

Psychiatrische Familienpflege – ambulante Sozialarbeit als Konkurrenz zu stationärer psychiatrischer Versorgung?

Als Diplomarbeit zum
Sommersemester 2006

der Katholischen Universität Eichstätt
Fakultät für Soziale Arbeit (FH)

Vorgelegt von

Simone Batz

Referent: Prof. Dr. Bernd Halfar

Korreferent: Markus Hoga

Inhaltsverzeichnis

0	EINLEITUNG.....	5
1	DIE PSYCHIATRIEREFORM IN ITALIEN: STAND UND ENTWICKLUNG	7
1.1	ERSTE ITALIENISCHE PSYCHIATRIEREFORM VON 1904	8
1.2	ZWEITE ITALIENISCHE PSYCHIATRIEREFORM VON 1978	9
1.3	BILANZ DER REFORMBEWEGUNG.....	10
2	DAS „GEELER SYSTEM “ - FAMILIENPFLEGE PSYCHISCH KRANKER MENSCHEN	12
2.1	TRADITION DER FAMILIENPFLEGE IN GEEL.....	12
2.2	DIE FAMILIENPFLEGE DES ÖFFENTLICHEN PSYCHIATRISCHEN KRANKENHAUSES (OPZ) IN GEEL	14
3	GESCHICHTE DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE IN DEUTSCHLAND.....	16
3.1	VORLÄUFER DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE	17
3.2	ENTWICKLUNG DER FAMILIENPFLEGE IN DER NS-ZEIT.....	18
3.3	„WIEDERENTDECKUNG“ DER TRADITION DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE	19
4	SOZIALPOLITISCHE ASPEKTE DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE IN DEUTSCHLAND	19
4.1	BEGRIFFBESTIMMUNG – ABGRENZUNG	20
4.2	RECHTLICHE UND SOZIALÖKONOMISCHE GRUNDLAGEN	21
4.2.1	<i>Finanzierung der Betreuungsleistungen der Gastfamilie.....</i>	<i>22</i>
4.2.2	<i>Kosten des Familienpflegeteams</i>	<i>23</i>
4.2.3	<i>Hilfe zum Lebensunterhalt und Leistungen der Sozialhilfe für den Gast.....</i>	<i>23</i>
4.3	FACHLICHE STANDARDS DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE	23
5	PSYCHIATRISCHE FAMILIENPFLEGE ALS BAUSTEIN PSYCHIATRISCHER VERSORGUNG.....	24
5.1	KONZEPT DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE	24
5.2	DER „THERAPEUTISCHE FAKTOR“ FAMILIE	27
5.2.1	<i>Sozialisationsfunktion der Familie</i>	<i>28</i>
5.2.2	<i>Milieutherapeutische Faktoren</i>	<i>29</i>
5.2.3	<i>Familienkompetenzen als Schlüsselkompetenzen.....</i>	<i>30</i>
5.3	PRODUKTIVITÄT PSYCHIATRISCHER VERSORGUNG.....	32
6	LEBENSQUALITÄT IN DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE – EINE QUALITATIVE UNTERSUCHUNG	34
6.1	ÜBERLEGUNGEN ZUM UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND	34
6.2	DAS KONZEPT LEBENSQUALITÄT	35
6.3	ZIELGRUPPE.....	36

6.4	METHODISCHES VORGEHEN	39
6.4.1	<i>Erhebungsinstrument</i>	41
6.4.2	<i>Analyse der Interviews</i>	44
6.5	ERGEBNISSE	44
6.5.1	<i>Materielle Zufriedenheit</i>	45
6.5.2	<i>Physische und psychische Zufriedenheit</i>	47
6.5.3	<i>Zufriedenheit mit der sozialen Situation</i>	50
6.5.4	<i>Aktivitätsbezogene Zufriedenheit</i>	56
6.5.5	<i>Emotionale Zufriedenheit</i>	58
6.5.6	<i>Einschätzung der Bedeutung der Psychiatrischen Familienpflege</i>	61
6.6	DISKUSSION DER ERGEBNISSE	62
7	KOSTEN UND NUTZEN DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE	65
7.1	DIREKTE KOSTEN	66
7.2	INDIREKTE KOSTEN	68
7.3	NUTZEN DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE	69
8	AMBULANTE SOZIALARBEIT ALS VORAUSSETZUNG (ERFOLGREICHER) PSYCHIATRISCHER FAMILIENPFLEGE ...	70
8.1	SPEZIFISCHE AUFGABEN DER SOZIALARBEIT IN DER PSYCHIATRISCHEN FAMILIENPFLEGE	71
8.1.1	<i>Akquise und Auswahl von Gastfamilien</i>	72
8.1.2	<i>Auswahl geeigneter Klienten für die Psychiatrische Familienpflege</i>	75
8.2	PROFESSIONELLE BEGLEITUNG DES BETREUUNGSVERHÄLTNISSES	77
8.2.1	<i>Hausbesuch</i>	78
8.2.2	<i>Krisenintervention</i>	80
9	RESÜMEE	82
	LITERATURVERZEICHNIS	85

Die Mauern

Aber die Mauern sie stehn,
 drinnen ein leiser Schrei.
 von außen gesehen,
 wagt man sich kaum
 hinein,
 Die Mauern die stehn
 und schweigen.
 Die da draußen schweigen
 mit Ihnen. Die da draußen
 zeigen mit den Fingern nach
 Ihnen
 Sonnenuntergang
 im Garten, sie sitzen da
 und warten
 und warten ganz
 allein

Die Mauern die
 stehn, noch vieles ist
 beim Alten.
 Ach könnte man den
 Wahnsinn verstehen,
 als ihn zu verwalten

Gedicht von der
 Psychiatrie

2000

0 Einleitung

Die Aufnahme psychisch kranker Menschen in Gastfamilien als Alternative zu psychiatrischen Anstalten hat auch nach einer jahrhundertelangen Tradition nichts an ihrer Aktualität eingebüßt. In der vorliegenden Arbeit soll deshalb der Frage nachgegangen werden, ob die Psychiatrische Familienpflege als sozialarbeiterisch-gestütztes Laienangebot für psychisch kranke Menschen ein ambulantes Konkurrenzangebot im Vergleich zu stationärer Versorgung sein kann.

Die Familienpflege existiert als Regelleistung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Das Angebot richtet sich neben psychisch kranken auch an geistig behinderte Menschen, auf die in diesem Rahmen aber nicht näher eingegangen werden soll. Im Folgenden wird deshalb die Bezeichnung „Psychiatrische Familienpflege“ gewählt¹. Im Zentrum der Betrachtung liegt die persönliche Betreuung psychisch kranker Menschen in Familien, die unter anderen Umständen in stationären Einrichtungen leben würden, nicht die stationäre *medizinische* Versorgung in Krankenhäusern.

Psychische Erkrankungen verursachen durch direkte und indirekte Kosten jährlich enorme finanzielle Belastungen für den Gesundheits- und Sozialhaushalt (vgl. WHO, 2001). Die leere Staatskasse macht es auf der einen Seite notwendig, sich um kostengünstigere Versorgungsmöglichkeiten als der Unterbringung in Heimen für psychisch kranke Menschen zu bemühen, auf der anderen Seite orientiert sich auch die psychiatrische Versorgung zunehmend an Forderungen nach Personenzentrierung, Nutzerbeteiligung und Lebensqualität. Die traditionelle Form der Heimunterbringung kann diesen Anforderungen aber nur unzureichend gerecht werden (vgl. Auspurg, 2005).

„Solange unser Menschenbild noch vom Institutions-Paradigma geprägt ist, werden wir den Pflegebedürftigen und Behinderten in der Regel als höchstes Grundbedürfnis die Selbstbestimmung zusprechen, gerade weil dies dort ziemlich folgenlos ist, da Selbstbestimmung in der Institution weitgehend unmöglich ist“ (Dörner, 2003, S. 161).

¹ Auf die Problematik einer eindeutigen Begrifflichkeit für diese Betreuungsform wird im vierten Kapitel noch ausführlich eingegangen.

Die WHO stellt 2001 in ihrem Weltgesundheitsbericht, der sich dem Thema der psychischen Gesundheit widmet, fest, dass chronisch psychisch kranke Menschen, die über lange Zeit in stationären Einrichtungen untergebracht sind, weit weniger Lebensqualität haben, als Menschen, die in der Gemeinschaft leben.

Obwohl es eine lange Tradition der psychiatrischen Familienpflege gibt, in manchen Ländern reicht diese sogar Jahrhunderte zurück, ist diese Wohnform in weiten Teilen Deutschlands relativ unbekannt und ungenützt.

Vor diesem Hintergrund soll untersucht werden, ob die Psychiatrische Familienpflege ein wirksames Instrument der Versorgung darstellt und aufgrund geringerer Kosten und einem Zuwachs an Lebensqualität für die Klienten ein ernstzunehmendes Konkurrenzangebot zu stationärer psychiatrischer Hilfe sein kann.

Um die Effekte der Familienpflege auf die Lebensqualität der Klienten erheben zu können, wurden qualitative Interviews mit psychisch kranken Menschen geführt, die in Gastfamilien leben. Anschließend wurden diese anhand vorgegebener Kriterien systematisch ausgewertet. Zusätzlich wurde an einem Fallbeispiel eine Berechnung der direkten und indirekten Kosten der psychiatrischen Versorgung durchgeführt, so dass eine Kosten/Nutzen-Analyse erfolgen konnte.

Die Bemühungen um eine Deinstitutionalisierung, obwohl aktuell immer vehementer gefordert, sind nicht neu. Deshalb soll zunächst beschrieben werden, welche Erfahrungen andere Länder mit dieser Thematik gemacht haben. Im ersten Kapitel werden die Auswirkungen der Antipsychiatriebewegung in Italien auf die Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgungslandschaft dargestellt.

Anschließend folgt im zweiten Kapitel die Schilderung der traditionellen Versorgung psychisch kranker Menschen in Geel, das als „Geburtsort“ der Psychiatrischen Familienpflege gilt.

Die geschichtliche Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland sowie die sozialpolitischen Rahmenbedingungen dafür, werden in Kapitel drei und vier erläutert.

Kapitel fünf beschreibt die Familienpflege als Baustein der psychiatrischen Versorgung in Abgrenzung zur Heimversorgung.

Auf die Ergebnisse der qualitativen Erhebung zur Frage der Lebensqualität von Bewohnern in Gastfamilien wird in Kapitel sechs ausführlich eingegangen.

Eine Bewertung der Familienpflege aus ökonomischer Sicht unter den Aspekten der Kosten und des Nutzens dieser Betreuungsform wird in Kapitel sieben vorgenommen.

Im achten Kapitel wird schließlich dargestellt, welche Bedeutung der ambulanten Sozialarbeit innerhalb der Psychiatrischen Familienpflege zukommt.

1 Die Psychiatriereform in Italien: Stand und Entwicklung

Es ist schon lange bekannt, dass die Versorgung psychisch kranker Menschen in Anstalten nicht die optimale Lösung darstellt. Aus diesem Grund wurde in der Vergangenheit mit mehr oder weniger intensivem Bemühen nach Alternativen gesucht.

Italien beschreitet vor dem Hintergrund der Anti-Psychiatrie-Bewegung, die in verschiedenen Ländern unterschiedlich stark ausgeprägt ist, einen sehr radikalen Weg mit der kompletten Auflösung der staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser und dem Aufbau eines flächendeckenden gemeindepsychiatrischen Versorgungssystems (vgl. Piccinelli, Politi & Barale, 2002).

Auch Deutschland hat sich von diesem Vorgehen, wenn auch in einer gemäßigten Form, inspirieren lassen. Das Resultat der Anti-Psychiatrischen Bewegung in Deutschland mündete in der Psychiatrie-Enquête von 1975 (vgl. Payk, 2004).

Im weiteren Verlauf soll die Entwicklung und die sich daraus ergebenden Konsequenzen für die psychiatrische Versorgung in Italien in einem kurzen Überblick dargestellt werden.

1.1 Erste italienische Psychiatriereform von 1904

Bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts gab es für die Versorgung psychisch kranker Menschen in Italien keine gesetzlichen Regelungen. Erste Schritte, die psychiatrische Praxis zu verändern, wurden mit dem in Kraft treten des Gesetzes Nr. 36 aus dem Jahr 1904, unternommen. Im Zuge dieses Gesetzes wurden die Provinzen zur Errichtung psychiatrischer Krankenhäuser verpflichtet, um eine regionalisierte psychiatrische Versorgung aufzubauen. Der bis dahin gängigen Praxis, psychisch kranke Menschen willkürlich zu hospitalisieren, wurde dadurch ein Riegel vorgeschoben. Nun wurden Menschen, die selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten zeigten oder wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses von der Polizei aufgegriffen wurden, per Zwangseinweisung in die psychiatrischen Krankenhäuser überstellt. Der Verlust der Bürgerrechte, politischer Rechte und gravierende soziale Nachteile waren die Folgen einer Krankenhausaufnahme. Eine Änderung der Bedingungen zeichnete sich erst in den 50iger und 60iger Jahren des letzten Jahrhunderts mit der Entwicklung erster Psychopharmaka und anderer Behandlungsverfahren, wie der Elektrokrampftherapie, ab. Zudem waren die psychiatrischen Zentralkrankenhäuser dauerhaft überfüllt, so dass eine Verringerung der stationär aufgenommenen Patienten dringend notwendig wurde (vgl. Piccinelli et al., 2002; Hinterhuber, Liensberger, Tasser, Schwitzer, Rizzuti & Meise, 2001).

Die Behandlung für psychisch kranke Menschen in Italien änderte sich grundlegend mit dem Gesetz Nr. 431, welches 1968 erlassen wurde. Das sozialpsychiatrische Paradigma sowie neue Behandlungsansätze, die modellhaft vor allem in Nord- und Mittelitalien durchgeführt wurden, in deren Mittelpunkt eine gemeindenahere Versorgung stehen sollte, bildete die Basis für gesetzliche Regelungen in den folgenden Jahren (vgl. Piccinelli et al., 2002).

Die Maßnahmen beinhalteten zum einen die Behandlung der psychisch kranken Menschen in kleinen psychiatrischen Abteilungen, nun auch durch Psychologen und Sozialarbeiter, und nicht mehr in psychiatrischen Großkrankenhäusern. Zum anderen sollte die Ver-

sorgung in der Gemeinde in Form von ambulanten Diensten verortet werden. Dieses Gesetz zielte außerdem darauf ab, die Patienten aktiver in die Behandlung mit einzubeziehen und Entscheidungen selbständig zu treffen. Dies resultierte unter anderem in kürzeren Verweildauern in psychiatrischen Krankenhäusern. Die Bürgerrechte und politischen Rechte blieben den psychisch kranken Menschen erhalten. Bereits im Verlauf dieser Reform kam es zum beabsichtigten Bettenabbau. Zwischen 1962 und 1977 sank die Bettenanzahl von 97.946 auf 70.070 (vgl. ebd.). Ein Nachteil der Gesetzgebung bestand allerdings darin, dass klare Regelungen zur Durchführung fehlten (vgl. Hinterhuber et al., 2001).

1.2 Zweite italienische Psychiatriereform von 1978

All diesen Verbesserungen zum Trotz erwiesen sich die Versorgungsbedingungen als nach wie vor ungenügend. Die vorherrschenden Verhältnisse in den Anstalten standen im Brennpunkt der Kritik durch die antipsychiatrische Bewegung, der auch der italienische Psychiater Franco Basaglia angehörte. Als Leiter des psychiatrischen Dienstes in Triest setzte sich Basaglia für gesellschaftliche Veränderungen einerseits und für die Schließung psychiatrischer Großkrankenhäuser andererseits ein. Sein Ziel war es, eine Psychiatrie außerhalb des Krankenhauses zu schaffen. Durch massive Öffentlichkeitsarbeit von Basaglia und seinen Mitstreitern kam es rasch zu einer Parlamentsentscheidung und der Verabschiedung des Gesetzes Nr. 180, welche zur Aufhebung des Zwangseinweisungsgesetzes sowie der Abschaffung der Psychiatrischen Anstalten durch einen sofortigen Aufnahmestopp führte (vgl. Hinterhuber et al., 2001). Ein weiterer wesentlicher Eckpunkt war die Verlagerung der Versorgung psychisch kranker Menschen in die Gemeinde, wo Zentren für psychische Gesundheit die territoriale Verantwortung für die psychiatrische Versorgung tragen. Nur in Notfällen sollten psychisch kranke Menschen in psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern, die nicht mehr als 15 Betten haben dürfen, behandelt werden. Zwangseinweisungen sind nur in Ausnahmefällen nach Ge-

richtsbeschluss und mit Zustimmung des Bürgermeisters für einen begrenzten und sehr kurzen Zeitraum zulässig (vgl. Dressing & Salize, 2004). Ferner wurde die Streichung der Bezeichnung „geisteskrank“ aus dem Strafgesetzbuch erwirkt. Ganz bewusst distanzierte man sich von der Vorstellung, psychisch erkrankte Menschen seien gefährlich. Weiterhin wurden psychisch kranke somatisch kranken Menschen gleichgestellt ² (vgl. Payk, 2004; Piccinelli et al., 2002; de Girolamo, 2001).

1.3 Bilanz der Reformbewegung

Eine Bewertung der Situation aus heutiger Sicht ergibt ein gemischtes Bild. Lediglich die Schließung der früheren staatlichen psychiatrischen Krankenhäuser wurde durchgängig im ganzen Land umgesetzt. Allerdings ist zu beachten, dass weder forensisch psychiatrische Krankenhäuser, Privatkliniken noch kirchliche oder andere öffentlich-rechtliche Einrichtungen für Menschen mit psychischen oder gerontopsychiatrischen Erkrankungen vom Gesetz Nr. 431 (1968) und vom Gesetz Nr. 180 (1978) berührt werden (vgl. Hinterhuber et al., 2001). Die intendierten kurzen Verweildauern in den psychiatrischen Krankenhäusern erweisen sich für die oft schwerkranken Patienten als nicht ausreichend. Die Konsequenzen daraus sind hohe Wiederaufnahmeraten oder die Verlagerung in den privaten Behandlungssektor, der in den letzten Jahren stetig angewachsen ist (vgl. Piccinelli et al., 2002; Hinterhuber et al., 2001).

Die fehlenden Durchführungsbestimmungen zu den beiden Gesetzen haben dazu geführt, dass die territorialen Dienste in den verschiedenen Landesteilen und Versorgungsgebieten in sehr unterschiedlichem Ausmaß eingeführt wurden, so dass ein starkes Nord – Süd - Gefälle entstand. Erst 20 Jahre nach der Reform setzte man

² Wie Häfner (2001) schreibt, hat kaum ein nationaler Schritt der Psychiatriereform so weite Aufmerksamkeit gefunden, wie das italienische Gesetz Nr. 180. Bericht aus dem „Spiegel“ 1978: „In Italien werden die Irrenanstalten durch Gesetz abgeschafft. Geisteskranke in geschlossenen Anstalten, hinter Gittern und in Gummizellen mit Psychopharmaka disponibel gemacht – das alles soll es in Italien nicht mehr geben. Eine Protestbewegung junger Psychiater hat erreicht, dass die großen „Psychofabriken“ aufgelöst werden – in Deutschland unvorstellbar“ (47/1978 – Seite 195 – 207, zitiert in Häfner 2001, S. 485)

sich mit dieser Problematik auseinander und stellte erstmals spezifische Standards für die ambulante psychiatrische Versorgung auf (vgl. de Girolamo, 2001; Piccinelli et al., 2002).

Die „Zentren für psychische Gesundheit“, die den psychiatrischen Betreuungsschwerpunkt in Italien bilden, versuchen durch Maßnahmen wie intensive Hausbesuche, kontinuierliche psychopharmakologische Behandlung und Unterstützung der Familien „dem drohenden Verlust von sozialen Kontakten, der Einbuße eigener Entscheidungskraft und Arbeitsfähigkeit“ (Hinterhuber et al., 2001, S.508) entgegenzuwirken.

Die Hauptlast der außerstationären Betreuung psychisch Kranker wird jedoch von den Familien getragen. Mit ihren informellen Leistungen haben die Familien einen Großteil der Versorgung ihrer kranken Angehörigen aufgebürdet bekommen, was früher die psychiatrischen Krankenhäuser leisteten. Eine gut organisierte, aktive und professionelle Unterstützung der Familien sucht man in Italien vergeblich. Die aktiven Angehörigenverbände machen derzeit vehement auf die insuffizienten Versorgungsstrukturen in Italien aufmerksam. Beispielsweise protestieren sie gegen „die immer größeren Zahlen von städtischen Obdachlosen (...), die sich zu einem großen Teil aus den Patienten der ehemaligen psychiatrischen Krankenhäuser, zum anderen aus nicht betreuten Kranken rekrutieren“ (Hinterhuber et al., 2001, S. 504f.).

Die tiefgreifenden Reformen des italienischen Versorgungssystems seit 1978 fanden europaweit Nachahmung in verschiedenen Ausprägungen. Positiv zu bewerten ist der Versuch, die Behandlungsbedingungen für psychisch kranke Menschen zu verbessern. Eine flächendeckende Versorgung auf einem ausreichenden Niveau ist momentan noch nicht gegeben, so dass Italien in den kommenden Jahren noch einige Anstrengungen unternehmen muss, um alle gesetzlich ausgehandelten Forderungen praktisch umzusetzen.

2 Das „Geeler System“³ - Familienpflege psychisch kranker Menschen

Im Gegensatz zu Italien hat sich im belgischen Ort Geel ein völlig anderer Weg etabliert, psychisch kranke Menschen außerhalb stationärer Institutionen zu versorgen. Die Tradition der Psychiatrischen Familienpflege besteht dort schon seit hunderten von Jahren.

Dieses Versorgungssystem gab auch Impulse für die psychiatrische Versorgung in Deutschland. Kaum ein deutscher Psychiater ließ sich in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts die Möglichkeit entgehen, sich bei Hospitationen vor Ort von der Art und Weise der Durchführung und dem alltäglichen Leben mit den „Irren“ inspirieren zu lassen (vgl. Müller, 2004).

Am Grundsystem der Psychiatrischen Familienpflege in Geel hat sich bis heute nicht viel verändert. Das Angebot wird mittlerweile professionell begleitet und von staatlicher Seite durch subventionierten Wohnraum für psychisch kranke Menschen unterstützt.

2.1 Tradition der Familienpflege in Geel

„Geel ist in der ganzen Welt bekannt für die Verpflegung seelisch und geistig Behinderter im Dorfverband“ (Roosens, 1983, S. 11). Aus unterschiedlichen Quellen geht hervor, dass dort die Familienpflege seit dem Jahr 1250 urkundlich belegt ist. Bereits zu dieser Zeit suchten psychisch kranke Menschen Geel auf, um die hl. Dymphna, die als Patronin der Geisteskranken verehrt wurde, um Heilung anzuflehen. Die Entstehung des Familienpflegesystems in Geel wird von Historikern mit der Legende um die hl. Dymphna in Verbindung gebracht. Diese wurde aufgrund ihres Märtyrertodes, der zur Heilung ihres wahnsinnigen Vaters führte, als Schutzpatronin der Geisteskranken verehrt (vgl. Roosens, 1983; Held, 1989).

Immer mehr Familien aus ganz Europa pilgerten mit ihren psychisch kranken Mitgliedern zur Kapelle der hl. Dymphna, um die Schutzpatronin der Geisteskranken an ihrem Grab aufzusuchen. Aufgrund der wachsenden Anzahl von psychisch kranken Menschen

³ Heute ist die gebräuchliche Schreibweise „Geel“. In der Literatur ist häufig auch die Schreibweise „Gheel“ zu finden, die bis ins späte 19. Jahrhundert korrekt war.

in Geel forderte man die Einwohner Geels auf, Pilger gegen Bezahlung aufzunehmen. In diesem Zug entstand das System der „Kostgänger“, da einige kranke Pilger selbst oder deren Familienangehörige darum baten, dass die kranken Menschen auf Dauer in Geel aufgenommen werden sollten. Ihre Aufnahme durch die Bevölkerung geschah allerdings nicht aus reiner Nächstenliebe. Bereits zu diesem Zeitpunkt zeichnete sich die wirtschaftliche Relevanz der Familienpflege ab. Damals wie heute war der finanzielle Aspekt von großer Bedeutung für die Geeler Bevölkerung. Die Aufnahme eines Kostgasts auf einem Hof war zum einen verbunden mit dem Gewinn einer weiteren (billigen) Arbeitskraft zum anderen mit den zusätzlichen Einnahmen vom Ministerium (vgl. Roosens, 1983).

Die Verteilung der Patienten auf die Gastfamilien erfolgte nach einem differenzierten Schema, in dem Gastfamilien wie spezialisierte Stationen genutzt wurden. Vor Aufnahme eines Kostgasts in eine Familie erfolgte die Beobachtung und Einteilung der Kranken hinsichtlich ihres Charakters, ihrer Krankheit und ihres Verhaltens im Krankenhaus. Im Anschluss wurden die psychisch kranken Menschen entsprechend ihrem Bedarf in Kostgeberfamilien untergebracht. Im Zuge dieser Entwicklung kann man von Geel als einer „offenen Anstalt“ sprechen. Eine gegenseitige Kontrolle erfolgte durch die Nachbarschaft, die vor Missbrauch jeglicher Art der psychisch kranken Gäste schützen sollte (vgl. ebd.).

Bezeichnend für das Geeler System sind aber gleichzeitig der respektvolle Umgang der Bevölkerung mit den kranken Dorfbewohnern, sowie die Wahrung der Intimsphäre der Gäste durch die jeweiligen Kostgeber. Die hohe Toleranzschwelle zeigt sich teilweise auch in der Bereitschaft der Kostgeber, mit für uns skandalös anmutenden Verhaltensweisen ihrer Gäste auf Dauer umzugehen:

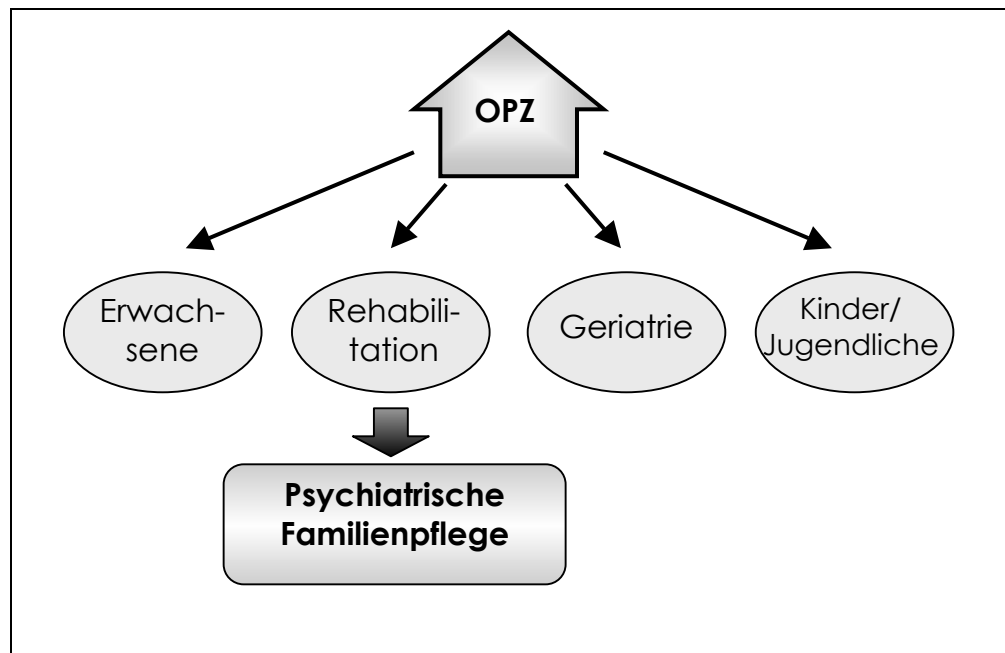
„Patient X z.B. leidet an Fetischismus. Dieser junge Mann geht ganz regelmäßig auf den Müllablageplatz und sucht sich dort Damenunterwäsche zusammen: Strumpfhalter, Slips, Strümpfe und Büstenhalter. Er verwahrt diese Dinge unter seinem Bett oder seiner Matratze und benutzt sie regelmäßig zum Zwecke der Selbstbefriedigung. Er nimmt auch Damenunterwäsche von der Wäscheleine des Kost-

gebers und hängt sie nach Gebrauch beschmutzt wieder zurück. Ungeachtet vieler Versuche, dieses Fehlverhalten zu korrigieren, kann man den Patienten nicht von seinen Gewohnheiten abbringen. Die Kostgeber beschränken sich dann lediglich darauf, regelmäßig die unhygienische Sammlung des Kostgastes aus seinem Zimmer zu holen und zu verbrennen. Dies geschieht schon seit Jahren. Die Kostgeberfamilie denkt allerdings nicht daran, den Patienten in die Kolonie zurückzusenden“ (Roosens, 1983, S. 68).

Es ist den Gästen generell verboten, (sexuelle) Beziehungen aufzubauen. Diese und andere Regeln bestimmen das Zusammenleben von Kostgästen und Familien. Als ungeschriebenes Gesetz gilt die weitere Pflege der Gäste durch die Kinder der Kostgeberfamilie, wenn diese wegen Krankheit, Alter oder Tod dazu nicht mehr in der Lage ist. Dieser Ehrenkodex wird respektiert, weil man sich moralisch dazu verpflichtet fühlt, den Patienten nach Jahren des gemeinsam verbrachten Lebens in seiner gewohnten Umgebung zu belassen. Auf der anderen Seite kommt es auch zu Situationen, in denen die Kostgäste, ihren Möglichkeiten entsprechend, die Pflege ihrer in die Jahre gekommenen Pflegefamilien übernehmen, bis diese nicht mehr ausreichen und eine neue Familie gesucht werden muss (vgl. Held, 1989; Roosens, 1983; Schneider, 2005).

2.2 Die Familienpflege des Öffentlichen Psychiatrischen Krankenhauses (OPZ) in Geel

Im Gegensatz zu früheren Zeiten, als über 3000 Gäste in Familien in Geel lebten, sind es heute nur noch ca. 500 psychisch kranke Menschen, die von 440 Familien betreut werden. Das Angebot der Familienpflege ist heute ein Teil des Rehabilitationsangebotes des OPZ (Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis) in Geel. Daneben bestehen drei weitere Bereiche für Erwachsene, geriatrische Patienten sowie Kinder und Jugendliche.



Im OPZ werden die Psychiatriepatienten, die für die Familienpflege in Frage kommen gezielt mit einer Trainingsmaßnahme auf die vor ihnen liegenden Anforderungen vorbereitet. Im so genannten Beobachtungshaus („Observatiehuis“) trainieren maximal acht Personen mit der Unterstützung von zwei Betreuern ihre alltagspraktischen Fähigkeiten und Kompetenzen für das Zusammenleben. Die von den Betreuern gemachten Beobachtungen fließen in die Entscheidung mit ein, ob ein Patient für die Familienpflege geeignet ist und welche Familie am besten zu ihm passt (vgl. Schneider, 2005).

Für die Familienpflege werden im allgemeinen Patienten ausgewählt, die chronisch psychisch krank sind und an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen leiden. Häufig findet sich zusätzlich zur psychiatrischen Erkrankung auch eine Minderbegabung. Die Aufnahme in eine Pflegefamilie setzt auf Seiten der psychisch kranken Menschen einen stabilen Gesundheitszustand, sowie unterschiedliche soziale Kompetenzen voraus. Ausschlusskriterien für ein Pflegeverhältnis sind Aggressivität, bekannte sexuelle Vergehen oder Verbrechen in der Vorgeschichte des Patienten. Auf Seiten der aufnehmenden Familien sind ein guter Ruf, psychische Belastbarkeit und gesunder Menschenverstand gefordert (vgl. ebd.).

Die Patienten sollen mit ganz normalen Menschen in deren Familien leben und das Leben dort erfahren. Aus diesem Grund wird ganz bewusst darauf verzichtet, den Familien spezielle Ausbildungen zum Umgang mit ihren Kostgästen an die Hand zu geben. Auch die regelmäßige fachliche Unterstützung durch Betreuer und Mitarbeiter des OPZ erfolgt (Ausnahmen sind Notfallsituationen) im Hintergrund, um das Familienleben nicht unnötig aus dem Gleichgewicht zu bringen (vgl. www.opzgeel.com).

Falls die Patienten arbeiten wollen (es besteht keine Pflicht oder Zwang) haben sie die Möglichkeit in Werkstätten des OPZ oder in örtlichen Betrieben unentgeltlich zu arbeiten, da es sonst zu Kürzungen der staatlichen Unterstützung für die Patienten kommt. Das System der Familienpflege ist mit 38 Euro pro Tag/Klient⁴ im Vergleich zu den Kosten einer Klinikunterbringung oder betreutem Wohnen, welche mit diesem Betrag nicht annähernd abgedeckt werden könnten, unterfinanziert (vgl. Schneider, 2005).

Hinzu kommt, wie eingangs bereits erwähnt, dass auch Geel mit den Folgen der modernen Entwicklung kämpft. Die Familienpflege bekommt zunehmend Konkurrenz durch andere, heimatnahe Versorgungsangebote für psychisch kranke Menschen. Zudem werden die Mitglieder der Pflegefamilien älter und es kommt keine junge Generation nach, die die Pflege, wie in früheren Jahren, einfach weiter übernehmen (vgl. Schneider, 2005).

3 Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland

Die Psychiatrische Familienpflege kann auch in Deutschland auf eine lange Tradition zurückblicken. Zwar verursachten die beiden Weltkriege das Verschwinden dieses Angebotes aus der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland für einige Jahrzehnte, in den 80iger Jahren kam es jedoch zu einer Renaissance der Psychiatrischen Familienpflege.

⁴ Das Geld geht etwa zur Hälfte an die Gastfamilien und an das OPZ.

3.1 Vorläufer der Psychiatrischen Familienpflege

Erstmals wurde die Familienpflege im Jahr 1529 in Nürnberg urkundlich belegt. 1764 gründete Friedrich Engelken in Rottwinkel bei Bremen eine Privatklinik mit dazugehörigen Familienpflegestellen. Als Gründungsväter der Familienpflege in Deutschland gelten aber Ferdinand Warendorf und Konrad Alt seit 1880, die sich durch das Geeler System der Psychiatrischen Familienpflege inspirieren ließen.

Konrad Alt gründete 1902 ein „Wärterdörfchen“ in der Nähe der Klinik für zunächst 14 verheiratete Wärter, die nach dem Geeler Vorbild jeweils einen Patienten aufnehmen konnten. Mit diesem Arrangement konnten die Wärter ihren Verdienst aufbessern und sollten gleichzeitig an die Klinik gebunden werden. Einen weiteren Vorteil stellte die wesentlich kostengünstigere Unterbringung von psychisch kranken Menschen in dem Dorf im Vergleich zur Anstalt dar (vgl. Schmidt-Michel, 1993).

Warendorfs Vorstellungen und Ansprüche an eine aufnehmende Familie waren den heutigen sehr ähnlich: Familien ohne ausreichenden finanziellen Hintergrund oder mit einem rein finanziellen Interesse an der Aufnahme eines kranken Menschen kamen zum Beispiel nicht in Betracht. Wie in Geel auch heute noch üblich, lehnte es Warendorf ab, die vermittelten kranken Menschen zur Arbeit zu zwingen. In jedem Dorf gab es eine Vertrauensperson, die Ansprechpartner für Patient und die aufnehmende Familie war. Ähnlich den heutigen Hausbesuchen des Familienpflegeteams besuchte Warendorf selbst die Familien im monatlichen Turnus (vgl. ebd.).

Für eine umfassende Einführung der Familienpflege um die Jahrhundertwende gab es verschiedene Gründe. Einer davon, bereits damals so aktuell wie heute, war der ökonomische Vorteil des Angebotes, das weit billiger war als die vorherrschenden Anstalten. Zudem waren eben diese Anstalten durch die Zunahme von Zwangseinweisungen völlig überfüllt und schon bald schrieb man der Familienpflege außerdem ein höheres Ausmaß an Integration für die psychisch kranken Menschen zu, als dies in den Anstalten der Fall

gewesen war. Wilhelm Griesinger ⁵, prominenter Verfechter der Familienpflege dieser Zeit, beschreibt ihre Wirkung einmal so:

„Die familiäre Kranksinnigenpflege gewährt den Kranken das, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens“ (Griesinger, 1865, S. 390 zitiert in Schönberger und Stolz, 2003, S. 11).

In Deutschland entwickelte sich die Familienpflege überwiegend in der direkten Umgebung der psychiatrischen Anstalten, was als Adnex-Typ bezeichnet wird (vgl. Böcker, 2004). Bei dieser Form der Familienpflege suchten die psychiatrischen Landeskrankenhäuser geeignete Familien, die für die Aufnahme eines psychisch kranken Menschen entlohnt wurden. Auffällig ist, dass beim Adnex-Typ die Zahl der Familienpflegeplätze immer geringer war, als die Bettenzahl des benachbarten Krankenhauses (vgl. Held, 1989).

3.2 Entwicklung der Familienpflege in der NS-Zeit

In der Zeit vor dem 1. Weltkrieg hat sich die Psychiatrische Familienpflege zwar unregelmäßig, aber trotzdem überall in zunehmendem Maße, verbreitet. Nachdem die Familienpflege bis ca. 1924 fast völlig zum Erliegen gekommen war, kam es zu einer Phase der Erholung bis etwa 1930 (vgl. Schönberger & Stolz, 2003; Schmidt-Michel, 1993).

Während der Herrschaft des NS-Regimes wurde die Psychiatrische Familienpflege der nationalsozialistischen Rassenpolitik unterworfen⁶ (vgl. Schönberger & Stolz, 2003). Zwischen 1935 und 1940 wurde ein Teil der in Familien untergebrachten psychisch kranken Menschen zunächst in die Anstalten zurückgeholt. Später wurde ein Großteil der Anstaltsbewohner ermordet (vgl. Schmidt-Michel, 1993).

⁵ Wilhelm Griesinger war Mitte des 19. Jahrhunderts einer der ersten deutschen Psychiater, die sich für die gewaltfreie Behandlung psychisch kranker Menschen einsetzten.

⁶ Die Psychiatrische Familienpflege wurde benutzt, um den Fürsorgebereich kostentechnisch zu entlasten. Allerdings wurden nur diejenigen Pfleglinge in Familien vermittelt, die entweder sterilisiert waren oder sich im Klimakterium befanden, um das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ einzuhalten (vgl. Schönberger & Stolz, 2003)

Nach 1945 kam es zu einem Bedeutungsverlust der Familienpflege, da nur wenige Patienten die Säuberungsaktionen der NS überlebt hatten. Die erschwerten Bedingungen nach Kriegsende machten es für Familien fast unmöglich, einen zusätzlichen Esser, der zudem psychisch krank war, aufzunehmen. Hinzu kamen die ohnehin schon bestehenden Vorbehalte der Ärzte und Psychiater gegenüber dem Laienangebot (vgl. Schönberger & Stolz, 2003).

Das Angebot der Familienpflege wurde trotz des Nachwachsens dieser Patientengruppe in den 70er Jahren nicht als Alternative diskutiert. Der Trend ging eher zur Unterbringung in privaten Heimen, was zur Verkleinerung der Anstalten führte (vgl. Schmidt-Michel, 1993).

3.3 „Wiederentdeckung“ der Tradition der Psychiatrischen Familienpflege

Erst in den 80er Jahren kam es zu erneuten Bemühungen, die Familienpflege mit unterschiedlichen Konzepten und Ansätzen wieder einzuführen. Zunächst wurden im Rheinland und in Baden-Württemberg, zum Teil von der psychiatrischen Klinik direkt, zum Teil in Kooperation mit dieser erste Projekte initiiert. Andere Bundesländer, darunter auch Bayern, orientierten sich an diesen Modellen bei der Einführung eigener Konzepte für die Psychiatrische Familienpflege (vgl. Schmidt-Michel, 1993; Schönberger & Stolz, 2003).

4 Sozialpolitische Aspekte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland

Das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege hat sich bis dato isoliert in unterschiedlichen Teilen Deutschlands wieder etabliert. Diesem Umstand ist es auch zuzuschreiben, dass sich unterschiedliche Begrifflichkeiten für das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege eingebürgert haben.

Bisher ist die Psychiatrische Familienpflege in Deutschland noch nicht flächendeckend als Baueinrichtung der psychiatrischen Versorgung verbreitet, aber das Angebot ist als eine Pflichtleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe gesetzlich verankert. Dadurch soll auch ein Mindestmaß an Qualitätssicherung garantiert werden.

4.1 Begriffbestimmung – Abgrenzung

Psychiatrische Familienpflege für seelisch behinderte Menschen meint die Aufnahme eines psychisch kranken Menschen in einer fremden Familie (wird als Gastfamilie bezeichnet) gegen Bezahlung. Neben der Psychiatrischen Familienpflege gibt es das Angebot der Familienpflege auch für geistig oder körperlich behinderte Menschen. Als „Gastfamilien“ können nicht nur Familien im herkömmlichen Sinn, sondern auch einzelne Personen oder andere Lebensformen in Frage kommen (vgl. Eisenhut, 2005).

Die fachliche psychosoziale Begleitung und Betreuung des Gastes und seiner Familie erfolgt durch das Familienpflegeteam.

In der Literatur werden die beiden Wendungen „Psychiatrische Familienpflege“ oder „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ häufig synonym verwendet, oft auch in der Form „Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege“. Die Regierungsbezirke und Bundesländer, die Psychiatrische Familienpflege anbieten, verwenden die Bezeichnungen ebenfalls unterschiedlich. Meist werden jedoch beide Beschreibungen nebeneinander verwendet, wie z.B. im Bezirk Oberpfalz, wo mit „Begleitetes Wohnen in Gastfamilien – Die Psychiatrische Familienpflege im Bezirk Oberpfalz“ geworben wird.

Schönberger und Stolz (2003) sprechen in diesem Zusammenhang von einem „sprachlichen Dilemma“ (S.20), in dem sich die Psychiatrische Familienpflege heute befindet. Gründe hierfür sehen sie in den fehlenden begrifflichen Möglichkeiten „die das besondere Setting im Rahmen des derzeitigen Betreuungsparadigmas angemessen beschreiben könnten“ (ebd.).

Das Angebot der Familienpflege setzt sich sowohl aus Laienarbeit als auch aus professioneller Unterstützung zusammen, was die gleichzeitige und vor allem gleichmäßige Gewichtung von privaten als auch öffentlichen Gesichtspunkten notwendig macht. Bisher ist es nicht gelungen, diese Gegensätze sprachlich eindeutig auszudrücken, was auch daran liegen mag, dass man sich gerade im psychiatrischen Bereich noch der Ausdrucksweisen der Irrenanstalten aus dem 19. Jahrhundert bedient. Während es vormals eher darum ging,

ein normales Leben in der Gastfamilie zu führen, spielt heute die gemeindenahe Versorgung und Integration eine große Rolle. Die Bezeichnung „Psychiatrische Familienpflege“ birgt ein grundlegendes Missverständnis, das im Folgenden kurz erläutert wird. Mit dem Wort „Pflege“ wird die aufgenommene Person als permanent pflegebedürftig etikettiert, egal ob es sich um psychisch kranke oder behinderte Menschen handelt. Dabei steht beim Angebot der Psychiatrischen Familienpflege nicht der pflegerische Aspekt sondern das gelingende, normale Zusammenleben von Familien mit ihren aufgenommenen Klienten im Vordergrund. Aber auch alle Umschreibungen, die den Gast-Aspekt beinhalten, können die sprachliche Problematik nicht zufrieden stellend lösen. Weder sind die aufnehmenden Familien Gastgeber noch sollen die aufgenommenen Klienten nur Gäste sein. Das zugrunde liegende Betreuungsverhältnis setzt eine Beziehungsgestaltung voraus und bringt Verpflichtungen für beide Seiten mit sich. Es wird zudem außer Acht gelassen, dass die Familien auch eine kontrollierende Funktion übernehmen. Weder die Bezeichnung „Betreutes Leben in Gastfamilien“ noch „Psychiatrische Familienpflege“ ist geeignet den Gegensatz von Verantwortung der Familie für den Klienten einerseits und die Autonomie des Klienten anderseits abzubilden (vgl. Schönberger & Stolz, 2003).

4.2 Rechtliche und sozialökonomische Grundlagen

Unabhängig von ihrer Bezeichnung ist die Psychiatrische Familienpflege im Rahmen der Eingliederungshilfe gesetzlich geregelt. Grundsätzlich gilt nach § 13 Abs. 1 SGB XII, dass ambulante Betreuungsformen, wie die Psychiatrische Familienpflege, Vorrang vor teilstationären und stationären Leistungen haben.

Leistungsberechtigte Personen für die Psychiatrische Familienpflege sind Menschen, die im Sinne von § 53 ff. des SGB XII in Verbindung mit § 3 der Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfeverordnung) psychisch behindert oder von einer psychischen

Behinderung bedroht sind ⁷. Die Psychiatrische Familienpflege soll für diese Zielgruppe, die aufgrund ihrer psychosozialen Einschränkungen Unterstützung benötigen, eine Alternative zur stationären Einrichtung sein.

Die Psychiatrische Familienpflege ist eine Leistung der Eingliederungshilfe nach § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 2 Nr. 6 SGB IX.

Die Finanzierung der Psychiatrischen Familienpflege ist gesetzliche Aufgabe der Sozialhilfe und fällt meist in die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers. Es lassen sich fachliche Hilfen (Betreuungsleistung der Gastfamilie und Betreuung durch den Familienpflegedienst) und die Hilfe zum Lebensunterhalt unterscheiden (vgl. Schäfer, 2005).

4.2.1 Finanzierung der Betreuungsleistungen der Gastfamilie

Die Gastfamilie erhält für die Betreuungsleistung eine monatliche Pauschale. Sie schließt dazu mit dem Sozialhilfeträger eine Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII, welche die Elemente Inhalt, Umfang, Qualität der Leistungen und Vergütung beinhaltet. Die Gastfamilie stimmt in diesem Rahmen auch der Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen durch den Sozialhilfeträger zu. Nimmt der Klient zusätzlich zur psychosozialen Betreuung durch die Familie noch andere Angebote in Anspruch, verringert sich das Betreuungsgeld anteilig. Bei kürzeren Abwesenheitszeiten oder stationären Krankenhausaufenthalten bis zu drei Monaten erfolgt die Bezahlung weiterhin. Der doppelte Satz des Betreuungsgeldes wird gewährt, wenn die Familie gemeinsamen Urlaub mit dem Klient macht.

Ist der Klient vermögend oder verfügt er über eigenes Einkommen, muss dieses vorrangig zur Deckung der Kosten eingesetzt werden (§§ 82 ff. SGB XII).

⁷ Leistungsberechtigter Personenkreis für die Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII sind nicht nur Personen mit einer seelischen Behinderung, sondern auch Personen mit anderen körperlichen oder geistigen Behinderungen.

4.2.2 Kosten des Familienpflegeteams

Die Kosten für die fachliche Betreuung und Begleitung der Familien und der Klienten werden auf der Basis der jeweiligen Personal- und Sachkostenpauschalen finanziert. Der Familienpflegedienst schließt dazu mit dem jeweiligen Kostenträger eine Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII ab.

4.2.3 Hilfe zum Lebensunterhalt und Leistungen der Sozialhilfe für den Gast

Verfügt der Klient nicht über die nötigen finanziellen Mittel, seinen notwendigen Lebensunterhalt zu bestreiten, so besteht die Möglichkeit Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sowie sonstige Leistungen der Sozialhilfe wie Hilfe zur Gesundheit etc. nach SGB XII zu beantragen. Anträge dieser Art müssen beim für den Wohnort der Gastfamilie zuständigen örtlichen Träger der Sozialhilfe gestellt werden.

4.3 Fachliche Standards der Psychiatrischen Familienpflege

Von rechtlicher Seite ist die Qualitätssicherung in der Psychiatrischen Familienpflege vorgeschrieben und daher auch Gegenstand einer Überprüfung vom Kostenträger. Der Fachausschuss Familienpflege, der seit 1997 besteht, setzt sich für die Festlegung fachlicher Standards und Mindestanforderungen für das Angebot der Familienpflege, die bundesweit gelten sollen, ein. Zudem gibt er Rahmenbedingungen vor, um ein Mindestmaß an Qualität sicherzustellen (vgl. Eisenhut, 2005).

Die aktiven Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e. V. setzen sich für die bundesweite Etablierung des Angebotes der Psychiatrischen Familienpflege als Standardangebot in der psychiatrischen Versorgung ein, aber nicht unter der Prämisse einer einheitlichen Organisation. Als vorrangig gilt es, für die einzelnen Regionen die am besten geeigneten Umsetzungsmöglichkeiten zu finden (vgl. Eisenhut, 2004; Eisenhut, 2005).

Zudem hat es sich der Fachausschuss Familienpflege zur Aufgabe gemacht, die bisher üblichen, oft irreführenden Bezeichnung des Angebotes der Familienpflege durch einheitliche und bundesweit gel-

tende Begrifflichkeiten und Termini zu ersetzen, was aber bisher noch nicht gelungen ist (vgl. ebd.).

Die Psychiatrische Familienpflege stellt in erster Linie ein Laienangebot dar, dessen Besonderheit gerade darin liegt, dass die Familienmitglieder keine professionelle Vorbildung haben. Der Fachausschuss tendiert mittlerweile aber in Einzelfällen dazu, für Klienten mit besonders schweren Störungen, die „normale“ Familien überfordern würden, an Familien, die über entsprechende Fachkenntnisse verfügen, zu vermitteln (vgl. Eisenhut, 2004).

5 Psychiatrische Familienpflege als Baustein psychiatrischer Versorgung

Die rechtlichen Rahmenbedingungen verschaffen der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland einen festen Platz im Versorgungssystem. Die familiäre Pflege zur Behandlung von psychisch kranken Menschen wird bereits seit Mitte des 19. Jahrhunderts eingesetzt. Hintergrund waren die Bemühungen, Lebensräume außerhalb des künstlichen Milieus der Anstalten für die Klienten zu schaffen (vgl. Schmidt-Michel, 1993).

Ziel vieler psychiatrischer Reformbemühungen war es seither, die soziale Desintegration durch die Anstaltsversorgung rückgängig zu machen und Formen zu finden, um die Integration in die Gemeinde und die Gesellschaft weiter voranzutreiben.

Ein Leben in einer Gastfamilie im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege entspricht wohl am ehesten den Forderungen an eine soziale Integration. Integration findet dort im natürlichsten Milieu überhaupt, der Familie, statt. Zudem bietet eine Familie die besten Voraussetzungen, um eine soziale Integration zu verwirklichen (vgl. Schmiedebach, Beddies, Schulz & Priebe, 2002).

5.1 Konzept der Psychiatrischen Familienpflege

Der Hauptgedanke der Psychiatrischen Familienpflege ist es, den psychisch kranken Menschen in ihren Gastfamilien ein normales Leben führen zu lassen, was verschiedene Dimensionen, wie die Möglichkeit zur Selbstbestimmung und individuellen Entfaltung, Teilhabe

am öffentlichen Leben und Integration in stabile familiäre Netze beinhaltet. Gerade diese familiären, nicht formalisierten und geregelten Strukturen stellen einen Unterschied zu stationären Einrichtungen und Institutionen dar und bieten daher mehrere entscheidende Vorteile gegenüber der professionellen Betreuung im stationären Bereich (vgl. Dondalski, 2004).

Fähigkeiten von Klienten, die in Einrichtungen oft verloren gehen, weil sie im Trott der Anstalten nicht gebraucht und daher auch nicht gefördert werden, gewinnen im Familienleben wieder an Bedeutung. Der natürliche, routinemäßige Alltag in Familien bietet Klienten Möglichkeiten und Chancen sich zu entwickeln und zu entfalten. In diesem Rahmen handeln die Familienmitglieder intuitiv und unreflektiert, der Alltag wird gemeinsam er- und gelebt. Die Familien sind ihren Gästen Stütze und geben Unterstützung beim ganz normalen Alltagshandeln. Denn gerade diese Fähigkeit im „ganz normalen Alltag“ zu bestehen, wird Langzeitpatienten während ihrer oft jahrzehntelangen Anstaltskarrieren durch Vollversorgung etc. abtrainiert und muss hinterher wieder mühsam erlernt werden. In diesem Zusammenhang spielen grundlegende lebenspraktische Fähigkeiten, die Essen, Hygiene, Nähe und Distanz betreffen, eine zentrale Rolle. Gerade diese Dinge sind es nämlich, die für das gelingende Zusammenleben einer Familie mitverantwortlich sind. Innerhalb der Psychiatrischen Familienpflege haben diese Menschen trotz Hospitalisierung die Möglichkeit ihr Verhaltensrepertoire zu erweitern bzw. aufzufrischen, sei es die Kulturtechniken oder die Beziehungsgestaltung betreffend (vgl. Schönberger & Stolz, 2003).

Eine weitere Ressource im Familienleben stellt der Umgang mit Regeln für das Zusammenleben dar. Der gelingende Familienalltag ist abhängig davon, ob sich alle Familienmitglieder an Abmachungen halten. Auf Regelverstöße kann in diesem Milieu unmittelbar reagiert werden, da aufgrund des engen Zusammenlebens unerwünschte Verhaltensweisen nicht in jedem Ausmaß toleriert werden können (vgl. Roth, 2004).

Psychisch kranke Menschen übernehmen zudem in ihren Familien eine sinnvolle Rolle, wie z.B. die der Oma, was entscheidend zur Steigerung der Lebensqualität und Zufriedenheit beiträgt. Sogar dysfunktionale Strukturen in Familien können sich positiv auf die Entwicklung von Langzeitpatienten auswirken (vgl. Schönberger & Stolz, 2003; Stolz, 2004).

Normalität und Normalisierung sind wichtige Kerngedanken im Konzept der Psychiatrischen Familienpflege, wobei Normalität nicht gleichzusetzen ist mit Harmonie. Es geht darum, im familiären Rahmen ein Gleichgewicht zu finden, das sowohl die Familienmitglieder als auch ihr Gast halten können. Die Klienten sollen sich innerhalb der Möglichkeiten und Grenzen ihrer Familien entfalten können, was auch die Entwicklung und Durchsetzung eigener Wünsche und Vorstellungen beinhaltet. „Nein“ sagen lernen und können ist für die Klienten oft ein ganz neues Erlebnis und fördert die Steigerung des Selbstwertgefühls und des Selbstbewusstseins. Sie machen die Erfahrung, dass sie trotzdem integriert und angenommen werden, auch wenn sie sich selbstbewusst und offen gegen etwas entscheiden. Dies steigert das Gefühl der Zugehörigkeit zur Familie noch zusätzlich. Das normale Leben in Familien findet in einem besonderen Milieu statt, was den Klienten die Möglichkeit zur Veränderung und Entwicklung gibt (vgl. ebd.).

Allerdings kann nicht von unbedingter Solidarität zwischen Klient und Gastfamilie ausgegangen werden. Obwohl der Erfolg der Familienpflege am Ausmaß der Integration ins Familienleben gemessen werden kann, bleibt der Gast ein „künstliches“ Familienmitglied und ist nicht mit der Gastfamilie verwandt. Es ist und bleibt eine Abhängigkeitsbeziehung, in welcher der Klient am kürzeren Hebel sitzt. Die Familien haben immer die Möglichkeit, unter Berufung auf die Befristung des Pflegevertrages, das Pflegeverhältnis zu beenden (vgl. ebd.).

Trotz dieser Option und der nicht zwangsläufig gegebenen Solidarität sind die meisten Pflegeverhältnisse doch auf Dauer angelegt. Da die finanzielle Entlohnung für die Aufnahme eines psychisch kranken

Gastes den Aufwand in keiner Weise abdeckt, muss es für die Familien noch andere Gründe geben, ihre Klienten dauerhaft zu behalten (vgl. Ingenleuf, 2004). Schönberger & Stolz (2003) gehen davon aus, dass die „psychologischen Gewinne“ (S.54) in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle spielen. Im Verlauf des Aufenthaltes eines Klienten in einer Familie wachsen das Vertrauen zu- und das Verständnis füreinander. Die Symptomatik des Krankheitsbildes verliert an Bedeutung, weil man die Geschichte dazu kennt. Im Verlauf der Betreuung rücken dafür andere Aspekte für die Familie in den Vordergrund, z.B. die Freude über die Mithilfe ihres Gastes im Haushalt oder die Annahme von familieninternen Gewohnheiten und Gepflogenheiten, Rechten und Pflichten durch den Gast.

Für beide Seiten führt das Familienpflegeverhältnis zu einer Bereicherung. Während die Gäste von den sozialen Kontakten ihrer Gastfamilien, wie Freundes- und Bekanntenkreis, profitieren, machen die Gastfamilien neue Erfahrungen durch die professionelle Begleitung und den Kontakt zu anderen Gastfamilien (vgl. ebd.).

Bei all den Vorteilen sollen auch die Gefahren, die sich aus einem Familienpflegeverhältnis ergeben können, nicht unerwähnt bleiben. Fehlentwicklungen, wie Missbrauch, Misshandlungen und Vernachlässigung können durch so ein intimes Milieu wie der Familie zwar begünstigt werden, jedoch stellt die Begleitung durch das Familienpflegeteam einen wirksamen Mechanismus zur Vorbeugung solcher Vorkommnisse, in der Literatur als Einzelfälle beschrieben, dar (vgl. Becker, 2005; Ingenleuf, 2004) .

5.2 Der „therapeutische Faktor“ Familie

Das Konzept der Familienpflege greift auf das Potenzial von Gastfamilien zurück, unter normalen Lebensbedingungen Alltagskompetenzen an ihre aufgenommenen Gäste zu vermitteln. Der „Therapieerfolg“ der Familie lässt sich sowohl der (Nach-)Sozialisation der Gäste im Familienmilieu als auch der Vermittlung von Schlüsselkompetenzen im Familienalltag zuschreiben.

Die Alltagsprofessionalität der Familien in Verbindung mit der Fachkompetenz des Familienpflegeteams kann die optimalen Vor-

aussetzungen für eine gelingende soziale Integration bieten (vgl. Frühwirth, 2001).

5.2.1 Sozialisationsfunktion der Familie

Die Familie stellt trotz gesellschaftlichem Umbruch und dem Wandel traditioneller Lebensformen nach wie vor die wichtigste Sozialisationsinstanz dar. Der Sozialisationsprozess, der sich über ein ganzes Leben erstreckt, beschreibt die Wandlung der Person in ein gesellschaftliches Subjekt, das mit seiner Umwelt in Interaktion tritt. Der Akt der Sozialisation selbst erfolgt über die Interaktion zwischen Person und ihrer Umwelt (vgl. Geulen, 2001). Ein spezieller Aspekt der Sozialisation in der Familie betrifft die Balance zwischen Bindung und Ablösung (vgl. Schönberger & Stolz, 2003).

Innerhalb der Familie bestehen diffuse Sozialbeziehungen. Der ganze Mensch findet in seiner Einzigartigkeit Beachtung. Die Beziehung zu dieser, innerhalb der Familie nicht austauschbaren Person, gestaltet sich spontan und emotional. Dadurch wird gleichzeitig spontanes Handeln und die Entfaltung der Persönlichkeit ermöglicht (vgl. Konrad, 1993; Schönberger & Stolz, 2003). Für die Familien und ihre Gäste entstehen so ständig neue Situationen, für die Möglichkeiten und Grenzen neu ausgehandelt und ausgetestet werden müssen, da keine auf Dauer angelegten Rollen und Regeln für das Familienleben vorgegeben sind (vgl. Deger-Erlenmaier, 2003; Schönberger & Stolz, 2003).

Des Weiteren kann die Verantwortung füreinander in einer Familie nicht an jemand anderen abgegeben werden. Jedes Familienmitglied füllt eine bestimmte Funktion aus, z.B. Vater, Mutter, Onkel etc. und trägt damit dazu bei, Sicherheit, Verlässlichkeit und Intimität in der Familie herzustellen. Dies schafft Beständigkeit und Verbindlichkeit innerhalb der gegebenen Familienstrukturen. Durch die Platzierung von Gästen in Familien wird diesen die Möglichkeit eröffnet, selbst eine derartige Rolle innerhalb des Familiengefüges einzunehmen, was entscheidend zur Nachsozialisation beiträgt. Zusätzlich fördert die konstante Anwesenheit aller Familienmitglieder den Zustand von

Normalität im Alltag (vgl. Dondalski, 2004; Schönberger & Stolz, 2003; Ingenleuf, 2004).

5.2.2 Milieutherapeutische Faktoren

Neben den Kommunikations- und Beziehungsprozessen wird in der Psychiatrischen Familienpflege das Milieu Familie gezielt als therapeutischer Faktor eingesetzt. Wie seit langem bekannt ist, können Milieufaktoren den Verlauf psychischer Erkrankungen positiv beeinflussen (vgl. Berger, 2003; Hildenbrand, 1991). Das Milieu gestaltet sich je nach Familie sehr individuell, was den unterschiedlichen Ansprüchen der zu vermittelnden Gäste zu gute kommt. Kennzeichnend für das Familienmilieu ist, im Gegensatz zu stationären Einrichtungen, die Überschaubarkeit der Interaktionspartner in einer Familie. Dies trägt zu einer klaren Struktur innerhalb des Milieus bei. Familien bieten ein anregendes Milieu, in dem ausreichend Raum für autonome Entscheidungen, Kommunikation zwischen den Familienmitgliedern und eine offene Atmosphäre besteht. Daneben vermitteln Familien ein Gefühl von Geborgenheit und Sicherheit (vgl. Frühwirth, 2001; vgl. Schernus, 2005; Schönberger & Stolz, 2003; Hildenbrand, 1991).

Im Mittelpunkt der Interaktionen stehen selbstverständliche und spontane Handlungen, sowie die Qualität der Beziehung zwischen Gast und Familie. Konflikte und die gemeinsame Konfliktlösung bilden eine wichtige Ebene des Zusammenlebens und Lernens. Außerhalb der Institution wird der Gast durch die Konfrontation mit Konflikten, die sich aus dem Familienalltag ergeben, dazu angeregt, sich selbständig Bewältigungsstrategien für alltägliche Probleme anzueignen. Dies entspricht dem Normalisierungsgedanken des milieutherapeutischen Grundsatzes (vgl. Konrad, 1993; Konrad, Miller-Clesle & Roth, 1993).

Trotz der positiven Effekte des Familienmilieus erweist sich nicht automatisch jedes Milieu einer Gastfamilie für den Rehabilitationsprozess eines Gastes als geeignet. Das Familienpflegeteam achtet bereits bei der Vorauswahl von potenziellen Familien auf das soziale Milieu und die offensichtlich vorhandenen Ressourcen. Dennoch ist es unmöglich von vorneherein alle Faktoren, die das Milieu nachhal-

tig beeinflussen können, wie z.B. innerfamiliäre Vorgänge, Problemlöseverhalten, Reaktionen auf Krisen, in die Entscheidung mit einfließen zu lassen. Stellt sich das Milieu für den Entwicklungsprozess als hemmend heraus, muss von professioneller Seite korrigierend eingegriffen oder im Extremfall das Betreuungsverhältnis aufgelöst werden (vgl. Frühwirth, 2001; Konrad, Miller-Clesle & Roth, 1993).

5.2.3 Familienkompetenzen als Schlüsselkompetenzen

Neben der familialen Sozialisation und dem förderlichen Familienmilieu verfügen Familien über soziale und emotionale Kompetenzen, von denen der Gast profitiert (vgl. Schönberger & Stolz, 2003).

Eine wesentliche Kompetenz von Familien besteht darin, alle Familienmitglieder in das Familienleben zu integrieren. Sie finden Mittel und Wege, ihren Alltag so zu gestalten, dass Konflikte meist fair geregelt werden, so dass alle Familienmitglieder gut miteinander auskommen. Die einzelnen Familienmitglieder erfahren in Problemsituationen Beratung und Unterstützung durch die anderen Mitglieder, was auch in den Interviews häufig zur Sprache kommt⁸ (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, 1995).

Die Familien stellen einen Lernort dar, der den Gästen die Möglichkeit bietet, selbständige Entscheidungen zu treffen. Die Klienten lernen, dass Entscheidungen oftmals nicht nur sie selbst sondern auch andere Menschen betreffen und langfristige Konsequenzen nach sich ziehen können. Sie machen die Erfahrung, dass Entscheidungen auch in Absprache mit anderen getroffen werden können und es dabei wichtig ist, die eigene Meinung argumentativ begründen und vertreten zu können (vgl. ebd.).

Kommunikation allgemein stellt einen Bereich dar, in dem viele psychisch kranke Menschen Schwierigkeiten haben. Gründe hierfür liegen häufig auch im begrenzten Zeitrahmen, den das Personal in Institutionen für persönliche Gespräche zur Verfügung hat. Oft beschränkt sich die Kommunikation auf die Symptomatik der Klienten, da dem Personal die Zeit fehlt, sich auf Persönliches einzulassen. In

⁸ siehe Kapitel 6

der Familie nimmt Kommunikation dagegen einen großen Stellenwert ein. Der Kontakt zu und mit den anderen Familienmitgliedern wird automatisch gepflegt und schafft so eine Vertrauensbasis im Umgang mit anderen (vgl. ebd.).

Die Gäste lernen in der Familie, Verantwortung für sich und ihr Leben zu übernehmen und sehen gleichzeitig, dass es auch möglich ist, bestimmte Dinge zu delegieren und Verantwortung abzugeben. Es kommt zu positiven Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl, da durch diese Haltung Wertschätzung und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt werden. Die Gäste bekommen die Chance, eine Rolle in der Familie zu übernehmen, in der sie sich wohl und akzeptiert fühlen (vgl. Ingenleuf, 2004).

Persönliche Kompetenzen der Klienten, wie Kritikfähigkeit, die Fähigkeit, sich abzugrenzen sowie Selbständigkeit werden gefördert.

Familien verfügen außerdem über pädagogische Kompetenzen, sie vermitteln unter anderem Wertvorstellungen, wie beispielsweise Hilfsbereitschaft, Toleranz und moralische Werte und geben ihren Gästen durch ihre Haltung weiter, dass man für Entscheidungen die Konsequenzen tragen muss (vgl. Liegle, 2001).

Persönliche Interessen der Gäste werden berücksichtigt, da sich die Familien an deren Wünschen, Vorstellungen und Talenten orientieren und sie beispielsweise in die Planung einer sinnvollen Freizeitgestaltung mit einbeziehen (vgl.).

Im Sinne von Lernen am Modell erleben psychisch kranke Menschen, wie Belastungen und Streitigkeiten in Familien verarbeitet werden, ohne dass diese daran zerbrechen. Familien demonstrieren eine Art von Belastbarkeit und leben ihren aufgenommenen Gästen ein über einen längeren Zeitraum gleichmäßiges Sozialverhalten vor, das viele psychisch kranke Menschen in ihren bisherigen Lebensverläufen noch nicht erlebt haben (vgl. Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, 1995).

5.3 Produktivität psychiatrischer Versorgung

Familien verfügen wie aufgezeigt über ein großes Maß an Hilfefezenzial, das in Kombination mit der professionellen Unterstützung durch das Familienpflegeteam für viele psychisch kranke Menschen hilfreich sein kann. Dabei stellt die Psychiatrische Familienpflege einen Baustein in der psychiatrischen Versorgungslandschaft in Deutschland dar.

Um eine erfolgreiche Versorgung eines psychisch kranken Menschen gewährleisten zu können, muss der individuelle Behandlungsbedarf des Einzelnen als Maßstab genommen werden (vgl. Kilian, Bernert, Matschinger, Mory, Roick & Angermeyer, 2001). Im Gegensatz zu somatischen Behandlungsverfahren ist für die psychiatrische Versorgung eine persönliche - und damit vergleichsweise kostenintensive - Betreuung kennzeichnend. Unter dem bestehenden Kostendruck ergibt sich damit die Notwendigkeit kostenwirksame und gleichzeitig qualitativ hochwertige Behandlungsverfahren einzusetzen. Als internationale Standards, um die Qualität der Behandlung zu bewerten, haben sich die folgenden vier Dimensionen etabliert:

- Behandlung psychischer Erkrankungen
- Kontinuität der Versorgung
- Koordination der Versorgung
- Outcome auf Patientenseite (im Sinne von Mortalität)

(vgl. OECD, 2004; Junghan & Rička, 2006).

Die Umsetzung dieser vier Bereiche erfordert ein gut ausgebautes Versorgungssystem für die Behandlung psychisch kranker Menschen. Verschiedene Komponenten, die sowohl in der Gemeinde integriert als auch institutionell am Krankenhaus angesiedelt sind, sind dazu notwendig. In Deutschland gestaltet sich vor allem die Sicherstellung einer kontinuierlichen und koordinierten psychiatrischen Versorgung aufgrund der starken Zergliederung des Versorgungssystems als schwierig (siehe Abbildung 1) (vgl. Helmchen, 2004; Kallert, Leiß, Kulke & Kluge, 2005).

Bisher ergeben sich, im Gegensatz zur psychiatrischen Klinik, wo der Aspekt der Evidenzbasierung zunehmend das klinische Handeln

leitet, für die Wirksamkeit einzelner gemeindepsychiatrischer Angebote in Deutschland allerdings kaum Anhaltspunkte. Gründe hierfür liegen zum einen in der unterschiedlichen Ausgestaltung der einzelnen Versorgungsangebote sowie das geringe Maß an bisher durchgeführten Untersuchungen (vgl. ebd.).

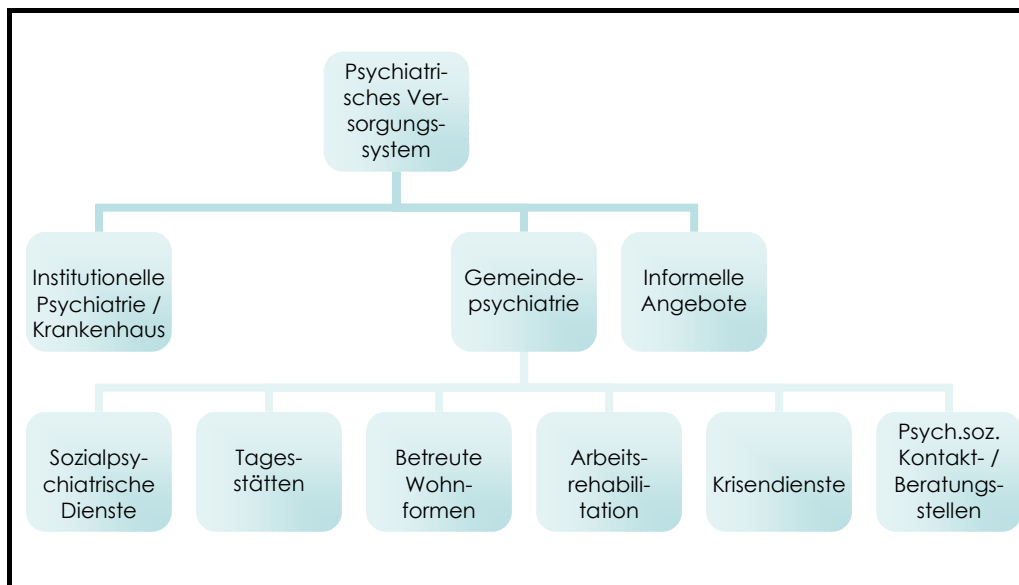


Abbildung 1: Struktur des psychiatrischen Versorgungssystems

Weder für die deutschen sozialpsychiatrischen Dienste noch für die Tagesstätten gibt es gesicherte Erkenntnisse bezüglich der Wirksamkeit der Angebote. Im Bereich der Betreuten Wohnformen können nur Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit für bestimmte Patientengruppen in verschiedenen Betreuungsformen gemacht werden. Ein Vergleich der Effektivität verschiedener Wohnformen ist jedoch zum aktuellen Zeitpunkt aufgrund mangelnder Evidenz nicht möglich. Hier lässt sich zusätzlich anmerken, dass kaum Kriterien zur Ziel- oder Erfolgsmessung für die unterschiedlichen Wohnformen festgelegt wurden, was aber für eine Kosten–Effektivitäts-Analyse notwendig wäre. Für den Bereich der Arbeitsrehabilitation sowie der Krisendienste gestaltet sich die Lage ähnlich, da auch hier nur ein mittleres bis geringes Evidenzniveau hinsichtlich Aussagen zur Effektivität erreicht wird. Für psychosoziale Kontakt- und Beratungsstellen liegen überhaupt keine empirischen Untersuchungen vor (vgl. ebd.).

6 Lebensqualität in der Psychiatrischen Familienpflege – eine qualitative Untersuchung

Das Konzept der Lebensqualität gewinnt neben den Dimensionen Behandlung, Kontinuität und Koordination der Versorgung sowie Outcome bei den Patienten im Bereich der psychischen und körperlichen Behinderungen für die Messung der Qualität in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung. Einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation für psychisch kranke Menschen leistete die Entwicklung verbesserter Psychopharmaka, die den Menschen dazu verhalfen, trotz ihrer Krankheit ein Leben außerhalb psychiatrischer Anstalten zu führen. Der Ausbau gemeindepsychiatrischer Strukturen und ein neues Selbstbewusstsein psychisch Kranker und ihrer Angehörigen förderten die verstärkte Beachtung von Lebensqualität der Klientel. Folglich wird die aktive Beteiligung der Nutzer von Angeboten vorangetrieben (vgl. Angermeyer, Holzinger & Matschinger, 1999).

Es besteht ein wissenschaftlicher Konsens darüber, dass mittels der Lebensqualität der outcome einer psychiatrischen Intervention gemessen werden kann. Über die Wirksamkeit der Psychiatrischen Familienpflege liegen bisher relativ wenige Erkenntnisse im deutschen Raum vor. Das Ziel der qualitativen Untersuchung war deshalb herauszufinden, ob die Menschen in der Psychiatrischen Familienpflege einen Zuwachs im Bereich der Lebensqualität feststellen können bzw. wie sich Lebensqualität generell darstellt (vgl. Kallert et al., 2005).

Anhand der Ergebnisse, die mittels Interviews gewonnen wurden, soll eine vorsichtige Einschätzung erfolgen, ob die Psychiatrische Familienpflege in dieser Hinsicht wirksam ist.

6.1 Überlegungen zum Untersuchungsgegenstand

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege tatsächlich eine Alternative zur professionellen Betreuung in stationären Einrichtungen sein kann. Bisher ist relativ wenig über die Wirksamkeit der Familienpflege bekannt, was daran liegen könnte, dass es, wie bei allen nicht-

tangiblen sozialen Dienstleistungen, schwierig ist, die Wirksamkeit zu messen und den Erfolg auf spezifische Faktoren zurückzuführen (vgl. ebd.).

Um Aussagen bezüglich der Konkurrenzfähigkeit der Psychiatrischen Familienpflege zu stationären Angeboten treffen zu können, müssen aber auch Aussagen hinsichtlich der Wirksamkeit gemacht werden. In diesem Zug wurde die subjektive Lebensqualität als Erfolgskriterium zur Messung der Wirksamkeit der Psychiatrischen Familienpflege gewählt. Da der Begriff der Lebensqualität sehr weit gefasst ist, ist es sinnvoll eine Operationalisierung vorzunehmen und die subjektive Zufriedenheit in wichtigen Lebensbereichen zu untersuchen.

6.2 Das Konzept Lebensqualität

Verschiedene Studien untersuchten im Zusammenhang mit Lebensqualität unterschiedliche Kriterien, welche für die Lebensqualität psychisch kranker Menschen ausschlaggebend sind. Einer der am häufigsten genannten Punkte war eine Arbeitsstelle, da ein Job für die Menschen die beste Möglichkeit zur sozialen Integration darstellt. Gesundheit (allgemeine und psychische Gesundheit, d.h. frei sein von Symptomen) sowie Lebensfreude und Unabhängigkeit zählen ebenfalls zu gemessenen Lebensqualitätskriterien (Angermeyer et al., 1999).

Weiter stellt die Klientengruppe, die in eine Familie eingebunden ist, die zufriedenste im Vergleich zu psychisch kranken Menschen im Heim oder sozialtherapeutischen Wohnheimen dar. In diesem Rahmen sind die Erfahrungen, welche psychisch kranke Menschen im Verlauf ihrer Erkrankung und oft langjährigen Patientenkarrerien machen, zu berücksichtigen, da das Anspruchsniveau eines ehemaligen Psychatriepatienten meist niedriger angelegt ist als das von Bewohnern, die aus ihren eigenen Familien in eine Einrichtung kommen. Trotzdem zeichnet ein Mangel an Privatsphäre und Möglichkeiten zur Selbstbestimmungen viele stationäre Langzeiteinrichtungen aus, da die Unterbringung der Bewohner in Einzelzimmern nach wie vor nicht der Regel entspricht (vgl. Leißle & Kallert, 2001).

Lebensqualität lässt sich durch objektive Faktoren, die mit der Person oder ihren Lebensumständen zusammenhängen sowie subjektive Bewertungen, die durch die Person selbst vorgenommen werden, charakterisieren (vgl. Gaite, Vázquez-Barquero, Arrizabalaga, Schene, Welcher, Thornicroft, Ruggeri, Vázquez-Bourgon, Retuerto, Leese & Epsilon Study Group, **Jahr**; Frowein, 2005).

Die beschriebenen Faktoren können verschiedenen Dimensionen von Zufriedenheit zugeordnet werden:

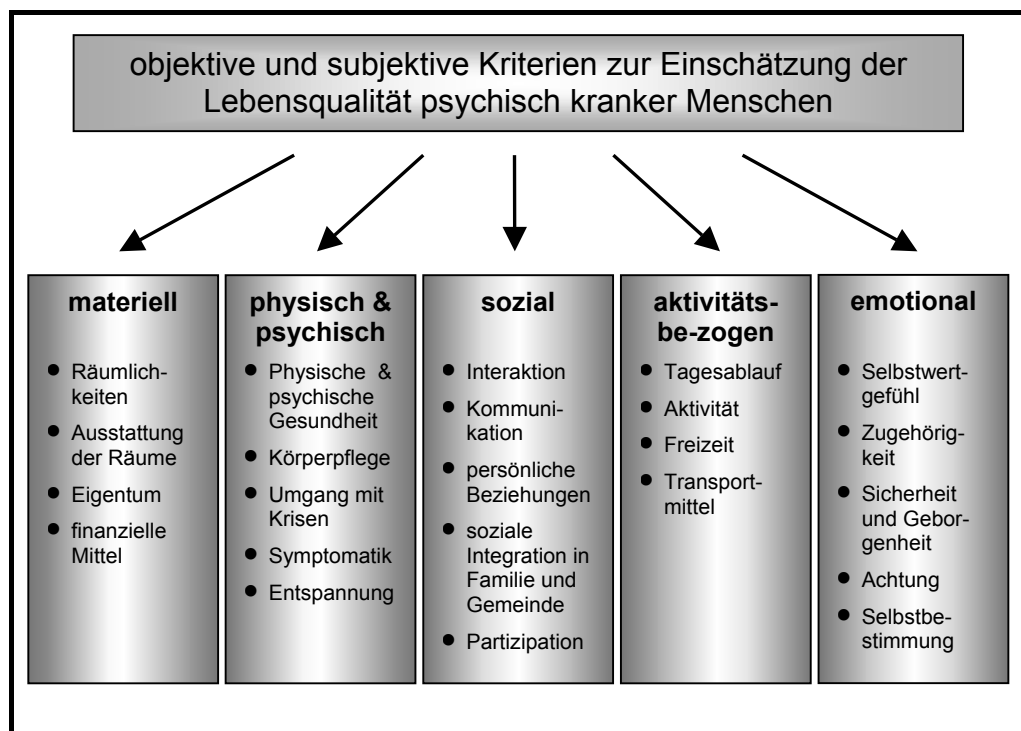


Abbildung 2: Kriterien zur Einschätzung der Lebensqualität

6.3 Zielgruppe

Bei allen Befragten handelt es sich um psychisch kranke Menschen, die gemäß § 53 ff. des SGB XII in Verbindung mit § 3 der Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfeverordnung) psychisch behindert oder von einer psychischen Behinderung bedroht sind. Die fünf Personen, die zum Thema interviewt wurden, unterscheiden sich sowohl bezüglich der Krankheitsbilder und -geschichten, des Alters als auch ihrer Aufenthaltsdauer in Familien im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege. Es wurden drei Männer im Alter von 35, 52 und 60 Jahren sowie zwei Frauen im Alter von

51 und 62 Jahren befragt, deren Fallgeschichten kurz dargestellt werden sollen⁹.

Fall 1:

Frau Wagner (Jahrgang 1955) kam im Juli 1999 in die Psychiatrische Familienpflege. Sie war die erste Person, die ihm Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege im Bezirk Oberpfalz vermittelt wurde. Bis August 2000 wohnte sie bei Familie F., seit September 2000 lebt sie bei Familie B.. Während dieser Zeit kam es zu einem Bezugspersonenwechsel in der Familie, da die Frau von Herrn B. die Familie verließ und Herr B. die Betreuung allein übernahm. Seit 2003 hat die Betreuung die Schwester des Herrn B., Frau T., inne. Diagnostiziert sind bei Frau Wagner eine paranoide Schizophrenie sowie eine Essstörung in Form von Bulimie.

Frau Wagner wuchs in einem Kinderheim auf und absolvierte später eine Lehre zur Kinderpflegerin. In diesem Beruf arbeitete sie auch ein Jahr, bevor ihre Erkrankung ausbrach, als sie 22 Jahre alt war. Seit Ende 1979 ist Frau Wagner in Behandlung, zuerst mit Unterbrechungen, dann fast durchgehend. Ab 1994 lebte sie in einem Heim.

Die Gastfamilie besteht aus Herrn B. sowie seiner Schwester. Zu Beginn des Betreuungsverhältnisses gehörte auch die Frau des Herrn B. zur Familie. Die Familie hat außer Frau Wagner noch einen Gast, Herrn Plank, aufgenommen. Die Familie hat zwei Hunde in einem geräumigen Haus, welchem eine Pension, welche Herr B. und dessen Schwester betreiben, angegliedert ist. Das Grundstück mit Garten grenzt an einen Wald und liegt sehr idyllisch. Frau Wagner mag die Hunde und die Umgebung sehr gerne und ging, bevor sie sich ein Bein brach, häufig mit einem der Hunde spazieren.

Fall 2:

Herr Plank (Jahrgang 1953) lebt gemeinsam mit Frau Wagner in der oben beschriebenen Familie. Diagnostiziert sind bei ihm eine Polytoxikomanie sowie eine paranoide Schizophrenie. Herr Plank wuchs mit mehreren Geschwistern, zu denen teilweise noch loser Kontakt besteht, auf. Die Eltern sind bereits verstorben. Herr Plank hat eine Handwerkslehre als Elektriker begonnen, aber nicht abgeschlossen.

⁹ Die Namen der befragten Personen wurden aus Gründen der besseren Lesbarkeit nicht abgekürzt. Um die Anonymität der befragten Personen dennoch zu wahren, wurden alle Namen geändert.

Bereits im Jugendalter machte er erste Erfahrungen mit Alkohol und Drogen. Versuche, als Künstler zu leben, unter anderem auch im Ausland, scheiterten. Später kam die Psychoseerkrankung dazu. Herr Plank verbüßte eine Haftstrafe wegen wiederholten Fahrens ohne Führerschein. Vor der Psychiatrischen Familienpflege war er in einer Langzeiteinrichtung zur Entwöhnungs.

Fall 3:

Herr Hirschbeck (Jahrgang 1970) war von September 2003 bis Februar 2006 in der Psychiatrischen Familienpflege. Diagnostiziert sind bei ihm eine Psychose sowie Epilepsie. Er lebte bis zu seinem 29. Lebensjahr bei seiner Herkunftsfamilie, die ihn „unter Verschluss“ hielt, so dass er folglich keinerlei Lebenserfahrung hatte. In seiner Herkunftsfamilie erfuhr Herr Hirschbeck kaum Zuneigung, sollte immer nur „funktionieren“. Er beendete eine Ausbildung zum Speditionskaufmann erfolgreich und arbeitete bis zur Unterschlagung einer größeren Geldsumme (die er aus der Kasse genommen hatte, um im Spielkasino damit zu gewinnen und das „geliehene“ Geld unbemerkt zurück zu legen) in diesem Beruf. Aufgrund dieses Vorfalles verlor er seine Arbeit und zog aus dem elterlichen Haus in eine eigene Wohnung, in der er zunehmend vermüllte. Ein zweifelhafter Freundeskreis trug nicht zur Verbesserung der Lebenssituation des ohnehin stark gefährdeten Mannes bei.

Herr Hirschbeck wohnte bei einer Gastfamilie in einem großen Haus mit vielen Katzen. Die Gasteltern haben außer Herrn Hirschbeck noch Herrn Häusler als Gast aufgenommen. Sie haben selbst keine Kinder. Das Haus ist sehr idyllisch am Rande eines Dorfes gelegen. Herr Hirschbeck bewohnte gemeinsam mit Herrn Häusler eine, vom Wohnraum der Gastfamilie abgetrennte, 70 qm große, eigene Wohnung mit separatem Eingang. Anfang dieses Jahres ist er mit seiner Freundin in eine gemeinsame Wohnung gezogen.

Fall 4:

Herr Häusler (Jahrgang 1946) lebt seit Februar 2002 bei der in Fall 3 beschriebenen Familie. Diagnostiziert sind bei ihm chronischer Alkoholismus, ein hirnorganisches Psychosyndrom (Korsakow) sowie Störungen der Merkfähigkeit. Er ist kaum krankheitseinsichtig und bagatellisiert seine Krankheit. Vor der Psychiatrischen Familienpflege war in einer Sozialtherapeutischen Einrichtung. Herr Häusler ist geschieden, zu seiner Frau besteht kein Kontakt. Er pflegt lockere Kontakte zu seinem Bruder sowie seinen

seinen Kindern und deren Familien und seiner Mutter. Seine Familie verhält sich ihm gegenüber eher distanziert, die Kontakte gehen hauptsächlich in Form von Telefonaten von ihm aus.

Aufgrund seines langjährigen Alkoholmissbrauchs hat der ehemals selbständige Bauunternehmer Teile seiner Firma verloren. Nach der Trennung von seiner Familie Anfang der 90iger lebte Herr Häusler zeitweise in einer eigenen Wohnung.

Er hat verschiedene erfolglose Therapieversuche hinter sich. Seit Herr Hirschbeck ausgezogen ist, bewohnt Herr Häusler die oben beschriebene Wohnung allein.

Fall 5:

Frau Graf (Jahrgang 1944) ist seit September 2005 in der zweiten Familie im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege. Vorher lebte sie von Dezember 2004 bis Juni 2005 bei Familie M.

Diagnostiziert ist bei Frau Graf Alkoholismus. Sie ist verheiratet, aber der Ehemann ist nicht mehr an ihr interessiert. Es gibt 2 Kinder und 4 Enkelkinder, zu denen loser Kontakt besteht. Die Tochter ist die Einzige, die sich regelmäßig um Frau Graf kümmert. Früher arbeitete die Klientin im eigenen Autohaus ihres Mannes mit, für ihre Familie blieb nicht viel Zeit. Sie hat einen Hauptschulabschluss und eine Lehre zur Bürokauffrau abgeschlossen.

Seit rund 20 Jahren besteht eine Alkoholerkrankung bei Frau Graf.

Vor der Psychiatrischen Familienpflege lebte Frau Graf in einer Langzeiteinrichtung.

Die achtköpfige Gastfamilie von Frau Graf wohnt in einem großen Haus mit Garten in einem kleinen ländlichen Ort. Die Gasteltern sind beide ganztags berufstätig, die Oma der Familie wohnt auch im Haus und ist den ganzen Tag zu Hause. Zudem gibt es fünf Kinder sowie Hunde. Die Kinder mag Frau Graf sehr gerne, sie schaffen es auch, Frau Graf, die viel über ihr früheres Leben nachgrübelt, aus der Reserve zu locken. Die Hunde der Familie mag Frau Graf dagegen nicht besonders.

6.4 Methodisches Vorgehen

Für die Untersuchung wurde der Bezirk Oberpfalz ausgewählt, da hier das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege seit einigen Jahren erfolgreich praktiziert wird. Der Bezirk Oberpfalz umfasst ne-

ben der Stadt Regensburg vor allem ländliche Gebiete, wo auch überwiegend Familienpflege stattfindet. Dies entspricht auch der Situation in anderen Teilen Deutschlands.

Gegenstand der Untersuchung war die Psychiatrische Familienpflege und die subjektive Lebensqualität, die aus dem Betreuungsverhältnis resultiert. Als Messkriterien für die Lebensqualität der Klienten wurden die Dimensionen

- allgemeine Situation,
- gesundheitliche Situation,
- Wohnsituation,
- soziale Kontakte,
- Leben in der Familie,
- Arbeit,
- Finanzen,
- Freizeit,
- Autonomie,
- Kontakt zu Familienpflegeteam,
- Lebensumstände ohne Psychiatrische Familienpflege abgefragt.

Zusätzlich wurden auch soziodemografische Daten und Informationen zum bisherigen Krankheitsverlauf erfasst, um eventuelle Wirkungszusammenhänge erklären zu können.

Um die subjektive Sichtweise der einzelnen Gäste bezüglich der Zufriedenheit mit ihren Lebensumständen in den Gastfamilien erfassen zu können, wurde ein qualitatives Erhebungsverfahren ausgewählt. Eine größtmögliche Offenheit gegenüber dem Untersuchungsgegenstand wurde durch den Einsatz von Interviews hergestellt. Da verschiedene Dimensionen von Lebensqualität, die auf theoretischen Vorüberlegungen beruhen, erhoben werden sollten, wurden die Interviews leitfadengestützt geführt (vgl. Krumm & Becker, 2006).

Insgesamt wurden fünf psychisch kranke Menschen interviewt, die sich in Alter, Diagnosen als auch Aufenthaltsdauer in den Familien unterscheiden, um ein möglichst vielseitiges Bild zu bekommen. Das Team der Familienpflege wählte die Interviewpartner unter Berück-

sichtigung der zuvor genannten Kriterien aus und stellte den Kontakt zu Familien und Klienten her.

Die Gespräche fanden bei den Familien in den eigenen Wohnräumen der Klienten statt und wurden nach Rücksprache auf Tonband aufgenommen. Im Anschluss wurden diese wörtlich und in Mundart transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

6.4.1 Erhebungsinstrument

Einleitend wurde nach soziodemographischen Daten und einer kurzen Beschreibung der Lebenssituation des jeweiligen Klienten vor und in der Psychiatrischen Familienpflege gefragt.

Ferner wurden Informationen gesammelt, die sich den verschiedenen Dimensionen

- Materielle Zufriedenheit
- Physische und psychische Zufriedenheit
- Zufriedenheit mit der sozialen Situation
- Aktivitätsbezogene Zufriedenheit
- Emotionale Zufriedenheit zuordnen lassen.

Die Frage nach der Wohnsituation sollte einerseits einen Überblick über die objektiven Lebensumstände, wie ein eigenes Zimmer, eigenes Bad, Möglichkeit zur Gartennutzung etc. geben. Andererseits sollte die Möglichkeit der Selbstbestimmung dadurch eruiert werden, ob die Bewohner eigene Schlüssel für Zimmer und Haustüre, Anteil an eigenen, mitgebrachten Möbeln sowie Möglichkeiten zur Raumgestaltung haben.

Im Rahmen des Themenblocks „Leben in der Pflegefamilie“ sollten die Klienten das Verhältnis sowie die Einbindung und Teilhabe zu und in ihrer Gastfamilie beschreiben. In diesem Zusammenhang wurde auch nach Rückzugsmöglichkeiten für die Klienten gefragt. Die Art des Umgangs mit Konflikten sowie der Kontakt zum zuständigen Pflorgeteam, bzw. Sozialpädagogen, wurden an dieser Stelle ebenfalls thematisiert. Das Interesse bezog sich auch auf die Art und Häufigkeit der Kontakte sowie die Möglichkeit der Kontaktaufnahme durch den Klienten außerhalb der regelmäßig stattfindenden Haus-

besuche. Es sollten Aussagen darüber getroffen werden, wie die Klienten die professionelle Betreuung durch die Sozialpädagogen beurteilen.

Die finanzielle Situation sollte Aufschluss über die Art und Höhe der Einkünfte und Ausgaben, Möglichkeiten zum Sparen für eventuelle größere Anschaffungen und einem auffälligen Unterschied der finanziellen Situation im Vergleich zur Lebenssituation des jeweiligen Klienten vor der Psychiatrischen Familienpflege geben. Die Antworten auf Fragen nach Selbstverwaltung oder Einteilung des Geldes, allgemeinem Umgang bzw. Problemen im Umgang mit Geld sollten Hinweise über den Grad an Selbstbestimmung und Mitbestimmung sowie bestimmten Fähigkeiten und Kompetenzen liefern.

Das Thema Arbeit und Beschäftigung diente dem Aufzeigen verschiedener Aspekte. Es sollte geklärt werden, ob der Klient in der Lage ist, seinen Tagesablauf selbst zu strukturieren und wenn dies der Fall ist, wie ein Tag in der Familie abläuft. Zugleich wurden auch regelmäßige Tätigkeiten und Pflichten im Haushalt oder Garten etc. abgefragt. Nach Ausübung eines Berufes im Sinne einer regelmäßigen Tätigkeit, z.B. in einer Werkstätte für behinderte Menschen oder die Anbindung an ambulante Angebote oder Einrichtungen wurden ebenfalls an dieser Stelle gefragt.

Sowohl mit den Fragen zu Arbeit und Beschäftigung als auch zum Bereich Freizeit sollten Informationen bezüglich der Möglichkeiten zur aktiven Gestaltung des eigenen Lebens der Klienten gesammelt werden. Zur Freizeitgestaltung sollten zuerst ganz allgemeine Aussagen getroffen werden, beispielsweise wie der Klient seine Freizeit verbringt. Anschließend wurde detaillierter nach der Art der Gestaltung gefragt, beispielsweise ob der Klient viel allein unterwegs sei, mit seiner Gastfamilie etwas unternehmen würde oder ob Freunde oder Bekannte miteinbezogen wären. Angesprochen wurden hier auch Besuchsmöglichkeiten im Haus der Familie sowie Fahrtmöglichkeiten und die Beschaffenheit der Infrastruktur allgemein. Wichtig war in diesem Zusammenhang auch die Frage nach einer Anbindung an örtliche Vereine oder Clubs bzw. die Teilnahme an örtlichen An-

geboten verschiedenster Art. Die Antworten sollten Rückschlüsse über die Integration und Akzeptanz der Klienten in ihren Wohnorten zulassen.

Weiter wurde nach für die Klienten wichtigen Kontakten außerhalb der Familie gefragt, wie beispielsweise die eigene Herkunftsfamilie, Freunde oder Bekannte. Es sollten die Art und Weise, Häufigkeit sowie Ausgangspunkte der Kontaktaufnahme geschildert werden. Den Hintergrund für diese Fragen bildeten die Überlegungen nach der Bedeutung des früheren Lebens der Klienten für ihr jetziges Leben in einer fremden Familie. Es sollten Informationen darüber gesammelt werden, in welchem Umfang noch Kontakt zu Menschen besteht, die für den Klienten wichtig sind und ob sich die Art und Häufigkeit seit dem Leben in einer Gastfamilie verändert haben.

Des Weiteren wurde nach einer Zunahme an Autonomie bzw. Selbstbestimmung gefragt. Die Klienten sollten Unterschiede bezüglich dem Grad der Eigenbestimmung im Vergleich zu ihrer Lebenssituation vor der Psychiatrischen Familienpflege beschreiben. Um das abstrakte Thema verständlicher zu machen, wurde es auf Fragen nach eigenen Entscheidungen und nach Art und Weise der Entscheidungsfindung herunter gebrochen.

Die Auswirkungen der Psychiatrischen Familienpflege auf die psychische und physische Gesundheit wurden mit Fragen zur Medikation und bezüglich Krisenzeiten und Strategien zur Krisenbewältigung abgeklärt. Gefragt wurde nach der Symptomatik allgemein (verbessert/verschlechtert/gleich geblieben) sowie nach neuen Strategien im Umgang mit Krisen.

Um eine Gesamtbewertung der globalen Zufriedenheit mit dem Angebot der Psychiatrischen Familienpflege durch die Klienten ermitteln zu können, wurde eine Skalierungsfrage in die Interviews eingebaut. Die Klienten wurden zunächst gefragt, ob es aktuell Veränderungswünsche von ihrer Seite gäbe und sollten anschließend ihre Zufriedenheit mit der aktuellen Situation auf einer Skala von eins bis fünf (eins = sehr zufrieden, fünf = überhaupt nicht zufrieden) einstufen. Zusätzlich wurden die Interviewpartner um eine Einschätzung

ihrer Lebenssituation gebeten, wenn es das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege nicht mehr geben würde. Die Antworten sollten Auskunft über die Bedeutsamkeit der Familienpflege für die Klienten geben und Rückschlüsse darauf zulassen, zu welchen Lebensumständen die Psychiatrische Familienpflege aus der Sicht der Klienten eine Alternative darstellt.

6.4.2 Analyse der Interviews

Bei den theoretischen Vorüberlegungen wurde die Lebensqualität von psychisch kranken Menschen in der Psychiatrischen Familienpflege in den Mittelpunkt gestellt. Es wurden anhand des Leitfadens die Bereiche in den Interviews abgefragt, die Aussagen über die subjektive Lebensqualität zulassen.

Die Interviews wurden mit Einverständnis der interviewten Personen unter der Zusicherung von Anonymität mit einem Diktiergerät aufgezeichnet. Anschließend wurden sie wörtlich transkribiert und paraphrasiert.

Im nächsten Schritt wurden die Aussagen der einzelnen Interviewpartner generalisiert und auf ähnlichen oder gleichen Inhalt hin untersucht. Aussagen mit gleichem oder ähnlichem Inhalt wurden an dieser Stelle aus dem Text genommen. Paraphrasen, die für die Auswertung nach wie vor wichtig und tragend waren, wurden im Text belassen.

Anschließend erfolgte eine Zuordnung der paraphrasierten Textstellen zu den verschiedenen Kategorien, damit die Aussagen der einzelnen Interviewpartner ausgewertet werden konnten (vgl. Mayring, 2003).

6.5 Ergebnisse

Die Auswertung erfolgte für die Dimensionen materielle Zufriedenheit, physische und psychische Zufriedenheit, Zufriedenheit mit der sozialen Situation, aktivitätsbezogene Zufriedenheit, emotionale Zufriedenheit und die Einschätzung der Lebenssituation ohne die Psychiatrische Familienpflege.

Aufgrund der geringen Anzahl der befragten Gäste liefert die Untersuchung ausschließlich exemplarische Ergebnisse. Daher können die Ergebnisse nicht grundsätzlich auf Familienpflegeverhältnisse übertragen werden.

6.5.1 Materielle Zufriedenheit

Räumlichkeiten und Ausstattung der Räume

Alle fünf befragten Personen gaben an, über mindestens ein eigenes Zimmer zu verfügen, welches getrennt von den Räumlichkeiten der Gastfamilie liegt. Herr Hirschbeck¹⁰ und Herr Häusler leben in einer eigenen Wohnung mit Küche und Bad im Haus der Gastfamilie. Die Wohnung der beiden ist vollständig möbliert. Herr Hirschbeck hat sein Schlafzimmer mit eigenen Möbeln eingerichtet. Er gibt an, mit der Einrichtung zufrieden zu sein. Bei den anderen befragten Personen waren die Zimmer teilmöbliert, die Gäste hatten auch eigene Gegenstände zur Einrichtung ihrer Zimmer mitgebracht. Herr Plank berichtet davon, dass er als erster Gast sich ein Zimmer von dreien aussuchen konnte, welches er selbst mit dem Gastvater nach seinen Wünschen gestaltete. Er ist zufrieden mit seinem Zimmer. Alle Klienten haben separate Bäder und Duscmöglichkeiten von denen der Familien.

Die „wohltuende Umgebung“ hebt Frau Wagner in ihrer Familie besonders hervor. Das Grundstück ihrer Gastfamilie grenzt an einen Wald, was Frau Wagner sehr gefällt. Auch bei den anderen Befragten verfügen die Familien über einen Garten oder die Grundstücke grenzen an Wälder. Die Gartennutzung ist allen Klienten erlaubt und wird auch von allen angenommen.

Finanzielle Mittel

Bei vier der befragten Personen hat ein gesetzlicher Betreuer die Vermögenssorge inne. Lediglich Herr Hirschbeck, der Anfang dieses Jahres in eine eigene Wohnung gezogen ist, regelte seine Geldange-

¹⁰ Die Angaben von Herrn Hirschbeck beziehen sich auf die Zeit, als er noch in der Gastfamilie wohnte.

legenheiten völlig selbständig. Die Einteilung des Taschengeldes übernimmt bei Frau Wagner und Herrn Häusler die Mutter der Gastfamilie, bei Frau Graf der gesetzliche Betreuer. Herr Hirschbeck und Herr Plank teilen sich ihr Taschengeld selbst ein.

Vier der Befragten beziehen Rente, Herr Hirschbeck in Verbindung mit Arbeitsentgelt und Grundsicherung. Frau Wagner erhält Geld von der Sozialhilfe und das Arbeitsentgelt aus der Beschäftigung in einer beschützten Arbeitsform.

Während beide befragten Frauen angaben, regelmäßig zu sparen, z.B. um für die Enkel etwas geben zu können, war das Thema sparen für die drei männlichen Probanden nicht relevant. Alle drei gaben zwar größere Wünsche an, z.B. Herr Plank, der eventuell den Führerschein machen möchte, für welche sie aber nicht sparen würden. Herr Plank wörtlich zu dem Thema:

„Führerschein vielleicht machen, aber der käme mir, des san solchene Berge, müsst' i alte Rechnungen no bezahlen plus dann PMU. Also PMU doppelt, des heißt schon mal, wär' i scho bei 1400 Euro. Und dann die Stunden no alle und dann, da kann i mit'm Zug ganz schön weit fahren.“

Beide Damen verneinten die Frage nach größeren Wünschen, geben ihr Geld für Kleidung und Naschwerk, TV und Radio, Hobbys sowie Medikamente und Hygieneartikel aus. Frau Graf weist in diesem Rahmen auch auf die eingeschränkten Einkaufsmöglichkeiten in ihrem Wohnort hin. Einkaufen sei nur im nächsten Ort möglich, den sie nur mit ihrer Gastfamilie im Auto erreichen könne. Bei den befragten männlichen Personen wird Geld überwiegend für Zigaretten und Sportwetten sowie Verpflegung und Kleidung verwendet. Übereinstimmend wird berichtet, dass das Taschengeld nicht sehr üppig (bewegt sich bei den Befragten in einem Rahmen zwischen 30 und 60 Euro im Monat), aber ausreichend ausfällt. Herr Plank weist darauf hin, dass er sich aufgrund der beschränkten finanziellen Verhältnisse im Bereich der Freizeitaktivitäten einschränken müsse, was beispielsweise Ausflüge betreffen würde. Er spart, wenn möglich, auf Zugfahrten. Herr Plank wörtlich:

„Des san zwei Posten (Tabak und Kaffee), die muss i von meim Taschengeld bestreiten und dann bleibt für die Deutsche Bundesbahn nimma viel Geld übrig.“ (lacht)

Keine der Personen gab an, Probleme im Umgang mit Geld zu haben.

6.5.2 Physische und psychische Zufriedenheit

Psychische Gesundheit

Auf die Frage nach den Auswirkungen der Psychiatrischen Familienpflege auf ihre psychische Gesundheit gaben alle befragten Personen eine Minderung oder Verbesserung ihrer Symptomatik an.

Frau Wagner bringt diese Veränderung mit dem guten Klima in der Familie in Verbindung und empfiehlt die Familienpflege dringend weiter. Sie beschreibt in diesem Zusammenhang auch drei Klinikaufenthalte, welche aufgrund der psychischen Erkrankung notwendig waren, die sie mit der Familie überstanden hat und nach den Behandlungen in der Klinik auch immer wieder in die Familie zurückkam. Insgesamt sieht sie eine Verbesserung des Befindens im Vergleich zu ihren Aufenthalten in einem Bezirkskrankenhaus:

Frage: „Wie hat sich denn die Psychiatrische Familienpflege auf Ihre psychische Gesundheit ausgewirkt?“

Frau Wagner: „Sehr gut, ja. Schön, wunderbar! (Freut sich! Gelächter)

Frage: „Und woran haben's des g'merkt, Frau Wagner?“

Frau Wagner: „Der Wald und des Haus. Und die Tiere.“

Frage: „Und was haben die bewirkt bei Ihnen, Frau Wagner?“

Frau Wagner: „Ich bin ruhig worden, net so hektisch.“

Bei den anderen Probanden waren keine Klinikaufenthalte während ihrer Zeit in den Gastfamilien notwendig. Während Herr Hirschbeck vor allem die Rückzugsmöglichkeiten in den Vordergrund stellt, die es ihm möglich machten, Ruhe zu finden, seine Persönlichkeit zu stabilisieren und Selbstbewusstsein aufzubauen, sind es bei Frau Graf die vielen Kinder in der Gastfamilie, die ihr helfen, ihr früheres Leben, welches sie sehr vermisst, in den Hintergrund treten zu las-

sen. Trotz häufiger Grübeleien über vergangene Zeiten sieht sie in den Kindern und in der Beschäftigung mit ihnen eine Motivationsquelle. Früher sei sie bei Entscheidungen oft vom Mann, der sie erniedrigt hat, indem er sie als „die Blöde“ darstellte, bevormundet worden:

Frage: „Können's mir mal beschreiben Frau Graf, wie sich die Psychiatrische Familienpflege auf Ihre psychische Gesundheit auswirkt und woran's das dann g'merkt haben?“

Frau Graf: (Überlegt lange). „Mir tut gut, dass i selber entscheiden kann, was mach i oder was mach i net.“

Als weiteres Zeichen der Besserung gibt Frau Graf den Rückgang von schlaflosen Nächten an.

Herr Hirschbeck, der seine Gastfamilie dieses Jahr verlassen hat und nun mit einer Partnerin in einer eigenen Wohnung lebt, bezeichnet sein Leben in der Familie als wunschlos glücklich.

Herr Plank beschreibt eine ganzheitliche Verbesserung seiner Lebenssituation. Er gibt an, seine Bedürfnisse nun besser wahrnehmen und ausdrücken zu können, hat die Problematik eines trinkenden Freundeskreises erkannt und empfindet seine jetzige Umgebung in der Familie als stabilisierend. Im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege hat er mehrere Vertrauenspersonen, wie z.B. seinen Gastvater und den zuständigen Sozialpädagogen, bei denen er sich ausspricht. Herr Plank beschreibt, dass er durch das Leben in der Gastfamilie gelassener und umsichtiger geworden ist:

„Früher bin i immer fortlaufend umzogen und so weiter und hat's ma dann net g'fallen irgendwo der Ort und's war scheiße. Dann san wieder Räuber kumma, die ma irgendwie Sachen abge...geklaut hab'n und ich irgendwas erwirtschaftet des im Handumdrehen glei wieder irgendwie mir durch die Finger g'ronnen is'. Des da in den letzten sechs Jahren net der Fall war. Alleins deshalb is' mir des, die Basis da scho irgendwie wichtig.“

Herr Häusler spricht nicht gerne über sein Alkoholproblem, auch nicht über die Anfänge. Er gibt lediglich an, mit seiner Gesundheit hier in der Familie zufrieden zu sein. Die Auswirkungen der Famili-

enpflege auf seine psychische Gesundheit schildert er folgendermaßen:

„Ja, gegenüber der Klinik is' es schon anders. Is'n offenes Leben. Hier kann man vernünftig Personen ansprechen. Ob es sie is' oder er is', da wird auf freundlichem Wege – kommt ma sich immer entgegen. Des war in der Klinik bei dem großen Massenandrang doch nich' so. (...) Is' persönlicher hier. (...) Also, des is' ein ganz anderes Leben, woll' ma so sagen. Is' a offenes Leben, man spricht zu sich gegenseitig ab. Man geht zu sich, aufeinander zu und – es is' ganz anders. Als wie jetzt dort in der Klinik. „Jetzt geht's los zum Essen!“ und hier wird des vernünftig abgesprochen. Wenn's mal ne halbe Stunde später wird, wird's mal ne halbe Stunde später. Da gibt's überhaupt kein Problem.“

Insgesamt lässt sich sagen, dass alle Gäste ihre psychische Gesundheit als stabiler erleben.

Zur Bewältigung von Krisen befragt, gaben drei der Befragten an, sich früher in Krisensituationen in Alkohol oder Drogenmissbrauch geflüchtet zu haben. Heute seien sie in der Lage, in schwierigen Situationen überlegter und ruhiger handeln zu können.

Herr Häusler gibt im Interview an, dass sich sein Leben, im Gegensatz zu früher, wo er in Krisensituationen Marihuana und Alkohol konsumiert habe, um 180 ° Grad gedreht hätte. Heute gäbe es keine Konflikte und Reibereien mehr mit der Polizei, da er Reibungspunkten systematisch aus dem Weg gehen würde. Er beschreibt eine völlig veränderte Lebensweise, die trinkende und drogenkonsumierende Freunde ausschließt, da diese nach seinen Aussagen „magisch die Polizei anzieh'n oder Raufereien vorprogrammiert sind und so, dass ich dem gar nimma irgendwie nachgeh' und so.“

Frau Wagner und Herr Hirschbeck geben Rückzug als Entspannungsmöglichkeit in stressigen Situationen an.

Frau Wagner verweist in diesem Zusammenhang noch auf die verkürzten Klinikaufenthalte, die sie auf ein verbessertes Frühwarnsystem, welches in der Familie aufgrund des engen Zusammenlebens gegeben ist, zurückführt.

Medikation

Die Frage nach einer Veränderung der Medikation kann nur lückenhaft beantwortet werden, da nicht alle befragte Personen über genaue Kenntnisse ihrer Medikation verfügten. Frau Graf und Herr Hirschbeck gaben keine Veränderung ihrer Medikation an, Herr Plank gab eine Änderung der Medikamente aufgrund eines Psychiaterwechsels an. Herr Häusler nimmt nach eigenen Angaben eine Tablette am Tag, von der er nicht genau weiß, wofür und Frau Wagner konnte keine Angaben zu ihrer Medikation machen.

6.5.3 Zufriedenheit mit der sozialen Situation

Interaktion und Kommunikation

Das Verhältnis zur Gastfamilie wird übereinstimmend als gut bis sehr gut bewertet. Bei den Fragen zu Konflikten und Konfliktbewältigung innerhalb der Familien wurden von allen die offenen An- und Aussprachen von Problemen, aber auch Wünschen und Bitten sowie der Teilhabe an den Problemlösungsprozessen als positiv herausgestellt.

Frau Wagner ist beispielsweise der ehrliche Umgang miteinander in ihrer Familie sehr wichtig: „Dass ich ihnen sagen kann, was mir net so gefällt. Die sagen mir, dass ihnen manchmal a nix gefällt. Die sind ehrlich zu mir.“

Frau Graf beschreibt ihr Verhältnis zur Familie, „als tät' i dazugehören. I könnt' mitreden, wenn alle da san, i werd' g'fragt, kann meine Wünsche äußern.“ Sie fühlt sich eingebunden in das Familienleben und sucht bei Problemen auch von selbst die Aussprache mit ihrer Gastfamilie. Bisher gab es nach ihrer Aussage aber noch keine größeren Probleme.

Bis auf Herrn Plank, der momentan Probleme in und mit seiner Gastfamilie hat, verneinen alle anderen Gäste größere Probleme oder Schwierigkeiten. Absprachen werden gemeinsam getroffen und dann von allen eingehalten. In diesem Zusammenhang wird auch der regelmäßige Kontakt zu den zuständigen Sozialpädagogen thematisiert und von den Gästen bewertet. Alle empfinden die professionelle

Begleitung durch die Sozialpädagogen als positiv und sehen diese gern bei Hausbesuchen. Die Besuchstermine werden von den Gästen für Besprechungen und zum Meinungsaustausch genutzt, in manchen Fällen wird der Sozialpädagoge auch in die Entscheidungsfindung miteinbezogen, wenn es notwendig ist. Allen Gästen ist die Regelmäßigkeit der Besuche durch die Sozialpädagogen bewusst, sie können recht genau Auskunft darüber geben, wann und wie oft diese kommen. Nach der telefonischen Erreichbarkeit außerhalb der regelmäßigen Hausbesuche der Sozialpädagogen gefragt, lautete die übereinstimmende Auskunft, dass man diese zwar telefonisch jederzeit erreichen könnte, auch über die Nummern verfügen würde, dies aber bisher noch nicht nötig gewesen wäre. Die Besuche seien in der Regel ausreichend. Aber bei schwerwiegenderen Problemen würden sich die befragten Personen übereinstimmend auch selbstständig an die Sozialpädagogen des Familiepflegeteams wenden.

Herr Häusler bringt als einziger der Befragten den Unterschied zur Klinik in diesem Zusammenhang zur Sprache, indem er aussagt, die Entscheidungsfindung durch gemeinsame Absprachen und die offene Problemlösung seien Aspekte, die den Unterschied zur Klinik spürbar machen. Er betont das gute Klima in seiner Familie und erwähnt auch, dass in der Gastfamilie kein Zeitmangel herrscht, wie es häufig in der Klinik der Fall war. Herr Häusler berichtet von einem gestärkten Persönlichkeitsgefühl und betont wiederholt den guten Umgang miteinander. Ihm gefallen besonders die Absprachen und das gegenseitige aufeinander zugehen in der Familie.

Herr Plank berichtet von momentanen Kommunikationsproblemen zwischen ihm und seiner Gastfamilie. Er fühlt sich als „Gast“ nicht wohl, genauer „bescheuert“. „Also, ich fühl’ mich von Anfang an bescheuert, wenn i irgendwas zum reden anfang, weil ich Gast bin.“ Gewisse Umgangs- und Konversationsregeln wie beispielsweise „Darf ich mal?“ gehen ihm nach eigenen Aussagen auf den Geist. Herr Plank hat das Gefühl, dass seine Stimme bei Konflikten nicht so viel zählt wie die der anderen Familienmitglieder, so dass er sich in solchen Situationen häufig im Nachteil sieht, was ihn verletzt. Aus

diesem Grund hält er sich bei Schwierigkeiten oft zurück. Auf die Frage, ob er in alle Entscheidungen involviert ist, trifft er sehr widersprüchliche Aussagen. Er erzählt, dass er nicht immer in alle Entscheidungsprozesse miteinbezogen wird, was aber in Ordnung für ihn sei. Gleichzeitig berichtet er aber, dass er etwas gegen Fremdbestimmung habe und Entscheidungen in Absprache mit Sozialpädagogen, Familie und ihm getroffen werden. Auf diesen Widerspruch aufmerksam gemacht, verweist er lediglich auf Regeln in der Familie, die für alle gültig seien und denen auch er zugestimmt hat. Wenn Entscheidungen ihn betreffen würden, würde er auch nach seiner Meinung gefragt. Herr Plank hat in seiner Familie eine Hepatitis-Behandlung und einen Bezugspersonenwechsel überstanden.

Frau Wagner hat in der Familie bereits mehrere schwierige Situationen gemeistert, so zum Beispiel einen Beinbruch und drei Klinikaufenthalte wegen ihrer psychischen Erkrankung. Da sie im gleichen Haushalt wie Herr Plank lebt, war sie ebenfalls vom Bezugspersonenwechsel betroffen.

Sie berichtet von regelmäßigen Kontakten zur betreuenden Ärztin. Außerdem kommt eine Logopädin zu ihr nach Hause, da Frau Wagner massive Sprachprobleme hat. Als einzige der Befragten geht Frau Wagner darüber hinaus auf das Thema Hygiene und Optik ein. Sie erzählt, dass dies wichtige Faktoren für ihre Gastfamilie seien und daher auch verstärkt darauf geachtet würde.

Persönliche Beziehungen zur eigenen Familie

Die Kontakte zur Herkunftsfamilie sowie andere soziale Beziehungen, wie Freunde oder Bekannte, stellen sich bei den Befragten unterschiedlich dar.

Frau Wagner, deren Eltern bereits verstorben sind, berichtet von seltenen brieflichen oder telefonischen Kontakten zu einer ehemaligen Arbeitskollegin. Zu ihrem ebenfalls psychisch kranken Stiefbruder habe sie Briefkontakt, der allerdings einseitig von ihr ausginge. Ihre zahlreichen leiblichen Geschwister haben den Kontakt trotz Versuche von ihr, diesen neu herzustellen, abgebrochen, was sie sehr

traurig macht. Ehemalige Freunde oder Bekannte hat sie sonst keine mehr. Freundschaftliche Kontakte zu Arbeitskollegen an ihrer jetzigen Arbeitsstelle bestehen.

Frau Graf hält dagegen regen und regelmäßigen Kontakt zu ihrer Tochter. Auch zu ihren vier Schwestern sowie ihrer Mutter besteht eine Verbindung, überwiegend telefonisch. Die Tochter besucht Frau Graf regelmäßig in der Gastfamilie und unternimmt häufig Ausflüge mit ihr, um ihr die Umgebung zu zeigen. Die beiden Frauen telefonieren einmal in der Woche, wobei die Kontakte von beiden Seiten gleich ausgehen. Die Klientin hat noch einen Sohn, allerdings ist der Kontakt zu ihm eingeschränkt, da der Sohn nach Angaben von Frau Graf wenig Zeit hat. Der Mann von Frau Graf meldet sich weder telefonisch bei ihr noch hat er sie bisher in der Gastfamilie besucht. Eine der Schwestern hat Frau Graf auch bereits in der Familie besucht und Frau Graf war auf Besuch bei ihrer Tochter zu Hause. Vom früheren Bekannten- und Freundeskreis hält Frau Graf nur noch mit einer Freundin sporadisch Telefonkontakt. Sie gibt in diesem Zusammenhang an, dass es im Haus keinen Festnetzanschluss gibt und sie die Familie nicht fragen möchte, ob sie das Handy benutzen darf. Frau Graf besitzt selbst kein Handy.

Herr Hirschbeck hat eine sehr konfliktbeladene Beziehung zu seiner Herkunftsfamilie, so dass die Verbindung zu seinen Eltern nur über seltene telefonische Kontakte, die stets vom Klienten ausgehen, gehalten wird.

„Mir haben uns g’stritten und bloß no ab und zu, ein bis zweimal im Monat, im Jahr telefonisch Kontakt und des war’s. Und da muss i immer anrufen. Da muss i mi rühren, weil sonst hör’ ma uns überhaupt net.“

Er pflegt eine langjährige Freundschaft zu einem Bekannten, die von beiden Seiten aktiv durch Telefonate und gegenseitige Besuche gestaltet wird. Beim Interviewtermin war Herr Hirschbeck seit drei Monaten mit seiner damaligen Freundin zusammen, mit der er auch, wie oben bereits erwähnt, in eine gemeinsame Wohnung gezogen ist. Herr Hirschbeck geht an dieser Stelle mehrmals auf die kulante

Haltung seiner Gastfamilie bezüglich seiner Beziehung ein, in der seine Freundin immer herzlich willkommen gewesen sei. Die Treffen der beiden hatten entweder in der Gastfamilie oder in der Wohnung der Freundin stattgefunden. Die Gastfamilie von Herrn Hirschbeck hatte dem Paar auch angeboten, bei ihnen in der Familie zu wohnen. Dies lehnten aber sowohl Herr Hirschbeck als auch seine Freundin ab. Für den Klienten ist dies seine erste Beziehung überhaupt und die Situation mit einer Lebensgefährtin in einer eigenen Wohnung zu leben war immer sein Wunsch und stellt nun die Idealsituation für ihn dar. Als einziger der Interviewten geht Herr Hirschbeck auf das einmal jährlich stattfindende Gastfamilientreffen ein, bei dem sich alle Familien, die einen psychisch kranken Menschen bei sich aufgenommen haben, treffen.

Herr Plank beschreibt sowohl eine Verbesserung der Familienbande als auch der Kommunikation zwischen ihm und seiner Familie. Er hält sporadisch telefonischen Kontakt zu allen Familienmitgliedern, meldet sich regelmäßig an Geburts- und Feiertagen, malt dann auch Bilder als Geschenk. Zu einem Bruder besteht engerer Kontakt, sowohl telefonisch als auch durch persönliche Besuche. Herr Plank erwähnt an dieser Stelle erneut die eingeschränkten Besuchsmöglichkeiten wegen Geldmangels von seiner Seite. Einmal im Jahr gibt es nach Angaben des Klienten ein Familientreffen seiner Herkunftsfamilie, welches Herr Plank auch besucht, wenn es ihm finanziell möglich ist. Bei früheren Bekannten und Freunden meldet er sich ebenfalls zu Geburtstagen und an Weihnachten.

Herr Häusler erzählt von festen, regelmäßigen Kontakten zu seiner eigenen Familie und zu seiner Mutter, die von allen Parteien in gleichem Ausmaß ausgehen würden.

Partizipation am öffentlichen Leben

Auch die Gestaltung der Freizeit bzw. das Freizeitverhalten allgemein wurden im Rahmen der Zufriedenheit mit der sozialen Situation thematisiert. Dadurch sind Rückschlüsse auf das Ausmaß der Gemeindeintegration durch die Teilnahme am öffentlichen Leben sowie

die erfahrene Akzeptanz und Unterstützung durch die Gastfamilie als auch Gemeinde möglich.

Eine Anbindung an örtliche Vereine oder Klubs wurde von allen Interviewpartnern verneint, wobei sich die Begründungen deutlich unterschieden.

Frau Wagner gab beispielsweise an, Angst vor der Teilnahme an öffentlichen Angeboten des Ortes zu haben. Auf Nachfrage, ob nicht ein Familienmitglied sie begleiten könnte, reagierte sie erstaunt, da ihr dieser Gedanke noch gar nicht gekommen war. Eine aktive Freizeitgestaltung findet nur mit der Gastfamilie statt. Vor ihrem Beibruuch führte Frau Wagner regelmäßig den Hund ihrer Gastfamilie aus, was ihr jetzt nicht mehr möglich ist. Zu Hause ist sie sehr kreativ, bastelt, malt, stickt und schreibt Gedichte.

Frau Graf beschreibt ihre Aktivitäten in der Gastfamilie im Vergleich zu ihrem früheren Leben, in dem sie in zahlreichen Vereinen aktives Mitglied war, als deutlich eingeschränkt. Als Grund gibt sie Unsicherheitsgefühle an, die sie daran hindern, wieder aktiv in einem Verein tätig zu werden. Auf Nachfrage erzählt Frau Graf, dass ihr die Mitgliedschaft der Familie in einem Verein oder Klub den Einstieg erleichtern würde, da sie dann nicht allein wäre, was ihr Sicherheit geben würde. Die Gastfamilie der Klientin ist in keine örtlichen Vereine oder Klubs eingebunden.

Herr Hirschbeck verbindet Freizeit vor allen mit den Wochenenden, da er unter der Woche arbeitet und daher seine Feierabende meist mit fernsehen und frühem schlafen gehen verbrachte. Er verweist an dieser Stelle auf die gemeinsamen Mahlzeiten mit der Familie, also Frühstück und Abendessen, da er über Mittag zur Arbeit war. Unternehmungen am Wochenende, wie beispielsweise Konzertbesuche, unternahm er teils alleine, teils in Begleitung der Gastfamilie:

„Da bin i immer hald, da hat's immer unten bei uns im Seebad, hat's immer Konzerte geben, da bin i bei fast allen Konzerten immer am Donnerstag dabei g'wen auf d'Nacht. Teilweise allein, teilweise mit da Familie, kimmt drauf o, hald welche Musiksparte da war.“

Er verweist im Gespräch mehrmals auf häufige Ausflüge mit der Familie.

Herr Plank gibt an, seine freie Zeit meist alleine zu gestalten und zu verbringen. Den Tag strukturiert er so, dass möglichst viel freie Zeit für seine Hobbys bleibt. Er hält sich viel in seinem Zimmer auf, wo er malt, TV sieht oder Radio hört. Er verfügt über eine Werkstatt im Haus seiner Gastfamilie, in der er ebenfalls viel Zeit verbringt, um zu basteln. Die Materialien dafür besorgt er sich selbst im Ort:

„Dass i zum Eisenhändler geh, Abfall nachschau, was mich inspiriert und so weiter und dann Sachen raussuch' und so weiter, die i gebrauchen kann, die net viel Geld kosten und so. Also, die krieg i meistens g'schenkt oder so.“

Im Sommer würde er sich mit dem Fahrrad vermehrt draußen aufhalten. Informationen über Neuigkeiten oder Angebote in der Gemeinde besorgt er sich mit dem Fahrrad. Eine aktive Freizeitgestaltung verbunden mit seinen kulturellen Interessen empfindet er aus Geldmangel als schwierig. Wenn sein Bruder zu Besuch kommt, würden sie gemeinsame Ausflüge mit dem Auto des Bruders unternehmen.

Herr Häusler beschreibt das Freizeitverhalten seiner Gastfamilie als aktiv, er beteilige sich auch gerne an Ausflügen oder anderen gemeinsamen Unternehmungen. Er unternehme aber auch alleine etwas, wie beispielsweise Besuche seiner Kinder per Bahn. An einer Einbindung in das öffentliche Leben im Ort hat er nach eigenen Angaben aber kein Interesse:

„Nein, nein. Nix. Da hab ich die Finger von gelassen (von der Anbindung an einen Verein). Ach, des is' – des geht dann los mit Versammlungen. Die Verpflichtungen möchte' ich gar nicht wieder eingehen.“

6.5.4 Aktivitätsbezogene Zufriedenheit

Tagesablauf

Unabhängig von einer Tätigkeit in einer beschützten Arbeitsform berichten alle Befragten übereinstimmend von einem strukturierten Tagesablauf. Frau Wagner und Herr Hirschbeck arbeiten in einer beschützten Arbeitsform, die anderen drei Personen verbringen ihre Tage ganz in der Familie, auch ohne Anbindung an ambulante Angebote für psychisch kranken Menschen.

Frau Wagner arbeitet in der ZIP, seit sie in der Psychiatrischen Familienpflege lebt. Vorher war sie in einem Bezirksklinikum untergebracht, wo sie auch arbeitete. Ihren Tag strukturiert sie selbständig. Sie benötigt keine Hilfe beim Aufstehen, frühstückt mit der Familie und fährt dann mit dem Bus zur Arbeit. Nach ihren Angaben übernimmt sie auch regelmäßige Tätigkeiten im Haushalt.

Frau Graf geht keiner Beschäftigung im Sinn einer beruflichen Tätigkeit mehr nach. Die frühere Geschäftsfrau, die 40 Jahre lang ein eigenes Autohaus gemeinsam mit ihrem Mann führte, ist gut in den Tagesrhythmus der Familie integriert und übernimmt feste Tätigkeiten im Haushalt, die nach einem bestimmten zeitlichen Schema ablaufen. Nach dem gemeinsamen Frühstück mit der ganzen Familie spült sie mit der Großmutter, die mit im Haus der Familie lebt und den ganzen Tag über zu Hause ist, ab und hilft ihr beim Kochen. Gemüse putzen und herrichten sind Aufgaben, die ihr regelmäßig zufallen. Auch die Kinderbetreuung, wenn diese aus der Schule kommen oder in den Abendstunden, bevor die Vollzeit beschäftigten Eltern der Familie nach Hause kommen, übernimmt die Klientin zuverlässig.

Herr Hirschbeck war aufgrund seiner Arbeitstätigkeit von allen häuslichen Pflichten von Seiten seiner Gastfamilie befreit. Lediglich das Ordnunghalten in seinen eigenen Räumen fiel in seinen Aufgabenbereich, ansonsten musste er sich „um nichts mehr kümmern.“

Herr Häusler hat ebenfalls keine regelmäßigen Verpflichtungen im Haushalt seiner Gastfamilie. Das Reinigen seiner Wohnung erledigt er täglich selbst. Wenn Garten- oder Waldarbeiten anfallen, hilft er der Familie nach eigenen Aussagen aber gerne. „Na ja, da helf' ich dort, was grade anliegt. Ob's Schneeräumen is' oder Laubfegen oder

sonst was.“ Herr Häusler war kurzzeitig in einer beschützten Arbeitsform tätig, geht aber auf die Gründe, die für das Scheitern verantwortlich waren nicht weiter ein. Auf Nachfrage gibt er an, dass er gerne wieder eine Beschäftigung im Sinne einer Arbeitsstelle hätte. Seinen Tag und seine Freizeit teilt er sich selbständig ein, außer er hilft der Familie beispielsweise im Garten.

Aktivität

Bis auf Frau Graf, die keine Informationen bezüglich der Infrastruktur an ihrem Ort hat, beschreiben diese alle als gut. Herr Hirschbeck und Herr Plank nutzen die guten Verbindungen auch selbständig, wenn es die finanzielle Situation erlaubt. Frau Wagner und Herr Häusler äußern sich zwar positiv über die Transportmöglichkeiten, nutzen diese aber selten bzw. gar nicht. Die Art und Weise, wie die Gäste darüber hinaus ihre Freizeit gestalten, wurde bereits in Punkt „Partizipation am öffentlichen Leben“ dargestellt.

6.5.5 Emotionale Zufriedenheit

Autonomie

Frau Wagner erzählt, dass sie sich bei schwierigen Entscheidungen an ihre Gastfamilie wendet und um Hilfe bittet. Früher hätte sie Entscheidungen in Absprache mit dem Pflegepersonal getroffen, so dass sie jetzt in der Familie keinen Autonomiezuwachs bezüglich Prozessen in der Entscheidungsfindung verzeichnen kann. Allerdings bemerkt sie ein gestärktes Gesundheitsbewusstsein und Selbstwertgefühl. Es ist ihr wichtig, unter gesunden Menschen zu leben, was für Frau Wagner einen grundlegenden Unterschied zu ihrer Lebenssituation vorher ausmacht. Sie hat nun nach eigenen Angaben das Gefühl, „wer zu sein“, was sie auch mit dem Leben unter gesunden Menschen in Zusammenhang bringt: „Die gesunden Leute geben das Gefühl, dass man gesund leben kann.“ Frau Wagner verfügt weder über einen Schlüssel für ihr eigenes Zimmer noch über einen Haustürschlüssel. Auf Nachfrage gibt sie an, sie könne klingeln, es sei immer jemand im Haus, der sie reinlassen könne.

Frau Graf macht widersprüchliche Angabe bezüglich der Frage nach dem Grad der Selbstbestimmung. Nachdem sie zuerst eine Zunahme an Autonomie verneint hat, gibt sie an, es sei durchaus ein Unterschied spürbar, da ihr Ehemann sie immer bevormundet habe. Nun sei sie in ihrer Entscheidungsfindung weitgehend frei und selbständig. Auch in Entscheidungen, welche die ganze Familie betreffen, wird sie integriert. Frau Graf hat einen eigenen Schlüssel für ihr Zimmer, aber nicht für die Haustür.

Herr Hirschbeck denkt, dass es zu keiner Steigerung der Autonomie bzw. Eigenbestimmung in der Gastfamilie gekommen ist. Er beschreibt, dass er seine eigenen Entscheidungen in der Psychiatrischen Familienpflege genau so selbständig treffen konnte wie vorher in der eigenen Wohnung. Seine Meinung wurde immer akzeptiert und es wurden ihm keine Vorschriften gemacht, so dass er keinen Unterschied zu seinem Leben vor der Familienpflege bemerkt hat. Herr Hirschbeck besaß einen eigenen Schlüssel für seine Wohnung, da der Wohnbereich von dem der Gastfamilie abgetrennt war und einen separaten Eingang hatte.

Herr Plank gibt an, dass er in der Gastfamilie ein Leben führt, wo er versucht, den „Verstand a bissel mitwalten zu lassen“ und Entscheidungen nicht mehr nach dem Zufallsprinzip zu treffen.

Darunter fällt für ihn beispielsweise gesunde Ernährung, die ihm sehr wichtig ist und für die er auch verhältnismäßig viel Geld ausgibt. Er möchte selbst entscheiden, was und wann er isst, welche Programme er im TV sehen möchte und welche Literatur er liest, was ihm in der Gastfamilie ermöglicht wird. Gegen Fremdbestimmung sei Herr Plank nach eigenen Angaben generell „allergisch“. Herr Plank hat einen Schlüssel für sein eigenes Zimmer, einen Schlüssel für die Haustüre kann er sich nach Absprache mit der Gastfamilie für bestimmte Gelegenheiten ausleihen.

Herr Häusler sieht in diesem Bereich ganz klar einen Unterschied zur Klinik, in der er vor der Psychiatrischen Familienpflege war. Er umschreibt den Autonomiezuwachs mit einem Gefühl der Unabhängigkeit und Selbständigkeit. Er hat die Möglichkeit, Entscheidungen

selbständig und ohne jegliche Bevormundung zu treffen, was für Herrn Häusler sehr wichtig ist. Er besitzt einen eigenen Schlüssel für seine Wohnung, da der Wohnbereich von dem der Gastfamilie abgetrennt ist und einen separaten Eingang hat.

Zufriedenheit mit der Psychiatrischen Familienpflege

Bei der Skalierungsfrage bezüglich der Zufriedenheit mit der Psychiatrischen Familienpflege und Wünschen nach Veränderung waren die Antworten so individuell wie die befragten Persönlichkeiten.

Während Frau Wimmer die Bestnote eins für die Familienpflege vergibt, sich als wunschlos glücklich beschreibt und keinerlei Veränderungswünsche bis auf Verbesserung ihrer Sprache angibt, gibt Frau Graf gerade eine vier auf der Zufriedenheitsskala an. Auf die Frage, was sich denn verbessern müsste, meint sie, dass das nie der Fall sein könne, da sie lieber wieder zu Hause bei ihrem Mann leben würde. Auf die Frage, was sie aktuell gerne an ihrer Situation verändern würde, gibt Frau Graf an, dass sie nur daheim bei ihrem Mann sein möchte.

Herr Hirschbeck war in seiner Gastfamilie wunschlos glücklich und gibt eine eins auf der Skala. Er sieht die Jahre in der Psychiatrischen Familienpflege als „Starthilfe“ zum ersehnten Optimalzustand (Wohnung mit Freundin), den er jetzt erreicht hat. Er betont erneut die stetige Gesprächsbereitschaft seiner Gastfamilie und das problemlose Zusammenleben dort.

Bei Herrn Plank gestaltet sich die Frage nach der Einschätzung seiner Zufriedenheit mit der Psychiatrischen Familienpflege aufgrund seiner Gemütsverfassung am Tag des Interviews als schwierig. Generell würde er eine zwei bis drei auf der Skala angeben, aber wegen der aktuellen Situation in der Familie und dem Gespräch mit Familie und zuständigem Sozialpädagogen am Interviewtag gibt er die Zufriedenheit mit vier bis fünf an. Auch die Frage nach notwendigen Veränderungen hin zu einer Verbesserung kann er nur unklar und sehr ausschweifend beantworten. Klar verständlich war der Wunsch nach mehr externen Kontakten, wie beispielsweise mehr Besuchen,

intensiven Gesprächen und engeren Kontakten zu Menschen am Ort.

Herr Häusler bewertet seine Zufriedenheit mit dem Angebot der Psychiatrischen Familienpflege auf eine Skala mit zwei bis drei. Auf Nachfrage, was denn zu einem „gut“ oder „sehr gut“ fehlen würde, erklärt er, dass er sich ein selbständigeres und erfüllteres Leben wünscht, wozu für ihn eine eigene Wohnung sowie der Führerschein gehören würden. Eine eins oder zwei könne er für diese Wohnform also nie vergeben. Auf die Frage nach aktuellen Veränderungswünschen gibt er ebenfalls eine eigene Wohnung an, ohne damit seine Gastfamilie kränken zu wollen: „Im Gegenteil, besser kann man's gar nicht haben.“

6.5.6 Einschätzung der Bedeutung der Psychiatrischen Familienpflege

Zum Abschluss des Interviews wurden die befragten Personen gebeten, eine Einschätzung bezüglich ihrer Lebenssituation zu machen, wenn es das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege nicht mehr geben würde.

Für Frau Wagner war dies eine beängstigende Vorstellung. Sie gab an, dass sie wahrscheinlich in einem Altenheim oder in dem Heim, in welchem sie vorher untergebracht war, leben würde. Sie schildert in diesem Zusammenhang Eindrücke ihres letzten Klinikaufenthaltes, den sie dazu nutzte, ehemalige Mitbewohner in der Klinik zu besuchen: „Alle besucht wieder, beim letzten Aufenthalt. Alle alt geworden. Grausam. Schlimm. Verwirrt.“

Frau Graf denkt, dass sie in einer Klinik wäre oder wieder zu ihrem Mann zurückgehen würde.

Herr Hirschbeck lebt bereits mit einer Partnerin in einer gemeinsamen Wohnung, was immer sein Wunsch war.

Herr Plank tut sich mit einer Einschätzung schwer, eine Wohngemeinschaft hält er für nicht wahrscheinlich. Er denkt, dass die Psychiatrische Familienpflege für ihn schon das Beste sei. Wenn es dieses Angebot aber nicht mehr geben würde, sieht er sich in einer eigenen Wohnung.

Herr Häusler gibt zwar an, dass es ohne die Psychiatrische Familienpflege „draußen vielleicht doch ab und zu in die Hose gegangen wäre“, er würde aber trotzdem gern in einer eigenen Wohnung leben, weil er sich beispielsweise beim Essen nicht mehr so anpassen müsste, wie er sagt. Er geht auch davon aus, dass dies der Fall wäre, wenn es das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege nicht mehr gäbe.

6.6 Diskussion der Ergebnisse

Generell lässt sich sagen, dass alle Bewohner mit der Wohnsituation durchwegs sehr zufrieden waren. Dies ist als Erfolg zu bewerten, da gerade die Wohnsituation, wie bereits beschrieben, in stationären Bereichen oft zu Problemen führt.

Auch die finanzielle Situation gestaltete sich für alle Befragten weitgehend zufrieden stellend. Trotz der teilweisen Einteilung der Taschengelder durch gesetzlichen Betreuer oder Gastfamilie hatte es nicht den Anschein, dass sich einer der Bewohner dadurch bevormundet fühlte. Offensichtlich war dies durchaus eine Lösung, mit der sie zufrieden waren.

Zum psychischen Gesundheitszustand lässt sich bei allen fünf befragten Personen eine positive Entwicklung feststellen, die der Psychiatrischen Familienpflege zugeschrieben werden können. Alle Gäste beschrieben eine Stabilisierung ihres psychischen Gesundheitszustandes bei gleichzeitiger Minderung der Symptomatik. Gründe hierfür können im Zusammenleben mit gesunden Menschen sowie einem „Mehr“ an Rückzugsmöglichkeiten innerhalb einer Familie sein. Der feste Bezugsrahmen und die Stabilität, die die Familie vermittelt, wirken wiederum stabilisierend auf die Klienten. Einen solch engen sozialen Rahmen kann nur eine Familie bieten. Das wirkt sich auch auf Krisenzeiten aus. Die Familien kennen ihren Gast und können daher sensibler auf Veränderungen, die auf eine Krise hindeuten, reagieren. Der Verlauf einer Krise gestaltet sich dadurch nicht mehr so dramatisch und kritisch, da die Klienten nicht völlig dekompensieren und eine Klinikeinweisung, die häufig nur als letzte Möglichkeit bleibt, kann so vermieden werden.

Auch mit bestehenden Suchtproblemen kann in einer Familie anders umgegangen werden, als in einer stationären Einrichtung. Zwei der befragten Personen haben beispielsweise nach wie vor ein Alkoholproblem. Während eine Person einfach in eine Familie kam, an deren Wohnort sie keine Einkaufsmöglichkeiten hat und daher nicht an Alkohol kommt, wird der andere Gast von seiner Familie „kontrolliert“, wenn er vom Einkauf zurückkommt. Die Familie weiß, dass der Gast Bier kauft, wenn er einkaufen geht und hat mit ihm das Arrangement getroffen, dass der Alkohol von der Familie verwahrt und kontrolliert an ihn ausgegeben wird. Mit dieser Regelung können alle Beteiligten gut leben und es gab bisher keine größeren Schwierigkeiten.

Die Gäste sind gut in das Familienleben und den Tagesablauf ihrer Familien integriert. Sie zeigen sich durchwegs als sehr konfliktfähig, was sowohl von einem gesteigerten Selbstwertgefühl als auch von einem symmetrischen Verhältnis in den Familien zeugt. Auch dies ist ein grundlegender Unterschied zu stationären Einrichtungen, wo sich die Beziehungen zwischen Personal und Klient asymmetrisch gestalten, da das Personal die Vorgaben macht und der Klient sich daran halten muss. Daher lässt sich die oben beschriebene Entwicklung als sehr positiv bewerten.

Durch das Zusammenleben in einer Familie, welches wie bereits erwähnt, nicht immer nur harmonisch verläuft, erwerben sich die Gäste nicht nur Kompetenzen im Bereich der Konfliktfähigkeit, sondern sie erlernen durch die kontinuierliche Beziehungsgestaltung innerhalb ihrer Gastfamilien auch entsprechende Kompetenzen, die ihnen helfen, Beziehungen adäquat aufzubauen, zu gestalten und zu halten. Diese Fähigkeiten wirken sich auch positiv auf die Art und Weise der Kontaktgestaltung zu den Herkunftsfamilien der Gäste aus. **Alkoholiker-Text!!!**

Kritisch muss angemerkt werden, dass das Integrationsversprechen der Gemeindepsychiatrie auch durch das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege nicht eingelöst wird. Dies gilt zumindest für die fünf vorliegenden Fallbeschreibungen. Obwohl Familien das letz-

te Glied einer langen Kette von gemeindepsychiatrischen Angeboten sind und von allen Angeboten über die wahrscheinlich besten Voraussetzungen zur Integration in das soziale Gemeindeleben verfügen, waren die befragten Personen nicht besser in die Gemeinschaft integriert als beispielsweise Patienten aus stationären Langzeiteinrichtungen. In diesem Zusammenhang muss darauf verwiesen werden, dass die Außenorientierung bei den befragten Personen durchaus unterschiedlich stark ausgeprägt war. Dies lässt den Rückschluss zu, dass sowohl die Persönlichkeit als auch der Grad der Erkrankung eine wichtige Rolle spielen. Auch die Integration und das Engagement der Gastfamilien innerhalb ihrer Gemeinden waren Kriterien, von denen die Anbindung an ein soziales Gemeindeleben abhängig gemacht wurde. In den vorliegenden Fällen nahmen die Gäste aktiv am Leben der Gemeinde teil, deren Gastfamilie ebenfalls Angebote am Ort wahrnahmen und umgekehrt.

Die Frage nach Autonomie und einem Autonomiezuwachs gestaltete sich schwierig für die befragten Personen. Trotz der Vereinfachung der Fragestellung in Richtung eines höheren Maßes an Selbstbestimmung konnten sich die Gäste unter der Frage nicht viel vorstellen. Es ist davon auszugehen, dass, obwohl die Interviewten es subjektiv nicht so empfanden, objektiv durchaus ein Autonomiezuwachs zu erkennen ist, da sie definitiv mehr Freiheiten haben als in stationären Einrichtungen. In vielen Äußerungen während des Interviews kam dies auch Zutage, wurde aber von den Gästen nicht spezifisch als Autonomiezuwachs gewertet. Einschränkend muss an dieser Stelle doch darauf hingewiesen werden, dass drei Gästen kein eigener Haustürschlüssel ausgehändigt worden war. Folglich sind die Gäste in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt, da sie von der Anwesenheit ihrer Gastfamilien im Haus abhängig sind oder bei Bedarf erst um einen Schlüssel bitten müssen. Dies könnte als mangelndes Vertrauen von Seiten der Gastfamilien in den verantwortungsbewussten Umgang mit dem Hausschlüssel interpretiert werden.

Bei der Skalierungsfrage und der Frage nach der globalen Zufriedenheit zeigte sich keiner der interviewten Gäste unzufrieden mit

dem Angebote der Psychiatrischen Familienpflege an sich. Objektiv wurde diese durchaus als Alternative zu einem Heim bzw. einer anderen stationären Einrichtung bewertet und eingeschätzt.

Denkbar ist eine Abhängigkeit der Bewertung von der Biographie des jeweiligen Klienten. Diejenigen Klienten mit längeren Anstaltskarrieren beurteilten das Angebot weit besser als Klienten, die aus der eigenen Familie kamen oder weniger Erfahrung mit dem Leben in stationären Einrichtungen, wie beispielsweise Heimen, hatten.

Die Unzufriedenheit, die teilweise auch von den befragten Gästen geäußert wurde, hängt nicht mit den Familien zusammen, da sie mit diesen durchwegs zufrieden waren. Vielmehr sind unerfüllte Wünsche und Hoffnungen die Auslöser dieser Unzufriedenheit. Erschwerend kommt hinzu, dass den Klienten oftmals zumindest unbewusst klar ist, dass diese Träumereien unrealistisch und nicht realisierbar sind, was mit Sicherheit nicht zu einer Steigerung der Zufriedenheit beiträgt. Die Gäste fühlen sich ohnmächtig, ihre Situation so zu verändern, dass sie ihren Vorstellungen von zufrieden sein entspricht, was zu einer Unzufriedenheit mit der jeweiligen Situation beiträgt.

7 Kosten und Nutzen der Psychiatrischen Familienpflege

Aus Sicht der Nutzer stellt die Psychiatrische Familienpflege eine ernst zu nehmende Alternative zur institutionellen Versorgung von Langzeitpatienten dar, weil die Lebensqualität in einem familiären Umfeld deutlich höher ist. Wie oben bereits erwähnt, muss auch die Kosteneffektivität beachtet werden, da die ökonomischen Auswirkungen von psychischen Erkrankungen sowohl für die einzelnen Betroffenen als auch für deren Familien und die Gesellschaft als Ganzes von großem Ausmaß und darüber hinaus langfristig angelegt sind (vgl. WHO, 2001).

Eine Unterscheidung zwischen direkten und indirekten Kosten lässt sich vor allem aus der gesellschaftlichen Perspektive treffen. Während unter dieser Betrachtungsweise die direkten Kosten einem Ressourcenverbrauch aufgrund der Erkrankung entsprechen, sind die indirekten Kosten einem Ressourcenverlust der Gesellschaft

durch die Erkrankung zuzuschreiben (vgl. Wasem, Hessel & Kerim-Sade, 2001).

Aus anderen Perspektiven erweisen sich auch so genannte intangible Kosten als relevant. Da diese aber nicht monetär bewertet werden können, fallen sie für eine gesundheitsökonomische Bewertung weg. Die intangiblen Kosten beziehen sich beispielsweise auf die Schmerzsymptomatik oder auf eine Verbesserung der Lebensqualität (vgl. Salize, 2001; Wasem et al. 2001).

Verdeutlichen lassen sich diese Aussagen am Beispiel der schizophrenen Psychose, die als kostenintensivste psychische Erkrankung und gleichzeitig als gut untersucht gilt. Im Rahmen der Behandlung entfallen 30% der gesellschaftlichen Gesamtkosten nur auf die direkten Kosten, während die restlichen 70% der Kosten den indirekten zugeschrieben werden. Verminderung der Arbeitsproduktivität bzw. der Verlust von produktiven Lebensjahren (z.B. durch Suizid) sind Gründe dafür (vgl. Jacobi, Klose & Wittchen, 2004).

Um die jährliche finanzielle Belastung der Gesellschaft durch eine bestimmte Krankheit darstellen zu können, bietet sich eine sog. prävalenzanalytische Kostenstudie an, wo alle direkten und indirekten Kosten erfasst werden, die während eines Jahres aufgrund dieser Krankheit entstehen. (vgl. Kissling, Höffler, Seemann, Müller, Rüter, Trenckmann, Uber, Graf v. d. Schulenburg, Glaser, Glaser, Mast & Schmidt, 1999).

Die Berechnung der indirekten Kosten ist vor allem für den Bereich der chronisch psychischen Erkrankungen relevant. Menschen mit remittierenden psychischen Störungen unterscheiden sich beispielsweise nicht anhand der durchschnittlichen Ausfalltage im Berufsleben von nicht psychisch kranken Menschen. Chronisch kranke Menschen weisen dagegen die doppelte Anzahl von Ausfalltagen auf (vgl. Jacobi et al., 2004).

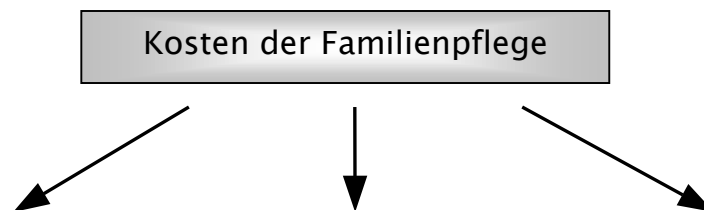
7.1 Direkte Kosten

Die Ermittlung der direkten Kosten ist durch die Vielzahl gemeindepsychiatrischer Angebote und die starke Fragmentierung des Versorgungssystems erschwert. Hinzu kommen die unterschiedlichen

Arten der Leistungsabrechnungen. Damit dennoch die entstandenen Kosten vollständig erfasst werden können, muss eine individuelle Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zugrunde gelegt werden (vgl. Haberfellner, Grausgruber, Grausgruber-Berner, Ortmaier & Schöny, 2006; Roick, Kilian, Matschinger, Bernert, Mory & Angermeyer, 2001).

Die Kosten der Psychiatrischen Familienpflege setzen sich wie oben bereits erwähnt zusammen aus den Leistungen, welche Familie und Bewohner erhalten, sowie aus dem Betreuungsentgelt für das Familienpflegeteam.

Um dies zu veranschaulichen, sollen die Kosten des Aufenthaltes für Frau Wagner beispielhaft für einen Monat berechnet werden.



Familie		Familienpflegeteam		Bewohner	
Probewohnen	13,53	Personalkosten	500,-	HLU	273,-
Betreuungsgeld	410,-	Sachkosten	100,-		
Unterkunft	280,-				
Urlaub	60,66				
	<u>764,19</u>		<u>600,-</u>		<u>273,-</u>



Gesamtkosten: 1637,19 €

Zum Vergleich würden für die entsprechende Betreuung in einem Heim mit einem Tagessatz, der mit 90,- € veranschlagt werden kann, im Monat 2.814,90 € (Heimentgelt + Barbetrag für den Bewohner + Bekleidungs-geld) anfallen.

Neben den Kosten, die unmittelbar für die Betreuung im Familien-pflegeverhältnis anfallen, müssen für die Ermittlung der direkten Kos-ten im Fall von Frau Wagner auch die Kosten für die ärztliche und medizinische Versorgung, Medikamentenkosten sowie die Kosten, welche durch die Inanspruchnahme des ZIP entstehen, berücksich-tigt werden.

Alle anfallenden Folgekosten, welche sich aufgrund einer psychi-schen Erkrankung für die Gesellschaft ergeben, wie beispielsweise Arbeitsunfähigkeit oder Arbeitslosigkeit, spielen für Entscheidungen in der Gesundheitspolitik eine wichtige Rolle. Aus diesem Grund müssen auch die indirekten Kosten mitberechnet werden (vgl. Kiss-ling et al., 1999).

7.2 Indirekte Kosten

Die indirekten Kosten lassen Rückschlüsse bezüglich der volks-wirtschaftlichen Relevanz psychischer Erkrankungen zu. Als theore-tischer Rahmen einer Definition der indirekten Kosten dient der Cost-of-Illness-Ansatz, in dessen Rahmen nur Kosten einberechnet wer-den, nicht jedoch Gewinne, die beispielsweise durch die Behandlung erwirtschaftet werden (vgl. Gutjahr & Gmehl, 2001).

Unter indirekten Kosten werden somit diejenigen Kosten verstan-den, welche einer Gesellschaft und der Volkswirtschaft zusätzlich zu unmittelbaren Behandlungskosten und mittelbaren Behandlungsne-benkosten entstehen (vgl. Wallesch, 2005).

Psychische Krankheiten verursachen enorme indirekte Kosten für die Gesellschaft, da sie häufig schon im frühen Alter auftreten, oft chronisch verlaufen und zu häufigeren und längeren Arbeitsausfäl-len, auch durch längere stationäre Aufenthalte bedingt, führen (vgl. Kissling et al., 1999). Daher erfolgt die Bestimmung der indirekten Kosten überwiegend durch Produktivitätsverlustsmessungen anhand von Arbeitsausfällen, Reduzierung der Arbeitsleistung, Arbeitslosig-

keit, vermindertem Erwerbseinkommen und vorzeitiger Mortalität (vgl. Gutjahr & Gmehl, 2001).

Zur Berechnung der indirekten Kosten wird die Humankapitalmethode herangezogen, d.h. die indirekten Kosten einer Erkrankung entsprechen dem durch die Erkrankung verursachten Verlust an Arbeitspotential.

Als problematisch erweist sich in diesem Zusammenhang die Erbringung eines Nachweises der Kausalität bei Produktivitätsverlust. Es stellt sich die Frage, ob die jeweilige psychische Krankheit tatsächlich immer die Ursache für diesen Produktivitätsverlust ist oder andere Kriterien dafür verantwortlich sind.

Geht man im Fall von Frau Wagner davon aus, dass sie als Kinderpflegerin einer Vollzeitbeschäftigung nachgeht, und aufgrund ihres Alters, ihres Familienstandes und der Art ihres Beschäftigungsverhältnisses über ein monatliches Bruttoeinkommen von 1750,- € verfügt, so entspräche dies den indirekten Kosten infolge Produktivitätsverlustes, die Frau Wagner monatlich verursacht. Dies bleibt jedoch eine fiktive Größe, da nicht mit Sicherheit davon ausgegangen werden kann, dass sie tatsächlich über das Bruttoeinkommen verfügen würde, wäre sie nicht erwerbsunfähig in folge ihrer psychischen Erkrankung. Faktoren wie Kinder, Eheschließung, Teilzeitbeschäftigung oder arbeitsmarktbedingte Arbeitslosigkeit beeinflussen das reale Einkommen in nicht vorhersehbarer Art und Weise. Die realen indirekten Kosten könnten somit entweder höher oder auch niedriger ausfallen.

7.3 Nutzen der Psychiatrischen Familienpflege

Um den Nutzen der Psychiatrischen Familienpflege bewerten zu können, sind neben den Kosten auch der Outcome der Intervention „Psychiatrische Familienpflege“ relevant (vgl. Wallesch, 2005; Wassem, Hessel & Kerim-Sade, 2001).

Eine Kosten/Nutzen-Bewertung kann nicht nur aus gesellschaftlicher Perspektive, sondern auch aus Sicht des Individuums, erfolgen. Ausschlaggebend für den Nutzen ist dann nicht der finanzielle As-

pekt sondern ein gesteigertes Maß an Lebensqualität (vgl. Wallesch, 2005).

Darüber hinaus eröffnet die Psychiatrische Familienpflege neue Möglichkeiten bürgerschaftlichen Engagements. Der Nutzen, der daraus erwächst, kommt sowohl den Familien, den psychischen kranken Menschen als auch der Gesellschaft zu gute.

In unserer arbeitsteilig organisierten Welt definiert sich der Einzelne über seine Arbeit. Massenarbeitslosigkeit, von der in der heutigen Zeit immer mehr Haushalte betroffen sind, hat für die Einzelnen daher nicht nur einschneidende finanzielle Auswirkungen, sondern führt häufig auch zu psychischen Belastungen. Die Aufnahme eines psychisch kranken Menschen kann nicht nur zu einer finanziellen Entschärfung der Situation führen, sondern auch sinnstiftend für die Familien sein. Durch die Betreuung eines Gastes leisten die Familienmitglieder sowohl einen nützlichen Beitrag zur Lösung gesellschaftlicher Probleme und haben gleichzeitig eine sinnvolle Beschäftigung (vgl. Stolz, 2004).

Der Gewinn, den die Gesellschaft aus derartigem persönlichem Einsatz zieht, lässt sich ebenfalls nicht nur monetär bewerten, obwohl die Ersparnisse durch die Vermittlung von Gästen in Familien beachtlich sind und neue Arbeitsplätze im Bereich der Versorgung psychisch Kranker geschaffen werden. Unbezahlbar hingegen ist die Schaffung eines Bewusstseins, gesamtgesellschaftliche Probleme solidarisch zu lösen (vgl. ebd.).

8 Ambulante Sozialarbeit als Voraussetzung (erfolgreicher) Psychiatrischer Familienpflege

Einleitend sei gesagt, dass die Psychiatrische Familienpflege ohne Einsatz der Sozialen Arbeit in dieser Form nicht zustande kommen würde. Die professionelle Begleitung des Angebotes durch ein multiprofessionelles Team ist ausschlaggebend für den Erfolg. Frühwirth (2001) spricht von einem Vorgehen im Sinne von „best practice“ und verweist bereits für die ersten Kontaktaufnahmen auf notwendige fachliche Kompetenzen, damit die Ressourcen der Gastfamilien eruiert werden können. Dies kann dazu beitragen, Fehleinschätzungen

von Gast und Familie zu vermeiden und so den Erfolg des Pflegeverhältnisses sicherzustellen (vgl. Frühwirth, 2001).

Ureigene Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit kommen ihr in diesem speziellen Arbeitsfeld der Familienpflege zu gute, da das Ziel der sozialarbeiterischen Intervention vorrangig immer die Befähigung des Klienten ist, den Alltag selber zu bewältigen. Das Augenmerk der Sozialen Arbeit liegt im Gegensatz zur medizinischen Betreuung durch Ärzte auf dem Lebenskontext, nicht nur auf der Person selbst. Das bedeutet, dass die Umgebung der Gäste, wie beispielsweise die Gastfamilie, ebenfalls wahrgenommen und beachtet wird. Im Rahmen der Familienpflege ist nicht nur der Gast, sondern die ganze Familie Klient.

Soziale Arbeit spielt sich im Rahmen der Betreuung in der Psychiatrischen Familienpflege direkt in der Lebenswelt der betroffenen Personen ab, wie beispielsweise bei den regelmäßigen Hausbesuchen durch die Sozialpädagogen.

8.1 Spezifische Aufgaben der Sozialarbeit in der Psychiatrischen Familienpflege

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

Ohne ein gewisses Maß an stetiger Öffentlichkeitsarbeit würde die Familienpflege stagnieren. Durch die Verbreitung von Informationen bezüglich des Angebotes werden sowohl potenzielle Gastfamilien als auch Kooperationspartner angesprochen und der Bekanntheitsgrad der Psychiatrischen Familienpflege gesteigert (vgl. Schönberger & Stolz, 2003).

Viele stationäre Institutionen stehen dem Angebot der Psychiatrischen Familienpflege nach wie vor skeptisch gegenüber. Durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit wird es möglich, das Angebot einem breiten Publikum zugänglich zu machen und Vorurteile und Unsi-

cherheiten zu revidieren. Gerade bei Vermittlungen von Gästen aus stationären Institutionen sind die Familienpflegeteams auf die Kooperation der Mitarbeiter aus diesen Einrichtungen angewiesen, da diese großen Einfluss auf ihre oftmals langjährigen Patienten haben und so „das Klima von Akzeptanz und Offenheit“ (Schönberger & Stolz, 2003, S. 76) in hohem Ausmaß mitbestimmen.

Weitere spezifische Aufgaben der Sozialarbeit liegen in der Vermittlung und Begleitung der neu entstandenen Gemeinschaft. Dies erfolgt im Rahmen von regelmäßigen Hausbesuchen, die in der Anfangsphase mindestens einmal wöchentlich stattfinden. Der individuelle Unterstützungsbedarf wird mit den Familien und dem Gast in Einzel- oder Familiengesprächen geklärt.

Im Rahmen der professionellen Begleitung erfolgt auch die Koordination und Begleitung der Facharztkontakte.

Im Folgenden soll auf weitere wichtige Aufgaben der Sozialarbeit im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege genauer eingegangen werden.

8.1.1 Akquise und Auswahl von Gastfamilien

Die Auswahl der in Frage kommenden Gastfamilien ist neben der Auswahl von geeigneten Klienten für das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege eine der wichtigsten Aufgaben der Sozialpädagogen im Rahmen der Vermittlung von Gästen in Gastfamilien.

Mittels Öffentlichkeitsarbeit werden verschiedenste Typen von Familien angesprochen. Die Suche nach Familien kann somit zum einen auf größere Gebiete ausgeweitet werden, zum anderen kann durch Werbemaßnahmen der bisher eher geringe Bekanntheitsgrad der Psychiatrischen Familienpflege gesteigert werden. Interessierte Familien können sich direkt an die vermittelnden Stellen wenden und vorab Informationsmaterial anfordern (vgl. ebd.).

Überlegt eine Familie ernsthaft, einen Gast aufzunehmen, findet zuerst ein ausführliches Telefongespräch statt, um die Familie gründlich zu informieren, Gelegenheit für Fragen zu geben und Unsicherheiten abzubauen. Generell werden Familien gesucht, die bestimmte Fähigkeiten und Fertigkeiten besitzen, die aber individuell ausge-

prägt und von bestimmten Faktoren abhängig sind. Es wird kein Idealtypus von Familie bevorzugt, wie die klassische Mutter-Vater-2-Kinder-Hund-Konstellation, sondern jede Lebensform, z.B. auch Paare ohne Kinder, wie beispielsweise die Familien der Interviewpartner, kommen für die Aufnahme eines Gastes in Frage (vgl. ebd.).

Die Entscheidung für oder gegen die Eignung einer Familie muss gut abgewägt werden. Dabei ist zu beachten, dass diese trotz aller Sorgfalt immer eine subjektive Entscheidung bleiben wird. Wichtig ist es, sich innerhalb dieses Prozesses von eigenen Idealvorstellungen einer Familie zu lösen und anzuerkennen, dass selbst Familienstrukturen, die einem befremdlich oder dysfunktional anmuten oder dies vielleicht auch sind, auf bestimmte Klienten eine positive Wirkung haben können, weil sie eventuell eben genau deswegen zu seiner Art passen. Zur besseren Veranschaulichung dieser Aussage soll folgendes, verkürzt wiedergegebenes Beispiel dienen:

Roberta Conrad, im Text als „skurrile Dame von 66 Jahren“ (Becker, 2005, S. 26) beschrieben, wird in eine ebenfalls ungewöhnlich Gastfamilie vermittelt. Die Gasteltern, deren Kinder aus dem Haus sind, unterscheiden sich sowohl von der Art als auch von der Optik grundlegend. Während der Mann eher unscheinbar ist und zu Depressionen und Alkoholmissbrauch neigt, ist seine Frau eine schillernde Persönlichkeit, die sich auffallend kleidet und gern im Mittelpunkt steht. Beide Frauen verstehen sich auf Anhieb sehr gut und sind fortan unzertrennlich. Die Gastmutter verfügt über ein ausgeprägtes Einfühlungsvermögen und integriert die aufgenommene Klientin vollständig, was sowohl ihren Lebensstil als auch ihre Art sich zu präsentieren, betrifft. Nicht lange nach ihrer Aufnahme berichtet die Klientin, „kichernd und mit glänzenden Augen“ (vgl. ebd. a.a.O.), von „Kuschelstunden“ im gemeinsamen Ehebett ihrer Gasteltern. Frau Conrad habe bisher keinerlei erotischen Erfahrungen gemacht. In der Familie wird sie nun mit einem Kosenamen gerufen und genießt es, von den Eheleuten mit ins Bett geholt zu werden. Und obwohl das Familienpflegeteam nicht sicher ist, was in diesen „Kuschelstunden“ genau passiert, ist es einig, dass in diesem Fall kein sexueller Missbrauch vorliegt (vgl. ebd. a.a.O.).

Auf die Gefahren bezüglich Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch in Gastfamilien wird im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen, da es sich um Einzelfälle handelt.

Um nähere Einblicke in die Familiensituation zu bekommen und daraus Schlüsse bezüglich einer Entscheidung für oder gegen die Familie treffen zu können, ist es notwendig, die ausgewählten und interessierten Familien ca. dreimal zu besuchen. Die Besuche dienen einer Einschätzung der Personen und ihres Umfeldes. Die Teammitglieder bekommen einen Eindruck davon, wie die Familie lebt, miteinander umgeht, wie das Milieu in dieser bestimmten Familie aussieht und Profis sowie Familie lernen sich untereinander etwas kennen. So gewinnt man einen ersten Einblick, wie die zukünftige Zusammenarbeit aussehen könnte und mit welchen Leuten man es zu tun hätte.

Für das erste Gespräch ist es sinnvoll, dass ein Teammitglied das Gespräch beobachtet, während ein anderes Mitglied das Gespräch führt. Bei der späteren Reflektion kann so auch auf Punkte eingegangen werden, denen sonst vielleicht zu wenig Beachtung geschenkt würde. Ein Leitfaden bietet sich ebenfalls für ein erstes persönliches Gespräch mit der Familie an, um wichtige Themen nicht unbeachtet zu lassen. Beim Erstgespräch sollen alle Familienmitglieder anwesend sein, da in dieser Runde sämtlich Wünsche, Erwartungen aber auch Befürchtungen angesprochen werden sollen.

Mit ausschlaggebend für eine positive Entscheidung sind bestimmte Erfahrungen, z.B. in der Pflege von kranken Angehörigen, die Familien bereits gemacht haben sowie das gesamte Lebensumfeld und die persönliche Lebenssituation der Familie. Auch dies sind Themen, die bei einem ersten Treffen angesprochen und geklärt werden müssen. Die Familien bekommen bei diesen Treffen auch die Möglichkeit, sich selbständig mit anderen Familien in Verbindung zu setzen, die im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege bereits Gäste aufgenommen haben. Verständlicherweise ist die Information über das Leben mit einem fremden, kranken Menschen glaubwürdiger, wenn man sie von Menschen erhält, die unmittelbare Erfahrung damit haben. Nicht, dass die Profis im Familienpflegeteam diese nicht hätten, trotzdem wird der Vorzug den Informanten gegeben,

welche sich bereits in der Situation befinden, in die man sich nun als Familie eventuell auch begeben will.

Grundsätzlich gilt, dass nur finanziell unabhängige Familien mit den entsprechenden räumlichen Möglichkeiten zur Aufnahme eines Gastes ausgewählt werden. Vorausgesetzt werden auch die Kooperationsbereitschaft zur Zusammenarbeit mit dem Familienpflegeteam, behandelnden Ärzten, Ämtern etc. sowie die Bereitschaft, eine langfristige Betreuungsform für den Klienten zu bieten, was ein bestimmtes Maß an Kontinuität und Verlässlichkeit beinhaltet. Haben die Teammitglieder den Eindruck, dass die Familie mit ihrer derzeitigen Situation selbst genug Probleme hat oder sich Probleme anbahnen, ist sie für die Aufnahme eines psychisch kranken Menschen nicht geeignet.

An dieser Stelle gilt es, die Motivation für die Aufnahme eines Gastes mit den potenziellen Gastfamilien abzuklären. Weder ein rein ökonomisches Interesse noch der Versuch, ein Familienmitglied durch einen immerhin fremden und kranken Menschen zu ersetzen, sind Kriterien, die sich positiv auf die Entscheidung hinsichtlich einer Eignung als Gastfamilie auswirken.

Eine gelungene Vermittlung ist somit das Ergebnis intensiver Vorbereitungen (vgl. Schönberger & Stolz, 2003).

8.1.2 Auswahl geeigneter Klienten für die Psychiatrische Familienpflege

Das Familienpflegeteam prüft jedoch nicht nur die Eignung potenzieller Gastfamilien, sondern entscheidet auch, welcher Klient von der Familienpflege profitieren könnte. Bei der Frage nach geeigneten Personen für die Psychiatrische Familienpflege sind nicht, wie häufig angenommen, die Diagnosen ausschlaggebend. Es geht vielmehr darum, in welchem Ausmaß die ausgewählten Familien in der Lage sind, mit mehr oder weniger stark ausgeprägten Auffälligkeiten oder Eigenarten der Klienten umzugehen. Natürlich spielt auch die medizinische Einordnung der Krankheitsbilder in Form von Diagnosen eine Rolle, allerdings eher bezüglich der richtigen Medikation, der

geeigneten Hilfestellung in Krisensituationen und für die Kostenträger.

Die Einschätzung, ob Klienten für das Leben und Wohnen in Gastfamilien geeignet sind, gestaltet sich oft schwierig. Generell können aber ein gewisses Maß an Beziehungsfähigkeit sowie die Interessen und Wünsche der Klienten eine Auskunft darüber geben, ob sich die Wohnform in einer Gastfamilie grundsätzlich anbietet. Zur Erleichterung dieser Aufgabe ist es sinnvoll, die Klienten einer genauen Beobachtung zu unterziehen und Daten über ihren bisherigen Krankheitsverlauf so detailliert wie möglich zu prüfen und aufzuzeichnen. Je ausführlicher sich Biographie, Krankheitsgeschichte und –verlauf nachzeichnen lassen, desto genauer und auch einfacher ist die Einschätzung des Bedarfs, den der Klient in einer Familie hat (vgl. Donaldski, 2004).

Als positiv von Seiten des Klienten ist zu werten, wenn er sich offen und neugierig gegenüber einer neuen Wohnform zeigt und eventuell sogar selbst den Wunsch nach einer Veränderung der Lebensform, zum Beispiel im Kreis einer Familie, äußert.

Menschen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis haben häufig Schwierigkeiten Nähe zuzulassen oder ein adäquates Verhältnis von Nähe und Distanz zu finden, woraus sich Probleme im Zusammenleben mit anderen ergeben können. Gerade im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege, die als Familie ein relativ engmaschiges Zusammenleben bietet, muss sich der Klient zusammen mit dem Familienpflegeteam überlegen, ob er diese engen Beziehungen auch möchte und zulassen kann.

Bei der Frage, ob eine Person für die Aufnahme in eine Familie geeignet ist, muss von Seiten des Klienten ein Bedürfnis nach einer näheren Bindung sowie auch der Mut, sich auf eine solche Bindung zu anderen, vorerst fremden Menschen, in einer fremden Umgebung einzulassen, gegeben sein.

Sind die oben beschriebenen Anforderungen geklärt, müssen sich Klient und Gastfamilie einverstanden erklären, ein Betreuungsverhältnis eingehen zu wollen. Ohne ein mehrtägiges Probewohnen wird

allerdings keine Entscheidung getroffen. Das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege eignet sich für ein breites Feld von Altersstufen, wobei sich die Ziele jeweils unterschiedlich darstellen. Für ältere Klienten ist der Blick auf eine langfristige Lebens- und Wohnform gerichtet, wogegen jüngere Klienten durch das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege die Möglichkeit bekommen sollen, sich zu stabilisieren, um dann ihr Leben so selbständig wie möglich, z.B. in einer eigenen Wohnung, fortzusetzen (vgl. Ingenleuf, 2004).

8.2 Professionelle Begleitung des Betreuungsverhältnisses

Ist das Betreuungsverhältnis zustande gekommen, liegen die Tätigkeitsschwerpunkte des Familienpflegeteams auf Begleitung, Beratung und Unterstützung der Gäste und ihrer Gastfamilien (vgl. Schönberger & Stolz, 2003).

Im Rahmen der Betreuung von Familien und Gästen ist es von großer Bedeutung, eine Balance zwischen Unterstützung und Bevormundung zu finden. Trotz professioneller Begleitung soll ein „Überstülpen“ von Fachwissen durch die Professionellen vermieden werden. Das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege ist als Laienangebot konzipiert und soll als solches genutzt werden.

Diese Gradwanderung verlangt von allen Teammitgliedern in allen Situationen ein hohes Maß an Fachlichkeit und Selbstreflexion.

Die Begleitung der Gastfamilien ist ein sich ständig verändernder Prozess, der kaum Routinen aufkommen lässt. Die Mitglieder des Teams müssen sich von Mal zu Mal darauf einstellen, dass sich die Situation, die sie beispielsweise beim letzten Hausbesuch vorgefunden haben, grundlegend von der Situation beim erneuten Besuch unterscheidet. Die Vermittlungstätigkeit zwischen Familie und ihrem Bewohner stellt daher auch eine wesentliche Aufgabe des Teams dar.

Für die Arbeit im Bereich der Psychiatrischen Familienpflege sind vielseitige, unterschiedliche Fachkenntnisse von verschiedenen Professionen, wie Sozialer Arbeit, Pädagogik, Psychologie und aus dem gemeindepsychiatrischen Bereich, notwendig. Gleichzeitig stellt die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Professionen eine

wichtige und sinnvolle Teamkonstellation dar, ohne die professionelle Beratung, Begleitung und Problemlösung nicht erfolgreich verlaufen könnte (vgl. Schönberger & Stolz, 2003).

8.2.1 Hausbesuch

Die regelmäßigen Hausbesuche sind wichtiger Bestandteil der Gestaltung des Angebotes der Psychiatrischen Familienpflege und in den Familienpflegeverträgen auch schriftlich geregelt: „Das Familienpflegeteam unterstützt aktiv die Betreuungsarbeit der Pflegefamilie. Zu diesem Zweck führt sie nach Absprache mit der Familie regelmäßig Hausbesuche durch“ (Familienpflegevertrag Bezirk Oberbayern, 2005, S. 3).

Zu Beginn eines Pflegeverhältnisses muten die häufigeren Besuche der Teammitglieder wahrscheinlich noch seltsam an. Das Familienpflegeteam erhält in diesem Zusammenhang auch tiefe Einblicke in Bereiche der Familien, die sonst nicht für die Öffentlichkeit bestimmt sind. Im Verlauf der Zeit wird die externe professionelle Begleitung sowohl von der Familie als auch vom Gast als normal angenommen und auch als Entlastung und Unterstützung erlebt, wobei darauf zu achten ist, die Privat- und Intimsphäre der Klienten nicht zu verletzen (vgl. Becker, 2005).

Das Familienpflegeteam vertritt im Rahmen der Hausbesuche zwei Positionen. Auf der einen Seite muss es die Qualität der Betreuung in der Familie kontrollieren und sicherstellen, gegebenenfalls auch maßregelnd einschreiten. Auf der anderen Seite spielt der Erhalt des natürlichen Familienmilieus eine wichtige Rolle. Die Teammitglieder müssen also gleichzeitig Vertrauens- und Kontrollinstanz sein und trotz vermittelnder Tätigkeiten ein gewisses Maß an professioneller Distanz wahren.

Viele der Gäste nutzen die Besuche zum Plausch und Informationsaustausch mit den Sozialpädagogen und freuen sich über deren Besuche, was durchaus auch einen gewissen Grad an Wertschätzung zeigt. Die Sozialpädagogen werden nicht als „jemand vom Amt“ wahrgenommen, vielmehr verringert sich die Distanz zu den professionellen Fachkräften und die Gäste haben kaum Hemmungen, ih-

nen Probleme und Sorgen anzuvertrauen. Die Teammitglieder werden als Vertrauenspersonen angesehen, der persönliche Kontakt zu ihnen wird als wichtig und entlastend erlebt. Die Gäste erfahren gerade in Problemsituationen die Gesprächsbereitschaft der Sozialpädagogen als Hilfe (vgl. Becker & Neuenfeldt-Spickermann, 2006).

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, wenn zwei Betreuer sich die Hausbesuche teilen, wenn auch nur beispielsweise im Rahmen einer Urlaubsvertretung. Dies hat den Vorteil, dass sich oft andere Einschätzungen von Menschen und Situationen ergeben, wenn eine Person, die nicht regelmäßig in den Betreuungsprozess involviert ist, sich ein Urteil bildet. In Krisensituation kann es für die therapeutische Beziehung nützlich sein, den bekannten, aber nicht vorwiegend zuständigen Kollegen als „Puffer“ zu benutzen, um das Verhältnis zum Gast nicht unnötig zu belasten (vgl. Becker, 2005).

Und obwohl der Hausbesuch nur eines von vielen therapeutischen Instrumenten ist, sind ihm doch einige Funktionen zuzuschreiben, die ihn unverzichtbar für die Psychiatrische Familienpflege machen. Wie oben bereits erwähnt, nutzen die Gäste die Besuche der Teammitglieder zum Informationsaustausch. Das Gleiche gilt für die betreuende Familie, die in einem persönlichen Gespräch sowohl alltägliche als auch beobachtete psychiatrische Verhaltensweisen oder Auffälligkeiten an den Sozialpädagogen weitergibt. Im gleichen Zug kann sich das Teammitglied selbst ein Bild von der Situation machen und darauf reagieren, indem es beispielsweise Tipps zur konkreten Alltagsbewältigung gibt.

Im Rahmen eines Hausbesuches können Gefährdungen des Gastes oder anstehende Krisen eher erkannt werden, was frühere Intervention möglich macht. Durch die engmaschige Betreuung in der Familie und der Zusammenarbeit mit dem Familienpflegeteam können Klinikaufenthalte so vermieden, oder zumindest verkürzt werden, was gleichzeitig ein wichtiges Instrument der Qualitätssicherung darstellt (vgl. Banger et al., 2004)

Auch wenn die Pflegeverhältnisse bereits über lange Zeiträume bestehen und bisher positiv verlaufen sind, sollten die Hausbesuche

nicht seltener als alle ein bis zwei Monate stattfinden. Grundsätzlich sollte ein Gespräch mit dem Klient allein geführt werden, schon um dem Gast die Möglichkeit zu geben, auch Dinge mit dem Teammitglied zu besprechen, welche er als belastend oder störend empfindet und nicht vor der Familien ausbreiten möchte (vgl. Becker, 2005).

Bei Krisen oder Missbrauchsverdacht hat das Team auch die Möglichkeit zum unangemeldeten Hausbesuch, um Situationen abtasten zu können, die nicht vorher künstlich von der Gastfamilie konstruiert werden konnten (vgl. Becker, 2005).

Die Aufgabe des Familienpflegeteams besteht auch darin, die bisherigen Erfahrungen der Gäste mit asymmetrischen Beziehungsstrukturen, beispielsweise Heimstrukturen, abzubauen. Das niederschwellige Beziehungs- und Hilfeangebot, welches Hausbesuche darstellen, zeichnet sich auch durch die Möglichkeit zur differenzierteren Lösungsfindung vor Ort in Zusammenarbeit mit Gast und Familie aus. Die gemeinsame Problemlösung ist ein wichtiges Anliegen für alle Parteien. Herr Plank beschrieb im Interview die Hausbesuche des zuständigen Sozialpädagogen als Möglichkeit, „uns was von der Seele zu reden“. Zudem schildert er, wie durch die Vermittlung des Familienpflegeteams das Familienpflegeverhältnis trotz Wegfall der Hauptbezugsperson in der Familie fortgesetzt werden konnte: „Die wurden dann alle irgendwie in richtige Bahnen g'lenkt und so. So dass a Familienpflege überhaupt über zwei Jahre naus g'reicht hat“.

8.2.2 Krisenintervention

Unter einer Krisenintervention können alle akut in Krisensituationen eingreifenden Maßnahmen präventiver und/oder therapeutischer Art verstanden werden, denen im Allgemeinen rasches und intensives Vorgehen und kurzzeitige Dauer gemeinsam sind. Ziel einer Krisenintervention in der Psychiatrischen Familienpflege ist die Stabilisierung des psychischen Befindens des Betroffenen. Er soll durch Mobilisierung seiner äußeren und inneren Ressourcen wieder soweit gestärkt werden, dass die weitere Betreuung in der jeweiligen Gastfamilie fortgeführt werden kann (vgl. Alzheimer, 1986; Rupp, 2004).

Bei einer Krise handelt es sich um einen akuten Zustand, der vom Betroffenen als bedrohlich und überwältigend wahrgenommen wird und seine momentanen Bewältigungsmöglichkeiten innerhalb der Familie überfordert (Berger & Riecher-Rössler, 2004).

Von einer Krise ist erst dann zu sprechen, wenn ein Zustand psychischer Belastung eingetreten ist, der sich deutlich von der Normalbefindlichkeit in der Familie einschließlich bekannter Schwankungen abhebt und vom Gast als kaum mehr erträglich empfunden wird. Oft werden in derartigen Situationen Lösungen verlangt, die mit den in den Familienstrukturen verfügbaren oder selbstverständlichen Copingstrategien nicht bewältigt werden können (vgl. Sonneck, 2003; Dross, 2001).

Die Krisenintervention des Familienpflegeteams basiert in erster Linie auf dem Konzept der Niederschwelligkeit, d.h. häufig entscheiden Gast oder die Familie, wann sie sich Beistand und Hilfe holen. Erst wenn die Familie keine Ressourcen mehr hat, um ausreichend Hilfe und Unterstützung zu geben, wird das Familienpflegeteam eingeschaltet (vgl. Alzheimer, 1986).

Für den Mitarbeiter des Familienpflegeteams ist es wichtig, umsichtig und bedacht zu handeln, da Fehler zu schwerwiegenden Folgen führen können und das Familienpflegeverhältnis nachhaltig gestört werden könnte. Vorrangig sollte deswegen der emotionale Druck verringert werden, so dass die Beteiligten Raum für weitere Aktionen haben. Dies kann durch Kommunikation oder Gabe von Medikamenten geschehen. Zunächst schätzt das Familienpflegeteam das bestehende Risiko ab und leitet die notwendigen Hilfeschritte ein (vgl. Sonneck, 1985). In einem gemeinsamen Handlungsplan, der alle kommunikationsfähigen Beteiligten mit einbezieht, wird die Krisenintervention vorbereitet. Die zu ergreifenden Maßnahmen sollen sofort realisierbar, wirksam, verhältnismäßig und für die Familie und den betroffenen Gast einsichtig sein, damit Traumatisierungen vermieden werden. Auf die Anwendung von Zwangsmaßnahmen sollte nur im äußersten Notfall zurückgegriffen werden (vgl. Katschnig & Konieczna, 1986; Rupp, 2004).

Wenn es auch den Fachkräften trotz intensivster Interventionen nicht möglich ist, dem betroffenen Gast ausreichend Hilfe und Unterstützung zur Überwindung der Krise anzubieten, ist eine stationäre Krisenintervention manchmal nicht zu vermeiden. Oft ergibt sich bei psychiatrischen Krisen ein unmittelbarer Handlungsdruck zur Abwendung von Lebensgefahr. Dies erfordert eine sofortige, an der akuten Symptomatik orientierte, gezielte Therapie, um eine Gefahr für die Gesundheit des Gastes und evtl. anderer Personen abzuwenden. Zu den wichtigsten psychiatrischen Krisensituationen zählen Verlust des Realitätsbezugs, Bewusstseinsstörungen, Erregungszustände oder Suizidalität. In einem solchen Fall ist eine Einweisung in ein Krankenhaus angebracht (vgl. Dross, 2001; Katschnig & Konieczna, 1987).

Die Notwendigkeit einer stationären Krisenintervention kann sich auch ergeben, wenn keine unmittelbare medizinische Behandlungsbedürftigkeit besteht, aber die notwendige Betreuung im aktuellen Setting in der Familie nicht leistbar ist (vgl. Rupp, 2003; Dross, 2001).

Die Behandlungsdauer für stationäre Kriseninterventionen sollte in jedem Fall so gering wie möglich gehalten werden. Nach einer Krisenintervention ist es sinnvoll zu überprüfen, ob das Pflegeverhältnis in der bisherigen Familie fortgesetzt werden soll.

9 Resümee

Das Angebot der Psychiatrischen Familienpflege wird, wie ausführlich dargestellt, in der Fachwelt zwar immer wieder diskutiert, konnte sich bis dato aber nicht flächendeckend durchsetzen. Wie aus der geschichtlichen Entwicklung der Familienpflege in Deutschland ersichtlich ist, wurde dieser Betreuungsform immer dann vermehrt Bedeutung beigemessen, wenn die finanziellen Ressourcen für die Versorgung psychisch kranker Menschen knapp waren. Obwohl prominente Verfechter der Psychiatrischen Familienpflege sich vor allem aus den Reihen der Psychiater und anderer medizinischer Professionen rekrutieren, haben gerade diese Berufsgruppen auch die meisten Vorbehalte gegenüber dem Angebot. Allerdings beruhen die

Einwände gegen die Familienpflege in den seltensten Fällen auf negativen Erfahrungswerten. Professionelle Helfer zweifeln vielmehr von vorneherein die Wirksamkeit einer Betreuungsform an, die von Laien erbracht wird:

„Unser an wissenschaftlichen Maßstäben geschultes Bewusstsein sträubt sich gegen Hilfeformen, die durchmischt sind mit solchen Giften wie Egoismus, Dominanz, Zorn, Empörung, Ungeduld, Neugier, Rührung, Mitleid, Pflegetrieb und anderen „unreinen“ Regungen. Der Gedanke, dass zwischenmenschliche Hilfe sogar häufig bekömmlicher sein könnte, wenn sie nicht ganz rein profimäßig destilliert, erforscht und in ihrer Effektivität evaluiert daherkommt, schmeckt uns nicht“ (Schernus, 2005, S. 20).

Dabei bietet gerade die Psychiatrische Familienpflege fernab jeglicher institutioneller Rahmenbedingungen individuell zugeschnittene Rehabilitationsmöglichkeiten für den einzelnen Klienten, wie sonst kaum ein anderes Angebot (vgl. Eisenhut, 2004). Dies zeigt sich, wie Untersuchungen belegen, in einem erhöhten Maß an Lebensqualität von psychisch kranken Menschen, die in Familien leben (vgl. Hoffmann et al., 1997). Vereinzelt sind die positiven Effekte der Psychiatrischen Familienpflege wissenschaftlich erwiesen und somit von unmittelbarer Praxisrelevanz (vgl. Kallert et al., 2005).

Der Erfolg der Psychiatrischen Familienpflege ist auch der professionellen Begleitung durch Fachpersonal zu verdanken, das neben der Betreuung des Familienpflegeverhältnisses auch die Qualität sicherstellt. Der Umstand, dass die Psychiatrische Familienpflege nicht nur erfolgreich sondern auch noch kostengünstiger als die Versorgung im Heim ist, macht sie zu einem durchaus konkurrenzfähigen Angebot. Die Tatsache, dass die Psychiatrische Familienpflege aktuell noch keine Konkurrenz zur stationären Versorgung, vor allem in Heimen und Langzeiteinrichtungen, darstellt, liegt weniger in der mangelnden Wirksamkeit als in einem Mangel an zur Verfügung stehenden Plätzen, begründet. Neben dem Vorurteil, Laienhilfe sei nicht so wirksam wie professionelle Hilfe, spielt auch die Angst um den eigenen Arbeitsplatz eine Rolle, wenn es um die Etablierung der Psychiatrischen Familienpflege geht (vgl. Ingenleuf, 2004; Schönberger & Stolz, 2003).

Wenn es also gelingt, bestehende Barrieren in den Köpfen der Profis abzubauen, kann die Psychiatrische Familienpflege endlich von der Fachwelt als Bereicherung des bisher bestehenden Versorgungsangebotes bundesweit flächendeckend anerkannt werden (vgl. Ingenleuf, 2004).

Um dieses Vorhaben zu verwirklichen, wird allerdings noch viel Öffentlichkeitsarbeit, Engagement und Ausdauer von Seiten der Familienpflegeteams vonnöten sein. Hilfreich wären in diesem Zusammenhang mit Sicherheit wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Psychiatrischer Familienpflege.

Literaturverzeichnis

- Angermeyer, M., Holzinger, A. & Matschinger, H.** (1999). Lebensqualität, das bedeutet für mich... . Psychiatrische Praxis, 29, S. 56-60.
- Auspurg, A., Buttner, P. & Vaitl, P.** (2005). Psychiatrische Langzeitpatienten: Wohnsituation nach der Enthospitalisierung. Sozialpsychiatrische Informationen, 35 (3), S. 12-15.
- Banger, M., Welnitz, M. & Gastpar, M.** (2004). Der Hausbesuch im Kontext der aufsuchenden Sozialarbeit einer psychiatrischen Institutsambulanz. Psychiatrische Praxis, 31, S. 198-202.
- Becker, J. & Neuenfeldt-Spickermann, R.** (2006). Zur Qualitätssicherung des Betreuten Wohnens in Familien. Sozialpsychiatrische Informationen, 36 (2), S. 14-17.
- Becker, J.** (2002). Der Runde Tisch – Eine Methode zur Qualitätssicherung und Rehabilitation von „schwierigen“ psychisch Kranken. In Orbeke-Lütke-meier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 58-76. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Becker, J.** (2005). Ein intimer Ort – Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Gastfamilien. Soziale Psychiatrie, 29 (3), S. 22-27.
- Berger, H.** (2003). Gesundheitsförderung – Ein neuer Weg in der Psychiatrie. Psychiatrische Praxis, 30 (S1), S. 14-20.
- Berger, P. & Riecher-Rössler, A.** (2004). Definition der Krise und Krisenassessment. In Riecher-Rössler, A., Berger, P., Yilmaz, A.T. & Stieglitz, R.-D. (Hrsg.), Psychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention S.(19-30). Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe.
- Böcker, F. M.** (2004). Von der Familienpflege zur offenen Fürsorge: Der Beitrag von Gustav Kolb. Sozialpsychiatrische Informationen, 34, S. 11-18.
- Bola, J. D. & Mosher, L. R.** (2003). Treatment of Acute Psychosis Without Neuroleptics: Two-Year Outcomes From the Soteria Project. The Journal of Nervous and Mental Disease, 191, S. 219-229.
- Bruker, G., Gerster, R.J., Miller-Clesle, M., Neubauer, V. & Trautmann, R.** (1993). Die Arbeit des Familienpflegeteams und seine Wirkung auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter. In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung S. 106-112. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Chisholm, D., Knapp, M.R.J., Knudsen, H.C., Amaddeo, F., Gaite, L., van Wijngaarden, B. & The Epsilon Study Group** (2000). Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory – European Version: development of an instrument for international research. British Journal of Psychiatry, 177, (S39), S. 28-33.
- Crefeld, W.** (2003). Ein neues Selbstbewusstsein tut Not! Die Rolle der Sozialarbeit in der Gemeindepsychiatrie. Soziale Psychiatrie, 27, S. 26-29.
- Crefeld, W.** (2005). Zur Rolle des Sozialarbeiterberufs in der Gemeindepsychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen, 35, S. 24-28.
- de Girolamo, G.** (2001). Der gegenwärtige Stand der psychiatrischen Versorgung in Italien. Der Nervenarzt, 72, S. 511-514.
- Dondalski, C.** (2004). Ein Zimmer mit Familienanschluss. Die psychiatrische Familienpflege an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen. Psychiatrische Pflege, 10, S. 120-123.
- Dörner, K.** (2003). Auf dem Weg zur heimlosen Gesellschaft. In: König, J., Oerthel, C. & Puch, H.-J. (Hrsg.). Soziale Arbeit im gesellschaftlichen Wandel. Ziele, Inhalte, Strategien. Starnberg: R.S. Schulz GmbH. S. 157-165.
- Dreßing, H., Salize, H.- J.** (2004). Zwangsunterbringung und Zwangsbehandlung psychisch Kranker in den Mitgliedsländern der Europäischen Union. Psychiatrische Praxis, 31, S. 34-39.
- Dross, M.** (2001). Krisenintervention. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.
- Eink, M.** (2000). Perspektiven Sozialer Arbeit in der Psychiatrie. Sozialpsychiatrische Informationen, 30, S. 19-21.
- Eisenhut, R.** (2002). Brauchen wir eine einheitliche Finanzierung der Familienpflege? Sinn und Unsinn der verschiedenen Finanzierungsmodelle der Familienpflege. In Orbke-Lütke-meier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 116-129. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Eisenhut, R.** (2004). Der Fachausschuss Familienpflege der DGSP. Sozialpsychiatrische Informationen, 34, S. 46-50.
- Eisenhut, R.** (2005). Der Fachausschuss Familienpflege der DGSP. Ziele, Standards und Entwicklungen. Soziale Psychiatrie, 29 (3), S. 37-38.

- Elgeti, H.** (2006). Familien-Bande – Gefahr der Hospitalisierung in der Gastfamilie? Sozialpsychiatrische Informationen, 36, S. 11-14.
- Franz, M., Meyer, T. & Gallhofer, B.** (2002). Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten – Teil 3 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrische Praxis, 29, S. 306-310.
- Franz, M., Meyer, T., Ehlers, F. & Gallhofer, B.** (2002). Schizophrene Patienten, die trotz Dekaden der Enthospitalisierung in psychiatrischen Krankenhäusern verblieben sind – Teil 1 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrische Praxis, 29, S. 245-250.
- Friemel, S., Bernert, S., Angermeyer, M.C. & König, H-H.** (2005). Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. Psychiatrische Praxis, 32, S. 113-121.
- Frowein, M.** (2005). Konzept der Lebensqualität als umfassender Ansatz im Bereich der Wohneinrichtungen für Menschen mit seelischer Behinderung. Psychiatrische Pflege, 11, S. 154-159.
- Frühwirth, W.** (2001). Die Psychiatrische Familienpflege im Bundesland Steiermark als Modell einer „extramuralen Versorgung psychisch Kranker auf Pflegeplätzen in Gastfamilien“. Psychiatrische Pflege, 7, S. 219-225.
- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Arrizabalaga, A. A., Schene, A. H., Welcher, B., Thornicroft, G., Ruggeri, M., Vázquez-Bourgon, E., Retuerto, M. P., Leese, M. & Epsilon Study Group** (2002). Quality of life in schizophrenia: development, reliability and internal consistency of the Lancashire Quality of Life Profile – European Version. Epsilon Study 8. British Journal of Psychiatry, 73 (S), S. 49-54.
- Geulen, D.** (2001). Sozialisation. In: Otto, H-U. & Thiersch, H. (Hrsg.) Handbuch Sozialarbeit – Sozialpädagogik. (2. völlig überarb. Aufl.). Neuwied: Luchterhand. S. 1746-1756.
- Giupponi, G. & Tomasi, R.** (2002). Italienische Psychiatrie nach der Reform von 1978. Leserbrief zu „Der Nervenarzt“ 7/2001. Der Nervenarzt, 73, S. 300.
- Gräßlin, M.** (2002). Stimmen – Theaterarbeit zur Unterstützung der Entfaltung von Lebensqualität in der Familienpflege. In Orbkeltkemeier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 130-139. Bielefeld: Bethel-Verlag.

- Grössl, B.** (2004). Ein Werkstattbericht aus Graz zur Qualitätsentwicklung der psychiatrischen Familienpflege. Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (4), S. 32-35.
- Gutermann, H. & Heß, C.** (2002). Familienpflege für Menschen mit geistiger Behinderung – Betreuungsschwerpunkte im Wandel der Zeit – Darstellung mit zwei Fallbeispielen. In Orbk-Lützkemeier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 102-115. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Gutjahr, E. & Gmehl, G.** (2001). Die Methode bestimmt das Ergebnis: Indirekte ökonomische Folgen von Alkoholmissbrauch und –abhängigkeit in der Schweiz. Psychiatrische Praxis, 28 (S1), S. 45-54.
- Haberfellner, E.M., Grausgruber, A., Grausgruber-Berner, R., Ortmaier, M. & Schöny, W.** (2006). Die Enthospitalisierung ehemaliger psychiatrischer Langzeitpatienten in Oberösterreich – Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen und Kosten der außerstationären Versorgung. Psychiatrische Praxis, 33, S. 74-80.
- Haberfellner, E. M., Grausgruber, A., Grausgruber-Berner, R., Ortmaier, M. & Schöny, W.** (2006). Der Versorgungsbedarf ehemaliger psychiatrischer Langzeitpatienten. Psychiatrische Praxis, 33, S. 23-29.
- Häfner, H.** (2001). Hat Basaglia eine bessere Psychiatrie geschaffen? Zur Biographie der italienischen Psychoreform. Der Nervenarzt, 72, S. 485-486.
- Held, T.** (1989). Psychiatrische Familienpflege. Ergebnisse einer prospektiven Langzeitstudie. Stuttgart: Enke.
- Held, T.** (1993). Psychiatrische Familienpflege in Frankreich. In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung S. 90-97. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Held, T.** (1993). Psychiatrische Familienpflege: Evaluation im Rahmen einer prospektiven Langzeitstudie. In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung S. 130-141. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Helmchen, H.** (2004). Psychiatrie im Wandel des Gesundheitssystems. Der Nervenarzt, 75, S. 1049-1052.
- Hildenbrand, B.** (1991). Alltag als Therapie: Ablöseprozesse Schizophrenen in der psychiatrischen Übergangseinrichtung. Bern: Verlag Hans Huber.

- Hilzinger, U., Kunze, H. & Hufnagel, H.** (2006). Psychiatrische Familienpflege – auch für schwer beeinträchtigte Alkoholabhängige. Sucht, 52, S. 187-193.
- Hinterhuber, H., Liensberger, D., Tasser, A., Schwitzer, J., Rizzuti, E. & Meise, U.** (2001). Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung in Italien - 22 Jahre nach Franco Basaglias Reformgesetz Nr.180. Der Nervenarzt, 72, S. 501-510.
- Hoffmann, K. & Priebe, S.** (1996). Welche Bedürfnisse nach Hilfe haben schizophrene Langzeitpatienten? – Probleme der Selbst- und Fremdbeurteilung von „Needs“. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 64, S. 473-481.
- Hoffmann, K., Priebe, S., Isermann, M. & Kaiser, W.** (1997). Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrische Praxis, 24, S. 221-226.
- Hoffmann, K-M.** (2004). Der Patient, das (un-)bekannte Wesen – Die subjektive Sicht der Nutzer. Psychiatrische Praxis, 31 (S2), S. 263-268.
- Ingenleuf, H-J.** (2004). Das Ende des Orakelns: Antworten auf die Kritik an der psychiatrischen Familienpflege. Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (4), S. 39-45.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H.-U.** (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, 47, S. 736-744.
- Kallert, T. W., Looks, P., Leiß, M., Hoffman, K. & Franz, M.** (2005). Enthospitalisierungsprozesse in deutschen Großkrankenhäusern. Eine kritische Übersicht zur durchgeführten Begleitforschung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Online-Publikation.
- Kallert, T. W., Looks, P., Leiß, M., Hoffmann, K. & Franz, M.** (2005). Enthospitalisierungsprozesse in deutschen psychiatrischen Großkrankenhäusern. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, Online-Publikation.
- Kapp-Stehen, G., Müller, M. J., Schanz, B. & Schlösser, R.** (2001). Patientenzufriedenheit mit der Behandlung in der Psychiatrischen Klinik der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz. Psychiatrische Pflege, 7, S. 10-15.
- Katschnig, H. & Konieczna, T.** (1986). Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. In Kisker, K.P. (Hrsg.), Psychiatrie der Gegen-

wart 2. Krisenintervention, Suizid Konsiliarpsychiatrie (3. neugestaltete Auflage) S.(3-43). Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.

Katschnig, H. & Konieczna, T. (1987). Notfallpsychiatrie und Krisenintervention: Überblick über Versorgungsprobleme. In Katschnig, H. & Kulenlampff, C., AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hrsg.), Notfallpsychiatrie und Krisenintervention. Tagungsberichte Band 14 S.(9-50). Köln: Rheinland-Verlag GmbH.

Keller, T. (1993). Hölderlin – zwei Hälften eines Lebens. In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung S. 77-87. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Kempkens-Wingen, D., NDiaye, V., Schmitter, V., Held, T. & Schnurr, R. (1993). „Herz hängt an dem, der immer kommt“ – Rollenzuschreibungen in der Psychiatrischen Familienpflege Bonn. In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung S. 98-105. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Kilian, R., Bernert, S., Matschinger, H., Mory, C., Roick, C., & Angermeyer, M.C. (2001). Die standardisierte Erfassung des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs bei schweren psychischen Erkrankungen. Psychiatrische Praxis, 28 (S2), S. 79-83.

Kisch, E. E. (1993). Belgisches Städtchen mit 3000 Irren. In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung S. 24-40. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (1993). Ist die psychiatrische Familienpflege zeitgemäß? In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung S. 10-22. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (2004). Rückfall in die Steinzeit? Eine Zwischenbilanz 20 Jahre nach der Wiederentdeckung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (4), S. 2-6.

Konrad, M. (1993). Sind therapeutische Prozesse bei chronisch Schizophrenen in Psychiatrischer Familienpflege denkbar? In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung S. 142-164. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Konrad, M. (2001). Enthospitalisierung als Aufgabe eines kliniknahen Pflegeheims. Krankenhauspsychiatrie, 12 (S2), S. 85-89.

- Konrad, M., Miller-Clesle, M. & Roth, B.** (1993). Gute Familien – schlechte Familien. Urteile des Familienpflegeteams und ihre Evidenz für den Verlauf einer Pflege-Episode. In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung S. 165-180. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kössinger, I. & Schmidt-Michel, P.-O.** (1993). Ergebnisse zur Familienpflege – ein Literaturüberblick. In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung S. 114-121. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Kreddig, G.** (2002). Was heißt hier eigentlich Beratung? – Den Klugen erkennt man an seinen Fragen, nicht an seinen Antworten. In Orbke-Lütke-meier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 140-145. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Krumm, S. & Becker, T.** (2006). Der Einbezug von Nutzern psychiatrischer Angebote in die psychiatrische Versorgungsforschung. Psychiatrische Praxis, 33, S. 59-66.
- Laupichler, K.** (2002). Aus dem Ghetto ins Leben – Teil 2. In Orbke-Lütke-meier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 85-92. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Lehmann, P.** (2001). Alte, veraltete und neue Antipsychiatrie. Zeitschrift für systemische Therapie. 19, S. 264-270.
- Leiß, M., Kallert, T. W.** (2001). Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. Psychiatrische Praxis, 28, S. 10-17.
- Liegle, L.** (2001). Sozialisation. In: Otto, H-U. & Thiersch, H. (Hrsg.) Handbuch Sozialarbeit – Sozialpädagogik. (2. völlig überarb. Aufl.). Neuwied: Luchterhand. S. 508-520.
- Mayring, P.**(2003). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. (8. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Melchinger, H., Rössler, W. & Machtleidt, W.** (2005). Ausgaben in der psychiatrischen Versorgung. Ist die Verteilung der Ressourcen am Bedarf orientiert? Der Nervenarzt, 76, S. 10-17.
- Melichar, S., Orbke-Lütke-meier, E., Schmidt, K.** (2002). Betreutes Wohnen in Gastfamilien – Qualität ist eine Frage der Perspektive?!. In Orbke-Lütke-meier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 17-43. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Meyer, T., Franz, M. & Gallhofer, B.** (2002). Subgruppen und Prognose besonders schwer zu enthospitalisierender schizophrener

Langzeitpatienten: Eine Differenzierung des „harten Kerns“ – Teil 2 der Hessischen Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrische Praxis, 29, S. 301-305.

- Mory, C., Matschinger, H., Roick, C., Kilian, R. & Angermeyer, M.C.** (2001). Die deutsche Version der Verona Service Satisfaction Scale (VSSS-54) – Ein Instrument zur Erfassung der Patientenzufriedenheit mit psychiatrischer Behandlung. Psychiatrische Praxis, 28 (S2), S. 91-96.
- Mosher, L. R.** (1999). Soteria and other alternatives to acute psychiatric hospitalization. The Journal of Nervous and Mental Disease, 187, S. 142-149.
- Müller, M. J. & Schanz, B.** (2002). Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. Psychiatrische Pflege, 8, S. 319-322.
- Müller, T.** (2004). Das Vorbild Gheel und die psychiatrische Familienpflege im 19. Jahrhundert. Sozialpsychiatrische Informationen, 34, S. 7-11.
- Payk, T. R.** (2004). Antipsychiatrie – eine vorläufige Bilanz. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 72, S. 516-522.
- Piccinelli, M., Politi, P. & Barale, F.** (2002). Focus on psychiatry in Italy. British Journal of Psychiatry, 181, S. 38-44.
- Piccinelli, M., Politi, P. & Barale, F.** (2002). Focus on psychiatry in Italy. British Journal of Psychiatry, 181, S. 538-544.
- Pillen, A.** (2004). Die Psychiatrie im Spannungsfeld zwischen Gewalt und Ethik. Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2), S. 2-8.
- Priebe, S.** (2003). Zukunft psychiatrischer Versorgung - Träume und Alpträume. Psychiatrische Praxis, 30 (S1), S. 48-53.
- Priebe, S., Hoffmann, K., Isermann, M. & Kaiser, W.** (1996). Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten. Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Psychiatrische Praxis, 23, S. 15-20.
- Prins, S.** (2002). Aus dem Ghetto ins Leben – Teil 1. In Orbke-Lütke-meier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 77-84. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Richter, D.** (2001). Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 69, S. 19-31.
- Roick, C., Heider, D., Stengler-Wenzke, K. & Angermeyer, M. C.** (2004). Analyse starker Inanspruchnahme stationär-

psychiatrischer Versorgung aus drei unterschiedlichen Perspektiven. Psychiatrische Praxis, 31, S. 241-249.

- Roick, C., Kilian, R., Matschiner, H., Bernert, S., Mory, C., & Angermeyer, M. C.** (2001). Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. Psychiatrische Praxis, 28, (S2), S. 84-90.
- Roosens, E.** (1983). Psychisch Kranke unter uns – Geel: Eine Stadt integriert seelisch Kranke in ihre Gemeinschaft. Stuttgart: Hippokrates Verlag.
- Rössler, W.** (2003). Wie definiert sich Qualität in der psychiatrischen Versorgung? Der Nervenarzt, 74, S. 552-560.
- Roth, B.** (2002). Die Familienpflege für Jugendliche – 4 Jahre alt, (k)ein Wunderkind?!. In Orbke-Lütke-meier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 93-115. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Roth, B.** (2004). Familienpflege für seelisch schwer belastete junge Menschen. Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (4), S. 18-22.
- Ruggeri, M., Nosé, M., Bonetto, C., Cristofalo, D., Lasalvia, A., Salvi, G., Stefani, B., Malchiodi, F. & Tansella, M.** (2005). Changes and predictors of change in objective and subjective quality of life. British Journal of Psychiatry, 187, S. 121-130.
- Ruggeri, M., Warner, R., Bisoffi, G., & Fontecedro, L.** (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: a factor analytical approach. The South Verona Outcome Project 4. British Journal of Psychiatry, 178, S. 268-275.
- Rupp, M.** (2003). Notfall Seele. Ambulante Notfall- und Krisenintervention in der Psychiatrie und Psychotherapie (2.überarb. und erw. Auflage). Stuttgart, New York: Thieme.
- Rupp, M.** (2004). Was hilft den Krisenhelfern? – Notfall- und Krisenintervention auf dem Weg zu professionellen Standards. In **Orbke-Lütke-meier, E.** (Hrsg.), Praxis Krisenintervention. Ein Handbuch für helfende Berufe: Psychologen, Ärzte, Sozialpädagogen, Pflege und Rettungskräfte. S. 58-72. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Salize, H. J. & Rössler, W.** (1996). The Cost of Comprehensive Care of People with Schizophrenia Living in the Community. A Cost Evaluation from a German Catchment Area. British Journal of Psychiatry, 169, S. 42-48.

- Salize, H. J.** (2001). Die Kosten der Schizophrenie – was wissen wir (nicht)? Psychiatrische Praxis, 28 (S1), S. 21-28.
- Schernus, R.** (2002). Was wirkt eigentlich, wenn wir handeln? – Einige ethische Reflexionen. In Orbke-Lütke-meier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 44-57. Bielefeld: Bethel-Verlag.
- Schernus, R.** (2005). Teufel und Beelzebub. Soziale Psychiatrie, 29 (3), S. 17-21.
- Schleuning, G. & Heel, S.** (2004). Kostenverteilung in der Schizophreniebehandlung – Ansätze für Steuerung und Integration. Eine Untersuchung in München Süd. Psychiatrische Praxis, 31 (S1), S. 56-58.
- Schmidt-Michel, P.-O.** (1993). Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung. S. 41-76. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmidt-Michel, P.-O., Krüger, M., Kössinger, I. & Konrad, M.** (1993). Forschungsergebnisse zur Psychiatrischen Familienpflege. In Konrad, M. & Schmidt-Michel, P.-O. (Hrsg.), Die 2te Familie – Psychiatrische Familienpflege. Geschichte – Praxis - Forschung. S. 122-129. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Schmiedebach, H.-P., Beddies, T., Schulz, J. & Priebe, S.** (2002). Wohnen und Arbeit als Kriterien einer „sozialen Integration“ psychisch Kranker – Entwicklungen in Deutschland von 1900 bis 2000. Psychiatrische Praxis, 29, S. 285-294.
- Schneider, A.** (2005, 06. Februar). Endlich keine Klinik mehr. Frankfurter Allgemeine Zeitung.
- Schönberger, Ch. & Stolz, P.** (2003). Betreutes Leben in Familien - Psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch für die Praxis. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Siegrist, K., Schlebusch, P. & Trenckmann, U.** (2002). Fragen wir den Kunden – Patientenzufriedenheit und Qualitätsentwicklung. Psychiatrische Praxis, 29, S. 201-206.
- Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G., & Kuipers, E.** (2005). Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. British Journal of Psychiatry, 187, S. 256-261.
- Sommer, K., Dondalski, C. & Schmidt, T.** (2004). Begleitetes Wohnen in Gastfamilien als lebenswerte Alternative für Menschen

mit einer Alkoholdemenz. Sozialpsychiatrische Informationen, 34, S. 22-26.

Sonneck, G. (1985). Krisenintervention - Telefonnotruf. In Pöldinger, W. & Reimer, Ch. (Hrsg.), Psychiatrische Aspekte suizidalen Verhaltens: Symposion der Troponwerke am 21. Oktober 1983 in Köln S.(76-83). Frankfurt/Main: pmi-Verlag.

Sonneck, G. (2003). Krisenintervention. Psychotherapie im Dialog, 4, S. 319 - 329.

Stolz, P. (2004). "Einfach eine Provokation" - Betreutes Leben in Gastfamilien im Land Brandenburg. Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (4), S. 26-32.

Tansella, M. & Burti, L. (2003). Integrating evaluative research and community-based mental health care in Verona, Italy. British Journal of Psychiatry, 183, S. 167-169.

Wallesch, C.-W. (2005). Kosten chronischer Krankheit aus gesellschaftlicher Perspektive. Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie, 73, S. 185-186.

Wasem, J., Hessel, F. & Kerim-Sade, C. (2001). Methoden zur vergleichenden ökonomischen Evaluation von Therapien und zur rationalen Ressourcenallokation über Bereiche des Gesundheitswesens hinweg - Einführung, Vorteile, Risiken. Psychiatrische Praxis, 28, S. 12-20.

WHO (2001). The World Health Report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva.

Wienberg, G. (2002). Gemeinschaft verwirklichen – Familienpflege ist ein wichtiger Beitrag zur Realisierung unserer Visionen – ein Grußwort. In Orbke-Lütke-meier, E. (Hrsg.), Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege. S. 11-16. Bielefeld: Bethel-Verlag.

Zehentbauer, J. & Härle, J. (1986). Die Auflösung der Irrenhäuser in Italien. Türspalt. 11, S. 22-38.

Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und außer den angeführten keine weiteren Hilfsmittel benützt habe. Die Arbeit wurde noch nicht anderweitig zu Prüfungszwecken vorgelegt.

Soweit aus den im Literatur- und Quellenverzeichnis angegebenen Werken einzelne Stellen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, sind sie in jedem Fall unter Angabe der Entlehnung kenntlich gemacht.

Die Versicherung selbständiger Anfertigung bezieht sich auch auf die in der Arbeit enthaltenen Zeichen-, Kartenskizzen und bildlichen Darstellungen.

Anhang

