt zu Nachfragen auch für junge Erwachsene.

Familienpflege ist auch „Nachreifungsphase“ statt langer Klinikaufenthalte und früher psychiatrischer Heimerfahrungen. Dieser Ansatz unterstreicht die ambulante Wiedereingliederungshilfe und verspricht eine Begrenzung der Verweildauern. Gute Erfahrungen mit der Integration von psychisch beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen konnten schon seit 1997 bei Arkade e. V. in Ravensburg durch das Jugendhilfeangebot „Junge Menschen in Gastfamilien“ (JuMeGa) erzielt werden.

Ältere Menschen verweilen hingegen immer mehr langfristig in der Familienpflege; bedingt auch durch den generellen Alterungsprozess der Gesellschaft. Die Thematik der Zukunft ist also neben der Stabilisierung und Reintegration der jungen psychisch erkrankten Menschen auch der *Alterungsprozess in der Familienpflege*. „Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen“ wurde durch Familienpflegeteams in Baden-Württemberg schon im Rahmen eines Projektes wissenschaftlich begleitet (KONRAD et al., 2003) und qualitativ umgesetzt.

Entwicklung der sozialen Eingliederung

Die Gastfamilien bieten aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit eine Vielfalt differenzierter Lebensmöglichkeiten. Dadurch kann in weiten Teilen den verschiedenartigen Bedürfnissen der zu vermittelnden Gäste Rechnung getragen werden. Die besondere Herausforderung liegt bei diesem Prozess darin, eine erfolgsversprechende Passung Gast – Gastfamilie zu finden. Dies kommt in der Aufgabenstellung der eines Puzzles gleich. Wie auch dort ist die Lösung nicht nur durch Versuch und Irrtum zu finden, sondern durch die Analyse des Umfeldes, die eine Kategorisierung der einzelnen Puzzlestücke ermöglicht.

Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Krankheit und ihre Begleiterscheinungen nicht nur durch den Patienten selbst, sondern auch durch die aufnehmende Gastfamilie akzeptiert wird. Hier ist im Vorfeld intensive Aufklärungsarbeit zu leisten und, wo immer möglich die Familie in die Analyse des Passungsprozesses mit ein zu beziehen. Von gleichrangiger Bedeutung ist auch die „Loyalität“, wonach sich sowohl Gast als auch Gastfamilie bereit erklären, die „Betreuungsvorgaben“ des Familienpflegeteams zu beachten.

Die erlebte familiäre Tagesstruktur schafft eine natürliche Atmosphäre, in der die Gäste alltagspraktische Fähigkeiten erwerben bzw. wiedererlangen. Gleichzeitig beobachten und erleben die Gäste zwischenmenschliche Beziehungen im nahen Umfeld. Gerade letzteres scheint besonders wichtig, um bisher z. T. erlebter sozialer Isolierung und emotionalen Defiziten entgegenzuwirken. Um den Effekt zu verstärken, sind Kontakte auch außerhalb der Familie anzustreben und zu fördern. In vielen Fällen kann sich auch der Austausch mit

anderen Betroffenen positiv auswirken. In jedem Fall ist, wo immer möglich, das Schaffen von Gemeinschaftserlebnissen anzustreben (z. B. Sport und Ausflüge).

Aus dem „sicheren Hafen“ der Gastfamilie heraus, fällt es nach unserer Erfahrung vielen Betroffenen leichter, in ein annähernd geregeltes Alltagsleben zurück zu finden.

Das in aller Regel parallel zum Krankheitsverlauf sinkende Selbstwertgefühl kann durch eine partielle Arbeitstätigkeit stabilisiert und oftmals neu bzw. wieder aufgebaut werden. Zahlreiche Möglichkeiten bieten hier Werkstatt für Behinderte, Arbeitstrainingsprojekt oder Arbeitstrainingszentrum und virtuelle Werkstatt.

Die Erfahrungen zeigen, dass unabhängig vom Grad der Passung in der Regel eine Verbesserung der individuellen Lebenssituation des Gastes erreicht wird. Denn im laufenden Prozess eröffnen sich oftmals Möglichkeiten, die zuvor nicht absehbar waren und vielversprechende Perspektiven im Rahmen des Genesungsprozesses und der Eingliederung bieten. Aufgrund der Komplexität des menschlichen Sozialverhaltens sind Prognosen selten möglich, sich bietende Chancen aber stets zu ergreifen. Beispielsweise kann auch eine schlechte Passung letzten Endes zu einem positiven Ergebnis führen. So wurde in einem Fall durch die aus der auf Dauer unzureichenden Passung resultierenden Konflikte zwischen Gastfamilie und Gast dessen Weg in die geplante Selbstständigkeit zu einem derart frühen Zeitpunkt initiiert, wie es unter normalen Umständen vermutlich nicht erreicht worden wäre.

Aufgrund dieser nicht vorhersehbaren Entwicklungsmöglichkeiten ist es unabdingbar, dass Gast und Gastfamilie auch nach der Vermittlung weiterhin einer andauernden Begleitung im Sinne einer unterstützenden Betreuung durch das professionelle Team unterliegen.

Dauer der bestehenden Pflegeepisoden

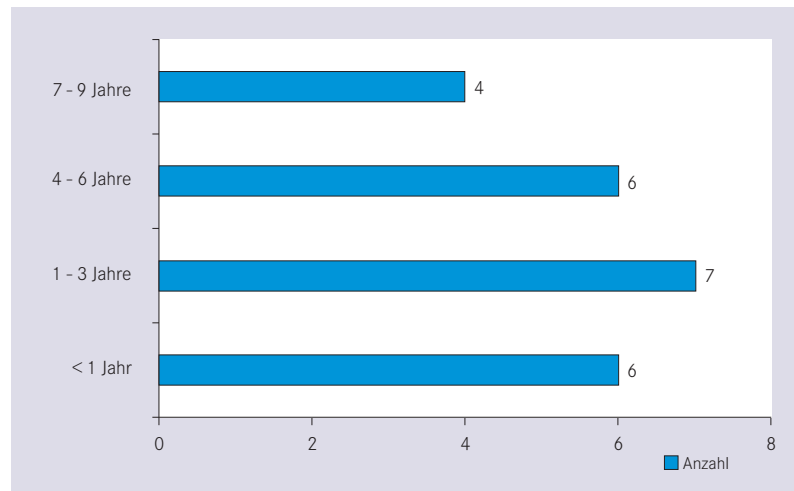


Abb. 2: Dauer der bestehenden Pflegeepisoden

Vier unserer älteren Bewohner leben seit 7-9 Jahren in ihrer „zweiten“ Familie (s. Abb. 2). In diesem Zusammenhang erscheint die angesprochene Thematik des Lebensabends psychisch erkrankter Menschen auch im Saarland stärker in den Vordergrund zu rücken. Die Zufriedenheit von Bewohnern und Gastfamilie prägen insgesamt die Dauer der bestehenden Pflegeepisoden. Es zeigt sich zur Zeit die Tendenz zu immer länger bestehenden Familienpflegeverhältnissen.

Erste Ergebnisse zu langjährigen Betreuungsverhältnissen wurden von J. BECKER und R. NEUENFELDT-SPICKERMANN (2005) auf der 20. Bundestagung Familienpflege „**Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien gestern – heute – morgen**“ im

September 2005 in Jena vorgestellt. Gastfamilien, Gäste und Teams wurden zur Qualität der fachlichen Begleitung bei langjährigen Betreuungsverhältnissen befragt. Die Ergebnisse dienten auch zur Entwicklung eines Bewertungsbogens für das Betreute Wohnen in Familien.

Sie zeigen neben der Gastfamilie die besondere Bedeutung des Familienpflegeteams für die Bewohner. Bei Familienpflegeverhältnissen, die länger als fünf Jahre bestehen, würden sowohl die Mehrzahl der Gastfamilien als auch der Gäste bei einer Beendigung der Betreuung durch das Familienpflegeteam einen negativen Verlauf bzw. zumindest starke Beeinträchtigung befürchten.

Gründe zur Beendigung der Pflegeepisode

Ein günstiger Verlauf bezüglich der Wiedererlangung der Autonomie zeigte sich bei 13 Bewohnern, die nach ihrem Aufenthalt in der Gastfamilie wieder oder erstmals in eine eigene Wohnung umziehen konnten (Abb. 3). Darunter konnten auch schon zwei der Mütter mit ihrem Kind wieder eine selbstständigere Wohnform wählen. Fünf Gäste bevorzugten einen Wechsel in eine intensivere Form des Betreuten Wohnens und erhofften sich so mehr soziale Interaktionen und Aktivitätsangebote mit Betroffenen.

Ein ungünstiger Verlauf während des Aufenthaltes in der Gastfamilie zeigte sich bisher nur bei fünf Gästen, der zu einem längerfristigen Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik oder einem psychiatrischen Heim führte. Obwohl somatische Erkrankungen generell kein

Ausschlusskriterium darstellen, wurden vier Bewohner auf eigenen Wunsch oder aufgrund der Schwere der Erkrankung in ein Alten- oder Pflegeheim verlegt. Es werden auch Bewohner mit Pflegestufen in Gastfamilien betreut, was im Einzelfall von der Belastbarkeit der einzelnen Familien abhängt.

Drei Gäste wurden bis zum Zeitpunkt ihres Ablebens durch ihre Gastfamilie und das Familienpflegeteam begleitet. Der erste vermittelte Bewohner im Projekt verstarb nach über neun Jahren in seiner zweiten Gastfamilie (1995-2005).

Beendigungen resultieren allerdings nicht immer nur aus Veränderungen des Bewohners, sondern erwachsen im Einzelfall auch aus zwischenmenschlichen Problemen auf beiden Seiten oder ergeben sich durch Umzüge oder Todesfälle bei der Gastfamilie (acht Wechsel der Gastfamilien).

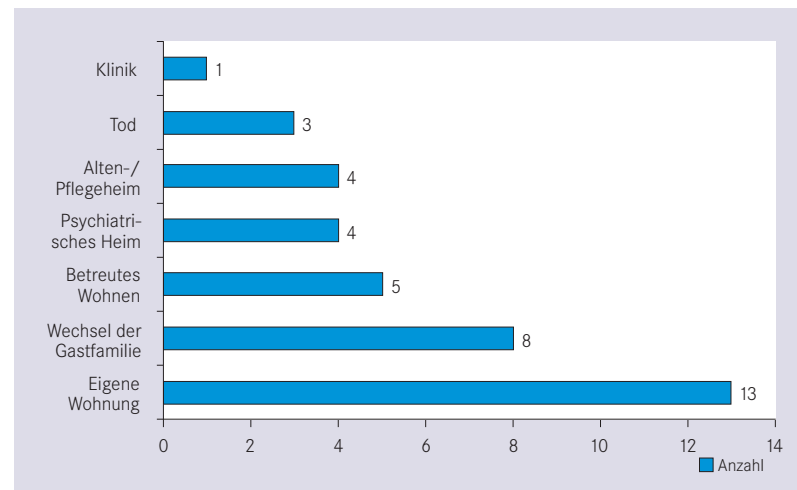


Abb. 3: Gründe zur Beendigung der Pflegeepisode

Dauer der abgeschlossenen Pflegeepisoden

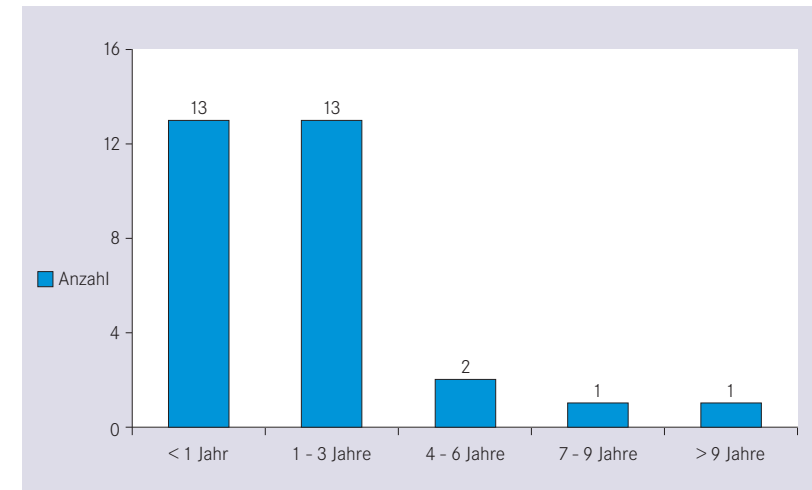


Abb. 4: Dauer der abgeschlossenen Pflegeepisoden

Die Dauer des Pflegeverhältnisses allein ist kein Indikator für Erfolg oder Misserfolg. Die Maßnahmen und Zielsetzungen erfolgen sehr differenziert und individuell, auch wenn dies nicht immer der bequemere Weg ist. So konnten wir sieben Bewohner durch die tatkräftige Unterstützung der Gastfamilie und die Betreuung des Familienpflegeteams innerhalb eines Jahres wieder in die eigene Wohnung begleiten. Die Kontakte reißen danach nicht einfach ab, sondern werden je nach Wunsch und Bedarf des ehemaligen Bewohners vom Familienpflegeteam weiter verfolgt oder an entsprechende Stellen weitergeleitet. Leider wird dieses Angebot zurzeit nicht finanziell unterstützt und erfolgt zusätzlich ehrenamtlich durch das Familienpflegeteam.

Innerhalb eines Jahres bevorzugten vier Bewohner, in ein psychiatrisches Heim und zwei Bewohner in ein intensiv „Betreutes Wohnen“ zu ziehen. Ein Fall verlief im ersten Jahr sehr kritisch, da die Patientin immer wieder akut krank wurde bzw. sich auch nicht compliant zeigte. Das Kind der Patientin verweilte zu dieser Zeit schon in einer Pflegefamilie, so dass wir aufgrund des schlechten Verlaufs zum Wohle des Kindes von einer Mutter-Kind-Vermittlung abrieten und eine längerfristige, intensiv betreute Wohnform für die Mutter allein vorschlugen.

Was motiviert Gastfamilien, einen psychisch kranken Menschen bei sich aufzunehmen?

Familien, die sich bei uns melden, fallen durch ein hohes Maß an sozialem Engagement auf. Sie wollen etwas bewirken. Ihr Interesse am Menschen hat häufig familiäre Hintergründe, die sich aus der eigenen Lebensgeschichte ergeben wie z. B. Erziehung, Religion oder Kompensation von familiengeschichtlichen Erlebnissen.

Die Familien müssen neben den charakterlichen Eigenschaften aber auch praktische Voraussetzungen wie freien Wohnraum und Zeit im Alltag mitbringen. Der finanzielle Anreiz ist sicher auch ein wichtiger Aspekt, der in der Regel deutlich erkennbar ist. Aber er reicht als alleinige Motivation nicht aus. Gute Erfahrungen erleben alle Beteiligten, wenn neben der „Chemie“ auch die Mischung der restlichen Anreize stimmt. Mit Familienpflege kann man sich keine „goldene Nase“ verdienen, aber im Zeitalter von höherer Armut und

Arbeitslosigkeit sind Kostenaufwendungen bzw. -erstattungen nicht unerheblich.

Eine Gastfamilie ist trotz aller Versorgungsaufträge kein Heim oder Hotel, sondern in erster Linie Familie, was auch den Stellenwert des Gastes deutlich klärt. Entlohnung hat hier vielmehr mit Respekt und Akzeptanz der Arbeit der Gastfamilien zu tun.

Gastfamilien erleben deutliche Veränderungen, wenn sie einen Gast in ihre Familie aufnehmen:

- Auswirkungen im Alltagsablauf
- Begleitung durch das Familienpflegeteam, Veränderung der „Privatsphäre“
- Kombination von Laienhilfe und Profihilfe als individuelle Ergänzung brauchen Gewöhnung
- Entfaltung von Individualität und eigenen Vorstellungen – Familiendynamik
- Normalität als Chance – Lebensgemeinschaft gesunder und psychisch erkrankter Menschen

Ergebnisse

Abschließend ist deutlich, dass die 10jährige Erfahrung in Völklingen folgende Schlüsse zulässt:

- der Bedarf an Vermittlungen für chronisch psychisch Kranke in Gastfamilien steigt

- die Dauer einer Pflegeepisode liegt in unserer Stichprobe bei ca. 5 Jahren, von einem Ansteigen ist bei längerer Beobachtungsdauer auszugehen
- die „zweite Familie“ ist, wie alle anderen Familien auch, ständigen Veränderungsprozessen unterworfen (Wohnortwechsel, berufliche Veränderungen, Krankheiten, Todesfälle, Scheidungen etc.)
- die Zufriedenheit des Gastes und der Gastfamilie ist im Durchschnitt hoch und begründet die Stabilität der Beziehung

Alle bisher gemachten Erfahrungen stützen den Ansatz „Familienpflege“. Neben den ökonomischen Vorteilen sind vor allen Dingen die positiven Auswirkungen auf den Wiedereingliederungsprozess nicht zu leugnen. Betreutes Wohnen in Familien beinhaltet die Chance, Krankheit unter professioneller Begleitung im natürlichen Umfeld der gewählten Familie zu bewältigen.

Viele Vermittlungen, aber auch viele Beendigungen konnten wir aus professioneller Sicht mit einer positiven Betonung erleben. Die Familien (und das Familienpflegeteam) geben den Betroffenen „Halt“, wenn sie es brauchen, aber lassen sie auch gehen, wenn sie es möchten; so, wie Familie nun mal funktionieren sollte.

Literatur

1. BECKER, J. (1997)
Familienpflege in Europa, Rheinische Kliniken Bedburg-Hau
2. BECKER, J, NEUENFELDT-SPICKERMANN (2005)
Zur Qualitätssicherung des Betreuten Wohnens in Familien. in Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien gestern – heute – morgen. 20. Bundestagung Familienpflege, Jena,
3. BIRKENHEIER, C., HOFFMANN, B., HAGEN, A., BALZER, H., MIND, E. (2001)
Von der stationären Behandlung über die Tagesklinik zur Familienpflege – Stufenmodell der Mutter-Kind-Therapie Hauptpreis Klinische Medizin, 6. LILLY Schizophrenia Reintegration Awards Pressemitteilung anlässlich der DGPPN-Jahrestagung, Berlin
4. KONRAD, M., SCHMIDT-MICHEL, P. (Hrsg.) 1993
Die 2te Familie: psychiatrische Familienpflege; Geschichte, Praxis, Forschung Psychiatrie Verlag Bonn
5. KONRAD, M., GERSTER, R., SPINNER G. (2003)
Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung Ravensburg
6. MINISTERIUM FÜR JUSTIZ, GESUNDHEIT UND SOZIALES DES SAARLANDES
Ambulante sozialpsychiatrische Komplexleistung Konzept der Landesarbeitsgruppe Struktur, 2005, Saarbrücken
7. ORBKE-LÜTKEMEIER, E. (Hrsg.) (2002)
Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege Bethel-Verlag, Bielefeld
8. *Psychiatrische Familienpflege, in: Sozialpsychiatrische Informationen 4/2004, 34. Jg. Psychiatrie Verlag*
9. SCHÖNBERGER, C., STOLZ, P. (2003)
Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege Ein Handbuch für die Praxis in: Psychosoziale Arbeitshilfen 22 Psychiatrie Verlag Bonn

Verlauf psychischer Störungen während der Familienpflege

CLAUDIA BIRKENHEIER

Was ist anders an einer Gastfamilie?

Die Gastfamilie ist – anders als die Herkunftsfamilie – nach eigenem sorgfältigem Abwägen zwischen mehreren sehr verschiedenen Alternativen die selbstgewählte Möglichkeit zu wohnen. Dies ist in Deutschland seltener als in anderen europäischen Ländern.

Der chronisch Kranke hat die Möglichkeit, für sich zu erforschen, ob es das ist, was ihm fehlt: Die passenden Menschen an seiner Seite, die seine Primärpersönlichkeit ebenso wie seine Psychopathologie als gegeben akzeptieren.

Niemand erhebt Vorwürfe, die ein anderes Familienmitglied zum Vergleich heranziehen, die in dem Satz gipfeln: „Du warst doch früher ganz anders.“ Der prämorbid Zustand, den die Gastfamilie meist nicht kennt, spielt keine thematische Rolle. Niemand begegnet dem Gast rückwärtsgewandt, vergangenheitsorientiert.

Zunächst einmal spielen die aktuellen Aufgaben, die Pläne des Alltags die entscheidende Rolle.

Sind diese Fragen des Alltags, die festen Rhythmen des Tages und der Jahreszeiten der Grund, dass die Gastfamilien in ganz Europa fast ausschließlich in kleineren Städten und Gemeinden, in ländlichen Regionen viel eher als in Städten zu finden sind? Oder ist es die vorurteilsfreiere, tolerantere Art der gesunden und kranken Bürger einer kleineren Gemeinde? Oder sind es die Nachteile der Urbanizität? (s. FALKAI S. 24/25)

In ländlicher oder kleinstädtischer Umgebung spielen naturgemäß die Tagesrhythmen mit den daraus resultierenden kleinen und großen Aufgaben eine wesentlich größere Rolle als in der städtischen Bevölkerung.

Held (HELD 1989,1993) weist darauf hin, dass mit Ausnahme bestimmter Pariser Arrondissements die Gastfamilien in Frankreich auf der Basis der sektorierten psychiatrischen Versorgung schnelle und erfolgreiche Verbreitung fanden. Bei einer Enquête zählte man 1989 in ganz Frankreich 12.488 psychisch kranke Gäste in 7.874 Familien.

Der Gast wird in der neuen Familie nicht abgewertet. Er ist als Familienmitglied gewünscht. Der Gast bedeutet für die Familie Beruf und Berufung, diese für ihn einen neuen Halt im Leben, den Weg zur Normalität im Alltag.

Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Arbeit des Betreuungsteams, also die psychosoziale Begleitung im Alltag wie die ärztliche, psychologische, sozialpädagogische und pflegerische Hilfe. Diese werden von der Herkunftsfamilie oft ganz oder teilweise kritisch gesehen und hinterfragt, von der Gastfamilie aber als selbstverständlich

akzeptiert und gefordert. Bei uns wird die Art und Frequenz der fachspezifischen Betreuung eindeutig im dreiseitigen Vertrag bei Beginn des Familienpflegeverhältnisses geregelt. Der Vertrag wird von Gast, Familie und Team unterzeichnet.

In vielen Fällen werden gerade die selbstverständlichen bei chronisch Kranken immer zur Verfügung stehenden professionellen Hilfen von der originären Familie mindestens hinterfragt. Es herrscht die Ansicht: Das brauchen wir doch nicht! Andere Familien benötigen doch auch keine psychiatrische und psychosoziale Beratung! Vorschläge, z. B. die Tagesstruktur zu ändern, dem Kranken feste Verantwortungsgebiete und Aufgaben zuzubilligen, ihn eventuell bei bestimmten Aktivitäten zu begleiten etc. sind für uns, eine ganz normale Familie, nicht annehmbar.

Wer in der Angehörigenarbeit Erfahrungen gesammelt hat, kennt die Problematik. Es fällt zunächst einmal jeder Primärfamilie schwer, die seelische Erkrankung eines ihrer Mitglieder zu akzeptieren. Psychiatrische Erkrankungen werden, obwohl sie alltäglich sind und es keine Familie ohne diese Erkrankungen gibt, als in hohem Maße stigmatisierend erlebt. Es werden Begründungen inner-und außerhalb des Familienverbundes für die Erkrankung gesucht. Schuldzuweisungen spielen häufig eine bedenklich große Rolle. Keines der Familienmitglieder kann sich in dieser Situation unbeschwert fühlen, keiner kann frei aus seinen Ressourcen schöpfen, eine zukunftsgerichtete Arbeit und Entwicklung beginnen. Die Trennung ist in dieser Situation bisweilen für alle Beteiligten eine deutliche Entlastung.

Anders die Zweitfamilie: Sie öffnet sich allen Informationen, beginnt aus sich heraus einen neuen Weg, erlebt das neue Familienmitglied als Bereicherung und Fortschritt.

Gerade das stößt immer wieder auf Verwunderung: „Was, *freiwillig*, ohne äußere Not will diese Familie einen kranken, nicht immer einfachen Menschen bei sich haben?“ Situationen, die in einer Welt, in der es nur perfekt funktionierende Gesunde ohne Probleme zu geben scheint, ausgeblendet werden, sieht die Familie als bereichernde Aufgabe.

Verlaufsbeobachtungen

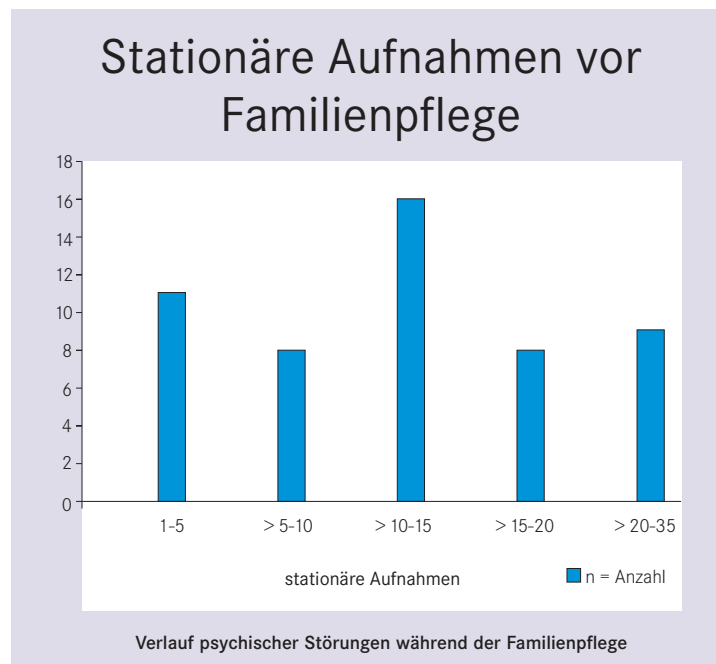


Abb. 1: Stationäre psychiatrische Behandlungen in der Anamnese

Wir untersuchten eine Stichprobe von 52 chronisch psychisch Kranken, die im Laufe der Jahre 1995 bis 2005 vom multiprofessionellen Betreuungsteam des Familienpflegezentrums Völklingen versorgt wurden. Die Erkrankungsdauer lag zwischen 1 Jahr bis zu 35 Jahren, bei im Mittel 13,17 Jahren. Insgesamt handelt es sich um eine Gruppe von chronisch und schwer psychisch Erkrankten. In den Fällen, in denen eine stationäre Erstbehandlung stattfand, war dies eine Langzeitbehandlung ohne Aussicht auf Entlassung in eine eigene Wohnung und/oder es handelte sich um lange bestehende bzw. therapieresistente Symptome endogener Psychosen.

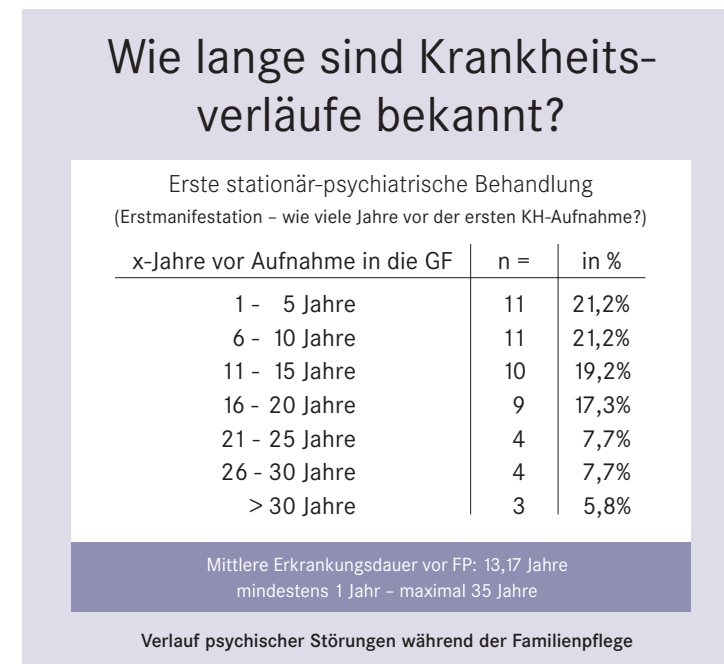


Abb. 2: Dauer der Erkrankung

38,5 % der Gäste waren zum Vermittlungszeitpunkt in die Gastfamilie bereits ≥ 16 Jahre erkrankt. Der Zeitpunkt der Ersterkrankung wurde von uns, da anders nicht zu bestimmen, mit dem Datum der ersten stationär-psychiatrischen Behandlung gleichgesetzt. Im Gegensatz zu anderen Familienpflegestandorten (vgl. HELD 1993) haben wir allerdings erfolgreich auch jüngere Patienten in unsere Arbeit einbezogen und vermittelt. 42,4 % aller Gäste sind weniger als 10 Jahre erkrankt, 21,2 % weniger als 5 Jahre.

Dies bedeutet zu akzeptieren, dass das Familienpflegeverhältnis nicht auf Dauer des Lebens angelegt sein muss (aber kann!). Je jünger der Gast ist, umso eher wird es eine Phase „nach der Gastfamilie“ geben. Die Familienpflege kann ihren heilenden Effekt entfalten. So kann der Gast bei gebesserten psychopathologischen Befunden mit neuen Coping-Strategien evtl. auch wieder in einer eigenen Wohnung mit nur noch stundenweiser ambulanter Betreuung leben. Der nicht zu unterschätzende stabilisierende Effekt der Soziotherapie in der Familie bahnt einen Weg in eine neue Zukunft.

Altersstruktur der Bewohner

Bei Erstaufnahme in die Gastfamilie betrug das Alter der vom Betreuungsteam Völklingen vermittelten Gäste zwischen 25 und 62 Jahre. Es war deutlich, dass in den Jahren 1995 bis 2000 das Durchschnittsalter etwa 5 Jahre höher (im Mittel bei 48 Jahren) lag und sich in den letzten Jahren nach unten verschob. Sowohl die Erfahrung mit jüngeren als auch mit älteren Gästen zeigt, dass der zunächst

von den mit Familienpflege arbeitenden Zentren empfohlene Weg der Vermittlung von 40- bis 60jährigen, so genannten erfahrenen Kranken, nur eine von vielen Möglichkeiten darstellt.

Auch in der hier betrachteten Gruppe sind 36,54% der Gäste zwischen 41 und 50 Jahre alt, insgesamt 67,34% älter als 41 Jahre, sind also Menschen mit einer intensiven Lebens- und Krankheitserfahrung. Die unter 40jährigen stellen im Gegensatz zu früheren Beobachtungen einen mit 32,69%, also einem Drittel der Stichprobe, großen Anteil.

Alter	n =	in %
≤ 30 Jahre	6	11,54%
31 - 40 Jahre	11	21,12%
41 - 50 Jahre	19	36,54%
51 - 60 Jahre	12	23,10%
> 60 Jahre	4	7,70%

Geschlecht: 33 Frauen, 19 Männer
Gesamt n = 52 + 3 Kinder

Abb. 3: Alter bei Erstaufnahme in die Gastfamilie

Es gibt *keine* Altersgruppe Erkrankter, bei der eine Betreuung in einer Familie von vornherein ausscheidet. Die Ravensburger Erfahrungen mit „Junge Menschen in Gastfamilien“ (JuMeGa) und der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung „Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen“ 2003 zeigen deutlich, dass weder kinder- und jugendpsychiatrisch noch

gerontopsychiatrisch Kranke mit ihren speziellen Anforderungen aus der Betreuung in Gastfamilien auszuschließen sind. Voraussetzung ist neben der geeigneten Familie, die dem speziellen Anforderungsprofil gerecht wird, wie auch sonst natürlich die fachspezifische ambulante Betreuung.

Insgesamt 52 Gäste, davon 33 Frauen und 19 Männer, wurden von 1995 bis September 2005 im Familienpflegezentrum Völklingen vermittelt.

3 der vermittelten weiblichen Gäste wurden/werden von ihren zum Vermittlungszeitpunkt zwischen 4 Monate und 48 Monate alten (gesunden) Kindern begleitet.

Diagnostische Zuordnung

Die diagnostische Zuordnung gelang bei allen Personen unproblematisch aus den in allen Fällen vorhandenen Krankenunterlagen.

Die hier untersuchten Hauptdiagnosen waren nicht nur der Grund der letzten stationären Behandlung vor Eingliederung in die Familienpflege, sondern auch führende Diagnose der jahre- und jahrzehntelangen Vorbehandlung.

Bei 2/3 der Gruppe (67,3%) waren **paranoide und schizoaffektive Störungen** festzustellen. Es handelt sich um Kranke mit fast ausnahmslos sehr lang dauernden und komplizierten Krankheitsverläufen. Einige haben in der Vorgeschichte schwere Suizidversuche z. B. mit Sprung aus großer Höhe überlebt. In vielen Fällen galt die psychische Störung als „therapieresistent“. Die soziale Eingliederung dieser

Diagnosen	1995 - 2005	n =	in %
F0 Organische psychische Störungen		6	11,5%
F1 Suchterkrankung		2	3,9%
F2 Paranoide und schizoaffektive Störungen		35	67,3%
F3 Affektive Störungen		3	5,8%
F6 Persönlichkeitsstörungen		4	7,7%
F7 Intelligenzminderung		2	3,9%
		52	100,0%

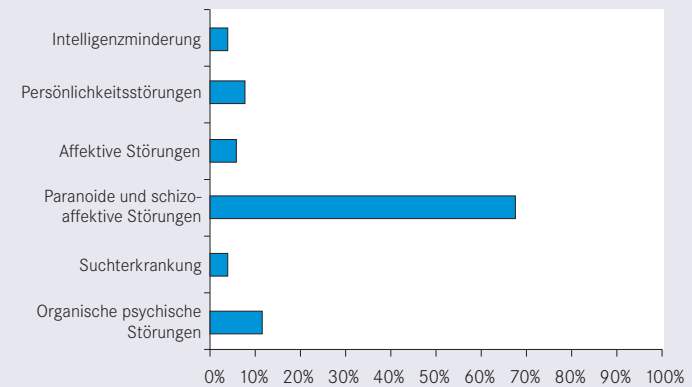


Abb. 4: Diagnosen

Menschen mit chronifizierten paranoid-halluzinatorischen Symptomen gelang weder in einer eigenen Wohnung mit ambulanten Hilfen noch in Einrichtungen des Betreuten Wohnens, Heimen oder bei Angehörigen.

Die psychopathologischen Symptome in Verbindung mit meist schwierigen Biographien mit erheblichen Problemen der Sozialisation

waren so ausgeprägt, dass Störungen des Verhaltens resultierten, die eine Eingliederung in eine der genannten Strukturen nicht zuließen. Die Betreuung in einer Gastfamilie war also ultima ratio.

Es hieß in der Anfangsphase unseres Projektes, bei diesen Patienten sei alles vergeblich gewesen, eine Eingliederung in eine Gastfamilie werde nicht gelingen, aber man könne es ja mangels vernünftiger Alternativen versuchen. Es gab außer dem Betreuungsteam der Familienpflege kaum jemanden, der die neue Form des Wohnens und der Betreuung mit Optimismus ansteuerte.

Vielleicht ist es auch diese eher vorsichtige Art des Herangehens an diese Form der Wiedereingliederung, die zu Erfolgen verhilft. Eine Erwartungshaltung im Sinne eines „das geht schon von selbst“ stellt eine Ausnahme dar. Jeder der Beteiligten, der erkrankte Gast, die Familie, das Betreuungsteam, der Therapeut weiß, dass er nur in Kooperation mit den Partnern erfolgreich sein kann. Gerade auch dem Gast kommt bei dieser Wohn- und Betreuungsform eine wesentlich höhere Eigenverantwortung zu als bei alternativen Wohnformen.

Dieser Anspruch an die eigene Leistung, das notwendige Auffinden eigener Ressourcen, wirkt reduzierend auf die Psychopathologie. Dadurch werden die gesunden Anteile jedes Gastes in sehr individueller Art gefördert.

Die zweitgrößte Gruppe von Erkrankungen stellen mit **11,5%** die **organischen psychischen Störungen** dar. Es handelt sich hier nicht nur um ältere Patienten mit himorganischen Störungen sondern auch z. B. um einen jüngeren Mann mit einer tuberösen Hirnsklerose.

Die drittgrößte Gruppe sind mit **7,7%** schwere **Persönlichkeitsstörungen**.

Alle anderen diagnostischen Zuordnungen betreffen kleinere Patientengruppen.

Entgegen früher in der Literatur vertretenen Meinungen gibt es **keine** Art psychischer Störungen, die eine Kontraindikation für die Familienpflege darstellt.

Die Störungen aus den Gruppen F4 (**neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**) und F5 (**Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**) sind deshalb nicht vertreten, da Erkrankungen von erheblichem Schweregrad, die eine Diskussion um die Eingliederung in eine Gastfamilie erforderlich gemacht hätten, unserem Betreuungsteam zur Vermittlung nicht angeboten wurden.

Stationäre Behandlungen

Stationäre psychiatrische Behandlungen sind der jeweils erhebliche Eingriff in den Alltag des Kranken. Sie werden in der Regel erst in einer Notsituation bzw. bei einer erheblichen und bedrohlichen Verschlechterung des Krankheitsbildes diskutiert. Die ambulanten und teilstationären Therapiemöglichkeiten sind nach übereinstimmender Meinung vorher auszuschöpfen.

Vor der Eingliederung in eine Gastfamilie waren bei der von uns vermittelten Gruppe von einem (sehr lange dauernden) stationären Aufenthalt bis zu 49 stationären Aufenthalten alle Möglichkeiten vertreten. Die von uns überblickten Verlaufszeiten, also Zeiträume von der stationär-psychiatrischen Erstaufnahme bis zum September 2005, überspannen 1 bis 35 Jahre. Einige besonders eindrucksvolle

Beispiele aus der Gruppe der von uns betreuten Gäste sollen dies verdeutlichen.

stationäre Aufnahmen	vor FP	während FP
Anzahl	1 – 49	0 – 2
Verweildauer/Aufenthalt im Zeitraum	3 Mon. – 15 Jahre 1 – 35 Jahre	im Mittel 15 Tage 1 – 10 Jahre
Aufnahmen/Jahr/Person	1,35	0,33

Abb. 5: Stationäre psychiatrische Behandlungen vor und während der Familienpflege (FP)

Eine Patientin beispielsweise hatte einen mehr als 15 Jahre dauernden ununterbrochenen Aufenthalt in einem Landeskrankenhaus zu verzeichnen, dann folgte eine zweistellige Zahl von Aufenthalten in der Psychiatrisch-Psychotherapeutischen Klinik Völklingen. Schließlich, als scheinbar nicht behandelbare so genannte Drehtürpatientin, wurde sie im Jahre 2002 mit schon 62 Jahren in eine Gastfamilie vermittelt. Seitdem ist es zu nur einem stationären Aufenthalt aus Anlass einer personellen Veränderung in der Gastfamilie gekommen!

Eine andere Patientin hatte im Verlauf von 12 Jahren 21 stationäre sehr lang dauernde Aufenthalte zu verzeichnen. Dazwischen kam es zu zahlreichen Aufenthalten in nicht psychiatrischen Kliniken und auf Intensivstationen, so auch zu einem einjährigen Aufenthalt in

einem Krankenhaus der Maximalversorgung nach Sprung aus großer Höhe. Die dann folgenden Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken standen unter dem Ziel einer Heimvermittlung der rollstuhlgebundenen Patientin. Mehrere Vermittlungen in Pflegeheime führten jedoch zurück in die Klinik, da die Heime die Patientin aufgrund ihrer ausgeprägten paranoiden Symptome mit erheblichen Erregungszuständen als nicht in diesem Setting tragbar beschrieben. Die Gastfamilie nahm die rollstuhlgebundene Schwerkranke auf. Bereits ein Jahr später hatte sie – nach intensiver Krankengymnastik – den Rollstuhl zu Gunsten zweier Gehstützen verlassen. Sie erklärte, im Rollstuhl könne man so wenig in der Küche arbeiten, dies sei ihr hinderlich gewesen. Ein weiteres Jahr später erschien sie mit nur einer Gehstütze zu unserem traditionellen Neujahrsempfang in einer Gaststätte, um schließlich, nach wiederum einem Jahr, frei und ohne Gehstützen einen Besuch in der Klinik abzustatten. Sie bemerkte, sich über die Überraschung der Klinikmitarbeiter freuend, die Gastmutter werde älter, sie müsse mehr Aktivitäten übernehmen. Parallel kam es zu einer ebenso beeindruckenden Besserung der als nicht therapierbar geltenden paranoid-halluzinatorischen Störung. Die über Jahre vorherrschenden produktiven Symptome verschwanden innerhalb von zwei Jahren völlig. Eine Teilnahme am Leben der Familie und der Gemeinde gelang zunehmend. Die Dosis des (seit Jahren etablierten) atypischen Neuroleptikums konnte im Verlauf von 5 Jahren auf die Hälfte reduziert werden. Aktuell gelang es ihr sogar, stundenweise die Pflege einer älteren Dame zu übernehmen. Bei einem Fest, an dem potentielle Gastfamilien teilnahmen, gelang es den Neuen nicht, diese ehemals schwerkranke Klientin an ihrem Verhalten von Gesunden zu unterscheiden. Die früher verantwort-

lichen Pflegeheime und Krankenhäuser hätten sich gewundert, dies zu sehen.



Abb. 6: Sommerfest 2005 mit Gästen, Familien, Betreuungsteam und Mitarbeitern des Ministeriums

In einem anderen Fall einer 1976 geborenen, seit 1995 an einer paranoiden Psychose erkrankten Patientin wurde eine stationäre Mutter-Kind-Behandlung (Stufe 1) im tagesklinischen Setting (Stufe 2) fortgesetzt. Die Behandlung konnte, nach Vermittlung der Patientin mit ihrem Kind in eine Gastfamilie (Stufe 3), ambulant fortgesetzt werden.

Diese Strategie der nahtlos im Stufenmodell durchgeführten Therapie konnte in dieser Form bundesweit erstmals (2001) in Völklingen umgesetzt werden. Wir halten das hier vorgestellte Modell der Mutter-Kind-Betreuung bei an chronischen paranoiden Psychosen

leidenden Patientinnen für besonders hilfreich, da es eine kontinuierlich fortgesetzte Soziotherapie, Psychopharmakotherapie und Psychotherapie gewährleistet.

Es soll auch auf die erhebliche Kostenersparnis hingewiesen werden (s. WESTRICH S. 113).

Eine Mutter-Kind-Einrichtung kostete 2001 ca. 12.000 DM/Monat, eine Betreuung in der Gastfamilie für Mutter und Kind 1.538 DM. Darin sind die Kosten für das Betreuungsteam nicht eingeschlossen. Zugrundegelegt wurden die im Saarland gültigen Sätze.

Probleme ergeben sich insofern, als weder stationär (Stufe 1) noch teilstationär (Stufe 2) eine Kostenübernahme der Mutter-Kind-Betreuung durch die Krankenkassen erfolgt. Auch im Bereich der Familienpflege sind Finanzierungsmodelle nur im Einzelfall zu erstellen (s. WESTRICH s. S. 116).

Die Ergebnisse des betreuten Wohnens in Gastfamilien lassen sich nach jetzt 10jähriger Beobachtungszeit am Standort Völklingen überzeugend zusammenfassen:

- Selten wurde erneut längere Zeit stationär behandelt, auch nicht nach Abschluss der Familienpflege
- keine schweren Suizidversuche
- durch reduzierten psychosozialen Stress günstiger Verlauf der Erkrankung, oft Medikamentenreduktion möglich
- 3 Todesfälle waren durch maligne somatische Erkrankungen verursacht, die Familienpflege wurde bei allen betroffenen Gästen bis zum Todestag fortgeführt

- regelmäßige fachpsychiatrische ambulante Betreuung ist zwingende Voraussetzung für das Gelingen
- vor Aufnahme der Familienpflege muss die bestehende psychische Erkrankung suffizient behandelt worden sein

Die chronisch Kranken erreichen eine soziale Wiedereingliederung, die sich an der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben messen lässt.

Die folgenden Verhaltensweisen waren bei vielen Kranken vor der Eingliederung in die Gastfamilie verloren gegangen und wurden wiedererlangt:

- Interesse an Körperpflege und Kleidung
- Regelmäßige Einnahme von Mahlzeiten unter angemessenen äußeren Bedingungen
- Orientierung nach außen: Tiere, Vereine, Sport, Kultur
- Aufnahme stundenweiser Tätigkeiten
- Entdeckung eigener Begabungen und Fähigkeiten
- Gelegentlich Wiederaufnahme von Kontakten zur Herkunftsfamilie/Kind

Finanzierung

Aus der nebenstehenden Abb. 7 werden die im Saarland geltenden Sätze der Finanzierung des Betreuten Wohnens in Gastfamilien ersichtlich.

Betreuungsentgelte im Saarland

(Stand Februar 2005)

Gastfamilien	Betrag pro Monat
Betreuungsgeld	350,00 Euro (überörtl. Soz.hilfetr.)
HLU	170,70 Euro (örtl. Soz.hilfetr.)
Unterkunft	233,04 Euro (örtl. Soz.hilfetr.)
	753,74 Euro
Gäste	Betrag pro Monat
Bekleidungspauschale	22,50 Euro (örtl. Soz.hilfetr.)
Barbetrag/Taschengeld	89,70 Euro (örtl. Soz.hilfetr.)
Betreuungsteam	330,00 Euro (überörtl. Soz.hilfetr.)
	442,20 Euro
Gesamtaufwand öffentl. Kassen: 1.195,94 Euro	
Vollstationäre Pflegeeinrichtung: ca. 2.500,00 Euro/Monat	

Abb. 7: Betreuungsentgelt im Saarland

Die von der öffentlichen Hand erforderlichen Gelder sind mit ca. 1.200 Euro/Monat für die Familienpflege nur halb so hoch wie für die Versorgung in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. (s. Abb. 7) Dies beruht allerdings auch darauf, dass im Saarland mit 330 Euro/Person/Betreuungsmonat der niedrigste Satz von allen Bundesländern für die fachliche Betreuung gezahlt wird (vgl. EISENHUT S. 92).

Selbstzahlende Gäste zahlen der Gastfamilie die entsprechenden Beträge für Betreuung, Ernährung und Unterkunft, insgesamt 753,74 Euro. Gelegentlich ist bei Einzelnen die Hilfe eines gesetzlichen Betreuers zusätzlich erforderlich.

Die 10jährige Erfahrung mit der Betreuung von Gästen und Gastfamilien lässt folgende Schlussfolgerungen zu:

- Die Eingliederung chronisch und schwer psychisch Erkrankter ist durch Etablierung des Familienpflegezentrums an einer psychiatrischen Klinik mit Tagesklinik und Psychiatrischer Institutsambulanz bevorzugt möglich.
- Krankheitsverläufe werden durch Reduktion des psychosozialen Stresses in der Familie bei adäquater fachlicher Betreuung auf Dauer günstig beeinflusst.
- Durch deutlich gebesserte psychopathologische Befunde und höhere Stabilität ergeben sich erheblich seltenere stationäre Aufnahmen, die nur noch wenige Tage dauern. Dadurch sowie durch auf längere Sicht mögliche Medikamentenreduktion ergibt sich eine erhebliche Kostenersparnis für die Krankenkassen.
- Im Vergleich mit anderen Wohn- und Betreuungsformen bietet die Familienpflege durch die Kombination der Betreuung durch Laien und Professionelle einen neuen Zugang zu psychisch Kranken. Die Unterbringung in der Familie ist die meist kostengünstigste Möglichkeit.
- Familienpflege kann altersunabhängig erfolgen.

Das professionell begleitete Wohnen psychisch Kranker in Gastfamilien ist eine wichtige und zu selten beachtete Nische für eine Gruppe chronisch psychisch Erkrankter.

Wir wünschen der Familienpflege einen höheren Bekanntheitsgrad und eine weitere Verbreitung in Deutschland.

Literatur

1. BECKER, J. (1997)
Familienpflege in Europa,
Rheinische Kliniken Bedburg-Hau
2. BIRKENHEIER, C., HOFFMANN, B., HAGEN, A., BALZER, H., MIND, E. (2001)
Von der stationären Behandlung über die Tagesklinik zur Familienpflege – Stufenmodell der Mutter-Kind-Therapie
Hauptpreis Klinische Medizin, 6. LILLY Schizophrenia Reintegration Awards
Pressemitteilung anlässlich der DGPPN-Jahrestagung, Berlin
3. HOFMANN, W., BIRKENHEIER, C. (Hrsg.), (1999),
Mutter-Kind-Behandlung in der Psychiatrie,
Roderer Verlag Regensburg
4. KONRAD, M., SCHMIDT-MICHEL, P. (Hrsg.) 1993
Die 2te Familie: psychiatrische Familienpflege; Geschichte, Praxis, Forschung
Psychiatrie Verlag Bonn
5. KONRAD, M., GERSTER, R., SPINNER G. (2003)
Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen
Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung
Ravensburg
6. KRAEPELIN, E. (1999),
Psychiatrie Bd I., Reprint der 6. Aufl. 1899
Arts & Boeve, Nijmegen
7. Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales des Saarlandes,
Ambulante sozialpsychiatrische Komplexleistung
Konzept der Landesarbeitsgruppe Struktur, 2005, Saarbrücken
8. Psychiatrische Familienpflege,
in: Sozialpsychiatrische Informationen 4/2004, 34. Jg.
Psychiatrie Verlag
9. SCHÖNBERGER, C., STOLZ, P. (2003)
Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege
Ein Handbuch für die Praxis
in: Psychosoziale Arbeitshilfen 22
Psychiatrie Verlag Bonn
10. WERNER, W. (Hrsg.) (2004)
Lehrbuch der Krankenhaupspsychiatrie
Psychiatrie im sozialen Kontext
Schattauer Stuttgart

Entwicklung und Finanzierung des Betreuten Wohnens in Familien in Deutschland

REINHOLD EISENHUT

Vorbemerkung: Im Sommer 2005 beschloss der damalige Fachausschuss Familienpflege der DGSP die Umbenennung des Leistungstyps „Familienpflege“ in Betreutes Wohnen in Familien/(Psychiatrische Familienpflege bzw. Familienpflege für Menschen mit geistiger Behinderung) und die Abkürzung BWF zu verwenden.

Entwicklung

Das Betreute Wohnen in Familien (BWF) blickt auf eine reiche und wechselhafte Tradition in Deutschland zurück. Ursprünglich eine Betreuungsform des späten Mittelalters in Gheel (Belgien) wurde sie von den gemeindeorientierten „Reform“-Psychiatern des ausgehenden 19. Jahrhunderts in Deutschland etabliert (GRIESINGER, ALT u. a.), und bis in die dreißiger Jahre des 20. Jahrhunderts von BUFE, KNAB, KOLB weiter ausgebaut. Durch die mörderische Politik der Nationalsozialisten wurde die damalige Familienpflege weitgehend zerstört

und konnte sich im Nachkriegsdeutschland nur sehr singulär, i.d.R. ohne professionelle Begleitung, erhalten.

Im Jahr 1984 begann die Renaissance dieser speziellen Betreuungsform praktisch gleichzeitig in Bonn und Ravensburg. Während HELD in Bonn auf seine Erfahrungen in Frankreich zurückgriff, belebte SCHMIDT-MICHEL aufgrund seiner historischen Studien in Ravensburg die psychiatrische Familienpflege neu. Beide kommunizierten sehr früh miteinander und tauschten auf einer Arbeitstagung 1986 in Ravensburg ihre Erfahrungen aus. Daraus entwickelten sich ab 1987 in Bonn die bis dato jährlich stattfindenden Tagungen, die zwischenzeitlich auch das deutschsprachige Ausland mit einbeziehen.

Sehr schnell etablierten sich in Württemberg ab 1985 neue Teams, vorerst im Umfeld von Psychiatrischen Landeskrankenhäusern, organisiert durch die damaligen Hilfsvereine (Schussenried, Zwiefalten, Winnenden, Weinsberg). Der damalige Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern übernahm als überörtlicher Sozialhilfeträger aufgrund freiwilliger Richtlinien das Angebot. In seinem Versorgungsgebiet wurde es im Lauf der 90er-Jahre planmäßig und flächendeckend entwickelt.

Die Ausbildung im Gebiet des Landschaftsverbandes Rheinland verlief vollkommen anders. Zwar konnten sich auch hier noch in den 80er-Jahren einige Teams etablieren, aber dort kamen nur die Rheinischen Kliniken zum Zug. Dies hatte und hat zur Folge, dass die BewohnerInnen in den Familien ihren Patientenstatus behalten. Das BWF hat sich im Rheinland aus diesem Grund nur mäßig ausbreiten können. Der Mehrzahl der potentiellen BewohnerInnen, die beispielsweise im Heim wohnen und sich nicht in der Klinik befinden, bleibt das Angebot verschlossen.



Abb. 1: Standorte der Familienpflege in Deutschland

Noch in den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts kam das Verbandgebiet des LWV Baden hinzu; ebenso in Bayern die Bezirke Oberbayern und Unterfranken sowie Bremen. Die Linie setzte sich mit zaghaften Versuchen in Westfalen-Lippe (die erst im Jahr 2003 durch wesentlich verbesserte Richtlinien richtig „durchstarteten“), dem bayrischen Bezirk Schwaben, Hessen und nicht zuletzt 1995 im Saarland fort. Hier begann ein engagiertes Team in den SHG-Kliniken um Pfarrer DILK (Näheres im Bericht von BIRKENHEIER und HAGEN in dieser Publikation) die Arbeit. Später errichtete in St. Wendel die Caritas ein Angebot für die dortigen Menschen mit psychischer Erkrankung. Noch im letzten Jahrtausend konnte sich das BWF in Brandenburg und ab 2002 in Thüringen in Jena etablieren. (Die Karte auf Seite 75 zeigt die Verteilung und die Vermittlungszahlen von Teams des BWF Ende 2003 in Deutschland.)

Es ist auffällig, dass sich das BWF im gesamten Bundesgebiet höchst unterschiedlich verteilt. Während man in Baden-Württemberg, dem Saarland, Bremen und Nordrhein-Westfalen (mit Einschränkungen im Rheinland) von einer nahezu flächendeckenden Versorgung ausgehen kann, gibt es in Hessen, Bayern, Brandenburg und Thüringen nur vereinzelte Angebote. Im gesamten Norden der Republik (mit Ausnahme von Bremen) sowie Rheinland-Pfalz bietet überhaupt keine einzige Einrichtung BWF an. Wie kommt es zu einer derart disparaten Entwicklung?

Hier ist ein kurzer Blick auf die Geschichte hilfreich:

BWF/Familienpflege ist ein merkwürdiges Phänomen. Sie hat es trotz unbestrittener Erfolge nie geschafft, sich als eigenständige und anerkannte Lebens- bzw. Rehaform für Menschen mit psychiatrischen

Erkrankungen oder geistigen Behinderungen zu etablieren. Sie war und ist sowohl von sozioökonomischen Rahmenbedingungen als auch von aktuellen Theorieströmungen abhängig. Zudem kämpft sie immer um die Anerkennung der Fachleute. Negativ ausgedrückt leidet sie unter den Vorurteilen der „Experten“.

Von 1870 bis ca. 1910 erfuhr die damalige Familienpflege in Württemberg einen großen Aufschwung. Hintergrund war die zunehmende Überfüllung der Anstalten und das Fehlen sinnvoller Entlassmöglichkeiten für chronisch Kranke. Hier bot sich die „Familiale Irrenpflege“ als glänzender Ausweg an. Die PatientInnen wurden in unmittelbarer Umgebung der Anstalt, häufig in Familien des Pflegepersonals, untergebracht. Da sie formal nicht entlassen wurden, erhielt die Anstalt weiterhin den Pflegesatz für diese Klientel und sicherte die Betreuung durch eigene Assistenzärzte.

Anfang des zwanzigsten Jahrhunderts führten mehrere Faktoren zu einem Niedergang: Zum einen meinten die örtlichen Armenkassen als Finanziere, diese Leistung vor Ort billiger anbieten zu können und die teuren Pflegesätze an die Anstalt sparen zu können (was nicht gelang). Zum anderen gab es innerhalb der Anstalten eine Konkurrenz um arbeitsfähige Kranke, die ökonomischer in den hauseigenen Betrieben eingesetzt werden konnten. Einen starken Rückschlag erlitt die Familienpflege mit Ausbruch des Ersten Weltkrieges. In dieser Zeit wurden arbeitsfähige Patienten entweder eingezogen oder dringender als billige Arbeitskräfte in den Heil- und Pflegeanstalten gebraucht. Sie erholte sich aber bis zur Zeit des deutschen Faschismus. Preußen hatte den Löwenanteil der deutschen Familienpflegestellen vor der Zeit des Nationalsozialismus. Hier verursachte das preußische Landarmengesetz eine Überfüllung der

Anstalten. Dieser wurde durch die flächendeckende Einführung der Familienpflege in Preußen entgegengewirkt.

Für das endgültige Ende dieser Lebensform sorgte dann der brutale Umgang der Nationalsozialisten mit Menschen mit Behinderungen: Eine große Anzahl der Menschen wurde ermordet und sinnvolle Strukturen radikal zerschlagen.

Mitte der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts war offensichtlich die Zeit reif für das BWF. Mit ein Auslöser, wie für fast alle Entwicklungen in der Sozialpsychiatrie, war die Enquête der siebziger Jahre. Fortschrittliche Kräfte konnten sich, basierend auf dem theoretischen Gerüst der sozialpsychiatrischen Vordenker, mit einer ganzen Reihe von weiterführenden Einrichtungstypen profilieren. Insbesondere ambulante und gemeindenähe Maßnahmen standen hoch im Kurs und kamen häufig zu den gleichen Erkenntnissen wie die progressiven Psychiater 100 Jahre zuvor. Die Wiederentdeckung der Familienpflege war nur eine Frage der Zeit. Dazu kam, dass die Enquête einen massiven Abbau klinischer Betten forderte, was auch realisiert wurde. Auch hier standen die Praktiker vor der Frage, wo sie Menschen mit chronisch psychiatrischer Erkrankung außerhalb der Klinik unterbringen konnten. Die bundesweite Etablierung des BWF wäre eigentlich eine logische Konsequenz gewesen. Bietet doch das BWF ein personenbezogenes, individuelles, gemeindeintegriertes und ambulantes Angebot.

Doch hier zeigte sich, dass BWF im deutschlandweiten theoretischen „Mainstream“ der achtziger Jahre keine wichtige Rolle spielte (und bis heute um die Anerkennung bei den Fachleuten ringt). Es passte der Mehrzahl der professionellen Helfer nicht ins Konzept, dass Laien mit teilweise schwer chronisch kranken Menschen, bei

denen ihre Behandlungskonzepte nicht die gewünschte Wirkung zeigten, erfolgreich zusammenleben können. Man kann auch von einer narzisstischen Kränkung professioneller Helfer sprechen, die sich jahre- oder sogar jahrzehntelang mit offensichtlich „therapie-resistenten“ Patienten beschäftigten, ohne großen Erfolg zu haben. Da kann und darf es nicht sein, dass Laien zumindest keine schlechtere, häufig aber eine bessere Umgebung für diesen Personenkreis bieten. Dieses Vorurteil, wenn auch nicht direkt und offen artikuliert, kennen alle Praktiker und Verfechter des BWF. Selbst in Einrichtungen und Kliniken, mit denen über Jahre erfolgreich zusammengearbeitet wird, muss immer wieder neue Überzeugungsarbeit geleistet werden, da ständig neues Personal (Assistenzärzte, Mitarbeiter etc.) dort arbeitet. Eine überraschend deutliche Bestätigung obiger Annahmen findet sich in einer Delphistudie der DFG zur Enthospitalisierung. Hier äußerten sich einige wenige Experten mit BWF-Erfahrung und eine Mehrzahl von „Experten“ ohne praktische Erfahrung. Das Ergebnis war niederschmetternd. In einem lesenswerten Bericht der „Sozialpsychiatrischen Informationen“ Heft 4/2004 setzt sich INGENLEUF, einer der Verfasser der Studie, mit dieser Kontroverse auseinander. Seine zwei Schlusssätze sind besonders erkenntnisreich und bringen die Diskussion in einen weiterführenden Zusammenhang: „Die im Rahmen der Studie geäußerten Bedenken anderer psychosozial Tätiger bezogen sich offensichtlich eher auf eine Vorstellung von Familienpflege, der es an Reflexion und fachlicher Begleitung mangelt, die wir jedoch in unserer Untersuchung nicht vorgefunden haben. Dies ist eine Bestätigung der Erkenntnis, dass ein – mit anderen Betreuungsformen vergleichbares – professionelles Vorgehen auch für diesen Versorgungsbaustein eine unabdingbare und entscheidende

Voraussetzung ist“. Das Geheimnis erfolgreicher Arbeit im Bereich BWF ist das Zusammenspiel von Familien und gut organisierter und strukturierter professioneller Begleitung.

Eingedenk oben geschilderter Vorurteile und der Tatsache, dass sich BWF nicht von selbst organisiert, sondern zuerst aus dem Bohren vieler und dicker Bretter besteht, wundert es nicht, dass die bundesweite Verbreitung nach wie vor ein Fernziel ist. Warum konnte das Angebot sich aber doch, wenn auch vereinzelt, durchsetzen? Aus meiner Sicht profitierten das Rheinland und Württemberg von den Pionierarbeiten HELDs und SCHMIDT-MICHELS, die einen guten institutionalisierten Start ermöglichten. Beide hatten und haben nicht nur innerhalb ihrer Klinik, sondern in ihrer jeweiligen Region einen guten Namen. Deshalb gelang es beiden, das BWF überregional zu verankern, durch ihr Drängen auf vernünftige Rahmenbedingungen auf überörtlicher Ebene. Hiervon profitierten andere Teams, die recht schnell in die Fußstapfen der vorausgehenden Einrichtungen treten konnten. Den Verantwortlichen der dortigen überörtlichen Sozialhilfeträger war das System BWF auch deshalb eine Förderung wert, weil es sie aus einem zweifachen Dilemma brachte: das der steigenden Zahlen von chronisch kranken Menschen mit psychiatrischer Erkrankung und zweitens der immer teurer werdenden stationären Versorgung. BWF ist relativ kostengünstig und ist genau für diejenigen Menschen gedacht, dessen Hilfebedarf eigentlich stationär zu decken ist. Dazu kam, dass in beiden Regionen Programme zur Enthospitalisierung starteten und BWF hierin ein wichtiger Platz eingeräumt wurde. Ein weiteres zentrales Element des gelungenen Aufbaus war sicherlich die Bildung funktionierender regionaler Netzwerke von Teams. Durch den intensiven Austausch der jeweiligen Anbieter vor Ort konnte

nicht nur eine quantitative, sondern auch eine qualitative Entwicklung gesichert werden.

Auch aus dieser positiven Erfahrung guter regionaler Zusammenarbeit heraus, entstand im November 1997, bei der Jahrestagung deutschsprachiger BWF-Teams der damalige Fachausschuss Familienpflege, der sich organisatorisch innerhalb der DGSP ansiedelte. Ein Hauptmotor war und ist die bundesweite Etablierung des BWF und die Sicherung fachlicher Standards. Diese wurden mehrfach überarbeitet und angepasst und sehen aktuell so aus:

DGSP Fachausschuss BWF



Fachliche Standards des Betreuten Wohnens in Familien/Familienpflege für psychisch erkrankte Menschen und für Menschen mit geistiger Behinderung (BWF):

- 1. Das BWF¹ ist eine Pflichtleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe, es stellt ein ambulantes Angebot im Rahmen des Gemeinde-psychiatrischen Verbundes dar, und beteiligt sich an Planung und Durchführung des Verbundes.*
- 2. Eine angemessene Aufwandsentschädigung der Gastfamilie² ist notwendig. Sie setzt sich aus Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherung und hilfebedarfsorientiertem Betreuungsgeld zusammen. Das Betreuungsgeld darf in der niedrigsten Hilfebedarfsgruppe 400,-- Euro (Stand Juli 2002) nicht unterschreiten. Weitere Leistungen (z. B. der Pflegeversicherung) sind zusätzlich zu gewähren.*

3. Das BWF unterscheidet sich deutlich von einem Kleinheim, daher soll nicht mehr als ein/e KlientIn, maximal zwei Personen, in eine Gastfamilie integriert werden.
4. Um BWF anbieten zu können, hat sich ein multiprofessionelles Team bewährt. Die Professionen müssen dabei, je nach Schwerpunktsetzung des Betreuungsangebotes, auf die Zielgruppe abgestimmt werden. Entsprechende Sachkosten, die auch die Akquise von Gastfamilien und KlientInnen sowie Overhead-Personalkosten und Raumkosten enthält, sind zur Verfügung zu stellen. Supervision, Fachberatung und Fortbildung des Teams ist zu gewährleisten und zu finanzieren.
5. Die Gründung von bzw. die Teilnahme an regionalen Arbeitsgemeinschaften zum fachlichen Austausch wird empfohlen.
6. Die Auswahl geeigneter Gastfamilien trifft das Team. Es nimmt eine Gesamtbewertung aufgrund fachlicher Kriterien vor.
7. Zur Anbahnung eines BWF-Verhältnisses ist ein unabhängig finanziertes Probewohnen notwendig. Dabei ist die Weiterfinanzierung des vorangegangenen Betreuungssettings zu gewährleisten, um nach Scheitern innerhalb des Probewohnens eine Rückkehr zu sichern.
8. Zwischen KlientInnen, Gastfamilie und Träger der BWF wird eine Betreuungsvereinbarung geschlossen, in dem Rechte und Pflichten aller Vertragsparteien geregelt sind.
9. Das Team übernimmt die fachliche Beratung, Begleitung und Betreuung des BWF-Verhältnisses, u.a. in Form von regelmäßigen Hausbesuchen.
10. Der Betreuungsschlüssel orientiert sich am jeweiligen Hilfebedarf. Der Mindestbetreuungsschlüssel beträgt eine Fachkraft auf 10 Betreuungen.

11. Bei vorübergehender Abwesenheit des/r KlientIn und Krankheit der Gastfamilie ist die Weiterfinanzierung sicherzustellen.
12. Die Gastfamilie hat Anspruch auf eine Unterbrechung des Pflegeverhältnisses von mindestens 28-tägiger Dauer pro Jahr ohne Kürzung der Aufwandsentschädigung.

-
- ¹ Unter BWF wird das Betreute Wohnen in Familien für Menschen mit psychischer Erkrankung als auch das BWF für Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung verstanden
 - ² Der Begriff „Gastfamilien“ umfasst Familien, Einzelpersonen und andere Lebensgemeinschaften

Das Potential des Betreuten Wohnens in Familien

Die Leistungsfähigkeit des BWF lässt sich am besten an einem einzigen Landkreis demonstrieren: Der Landkreis Ravensburg im südlichen Baden-Württemberg hat die mit Abstand höchste Verbreitung von Klienten in betreuten Familien. Dabei kommen auf 275.000 Einwohner insgesamt 183 Vermittlungen. Hierbei kommen 67 Menschen aus dem psychiatrischen Bereich, 5 aus der Gerontopsychiatrie, 60 Bewohner sind Menschen mit geistiger Behinderung und es leben 51 Jugendliche in Gastfamilien. Zieht man letztere und die Gerontopsychiatriebewohner ab, so verbleiben immer noch 127 Menschen aus dem klassischen Eingliederungshilfebereich. Wenn man nun unterstellt, dass derzeit ca. 0,2% der deutschen Gesamtbevölkerung in Heimen der Eingliederungshilfe lebt, so ergäbe dies auf

den Landkreis Ravensburg hochgerechnet circa 550 Heimbewohner. Da die Klientel das BWF außerhalb der Familien in Heimen versorgt werden müsste, bedeutet dies für Ravensburg, dass ca. 23% der potentiellen Heimbewohner in Gastfamilien leben. Auf das Bundesgebiet hochgerechnet kämen wir auf eine Gesamtzahl von theoretisch denkbaren 38.500 Menschen innerhalb des BWF. Verglichen mit aktuell 1.820 (Stand Ende 2005) Vermittlungen eine unglaubliche Zahl.

Woher kommt nun diese immense Zahl von Vermittlungen? Der Landkreis Ravensburg ist sicher eher ländlich strukturiert. Aber er ist wohlhabend und hat die geringste Arbeitslosenquote in Baden-Württemberg mit 4,8% (Juni 2005).

Hier wird die Theorie widerlegt, dass BWF vor allem in strukturschwachen Gebieten gute Entwicklungschancen hat. Dies deshalb, weil das Entgelt, das die Familien bekommen, die Motivation zur Aufnahme eines Klienten steigere.

Im Landkreis Ravensburg befinden sich hier viele Behinderteneinrichtungen, daher wird auch in der Bevölkerung ein eher unbefangener Umgang mit diesem Personenkreis gepflegt. Dazu kommt eine gewisse Tradition im bäuerlichen Bereich, Kostgänger, meist Kinder und Jugendliche aufzunehmen. Bis zur Mitte des letzten Jahrhunderts waren viele Menschen aus armen österreichischen Bergdörfern im Oberland untergebracht – Buch und Film „Schwabenkinder“ dokumentieren dies eindringlich.

Trotz aller Erklärungsversuche bleibt der Landkreis Ravensburg ein Phänomen, aber auch ein Vorbild!!

Hier nochmals eine Statistik zur Verteilung der Klienten des BWF innerhalb Deutschlands:

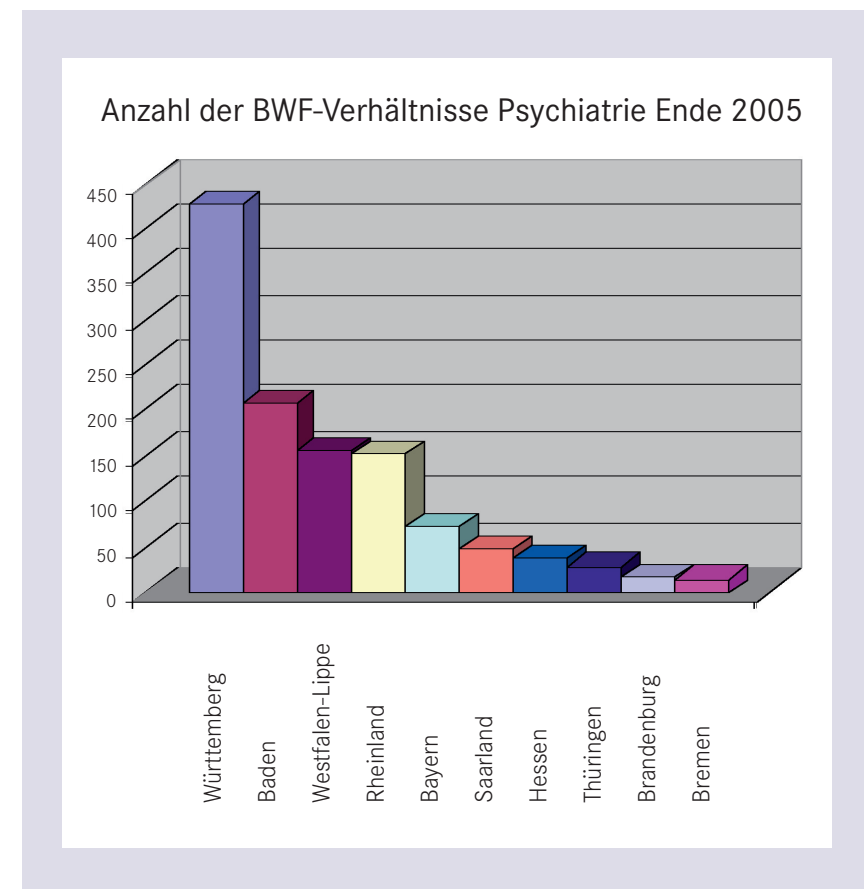


Abb. 2: BWF-Verhältnisse im Vergleich der Bundesländer

Es geht aus der nachfolgenden Grafik klar hervor, dass in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen die absolut meisten Vermittlungen erfolgten. Trotzdem zeigt diese Abbildung noch ein schiefes Bild. Vergleicht man diese Vermittlungszahlen mit der Einwohnerzahl der jeweiligen Region, so entstehen klarere Verhältnisse.

Vermittlungen bezogen auf die Einwohnerzahl im BWF, Stand 12/2005

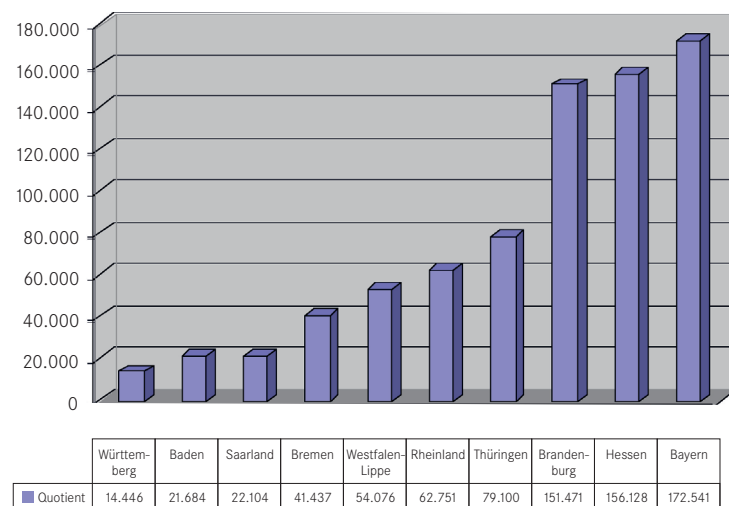


Abb. 3: BWF-Vermittlungen im Vergleich der Bundesländer

Interessanterweise stellen sich jetzt zwei Regionen radikal anders dar: Bremen und das Saarland erweisen sich bezogen auf die Gesamtbevölkerung ihrer Bundesländer als höchst erfolgreich. Am Beispiel des Saarlandes kann aber recht klar nachgewiesen werden, warum hier sehr gute Arbeit im Bereich des BWF geleistet wird:

Unterstützt von einer Klinik- und Einrichtungsleitung, die das BWF als Chance für ihre Patienten bzw. Bewohner sieht, etablierte

sich ein gut organisiertes und hochprofessionell arbeitendes Betreuungsteam. In einer derart geprägten Kultur kann das BWF gedeihen und sich zu einem vollwertigen Angebot innerhalb des breit gefächerten sozialpsychiatrischen Angebots entwickeln. Gerade die gut verzahnte Zusammenarbeit zwischen entlassender Klinik und vor Ort arbeitendem BWF-Team garantiert den Erfolg, wie das Beispiel Völklingen zeigt.

Finanzierungsmerkmale des BWF in Deutschland

Die Finanzierung des BWF in Deutschland ist eine höchst eigenwillige Angelegenheit. Auch hier dokumentiert sich eine fehlende Anerkennung der Eingliederungshilfe.

Es gibt kein durchgängiges und verlässliches Finanzierungssystem wie in anderen Einrichtungstypen üblich. Man hat den Eindruck einer gewissen Willkür. Es lässt sich allerdings eine Grundstruktur erkennen.

Wir können dabei unterscheiden:

- das Pflegegeld an die Familie, auch Betreuungsentgelt genannt; dieses besteht in der Regel aus einer Leistung nach § 53 ff bzw. 61 ff.SGB XII, kann aber auch eine Leistung der Pflegekassen im Rahmen des SGB XI beinhalten
- die Leistungen für die Unterkunft auf der Basis der „Hilfe zum Lebensunterhalt“ (HLU) § 29 nach dem SGB XII

- die sonstigen Bestandteile der HLU (Ernährung, Teilhabe am öffentlichen Leben etc.)
- den gesetzlichen Barbetrag (Taschengeld) an den Bewohner
- das Kleidergeld an den Bewohner
- die Leistung an das betreuende Team

In der folgenden Übersicht lässt sich die gewaltige Spanne innerhalb dieser Struktur darstellen.

Kostenbestandteile des BWF				
(Leistungen pro Monat und Klient)				
<u>Leistungen an Familien</u>				
Pflegegeld nach SGB XII	333 €	-	544 €	
Pflegegeld nach SGB XI	205 €	-	665 €	
Kosten Unterkunft	111 €	-	266 €	
Hilfe zum Lebensunterhalt	141 €	-	323 €	
<u>Leistungen an Klienten</u>				
Barbetrag (Taschengeld)	85 €	-	90 €	
Kleidergeld	23 €	-	30 €	
<u>Leistungen an Teams</u>				
Entgelte	336 €	-	1.150 €	
(Alle Geldangaben beziehen sich auf 10/2005 und zeigen die Bandbreite in Deutschland auf.)				

Abb. 4: Kosten des BWF

Wie leicht an dieser knappen Übersicht zu sehen ist, können wir eklatante Unterschiede feststellen. Allerdings verkürzt diese Darstellung die Realitäten insofern, als es einen Ausgleich innerhalb der jeweiligen Regionen gibt. Das bedeutet, dass keine Region in allen Kostenbestandteilen gleich knapp bzw. großzügig finanziert, sondern sich die Endergebnisse in gewissem Rahmen anpassen. Dieser Rahmen ist aber recht groß. Für die Familien ist letztendlich entscheidend, wie viel Geld monatlich bei ihnen eingeht. Diese Endsummen habe ich ermittelt und im Rahmen einer Gesamtübersicht dargestellt.

Übersicht der Betreuungsentgelte für die Familien (Stand 10/2005)				
Überörtlicher Soz.hilfeträger	Pflegegeld	Unterkunft	HLU	Gesamtentgelt
LV Rheinland	307 €	266 €	314 €	891 €
LVL Westfalen/L.	359 €	266 €	213 €	838 €
LWV Hessen	544 €	111 €	148 €	803 €
Württemberg	359 €	233 €	323 €	802 €
Bezirk Oberpfalz	410 €	230 €	162 €	802 €
Bezirk Schwaben	409 €	231 €	153 €	793 €
Bezirk Unterfranken	400 €	194 €	273 €	778 €
Brandenburg	409 €	214 €	141 €	764 €
Saarland	350 €	233 €	171 €	754 €
Baden	359 €	233 €	149 €	741 €
Thüringen	333 €	213 €	179 €	725 €

Abb. 5: Betreuungsentgelte der Familien

Die Summe aus Pflegegeld, Unterkunftsentgelt und HLU entspricht nicht in allen Fällen dem Gesamtentgelt, da aufgrund örtlicher Spezialregelungen kleine Differenzbeträge durch Zuordnung anderer Leistungen entstehen. Auf eine Detailkritik möchte ich an dieser Stelle verzichten und verweise auf eine Untersuchung, die ich im Jahr 2002 in dem Reader „Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege“, herausgegeben von ORBKE-LÜTKEMEIER, dokumentiert habe.

Es lässt sich festhalten, dass sich nichts gegenüber meiner damaligen Einschätzung verändert hat: „man (kann) das Sozialhilferecht mit einem Laden für Bastelbedarf vergleichen: Jeder bedient sich im Prinzip derselben Bausteine, um sich dann, entsprechend seiner Möglichkeiten und Bedürfnisse, teilweise äußerst kreativ eigene Richtlinien mit weitreichenden finanziellen Auswirkungen zu basteln.“ (Zitat S. 122f). Auch der Fachausschuss hat in seinen oben abgedruckten Mindeststandards dieser Realität Rechnung gezollt und verzichtet auf eine verbindliche Vorgabe. Stattdessen erhebt er die Forderung nach minimaler Finanzausstattung der Familien in Punkt 2 der Mindeststandards (siehe oben). Es gibt allerdings auch positive Entwicklungen zu vermelden. Beispielsweise ringen sich mehr Kostenträger dazu durch, Leistungen der Pflegeversicherung, soweit sie Klienten erhalten, nicht auf das allgemeine (Betreuungs-)Pflegegeld an die Familien anzurechnen (in Württemberg). Allerdings tut sich in Baden-Württemberg eine neue Gefahr auf. Durch die Auflösung der beiden Landeswohlfahrtsverbände bestimmen nun 44 Landkreise selbst das Vorgehen in der Eingliederungshilfe. Die Einrichtungen kämpfen mit aller Macht gegen den Trend von 44 Einzellösungen, der eine vollkommene Unübersichtlichkeit zur Folge hätte. Ob die

Bemühungen von Erfolg gekrönt sind, ist noch ungewiss. Eine weitgehende Einheitlichkeit der Finanzierung und Durchführung wäre wünschenswert und entspräche auch der hohen Leistungsfähigkeit des BWF in Baden-Württemberg.

Noch gravierender zeigen sich die Ungleichbehandlungen in der Bezahlung der professionellen Teams. Hierbei ist es sinnvoll, zwischen zwei Grundtypen zu unterscheiden. Auf der einen Seite sind dies eine Mehrzahl von freien Trägern, auf der anderen Seite sind dies klinische Träger, die für die Betreuung der Bewohner einen Pflegesatz aus der Klinik enthalten. Im Bereich des Landschaftsverbands Rheinland haben die Bewohner nach wie vor einen Krankenhausstatus.

Die Zahlen sind deutlich, aber interpretationsbedürftig. Bei den klinischen Trägern spielt eine erhebliche Rolle, inwieweit die Verwaltung die Kostenstelle exakt abgrenzt, ob es eine politische Wirkung haben muss, welche Höhe das Budget des BWF innerhalb der Klinik haben soll und ob Geldmenge und Personaleinsatz tatsächlich korrelieren.

Die niedrigen Werte im Saarland lassen aber darauf schließen, dass die Fachkraftquote des Fachausschusses, die bei 1:10 liegt, nicht erfüllt wird. Langfristig können unter diesen finanziellen Bedingungen nur ausgewählte Klienten, deren Hilfebedarf eher niedrig ist, vermittelt werden. Klienten mit einem gesteigerten Hilfebedarf können aber mit einem solchen Personalschlüssel nicht vermittelt werden. Die Gefahr des Burn-out von Betreuungspersonal ist vorprogrammiert. Hier sehe ich dringenden Bedarf, die Teams durch eine angemessene finanzielle Ausstattung arbeitsfähig zu erhalten.

Thüringen ist ein hervorragendes Beispiel, wie durch eine solide Finanzausstattung und ein engagiertes Team das BWF sehr schnell

zur Blüte gebracht werden kann. Die radikale Absenkung der Betreuungsentgelte gefährdet aber spürbar die Entwicklung. Denn in Thüringen wurden insbesondere jüngere KlientInnen mit hohem Unterstützungsbedarf vermittelt. Viele Platzierungen sind gefährdet, da die KollegInnen nur noch etwa halb so viel Zeit für die Betreuungsarbeit aufbringen können.

Übersicht der Betreuungsentgelte für die Träger (Stand 10/2005)

<u>Überörtlicher Soz.hilfeträger</u>	<u>Satz pro Klient pro Monat</u>	<u>Anmerkungen</u>
<u>FREIE TRÄGER</u>		
LWV Württ	570 €	
LWV Hessen	544 €	
LWV Baden	486 €	Im 1. Jahr der Vermittlung: 534 €
LWV Westfalen/Li.	482 €	
Brandenburg	340 - 1.100 €	Fachleistungssatz: (31,96 € pro Std.) Betreuung zwischen 2,5 - 8 Std. pro Woche. (Senkung um ca. 15% angekündigt!)
Thüringen	350 €	(In der Projektphase wurden 600 € bezahlt)
Saarland	336 €	
<u>KLINISCHE TRÄGER</u>		
LV Rheinland	950 - 1.150 €	Pflegesatz unterschiedlich je nach KKH
Schwaben	771 €	
Oberpfalz	520 €	Personalkosten + 20% der PK Sachkosten
Unterfranken	520 €	Personalkosten + 20% der PK Sachkosten
Bremen	427 €	in den zwei ersten Vermittlungsjahren 620 €

Abb. 6: Finanzierung der professionellen Betreuungsteams

Aber man kann auch feststellen, dass die reinen Zahlen nicht in Korrelation mit dem Erfolg einer jeder Region oder eines jeden einzelnen Teams stehen. Genauso wichtig ist die Einbettung der Maßnahme BWF in das Versorgungssystem einer Region, ihre Reputation bei den Experten, das Finden geeigneter Familien und der Grad des Engagements der Mitarbeiter. Gerade in diesem Viereck liegt das Geheimnis des Erfolgs guter Arbeit für das Betreute Wohnen in Familien.

Ausblick

Gut zwanzig Jahre nach der Neuetablierung der Familienpflege (des betreuten Wohnens in Familien) zeigt sich deutlich dessen Leistungskraft in einigen wenigen Regionen bzw. Bundesländern in Deutschland. Konkret kann das BWF in gut ausgebauten Regionen zwischen 8 und 25% aller psychisch kranker Menschen unterbringen, die einen Hilfebedarf haben, der ansonsten in einer stationären Einrichtung der Eingliederungshilfe erbracht werden muss. Es gab einen Sprung um ca. 400 Neuvermittelte in den letzten zwei Jahren!

Langsam zeigen die ausdauernden Bemühungen um das BWF Wirkung. Aus Regionen, die bisher diese Form der Integration ignoriert haben, kommen immer mehr Nachfragen. Es scheint auch, dass die „Antistigmakampagne“ bei Psychiatrieexperten, die der Fachausschuss seit gut 18 Monaten betreibt, erste Früchte trägt. Keine andere Maßnahme der Eingliederungshilfe hat einen derart rasanten Aufschwung zu verzeichnen. Es bleibt Aufgabe des Fach-

ausschusses, neue Leistungs- und Maßnahmeträger zu beraten und für eine qualitätsbewusste Umsetzung des BWF zu sorgen. Verheerend wäre es, das BWF nur unter dem Aspekt des Einsparpotentials zu sehen. Nur eine solide finanzierte und gut ausgestattete Umsetzung dieser Maßnahme garantiert den Erfolg! Zu viele Initiativen scheiterten an unzureichender finanzieller Ausstattung.

Diese Rehabilitationsform bedeutet nicht nur ein Leben außerhalb von Einrichtungen. Viele Menschen können gut integriert unter dem schützenden Dach einer Familie wieder am gesellschaftlichen Leben teilhaben – ohne dass Normalität erst „künstlich“ erzeugt werden muss.

Drogenentwöhnung in bäuerlichen Familien

DIETER RANKE

Träger und Geschichte

TiP – Therapie im Pfaffenwinkel – gehört zum Verein Prop e. V. (Verein für Prävention, Jugendhilfe und Suchttherapie) mit Sitz in München.

Prop e. V. hat sich seit 1970 aus einer Initiative engagierter Bürger entwickelt, die etwas gegen das zunehmende Drogenelend bei jungen Menschen unternehmen wollten, und ist inzwischen zu einem gemeinnützigen Trägerverband mit derzeit 14 verschiedenen Einrichtungen, Projekten und Beratungsstellen im Bereich der Suchthilfe mit ca. 180 hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie vielen Honorarkräften gewachsen. Einzugsbereich ist der Großraum München (ca. 50 km).

Das ehemalige Projekt: „Suchthilfe auf dem Bauernhof“ wurde im Januar 1994 von der Arbeiterwohlfahrt übernommen. Davor existierte es etwa 2 Jahre. Es handelt sich dabei um ein in dieser Form besonderes Suchthilfeangebot für drogenabhängige Menschen.

Projektidee war: das soziale Engagement und die gesunden Kräfte unserer Gesellschaft für den Heilungsprozess bei der Entwöhnungstherapie suchtkranker Menschen einzusetzen und zu nutzen.

Das Projekt wurde in den Jahren 1992 bis 1994 mit Bundesmitteln gefördert. Seit 1995 ist TiP – Therapie im Pfaffenwinkel – eine eigenständige Einrichtung des Prop e.V., die nach §§ 35, 36 BtMG anerkannt ist. Die Finanzierung erfolgt über Tagessätze über den jeweils zuständigen überörtlichen Träger der Sozialhilfe (Wohnort oder Therapieantritt/Inhaftierung) oder das zuständige Jugendamt (bis zum Alter von 21 Jahren). Sitz des Büros ist in Polling bei Weilheim, ca. 50 km südlich von München.

Die Therapieeinrichtung besteht derzeit aus 20 Bauernhöfen und landwirtschaftlichen Betrieben, die jeweils einen Suchtmittelabhängigen für die Dauer von 12 Monaten in ihre Familien und den damit verbundenen Arbeitsalltag aufnehmen (Einzelunterbringung). Die Klientinnen und Klienten leben auf dem Hof mit der Familie zusammen und haben ein eigenes Zimmer. Für eine Arbeitsleistung erhält der Klient Kost und Logis bei der Familie, darüber hinaus erhalten die Familien kein Geld.

Das Angebot unserer Einrichtung richtet sich in erster Linie an Frauen und Männer ab dem 18ten Lebensjahr, die von illegalen Drogen oder Alkohol abhängig sind. Die Altersgrenze liegt bei 40 Jahren, in Einzelfällen auch darüber. In geeigneten Fällen werden auch suchtmittelgefährdete oder suchtmittelabhängige Jugendliche zwischen 16 und 18 Jahren aufgenommen. Alle unsere Therapiehöfe sind Grünlandbetriebe mit Milchviehhaltung (Ausnahme: 1 reiner Hühnerhof), sie liegen in den Landkreisen Weilheim-Schongau, Landsberg, Bad-Tölz, Starnberg und im Unter- und Ostallgäu.

Der therapeutische Ansatz

Die Klientinnen und Klienten leben während der Therapie in einem natürlichen und gesunden Umfeld. Sie sind voll in das Familienleben integriert. Gerade in der Anfangsphase kann die Bauernhoftherapie mit ihrer familiären Atmosphäre, dem Nichtvorhandensein drogenbesetzter Signale und der Einzelunterbringung auf dem jeweiligen Hof besonders unterstützend und stabilisierend wirken.

Das direkte Erleben von Arbeit, Zusammenleben (auch von [familiären] Konflikten) und vor allem das Aufarbeiten der eigenen Geschichte in gesunden familiären Strukturen sind für die spätere Bewältigung eigener (Beziehungs-)Probleme von großer Bedeutung. Die Einbindung in alle Arbeiten, die in der Gastfamilie und auf dem Hof anfallen, strukturieren von sich aus den Arbeitsalltag in einem deutlich immer wiederkehrenden Ablauf. Das therapeutische Anliegen ist dabei, mit der Unterstützung der bodenständigen, naturbezogenen Lebensweise der Bauernfamilie, die bisher beim Klienten nicht geförderten oder im Hintergrund verborgenen Fähigkeiten sichtbar werden zu lassen.

Der Umgang mit Tieren und die Notwendigkeit der täglichen, z. T. eigenverantwortlichen Versorgung bewirken schon nach kurzer Zeit ein neues Verantwortungsbewusstsein.

Die wöchentlich stattfindenden Betreuungsgespräche dauern in der Regel zwischen 2 - 3 Stunden. Dabei wird zu Beginn mit der Familie zusammen die vorige Woche reflektiert und mögliche Schwierigkeiten oder anstehende Ziele geklärt und abgesprochen. Anschließend verlassen wir den Hof und führen das eigentliche Einzelgespräch mit der Klientin oder dem Klienten in einem geeigne-

ten Rahmen (von Waldspaziergang über Büro bis zu Café). Auch organisatorische oder verwaltungstechnische Dinge werden hier besprochen. Je nach Situation und Wunsch der Betroffenen wird der Kontakt zur Kernfamilie wieder hergestellt, da dieser in den vergangenen Jahren i.d.R. schwer gelitten hat. Allerdings bestimmt der ehemalige Drogenabhängige selbst die Vorgehensweise. Bei Klientinnen und Klienten, die das 21. Lebensjahr noch nicht abgeschlossen haben, finden Erstgespräche z. B. mit den Eltern grundsätzlich gemeinsam mit dem Betreuer statt.

Alle Ersttreffen mit Freunden, Partnern oder anderen Bezugspersonen werden gut vorbereitet und nachbesprochen.

Der Therapieverlauf

Die Therapie beginnt nach erfolgreicher Entgiftung; sie ist auf 12 Monate angelegt und grundsätzlich in 3 Phasen aufgeteilt:

	Phase 1	Phase 2	Phase 3
Zeitraum	1 - 3 Monat	4 - 8 Monat	9 - 12 Monat
Inhalte der Arbeit auf dem Hof	Eingewöhnung in die Familie und den landwirtschaftlichen Betrieb	Übernahme von eigenverantwortlichen Tätigkeiten	Entwicklung und Umsetzung von Zukunftsperspektiven
Therapieinhalte	Einfinden in Therapiesituation, Planung des Therapieablaufes	Aufarbeiten der Suchtmuster anhand der aktuellen Erlebnisse	Stabilisieren von erreichten Zielen, Rückfallprophylaxe

Abb. 1: Therapieverlauf TiP

Phase 1

...beginnt mit dem einwöchigen Probewohnen. Daran schließt sich die Eingewöhnung an den Arbeitsalltag und das Vertrautmachen mit der Umgebung an. Dabei wird eine dreimonatige Kontaktsperre für die Klientinnen und Klienten als Schutz für sinnvoll gesehen.

Dies beinhaltet vor allem, dass die Klientinnen und Klienten die häusliche Gemeinschaft nur in Begleitung von Familienmitgliedern oder Personen deren Vertrauens verlassen sowie Post und Telefonate nur über das Büro von TiP – Therapie im Pfaffenwinkel – getätigt werden dürfen.

Phase 2

...ist die so genannte Hauptphase. Hier übernehmen die Klientinnen und Klienten mehr und mehr eigenverantwortliche Tätigkeiten. In



Abb. 2: Arbeit mit Rauchintermezzo

dieser Phase sollen die Klientinnen und Klienten lernen, die Belange eines bäuerlichen Anwesens zu erkennen und diese aktiv mitzugestalten.

Durch das Sicheinlassen auf andere und durch das aktive Mitarbeiten auf dem Hof gewinnen die Klientinnen und Klienten die Anerkennung und das Vertrauen der Gastfamilie. Diese neue Lebenserfahrung beinhaltet den Gewinn von Durchhaltevermögen und Selbstvertrauen. Die zunehmende Eigenverantwortung im Arbeitsbereich befähigt die Klientinnen und Klienten im weiteren auch zu selbstständigen Kontakten zu nicht drogenabhängigen Menschen und zu eigenverantwortlichen Ausgängen.

Phase 3

...hat das Ziel, dass bisher Gelerntes, neue Fähigkeiten, Wünsche und Träume der Klientinnen und Klienten für die Zukunft reflektiert werden. Konkret geht es darum, in Anlehnung an die Adaptionsphase der klassischen stationären Entwöhnungsbehandlung, Perspektiven und konkrete Handlungsschritte für die Zeit nach der Therapie zu entwickeln. Ziel in dieser letzten Therapiephase ist es, dass alle Klientinnen und Klienten mit einem festen Ausbildungs- oder Arbeitsplatz im ersten Arbeitsmarkt und einem festen Wohnsitz unsere Einrichtung verlassen.

Während der gesamten Therapie sollen die Suchtkranken lernen, mit ihrem Suchtproblem umzugehen. Dies bedeutet, jede Form von Suchtverhalten von sich aus zu thematisieren.

Durch eine telefonische Rufbereitschaft rund um die Uhr ist für unsere Familien auch in Krisensituationen eine gewisse Sicherheit gewährleistet.



Abb. 3: Milchtrunk und Musik!

Die Gast- oder Therapiefamilie

Die Therapiefamilien sind alle ausgesuchte Familien, die in aller Regel von uns angesprochen werden, ob sie bei dieser Art der Tätigkeit mitmachen wollen.

Durch mindestens drei Vortreffen, bei denen alles Wichtige thematisiert wird, kann die interessierte Familie einen groben Einblick in unsere Form von Suchtarbeit bekommen.

Ein wichtiger Punkt in den Vorbereitungsgesprächen sind unsere Anforderungen, die wir an die Gastfamilien stellen:

- ein suchtfreies Haus
- ein funktionierendes Familienleben, möglichst mit mehreren Generationen
- absolute Loyalität zu TiP – Therapie im Pfaffenwinkel.
- Alle auf dem Hof lebenden Menschen müssen der Aufnahme eines Klienten zustimmen.

Ein sehr entscheidendes Thema für die Familien sind mögliche Erkrankungen unserer Klientinnen und Klienten. Da HIV-Patienten so gut wie nicht mehr unter unseren Bewerbern sind, ist hauptsächlich Hepatitis B und C Schwerpunktthema. Nach der umfassenden Aufklärung über diese Krankheiten stellen wir den Therapiefamilien frei, ob sie einen Hepatitisinfizierten (chronisch kranken) Klienten in ihrem Haushalt aufnehmen wollen.



Abb. 4: Im Kreis der Familie

Wir bieten den Klienten auch die Möglichkeit an, eine Interferonbehandlung während der Therapiedauer durchzuführen. Weiterhin sprechen wir über unseren Regelkatalog. Wenn alles klar ist, kann die Aufnahme und damit die gemeinsame Arbeit beginnen.

Unsere Therapiefamilien können jederzeit aus der Zusammenarbeit aussteigen, wenn sich aufgekommene Schwierigkeiten nicht durch gemeinsame Gespräche lösen lassen. In einer – auch längeren – Pause oder Unterbrechung sehen wir keine Schwierigkeit, oft nutzen die Familien die Belegungspausen zwischen 2 Klienten, um das Privat- und Familienleben wieder bewusst zu genießen oder neu auszurichten.

Erwartungen von unseren Therapiefamilien an die Klientinnen und Klienten

Die Erwartungen beziehen sich auf:

- die Bereitschaft zur Integration in die Familie, die oft aus mehreren Generationen besteht
- die Anerkennung aller auf dem Hof existierenden Regeln und Abläufe
- eine verantwortliche Mitarbeit bei sämtlichen Arbeiten, die auf einem landwirtschaftlichen Anwesen anfallen, wie z. B. die tägliche Stallarbeit, Mithilfe bei der Bewirtschaftung der Grün- und Ackerflächen, Landschaftspflege, Tierpflege, Umgang mit Maschinen, Gartenarbeit und Mithilfe im Haushalt

- die Entwicklung eines eigenständigen und engagierten Arbeitsverhaltens
- pfleglicher Umgang mit Tieren und Gerät
- das eigenständige Aufräumen und Sauberhalten des Zimmers

Erwartungen von TiP – Therapie im Pfaffenwinkel – an unsere Klientinnen und Klienten

Wir erwarten von unseren Klienten die Bereitschaft:

- sich auf den Therapieprozess einzulassen und Themen motiviert und eigenverantwortlich anzugehen
- sich an die aufgestellten Regeln zu halten und Anweisungen von unserer Seite oder von Seiten der Therapiefamilie zu befolgen

Zahlen und Fakten

- bis zu 20 Therapiehöfe stehen für die Arbeit zu Verfügung, durchschnittlich sind 12 - 15 Höfe belegt
- 30 - 40 Klienten pro Jahr, davon 20 - 25 Neuaufnahmen
- Finanzen für die Klienten: ALGe2 zwischen 140,00 € und 185,00 €. Davon 90,00 € Taschengeld, der Rest Kleidergeld, Erstausrüstung...
- Altersschwerpunkt der Klienten 30 Jahre + 5 Jahre
- Männer-/Frauenverteilung: 80% / 20%
- ca. 3/4 unserer Klienten werden aus JVA's zu uns vermittelt
- 85% der Klienten haben eine Therapieaufgabe (§35 BtMG)
- 95 % unserer Klienten haben therapeutische Vorerfahrungen (1 - 5 Therapien) und suchen sich bewusst unsere Form der Einzeltherapie
- Erfolgsrate: 7 von 10 Klienten ziehen das Jahr auf dem Hof durch, 2 Jahre nach Therapieende sind davon 3 - 4 weiter clean, 5 Jahre nach Therapieende noch 2 - 3 Klienten
- durchschnittliche Therapiedauer bei erfolgreichem Abschluss: 10 - 11 Monate
- Personal: 2,7 Planstellen; davon 4 therapeutische Mitarbeiter auf 2 Stellen verteilt (davon 1 Honorarkraft) und eine Verwaltungsangestellte. 3 Männer, 2 Frauen
- Erstkontakte zu Klienten und Bewerbungsverfahren laufen über die Zentrale Vermittlungsstelle des Trägervereins
- Zusammenarbeit mit: + Klienten + Justiz / Staatsanwaltschaft + Landratsämtern + Jugendämtern + Arbeitsgemeinschaft Hartz IV + Arzt + Drogen- / Suchtberatern + Krankenkasse + Bewährungshilfe + Suchtarbeitskreisen + Angehörigen + Agentur für Arbeit



Geschafft!

Ausblick

JÖRG WESTRICH

Den Blick in die Zukunft zu richten, erfordert zunächst einmal eine Bestimmung der gegenwärtigen Situation. Daher will ich einige Bemerkungen zum derzeitigen Status der psychiatrischen Familienpflege im Saarland machen. Als ich 2002 als Mitarbeiter in das Familienpflegeteam kam, lautete die offizielle Bezeichnung dieser ambulanten Einrichtung „Projekt Gastfamilien für psychisch Kranke“. Im alltäglichen Diskurs mit Professionellen und Laien wurde der Einfachheit halber stets vom „Gastfamilienprojekt“ gesprochen. Mit dem Begriff Projekt geht stets eine gewisse Vorläufigkeit und Unbestimmtheit einher. Ohne zu übertreiben konnte man in den letzten Jahren von einem schwebenden Zustand sprechen. Von Jahr zu Jahr fanden neue Finanzierungsverhandlungen zwischen dem rechtlichen Träger, den SHG-Kliniken Völklingen und dem zuständigen Ministerium statt. Dementsprechend wurden die Mitarbeiter des Projektes mit befristeten Verträgen ausgestattet, deren Verlängerung vom Ausgang der Verhandlungen abhing.

Vor dem Hintergrund des SGB XII wurde die psychiatrische Versorgung erstmals bei einem Leistungsträger – dem überörtlichen

Träger der Sozialhilfe – zusammengefasst. Darauf hin konstituierte sich 2005, auf eine Initiative des Ministeriums für Justiz, Gesundheit und Soziales hin, eine Landesarbeitsgruppe Struktur, die innerhalb von sechs Monaten ein Konzept der ambulanten sozialpsychiatrischen Komplexleistung entwickelte. In der Konzeption vom 8. Juli 2005 erscheint die psychiatrische Familienpflege jetzt als „Begleitetes Wohnen für erwachsene seelisch behinderte Menschen in Gastfamilien“.

Damit scheint der Projektstatus nach zehn Jahren ein Ende zu haben, offizielle Verlautbarungen stehen diesbezüglich jedoch immer noch aus. Wenn dieser Sachverhalt zuträfe und seitens der verantwortlichen Entscheidungsträger bestätigt würde, dann hätte die Familienpflege, von Experten oft belächelt und kritisiert, eine Statuspassage durchlaufen und wäre von nun ab offiziell ein fester Bestandteil der gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebote.

Dies gäbe den Mitarbeitern, aber nicht zuletzt auch den Familien und ihren Gästen bedeutend mehr Handlungssicherheit. Formell wäre damit die Grundlage geschaffen, das Betreute Wohnen in Familien (BWF), um den Begriff des Fachausschusses Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (DGSP) aufzugreifen, kontinuierlich weiter zu entwickeln.

Noch unklar jedoch bleibt vorläufig die Art und Höhe der Finanzierung, da die oben beschriebene Neustrukturierung der Hilfsangebote sich noch im Prozess befindet und die Finanzierung jener Aspekt ist, der zuletzt verhandelt wird. Mitwirkende der „Landesarbeitsgruppe Struktur“ rechnen diesbezüglich erst Anfang 2007 mit konkreten Ergebnissen. Das bedeutet für uns, dass wir zunächst mit dem bisherigen Budget haushalten müssen. Was das Saarland betrifft,

verweise ich auf die Zahlen und deren Interpretation im Beitrag von EISENHUT. (s. S. 89 u. S. 92, Abb. 6)

Dem BWF kam und kommt sicherlich zugute, dass Eingliederungshilfen in Richtung ambulanter Betreuungsformen fokussiert werden. Mehr Lebensspielraum, Partizipation und Eigenverantwortung kann fachlich nur durch Aufbau und Differenzierung der Versorgungsstrukturen im ambulanten Sektor erreicht werden. Das Prinzip ambulant vor stationär steht dafür; dass alle ambulanten Hilfsmöglichkeiten ausgeschöpft werden müssen, ehe stationäre Lösungen überhaupt in Betracht gezogen werden dürfen.

Dazu seien einige Zahlen erwähnt, die das Verhältnis ambulanter und stationärer Eingliederungshilfe näher beschreiben. Seit Inkrafttreten des BSHG 1961 sind die Ausgaben für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ununterbrochen angestiegen. Daran wird sich nach meiner Auffassung zukünftig nichts ändern.

Die Sozialträger haben im Jahr 2003 bundesweit 25,6 Mrd. € ausgegeben. Die Hilfe in besonderen Lebenslagen betrug daran anteilig 15,7 Mrd. €. Darunter ist die Eingliederungshilfe mit einem Anteil von 10,9 Mrd. € von besonders großer Bedeutung. Dies entspricht einer Quote von 43 % an den Gesamtausgaben der Sozialhilfe. Davon entfallen 10,1 Mrd. € auf die Hilfe innerhalb von Einrichtungen und 0,8 Mrd. € auf die Hilfe außerhalb von Einrichtungen (SCHÄFER, 2005). Dieses ungleiche Verhältnis macht deutlich, dass ein Paradigmenwechsel – ambulant vor stationär – dringend erforderlich war. Vor diesem Hintergrund hebt sich die Familienpflege als Kostenfaktor vergleichsweise bescheiden ab und kommt den derzeitigen gesundheits- und sozialpolitischen Zielen entgegen. Der Anspruch auf Personenzentrierung und die Anerkennung individueller

Bedürfnisse und Fähigkeiten ist ein wesentliches Merkmal des BWF. Psychiatrische Familienpflege ist die konsequent verfolgte Integration von Menschen in Lebensgemeinschaften außerhalb von Institutionen und Einrichtungen. Dies sind nicht nur Familien sondern auch andere Formen von Lebensgemeinschaften oder Einzelpersonen. Die Palette erweitert sich dergestalt, wie sich auch unsere Gesellschaft wandelt und andere, neue Lebensstile hervorbringt.

Die psychiatrische Familienpflege verfolgt das Prinzip der Normalisierung in konsequenter Weise. Als multiprofessionelles Team sind wir bemüht, unseren Bewohnern die elementarsten Grundbedürfnisse zu erfüllen, ihnen ein eigenständiges Wohnen weitestgehend zu ermöglichen, ihnen materielle Ressourcen zu verschaffen, soziale Kontakte und Kommunikation zu ermöglichen und die Betroffenen in ein sozial und ökologisch intaktes Umfeld zu integrieren. Ein wesentlicher Faktor für psychische Gesundheit ist ein verlässliches Netz sozialer Beziehungen, das in Krisen- und Krankensituationen Halt gibt, uns aber auch im alltäglichen Leben Handlungssicherheit schafft (KEUPP, 2006).

Das Leben in Gastfamilien bringt den Betroffenen die heilsame Kraft des Alltags nahe. Es sind die regelmäßig wiederkehrenden Interaktionsmuster, die Sicherheit verleihen und dem Alltag einen therapeutischen Aspekt abgewinnen. Psychosoziale Hilfen müssen von der Lebenswelt der Betroffenen ausgehen, davon, wie er seine vertrauten Lebenszusammenhänge erhalten kann. Somit ist die psychiatrische Familienpflege eine Möglichkeit unter weiteren ambulanten und stationären Maßnahmen, die den Bedürfnissen der psychisch kranken Menschen nahe kommt, oder eben als Lebensform ausscheidet.

Für die nahe Zukunft stellt sich die Frage, ob Familienpflege eine neue Beheimatung bedeutet oder ob sie eher als Lebensabschnitt eines Menschen betrachtet werden kann? Beide Möglichkeiten sind in Betracht zu ziehen.

Wenn die Beziehungen zwischen Gastfamilie und Gast sich derart intensiv gestalten, dass sich daraus eine Gemeinschaft entwickelt, in der der Gast seine Fähigkeiten und Interessen ausleben kann, aber auch gleichermaßen Ruhe und Geborgenheit findet, dann sollte ihm ein dauerhaftes Verbleiben in dieser gesellschaftlichen Nische ermöglicht werden. Solche Bedingungen sind es, die zu gelungener Identität und Ich-Stärke beitragen.

Andererseits kann ich mir BWF auch als Möglichkeit vorstellen, Menschen, die aufgrund akuter psychischer Erkrankungen und Krisen Handlungskompetenzen verloren haben, durch diese Krise zu begleiten und ihnen am Ende zu neuer Selbstbestimmtheit und Autonomie zu verhelfen. Hier wäre die Gastfamilie der Ort einer ausgedehnten Krisenintervention. Eine weitere Überlegung ist es, interessierte Familien für die Durchführung psychiatrischer Kurzzeitpflege zu gewinnen. Dann zum Beispiel, wenn Betroffene sich für einen vorübergehenden Aufenthalt in einer stationären Einrichtung entschlossen haben, aber aufgrund der langen Wartezeiten zwischenzeitlich Unterkunft und psychosoziale Betreuung brauchen. Diese Wartezeiten werden aktuell meist in gemeindepsychiatrischen Kliniken überbrückt, obgleich dies aus ärztlicher Sicht nicht mehr dringend erforderlich ist.

Dies beträfe vor allem das Budget der Krankenkassen, die dadurch erhebliche Einsparungen machen könnten, sich aber gleichzeitig an den Kosten im Rahmen der psychiatrischen Kurzzeitpflege in Gastfamilien beteiligen müssten.

Derzeit halten sich die Krankenkassen, was die Mitfinanzierung sozialer Rehabilitationsmaßnahmen betrifft, mehr als bedeckt. So könnte eine wie oben beschriebene Intervention als soziotherapeutische Leistung eingestuft werden, die in der Familie von professionellen Mitarbeitern begleitet wird.

Ein von uns bereits durchgeführte Hilfsform ist die Aufnahme psychisch erkrankter Mütter gemeinsam mit ihren Kindern in entsprechenden Gastfamilien. Diese Maßnahmen sind jedoch eher selten, da sich die Bereitschaft der Jugendämter, diese Betreuungsform mitzufinanzieren, in Grenzen hält. Was derzeit fehlt, ist der Mut der verantwortlichen Jugendämter, diese Hilfe im Leistungskanon der KJHG festzuschreiben.

Alternativ hierzu bieten sich nur kostspielige Mutter-Kind-Einrichtungen an, die die erkrankten Mütter mit ihren Kindern aufnehmen und therapeutisch begleiten. Eine solche Einrichtung verursacht monatlich Kosten in Höhe von ca. 3.000 € pro Person, also 6.000 € für Mutter und Kind. Dem steht ein finanzieller Aufwand im Rahmen der Familienpflege in Höhe von ca. 1.200 € pro Person entgegen. In anderen Bundesländern ist die Aufnahme von Mutter und Kind bereits etabliert.

Eine Herausforderung für die nahe Zukunft ist die Entwicklung eines Konzeptes, das die Betreuung und Pflege gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen in Gastfamilien ins Auge fasst.

Epidemiologische Forschungen weisen darauf hin, dass etwa ein Fünftel bis ein Viertel der über 65jährigen als psychisch krank gelten. Dabei entfällt knapp die Hälfte der gestellten Diagnosen auf Demenzen, ein weiterer großer Teil auf depressive Syndrome. Neben umfassenden Versorgungsreformen, die den demographischen Tatbeständen

Rechnung tragen, muss sich die gerontopsychiatrische Versorgung vermehrt an den Bedürfnissen ihrer schwächsten Zielgruppe, den Demenzkranken, orientieren. Das bedeutet, dass neben der institutionellen Versorgung und Betreuung ein breites Netz an ambulanten Maßnahmen geschaffen werden muss. Es kann sein, dass Menschen, die an einer Demenz erkrankt sind, nur noch mit institutioneller Grundversorgung zu rechnen haben. Es muss nach Lösungen und Möglichkeiten gesucht werden, die uns Zugang verschaffen zu deren Wahrnehmungswelten (DÖRR, 2005). Hier kann die gerontopsychiatrische Familienpflege gesellschaftliche Lebensräume und Nischen anbieten, die individuelle Hilfeplanung ermöglichen (KONRAD, GERSTER, SPINNER, 2003).

Im Vordergrund steht zur Zeit jedoch die Gewinnung weiterer Gastfamilien, um dem tatsächlich vorhandenen Bedarf gerecht zu werden. Häufig können wir vielen Interessenten nur einen Platz auf der Warteliste und eine in die Zukunft gerichtete Zusammenarbeit anbieten.

Die Vermittlung und professionelle Begleitung seelisch kranker, erwachsener Menschen ist immer noch unser tägliches Brot. Unsere Arbeit vollzieht sich innerhalb einer Dreiteilung: die Begleitung der bestehenden Familienpflegeverhältnisse, die Vermittlung neuer Bewohner in Gastfamilien und die Werbung neuer, interessierter Familien.

Getragen werden diese Bemühungen von dem Anspruch, die psychosozialen Erfahrungen von Menschen mit anderen, abweichenden Lebensentwürfen zu begreifen und ihnen zu einer Nische zu verhelfen, in der sie sich trotz eingeschränkter Möglichkeit als aktiv gestaltende Menschen erfahren können.

Literatur

1. DÖRR, M (2005).
Soziale Arbeit in der Psychiatrie
Ernst Reinhardt Verlag
München Basel
2. KEUPP, H.
Familie im Wandel: Mythen – Realitäten – Perspektiven
Vortrag bei der 18. Jahrestagung der psychiatrischen Familienpflege
„Familie zwischen Tradition und Vision“ am 18.11.2003 im Kloster Irsee
3. KONRAD, M., GERSTER, R., SPINNER G. (2003)
Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen
Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung
Ravensburg
4. MINISTERIUM FÜR JUSTIZ, GESUNDHEIT UND SOZIALES DES
SAARLANDES
Ambulante sozialpsychiatrische Komplexleistung
Konzept der Landesarbeitsgruppe Struktur, 2005, Saarbrücken
5. SCHÄFER W. (2005)
*Entwicklung der Sozialhilfeaufgaben und die sich daraus ergebende besondere
Rolle der Familienpflege*
in: *Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien*
gestern – heute – morgen
20. Bundestagung Familienpflege, Jena

Autorenverzeichnis

Dr. CLAUDIA BIRKENHEIER
Chefärztin der Psychiatrisch-
Psychotherapeutischen Klinik und Tagesklinik,
Leiterin des Zentrums für Psychiatrische Familienpflege
SHG-Kliniken
66333 Völklingen
birkenheier.vk@shg-kliniken.de

Pfarrer KARL-GÜNTER DILK
Ev. Krankenhausseelsorger
SHG-Kliniken
66333 Völklingen

Dipl.-Sozialpäd. (FH) REINHOLD EISENHUT
Sprecher des Fachausschusses
Betreutes Wohnen in Familien der
Dt. Gesellschaft für Sozialpsychiatrie (DGSP)
72760 Reutlingen
bwf-rt@vsp-net.de

Prof. Dr. PETER FALKAI
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg/Saar
peter.falkai@uniklinikum-saarland.de

Dipl.-Psych. ANJA HAGEN
Zentrum für für Psychiatrische Familienpflege
SHG-Kliniken
66333 Völklingen
familienpflege.vk@shg-kliniken.de

Dipl.-Sozialpäd. DIETER RANKE
Leiter der TiP (Therapie im Pfaffenwinkel)
82398 Polling
tip@prop-ev.de

Dipl.-Sozialpäd. JÖRG WESTRICH
Zentrum für Psychiatrische Familienpflege
SHG-Kliniken
66333 Völklingen
familienpflege.vk@shg-kliniken.de

Vital e.V. dankt für die freundliche Unterstützung:

Saarland-Heilstätten GmbH



Apolog



Fa. Janssen-Cilag, Neuss



Architekturbüro Weinand, Plegnière und Ahr, Merzig

