



**Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben
in Gastfamilien**

gestern – **heute** – morgen

Dokumentation

20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena

Klaus-Dieter Dresler/Jana Neukirchner (Hrsg.)

Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien

gestern – **heute** – morgen

Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena

Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien
gestern – heute – morgen
Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena
Erste Auflage 2006
Herausgeber: Klaus-Dieter Dresler & Jana Neukirchner
Fotos: Björn Jacob & Robert Barnebeck
Gestaltung: Andreas Schmidt
Grafik: Werbung-Design Schaller, Gera
Druck: Walther Büroorganisation + Einrichtung GmbH, Jena
Bindung: Buchbinderei & Auftragsbüro SKÜB, Jena
Verlag: Fachhochschule Jena
ISBN: 3-932886-11-9



Über 240 Teilnehmer haben sich Ende September 2005 während der 20. Bundestagung Familienpflege in Jena mit der Vergangenheit, besonders aber mit dem Heute und der Zukunft des Betreuten Wohnens in Gastfamilien intensiv auseinander gesetzt.

Was die Vergangenheit betrifft, wurden die Jenaer Bezüge zur Familienpflege am Beispiel von Nietzsche und Hölderlin durch Stadtführungen, eine Ausstellung und durch den Jugendtheaterclub Jena dargestellt. Fachvorträge zur Geschichte, die die Psychiatrische Familienpflege im 19. Jahrhundert und die Beziehungen der Familienpflege zur offenen Fürsorge betrachteten, vertieften die Einblicke zum Gestern. Ein

Erzählcafé mit Zeitzeugen der psychiatrischen Familienpflege in der damaligen DDR rundete den historischen Teil der Bundestagung ab.

Im Zentrum der Bundestagung stand aber der Blick auf das Heute des Betreuten Wohnens in Gastfamilien: Nach einer Einführung zur Sozialpolitik und ihre Auswirkungen auf die Familienpflege standen sieben Werkstätten im Mittelpunkt des Tagungsgeschehens. Erfahrene Familienpflegeteams aus Deutschland und der Schweiz gaben ihr Wissen und ihr Handwerkzeug an Interessierte weiter, die mit der Frage nach Jena gekommen waren, wie die Familienpflege in ihrer Region implementiert werden könnte. Aktuelle Forschungsergebnisse im Kontext der Familienpflege bereicherten den Blick auf das Gegenwärtige.

Mit dem Aufruf: Etablierung der Familienpflege bundesweit! wurde der Zukunftsaspekt der Bundestagung mutig ins Blickfeld gerückt. Erfahrungen mit Entlastungsfamilien und Kontaktfamilien in Dänemark zeigten Visionen auf, wie bürgerschaftliches Engagement von Familien in der Zusammenarbeit mit Professionellen zur gesellschaftlichen Teilhabe von behinderten Bürgern beitragen kann. Der thematische Kreis der Bundestagung schloss sich mit Einblicken in die Entwicklung der Sozialhilfeausgaben in Deutschland und die sich daraus ergebende Verantwortung, notwendige Veränderungen des Wohlfahrts- und Sozialsystems zu gestalten. Die Rolle des Betreuten Wohnens in Gastfamilien wurde in diesem Zusammenhang als Alternative und Differenzierung zum Heimaufenthalt beschrieben und gefordert. Zukunftsweisend wurde auf die heute schon bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten zum Persönlichen Budget aufmerksam gemacht, die die Chancen des Lebens in der eigenen Familie für beeinträchtigte Bürger verbessern können.

Die Meisten Tagungsteilnehmer fuhren in hoffnungsvoller Aufbruchstimmung und gestärkt für die Herausforderungen ihrer Tätigkeit zurück in ihre Heimatorte.

Im Rückblick sei noch einmal hervorgehoben, dass das Geheimnis der gelungenen Umsetzung der Idee zur Bundestagung 2005 in Jena ein intendiertes und wohlwollendes Zusammenwirken vieler Menschen war, welches sich dann glücklich zu einem Ganzen gefügt hat. An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Mitwirkenden herzlich bedanken.

Auf den nachfolgenden Seiten geben wir Einblicke in das Tagungsgeschehen.

Klaus-Dieter Dresler & Jana Neukirchner



- 1 **Vorwort.** Prof. Dr. Klaus-Dieter Dresler & Jana Neukirchner
- 2 **Inhalt.**
- 5 **Veranstalter.**
- 6 **Referenten.**

28. September 2005

Stadtführungen

- 10 **Hölderlin in Jena.** Ute Frisch, Berlin
- 11 **Nietzsche in Jena.** Priv. Doz. Dr. Sebastian Lemke, Jena
- 12 **Goethe in Jena.** Dr. Jens-Fietje Dwars, Jena
- 13 **Historisches Jena.** Birgit Gudziol & Brigitte Apel, Jena

Begrüßung in der Diele des Rathauses

- 14 **Grußworte.** Dr. Albrecht Schröter,
Dezernent für Soziales und Kultur der Stadt Jena
- 14 **Der Jugendtheaterclub Jena spielt Szenen aus Hölderlins Leben.**
„Ich verstand die Stille des Äthers - Der Menschen Worte verstand ich nie“
Christine Theml, Buch; Jordis Chemnitz & Sara Jaschischak, Einstudierung
- 15 **Erste Begegnungen: Abendbuffett in der Diele des Rathauses.**

29. September 2005

Grußworte

- 18 **Begrüßung an der Fachhochschule Jena.** Prof. Dr. Burkhard Schmager,
Prorektor für Studium und Lehre, Fachhochschule Jena
- 20 **Einführung.** Prof. Dr. Klaus-Dieter Dresler,
Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen & Vorsitzender der
gemeinnützigen Stiftung AKTION WANDLUNGSWELTEN, Jena
- 22 **Grußworte und Ehrungen des Schirmherren.** Gesundheitsminister Dr. Klaus Zeh,
Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt

Eröffnungsvortrag

- 24 **Sozialpolitische Entwicklungen und mögliche Auswirkungen auf die Familienpflege.** Joachim Hagelskamp, Referatsleiter Behindertenhilfe,
chronische Erkrankungen, Psychiatrie, Paritätischer Wohlfahrtsverband -
Gesamtverband e. V., Berlin

Werkstätten

- 32 **Psychisch erkrankte Menschen in Gastfamilien:
Modell Brandenburg – LK Dahme-Spreewald.**
Ines Kalisch, Heiko Mussehl & Birgit Preiß, Klaus Schwarz (Gastfamilien)
ProFil - Betreutes Leben in Gastfamilien e. V., Königs Wusterhausen
- 40 **Psychisch erkrankte Menschen in Gastfamilien:
Modell Thüringen - Jena und Umkreis.**
Jana Neukirchner, Marlies Hartung, Wiebke Schorisch & Familie Tänzler
(Gastfamilie), AWW Betreutes Wohnen in Familien, Jena
- 48 **Gemeindeintegrierte Akutbehandlung mit Hilfe von Gastfamilien.**
Dr. Renè Bridler; Dr. Kathrin Lötscher, Ambulantes Zentrum Ost,
Sektor Ost der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich, Schweiz
- 53 **Junge Menschen in Gastfamilien.**
Barbara Roth, JuMeGa, Arkade.e.V., Ravensburg
- 58 **Suchtkranke Menschen in Gastfamilien.**
Kornelia Sommer, Claudia Donalski, Thomas Schmitt, Stefan Beez,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Merxhausen
- 61 **Menschen mit geistiger Behinderung in Gastfamilien.**
Reinhard Rolke, Familienpflege, Diakonie Stetten e. V. zusammen mit
Peter Gruner, Familienpflege, St. Gallus-Hilfe gGmbH, Meckenbeuren
- 64 **Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Gastfamilien.**
Richard Gerster, Regina Trautmann, Psychiatrische Familienpflege,
Arkade e. V., Ravensburg

Arbeitsgruppen zu Forschungsergebnissen

- 74 **Psychiatrische Familienpflege aus familiensoziologischer Sicht. Ergebnisse der
Evaluation des Thüringer Modells – Jena und Umkreis.**
Prof. Dr. Ulrich Lakemann, Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen
- 84 **Zur Qualitätssicherung des Betreuten Wohnens in Familien.**
Dr. Joachim Becker, Rheinische Kliniken, Bedburg-Hau
Renate Neuenfeldt-Spickermann, Rheinische Kliniken, Viersen

Vorträge zur Geschichte

- 90 **Die Psychiatrische Familienpflege im 19. Jahrhundert. Ein Vergleich Frankreichs
und Deutschlands mit Betonung der mitteldeutschen Geschichte.**
Dr. Thomas Müller, Institut für Geschichte der Medizin, Charite-
Universitätsmedizin, Berlin
- 97 **Von der Familienpflege zur offenen Fürsorge.**
Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Klinik für psychische Erkrankungen am
Saale- Unstrut- Klinikum, Naumburg

Ausstellungsvortrag

- 103 **Das Exempel Nietzsche. Vorzüge und Grenzen familiärer Pflege von psychisch Kranken.**

Dr. Jens-Fietje Dwars, Freier Autor, Film- und Ausstellungsmacher, Jena

Erzählcafe

- 108 **Psychiatrische Familienpflege in der DDR. Zeitzeugen melden sich zu Wort**

Else Perskowitz, ehem. Chefärztin,

Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen;

Dozent Dr. Kurt Niedermeyer, einstiger Direktor,

Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen;

Regine Walther, ehem. Fürsorgerin, Außenstellen und heute Sozialarbeiterin im Ökumenischen Hainich Klinikum Mühlhausen;

Dr. Udo Kraft, ehem. Chefarzt, Rehabilitationsabteilung, Asklepios Fachklinikum Stadtroda;

Dorothea Krieger, Sozialarbeiterin, Asklepios Fachklinikum Stadtroda

Tagungsfest

- 110 **Tagungsfest in den Rosensälen**

- 111 **Tagungsfest im Studentenclub Rosenkeller**

30. September 2005

Fachvortrag

- 114 **Danish Network Families. A local community based support for discharged psychiatric Patients.**

Michael Freiesleben, Videnscenter for Socialpsykiatri, Kopenhagen, Dänemark

- 119 **Netzwerkfamilien in Dänemark. Zivilgesellschaftliche Unterstützung für entlassene Psychiatriepatienten.**

Michael Freiesleben, Videnscenter for Socialpsykiatri, Kopenhagen, Dänemark

Plenarvorträge

- 124 **Etablierung der Familienpflege bundesweit! Möglichkeiten und Grenzen des Fachausschusses Betreutes Wohnen in Familien/ Familienpflege (BWF)**

Reinhold Eisenhut, Fachausschuss Betreutes Wohnen in Familien/

Familienpflege (BWF) der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Reutlingen

- 126 **Entwicklung der Sozialhilfeausgaben und die sich daraus ergebene besondere Rolle der Familienpflege.**

Wolfgang Schäfer, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster

- 134 **Persönliche Budgets & Pflege in der eigenen Familie?**

Joachim Speicher, Leitung der Paritätischen Psychiatrischen Dienste, Mainz

Schirmherr :

Gesundheitsminister Dr. Klaus Zeh, Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt

Veranstalter :

Gemeinnützige Stiftung AKTION WANDLUNGSWELTEN, Jena
Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen
Fachausschuss Betreutes Wohnen in Familien/Familienpflege (BWF)
der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Reutlingen

Mitveranstalter :

ProFil Betreutes Leben in Gastfamilien e. V., Königs Wusterhausen
Thüringer Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie e. V.
Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e. V., Stadroda

Organisation :

Jenaer Akademie Lebenslanges Lernen e. V. (JenALL)
Studierende des Fachbereiches Sozialwesen der Fachhochschule Jena

Sponsoren :

Thüringer Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie e. V.
Förderkreis der Fachhochschule Jena e. V.

Catering :

Zuverdienst - Projekt der Ergo gGmbH, Jena

Referenten und Moderatoren :

Brigitte Apel, Jena

Dr. Joachim Becker, Leitender Arzt, Rheinische Kliniken Bedburg-Hau, Bereich Soziale Rehabilitation

Stefan Beez, Krankenpfleger, Familienpflegeteam, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Merxhausen

Priv. Doz. Dr. Felix M. Böcker, Chefarzt der Abteilung für psychische Erkrankungen,
KKH Saale-Unstrut, Naumburg

Dr. Ingrid Bräunlich, Vorstandsmitglied des Landesverbandes Thüringen der Angehörigen
psychisch Kranker e.V. u. des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch Kranker (BApK), Jena

Dr. Rene Bridler, Leitender Arzt, Ambulantes Zentrum Ost,
Psychiatrische Universitätsklinik (PUK) Zürich, Schweiz

Claudia Dondalski, Fachkrankenschwester für Psychiatrie,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Merxhausen

Prof. Dr. Klaus-Dieter Dresler, Fachhochschule Jena &
Vorsitzender der gemeinnützigen Stiftung AKTION WANDLUNGSWELTEN

Dr. Jens-Fietje Dwers, Freier Autor, Film- und Ausstellungsmacher, Jena

Reinhold Eisenhut, Dipl.-Sozialarbeiter, Geschäftsführer, Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie (VSP);
Sprecher des Fachausschusses Betreutes Wohnen in Familien/Familienpflege (BWF)
der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Reutlingen

Michael Freiesleben, Pädagoge und Fachberater, Videnscenter for Socialpsykiatri, Kopenhagen, Dänemark

Ute Fritsch, Berlin

Richard Gerster, Dipl.-Sozialarbeiter, Leiter des Bereichs Psychiatrische Familienpflege,
Arkade e. V., Ravensburg

Peter Gruner, Betreutes Wohnen in Familien (BWF)/Familienpflege, Ravensburg

Birgit Gudziol, Jena

Joachim Hagelskamp, Referatsleiter Behindertenhilfe, chronische Erkrankungen,
Psychiatrie, Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V., Berlin

Marlies Hartung, Ergotherapeutin, AWW Betreutes Wohnen in Familien, Jena

Prof. Dr. Rainer Hirt, Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen

Ines Kalisch, Dipl.- Psychologin, ProFil – Betreutes Leben in Gastfamilien e. V., Königs Wusterhausen

Dr. Udo Kraft, ehemaliger Chefarzt, Rehabilitationsabteilung, Fachklinik für Psychiatrie u. Neurologie, Stadtroda

Dorothea Krieger, Sozialarbeiterin, Asklepios Fachklinikum Stadtroda, Sozialdienst

Prof. Dr. Ulrich Lakemann, Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen

Priv. Doz. Dr. Sebastian Lemke, Oberarzt, Klinik für Psychiatrie, Universitätsklinikum Jena

Dr. Kathrin Lötscher, Oberärztin, Ambulantes Zentrum Ost,
Psychiatrische Universitätsklinik (PUK) Zürich, Schweiz

- Dr. Thomas Müller**, Institut für Geschichte der Medizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin
- Heiko Mussehl**, Dipl.-Psychologe, ProFil – Betreutes Leben in Gastfamilien e. V., Königs Wusterhausen
- Renate Neuenfeldt-Spickermann**, Psychiatrische Familienpflege, Rheinische Kliniken Viersen
- Jana Neukirchner**, Dipl.-Sozialarb./ Sozialpäd. (FH), AWW Betreutes Wohnen in Familien, Projektleiterin;
Assistentin der Geschäftsführung, Jena
- Dozent Dr. Kurt Niedermeyer**, einstiger Direktor, Fachklinik für Psychiatrie u. Neurologie, Mühlhausen
- Katrin Otto**, Dipl.-Sozialarb./ Sozialpäd. (FH), Betreuungsbehörde Gera
- Else Perskowitz**, ehemalige Chefärztin, Außenstellen der Fachklinik für Psychiatrie u. Neurologie, Mühlhausen
- Reinhard Rolke**, Betreutes Wohnen in Familien, Diakonie Stetten e. V., Kernen-Stetten
- Barbara Roth**, Diplompädagogin, Leiterin des Bereiches Junge Menschen in Gastfamilien (JuMeGa),
Arkade e. V., Ravensburg
- Wolfgang Schäfer**, Direktor, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Leiter der Arbeitsgruppe
„Finanzierungsfragen der Eingliederungshilfe“ des Deutschen Vereins (DV), Münster
- Prof. Dr. Burkhard Schmager**, Prorektor für Studium und Lehre, Fachhochschule Jena
- Thomas Schmitt**, Dipl.-Sozialarbeiter, Fachliche Leitung, Familienpflegeteam, KPP Merxhausen
- Wiebke Schorisch**, Dipl.-Sozialarbeiterin (BA), AWW Betreutes Wohnen in Familien, Jena
- Dr. Albrecht Schröter**, Dezernent, Soziales und Kultur der Stadt Jena
- Kornelia Sommer**, Krankenschwester, Familienpflegeteam,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Merxhausen
- Joachim Speicher**, Diplompädagoge, Leitung der Paritätischen Psychiatrischen Dienste, Mainz
- Christine Theml**, Schillers Gartenhaus, Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Regina Trautmann**, Krankenschwester, Psychiatrische Familienpflege Arkade e. V., Ravensburg
- Dr. Falk Walther**, Chefarzt, Neurologischen Klinik im Ökumenischen Hainich Klinikum gGmbH;
1. Vorsitzender der Thüringer Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie,
Kinder- und Jugendpsychiatrie e. V., Mühlhausen
- Regine Walther**, Sozialarbeiterin, Sozialdienst, Ökumenisches Hainich Klinikum gGmbH, Mühlhausen
- Dr. Klaus Zeh**, Gesundheitsminister, Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Erfurt

Anreise- und Eröffnungstag

- **Stadtführungen**
- **Begrüßung in der Diele des Rathauses**

Hölderlin in Jena

Ute Fritsch, Berlin

Der junge Hölderlin verbrachte in Jena 1794/1795 eine spannungsvolle Zeit in unmittelbarer "Nähe der großen Geister" (Fichte, Niethammer, Herder, Goethe, Schiller) und "mutiger Herzen" (Isaak von Sinclair, Bund der freien Männer).

Die Wendung, die sich seit der Begegnung 1795 mit Susette Gontard vollzog, war Hölderlins entschiedenes Ergreifen seines Dichterberufs.

Nach der Hauslehrerzeit in Bordeaux 1802 trifft ihn die Nachricht vom Tode der geliebten Susette Gontard. Entkräftet und im Übermaß der Anspannung zieht er zur Mutter nach Nürtingen, 1804 dann zum Freund Isaac von Sinclair nach Bad Homburg. 1806

wird er, offensichtlich gewaltsam, zur psychiatrischen Behandlung in die Autenriethsche Klinik nach Tübingen gebracht.

Hölderlin kommt 1807 in die Familienpflege des Schreinermeisters Ernst Friedrich Zimmers. 36 Jahre lang, die Hälfte seines Lebens, wird er im Haus am Neckar wohnen (Hölderlin-Gesellschaft 2006).



Nietzsche in Jena

Priv. Doz. Dr. Sebastian Lemke, Jena

Wer nach Nietzsches Lebensorten fragt, wird kaum an Jena denken. Dabei hat er mehr als ein Jahr hier verbracht. Vom Januar 1890 bis Mai 1891 lebte er anfangs in der Jenaer Psychiatrie und später in der Wohnung der Mutter.

In Turin war Nietzsche auf offener Straße zusammengebrochen. Zunächst wurde der Kranke, der sich für einen Gott hielt, in der psychiatrischen Klinik Basel untersucht. Seine Mutter holte ihn jedoch in ihre Nähe.

In Jena wurde er von dem Psychiater Otto Binswanger behandelt und in dessen Anstalt am Philosophenweg untergebracht.

Seine Mutter kam zu Besuchen aus Naumburg nach Jena, bis sie im Januar 1891 in der Universitätsstadt eine Wohnung am Ziegelmühlenweg 3 bezog, um den Sohn selbst zu pflegen.

Als er zwei Monate später in einer Pfütze baden wollte, drohte ihm wieder die geschlossene Anstalt. Schnell entschlossen nahm die Mutter ihren „Herzensfritz“ mit nach Naumburg, wo sie ihn bis zu ihrem Tod 1897 umsorgt hat. (Text aus: Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Wohnen in Familien in Thüringen, DVD, Verlag Fachhochschule Jena, 2005)



Goethe in Jena

Dr. Jens-Fietje Dwars, Jena

Goethe in Jena: Zählt man all seine Aufenthalte zusammen, ergeben sie fünf Jahre – die drittlängste Zeit, die Goethe an einem Ort verbracht hat, und vielleicht seine produktivste. Denn in Jena hat er eine andere Existenz als in Weimar geführt: frei von höfischen Zwängen, vertieft in naturwissenschaftliche Experimente, verbunden mit Schiller und im Gespräch mit den Romantikern (Dwars 2003)



Historisches Jena

Birgit Gudziol & Brigitte Apel, Jena



Die Saale, an deren Mittellauf die traditionsreiche Stadt Jena liegt, prägt das Bild einer reizvollen Hügellandschaft, bestehend aus Muschelkalkstein. Jena ist eine der landschaftlich schönsten und wärmsten Städte Thüringens. Bereits im 9. Jahrhundert erwähnt, besitzt die Stadt seit 1236 Stadtrechte. Eine Vielzahl von imposanten Baudenkmalern und kulturhistorischen Sehenswürdigkeiten zeugt von einer reichen und wechselvollen Geschichte und einer glanzvollen Geistesvergangenheit.

Der freisinnige Geist der 1558 gegründeten Universität zog bedeutende Persönlichkeiten nach Jena. Einer der berühmtesten Professoren war Friedrich Schiller, der schon bald mit dem hier ansässigen Johann Wolfgang von Goethe eine innige Freundschaft

schloss. Die Stadt war aber vor allem auch Zentrum der deutschen Romantik und Philosophie, geprägt durch Namen wie Fichte, Schelling, Hegel, die Gebrüder Humboldt, Schlegel, Novalis und Hölderlin.

Die geistig-kulturellen Traditionen in untrennbarer Verbindung mit der deutschen Klassikerstadt Weimar sowie der Symbiose von Forschung, Technologie und hochmoderner Industrie sind der Grundstein einer erfolgreichen Zukunft.

In den vergangenen Jahren konnten große infrastrukturelle Maßnahmen abgeschlossen werden. Die Innenstadt Jenas wandelte sich in den letzten Jahren vom industriellen Brennpunkt zum

pulsierenden Zentrum des städtischen Lebens mit einer charmanten Mischung aus Bildung, Kunst, Kultur, Einkauf und Büro. Neu gestaltete Gewerbegebiete in Zentrumsnähe und an den Stadtgrenzen stehen zur Verfügung.

In Jena zu leben ist von besonderem Reiz. Arbeit und Freizeit sind durch nur wenige Minuten und Kilometer miteinander verbunden. In Jena hat die Zukunft bereits begonnen, Wissenschaft und Unternehmertum haben die Chancen der Region erkannt. Die Menschen der Region, besonders ihre ausgezeichnete Qualifikation, sind seit Jahrzehnten Garant für eine dynamische Entwicklung und den weltweiten Ruf Jenas als Stadt der Wissenschaft, Forschung und Technologie (Conventus 2006).



Grußworte

Dr. Albrecht Schröter, Dezernent für Soziales und Kultur der Stadt Jena



Der Jugendtheaterclub Jena spielt Szenen aus Hölderlins Leben

„Ich verstand die Stille des Äthers - Der Menschen Worte verstand ich nie“

Christine Theml, Buch; Jordis Chemnitz & Sara Jaschischak, Einstudierung



Erste Begegnungen: Abendbuffett in der Diele des Rathauses

Catering: Zuverdienst - Projekt der Ergo gGmbH, Jena



Werkstatt-Tag

- **Begrüßung an der Fachhochschule Jena**
- **Werkstätten**
- **Arbeitsgruppen zu Forschungsergebnissen**
- **Vorträge zur Geschichte**
- **Vortrag zur Ausstellung**
- **Erzählcafe**
- **Tagungsfest**

Begrüßung an der Fachhochschule Jena

Prof. Dr. Burkhard Schmager, Prorektor für Studium und Lehre, FH Jena



Meine sehr verehrten Damen und Herren,
sehr geehrte Referentinnen und Referenten,
liebe Studierende,

zur 20. Bundestagung Familienpflege möchte ich Sie im Namen der Rektorin, Prof. Dr. Beibst, an der Fachhochschule Jena herzlich willkommen heißen.

Ich begrüße besonders den Thüringer Minister für Soziales, Familie und Gesundheit, Herrn Dr. Klaus Zeh, den Schirmherren der Fachtagung, weiterhin Frau Prof. Dr. Ludwig, Dekanin des Fachbereichs SW der Fachhochschule

Jena und meinen Kollegen, Herrn Prof. Dr. Dresler.

Ich freue mich, dass nach dem gestrigen Eröffnungstag die Werkstätten und Fachvorträge der 20. Bundestagung Familienpflege heute und morgen an der Fachhochschule Jena stattfinden. Die Fachhochschule Jena, insbesondere der Fachbereich Sozialwesen ist als Mitveranstalter eine der Säulen dieser bundesweiten Veranstaltung.

An dieser Stelle danke ich meinem Kollegen Prof. Dr. Klaus-Dieter Dresler für sein besonderes Engagement in der Organisation der Fachtagung sowie der Jenaer Akademie für lebenslanges Lernen, JenALL e.V. Insbesondere danke ich auch der Thüringer Landesregierung und dem Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit für die langjährige und kontinuierliche Unterstützung. Weiterhin geht mein Dank an die Mitveranstalter: an die gemeinnützige Stiftung AKTION WANDLUNGSWELTEN, den Fachausschuss Familienpflege der Deutschen Gesell-

schaft für Soziale Psychiatrie, den Verein ProFil Betreutes Leben in Gastfamilien, Königs Wusterhausen, die Thüringer Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und den Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker.

Meine Damen und Herren, gestern haben Sie einen Blick auf die reiche Historie der Stadt Jena werfen können. Es ist keine Überraschung, dass dabei ein reicher Bezug auf Ihr Fachthema, die Psychiatrische Familienpflege, zutage trat. Frequentierten doch zahlreiche Geistesgrößen die ehrwürdige Universitätsstadt Jena. Nicht immer verlief deren Leben in Glück und Gesundheit – das blieb wohl eher die Ausnahme. Der Grat zwischen Genie und Wahnsinn ist schmal, die Gefährdung umso größer, doch darum geht es heute nicht vorrangig.

Im Vordergrund der kommenden beiden Tage steht die Betreuung und Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen in Gastfamilien.

Erlauben Sie mir dafür einen Blick auf die aktuelle Situation:

Seit 2005 ist die Psychiatrische Familienpflege in Thüringen ein Regelangebot der Eingliederungshilfe für psychisch Erkrankte.

Heute und morgen werden Sie als Fachleute diskutieren, wie die Familienpflege für unterschiedliche Menschen mit Behinderung – zwischen betreuenden Fachleuten und passenden Gastfamilien organisiert werden kann. Das ist nicht möglich ohne einen Blick auf die aktuellen sozialpolitische Entwicklungen und ihre Auswirkungen.

Erlauben Sie mir jedoch ein aktuelles Beispiel aus meinem Alltag als Prorektor für Studium und Lehre der Fachhochschule Jena:



Erneut können wir einen enormen Bewerberzuwachs verzeichnen – in diesem WS erwarten wir eine Gesamtstudierendenzahl von über 4.700 Studierenden. Auch der Fachbereich SW verzeichnet kontinuierlich hohe Bewerberzahlen ihrer NC-Studiengänge, weit höher, als wir Plätze zur Verfügung haben. Diese Nachfrage macht mich ebenso stolz, wie die zahlreichen guten Ergebnisse unserer Studierenden des Fachbereichs SW in Lehre und Forschung.

Alle diese erfolgreichen Projekte sind Ausdruck der engen Beziehungen des Fachbereichs SW der FH Jena zur Praxis des Sozial- und Gesundheitssystems. Nehmen wir beispielsweise das Thüringer Modellprojekt „Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ – es betrifft das Sozial- und Gesundheitssystem unmittelbar:

Das Modellprojekt des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familien und Gesundheit hatte seinen Ursprung in einer Diplomarbeit einer Studentin des Fachbereiches Sozialwesen. Die Diplomandin absolvierte ihr Berufspraktikum in Frankreich, lernte dort das französische Modell der Familienpflege kennen und entwickelte daraus das Thema ihrer Diplomarbeit. Diese Diplomarbeit wurde Grundlage eines Transferprojektes angewandter Wissenschaft und durch das Familienpflegeteam der AKTION WÄNDLUNGSWELTEN JENA realisiert.

Die Implementation des Thüringer Modellprojektes wird seit 2 Jahren im Rahmen eines Lehr- und Forschungsseminars im Team-Teaching von dem Arzt Klaus-Dieter Dresler und dem Soziologen Ulrich Lakemann, beide Professoren der Fachhochschule Jena evaluiert. Im Team-Teaching-Seminar

gehen die Studierenden in die Gastfamilien. Sie erleben die Psychiatrische Familienpflege direkt in der Praxis und untersuchen mit sozialwissenschaftlichen Methoden den Implementationsprozess. So entstehen Diplomarbeiten, die wiederum Voraussetzungen schaffen für neue Impulse in Praxis und Weiterbildung.

Meine Damen und Herren, genau dies ist das Anliegen der Fachhochschule Jena: Lehre, Forschung und Weiterbildung stets in unmittelbarem Praxisbezug zu realisieren.

„Die Theorie erklärt, die Praxis bewegt“ – so Thomas Alva Edison. Dies gilt nicht nur für Dampfmaschinen, Glühbirnen und Phonographen oder, vielleicht aktueller, BMWs, den Transrapid und Wireless LAN .

Auch im Umgang mit dem Menschen bewegen wir alle nur etwas in der unmittelbaren Praxis, im persönlichen Bezug. Dies gilt umso mehr im Umgang und bei der sozialen Integration erkrankter und beeinträchtigter Menschen. Die Frage, ob Gastfamilien psychiatrische Professionalität ersetzen können, müssen Sie als Fachleute klä-

ren. Doch sicherlich geht es auch hierbei um ein gemeinsames Arbeiten. Dafür sind die Veranstaltungen der Bundestagung heute und morgen ein wichtiges und professionelles Forum.

Meine Damen und Herren, ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und wünsche Ihnen in den kommenden zwei Tagen gute Diskussionen, wichtige Impulse und Erfahrungen, die Sie im Alltag der Psychiatrischen Familienpflege nutzbringend verwirklichen können.



Einführung

Prof. Dr. Klaus-Dieter Dresler, FH Jena, Fachbereich Sozialwesen
& Vorsitzender der gemeinnützigen Stiftung
AKTION WANDLUNGSWELTEN JENA



Meine sehr verehrten Damen
und Herren,
sehr geehrter Herr Minister,
verehrte Ehrengäste,

in meiner Rolle als Lehrender an
der Fachhochschule Jena & als Vorsit-
zender der gemeinnützigen Stiftung
AKTION WANDLUNGSWELTEN JENA
möchte ich Sie recht herzlich im Namen
aller Veranstalter heute hier an der FH
begrüßen.

Meine Damen und Herren, wenn
Sie heute Morgen aufgrund der Enge
und Härte Ihrer Sitzgelegenheit den
Eindruck haben, noch mal die Schul-
bank zu drücken, dann liegen Sie gar
nicht so falsch.

Eine Zielperspektive der 20. Bun-
destagung ist es ja, durch Weitergabe
von anwendungsbezogenem Wissen -
von erfahrenen Pflorgeteams an inter-
essierte Fachkräfte - die Weiterverbrei-
tung der Familienpflege zu befördern.

Ich darf mich daher jetzt schon bei
allen aus Nah und Fern angereisten
Pflorgeteams bedanken, die in den heu-
te stattfinden Werkstätten oder im per-
sönlichen Gespräch ihre Erfahrungen
weitergeben.

Besonders begrüße ich auch die
an der Implementierung der Familien-
pflege interessierten, zahlreichen neu-
en Kolleginnen und Kollegen. Wir sind
guter Hoffnung, dass Sie mit den nach



Jena gekommenen erfahrenen Famili-
enpflorgeteams in einen freundlichen
Kontakt und regen Gedankenaustausch
kommen werden.

Meine Damen und Herren,

bevor wir tiefer in das Tagungsge-
schehen einsteigen, möchte ich noch
einen Moment inne halten und versu-
chen die Frage zu beantworten:

Warum die 20. Bundestagung
ausgerechnet mitten im grünen Herzen
Deutschlands, hier in Jena stattfindet?

Geschichte wird auch von Men-
schen gemacht und diese sollen heute
auch einmal benannt werden, auch auf
die Gefahr hin, Zusammenhänge, die
Herr Prof. Schmager schon aufgezeigt
hat, zu wiederholen.

In unserer schnelllebigen Zeit ge-
rät schnell in Vergessenheit, warum
was ist und wie die Dinge sich entwi-
ckelt haben.

Nach dem bei der letztjährigen,
denkwürdigen Bundestagung in Ra-
vensburg - Jahrzehnte nach Beginn der
Psychiatriereform in Deutschland - die
versammelte sozialpsychiatrische Pro-
minenz in das Thema Familienpflege
eingeführt und um Standortbestimmung
gebeten wurde, kann ich ja heute auch
öffentlich eingestehen, dass ich 1999
als Frau Tischendorf ihre Diplomarbeit
zum Thema Familienpflege bei mir

schreiben wollte, auch nicht wusste, was es damit auf sich hatte.

So begann 1999 am hiesigen Fachbereich Sozialwesen die Geschichte der Wiedereinführung der psychiatrischen Familienpflege in Thüringen nach der politischen Wende in Deutschland mit der Diplomarbeit von Frau A. Tischendorf.

Ausgehend von der als Manual angelegten Diplomarbeit entwickelte dann Frau J. Neukirchner das Thüringer Familienpflegeprojekt als Differenzierung des bestehenden Wohnverbundsystems der Aktion Wandlungswelten (AWW) Jena e. V..

Nach langem Ringen und mit tatkräftiger Unterstützung des Fachausschusses Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) - stellvertretend und an erster Stelle ist hier Herr R. Eisenhut zu nennen - konnte so die „Psychiatrische Familienpflege - das Betreute Wohnen in Familien“ als Modellprojekt des Thüringer Ministeriums für Soziales, Familie und Gesundheit (TMSFG) gestartet werden.

Seit Januar 2003 wird das Projekt durch das wachsende Familienpflegeteam der Aktion Wandlungswelten schrittweise realisiert. Den Kopf des Jenaer Projektes bildet Frau J. Neukirchner, das Herz Frau M. Hartung, jugendlich gelassen dabei ist Frau W. Schorsch, kürzlich hinzugekommen sind Frau H. Albrecht, Frau H. Jordan und Frau M. Neupert.

Seit Juli 2005 ist die Psychiatrische Familienpflege - das Betreute Wohnen in Familien in Thüringen ein Regelangebot der Eingliederungshilfe für psychisch erkrankte Bürger.

Die Förderung des Modellprojektes durch das TMSFG und die konsequente Einführung des Betreuten Woh-



nens in Familien als Regelleistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft sind wichtige Schritte zur Ausgestaltung der psychiatrischen Versorgungslandschaft im Freistaat Thüringen.

Besondere Anerkennung dafür gebührt Frau Dr. S. Bever in ihrer Rolle als Referatsleiterin im TMSFG.

Meine Damen und Herren, Sie sehen, auch Professoren sind willig und fähig, in Sachen Familienpflege zu lernen.

Und wenn ich - zum Schluss kommend - feststellen kann, dass das Jenaer Projekt im Zeitraum von 2003 bis heute 30 bestehende Pflegeverhältnisse begründet hat und heute 6 Mitarbeiter beschäftigt, ist dieses Ausdruck der Aufbruchstimmung und ein Zeichen von Vertrauen und Verantwortungsbereitschaft in Jena und Thüringen, notwendige Veränderungen des Wohlfahrts- und Sozialsystems zu gestalten und Grund genug, Sie hier und heute zur 20. Bundestagung in Jena zu begrüßen.

Ich möchte jetzt Frau A. Tischendorf, Frau M. Hartung, stellvertretend

für das Jenaer Familienpflegeteam, Herrn R. Eisenhut, stellvertretend für den Fachausschuss Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), und Frau Dr. Bever bitten, zu mir nach vorne zu kommen, um Ihnen Dank auszusprechen für Ihre engagierte Rolle bei der Wiedereinführung der Psychiatrischen Familienpflege - des Betreuten Wohnens in Familien im Freistaat Thüringen.

Den Schirmherren der Bundestagung, Herrn Minister Dr. Zeh, bitte ich, die Ehrung vorzunehmen.

Grußworte und Ehrungen des Schirmherren

Gesundheitsminister Dr. Klaus Zeh, Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit; Schirmherr der Tagung



Sehr geehrter
Herr Prof. Schmager,
sehr geehrter Herr Prof. Dresler,
verehrte Gäste,
meine sehr geehrten Damen
und Herren!

Im Namen der Thüringer Landesregierung begrüße ich Sie ganz herzlich hier in Jena! Es freut mich, dass Sie Ihre 20., „runde“ Bundestagung gerade bei uns abhalten. Dass das eine gute Entscheidung war, haben Sie sicher schon gestern im Rahmen der

Stadtführungen gemerkt.

Jena hat aber nicht nur Vergangenheit zu bieten, sondern ist auch eminent zukunftsreich. Als Wirtschafts- und Wissenschaftsstandort ist die Stadt ein „Leuchtturm“ in den jungen Ländern.

„Leuchtturm“-Charakter hat auch Ihre Bundestagung. Dient sie doch der Orientierung auf dem vielfältigen Gebiet der Familienpflege. Ich habe deshalb sehr gerne die Schirmherrschaft über diese Veranstaltung übernommen.

Entwicklung der Familienpflege

Meine Damen und Herren, die psychiatrische Familienpflege hat in Deutschland und Skandinavien eine mehrhundertjährige Tradition. In Deutschland endete diese Tradition mit dem Machtantritt der Nationalsozialisten. Psychisch Kranke und geistige Behinderte waren nun unmittelbar be-

droht. Die psychiatrische Familienpflege verschwand.

Nach 1945 wurde sie nur noch ganz vereinzelt praktiziert. Erst in den letzten 20 Jahren kam es zu einer Renaissance dieser Betreuungsform. In den jungen Ländern wurde sie vor 5-6 Jahren wieder entdeckt.

Vorteile der Familienpflege

Das ist sehr erfreulich. Denn die Familienpflege ist eine besonders individuelle Form der ambulanten Betreuung.

Der überschaubare Rahmen einer Familie kann psychisch erkrankten Menschen neue Entwicklungsmöglichkeiten erschließen. Die persönliche Atmosphäre bringt ein Mehr an Lebensqualität. Soziale Kontakte im Kreis der aufnehmenden Familie lindern die Folgen der Krankheit und stärken die Persönlichkeit.

Die Familienpflege dient dem Ziel der sozialen Wiedereingliederung besser als die übliche stationäre Unterbringung.

Darüber hinaus entspricht sie dem Grundsatz „Ambulant vor stationär“, der auch aus Kostengründen in vielen Bereichen stärker beachtet werden muss.

Familienpflege in Thüringen

Ich sehe in der psychiatrischen Familienpflege eine positive Form der Eingliederungshilfe. Ihre Einführung und dauerhafte Etablierung in unserem Freistaat ist in meinen Augen sehr wünschenswert.

Wir bleiben auch nicht beim Wünschen stehen, sondern werden aktiv. Im Jahr 2003 haben wir in Thüringen die psychiatrische Familienpflege ins Leben gerufen.



Das entsprechende Modellprojekt wurde ursprünglich getragen von der „Aktion Wandlungswelten“ in Jena, der Vereinigung „Horizonte“ in Hildburghausen, dem überörtlichen Sozialhilfeträger und dem Thüringer Sozialministerium. Jetzt gehört die Familienpflege in Jena schon zur Regelversorgung.

Erwähnenswert ist auch das Modellprojekt „Alternatives Wohnen“ des „Trägerwerks Soziale Dienste“ in Erfurt. Der Träger löst seine traditionelle stationäre Wohnheim Einrichtung auf und bietet alternative Wohnformen an.

Behandlung psychischer Erkrankungen

Ich danke an dieser Stelle allen Beteiligten ganz herzlich für Ihr großes Engagement zugunsten psychisch kranker Menschen!

Psychische Erkrankungen sind oft schwer zu erkennen und schwer zu behandeln. Sie drücken sich in menschlichen Lebensdimensionen aus, die kaum messbar und hochgradig subjektiv sind. Es geht um Gefühle, Beziehungen, Bewusstsein.

Gerade deshalb müssen psychische Erkrankungen sehr ernst genommen werden. Eine optimale Behandlung und Betreuung kann nicht nur den Betroffenen, sondern auch den Angehörigen und Freunden viel Leid ersparen.

Die Fürsorge für kranke Menschen ist eine Hauptaufgabe unseres Sozialstaates. Die Landesregierung ist sich dieser Verantwortung bewusst. Die Optimierung der Betreuungsformen gehört in diesen Zusammenhang.



Neue Impulse

Ihre 20. Bundestagung leistet hierzu einen wichtigen Beitrag. Nochmals vielen Dank, dass Sie nach Jena gekommen sind. Ich bin mir sicher, dass von dieser Veranstaltung neue Impulse für die psychiatrische Versorgung in ganz Deutschland und damit auch in unserem Freistaat ausgehen.

Ich wünsche Ihnen eine ebenso angenehme wie produktive Tagung. Vielleicht finden Sie ja trotz des vollen Programms über die gestrigen Stadtführungen hinaus Gelegenheit, sich in Thüringen umzuschauen. Für Ihre künftige Arbeit wünsche ich Ihnen viel Erfolg und alles Gute!



Sozialpolitische Entwicklungen und mögliche Auswirkungen auf die Familienpflege

Joachim Hagelskamp, Referatsleiter Behindertenhilfe, chronische Erkrankungen, Psychiatrie; Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e. V., Berlin

Sehr geehrte Damen und Herren,

als ich im Frühjahr diesen Jahres von Prof. Dresler angesprochen wurde, ob ich diesen Eröffnungsvortrag übernehmen würde, geschah dies vor dem Hintergrund einiger Veranstaltungen und Publikationen, die ich Ende 2004 zum Thema „SGB IX, SGB XII, Auswirkungen von Hartz IV auf die Arbeit der Behindertenhilfe/Psychiatrie“ gehalten habe; einem Zeitpunkt, als die Diskussionen um die finanzielle Entwicklung in der Eingliederungshilfe öffentlicher wurden.

Als ich mich dann auf diesen Vortrag vorbereitete, war die Ausgangslage ein wenig schwieriger. Sie haben mit nahezu traumwandlerischer Sicherheit einen Termin, direkt nach den Wahlen gefunden. Was es für mich deutlich schwieriger macht, Ihnen heute bereits eine klare sozialpolitische Linie zu liefern.

Entwicklung der Eingliederungshilfe

Eines ist jedoch klar, die Ausgaben und die Zahl der Leistungsberechtigten nehmen stetig zu. Nach den aktuellsten Angaben des statistischen Bundesamtes haben die Sozialhilfeträger in Deutschland im Jahre 2003 Nettoaussgaben von 9,6 Mrd. Euro allein auf die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen zu verzeichnen. Dies entspricht rd. 43 % der Nettogesamtausgaben. Demgegenüber betragen die Ausgaben für die Hilfe zum Lebensunterhalt ca. 39 %. Die Hilfe für

behinderte Menschen ist damit die höchste Ausgabenposition der Sozialhilfeträger. Sie stand bislang jedoch viel weniger im Fokus. Durch die Einführung des Sozialgesetzbuches II und die Herausnahme vieler Bezieher von Leistungen zum Lebensunterhalt wird die Ausgabenposition einen prozentual noch größeren Umfang bei den Ausgaben einnehmen. Deshalb müssen wir davon ausgehen, dass sich mit der Vorlage neuerer Statistiken im Jahr 2006 die Diskussion über die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen weiter verschärfen und öffentlicher geführt wird.

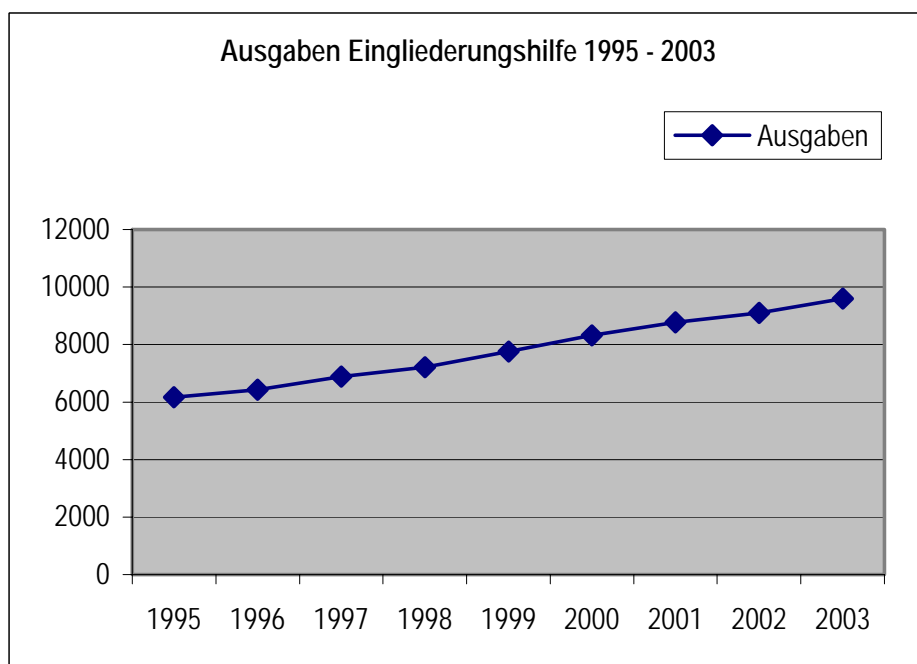
Die Zahl der Leistungsbezieher von Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen lag 2003 bei rd. 593.000 Personen.¹ Sie stieg damit gegenüber dem Vorjahr um rd. 15.000 Personen bzw. rd. 3%.

Zusammenfassend ist feststellbar,

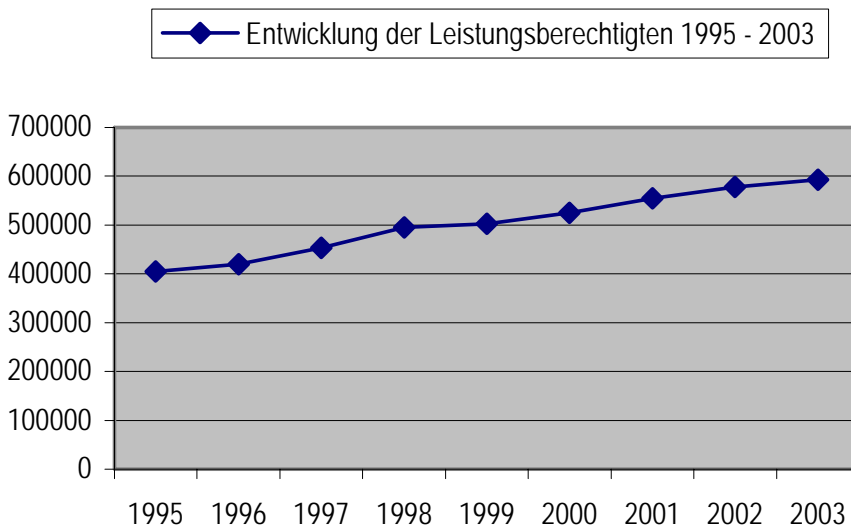


dass sich die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in einem Prozess wachsender Dynamik befindet. So sind die Ausgaben zwischen 1995 und 2003 um fast 49 % gestiegen. Gleichzeitig stieg die Zahl der Leistungsberechtigten um 37%.

Einer Prognose bis zum Jahr 2007 der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe kommt zu dem Ergebnis, dass sich die Zahl der volljährigen behinderten Menschen in stationären Einrichtungen bis zum Jahr 2007 um 17% auf 190.000 Personen erhöhen wird und sich außerdem die Zahl behinderter Menschen im ambulanten Betreuten Wohnen zusätzlich um 35% auf dann 54.000 Personen erhöht.² Auch soll sich die Zahl der Werkstattbeschäftigten von rd.



Entwicklung der Leistungsberechtigten 1995 - 2003



215.000 Personen im Jahr 2002 um 15% auf 248.000 Personen im Jahr 2007 erhöhen, rechnen uns die Träger der Sozialhilfe vor.³

Neben dieser Dynamik möchte ich auf eine zweite Entwicklung hinweisen. Innerhalb der nächsten Jahre wird die Gruppe behinderter Menschen, die alterungsbedingt auf geänderte, neue Hilfen angewiesen sind, ansteigen.

Von den ca. 162.000 Bewohnern in Heimen der Behindertenhilfe sind ca. 15 - 20 % über 65 Jahre (25.000-33.000 Personen). Von ihnen sollen nach Schätzungen der Sozialhilfeträger

ca. 10 % der Alten in Behindertenheimen pflegebedürftig sein (2.500 und 3.300 Personen). Bis zum Jahr 2010 wird die Behindertenhilfe allerdings schnell weiter „ergrauen“, da bereits jeder dritte Bewohner und bald die Hälfte aller Bewohnerinnen über 65 Jahre alt sein werden.⁴ Dies untermauert auch die Studie der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, wonach die Zahl der über 65jährigen behinderten Menschen in Einrichtungen der Eingliederungshilfe von 5.487 Personen in 1998 um 52,4 % auf 8.362 Personen in 2002 bereits anstieg.⁵ Ihre Zahl wird in den nächsten 10 Jahren ganz erheblich weiter steigen und sich empirisch entsprechend der übrigen Bevölkerung entwickeln.

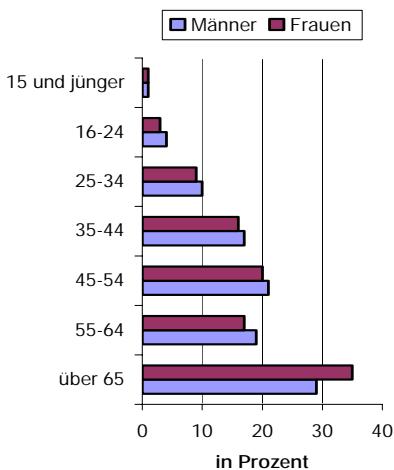
Ihren Niederschlag findet diese Entwicklung in der neueren Sozialgesetzgebung im Rahmen der Agenda 2010, die im Wesentlichen durch alle großen Parteien im Bundestag mitgetragen wurde. Neben den spürbaren Leistungseinschnitten im Gesundheitswesen, die besonders Personen mit niedrigem Einkommen durch Zuzahlungen, Praxisgebühr und Leistungs-

einschränkungen treffen, ist auch der Zugang zur Teilhabe am Arbeitsleben auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt betroffen.

Im August 2005 waren bundesweit 191.766 schwerbehinderte Menschen arbeitslos gemeldet. Hiervon bezogen 87.128 Personen Arbeitslosengeld und demgegenüber 104.684 Personen Grundsicherung für Arbeitssuchende (ALG II). Dies bedeutet, dass mehr als die Hälfte (55%) aller arbeitslos gemeldeten schwerbehinderten Menschen über ein Jahr lang arbeitslos sind und damit nach der Definition der Bundesagentur für Arbeit langzeitarbeitslos sind.⁶ Zum Vergleich dazu bezogen im August 2005 von den 4.728.000 Arbeitslosen 41% oder 1.955.000 Personen Leistungen nach dem SGB III und 2.773.000 Personen oder 59% Leistungen nach dem SGB II.⁷ Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Arbeitslosigkeit schwerbehinderter Menschen bei rd. 20 % aktuell liegen dürfte und damit deutlich über der allgemeinen Quote liegt. Gleichwohl können wir festhalten, dass nach der Definition der Bundesagentur deutlich mehr als die Hälfte aller arbeitslos gemeldeten Personen langzeitarbeitslos sind und ihnen damit regelmäßig Vermittlungshemmnisse bei der Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zumindest unterstellt werden.

Weitere Hinweise liegen vor, dass insbesondere im Aufgabenbereich der Bundesagentur für Arbeit der Bereich der Rehabilitation immer stärker zurückgedrängt wird. So waren bereits zum 31. Mai 90 % der für das Jahr 2005 veranschlagten Haushaltsmittel der Bundesagentur für Maßnahmen zur beruflichen Rehabilitation gebunden. In einigen Regionaldirektionen waren bereits 83 bis 95 % der zur Verfügung

HeimbewohnerInnen 2010



stehenden Haushaltsmittel für das laufende Kalenderjahr ausgegeben. Besonders stark gestiegen sind die Ausgaben im Bereich der Werkstätten für Menschen mit Behinderungen. Die BAG der Werkstätten kommt in ihrer Mitgliederstatistik 2004 zu dem Ergebnis, dass 15,5% der Plätze in WfbMs inzwischen auf psychisch behinderte Menschen ausgerichtet sind. Das sind 36.175 Plätze. Im Jahr 2002 waren es noch rd. 31.500 Plätze bzw. rd. 14% und im Jahr 2000 12 % der Plätze. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass in dieser Zeit die BAG WfbM auch einige Werkstattträger aufnahm, die bereits länger existierten und vorrangig Werkstattplätze für psychisch kranke Menschen vorhielten.

Ein weiterer Aspekt, den es zu berücksichtigen gilt, ist die allgemeine Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland. Die DAK weist in ihrem Gesundheitsreport 2005 auf den weiter deutlich steigenden Anteil psychischer Krankheiten, insbesondere Depressionen und Angststörungen hin. Inzwischen sind psychische Erkrankungen die viertgrößte Krankheitsart, die zu Krankschreibungen in Betrieben führt.⁸

Ursachen

Die Ursachen für die kontinuierliche Zunahme der Leistungsberechtigten und damit auch der Aufwendungen sind mehrschichtig. Ich möchte einige Ursachen benennen.

1. Aufgrund der menschenverachtenden Praxis im Dritten Reich durch die systematische Ermordung behinderter und psychisch kranker Menschen erleben wir in Deutschland erst jetzt eine deutliche Zunahme dieses Personenkreises im Alter von über 60 Jahren.

2. Der Anteil behinderter Menschen im fortgeschrittenen Alter, die Eingliederungshilfe in Einrichtungen in Anspruch nehmen, steigt stetig nicht zuletzt auch, weil ihre inzwischen betagten und hochbetagten Eltern nicht mehr in der Lage sind, ihre behinderten Kinder weiterhin zu Hause adäquat zu versorgen und zu betreuen.

3. Die kontinuierliche Förderung mit Beginn der frühesten Kindheit, bessere medizinische Versorgung und bessere allgemeine Lebensbedingungen führen dazu, dass behinderte Menschen älter werden und damit länger Eingliederungshilfe in Anspruch nehmen.

4. Aufgrund des früheren Verlassens des Elternhauses steigt der Bedarf an spezifischen ambulanten und stationären Betreuungsangeboten, mit dem weit mehr jüngere behinderte Menschen als früher ihr Recht auf ein eigenständiges und selbstbestimmtes Leben wahrnehmen, stetig an, ohne dass dem eine nennenswerte Abnahme von Bewohnern stationärer Wohneinrichtungen gegenüberstehen.

5. Durch die allgemeine Lage am Arbeitsmarkt geraten Personen mit Leistungseinschränkungen stärker unter Druck und werden an den Rand des allgemeinen Arbeitsmarktes und in alternative Tätigkeitsfelder gedrängt. Eine Entwicklung, die es bereits mehrfach in der Nachkriegsgeschichte Deutschlands gab.

6. Die Anforderungen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt sind gestiegen. Berufliche und zugleich auch örtliche Flexibilität gehören heute zu den Grundvoraussetzungen, um als Arbeitnehmer konkurrenzfähig zu bleiben. Gemeinsam mit den gestiegenen beruflichen Qualifikationsanforderungen steigt die Zahl der Menschen in unserer

Gesellschaft, die diesem Druck nicht weiter gewachsen sind und deshalb psychisch erkranken.

Diesen Ursachen muss man jedoch auch entgegenstellen, dass sich zwar die Fallzahlen erhöht haben, was zwangsläufig zu einer Erhöhung der Aufwendungen geführt hat, aber keinesfalls in diesem Zeitraum die Personalbemessung durch die Verbesserung von Personalschlüsseln zu einer Erhöhung der Aufwendungen geführt hat! Hier ist eher ein leichter Rückgang erkennbar.

Sozialpolitische Entwicklungen

Angesichts der demographischen und finanziellen Rahmendaten und ihrer Entwicklung wird erkennbar, dass sich in den nächsten Jahren neue Grundsätze in der Sozialpolitik herausbilden werden. Ein Beispiel dafür ist der gesetzgeberische Vorstoß des Bundesrates vom November 2004, den Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe und auch anderer Sozialleistungen künftig „von der Finanzkraft der Haushalte des Sozialleistungsträger“ abhängig zu machen. Dieser Vorschlag auf Leistungsgewährung nach Kassenlage wurde und wird allerdings von allen großen Parteien im Bundestag auch auf unseren massiven Widerstand hin abgelehnt.⁹ Gleichwohl werden wir weiterhin darauf achten müssen, dass es nach der Bundestagswahl bei einem Spar- oder Haushaltskonsolidierungsgesetz nicht dazu kommt, das auch in die Leistungen für behinderte Menschen eingriffen wird und das Kommunale Entlastungsgesetz nicht in neuem Gewand oder in Bruchstücken in das Gesetzgebungsverfahren wieder auftaucht.

Grundsätzlich ist feststellbar, dass derzeit zwei Grundausrichtungen zur Verringerung der Aufwendungen konkurrieren.

Die erste Seite schlägt die Verringerung des Kostenanstiegs durch Veränderung der derzeitigen Versorgungsstrukturen in der Eingliederungshilfe vor. Empfohlen werden hierfür entsprechende Maßnahmen insbesondere von der Seite der überörtlichen Träger der Sozialhilfe.

Entsprechende Maßnahmen hierfür sollen sein,

- der Ausbau des ambulant betreuten Wohnens einschließlich der Familienpflege,
- Differenzierung der Wohnformen,
- Aufgabe der strikten Dreiteilung von „ambulant/teilstationär/stationär“ und
- einheitliche und zusammenhängende Unterstützung behinderter Menschen durch Leistungen aus einer (überörtlich gesteuerten) Hand.

Unter diesen letzten Aspekt fallen dann auch aktuelle Entwicklungen im Zusammenhang mit dem Persönlichen Budget besonders ins Auge. Bei dessen Einführung und aktuellen Erprobung fällt auf, dass es regional dazu genutzt wird, Aufwendungen für Sach-

leistungen insbesondere im Bereich der Eingliederungshilfe durch direkte Geldleistungen an Leistungsberechtigte zu senken. So wissen wir aus den Praxisbeispielen in Hamburg oder auch in Osnabrück, dass im Rahmen des ambulant betreuten Wohnens für psychisch kranke Menschen der durchschnittliche Sachleistungsstundensatz aller regionaler Leistungserbringer bei der Festlegung des individuellen Persönlichen Budgets zu Grunde gelegt wird. Praktisch bleibt dem Menschen mit dem Budget dann nichts anderes übrig, einen Leistungserbringer zu wählen, der mit seinem Preis für die Fachleistungsstunde unter dem durchschnittlichen Sachleistungspreis liegt.

Dass auch hier die psychiatrische Familienpflege eine Rolle spielt, zeigt das fünfjährige Modell aus Baden-Württemberg von der Robert-Bosch-Stiftung; ZfP Weissenau und der Arkade e. V. in Ravensburg. Hier zogen 11 gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen bei Gastfamilien ein, die dafür eine Vergütung zwischen 900 und 1.100 Euro vom Sozialhilfeträger erhielten. Hinzu kamen dann noch die Geldleistungen der Pflegeversicherung, die bekanntlich zwischen 200 und 665 Euro

liegen. Zum Ende des Projekts waren alle zufrieden und hoben auf den erheblichen Einspareffekt ab. Alternativ zum stationären Aufenthalt im Heim konnten über 85.000 Euro für die Gesamtheit der Bewohner eingespart werden. Zusätzlich sparten die Pflegekassen durch die Gewährung der Geldleistung anstatt der Sachleistung noch einmal fast 158.000 Euro.¹⁰

Die zweite Seite arbeitet an Vorschlägen, die sich nicht weiter im etablierten System bewegen. Hier geht es um eine neue Leistung, mit deren Einführung die Aufhebung bisheriger Leistungen insbesondere im Rahmen der Eingliederungshilfe einher gehen. Sie firmieren unter Überschriften wie Leistungsgesetz für behinderte Menschen, Nachteilsausgleichsgesetz, Behindertengeld oder Bundesteilhabegeld. All diese Vorschläge sind bislang nicht ausgereift und entwickelt. Sie streben mehr oder weniger die Herauslösung der Eingliederungshilfe aus dem Sozialhilferecht des SGB XII an. Offen ist bei diesen Ideen,

1. ob die Leistung im SGB IX oder in einem eigenständigen Gesetz geregelt wird,
2. wer die Rolle des Leistungsträgers übernimmt,
3. ob und inwieweit sich der Bund an der Finanzierung beteiligt und
4. ob und inwieweit die Leistungen bedürftigkeits-unabhängig gewährt wird.

Ein Zwischenschritt in diese Richtung ist die Empfehlung des Deutschen Vereins zur Einführung eines bundesfinanzierten Teilhabegeldes (Bundesteilhabegeld) vom Dezember 2004.¹¹ Dieser Vorschlag sieht vor, dass von Geburt an behinderte Menschen oder Personen, deren Behinderung vor dem 27. Lebensjahr eingetreten ist und die ei-





nen Grad der Behinderung (GdB) von 80 oder höher haben, nach Vollendung ihres 27. Lebensjahres eine aus dem Bundeshaushalt steuerfinanzierte monatliche Geldleistung erhalten sollen. Dieses Bundesteilhabegeld soll 553 Euro pro Monat betragen und „zur eigenständigen Verwendung für Teilhabebedarfe der Eingliederungshilfe nach SGB XII i. V. mit SGB IX zur Verfügung stehen“, d. h. behinderten Menschen soll das Recht eingeräumt werden, selbst zu entscheiden, für welchen Eingliederungsbedarf sie diesen Geldbetrag ausgeben.

Grundpositionen

Unabhängig davon, für welche Richtung man sich dabei entscheidet, muss sichergestellt bleiben, dass Personen mit erheblichem Hilfebedarf die notwendige Hilfe und Unterstützung zur Deckung ihres individuellen Bedarfes und unter Beachtung ihres Wunsch- und Wahlrechts erhalten. Das geltende Recht stellt sicher, dass die Leistungen der Eingliederungshilfe entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls für

die Deckung des Bedarfs vom Sozialhilfeträger erbracht werden müssen (§§ 9 und 13 SGB XII). Dieser Rechtsanspruch ist vom Leistungsberechtigten nach geltendem Recht einklagbar, wenn ihm z. B. die gewünschte ambulante Hilfe versagt wird. Bei der Weiterentwicklung der Systeme oder aber auch bei der Entwicklung eines neuen Systems ist deshalb strikt darauf zu achten, dass die Orientierung am Anspruch auf Sachleistung zur Deckung des individuellen Bedarfs nicht aufgegeben oder auch aus dem Auge verloren wird. Eine strikte Orientierung an Geldleistungen führt zwangsläufig dazu, dass die Lage des Einzelfalls sich unterordnet. Deshalb sind die Wahlmöglichkeit zwischen der Sachleistung oder Geldleistung – wie beim Persönlichen Budget – für Leistungsberechtigte eine wichtige Grundvoraussetzung.

Chancen und Möglichkeiten

Dies darf aber auch nicht dazu verleiten, dass man keine Möglichkeiten schafft, die helfen, die Kosten im Griff zu halten. Ohne entsprechende

Maßnahmen fährt das System der Eingliederungshilfe gegen die Wand. Wir sind deshalb gefordert, uns aktiv mit Konzepten und Vorschlägen einzubringen. Sicherlich ist es sinnvoll, dass sich auch der Bund an den Kosten der Finanzierung künftig stärker beteiligen muss. Allein die Tatsache, dass die Zahl alter Menschen mit Behinderung und psychischen Erkrankungen aufgrund der deutschen Geschichte steigen wird, macht seine Beteiligung notwendig.

Persönliche Budgets können dazu beitragen. Der PARITÄTISCHE hat deshalb auch ein dreijähriges Projekt angelegt, um die Einführung von Persönlichen Budgets zu begleiten und damit seine Mitglieder bei der Umsetzung zu unterstützen. Wenn man feststellt, dass sich zwischen 1998 und 2003 das Verhältnis von 24% ambulant betreuter Personen zu 76% stationäre versorgter Personen auf 26% zu 74% verändert hat, so ist hier sicherlich noch viel mehr Potential im Rahmen ambulanter Versorgung möglich. Als Beispiel möchte ich dazu die Stadt Stralsund erwähnen. Hier konnte die Zahl der auf eine Aufnahme in eine stationäre Einrichtung wartender psychisch kranker Menschen ganz schnell reduziert werden, in dem ihnen ein Persönliches Budget im Rahmen einer ambulanten Versorgung angeboten wurde.

Die Erprobung regionaler trägerübergreifender Budgets für die Versorgung psychisch kranker Menschen wie z. B. in Frankfurt ist ein weiteres Modell in der Erprobung, um Kosten zu sparen. Dabei darf aber nicht in der Erprobung aus den Augen verloren werden, dass damit gleichzeitig bei mangelnder Umsetzung das Wunsch- und Wahlrecht psychisch kranker Menschen ausgehebelt werden kann. Hinzu

kommt, dass man den individuellen Bedarfsdeckungsanspruch der einzelnen berücksichtigt. Dieser gerät u. U. bereits dadurch in Gefahr, wenn im Rahmen der regionalen Budgetierung der Gesamtaufwendungen besonders umfangreiche individuellen Hilfen versagt werden müssen.

Auch lassen sich sicherlich, Verwaltungskosten im Bereich der Träger der Sozialhilfe und auch der gesetzlichen Krankenversicherung reduzieren. Die darlehensweise Übernahme der notwendigen Zahlungen bis zur Belastungsgrenze durch den Träger der Sozialhilfe stellt ein unnötiges Problem dar. Die über das ganze Kalenderjahr gestreckte Rückzahlung ist häufig wegen zu geringer finanzieller Ressourcen nicht möglich und die Heranziehungs- und Nachweispraxis stellt einen nicht zu rechtfertigenden Aufwand an Bürokratie dar. Wenn medizinisch notwendige Gesundheitsleistungen für chronisch kranke und behinderte Sozialhilfeempfänger und -empfängerinnen und für chronisch kranke und behinderte Bezieher und Bezieherinnen einer Grundsicherung wieder von den Krankenkassen voll finanziert werden, würde das verwaltungsaufwendige Verfahren entfallen.

Dienste und Einrichtungen haben in den zurückliegenden Jahren durch Veränderung bei der Personalvergütung Einsparungen erreicht. Wenn Länder wie z. B. Baden-Württemberg die Absenkung der Fachkraftquote von 50% auf 30% im Heimbereich fordern, zeigt dies nicht nur mehr als deutlich, dass die Träger der Sozialhilfe und die sie tragenden Kommunen, Städte und Gemeinde finanziell bundesweit bis auf einige Ausnahmen mit dem „Rücken an der Wand stehen“. Die Erfahrungen



mit dem Persönlichen Budget in Rheinland-Pfalz zeigen, dass sich Inhaber eines Persönlichen Budgets ihre Hilfen und Unterstützungsleistungen einkaufen, die ihnen in ihrer individuellen Situation am ehesten geeignet scheinen, um ihre Teilhabe zu sichern. Auch dann, wenn solche Leistungen offenkundig in ihrer Prozess- und Strukturqualität schlechter sein sollten als vergleichbare Sachleistungen. Das interessiert die meisten Budgetinhaber wenig. Sie achten – wie die meisten Kunden - stärker auf die Ergebnisqualität. Die wenigsten Budgetinhaber kaufen sich traditionelle psychosoziale Gruppenangebote ein - weder stationär noch ambulant. Häufiger werden Begleitungen gewünscht, wie beispielsweise der gemeinsame Besuch einer Technodisothek samstags in der Nacht von 23.00 bis 6.00 Uhr in der Früh oder gar die Begleitung einer Urlaubsreise nach Mallorca.¹² Deshalb muss vor dem Hintergrund der Erfahrungen in Rheinland-Pfalz gefragt werden, welcher Einsatz von Fachpersonal notwendig ist. Hinweisen möchte ich hier auf die Finanzierung der so genannten niedrig

schwelliger Angebote im Rahmen der Betreuung pflegebedürftiger Menschen gem. § 45 c SGB XI. Hier ist vorgesehen, dass eine Förderung niedrigschwelliger Angebote nur dann möglich ist, wenn ehrenamtlich tätige Helferinnen und Helfer unter fachlicher Anleitung die Betreuung von Pflegebedürftigen mit erheblichem Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung übernehmen und auch pflegende Angehörige entlasten und beratend unterstützen. Ähnliches findet sich in den Vorschriften über die Finanzierung ambulanter Hospizleistungen gemäß § 39a SGB V. Auch hier wird das hauptamtliche Personal von einer Mindestanzahl ehrenamtlich tätiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter abhängig gemacht. In beiden Bereichen hat also eine Umkehrung stattgefunden, es wird nicht Fachpersonal bezahlt, sondern nur dann gefördert, wenn zu allererst bürgerschaftliches Engagement geweckt und in ausreichendem Maße gewonnen werden konnte.

Im Hinblick auf die starke Zunahme von Werkstattbeschäftigten geistert der Gedanke durch die Landschaft,

dass ein nennenswerter Teil der Werkstattbeschäftigten eigentlich auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt arbeiten könnte. Nur da gibt es keine Arbeitsplätze für sie und viele andere. Dieses Gerücht mag ja stimmen, aber es fehlt hier an nachvollziehbaren Daten. Deshalb sollte man zunächst berücksichtigen, dass Menschen, die in die Werkstatt unter Beachtung der gesetzlichen Vorschriften aufgenommen werden, um ihnen die mögliche Teilhabe am Arbeitsleben zu ermöglichen. Deshalb sprechen wir uns dafür aus, auch erst einmal den Personenkreis der in jüngerer Vergangenheit in die WfbM aufgenommen wurde, differenzierter zu betrachten, um nicht etwa der Idee aufzusitzen, dass auch Menschen mit Behinderung arbeitslos wie jeder andere sein können und mit der Alimentierung durch ALG II zufrieden sein sollen.

Meine Damen und Herren, der Sozialstaat wandelt sich. Im Rahmen der jüngeren politischen Diskussion brachte die alte Bundesregierung einen Entschließungsantrag am 12. Mai in den Bundestag zur Weiterentwicklung des Behindertenrechts ein. In der De-

batte dazu forderte der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung tabulos Konzepte zu entwickeln, die einen modernen Sozialstaat in die Lage versetzen, Dienstleistungen bürgernah, zeitnah und entscheidungsfest zu erbringen.¹³ Die CDU/CSU geht in politischen Papieren noch einen Schritt weiter. So forderte sie in einem Positionspapier zur Behindertenhilfe im Nachgang zur Diskussion um den letzten Behindertenbericht der Bundesregierung am 24. Mai 2005, die Einführung eines Leistungsgesetzes für behinderte Menschen. Dies wird damit begründet, dass Menschen, die auf lebenslange Hilfe angewiesen sind, nicht in die Sozialhilfe gehören.¹⁴ Deutlicher formulierte es die CDU Vorsitzende Ende August in einem Schreiben an den arbeitsmarktpolitischen Sprecher von ISL, Hans-Peter Terno. Hier ist zu lesen, dass Leistungen der beruflichen Eingliederung künftig als „Persönliches Budget für Arbeit“ zusammengefasst und gewährt werden können und zu prüfen sei, ob Leistungen der beruflichen Eingliederung künftig als "Persönliches Budget für Arbeit" zusammengefasst und im Rahmen des im Regierungsprogramm vorgesehenen

Kombi-Lohn-Modells gewährt werden können. Dies würde es den betroffenen Menschen ermöglichen, ein höheres Maß an Selbstbestimmung auszuüben. Außerdem würde dies den Bürokratieabbau fördern. Die CDU kündigte weiterhin an, den Vorschlag des Deutschen Vereins zum Bundesteilhabegeld wohlwollend zu prüfen und sich auch mit Ansätzen für eine Weiterentwicklung des Konzepts konstruktiv auseinanderzusetzen.¹⁵

Dass dieser deutsche Paradigmenwechsel kein deutscher Alleingang ist, zeigen uns auch die Aktivitäten des Europa-Rates. Dessen Gremien arbeiten derzeit am Entwurf eines Aktionsplans zur Förderung der Rechte und vollen Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft für den Zeitraum 2006 bis 2015.¹⁶ Es werden die Ziele des Europarats in Bezug auf die Menschenrechte, auf Nichtdiskriminierung, Chancengleichheit sowie umfassende Bürgerrechte und Beteiligung behinderter Menschen für die kommenden zehn Jahre niedergelegt. In diesem Aktionsplan wird bereits in der Einleitung darauf hingewiesen, dass die vergangenen zehn Jahre durch Veränderung der Politik für behinderte Menschen gekennzeichnet waren. Es gab aus Sicht der EU einen grundsätzlichen Wechsel vom medizinischen Modell, in dem Behinderung betont wird, zu einem sozialen und menschenrechtsorientierten Modell, das auf umfassende Bürgerrechte abzielt; ein Paradigmenwechsel vom Patienten zum Bürger. Die Befähigung behinderter Menschen, ihr Leben selbst zu bestimmen sowie die Stärkung der Rolle und aktiven Einbeziehung von Wohlfahrts- und Behindertenorganisationen in die politischen Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse wurden gestärkt. Dieser Prozess





soll durch den Aktionsplan europaweit weiter fortgesetzt und unterstützt werden.

Die Richtung, in die die Reise geht, verläuft von der versorgenden Fürsorge zur selbstbestimmten Versorgung behinderter und psychisch kranker Menschen. Sie und wir müssen uns dazu zu Wort melden. Wichtig ist, dass wir dabei weiter am bestehenden Sachleistungsgrundsatz zur individuellen Bedarfsdeckung orientieren, ohne diese Grundorientierung läuft das einzelne Individuum Gefahr, einklagbare Rechte zu verlieren und unsere Gesellschaft gibt ein zentrales Stück der Solidarität mit behinderten und psychisch kranken Menschen auf. Sollte es in die Richtung eines Leistungsgesetzes für behinderte Menschen gehen, ist dabei zu klären, ob sich die Gewährung von Sozialleistungen an der Wirtschaftskraft des einzelnen und seines tatsächlichen Bedarfs zu orientieren hat und demgegenüber soziale Tatbestände, denen Leistungen folgen, die wiederum mit dem individuellen Bedarf nichts zu tun haben, aufzulösen sind? Benötigen wir ein Leistungsrecht, dass einkommens- und bedarfsorientiert Nachteilsausglei-

che behinderter Menschen finanziert? Welche Einkommens- und Vermögensgrenzen sind akzeptabel?

Anschrift:

Joachim Hagelskamp,

Referatsleiter Behindertenhilfe,
chronische Erkrankungen, Psychiatrie

Paritätischer Wohlfahrtsverband
– Gesamtverband
Oranienburger Str. 13-14
10178 Berlin

Telefon: 030 / 24636 - 319
Telefax: 030 / 24636 - 140

E-Mail:
behindertenhilfe@paritaet.org
Web: www.paritaet.org/

¹ Statistisches Bundesamt;
<http://www.destatis.de/basis/d/solei/soleiq19.php>

² Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2001 und 2002, Hamburg 2004

³ Sozialministerium Baden-Württemberg; Konzeption zur Zukunft der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, Stand 22.09.2003

⁴ Prof. Dr. E. Wacker, Bewältigung der Lebensübergänge für ältere Menschen, Referat anlässlich der Paritätischen Informationsveranstaltung „Lebenswelten älterer behinderter Menschen“ am 2./3.09.2004 in Frankfurt/Main

⁵ Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe; Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2001 und 2002, Hamburg 2004

⁶

<http://www.pub.arbeitsamt.de/hst/services/statistik/000000/html/start/monat/aktuell.pdf>

⁷ Bundesagentur für Arbeit, Monatsbericht 2005, Seite 9

⁸ Vgl. hierzu: DAK Gesundheitsreport 2005

⁹ Vgl. hier: Rechtsdienst der BV Lebenshilfe, Nr. 3/2005, Seite 99 - 103

¹⁰ CARE konkret vom 5. August 2005, Seite 2

¹¹ <http://www.deutscher-verein.de/stellungnahmen/200412/pdf/20041203.pdf>

¹² Speicher, Joachim; MARKETING: Wenn der Klient zum Kunden wird, Sozialwirtschaft aktuell, 12/2004

¹³

<http://www.behindertenbeauftragter.de/index.php5?nid=115&Action=home>

¹⁴ http://www.cdu.de/doc/pdf/az_behinderte_161104.pdf

¹⁵ <http://www.isl-ev.org/2005/08/26/merkel-antwortet-auf-anfrage-von-isl/>

¹⁶ vgl. AUSSCHUSS FÜR DIE REHABILITATION UND INTEGRATION BEHINDERTER MENSCHEN (TEILABKOMMEN) (CD-P-RR), Entwurf eines Aktionsplans des Europarats zur Förderung der Rechte und vollen Teilhabe behinderter Menschen an der Gesellschaft: Verbesserung der Lebensqualität behinderter Menschen in Europa 2006 – 2015, Entwurf vom 9. Mai 05, Straßburg

Psychisch erkrankte Menschen in Gastfamilien: Modell Brandenburg – LK Dahme-Spreewald

Ines Kalisch, Heiko Mussehl & Birgit Preiß, Klaus Schwarz (Gastfamilien)

ProFil - Betreutes Leben in Gastfamilien e. V., Königs Wusterhausen



Die Werkstatt wurde von Jeannette Rüchel & Lorna Lutfiu auf der Grundlage teilnehmender Beobachtung und der Internetpräsentation des Trägers dokumentiert:

Im ersten Teil der Dokumentation wird es um den Landkreis Dahme-Spreewald gehen sowie um die Entstehungsgeschichte der Einführung des Projektes in den Landkreis. Des Weiteren wird es im ersten Teil um die Aufgaben und Ziele des Projektes und um den Träger des Familienpflegeteam gehen.

Im zweiten Teil widmen wir uns den Zielgruppen, den Familien und dem Familienpflegeteam.

Im dritten und abschließenden Teil wird der Verlauf des Projektes und das Thema Qualitätssicherung im Mittelpunkt stehen.

Der Landkreis Dahme-Spreewald

Der Landkreis Dahme-Spreewald befindet sich im Bundesland Brandenburg und zieht sich von der östlichen Stadtgrenze Berlins bis in den Spree- und Havelraum des Niederer Fläming.

In der Struktur des Landkreises lassen sich drei Bereiche erkennen.

Im Norden existiert durch die Nähe zu Berlin eine optimale Verkehrsanbindung. Außerdem ist es ein sehr gefragter Standort für Gewerbe, Dienstleistungen, Forschung und Lehre. Durch ein großes Wald- und Wasservorkommen, bietet diese Region ideale Bedingungen zum Wohnen und Erholen.

Der Südosten des Landkreises, also die Umgebung um die Kreisstadt Lübben, ist durch die einzigartige Na-

turlandschaft des Spreewaldes ein beliebter Anziehungspunkt für Touristen.

Der Süden des Landkreises, also die Region um Luckau, ist eher ländlich orientiert. In diesem Raum dominieren Land- und Ernährungswissenschaft.

Derzeit leben im Landkreis Dahme-Spreewald rund 161.546 Menschen¹, wobei in Königs Wusterhausen mit 32.983 Einwohnern die meisten Menschen leben.

Die Entstehungsgeschichte

Der Grund für die Einführung der Psychiatrischen Familienpflege-Betreutes Leben in Gastfamilien im Landkreis Dahme-Spreewald liegt in der Idee der Enthospitalisierung von chronisch psychisch kranken Menschen.

Die rechtliche Vorgabe „ambulant vor stationär“ hat die psychiatrische Versorgungslandschaft in Brandenburg stark gewandelt. Die psychiatrischen Krankenhäuser wurden modernisiert und die Bereiche, die für langfristige Psychiatrieaufenthalte vorgesehen waren, wurden schrittweise verkleinert. Klingt gut, ist es aber kaum, denn ein Großteil der chronisch Kranken wurde in Heime umhospitalisiert.

Da aber die finanziellen Ressourcen für die institutionellen Hilfeleistungen immer knapper werden, ist eine Umgestaltung der Hilfen für behinderte Menschen im Sinne des § 2 Abs. 1 SGB IX unumgänglich. Die verschiedenen Formen ambulanter Hilfen und Unterstützungen müssen also weiter ausgebaut, unterstützt und evtl. auch neu geschaffen werden. Nicht nur der finanzielle Aspekt sollte Anstoß dazu geben, sondern auch um der politisch-rechtlichen Vorgabe „ambulant vor stationär“ gerecht zu werden.

Ein wichtiger und guter Schritt war die Einführung des Wohnbausteines „Psychiatrische Familienpflege – Betreutes Leben in Gastfamilien“. Es handelt sich dabei um eine ambulante Leistung und wird bei Vorliegen der Voraussetzungen als Leistung der Eingliederungshilfe nach §§ 39/40 BSHG finanziert. Sie zeichnet sich besonders durch ihre flexiblen rund-um-die-Uhr Betreuungsmöglichkeiten aus. Des Weiteren ermöglicht man den Psychiatriepatienten eine adäquate und personenzentrierte Betreuung und Förderung in weitgehend normalen Lebensbezügen, eine lebensweltnahe, an den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Ressourcen der behinderten Person orientierte Versorgung.

Dieser Betreuungsbaustein wurde 1999 als Modellprojekt in den Landkreis Dahme-Spreewald eingeführt und nennt sich „ProFil – Betreutes Leben in Gastfamilien e.V.“ In der Modellphase wurde das Projekt von der FH-Potsdam, der Robert-Bosch-Stiftung und dem Land Brandenburg finanziert. Nachdem sich das Pilotprojekt im Landkreis Dahme-Spreewald nach drei Jahren bewährt hat, sich also genügend geeignete Familien fanden, die bereit waren, einen Gast bei sich aufzunehmen und es gelang, die Psychiatrische Familienpflege im ländlichen Umfeld der psychiatrischen Landeskliniken Teupitz und Lübben soziokulturell zu verankern, wurde die Psychiatrische Familienpflege im Land Brandenburg nach dem Brandenburger Ausführungsgesetz zum Bundessozialhilfegesetz auf der Grundlage von Vereinbarungen nach § 93 BSHG regelfinanziert. Die FH-Potsdam hat die Ergebnisse der dreijährigen Modellphase in einem Endbericht zusammengefasst. Dieser Bericht ist über den Fachbereich

Sozialwesen der FH-Potsdam gegen ca. 14 € käuflich zu erwerben.

Durch die hohe Arbeitslosigkeit, besonders die der Frauen, im Landkreis, konnten sich die Familien durch die Aufnahme und Betreuung eines hilfebedürftigen Menschen neue Beschäftigungs- und Zuverdienstmöglichkeiten schaffen.

Bisher ist der Landkreis Dahme-Spreewald der einzige Anbieter der „Psychiatrischen Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien“ im Bundesland Brandenburg.

Trotz all der Vorteile, die die Familienpflege mit sich bringt und auch trotz der zahlreichen Familien, die bereit wären, einen Gast bei sich aufzunehmen, gab es bei der Einführung dieser ambulanten Leistung in den Landkreis Dahme-Spreewald Probleme. Das Hauptproblem war die Finanzierung. Die ambulanten Plätze muss nämlich die Kommune bezahlen und die stationären Plätze das Land. Da dem Land schon wenig Geld zur Verfügung steht, aber der Kommune noch weniger, hat man sich bei der Einführung dieser ambulanten Hilfeleistung quer gestellt, obwohl nachgewiesen werden kann, dass wenn der Patient als Gast in einer Familie wohnt, dies billiger ist als ein stationärer Aufenthalt in Heim oder Psychiatrie.

Der Träger

Träger des „Betreuten Lebens in Gastfamilien“ können freie Träger, die Gemeinnützigkeit nachweisen können sein, aber auch Verbände der freien Wohlfahrtspflege und kommunale Gebietskörperschaften sein.

Der jeweilige Träger muss auf jeden Fall fachlich kompetent sein und eine qualifizierte Betreuungsarbeit leisten können und garantieren. Des Wei-

teren muss er in der Lage sein, mit den anderen Bausteinen im gemeindepsychiatrischen Verbund zusammen zu kooperieren.

Im Falle des Projektes des Landkreises Dahme-Spreewald war der Träger zunächst das Institut für Fortbildung, Forschung und Entwicklung IFFE e.V. mit Sitz in Potsdam. Im Dezember 2003 wurde „Profil – Betreutes Leben in Gastfamilien e.V.“ als gemeinnütziger Verein im Landkreis gegründet und übernahm die Trägerschaft von IFFE e.V. Profil e.V. ist Mitglied im Paritätischen Wohlfahrtsverband.

Aufgaben und Ziele

Das Leben in einer Familie soll den Patienten eine Alternative zum dauerhaften Aufenthalt in einer Einrichtung bieten.

Durch das Leben in Familien, welche eine stabile Gemeinschaft für die Patienten sind, werden sie ermutigt an frühere Interessen, Wünsche und Fähigkeiten anzuknüpfen und neue zu entwickeln. Die stabile Gemeinschaft, eine behutsame Begleitung und Unterstützung sind außerdem Grundlagen für ein weitgehend normales Alltagsleben der Patienten. Sie sollen für die Patienten größere persönliche Bewegungs- und Entscheidungsspielräume schaffen, die alltagspraktischen Fähigkeiten fördern, bei der Krankheitsbewältigung helfen und auch das gesundheitliche Wohlbefinden fördern.

Oberstes Gebot dabei ist es, dass sich die Patienten in ihren Gastfamilien wohl fühlen.

Damit die Patienten selbstbewusster werden und selbstbestimmter Leben können, ist es wichtig, ihre Biographie zu kennen. Durch diese Biographiearbeit lassen sich Angebote für Lebens- und Beschäftigungsformen finden, die

für jeden angemessen sind. Sie müssen sich an seinen besonderen Fähigkeiten, Schwierigkeiten und Entwicklungsmöglichkeiten orientieren. Durch die Rekonstruktion der Biographie wird den Patienten außerdem die Möglichkeit geboten, die Brüche in ihrer Lebensgeschichte, die Schwierigkeiten, aber auch eigene Stärken anders einzuordnen. Wichtig dabei ist, dass die Mitarbeiter in behutsamer Zusammenarbeit mit den Bewohnern die familiären Hintergründe reflektieren, vorhandene Beziehungen versuchen zu vertiefen und ihnen helfen, über Kontaktabbrüche hinwegzukommen. Ein Ziel der Familienpflege ist also die Integration der Patienten in eine passende Gastfamilie.

Die Beschäftigungsformen, wie z.B. die Mithilfe in der Familie, die Aufnahme einer Arbeit, der Besuch einer geschützten Werkstatt oder der Besuch von Kontakt- und Beratungsstellen erweitern den Aktionsradius der Patienten und ermöglichen das Herstellen neuer Kontakte. Die Lebenswelt der Patienten wird vielgestaltiger und die Erfahrungen reichhaltiger. Des Weiteren

ist eine Beschäftigung sehr wichtig für die Identitätsfindung.

Zielgruppen

Zielgruppen dieser ambulanten Hilfeleistung sind Menschen mit seelischen und geistigen Behinderungen oder jene, die davon bedroht sind, die für längere Zeit oder auf Dauer in der Bewältigung ihres Alltages benötigen.

Konkreter bedeutet das, dass Menschen, die nach § 39 BSHG, aufgrund einer chronisch verlaufenden psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung und der sich daraus ergebenden psychosozialen Beeinträchtigung normalerweise in einem Heim, im Sinne des §97 Abs. 4 BSHG, betreut werden müssten, diese Hilfeleistung in Anspruch nehmen können.

Des Weiteren gilt das Angebot für Menschen, die einen längeren Klinik- oder Heimaufenthalt hinter sich haben und derzeit nicht in der Lage sind, ein eigenständiges Leben ohne Betreuung zu führen.

Auch für Menschen, die bislang in ihrer Herkunftsfamilie lebten und dort

nicht mehr ausreichend betreut werden können, stellt das Leben in einer Gastfamilie ein sinnvolles Angebot dar.

Die Fähigkeitsstörungen der Zielgruppe liegen in der Bewältigung von Alltagsanforderungen, wie z.B. in der Beziehungsgestaltung, in der Selbstversorgung, beim Wohnen, der Tagesstrukturierung, der Beschäftigung und der Gesundheit.

Vom Alter her zielt das Angebot auf Jugendliche bis hin zu Leuten im hohen Alter. Im Landkreis Dahme-Spreewald gilt das Angebot sogar auch für Mütter mit Kind, wobei in diesen Fällen das Sozialamt wie auch das Jugendamt Kostenträger des Betreuten Lebens in Gastfamilien werden. Ob ein Patient für das Leben in einer Gastfamilie geeignet ist, wird in einer Fallkonferenz von den bisher an der Betreuung beteiligten Fachkräften, dem Familienpflegeteam und dem örtlich zuständigen Sozialhilfeträger entschieden. Ein weiteres wichtiges Auswahlkriterium ist der Wunsch und die Entscheidung eines Bewohners, in einer Familie zu leben.

Ausschlusskriterien für ein Leben in einer Gastfamilie sind sozial nicht oder kaum zu integrierende Verhaltensweisen, z.B. wenn bei dem Patienten eine akute Selbsttötungsgefahr besteht, er fremdgefährdende Verhaltensmuster aufweist, er sexuelle Verhaltensauffälligkeiten zeigt oder er akute Alkohol- oder stoffgebundene Abhängigkeitsprobleme hat.

Die Gastfamilien

In Bezug auf den Landkreis Dahme-Spreewald, gab und gibt es viele Familien, die sich bereit erklärt haben, einen Gast in ihre Familie aufzunehmen. Derzeit sind es 17 Familien, die 19 Patienten in ihren Familien betreu-



en. Im Normalfall kommt auf eine Familie ein Gast. In bestimmten Fällen hat Profil e.V. auch zwei Bewohner – etwa ein Ehepaar – in einer Familie platziert. Gegenwärtig herrscht im Landkreis Dahme-Spreewald der Zustand, dass es mehr Gastfamilien gibt als Gäste. Dieser Zustand ist aber gewollt, um eine gute Passung zwischen Gast und Familie herstellen zu können – so kann aus einem Pool von Gastfamilien eine geeignet erscheinende Familie für den Erstkontakt ausgewählt werden.

Motivation der Gastfamilien

Bei fast allen Gastfamilien stehen zwei zentrale Gründe im Vordergrund.

Zum einen suchen sie nach einer sinnvollen Aufgabe mit Zuverdienstmöglichkeit. Der finanzielle Aspekt ist ein wichtiger Anreiz für die Aufnahme eines Gastes. So bekommen die Familien ein monatliches Betreuungsgeld von 409,- €. Hinzu kommt eine Pauschale von ca. 334,- €, die für den Lebensunterhalt des Gastes und die Miete bestimmt sind.

Ein anderer zentraler Grund für Familien, einen Gast aufzunehmen, ist der Wunsch nach Kontakt und Anerkennung. Vor allem für viele Frauen ist die Lage sehr prekär. Bis zur Wende hat der Großteil der Frauen gearbeitet und jetzt, wo vor allem in den ländlichen Gegenden die Arbeitslosigkeit besonders hoch ist, ist es für sie fast aussichtslos, eine geeignete Arbeit in erreichbarer Nähe zu finden. Da viele schon privat mit Pflegefällen zu tun hatten, Erfahrungen mit Pflegekindern haben, oder beruflich Kontakt mit psychisch kranken oder geistig behinderten Menschen hatten, ist die Entscheidung, einen Gast in ihrer Familie aufzunehmen, ein sinnvoller Ersatz für einen regulären Arbeitsplatz.

Voraussetzungen für die Gastfamilien

Größte Voraussetzung für eine Gastfamilie ist natürlich, dass sie zum Gast passt. Dies wägt das Familienpflegeteam schon im Vorfeld ab, indem sie anhand der Daten, die von jeder Familie gespeichert wurden, den Gast aussucht. Das gesamte Team hat die Familien des Pools bereits bei der Auswahl kennengelernt und kann so seine Erfahrungen einbringen. Weiter wird geschaut, wie sich die Familie mit dem Gast in der Anbahnungsphase versteht. Passt alles, dann steht dem Einzug des Gastes fast nichts mehr im Wege, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen ebenfalls erfüllt worden sind.

Bei den Gastfamilien wird keine klassische Familienkonstellation vorausgesetzt. So kann es sein, dass z.B. zwei Schwestern, die zusammen wohnen, einen Gast bei sich aufnehmen, oder es handelt sich um eine Patchworkfamilie oder um ein kinderloses Ehepaar. Es kann sich also um die unterschiedlichsten Familienkonstellationen handeln.

Des Weiteren werden bei den Familien keine speziellen beruflichen Qualifikationen vorausgesetzt, da sich das „Betreute Leben in Gastfamilien“ auf die Laienhilfe stützt. Dies ist deshalb der Fall, weil in Familien, die spezielle berufliche Qualifikationen besitzen, wie z.B. in dem Fall, wo der Mann Psychiater und die Frau Krankenschwester in der Psychiatrie ist, der Rehabilitationsanspruch an die Gäste zu hoch sein kann. Diese Tatsache bringt für die Familie und auch für den Gast viele Konflikte mit sich, die vermieden werden können, in dem man auf normale Familien zurückgreift. Die Patienten sollen den ganz normalen

Alltag erleben, in dem nicht zu viel von ihnen erwartet wird, in dem ihnen Zeit für alles gegeben wird. D.h. die Gastfamilien sollen den Alltag bereitstellen und kein pädagogisches Behandlungskonzept.

Die Gastfamilie muss dem Gast angemessene Unterkunft bieten können, d.h. ein separates, möbliertes Zimmer in angemessener Größe und sie müssen ihm sanitäre Anlagen zur Verfügung stellen. In wie weit die Unterkunft angemessen ist, überprüft das Familienpflegeteam durch Hausbesuche.

Zeit und Präsenz der Familien sind natürlich ebenfalls grundlegende Voraussetzungen für die Betreuung.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Familie ist, dass in der Region, in der die Familie lebt, eine gute Infrastruktur vorhanden ist.

Sollte es sich bei den Gästen um eine Mutter mit ihrem Kind handeln, bekommt die Gastfamilie vom Jugendamt die Auflage, Lehrgänge im Bezug auf Mutter-Kind-Betreuung zu besuchen und Elternlehrgänge, falls es sich um ein Kind allein als Gast handeln sollte.

Unterstützungen der Familien

Da viele Familien Laien sind und keine speziellen beruflichen Qualifikationen haben, ist es besonders in der Anfangsphase wichtig für die Familien, dass sie über die Krankheit ihres Gastes, die Medikamentenwirkung und andere wichtige Fakten, die die Krankheit des Gastes betreffen, aufgeklärt und informiert werden, wie sie sich in Krisensituationen verhalten sollen. Diese Aufklärungsarbeit ist eine Aufgabe des Familienpflegeteams, die sie durch Hausbesuche und Beratungsangebote,

auch in organisatorischer und sozialrechtlicher Hinsicht, erfüllen.

Des Weiteren ist das Familienpflege-Team für die Familien 24 Stunden am Tag telefonisch erreichbar.

In der Zeit, in der der Gast in der Familie wohnt, werden regelmäßig Hausbesuche durch das Familienpflege-Team durchgeführt. Bei den Besuchen wird über positive wie negative Veränderungen des Gastes gesprochen und es können Probleme und Fragen geklärt werden.

Nicht nur das Familienpflege-Team unterstützt die Familien, sondern die Familien unterstützen sich durch Vernetzung – regelmäßige Treffen sowie ein Sommer- und Weihnachtsfest - auch gegenseitig. Die Gastfamilien haben so die Chance, sich kennen zu lernen, Erfahrungen austauschen zu können, Schwierigkeiten anzusprechen und hilfreiche praktische Tipps von anderen Familien zu bekommen. Gerade für neue Familien ist diese Vernetzung der Familien sehr wichtig. So wird das gegenseitige Vertrauen gestärkt und die Integration der neuen Familien gefördert.

Neben den regulären Treffen gab es im Landkreis Dahme-Spreewald eine Einladung des Landrates Wille zum Frühstück im Landratsamt mit anschließender Kahnfahrt im Spreewald. Solche Begegnungen stärken das Gemeinschaftsgefühl und sind zugleich eine öffentliche Anerkennung für das bürgerliche Engagement.

Ansprüche der Gastfamilien

Wie schon oben erwähnt, haben die Familien finanzielle Ansprüche Gesamthöhe von monatlich ca. 743,- € (409,- € Betreuungsgeld + 334,- € für den Lebensunterhalt des Gastes). Des Weiteren besteht ein Anspruch auf Un-

terstützung durch das Familienpflege-Team in Form von Hausbesuchen und Beratungsangeboten. Weiter hat Familie einen Anspruch auf vier Wochen Urlaub und falls der Gast mitteilnimmt am Urlaub, bekommt die Familie pro Tag für maximal vier Wochen im Jahr 13,- € Weiter bekommt sie erst nach vier Wochen Geld von der Pauschale abgezogen, falls der Gast einmal ins Krankenhaus muss. Tritt der Fall ein, dass ein Familienmitglied ins Krankenhaus muss und dadurch die Betreuung in der Familie nicht mehr gewährleistet ist und der Gast in eine andere Familie muss, dann bekommt die alte Gastfamilie ab dem dritten Tag Geld von der Pauschale abgezogen und die neue Gastfamilie eine extra Vergütung. Es gibt auch die Möglichkeit, dass jemand zur Familie nach Hause kommt und dem Gast so ein kurzzeitiger Umzug erspart bleibt. Diese Unterstützung wird dann auch extra vergütet.

Das Familienpflege-Team

Das Familienpflege-Team hatte ursprünglich seit Start des Pilotprojektes seinen Sitz in der Kreisstadt Lübben und zog mit der Gründung von Profil e.V. in das näher an Berlin gelegene

Königs Wusterhausen um. Es setzt sich aus Fachkräften unterschiedlicher psychosozialer Professionen zusammen. Da wären Frau Doreen Knopf (Heilpädagogin), Frau Ines Kalisch (Diplompsychologin), Frau Sabine Lehmann (Sozialpädagogin) und Heiko Mussehl (Diplompsychologe).

Der Leiter des Projektes bis Dezember 2003 war Prof. Dr. Peter Stolz, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Hochschullehrer für Sozialmedizin und Gesundheitsförderung an der FH Potsdam. Er unterstützt das Team auch unter der neuen Trägerschaft fachlich und führt mit dem Familienpflege-Team regelmäßig eine Fallbesprechung durch.

Arbeitsweise des Teams

Das Familienpflege-Team arbeitet nach dem Prinzip der Bezugsbetreuung (Gast und Gastfamilie werden von einem Mitarbeiter des Familienpflege-Teams betreut). So wissen Gast und Gastfamilie, wen sie immer ansprechen können. Es ist auch sehr wichtig für den Vertrauensaufbau zwischen Klient und Mitarbeiter. Der Mitarbeiter, der die Bezugsbetreuung für Gast und Familie übernimmt, weiß auch speziell Be-



scheid über Gastfamilie und Gast und kann so geeignete Hilfen organisieren. Durch Case Management werden den Familien und Gästen in koordinierter Weise Dienstleistungen zugänglich gemacht, die von ihnen zur Lösung von Problemen und zur Verringerung von Spannungen und Stress benötigt werden. Sozialarbeiter erfüllen damit einen wichtigen Teil ihres Mandates und ihrer Funktion, indem sie soziale oder gesundheitliche, therapeutische und erzieherische, religiöse, juristische u.a. Hilfen denen vermitteln und zukommen lassen, die auf derartige Leistungen im eigenen Haushalt oder in Institutionen und Organisationen angewiesen sind. Das Team organisiert die Arbeit weitgehend selbständig.

Aufgaben des Familienpflegeteams

Mit Öffentlichkeitsarbeit versucht das Team die Öffentlichkeit über den neuen Versorgungsbaustein zu informieren. So werden regelmäßig Presseberichte in die Zeitung gesetzt und sogar kurze Filmreportagen über das Projekt „Psychiatrische Familienpflege“ gedreht. Diese sollen einen kleinen Einblick in das Zusammenleben zwischen Gastfamilie und Gast geben. Die Filmreportagen liefen bereits im „Abendjournal“ und in „Brandenburg Aktuell“ des Senders ORB.

Casemanagement und psychosoziale Familienarbeit stehen im Vordergrund der fachlichen Unterstützung. Zur Unterstützung und Begleitung der Familien gehört, dass das Familienpflegeteam die Familien über die Krankheiten und fremdartigen Verhaltensweisen ihres zukünftigen Gastes aufklärt, die anfängliche Kontaktabbahnung und das spätere Familienleben begleitet durch regelmäßige Hausbesuche. Des Weiteren muss das Team der Familie in



rechtlichen und sozialrechtlichen Fragen und Problemen zur Seite stehen, bei der Beantragung sozialrechtlicher Leistungen helfen. Auch den Gästen muss bei der Regelung ihrer finanziellen und sozialrechtlichen Angelegenheiten geholfen werden.

Das Team vermittelt weiterführende Hilfen, leistet organisatorische Unterstützung und hilft bei der Strukturierung des Tages sowie bei der Suche nach einer angemessenen Beschäftigung für die Gäste mit.

Biographiearbeit dient den Gästen dazu, ihre eigene Lebensgeschichte wiederzufinden. Viele Patienten haben durch lange Heim- oder Klinikaufenthalte nur noch einen sehr lockeren Kontakt zu ihren Angehörigen und haben ihre Heimat jahrelang nicht mehr gesehen. Die Aufgaben des Familienpflegeteams bestehen nun darin, die noch bestehenden Kontakte zu intensivieren, den Gästen zu helfen, Kontaktabbrüche zu verarbeiten, und zusammen mit den Patienten ihre alte Heimat zu besuchen, um wichtige Lebensereignisse und schöne Erinnerungen wieder wachzurufen.

Die Biographiearbeit ist eine sehr gute Möglichkeit, die Identität der Patienten zu festigen und die verschüttete Lebensgeschichte zurückzugewinnen.

Des Weiteren ist die Biographiearbeit sehr wichtig, um die passende Familie für die Patienten zu finden.

Weitere Aufgaben:

- Mit Hausbesuchen und Beratungsgesprächen wird versucht, unausgesprochene Probleme zu entdecken, diese anzusprechen und zu lösen
- Hilfe bei der Eingliederung in eine Behindertenwerkstatt oder in andere geschützte Arbeitsmöglichkeiten mit dem Ziel einer Ausbildung für den Gast
- Krisenintervention in Zusammenarbeit mit anderen Institutionen im psychiatrischen Verbund
- Koordination begleitender Hilfen im kommunalen Psychiatrieverbund
- Weitervermittlung des Gastes bei Vertragskündigung
- Vorbereitung und Teilnahme an Einzelfallkonferenzen
- Dokumentation der Entwicklungen

- Erstellung von Hilfe- und Entwicklungsplänen
- Berichterstattung über den Stand der Familienpflege an den zuständigen Sozialhilfeträger
- Umsetzung und Fortentwicklung des Betreuungskonzeptes
- fachliche Qualifizierung
- Teilnahme an Supervisionen

Der Verlauf des Projektes

Um geeignete Gastfamilien und Patienten zu finden, die an diesem Projekt teilnehmen können, bedarf es eines sehr großen Engagements der Mitarbeiter des Familienpflegeteams sowie der Kooperationsbereitschaft zwischen dem Familienpflegeteam und den Behörden, anderen Einrichtungen und Ärzten.

Geeignete Bewohner

Um geeignete Bewohner zu finden, die an dem Projekt teilnehmen können, setzen sich die Mitarbeiter des Familienpflegeteams mit den Mitarbeitern anderer Einrichtungen, wie z.B. Kliniken, Heime oder Jugendamt in Verbindung. In den jeweiligen Einrichtungen setzen sich die Mitarbeiter, die in der jeweiligen Einrichtung tätig sind, zusammen und treffen eine Auswahl. Wurde dann eine Auswahl von potenziellen Bewohnern getroffen, werden die entsprechenden Patienten angesprochen und ihnen wird die Frage gestellt, ob sie sich vorstellen könnten, in eine Gastfamilie umzuziehen. Jedem Patienten steht es frei, in eine Familie zu gehen, er muss nicht. Finden sich Patienten, die sich solch eine große Veränderung in ihrem Leben vorstellen können, wird nach einer geeigneten Gastfamilie gesucht. In einer Fallkonferenz, in der die Träger verschiedener

ambulanter Betreuungsformen mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst und Vertretern des Kostenträgers an einem Tisch sitzen, wird gemeinsam über die Angemessenheit der Hilfeform und die Eignung des Hilfeempfängers für diese entschieden.

Die Suche nach geeigneten Gastfamilien

Regelmäßig werden Anzeigen in der Lokalpresse veröffentlicht, in denen Gastfamilien für psychisch kranke oder geistig behinderte Menschen gesucht werden. Interessierte Familien können sich auf diese Anzeigen melden und werden dann ausführlich beraten. Ist die Familie nach dem ersten Telefonat der Meinung, dass die Familienpflege für sie in Frage kommt, werden ihre Grunddaten im PC des Familienpflegeteams erfasst. Anschließend besuchen die Mitarbeiter des Familienpflegeteams die Familien zu Hause, um zu sehen, ob die notwendigen Kriterien erfüllt sind und ob das Team mit der entsprechenden Familie auch zusammenarbeiten kann. Erfüllt die Familie alle Kriterien, beginnt das Team nach einem geeigneten Gast zu suchen.

Die Anbahnungsphase

Ist das Familienpflegeteam der Meinung, einen geeigneten Gast für eine Familie gefunden zu haben, wird die Konstellation von Gast und Familie in der Fallkonferenz vorgeschlagen und dann wird darüber entschieden, ob ein Kontakt zwischen Gast und Familie hergestellt wird und ob ein Hilfebedarf des Gastes besteht.

Die Fallkonferenzen werden im Landkreis Dahme-Spreewald von der Verwaltung, also dem Kostenträger, einberufen und durchgeführt. Hierbei wird der individuelle Hilfebedarf der Pa-

tienten ermittelt und personenzentrierte Hilfeangebote festgelegt. In den Abstimmungsprozess sind alle bisher und künftig an der Betreuung Beteiligten einbezogen, sprich Ärzte, Erzieher, Sozialarbeiter, Behörden usw. Die Fallkonferenz zielt als kommunales Steuerungsinstrument auf die Verbesserung einer personenorientierten Dienstleistungsqualität der Träger, auf die Sicherung der im Landkreis vorzuhaltenden Dienstleistungsangebote sowie auf die Entwicklung eines gemeindepsychiatrischen Verbundes im Landkreis.

Wird in der Fallkonferenz positiv entschieden, gehen die Mitarbeiter des Familienpflegeteams in die Familie und klären sie über die Krankheit und die Verhaltensauffälligkeiten ihres potenziellen Gastes auf. Auch der Patient wird darüber informiert, dass eine Familie für ihn gefunden wurde und ihm wird erzählt, wie seine potenzielle Gastfamilie so ist.

Dann kommt es zu den ersten Kontakten zwischen Gastfamilie und Gast. Beiden wird in der sogenannten Anbahnungsphase, die aus anfänglichen Probewochenenden und später aus Probewochen besteht, die der Gast in der Familie verbringt, Zeit gegeben, gegenseitiges Vertrauen aufzubauen und um schauen zu können, ob beide miteinander klar kommen. Die Anbahnungsphase beträgt in der Regel sechs Monate, die die Familie nicht finanziert bekommt. Das Familienpflegeteam bekommt für die Begleitung und Unterstützung der Familie in der Probephase und für Hausbesuche nur die Hälfte von 60 Stunden voll vom Sozialamt bezahlt. Wenn das Jugendamt zuständig ist, bekommen sie von dieser Behörde auch 30 Stunden voll bezahlt für die Begleitung des Kindes.

Die Aufgaben des Familienpflege-teams in der Anbahnungsphase sind hierbei unter anderem regelmäßige Hausbesuche, die Aufklärung der Familie über die Krankheit und die Verhaltensauffälligkeiten des Gastes, wie sie sich bei Krisen verhalten sollen und Hilfe bei der Neuorganisation des Alltags in der Familie.

Der Familienpflegevertrag und der Alltag

Wurde die Anbahnungsphase erfolgreich von Gastfamilie und Gast absolviert und wenn sich beide vorstellen können in Zukunft miteinander leben zu können, wird ein Familienpflegevertrag zwischen der Gastfamilie, dem Gast und falls vorhanden seinem Betreuer und dem Familienpflegeteam über zwei Jahre geschlossen. Zwei Jahre sind für all die Patienten sinnvoll, die aufgrund ihres Alters und ihrer Ressourcen auf dem Weg zu mehr Selbständigkeit unterstützt werden sollen. Ein Aufenthalt unter zwei Jahren in einer Familie ist nicht sinnvoll, weil erst in diesem Zeitraum ein Prozess im Sinne sozialistischer Entwicklungen beginnen kann, Defizite abgebaut werden, Fähigkeiten erprobt und Grenzen erkannt werden können. Für alte Menschen oder stark beeinträchtigte kann der Aufenthalt in der Familie auch auf Dauer angelegt sein.

Kostenträger wird dann das Kreisozialamt sein. Dieses will für die Kostenübernahme eine positive Entwicklung sehen und prüft die Rentabilität der Maßnahme erst aller sechs Monate und später einmal im Jahr nach. Hierfür ist es wichtig, dass das Familienpflegeteam die Entwicklungen des Gastes dokumentiert und Hilfe- und Entwicklungspläne erstellt für die Berichterstattung beim Sozialhilfeträger.

Aufgaben des Familienpflege-teams werden dann unter anderem sein, die Regelung von finanziellen und sozialrechtlichen Angelegenheiten, die den Gast betreffen, Vermittlung von Weiterführenden Hilfen, Hilfe bei der Eingliederung des Gastes in eine Behindertenwerkstatt oder Unterbringung in einer geeigneten Schule, Biographiearbeit und natürlich regelmäßige Hausbesuche sowie die Unterstützung und Beratung der Gastfamilien.

Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung bezieht sich in erster Linie auf die Konzeption, vertragliche Regelungen, Fachlichkeit der Hilfen und Transparenz der Betreuungsleistungen.

In Bezug auf die Konzeption kann gesagt werden, dass der Psychiatrischen Familienpflege eine fachlich ausdifferenzierte Konzeption zugrunde liegt.

Des Weiteren werden die Erstgespräche mit den potenziellen Gästen und Familien, die Kontakte in der Anbahnungsphase und alle Hausbesuche dokumentiert. Da aus den Dokumentationen der Entwicklungsverlauf hervorgeht, bilden sie die Grundlage für die Entwicklungsberichte und die Hilfeplanung.

Das Familienpflegeteam arbeitet im Sinne einer Vernetzung mit anderen Diensten und regionalen Versorgungsstrukturen insbesondere mit den Trägern des gemeindepsychiatrischen Verbundes zusammen. Teil der Vernetzung ist auch die Mitarbeit in den regionalen Arbeitsgruppen. Die Teammitglieder nehmen regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teil und werden dafür in Abstimmung mit den Erfordernissen der Betreuungsarbeit freigestellt.

Im psychosozialen Bereich sind verbindliche Teamkooperation und -koordination Grundlage guter Arbeitsergebnisse. Die Arbeit basiert auf Austausch und gemeinsamer Entscheidungen. Um eine vertrauensvolle Zusammenarbeit im Team zu fördern, nehmen alle Mitarbeiter an der monatlichen Supervision teil.

Des Weiteren ist das Angebot des Betreuten Lebens in Familien zwischen allen Beteiligten vertraglich geregelt.

Die Transparenz der Leistungen wird gewährleistet, in dem alle Betreuungsstunden für Familien und Gäste quantitativ nachgewiesen und abgerechnet werden.

Anschrift :

Ines Kalisch, Dipl.- Psychologin
Heiko Mussehl, Dipl.-Psychologe

ProFil – Betreutes Leben in
Gastfamilien e. V.
Friedrich – Engels – Str. 25
15711 Königs Wusterhausen

Telefon: 03375 / 524760

E-Mail: profil@psychiatrische-familienpflege.de
Web: www.psychiatrische-familienpflege.de

¹ vgl. www.dahme-spreewald.de

Psychisch erkrankte Menschen in Gastfamilien: Modell Thüringen - Jena und Umkreis

Jana Neukirchner, Marlies Hartung, Wiebke Schorisch & Familie Tänzler (Gastfamilie), AWW Betreutes Wohnen in Familien, Jena

Moderation: Prof. Dr. Ulrich Lakemann, Fachhochschule Jena



Der Verein Aktion Wandlungswelten Jena e.V. engagiert sich seit mehreren Jahren für die Versorgung und Integration von Menschen mit einer psychischen Störung in die Gesellschaft. Dazu hat der Verein ein differenziertes Netzwerk unterschiedlicher Hilfebausteine im Bereich Selbstversorgung/Wohnen (Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft) und Tagesstruktur/Beschäftigung/Arbeit/Zuverdienst (Teilhabe am Arbeitsleben) entwickelt, um für jeden einzelnen Menschen individuell passende Hilfe zu gestalten.

Von der Idee zum Modellprojekt

Über eine Diplomarbeit an der Fachhochschule Jena zu den Erfahrungen mit der Psychiatrischen Familienpflege in Frankreich wurde der Ver-

ein inspiriert, sich mit dem Thema auseinander zu setzen und entwickelte ab 1999 unter fachlicher Beratung der DGSP- Fachgruppe Familienpflege und dem Familienpflegeteam Reutlingen/Zwiefalten ein Konzept für die Etablierung der Familienpflege in Thüringen. Im Jahr 2000 wurden die notwendigen Gespräche und Verhandlungen mit dem Thüringer Ministerium für Soziales, Familie und Gesundheit, Referat Psychiatrie aufgenommen. Nach einem längeren gemeinsamen Gesprächsprozess gelang es, ein Modellprojekt zur „Einführung der Psychiatrischen Familienpflege in Thüringen“ zu vereinbaren. Lokale Besonderheit war die stationäre Ausgestaltung des Hilfeangebotes unter der Kostenträgerschaft des Landessozialamtes und die Kooperation zweier Leistungserbringer Aktion Wand-

lungswelten Jena e.V. und Horizonte Hildburghausen e.V..

Im September 2002 fand, organisiert von der Psychiatrischen Fachklinik Hildburghausen, dem Verein Horizonte Hildburghausen und dem Verein Aktion Wandlungswelten Jena, in Hildburghausen eine Fachtagung zur Psychiatrischen Familienpflege statt, auf der insbesondere schon bestehende Projekte der alten Bundesländer und aus Brandenburg über ihre Erfahrungen berichteten und wertvolle Anregungen für die Bemühungen Thüringens mit auf den Weg gaben.

Nach intensiver Vorarbeit und Verschiebung des Projektstarts seitens des Ministeriums konnte vom 01.01.03 bis zum 30.6.2005 das Modellprojekt „Einführung der Psychiatrischen Familienpflege in Thüringen“ seitens Aktion Wandlungswelten Jena erfolgreich durchgeführt werden. Die wissenschaftliche Begleitung übernahm die Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen, Prof. Lakemann und Prof. Dresler im Rahmen eines Lehr- und Forschungsprojektes. Die Zwischenberichte des Trägers und die Ergebnisse der Evaluation konnten das Thüringer Ministerium sowie die Kostenträger davon überzeugen, die Psychiatrische Familienpflege ab 01.07.2005 als ambulantes Regelleistungsangebot fortzuführen.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Thüringen mit der Etablierung der Psychiatrischen Familienpflege als Regelleistungsangebot der Psychiatrischen Versorgung in den neuen Bundesländern eine führende Position einnimmt. Der Ausgangspunkt für die weitere Verbreitung der Familienpflege in Thüringen ist damit geschaffen.

Die Thüringer Gastfamilien

Betreutes Wohnen in Familien / Psychiatrische Familienpflege geht - wie der Name schon verrät - nicht ohne geeignete und motivierte Familien, die psychisch kranke Menschen bei sich aufnehmen und betreuen. Die Auswahl geeigneter Gastfamilien muss auch mit Blick auf die angestrebte Langfristigkeit der Betreuungsverhältnisse sehr sorgfältig betrieben werden.

Zu den Voraussetzungen einer Gastfamilie zählen einerseits die materiellen Bedingungen in Form eines geeigneten, separaten Wohnraumes (mindestens ein ausreichend großes, beheizbares, helles und freundliches Zimmer, mit Fenster, auf Wunsch vom Klientinnen verschließbar, zusätzlich gern auch ein weiteres Zimmer und/oder eigene sanitäre Anlagen) und der kontinuierlichen Anwesenheit mindestens einer Betreuungsperson im Haushalt.

Daneben wird die persönliche Eignung der Familien geprüft. Von Vorteil erwiesen sich stabile Lebensumstände der Familien, d.h. ohne anstehende Ablösungsprozesse oder größeren Veränderungen in der Familienstruktur. Die Familie sollte mit sich im Reinen sein und auf eine positive Lebensbilanz zurück blicken können, in denen auch Schwierigkeiten und Probleme bearbeitet und positiv bewältigt werden konnten.

Was sind das für Familien, die Menschen mit einer psychischen Erkrankung bei sich zu Hause aufnehmen?

Während der umfangreichen Öffentlichkeitsarbeit zu Beginn unseres Modellprojekts stellten wir mit Erstautoren fest, dass es bereits einige Familien gibt, die Erwachsene mit psychi-

schen Erkrankungen in ihren Familien betreuen. Dies waren beispielsweise Familien, die ein Kleinkind in ihre Familie aufgenommen hatten und dieses Kind auch dann weiter betreuten, als sich im Lauf der Entwicklung die seelische Behinderung zeigte und auch dann, als das Jugendamt die gewährten Hilfen mit Volljährigkeit des Kindes beendete.

Darüber hinaus konnten zahlreiche neue Familien gewonnen werden, die sich der Herausforderung der Betreuung eines psychisch kranken erwachsenen Menschen in der eigenen Familie stellen wollten.

In Absprache mit dem Thüringer Ministerium beschränkten wir uns bei unserer Suche nach Gastfamilien auf das Einzugsgebiet der Psychiatrischen Fachkliniken Jena und Stadtroda und legten unseren Schwerpunkt in den Umkreis von Jena mit einem Radius von circa 50 Kilometern in die Richtungen Weimar, Erfurt, nach Rudolstadt und Saalfeld, in den Saale-Orla-Kreis, den Saale-Holzland-Kreis bis Gera und Greiz. In begründeten Einzelfällen gingen wir jedoch auch über den selbstgesteckten regionalen Rahmen hinaus, z.B. um eine Familie im Kyffhäuserkreis und eine Familie in der Nähe von Gotha zu betreuen.

Viele Familien, die wir für die Betreuung psychisch kranker Menschen gewinnen konnten, leben im ländlichen Raum, v.a. in kleineren Dörfern der umliegenden Landkreise. Hier finden sich großzügigere räumliche Bedingungen, häufig Bauernhöfe mit entsprechend Platz und der Möglichkeit zur Tätigkeit im Garten und Anwesen. Die meisten Familien stammen aus den Dörfern oder Städten bzw. der Region, in der sie derzeit leben. Nur vereinzelt melden sich interessierte Familien aus

den großen Städten wie Erfurt, Jena, Gera u.a.

Dagegen sind die Anfragen der Klientinnen genau entgegengesetzt zu verzeichnen. Hier melden sich viele Psychiatrieerfahrene aus den größeren Städten, die aufgrund ihrer sozialen Anbindung (Freunde, Familie, Tagesstruktur) gern in den Städten wohnen bleiben wollen. Es gibt aber auch einzelne Klientinnen, die sich von den städtischen Strukturen überfordert fühlen und gezielt den ländlichen Bereich anstreben. Von den Familien, die sich bei uns gemeldet haben, weisen nur wenige Großfamilienstrukturen auf. Dafür stießen wir auf ein besonderes soziales Engagement der interessierten Familien in ihrem Umfeld, d.h. eine gute Vernetzung der Familie im Umfeld, Unterstützung älterer Nachbarn in deren Haushalt, bei Einkäufen mit Pkw, gemeinsamen Mahlzeiten und gemeinsamer Freizeitgestaltung.

Die Altersstruktur der Familien zeigt ein verhältnismäßig hohes Alter der aufnehmenden Familien. Viele der Gasteltern sind bereits um die 50 Jahre alt. Die hauptsächlich erwachsenen Kinder verfügen in der Regel über gute Kontakte zu ihren Eltern, sind jedoch bereits „abgenabelt“ und leben in eigenständigen Haushalten. In dieser Gruppe der zwischen 50-60-Jährigen zeigen sich besonders die Schwierigkeiten der derzeitigen Lage auf dem Arbeitsmarkt, die dazu führen, dass Menschen über 50 Jahren kaum noch Arbeit finden, obwohl sie an einer sinnvollen Tätigkeit interessiert und körperlich sowie psychisch dazu in der Lage sind und sich intensiv darum bemühen. Daneben sind auch jüngere Gastfamilieneltern mit eigenen Kindern anzutreffen. Vereinzelt bewerben sich auch Gastfamilien unter 30 Jahren. Von die-

sen Familien konnten einige Bewerber durchaus als geeignet festgestellt werden, allerdings fand bisher noch keine Vermittlung statt. Die Frauen sind in den Familien in der Regel die Bezugspersonen für den aufgenommenen Gast. In einigen Familien stehen auch beide Partner gleichberechtigt als Ansprechpartner und für die Betreuungsarbeit zur Verfügung, in einzelnen Fällen ist die Hauptbezugsperson der Mann der Familie.

Als Besonderheit unserer Thüringer Gastfamilien ließ sich auch feststellen, dass ein hoher Anteil der Gastfamilien über Berufserfahrung im sozialen und pflegerischen Bereich verfügt. So waren in einigen Familien die Frauen, aber in einzelnen Fällen auch Männer ausgebildet und berufserfahren als Erzieher, Sozialpädagogen, Altenpfleger, gesetzliche Betreuer u.ä. Aus gesundheitlichen Gründen (z.B. Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall) gaben einige Frauen ihre Arbeit auf, identifizieren sich aber durchaus noch mit diesem Arbeitsfeld und können sich daher eine Betreuung von erwachsenen psychisch kranken Menschen gut vorstellen.

Welche Motive bewegen Familien, einen psychisch kranken Menschen bei sich aufzunehmen?

In der wissenschaftlichen Begleitforschung der Fachhochschule Jena und durch Befragungen durch das Familienpflegeteam konnte nachgewiesen werden, dass für die Entscheidung einer Familie für die Aufnahme eines Gastes verschiedene Motivationen zum Tragen kommen.

Eine große Rolle spielt dabei die Besetzung von Leerstellen im Familiengefüge, insbesondere wenn erwachsene Kinder den Haushalt verlassen

haben. Weiterhin ist das Engagement in der Familienpflege vor allem für Frauen auch eine Reaktion auf die Wende, den Verlust von Arbeit, Identität und sozialer Einbindung und bedient damit die Suche nach einer neuen Lebensaufgabe. Eigene berufliche Vorerfahrungen der Frauen im sozialen und pflegerischen Bereich („so etwas liegt mir“) kommen unterstützend hinzu. Ebenso zu erwähnen sind eigene Erfahrungen der Familien in ihrer Biographie mit schwierigen Lebenssituationen und psychischen Belastungen, die mit Unterstützung gemeistert werden konnten. Hieraus ergibt sich der Wunsch, anderen Menschen bei der Bewältigung von schwierigen Lebenssituationen zu helfen.

Während die genannten Motive eher auf einer latenten Ebene einzuordnen sind, ergeben sich auf einer Ebene der Entscheidung vor allem folgende Themen:

- eine sinnvolle Aufgabe übernehmen,
- Entwicklung bewirken,
- Ressourcen nutzen: Zeit, Wohnraum,
- Kompetenzen nutzen (frühere Pflegeerfahrungen, Berufsausbildung und -erfahrungen),
- Soziale Anerkennung und Einbindung,
- Bedürfnisse nach sozialen Kontakt und Gespräch z.B. wenn ein Partner zu Hause ist und der andere tagsüber oder auch die ganze Woche außer Haus arbeiten muss,
- Finanzieller Anreiz: Zuverdienst, Beitrag zum Familieneinkommen als Aufwertung der erbrachten Leistungen der betreuenden Person,
- Bereitschaft und Unterstützung durch alle Mitglieder der Familie,

- Sicherung des gewohnten Lebensumfeldes in der Familie für erwachsen gewordene „Pflegekinder“.

Was erleben die Thüringer Gastfamilien als Gewinn ihres Engagements?

Übereinstimmend auch mit den Erfahrungen anderer Projekte der Psychiatrischen Familienpflege erleben es die Thüringer Gastfamilien als ihren Verdienst und ihre Erfolgserlebnisse, wenn die Betreuung erfolgreich verläuft und sich das Verhalten der aufgenommenen Personen verbessert und „normalisiert“. Positiv bewertet wird auch, dass die Familie wieder eine gemeinsame Aufgabe hat, sich um jemanden zu kümmern. Das Familiengefüge sortiert sich neu. Insbesondere die Hauptbezugsperson erfährt über ihre Tätigkeit die soziale Anerkennung des Umfeldes und erlebt einen höheren sozialen Status durch die neue Aufgabe. Durch die Aufnahme eines Gastes ergeben sich wieder neue soziale Kontakte außerhalb der eigenen Partnerschaft und Familie (neue Gesprächsmöglichkeiten und -Inhalte) und gemeinsame Erlebnisse u.a. auch im Freizeitbereich. Die Mitarbeiter des Familienpflegeteams stehen den Familien für Kontakte und Gespräche zur Verfügung und werden zu Fragen wie dem Bafög-Antrag des Sohnes, Eheproblemen bis hin zu Gartenpflege und Kochrezepten zu Rat gezogen. Nicht zuletzt erleben die Hauptbezugspersonen durch den finanziellen Ausgleich für die Betreuungsarbeit auch eine Aufwertung des Familieneinkommens und können wieder selbst einen Beitrag zum Familieneinkommen leisten.

Durch die Integration eines neuen Mitbewohners in die Familie ändern sich die Familienstrukturen und der

Familienalltag zum Teil erheblich und können auch Belastungen erzeugen. Unterschiedliche Gewohnheiten und Zeitrhythmen müssen miteinander ausgehandelt und aneinander angepasst werden. Insbesondere die Hauptbezugspersonen berichten von Einschränkungen der Verfügbarkeit über die eigene Zeit und die konkrete Mehrarbeit, die durch die Betreuung und die Unterstützung der Klientinnen anfällt.

Bei ihrer herausfordernden Betreuungstätigkeit werden die Gastfamilien intensiv durch das Familienpflegeteam unterstützt. Zum einen wählt das Team die Gastfamilien aus und bereitet sie auf die Aufnahme eines Gastes in die Familie vor. Zum anderen begleitet das Team das Zusammenleben durch regelmäßige Hausbesuche und Telefonate. Im Vordergrund der Unterstützung der Gastfamilien durch das Familienpflegeteam stehen dabei „Empowerment“ und Stärkung der Beziehungs- und Unterstützungsfähigkeit der Familie. Das Team ist für die Familien aber auch eine wichtige Informationsquelle über psychiatrische Erkrankungen und ihre sozialen Auswirkungen/ Beeinträchtigungen, psychiatrische Hilfemöglichkeiten des Umfeldes und sozialrechtliche Informationen. Es erschließt gemeinsam mit den Familien und teilweise auch stellvertretend für diese Möglichkeiten der Hilfe und Unterstützung, z.B. der externen Tagesstruktur von Klienten und / oder medizinischen, psychiatrischen Behandlung und Therapie. Die Sicherung der Selbstsorge und Vermeidung von Überforderung der Gastfamilien ist besonders wichtig. Unter Vermittlung und Moderation des Teams werden in der Familien Grenzen zur Wahrung der Intimsphäre und Rückzugsmöglichkeiten ausgehandelt und auf deren Einhaltung

geachtet. Die Mitarbeiterinnen übernehmen im Umgang mit den Klientinnen Modellfunktionen und gleichen bei Spannungen und Beziehungsstörungen aus, intervenieren in Krisensituationen. Nicht zuletzt regt das Team die einzelnen Gastfamilien immer wieder an, sich auch mit anderen Gastfamilien zu vernetzen und in Austausch zu treten. Dazu organisieren das Team zweimal im Jahr Familienpflegefeste sowie regionale Familienstammtische und Möglichkeiten zum fachlichen Austausch wie beispielsweise die Bundestagungen.

Die betreuten Klienten/ Gastbewohnerinnen

Welche Menschen eignen sich für die Integration in eine Gastfamilie?

Allgemein lässt sich festhalten, dass es keine objektiv beschreibbaren und verlässlichen Größen dafür gibt, welcher Klient sich für die Integration in eine Gastfamilie eignet. Die Eignungskriterien ergeben sich nur für einen konkreten Einzelfall und sind ganz eng gekoppelt an die Potentiale der Familie, die diesen einzelnen Menschen bei sich aufnimmt (individuelle Passung).

Für die Integration in eine Gastfamilien spricht, wenn der Klient sich aus eigenem Willen für eine andere Lebensform entscheidet, also der Wunsch nach Veränderung gegeben ist. Dazu gehört viel Mut, sich auf andere Menschen einzulassen ebenso wie die Sehnsucht nach Nähe und das Wohlfühlen in einem engen sozialen Beziehungssystem.

Klienten mit akuter Suizidgefahr, Fremdgefährdung und sexueller Devianz sind für die Vermittlung in eine Gastfamilie nicht geeignet. Kritisch abzuwägen bleibt Alkohol- / Drogen-

gebrauch, -missbrauch oder eine bestehende Abhängigkeitserkrankung von Klienten. Während man in diesen Fällen grundsätzlich eher von einer Nichteignung ausgeht, gelang es im Projekt jedoch in einzelnen Fällen dennoch, die Klienten in erfolgreich in eine Gastfamilie zu integrieren. Ausschlaggebend für den langfristigen Erfolg sind hier wieder ganz besonders die Ressourcen und das Potential der einzelnen Gastfamilien, d.h. ob das Familienpflegeteam eine Gastfamilie findet, die sich dieser sehr schwierigen und herausfordernden Betreuungsaufgabe stellt und diese auch langfristig gut bewältigen kann. Transparenz und gemeinsame, verbindliche, klare Absprachen (z.B. Suchtmittelfreiheit im Wohnbereich) sind für alle Seiten dringend notwendige Rahmenbedingungen.

Für die Aufnahme in die Familienpflege erwiesen sich weniger die medizinischen Diagnosen der Klientinnen und das medizinische Krankheitsmodell als bedeutsam. Wichtiger sind die sozialen Beeinträchtigungen, Verhaltensstörungen und Affektschwankungen im Zusammenhang mit der Erkrankung und insbesondere der Krisen. Es geht darum, die Symptome der Erkrankung zu verstehen und einen sozial angemessenen Weg zu finden, mit der Erkrankung in der Familie und deren Umfeld umzugehen. Im Thüringer Modellprojekt wurden Klienten mit unterschiedlichen psychiatrischen Krankheitsbildern (ICD-10) in Gastfamilien vermittelt, so u.a.

- Autismus, F 84
- Persönlichkeitsstörungen, F 60
- Depression, F 32 – 33.9, F 31.3 – 31.5
- Angststörung, F 40- 41.9
- Schizophrenie, F 20- 29
- Schizoaffektive Störungen, F 25

- Zwangsstörungen, F 42
- BorderlineStörung, F 21
- Ess-Störung, F 50.0- 50.9
- Mehrfachbeeinträchtigung mit Suchtmittelmissbrauch/ -abhängigkeit, F 10
- - Intelligenzminderung, F 70- 79

Zielgruppe des Modellprojektes

Gemeinsam mit dem Thüringer Ministerium wurde die Zielgruppe des Modellprojektes auf chronisch psychisch kranke Personen beschränkt, die ihren Alltag mit ambulanter Hilfe nicht bewältigen können und daher stationärer Hilfe bedürfen. Ein Heimaufenthalt muss durch die Vermittlung und Betreuung in einer Familie vermieden werden können. Mehrfachbeeinträchtigte Personen können ebenfalls in Gastfamilien vermittelt werden, wenn die psychische Störung die Primärerkrankung darstellt und eine Minderbegabung und/ oder Suchterkrankung noch hinzukommen. Vermittelbar sind ebenfalls psychisch kranke Eltern mit Kind. Der Versorgungsbedarf von geistig und mehrfach behinderten Menschen mit anderen Primärerkrankungen wurde in Thüringen bisher nicht berücksichtigt.

Welche Klienten wurden in Gastfamilien vermittelt?

Anders als erwartet und in den al-

ten Bundesländern üblich, lag der Schwerpunkt der vermittelten Klienten im Thüringer Modellprojekt hinsichtlich des Alters zwischen 20 und 25 Jahren. Die Klienten sind also in der Regel sehr jung, viele von ihnen in Heimstrukturen aufgewachsen und mit einer eigenen Wohnung deutlich überfordert. Die jungen Menschen suchen enge Anbindung an eine Familie, Geborgenheit und Nähe anderer Personen, um auch Erfahrungen der Kindheit wie Verlust der Eltern zu verarbeiten. Sie brauchen Struktur und Orientierung durch die Gasteltern.

Mit Blick auf das jugendliche Alter der Klienten ist die Arbeit des Familienpflegeteams stark daran ausgerichtet, den Klienten nicht nur eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen, sondern ihnen auch die Teilhabe am Erwerbsleben möglichst zu erschließen.

Arbeit für psychisch kranke Menschen ist in unserer Gesellschaft angesichts der Arbeitsmarktlage ein durchgängiges Problem. Die Suche nach geeigneten Beschäftigungsmöglichkeiten erweist sich in der Praxis häufig als sehr schwierig. Vor allem im ländlichen Raum besteht nur eingeschränkte Anbindungen an den öffentlichen Nahverkehr und Beschäftigungsangebote des Psychiatrischen Hilfesystems. Ein

Großteil der Klienten wird in den Familien in Arbeiten des Haushaltes, Anwesens/ Gartens und der Versorgung von Haustieren einbezogen und erhält kleine eigene Aufgabenbereiche. Darüber hinaus ist das Familienpflegeteam bestrebt, insbesondere den jungen Menschen die Teilhabe am Arbeitsleben zu erschließen und sie langsam und in überschaubaren Schritten an die Berufstätigkeit heranzuführen. So besuchen einige Klienten die Werkstatt für behinderte Menschen, absolvieren ein Berufsvorbereitungsjahr oder eine Ausbildung, besuchen die Tagesstätte oder Zuverdienstbereiche.

Die Klientinnen werden ebenfalls intensiv durch das Familienpflegeteam begleitet. Dies betrifft im Vorfeld die Auswahl und Vorbereitung der Klienten (gemeinsame Gespräche, Kennen lernen von möglichen Familien, gegenseitige Besuche, Probewohnen) sowie die regelmäßige telefonische und persönliche Begleitung im Zusammenleben mit der Familie sowie hinsichtlich der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft und am Erwerbsleben. Das Familienpflegeteam unterstützt die Klienten bei der Integration in die Familie, Bewältigung des Alltags, Bewältigung der Einschränkungen aufgrund der Erkrankung, Balancierung von Gefühlen und Interessen im Zusammenleben, Bear-



beutung und Bewältigung von Krisen, ansatzweisen biographischen Rekonstruktion der Lebensgeschichte. Ziel ist es, Wohlbefinden, Lebensqualität und -zufriedenheit, Selbstbestimmung und Selbständigkeit der Klienten zu verbessern. Das Team dient auch als Quelle sozialrechtlicher Informationen und unterstützt die Klienten dabei, eine angemessene Beschäftigung und Tagesstruktur zu finden sowie gewünschte ärztliche und psychiatrische Behandlungsangebote zu erschließen. Gemeinsam mit allen Beteiligten werden Hilfe- und Entwicklungspläne erarbeitet und notwendige Hilfen durch das Team koordiniert. Bei Auflösung des Familienvertrages unterstützt das Team den Klienten und vermittelt in geeignete Betreuungsangebote weiter.

Bei den Unterstützungsleistungen des Familienpflegeteams kann man unterscheiden in

Tätigkeiten für die Klientinnen:

- hauptsächlich Informationsweitergabe und Terminabsprachen (v.a. telefonisch)
- fallbezogene Besprechungen im Team

Tätigkeiten mit den Klientinnen:

- Einzelkontakte und
- im Rahmen der regelmäßigen Hausbesuche und Telefonate organisatorische Aufgaben wie Arztkontakte, Anträge, Ämtergänge, Fahrdienste, emotionale Unterstützung (ermutigen, ausgleichen, zuhören, störendes Verhalten besprechen usw.), Training im alltagspraktischen Bereich, Krisenintervention u.a.m.

Das Team

- vermittelt, moderiert und entlastet.
- Leistet v.a. organisatorische und emotionale Unterstützung,

- entweder direkt in den Familien, umfassend selbst tätig oder als „case-manager“, notwendige Hilfen koordinierend.

Entwicklung und Veränderung von Klienten

Die Entwicklung und Veränderung der Klientinnen in den Gastfamilien vollzieht sich auf verschiedenen Ebenen. Sie umfasst die

- Überwindung von hospitalisierungsbedingten Verhaltenseinschränkungen,
- Wieder-/ Aneignung alltagspraktischer Fertigkeiten bei Körperhygiene, Kleidung, Ordnung des eigenen Bereichs, Umgang mit Geld,
- Aufnahme und Pflege von alten und neuen Sozialbeziehungen,
- Zugewinn an Selbstbestimmung, Selbstsicherheit und Entscheidungssicherheit,
- Subjektives Wohlbefinden und Zufriedenheit mit der Entscheidung und den Lebensumständen,
- Möglichkeit zur Übernahme verschiedener Rollen.

Aufgaben des Familienpflegeteams

Dass sich die Gäste und die Familien zusammen wohlfühlen, Konflikte konstruktiv bearbeitet werden und Familienpflegeverhältnisse langfristig gelingen, ist neben der Arbeit von Gast und Familien auch ein großer Anteil und Verdienst des Familienpflegeteams.

Ziel allen Handelns in der Psychiatrischen Familienpflege ist die erfolgreiche Integration des Klienten in die Gastfamilie. Dabei umfasst der Begriff Integration Fragen nach der Akzeptanz der Klientinnen in der Familie (werden sie gemocht, werden sie vermisst, werden sie vor Ausgrenzung geschützt

u.a.m.). Die Stellung der Klientinnen in der Familie soll jedoch auch nicht idealisiert werden, vielmehr geht es darum, dass diese „ihren Platz“ in der Familie finden. Da sich das Zusammenleben von Gast und Familie sehr dynamisch gestaltet, wird die Frage der Integration sowohl vom Gast als auch von der Familie abhängig von der aktuellen Situation beschrieben. Wichtig sind gemeinsame Bezugspunkte im Alltag. Haustiere und im Haushalt lebende Kinder können den Integrationsprozess in die Familie erleichtern. Die Kontaktaufnahme und der Beziehungsaufbau sind für Klientinnen angstfreier möglich. Tiere ermöglichen die Erfüllung von Bedürfnissen nach Nähe und Distanz. Die Beschäftigung mit ihnen wird im sozialen Umfeld von allen als Aufgabe anerkannt, gewürdigt und bietet gemeinsamen Gesprächsstoff.

Das Familienpflegeteam begleitet das Zusammenleben von Gast und Gastfamilie durch regelmäßigen telefonischen Kontakt, regelmäßige Hausbesuche und gemeinsame Ausflüge und Feste. Intensive Unterstützung durch das Familienpflegeteam erfahren Gast und Gastfamilie vor allem auch in Zeiten von Spannungen und Krisen. Hier steht das Team hilfreich zur Seite durch Beratung und Begleitung, ergreift aber auch ggf. notwendige Maßnahmen zur Krisenintervention.

Im Zusammenleben von Klientin und Familienmitgliedern ergeben sich wiederholt typische verschiedene Krisensituationen, die sich in drei große Schwerpunkte gliedern lassen:

a) In der Anfangsphase:

Regeln und Verbindlichkeiten müssen gemeinsam ausgehandelt und vereinbart werden. Alle müssen sich auf die neue Situation einstellen. Rollen

und Grenzen sind noch nicht klar und müssen verhandelt werden.

b) Der Alltag kehrt ein:

Nach dem anfänglichen Gewährenlassen und Verwöhnen müssen zu großzügige Regelungen wieder zurückgenommen werden. Die Interessen aller Beteiligten müssen gleichberechtigt ausbalanciert werden. Das Zusammenleben wird belastet vom Hygiene- und Essverhalten der Klientinnen (v.a. bei langzeithospitalisierten Klientinnen), Einschränkungen infolge der psychischen Erkrankung wie bestimmte Krankheitssymptome (z.B. bei Zwangserkrankung), sozialen Rückzugstendenzen der Klienten, eingeschränkter Kommunikation, Antriebsarmut, dem Fehlen von Interessen und Hobbies der Klienten.

c) Akute Krankheitssymptome und psychische Krisen:

Hier sind die psychiatrischen Kenntnisse der Familienpflegeteams gefragt, um für Entlastung zu sorgen und hilfreiche Schritte zur Bewältigung der Krise einzuleiten (beispielsweise die medizinische Versorgung der Klientinnen, Gesprächsangebote etc.). So können auch Schwierigkeiten in der Familie aufgrund der Fremdheit im Verhalten der Klienten bearbeitet werden.

Das heißt auch, dass die Mitarbeiterinnen des Teams rund um die Uhr und insbesondere auch an den Wochenenden telefonisch zur Verfügung stehen. In dringlichen Fällen und Krisen, die sich nicht telefonisch klären lassen, werden die Familien sehr kurzfristig besucht, auch außerhalb der regulären Dienstzeiten und an Wochenenden.

Weiterhin sind folgende Gründe denkbar, die dazu führen können, ein Familienpflegeverhältnis zu beenden:

- Verschiebungen im Familiensystem, die nicht adäquat bearbeitet werden können (z.B. wenn eigene Kinder oder der Lebenspartner eifersüchtig reagieren und mehr Aufmerksamkeit benötigen und dies nicht mehr mit der Betreuung der Klientin vereinbar erscheint),
- Ehekrisen und lebensverändernde Entscheidungen und Ereignisse wie Umzug, Scheidung der Familie oder die Arbeitsaufnahme der Hauptbetreuungsperson, so dass die Betreuung der Klientin nicht mehr abgesichert werden kann,
- Wenn die Familie Prioritäten setzen muss und zum Beispiel der Pflegebedarf eines Angehörigen in der eigenen Familie die Ressourcen bindet,
- Bei jüngeren Klientinnen kann der Aufenthalt als Nachsozialisierung zur Verselbständigung führen und die persönliche Entwicklung den Wunsch nach einer eigenen Wohnung wecken,
- Wenn die Familienpflege als Rahmen zur gesundheitlichen Stabilisierung diene, nach der die Klientin das Leben wieder selbständig bewältigen kann,
- Wenn eine zu hohe körperliche Pflegebedürftigkeit der Klientinnen die Belastungsgrenzen der Familie überschreitet.

Wie sieht der Alltag des Familienpflegeteams aus?

Größtenteils besteht die Arbeit der Mitarbeiterinnen in aufsuchender Sozialarbeit in den Familien und ihrem Umfeld. Dies stellt hohe Anforderungen an die Mitarbeiterinnen, die auf sich selbst gestellt und relativ isoliert tätig die täglichen Arbeitsaufgaben bewältigen, weil sie über soziale Kompetenz, Milieu-

kenntnisse, Lebenserfahrung und psychiatrische Fachkenntnisse verfügen. Es fallen häufige und lange Fahrtzeiten / Zeiten unterwegs der Mitarbeiterinnen an. Alle müssen zu flexiblen und unüblichen Arbeitszeiten auch in den Abendstunden und an Wochenenden bereit sein und über ein großes Maß an Stresstoleranz, v.a. bei Kriseninterventionen und über Entscheidungsfreudigkeit verfügen.

Ein weiterer großer Baustein der Hilfe ist die Hilfeplanung und darin enthalte die Koordination begleitender Hilfen durch das Team. Diese beinhaltet insbesondere organisatorische Aufgaben wie Arztkontakte, Antragstellungen, Ämtergänge, Fahrdienste, emotionale Unterstützung (ermutigen, ausgleichen, zuhören, störendes Verhalten besprechen usw.), Training im alltagspraktischen Bereich, Krisenintervention u.a.m.. Kenntnisse über psychische Erkrankungen und ihre sozialen Auswirkungen, Krankheitsverläufe, Behandlungsmöglichkeiten sind hier ebenso zwingend erforderlich wie gute Kenntnisse über die Bausteine des regionalen psychiatrischen Hilfesystems, sozialrechtliche Leistungen, Schul- und Ausbildungsmöglichkeiten, Arbeits- und Beschäftigungsmöglichkeiten im Umfeld. Kooperationsstrukturen mit anderen Einrichtungen und Diensten müssen etabliert und gepflegt werden. Wichtig ist besonders die gute Zusammenarbeit mit Kostenträgern, Sozialpsychiatrischen Diensten, Sozialdiensten in den Kliniken, gesetzlichen Betreuern und Einrichtungen und Diensten des Psychiatrischen Hilfesystems wie Beratungsstellen, Wohnformen, Tagesstätten, Werkstätten für behinderte Menschen, Zuverdienstmöglichkeiten, Ausbildungsangebote etc. Die enge Kooperation und Abstimmung um-

fasst neben häufigen Telefonaten v.a. auch belastbare persönliche Kontakte. Die Mitarbeiterinnen sind auch hier wieder gefragt, eigenverantwortlich mit Verhandlungsgeschick und Organisationsstalent die Arbeit effektiv zu gestalten.

Im Rahmen der Reflexion der Arbeit und Entwicklung sowie Sicherung der Qualität zählen zu den Aufgaben der Mitarbeiterinnen

- Aufbau und fortlaufende Verbesserung einer Aufbau- und Ablauforganisation,
- Durchführung einer wöchentlichen Dienstberatung zu fallbezogenen und organisatorischen Absprachen, Reflexionen, Hilfeplanungen,
- Dokumentation der Tätigkeiten,
- Mitwirkung, Reflexion und Umsetzung von Ergebnissen der wissenschaftlichen Begleitforschung,
- Erwerb und Festigung der fachlichen Qualifikation,
- regelmäßige Supervision,
- (Weiter-) Entwicklung des Konzeptes,
- Öffentlichkeitsarbeit/ Information der Kostenträger, Fachöffentlichkeit, Bevölkerung.

Finanzierung des Modellprojektes

Die Ausgestaltung des Modellprojektes „Einführung der Psychiatrischen Familienpflege in Thüringen“ beinhaltet einige Besonderheiten auch hinsichtlich der Finanzierung des Leistungsangebotes. Im Gegensatz zu den anderen Bundesländern, die bereits über lange Jahre die Psychiatrische Familienpflege als ambulantes Vorsorgungsangebot aufgebaut hatten, wurde für Thüringen der stationäre Hilfestatus vereinbart. Zuständiger Kostenträger war zu Beginn des Modellprojektes das Thüringer

Landessozialamt. Mit Kommunalisierung der Sozialhilfe ging die Zuständigkeit auf die einzelnen Kommunen über.

Die Finanzierung der Gastfamilien erfolgte über Pauschalen, die in der Vereinbarung mit dem Thüringer Ministerium vom Dezember 2002 festgelegt wurden und somit Bestandteil aller Familienpflegeverträge waren. Die Gastfamilien erhielten demnach für die Betreuung der ihnen anvertrauten Menschen ein Betreuungs-/ Pflegegeld in Höhe von 333,- € monatlich für ihre Bereitschaft und Betreuungsarbeit. Hinzu kamen die Kosten für Ernährung, Körperpflege und sonstigem Bedarf gemäß § 1 Thüringer Regelsatzverordnung in Höhe von 136,77 € (2002), nach Anpassung 141,40 € (2004) bzw. 178,94 € (2005) sowie die Kosten der Unterkunft einschließlich Heizung und Nebenkosten in Höhe von 212,90 € monatlich. Der Klient erhielt einen monatlichen Barbetrag in Höhe von 82,06 € (2002) bzw. 84,60 € (2004), 86,06 € (2005) sowie ggf. einen Mehrbetrag aus dem Einsatz seines Einkommens sowie eine Bekleidungsgeldpauschale von monatlich 23,- €.

Der Träger Aktion Wandlungswelten erhielt einen mit dem Landessozialamt Thüringens ausgehandelten Tagessatz für die fachliche Begleitung und Betreuung der aufgenommenen Klienten. Für die Aufbauarbeiten und die verstärkte Öffentlichkeitsarbeit im Zuge der Werbung und Etablierung des Projektes wurden trotz des Status als Modellprojekt seitens des Ministeriums oder des Landessozialamtes keine anteiligen Personal- oder Sachkosten des Trägers übernommen. Im Rahmen der Vereinbarungen konnten nur in Gastfamilien vermittelte Klienten abgerechnet werden.

Mit Beendigung des Modellprojektes und Überleitung in ein ambulantes Versorgungsangebot stehen die vom Kostenträger bisher gewährten Pauschalen insbesondere für Betreuungsaufwand, Regelsatz und Kosten der Unterkunft seitens der Kostenträger wieder zur Diskussion. Es wird großer Anstrengungen bedürfen, eine für Gastfamilien, betreute Klienten und dem Träger der Familienpflege tragfähige Finanzierung mit den Kostenträgern zu vereinbaren.

Anschrift:

Jana Neukirchner, Dipl.-Sozialarbeiterin/ Sozialpädagogin (FH)
Marlis Hartung, Ergotherapeutin
Wiebke Schorsch, Dipl. Sozialpädagogin (BA)

Aktion Wandlungswelten Jena e.V.

Carl-Zeiss-Platz 3
07743 Jena

Telefon: 03641 / 440425

E-Mail: familienpflege@aww-jena.de

Web: www.aww-jena.de

Gemeindeintegrierte Akutbehandlung mit Hilfe von Gastfamilien

Dr. Renè Bridler; Dr. Kathrin Lötscher, Ambulantes Zentrum Ost, Sektor Ost der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich, Schweiz



Die Werkstatt wurde von Susette Boden & Karin Felsch auf der Grundlage teilnehmender Beobachtung und der Internetpräsentation des Trägers dokumentiert. Ausgewählte Folien aus der von den Referenten zur Verfügung gestellten PPT-Präsentation wurden in den Text integriert. Der Text wurde in der abgebildeten Form von den Referenten autorisiert.

Versorgungspolitischer Hintergrund

Ende der 60 er Jahre kam es im Zuge der Kritik an der bestehenden psychiatrischen Versorgung zu großen Reformen. Mit den Forderungen nach Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung wurden die Bettenzahlen in den großen Anstalten reduziert, Kliniken teilweise ganz geschlossen und es kam zur Auslagerung der psychiatrischen Behandlung in die Gemeinde.

Damit stieg der Druck, dieser neuen Herausforderung entsprechende Behandlungskonzepte entgegen zu stellen. Es wurden komplementäre

Strukturen zur Betreuung von Patienten mit schweren psychischen Störungen entwickelt, die den Betroffenen und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt rücken, alltagsorientiert sind und den Patienten mehr Selbstbestimmung ermöglichen.

„Neben der kontinuierlichen Nachsorge entlassener ehemaliger Langzeithospitalisierter machte es sich die Gemeindepsychiatrie vielerorts zur Aufgabe, durch ein umfassendes und aufsuchendes Behandlungsangebot akut erkrankte Personen in ihrem häuslichen Umfeld als Alternative zur Hospitalisation zu betreuen. Eine spezielle Zielgruppe stellen dabei schwer erkrankte Langzeitpatienten mit häufigen Klinikeinweisungen (sog. Drehtürpatienten) dar“.

In den USA wurden Modelle entwickelt, die eine weite Verbreitung fanden. So z.B. das in Wisconsin entstandene Assertive Community Treatment (ACT), das Intensive Case Management (ICM) sowie das Community Mental Health Team (CMHT).

Die Erfahrungen mit den gemeindenahen Ansätzen zur Akutbehandlung haben zu verschiedenen Erkenntnissen bezüglich der Auswirkungen geführt.

- Weniger stationäre Behandlungstage
- Stabilisierung der Wohnsituation
- Grössere Zufriedenheit der Betroffenen
- Verbesserung der Lebensqualität
- Grössere Zufriedenheit der Angehörigen
- Größere Behandlungskontinuität
- Senkung der Behandlungskosten
- Keine zusätzliche Verbesserung des psychopathologischen Symptomlevels
- Keine zusätzliche Verbesserung der sozialen Anpassung
- Keine zusätzliche Verbesserung der beruflichen Situation
- Rückfallraten wie nach Hospitalisation

Gemeindenaher Akuttherapie in den USA

In den USA wurde der Ansatz der gemeindeintegrierten Akuttherapie unter Zuhilfenahme von Gastfamilien entwickelt. „Diese öffnen während einer zeitlich begrenzten Dauer die Türen zu ihren Heimen für eine Person in einer akuten oder subakuten seelischen Krise und bieten dadurch die Möglichkeit, eine stationäre Behandlung zu umgehen oder abzukürzen.“

In Madison/ Wisconsin existiert dieses Home Crisis Programm seit 18 Jahren und ist fester Bestandteil der psychiatrischen Versorgung, deren Schwerpunkt in der Gemeinde liegt und der 80% der finanziellen Mittel in diesem Bereich zufließen. Gegründet wurde das Modell von *Russell Bennett*.

Es gibt 10 Gastfamilien unterschiedlicher sozialer Situation, die sich durch Anzeigen oder Mund zu Mund Propaganda gemeldet haben und schließlich ausgewählt und ausgebildet wurden. Die Gäste und Familien werden von mobilen Teams betreut und können auf einen 24h Service zurückgreifen. Als Gäste werden Patienten ausgewählt, die auf einer offenen psychiatrischen Abteilung oder in einem Kriseninterventionszentrum behandelt werden könnten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 7-10 Tage, gegebenenfalls mehrmals jährlich. Sie Entlohnung der Gastfamilien beträgt pro Tag zwischen \$85-120.

Dieses Modell ist sehr erfolgreich und zeichnet sich durch eine hohe Patientenzufriedenheit aus.

Konzept

In der Schweiz existiert ein Spitalbasiertes Versorgungssystem im Bereich der Psychiatrie mit dem Behandlungsgrundsatz stationär vor ambulant. Dieser Versorgungsstruktur fließen 80% der finanziellen Mittel der Krankenversorgung zu.

Es fehlen geeignete komplementäre Angebotsformen für die Betreuung psychisch kranker Menschen in der Gemeinde.

Eine Stichtagerhebung von 7 stationären psychiatrischen Institutionen mit staatlicher Subventionierung im Kanton Zürich 2002 ergab folgende Fakten. An einem einzigen Tag benötigten 455 (34%) hospitalisierte Patienten die psychiatrische Klinik nicht, 255 (19%) von ihnen hätten mit außerstationären Angeboten besser behandelt werden können.

Daraufhin entschlossen sich 2004 die Ärzte des Ambulanten Zentrums

Ost der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich, das Projekt „Gemeindeintegrierte Akutbehandlung unter Zuhilfenahme von Gastfamilien im Sektor Ost der PUK Zürich“ zu gründen. Der ärztliche Leiter der PUK reiste nach Madison/ Wisconsin und sprach dort mit dem Gründer des Home Crisis Programms über das Konzept, die Organisation und Umsetzung. Dieses Modell wurde die Grundlage des Projektes.

Implementation

Zielsetzungen

„Bei dem Projekt handelt es sich um eine spezielle Form der gemeindenahen psychiatrischen Akuttherapie als Alternative zu den bisherigen Behandlungsmöglichkeiten.“

Gemeindenaher Akutbehandlung geht davon aus, dass...

„...Nicht alle Menschen, die sich in einer akuten schweren psychischen Krise befinden, benötigen eine stationäre psychiatrische Behandlung. Das Projekt «Gastfamilien für Psychisch-krank» bietet Betroffenen die Möglichkeit, anstelle eines Klinikaufenthaltes

während eines beschränkten Zeitraums (Tage bis maximal wenige Wochen) bei einer Gastfamilie zu leben. Dadurch sollen gesunde Anteile gefördert und die mit einer Hospitalisation einhergehende Unterbrechung des Lebensalltages reduziert werden.“

Ziele, die mit dem Projekt verfolgt werden:

- Hospitalisationen vermeiden
- Hospitalisationen verkürzen
- Stigmatisierung verringern
- Vertrauen in psychisch kranke Menschen stärken
- „Krank zu gesund“ statt „krank zu krank“
- Hospitalismus verringern
- Auch während der Krise möglichst nahe im Alltag bleiben
- Keine „Verwöhnung“ durch das Krankenhaus
- Kontinuität der Behandlung
- Psychiatrisches Angebot individualisieren und flexibilisieren

Das Projekt dient als Modellversuch in der Schweiz und soll dazu beitragen, dass diese Form der Behandlung und Betreuung von psychisch



kranken Menschen in die Regelversorgung integriert wird und somit das Versorgungssystem um ein weiteres, wichtiges Element der komplementären Hilfe erweitert.

Projektmanagement

Das Projekt – Gastfamilien in Zürich beruht auf einer dualen Struktur. Zum einen gibt es einen gemeinnützigen Trägerverein, der unabhängig von der PUK gegründet wurde. Der Trägerverein ist zuständig für die Beschaffung und Verwaltung von Mitgliedsbeiträgen, Sponsorgeldern und Spenden.

Der Hauptsponsor des Projektes ist ein großer Pharmakonzern.

Der Trägerverein wählt in Zusammenarbeit mit dem Betreuungsteam der PUK die Gastfamilien aus und entlohnt diese. Des Weiteren ist er verantwortlich für die Sicherstellung des erforderlichen Versicherungsschutzes für Gäste und Gastfamilien.

Die zweite Säule dieser Struktur ist das Betreuungsteam der PUK Zürich, welches die fachlich-inhaltliche Arbeit übernimmt.

Praktische Umsetzung

„Die vorübergehende Unterbringung bei Gastfamilien ist in erster Linie ein Angebot für Personen, die infolge einer akuten oder subakuten seelischen Krise nicht mehr in der Lage sind, ihren Lebensalltag zu bewältigen und deshalb auf eine vermehrte, über das verfügbare ambulante / teilstationäre Angebot hinaus gehende Betreuung angewiesen sind (vgl. www.gastfamilien.ch).“

Zusammensetzung und Aufgaben des Betreuungsteams

Das Projekt der Psychiatrischen Akutbehandlung mit Hilfe von Gastfamilien basiert auf zwei Säulen. Auf der einen Seite kümmern sich die Mitglieder des gemeinnützigen Vereins vor allem um die organisatorischen – finanziellen Angelegenheiten und auf der anderen Seite arbeitet ein ärztlich geleitetes, multiprofessionelles Betreuungsteam, welches von der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich gestellt wird. Das Betreuungsteam der PUK Zürich leistet folgende Arbeit:

- Gemeinsam mit dem Trägerverein werden Gastfamilien ausgewählt und einer geringen Schulung über das Krankheitsbild ihres Gastes bzw. der Formalitäten, die sie erwarten, informiert
- Psychiatrische Diagnose und Vermittlung der Patienten in eine Gastfamilie
- Betreuung der Gastfamilien und ihrer Gäste, z.B. durch regelmäßige Kontakte und 24h Stunden telefonische Erreichbarkeit
- Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Projektes
- Vernetzung beteiligter Professionen (Ärzte, Sozialarbeiter, usw.)

Aufnahme und Begleitung des Patienten

Anmeldungen für den Aufenthalt in einer Gastfamilie können Therapeuten oder andere Institutionen für einen möglichen Patienten im Ambulanten Zentrum Ost abgeben. Anschließend erfolgt ein persönliches Gespräch mit dem Betroffenen, in dem eine psychosoziale Diagnose für ihn erstellt wird. Die ärztliche Leitung des Betreuungsteams entscheidet dann mit anderen teilhabenden Professionen über eine

mögliche Aufnahme und diskutiert eine passende Gastfamilie. Nach dieser ersten „internen“ Einigung werden die Gastfamilie und ihr möglicher Gast einander bei einem Treffen im zu Hause der Gastfamilie vorgestellt. Dieses Treffen soll einen ersten Eindruck verschaffen und Vertrauen für die unbekannte Situation geben (Vorstellung der Familienmitglieder bzw. des Gastes, Wohnverhältnisse usw.). Der Behandlungsplan des Patienten wird besprochen und ein Vertrag mit den besprochenen Bedingungen unterschrieben. Die weitere Begleitung des Patienten und der Gastfamilie hängt von ihren Erfordernissen ab. Zweimal in der Woche werden sie jedoch mindestens in irgendeiner Form kontaktiert, vorwiegend telefonisch. Nach Ablauf der vereinbarten Aufenthaltsdauer ist eine Alternative für den Patienten zu finden.

Gastfamilie: Findung und Auswahlkriterien

Auf einen Artikel im Tagesanzeiger über das Projekt der Gemeindeintegrierten Akutbehandlung, in dem für Gastfamilien geworben wurde, meldeten sich ca. 50 Interessierte, die anschließend ausführlicher über die Anforderungen und Aufgaben informiert wurden. Nach speziellen Gesichtspunkten erfolgte dann eine Auswahl der Familien bzw. Einzelpersonen, die als geeignet für die Aufnahme eines Gastes wären. Nach Filterung durch diese Auswahlkriterien blieben noch vier Familien übrig.

Die Anforderungen lauten wie folgt:

- genügend Platz und eigenes Zimmer für den Gast
- gute Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln

- Gastfamilie ist finanziell unabhängig vom Projekt
- Wille zur Zusammenarbeit mit Betreuungsteam; kleinere Schulung
- Personen sind nachts und teilweise tagsüber anwesend
- familiäre, tolerante Umgebung
- Möglichkeit jederzeit nein zu sagen bzw. Aufenthalt zu unterbrechen

Begleitung

Bevor ein Gast in die Familie kommt, werden sie einander vorgestellt und können schauen, ob es passt. Nach umfangreichen Abklärungen erfolgt anschließend eine Schulung über das Krankheitsbild des Patienten, welches aber so gering wie möglich ausfällt, damit die Familie nicht in ihren natürlichen Handlungen gelähmt wird. Mindestens zweimal die Woche meldet sich das Betreuungsteam bei der Familie und ihrem Gast. Ansonsten steht es ihnen jederzeit durch eine 24 h Bereitschaft offen, sich zu melden. Weiteres unterstützendes Moment in der Begleitung der Familien ist ein regelmäßiges Treffen aller Gastfamilien, wo sie sich über Probleme, Situationen und Vorstellungen austauschen können. Als

letzter Punkt sei die finanzielle Unterstützung der Familie genannt, die Kost und Logis ihres Gastes decken soll und einen Tagessatz von CHF 140.- beträgt.

Patient: Auswahlkriterien

Für den Aufenthalt in einer Familie sind auch auf Seiten des Patienten einige Kriterien zu erfüllen, die hier kurz aufgelistet werden:

- keine organisch bedingte psychische Störung
- zwischen 18 - 65 Jahren
- Handlungs- und Urteilsfähigkeit (vor allem auch in Bezug auf Wahlmöglichkeit der Unterbringung in eine Gastfamilie)
- Kooperationsfähigkeit mit der Familie und dem Betreuungsteam
- Schweigepflichtentbindung des Betreuungsteams gegenüber Gastfamilie oder weiterer Professionen
- Es ist nicht möglich, einen Patienten in eine Familie zu schicken, der fremd- oder eigengefährlich agiert, schwere Essstörungen hat, von einer Substanz abhängt, akute medizinische Probleme oder Pflegebedürftigkeit aufweist oder dissozial,

delinquent, obdachlos bzw. verwahrlost ist.

Aufenthalt in Familie

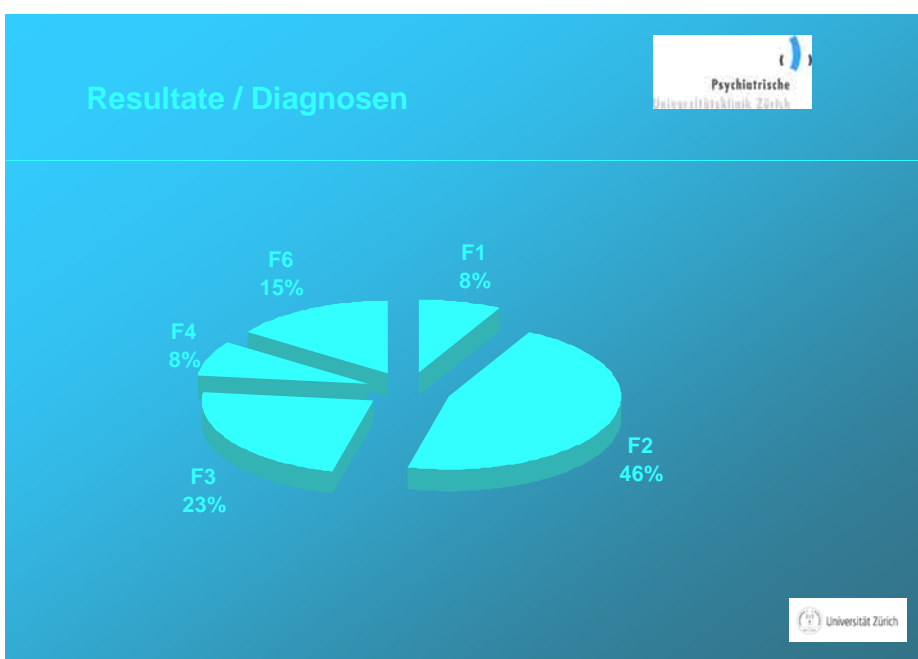
Die maximale Aufenthaltsdauer eines Patienten in einer Familie beträgt wenige Wochen. Ziel dieser festgelegten Zeitspanne ist die Mobilisierung der Fähigkeiten des Patienten. Sollte die Zeit nicht ausreichend sein, muss auf andere Alternativen zurückgegriffen werden. In dem bereits erwähnten Vertrag sind alle Bedingungen, zu denen sich der Gast in der Familie aufhält festgelegt. Den alltäglichen Umgang und häusliche Anforderungen regelt die Familie im Einvernehmen mit dem Gast. Klare Abmachungen helfen hier von vornherein Konflikte zu vermeiden und ermöglichen es dem Gast sich im Heim der Familie zu integrieren und persönliche Kontakte herzustellen. Ein Raum für Rückzugsmöglichkeiten sollte dabei nie vergessen werden. Die Beendigung des Aufenthaltes erfolgt in Absprache mit der Familie, dem Gast und dem Betreuungsteam.

Evaluation

Die Auswertung bezieht sich auf 15 Aufenthalte, wovon 13 Krisen- und zwei Probeaufenthalte waren in einem Patientenverhältnis der Männer zu den Frauen von 4:9. Die Verteilung auf die Gastfamilien ist relativ gleich.

Krankheitsbilder

An dieser Stelle seien nur die Diagnosen der Patienten nach ICD 10 dargestellt. Die meisten Patienten mit 46%, die in einer Gastfamilie waren, hatten eine diagnostizierte Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störung (F2). 23% der Gäste litten unter affektiven Störungen (F3) oder Persönlich-



keits- und Verhaltensstörungen mit 15% (F4). Die beiden letzten Gruppen an Krankheitsbildern sind in gleichem Maße mit 8% aufgetreten und sind psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1) bzw. neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4).

Aufenthaltsdauer

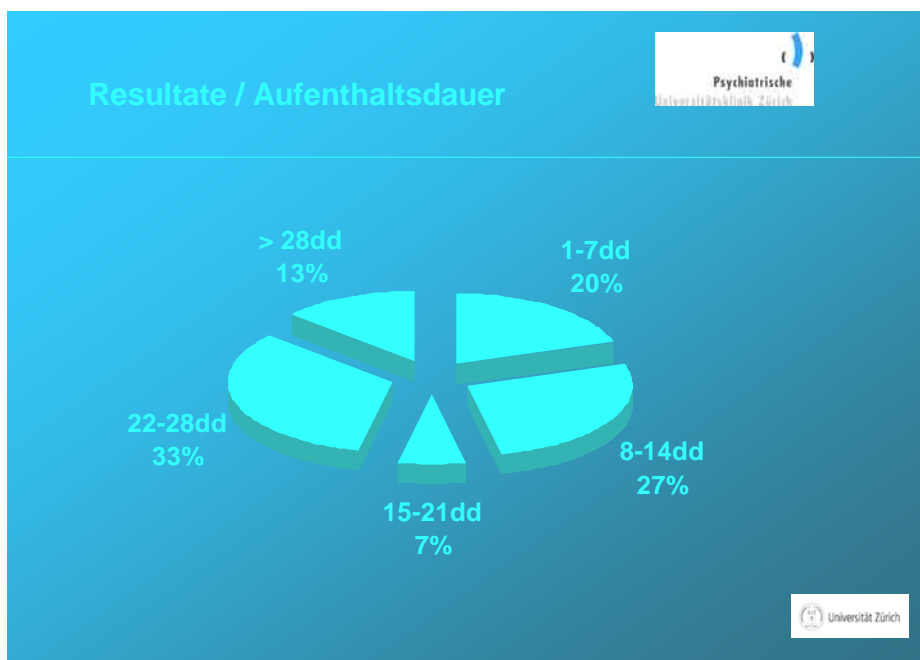
Maximale Aufenthaltsdauer sind wenige Wochen. Eine Zeitspanne von mehr als 28 Tagen, also vier Wochen, überschritten 13% der Gäste. Ein Großteil, mit 33% verblieb 22-28 Tage in der Familie. Dicht gefolgt von weiteren 27%, die 8 – 14 Tage das Angebot in Anspruch nahmen. Weitere 20 % verließen die Familie bereits in den ersten sieben Tagen wieder. Die restlichen 7% verbrachten 15-21 Tage in ihrer Gastfamilie.

Fast man diese Ergebnisse zusammen, lässt sich festhalten, dass die Mehrheit von 87% sich nur bis zu vier Wochen in der Gastfamilie aufhält. Nur ein geringer Anteil von 13% bleibt länger.

Zufriedenheit

Die Zufriedenheit muss von Seiten der Gäste und der Gastfamilie getrennt betrachtet werden.

Das Wohlbehagen in der Gastfamilie für den Patienten wurde unter folgenden Gesichtspunkten erfragt: Teilnahme am Alltagsleben, allgemeine Behandlung, Umgang mit Problemen, Vermeidung von Spital oder KIZ, erneuter Aufenthalt in einer bzw. derselben Gastfamilie denkbar? Die Ergebnisse für die drei erstgenannten Aspekte fielen mit 92% sehr zufrieden aus. Ebenso wurde für 83% der Patienten ein Aufenthalt im Spital erfolgreich vermieden. Ein wenig zum Nachdenken bzw.



Ursache suchen, regen jedoch die letzten beiden Fragen an. Zwar meint wieder der Großteil der Patienten mit 85% er würde wieder in eine Gastfamilie gehen, aber „nur“ 77% würden in dieselbe Gastfamilie wollen. Sicherlich ist das die Mehrheit, aber welche Gründe gibt es für die 23% zu sagen nein, obwohl sie zuvor meinten, dass die Behandlung allgemein zufrieden stellend war.

Die Zufriedenheit der Gastfamilie wird an anderen Aspekten erfragt, wie die Mithilfe im Haushalt des Gastes, mögliche Störungen im Alltag, auffälliges Verhalten oder sogar Belästigung durch den Gast und Reaktionen des sozialen Umfeldes. Die genauen Zahlen sind im Anhang nachzulesen. Hier nur eine grobe Zusammenfassung. Es ergibt sich das Bild, dass sich beide Seiten viel Mühe geben im gegenseitigen Umgang und auch aufeinander zugehen, sich helfen (Haushaltsaufgaben), aber dass die Belastung durch einen zusätzlichen Gast nicht von der Hand zu weisen ist, die immerhin 53% der Gastfamilien als mäßig bis stark einstufen.

In wieweit es aber ihre Bereitschaft einen Gast aufzunehmen einschränkt oder ihre Zufriedenheit minimiert, ist unklar.

Anschrift:

Dr. Renè Bridler, Leitender Arzt,
Dr. Kathrin Lötscher, Oberärztin,

Ambulantes Zentrum Ost, Sektor
Ost der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich,
Heliosstrasse 32
Postfach 2081
8032 Zürich
Schweiz

Telefon: +41 044 / 3891570,

E-Mail: r.bridler@puk.zh.ch
katharina.loetscher@puk.zh.ch
Web: www.gastfamilien.ch

Junge Menschen in Gastfamilien

Barbara Roth, JuMeGa, Arkade.e.V., Ravensburg



Entstehung des Projektes

1997 entsteht eine in Deutschland neuartige Form der Unterbringung für die „Sorgenkinder“ in der Jugendhilfe. In 7 ½ Jahren werden 179 junge Menschen in Gastfamilien vermittelt.

Die angesprochenen jungen Menschen sind in ihrem bisherigen Lebensumfeld gescheitert und es wird für sie vom zuständigen Jugendamt, in der Regel nach einem stationären Aufenthalt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, nach einem neuen Lebensort gesucht. Einem Lebensort, an dem sie ihren Störungen entsprechend, aber auch gemäß ihrem Entwicklungs- und Lebensalter, begleitet und gefördert werden können. JuMeGa vermittelt diese jungen Menschen in Fremdfamilien, die Gastfamilien genannt werden, und begleitet, unterstützt, berät die Gastfamilien mit ihren Gästen in engem und regelmäßigem Kontakt. Entsprechend der Konzeption arbeitet JuMeGa mit allen am Fall beteiligten Personen zusammen, koordiniert die verschiedenen Sichtweisen und Interessen, gestaltet den Kontakt untereinander. Diese Form der Fremdbetreuung von jungen Menschen war zunächst neuartig in Deutschland. Inzwischen gibt es einige Nachfolgeprojekte.

Der Bereich Junge Menschen in Gastfamilien (JuMeGa) hat sich aus dem Bereich der Psychiatrischen Familienpflege für Erwachsene heraus entwickelt. Beide Bereiche gehören zu dem Verein Arkade e.V., einem Träger sozialpsychiatrischer Angebote und Dienste im Landkreis Ravensburg.

Nachdem im Rahmen der Psychiatrischen Familienpflege für Erwachsene

ne vermehrt auch junge psychisch kranke Erwachsene mit Erfolg in Gastfamilien betreut wurden, anhand von Einzelabsprachen mit Jugendämtern auch Jugendliche und nachdem Mitarbeiter der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Abteilung des Zentrums für Psychiatrie Die Weissenau auf Arkade zukamen mit der Frage nach Ausweitung ihrer Arbeit auf Jugendliche, begann die Konzeptionsentwicklung für JuMeGa. Gemeinsam mit dem Kreisjugendamt Ravensburg und der Kinder- und Jugendpsychiatrie Die Weissenau wurde eine Konzeption entwickelt, die finanziellen Bedingungen verhandelt und im August 1997 die erste Jugendliche in eine Gastfamilie vermittelt. Im August 2005 leben 96 junge Menschen in ihren Gastfamilien. Diese schnelle, fast explosionsartige Entwicklung war nicht abzusehen. Noch heute begegnet das JuMeGa-Team in Fachkreisen häufig einem Unverständnis gegenüber der Erfahrung, dass es gelingen kann, Jugendliche, die in anderen Jugendhilfeeinrichtungen gescheitert sind und ein großes Paket an Verhaltensoriginalitäten mitbringen, in einem familiären Rahmen, der nicht vorgebildet ist, zu begleiten.

Die jungen Menschen

Es sind diejenigen, die in Jugendhilfeeinrichtungen scheitern, die uns Professionelle herausfordern und die ganz spezielle Lebensorte brauchen

Das Alter bei der Aufnahme liegt zwischen 6 und 19 Jahren, die meisten sind zwischen 11 und 16 Jahre alt. Alle sind vor der Anmeldung bei JuMeGa mit der Psychiatrie in Berührung gekommen, sie haben einen oder mehrere stationäre Aufenthalte in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie hinter sich.

Das Angebot

Der Verein Arkade e.V. in Ravensburg hält in seinem Bereich „Junge Menschen in Gastfamilien (JuMeGa)“ ein Jugendhilfeangebot vor, das zugeschnitten ist auf junge Menschen, die im Kinder- und Jugendhilfegesetzes als seelisch behindert oder von seelischer Behinderung bedroht, bezeichnet werden. Die jungen Menschen werden in Gastfamilien vermittelt und dort begleitet. Das Angebot von JuMeGa antwortet auf die Frage, wohin mit jungen Menschen, deren Herkunftsmilieu nicht trägt und die aufgrund ihres Störungsbildes ein engmaschiges, klar strukturiertes Betreuungsangebot ohne Bezugspersonenwechsel brauchen. Wohin mit jungen Menschen, die trotz mehrfacher stationärer psychiatrischer Behandlung im sozialen Alltag nicht zurechtkommen und die der emotionalen Nachreife, des Schutzes und der Begleitung in den ganz normalen Alltag hinein bedürfen? Die Erfahrungen und die hohen Fallzahlen von JuMeGa zeigen, dass diese Form der Betreuung ein außerordentlich wichtiger Baustein im Jugendhilfeangebot darstellen kann, und sie zeigen, dass familiäre Lebenszusammenhänge vielfältige Ressourcen entwickeln können, wenn die Begleitung und der Rahmen angepasst und stimmig sind.

Entweder haben sie davor bei ihrer Herkunftsfamilie oder in einer Pflegefamilie gelebt, oder sie waren in Jugendhilfeeinrichtungen. Immer wieder ist die Anmeldung bei JuMeGa die Alternative zu einer geschlossenen Unterbringung. Das für die jungen Menschen jeweils zuständige Jugendamt meldet den Hilfebedarf bei uns an, die Jungen und Mädchen entscheiden sich für das Leben in einer Gastfamilie, sie wollen in einem familiären Zusammenhang leben. Manchmal natürlich nur deshalb, weil ihnen dies als die bessere Alternative erscheint.

Sehr verschieden sind ihre Schwierigkeiten im Alltag. Sie haben Störungen im Sozialverhalten, im emotionalen Bereich, im Essverhalten, im Wahrnehmungsbereich, in der Impulskontrolle, häufig sind sie suizidgefährdet, und/oder suchtgefährdet. Das Ausmaß der Störungen verhindert, dass die jungen Menschen altersentsprechend in Schule, Familie und Umwelt zurechtkommen. Allen angemeldeten jungen Menschen ist gemeinsam, dass sie große Defizite und Ängste im Sozialverhalten haben und daher in Gruppen scheitern, sie haben es sehr

schwer, sich auf Beziehungen einzulassen. Dahinter steckt in der Regel noch ein großes Bedürfnis nach Familie, nach einem „Nest“, und das Entwicklungsalter ist in der Regel erheblich niedriger als das tatsächliche Lebensalter. Ihren Störungen sollte mit individuell abgestimmtem Alltagsverhalten, mit klarer Konsequenz und eindeutigen Beziehungsangeboten begegnet werden. Sie brauchen häufig einen Platz in einem Beziehungsgefüge, der konkurrenzlos ist.

Kooperationspartner von Jugendhilfe und Psychiatrie

Enge und umfassende Netzwerkarbeit ist entscheidend für den Erfolg.

JuMeGa arbeitet eng mit dem zuständigen Jugendamt und der zuständigen psychiatrischen Einrichtung zusammen. Bei der Frage, wohin der junge Mensch nach dem stationären psychiatrischen Aufenthalt gehen sollte oder könnte, wird das JuMeGa-Angebot von den Mitarbeitern der psychiatrischen Stationen mit in die Überlegungen eingebracht. Auch wird das

JuMeGa-Team bei schwierigeren Konstellationen mit einbezogen, um auf dem Hintergrund ihrer Erfahrungen mit zu überlegen, ob dieser spezielle junge Mensch mit seinem Verhaltensbild in einer familiären Konstellation vorstellbar wäre. Das jeweils zuständige Jugendamt ist dann der Auftraggeber und auch Kostenträger. Im Rahmen der halbjährlichen Hilfeplanung ist das Jugendamt am Entwicklungsprozess beteiligt. Durch den engen Kontakt mit den zuständigen psychiatrischen Behandlungsstellen werden Kriseninterventionen und Fachberatungen unkompliziert möglich.

Die Gastfamilien

Als Gastfamilie können sich die unterschiedlichsten familiären Lebenszusammenhänge eignen

Es ist überraschend, wie viele Menschen bereit sind, sich auf die Begleitung und Betreuung von seelisch schwer belasteten jungen Menschen einzulassen und ihren Alltag mit ihnen zu teilen. Grundsätzlich sind für JuMeGa alle Arten von Lebenszusammenhängen als Gastfamilienplatz möglich und es wird keine professionelle sozialpädagogische, psychologische oder psychiatrische Vorbildung bei den Gastfamilien vorausgesetzt. Durch die Verbindung der professionellen Fall-sicht von JuMeGa mit der Lebenserfahrung und Alltagskompetenz der Gastfamilien scheint ein ausgesprochen entwicklungsförderndes Feld zu entstehen. Unsere Jungen und Mädchen sind in der Regel bereits verschiedentlich therapeutisch behandelt worden, viele von ihnen sind in institutioneller Betreuung gescheitert. Es fehlt ihnen die Erfahrung des Lebens in einem



stabilen und funktionierenden Beziehungsgefüge, das auf Gelingen angelegt ist. Je unterschiedlicher unsere Gastfamilienplätze sind umso mehr Möglichkeiten der Zuordnung und damit der möglichst guten Passung zwischen Gastfamilie und jungem Menschen sind gegeben. Mit der Bezeichnung Gast – anstatt Pflegefamilie soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass hauptsächlich Jugendliche vermittelt werden und dass der Aufenthalt in der Gastfamilie auch als Begleitung während eines Entwicklungsabschnittes verstanden werden kann.

Gastfamilien werden zu Partnern

Bisher hat JuMeGa keine Probleme neue Gastfamilien zu finden. Auch ist inzwischen ein Stamm von über 20 Gastfamilien entstanden, die bereits mehrmals neu belegt werden konnten und die zu echten Partnern geworden sind. Warum tun die Familien das, warum holen sie sich einen derartigen „Störenfried“ in ihren privaten Bereich? Es muss neben der finanziellen Vergütung noch andere Gründe geben. Zum einen ist immer eine grundlegende soziale Motivation zu erkennen, die sich aus den jeweiligen Lebensgeschichten ergibt, zum anderen sind es Gründe, die mit dem Verständnis der Begleitung durch JuMeGa zusammenhängen könnten. Das JuMeGa-Team versucht, die familiären Lebenszusammenhänge der, an einer Teilnahme interessierten Familien zu erfassen und ein Bild davon zu bekommen, wie der Platz, der zur Verfügung gestellt wird, aussieht. Es geht nie darum, dass sich eine Familie nach einer pädagogischen Maßgabe zu verändern hat, sondern immer um das Erkennen der Gestalt des zur Verfügung gestellten Platzes. Die Logik

des familiären Systems wird anerkannt und akzeptiert. Die Erziehungsarbeit muss innerhalb dieser Logik geschehen, d. h. die Werte- und Normenstruktur der Familie ist grundsätzlich zu bestätigen und wertzuschätzen. Vorschläge zur Erweiterung der Sicht und Vorgehensweisen der Gastfamilien bleiben Vorschläge und werden keine Vorschriften. Oberstes Prinzip ist, die Stärken der Familien zu fördern, ihre Schwächen nicht anzuklagen, sondern sie durch die zur Seite gestellte Arbeit von JuMeGa weitgehendst auszugleichen. JuMeGa versteht sich als Partner bei der Suche nach dem richtigen Weg, nach neuen Handlungsideen. In diesem Prozess erleben die Familien, wie ihre Kompetenz wächst, sie zu Fachleuten für ihren Gast werden. Sie erleben, dass ihre Arbeit wertgeschätzt wird und dass diese Arbeit für die Entwicklung ihres Gastes die entscheidende Rolle spielt. Dies kann für die Gastfamilien Bereicherung und Zuwachs bedeuten. Durch die enge und zeitintensive Begleitung gelingt es die Gastfamilien im Prozess zu qualifizieren für den Umgang mit ihrem Gast.

Es ist erstaunlich, wie vielfältig die Settings sind, die sich durch die ver-

schiedenen Lebenszusammenhänge der Gastfamilien, durch die Unterschiedlichkeit der einzelnen Persönlichkeiten, ihrer Lebensgeschichten und ihrer speziellen Weltsicht ergeben. Diese Unterschiedlichkeit ist das Kapital der JuMeGa-Arbeit. Je größer der Reigen der Unterschiedlichkeit ist, umso vielfältiger sind die Zuordnungsmöglichkeiten. Die jungen Menschen bringen ja auch sehr verschiedene Persönlichkeiten mit und brauchen Entwicklungsimpulse, die auf ihre Individualität zugeschnitten sind.

Bei der Auswahl der Gastfamilien leiten die folgenden Kriterien an:

- Die Gastfamilie soll mit ihrer Beziehungsqualität ein geeignetes Milieu für die Entwicklung des jungen Menschen bieten. Beziehungsqualitäten können z.B. beschrieben werden als: warm-mütterlich, klar, strukturiert, konsequent, begrenzend, wertkonservativ, offen aushandelnd, integrativ, offen für und interessiert an Andersartigkeit.
- Die Regeln des Zusammenlebens sollen in der Gemeinschaft von einem oder zwei Erwachsenen maßgeblich bestimmt werden.
- Die Fähigkeit zu direktem und kon-



sequentem erzieherischem Handeln sollte gepaart sein mit emotionaler Wärme.

- Die Gastfamilie muss bereit sind, sich von uns begleiten zu lassen, d. h. sie muss regelmäßig und häufig ihren privaten Raum öffnen.
- Die Gastfamilie muss ein Einzelzimmer zur Verfügung stellen.

Stichworte zur Konzeption

1. Ressourcenorientierung: Trotz aller Störungen ist unsere Klientel zuallererst jugendlich und damit im Grunde fähig, ein großes Entwicklungspotential zu aktivieren. Es geht um das Anknüpfen an diesen gesunden Kern und die Schaffung eines Umfeldes, das die Ressourcen hervorlockt.

2. Passung: Grundsätzlich gibt es keinen für Familienpflege ungeeigneten jungen Menschen und keine für die Aufnahme eines Gastes ungeeignete Familie, sondern es kann nur unter Umständen keine geeignete Passung gefunden werden. Die Zuordnung von jungem Menschen und Gastfamilie im Sinne einer möglichst optimalen Passung ist das Kernstück dieser Arbeit.

3. Krisenhilfe: Gastfamilie und Gast müssen die Sicherheit haben, dass sie nicht allein gelassen werden. Die Familien haben die privaten Telefonnummern der JuMeGa-Mitarbeiter/Innen, die psychiatrische Klinik nimmt zur Krisenintervention auf.

4. Partnerschaftliche, und kontinuierliche Begleitung: Die Gastfamilien werden nach Bedarf begleitet, beraten und unterstützt. Dies erfolgt durch regelmäßige Hausbesuche (u.U. mehrmals die Woche, mindestens vierwöchentlich) und telefonische Erreichbarkeit. Dabei geht es um die Stärkung der vorhandenen Ressourcen und um das

Ausgleichen von Schwachstellen. Die Begleitung der Gastfamilien wird verstanden als die Verbindung von Alltagskompetenz mit professionellem Know-how, mit dem Ziel ein gemeinsames Handlungskonzept zu entwickeln. Die Erziehungsarbeit muss innerhalb der Logik des jeweiligen Familiensystems geschehen. JuMeGa betreut mit einer 100% Stelle 8 junge Menschen in ihren Gastfamilien.

5. Netzwerkarbeit und Prozessorientierung: JuMeGa versteht sich als Koordinator eines Netzwerkes, das sich um den Gast rankt. Dazu gehören: die Gastfamilie, die Herkunftsfamilie, die Schule oder Ausbildungsstelle, die therapeutische Praxis, die psychiatrische Station, u.a. Es gilt, alle Beteiligten im Prozess zu halten und sie einzubeziehen. Die Gestaltung des Kontaktes zur Herkunftsfamilie ist eine der zentralen Aufgaben.

6. Neugier und Optimismus: JuMeGa lässt sich gemeinsam mit den Gastfamilien, den jungen Menschen und zum Teil auch mit ihren Herkunftsfamilien auf ein Abenteuer ein, dessen Ausgang nicht vorausgesagt werden

kann, an dessen positiven Ausgang JuMeGa aber glaubt und an dem gemeinsam gearbeitet wird.

Die Erfahrungen

Junge Menschen mit auffälligsten Verhaltensbildern können in Gastfamilien leben

Wenn die Jugendlichen ein halbes Jahr in ihrer Gastfamilie bleiben konnten, dann geht JuMeGa davon aus, dass sie sich grundsätzlich auf einen familiären Rahmen einlassen können und der zur Verfügung gestellte Gastfamilienplatz auch passend ist. Die Verweildauer bei den jungen Menschen, die länger als ein halbes Jahr in ihren Gastfamilien sind, liegt im Durchschnitt etwa bei 2 Jahren.

Beendigungen belasten die Beteiligten, wenn sie entgegen der Einschätzung des JuMeGa-Teams und der Gastfamilien geschehen. Manchmal hält die Beziehung zwischen dem jungen Menschen und seinen Herkunftseltern das Leben in einer Gastfamilie nicht aus, und der junge Mensch geht



zurück zu den Eltern. Manchmal bedeutet das Erreichen des 18. Lebensjahrs für die jungen Menschen das Gefühl der großen Freiheit und sie gehen, obwohl die realen Lebensgrundlagen sehr brüchig sind. Schließlich belastet es, wenn sich der Rahmen der Gastfamilie als nicht passend erweist und kein neuer zur Verfügung steht, obwohl die Chance für den jungen Menschen gesehen wird. Die Erfahrung zeigt aber auch, welche ein wichtiger Baustein für die Entwicklung sein kann, auch nur ein Jahr lang zu erleben, wie Beziehungen sein können, ein Jahr lang zu sehen, wie Leben funktionieren kann. Die Erfahrung ist, dass die Jungen und Mädchen den Kontakt zu ihren Gastfamilien nach ihrem Auszug halten und ihn sehr adäquat gestalten und pflegen. Es entsteht häufig eine Art Wahlverwandtschaft.

Wahlverwandtschaften – Wechsel der Gastfamilie

Gastfamilien entwickeln vielfältige kreative Ideen in der Betreuung von seelisch belasteten jungen Menschen.

Wurde eine gute Passung zwischen Familie und jungem Menschen gefunden, kann der junge Mensch einerseits den Wunsch entwickeln, in dieser Familie leben zu wollen, schließt die Gastfamilie andererseits ihren Gast „ins Herz“ und nimmt an seinem Leben Anteil, dann wird Entwicklung möglich. Gelingt es dem Team ein Vertrauensverhältnis zur Gastfamilie aufzubauen, damit diese das Unterstützungsangebot annehmen kann, gelingt es, die Ressourcen der Familie zu stärken und die Schwächen auszugleichen, dann kann es zu einer fruchtbaren und befriedigenden Zusammenarbeit kommen.

Herkunftsfamilie und Gastfamilie haben es schwer miteinander

Die Gestaltung des Kontaktes zur Herkunftsfamilie ist einer der wichtigsten Arbeitsschwerpunkte von JuMeGa. Das Verhältnis zwischen Herkunftsfamilie und Gastfamilie enthält sehr viele Fallstricke und ist ohne Hilfe und Unterstützung zum Scheitern verurteilt. Es geht um das Übersetzen von verschiedenen Welt- und Lebenssichten, um die Sorge für gegenseitige Wertschätzung, um das Begleiten von belasteten Kon-

takten, um Absprachen und das Einhalten von Absprachen, um Entlasten und Abpuffern. JuMeGa bemüht sich sehr um ein vertrauensvolles Verhältnis zu den leiblichen Eltern, sie werden regelmäßig über die Entwicklung ihres Kindes informiert und in ihrer Funktion als „erste“ Eltern bestätigt. Es ist für Eltern eine ganz schwierige Situation, ihr Kind an andere Eltern abzugeben und dort eventuell auch noch zu erleben, dass ihr Kind jetzt weniger Probleme macht. Bei der Verarbeitung dieser Kränkung brauchen Eltern unbedingt Hilfe. Gasteltern brauchen Hilfe bei der Verarbeitung des Tatbestandes, dass ihre Gastkinder, trotz des vielleicht so sehr schädigenden Verhaltens ihrer Eltern, diese Eltern lieben und dass sie ein Recht auf den Kontakt zu ihnen haben. Für die Gastkinder ist die wichtigste Basis für weitere Entwicklung, dass sie ihre beiden Familien einig erleben, dass sie nicht das Gefühl haben, sich bei den Gasteltern für die Herkunftseltern rechtfertigen zu müssen, dass sie die innere Erlaubnis der Herkunftseltern spüren, sich auf die Gasteltern einlassen zu dürfen.

Anschrift:

Barbara Roth
Diplompädagogin – Leiterin des
Bereiches JuMeGa

Arkade.e.V.
Eisenbahnstraße 30/1
88212 Ravensburg

Telefon: 0751 / 36655 - 952
Telefax: 0751 / 36655 - 966

E-Mail: roth@arkade-ev.de
Web: www.arkade-ev.de



Suchtkranke Menschen in Gastfamilien

Kornelia Sommer, Claudia Donalski, Thomas Schmitt, Stefan Beez,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Merxhausen

Jahr und wir werden Ende Oktober 2005 in Gastfamilien, welche in 5 nordhessischen Landkreisen und in der Stadt Kassel wohnen, 40 Gastpatienten



Pilotprojekt

Psychiatrische Familienpflege in Hessen – ein Pilotprojekt, das vom 01. März 1997 bis zum 28.02.2002 dauerte, wurde nach dem erfolgreichen Abschluß am 04.12.2002 in die Regelversorgung der Behindertenhilfe in Hessen aufgenommen.

Konzept/Implementation

Organisatorisch ist die Psychiatrische Familienpflege Merxhausen von Anbeginn an der Institutsambulanz des Krankenhauses zugeordnet.

Diese Anbindung hatte gerade in den Anfängen 1997 ff. zwei prägnante Vorteile: Durch die zweifache Anbindung der Mitarbeiterschaft sowohl in der Ambulanz als auch in der Familienpflege konnten schon länger betreute PatientInnen, die absehbar nicht mehr ohne stationäre Versorgung würden auskommen können, langsam und sorgsam auf die Aufnahme in einer Gastfamilie vorbereitet und dort im Sinne der Beziehungskonstanz durch die gleiche Fachkraft weiterbetreut werden.

Zum anderen konnten in der Vorfinanzierungsphase nicht genügend PatientInnen in Familien vermittelt werden, um kostendeckend zu arbeiten. Durch die personelle Zuordnung zur Ambulanz war es möglich, das Projekt weiterzuführen, indem der Stellenanteil der MitarbeiterInnen parallel zu den erzielten Einnahmen wachsen konnte.

Evaluation

Die Anzahl der PatientInnen stieg von 1997/98 an langsam von Jahr zu

tlinnen betreuen. Davon sind ca. die Hälfte Menschen mit einem Korsakow-Syndrom aufgrund Alkoholabhängigkeitserkrankung.

Die Gastfamilien haben wir im Verlauf von 7 Jahren überwiegend durch Zeitungsannoncen für die Mitarbeit in der Psychiatrischen Familienpflege gewinnen können. Inzwischen melden sich auch ab und an Familien, welche vom Hören-Sagen auf diese Arbeit aufmerksam geworden sind.

Während der fünf Jahre des Pilotprojektes lebten 22 PatientInnen in



Gastfamilien, davon litten 82 Prozent an einem amnestischen Syndrom durch Alkohol. Keine/r der alkoholabhängigkeitserkrankten GastpatientInnen wurde während der obg. Dauer der Modellphase rückfällig und auch seitdem ist bis zum heutigen Tag kein Rückfall zu verzeichnen.

Praktische Umsetzung

In der Klinik für Soziale Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen wurde ab Mitte der 90iger Jahre mit beachtenswertem Erfolg eine spezielle Behandlungsform angeboten: die Therapie des amnestischen Syndroms (TAS).

Die PatientInnen lebten in Form einer Wohngruppe auf einer Station, die ein auf die Ressourcen der Menschen mit alkoholbedingten Fähigkeitsverlusten abgestimmtes Therapieprogramm anbot.

Grundlage der mehrmonatigen Behandlung war die gewährleistete Beziehungskonstanz durch ein festes Team von MitarbeiterInnen, feste Tagesstrukturen und wiederkehrende Programme von Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Singen und Tanzen,

Gedächtnis- und Konzentrationstraining, themenzentrierte Gesprächsgruppen, Physiotherapie, Einbindung in die alltäglichen stationären Dienste und gemeinsamen Aktivitäten im Umfeld der Klinik u.ä.

Gleichzeitig war die oft notwendige kontinuierliche medizinisch-pflegerische Versorgung gewährleistet.

Aus Kostengründen kann diese intensive und effektive, aufbauende Therapie inzwischen nicht mehr durchgeführt werden.

Diese Grundstrukturen aber finden wir in den Familienverbänden der Psychiatrischen Familienpflege wieder.

Menschen mit einem amnestischen Syndrom sind oft nicht krankheitseinsichtig und deshalb auch immer rückfallgefährdet; sie benötigen also einen Schutzraum, der Alkoholabstinenz gewährleistet. Gleichzeitig geben, insbesondere Familien mit mehreren Mitgliedern, zum Beispiel Kindern, und auch mit Haustieren, einen garantierten Rahmen von Tagesstrukturen, vielfältige Anregungen und vor allem das Gefühl der Geborgenheit, des Angenommen- und Beschütztseins. Diese Faktoren bedingen eine Befindlichkeit, wel-

che auf der Grundlage des trotz aller Fähigkeitsbeeinträchtigungen vorhandenen emotionalen Gedächtnisses Zugänge zu den individuell unterschiedlich vorhandenen Ressourcen ermöglicht.

Entscheidend ist die Erfahrung, dass keine/r der GastpatientInnen in der Lage ist, selbständig zu leben; Betreuungsformen wie Betreutes Wohnen sind aufgrund der mangelnden durchgehenden Betreuerpräsenz nicht ausreichend.

In den Gastfamilien erhalten die alkoholdemenzerkrankten Menschen ein hohes Maß an Zuwendung und können im Alltag gezielt und kontinuierlich Fähigkeiten trainieren.

Alle Schritte in das gesellschaftliche Leben können sorgsam vorbereitet und begleitet werden. Hierzu gehört auch die von außen kontrollierte Bewahrung vor Alkoholkonsum.

Für die Familien bedeutet die Aufnahme von GastpatientInnen mit der Diagnose: Alkoholabhängigkeitserkrankung mit amnestischem Syndrom ein aufwändiges erstes Jahr mit ständiger Anwesenheitspflicht und mit vielen Höhen und Tiefen. Es bedarf oft einiger Umwege, um an das gesteckte Ziel zu kommen. Wir beobachten dabei auch wiederkehrende Schwankungen zwischen Euphorie und Hilflosigkeit und das Dilemma, einen erwachsenen Menschen teilweise wie ein unmündiges Kind behandeln zu müssen. Die Strukturierung des Alltages, die Rituale, die Toleranz gegenüber den Eigenarten und gegenüber der Vergeßlichkeit der/s GastpatientIn, der immerwiederkehrende Konflikt um die Körperhygiene und das Essverhalten, all diese Aspekte verändern eine Familiendynamik erheblich. Interessant ist allerdings, dass die Familien dieses immer als Herausfor-





derung erleben, der sie sich stellen wollen und ihre eigenen Kompetenzen zeigt, eigene Ressourcen entdecken lässt.

Und gerade die Familien, denen es gelingt, ihre GastpatientInnen auch einmal in den Arm zu nehmen, sei es um Freude zu teilen, oder während einer depressiven Verstimmung, möchten laut eigenen Aussagen die Arbeit mit ihren GastpatientInnen nicht missen.

Für das Team der Familienpflege bedeutet dieses erste Jahr eine Zeit der intensiven Zusammenarbeit mit allen Beteiligten; oft haben die PatientInnen auch eine/n gesetzliche/n BetreuerIn. Es ist medizinisch-psychologisches Hintergrundwissen zu vermitteln, was im Rahmen unserer Institutsambulanz auch in Kooperation mit der Ärzteschaft und dem psychologischen Dienst geschieht, es sind Lösungswege für den Alltag zu erarbeiten, Ziele zu entwickeln, Möglichkeiten und Grenzen aufzuzeigen und immer wieder Motivationshilfe zu leisten und den einen oder anderen Konflikt zu bearbeiten, z.B. in der Auseinandersetzung um das Baden/Duschen/ Waschen usw.

Die Erfolge können gesehen werden, wenn das erste Jahr als Trainingseinheit genutzt wird und die Fähigkeiten und die Perspektiven klarer einzuordnen sind.

Die Zukunft wird durch den weiteren Aufbau von komplementären Angeboten, wie Tagesstätten, REHA-Werkstätten, Ambulanzen sicher noch einiges an zusätzlichen gesellschaftlichen Integrationsmöglichkeiten für GastpatientInnen mit einem Korsakow-Syndrom erbringen.

Erwähnenswert erscheint auch unser zeitweiliger Versuch, alkoholabhängigkeitskranke Menschen, die nicht an einer Alkoholdemenz leiden, aber sozial ausgegliedert, nicht mehr erwerbsfähig und zumeist krankheitsuninsichtig sind, in Gastfamilien zu betreuen. Hier erscheint augenblicklich die Psychiatrische Familienpflege, ähnlich anderen stationären Maßnahmen, an ihre Grenzen zu stoßen; zumindest aber ist sie dann im Einzelfall auch eine lebensverlängernde Maßnahme bei diesem schwer erreichbaren Klientel.

Anschrift:

Kornelia Sommer, Krankenschwester;
Claudia Donalski, Fachkrankenschwester Psychiatrie;
Thomas Schmitt, Dipl. Sozialarbeiter (Fachliche Leitung);
Stefan Beez, Krankenpfleger;

Psychiatrische Familienpflege
Institutsambulanz
KPP Merxhausen
Landgraf-Philipp-Str.9
34308 Bad Emstal

Telefon: 05624 / 60 - 600

Telefax: 05624 / 60 - 602

E-Mail: zsp@zsp-kurhessen.de

Web: www.zsp-kurhessen.de/bhdglgs_u_betreu_angebote/familienpflege/index.html

Menschen mit geistiger Behinderung in Gastfamilien

Reinhard Rolke, Familienpflege, Diakonie Stetten e. V. zusammen mit **Peter Gruner**, Familienpflege, St. Gallus-Hilfe gGmbH, Meckenbeuren



Kurze Darstellung der Familienpflege - Diakonie Stetten

Unter Familienpflege für Menschen mit geistiger Behinderung versteht man die Versorgung dieser Menschen in fremden Familien (Gastfamilien), die für ihre Bereitschaft finanziell entschädigt werden und außerdem eine kontinuierliche fachliche Betreuung erhalten.

Familienpflege der Diakonie Stetten e. V. ist eine Lebensform für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung im Verband einer Pflegefamilie. Sie bietet einem Menschen mit Behinderung einen neuen Lebensraum und oft damit verbunden Beschäftigungsmöglichkeiten im Familienbetrieb (z. B. Landwirtschaft, Gastronomie) oder Besuch einer WfB an.

Familienpflege in der Diakonie Stetten gibt es seit ca. 150 Jahren.

1861 bereits hatte Landenberger festgestellt, dass bei einer Entlassung

der Zöglinge die Erziehung weitergeführt werden muss, entweder bei den Angehörigen oder aber bei einem Meister, der die nötige Geduld für die Zöglinge aufbringt. In diesem Zusammenhang wurde bereits auch überlegt, wie man diesen Meister finanziell entschädigen könnte, bzw. welche Unterstützung er für den Zögling benötigt (z.B. Werkzeug), um ihm eine Ausbildung zu ermöglichen.

Die Überlegungen für Familienpflege waren, dass sich in einzelnen Fällen das Befinden des Klienten verbesserte, wenn er in andere Hände übergeben wurde.

Zielsetzung: Für den Menschen mit Behinderung soll Familienpflege eine persönliche Weiterentwicklung und Verselbständigung, individuelle Lebensgestaltung, Einbindung in das soziale Umfeld (Kirchengemeinde, Vereine, Stammtisch etc.) erreicht werden.

In der Diakonie Stetten werden zur Zeit drei Formen von Betreutem Wohnen in Familien angeboten:

- Klassische Familienpflege: eine Person bis höchstens zwei Personen
- Geschwisterpflege
- Mutter & Kind

Personenkreis – wen vermitteln wir in Familienpflege?

Wir vermitteln erwachsene Menschen mit Behinderung, die in einer Pflegefamilie leben wollen. KlientIn, Betreuer oder Angehörige äußern die Vorstellung nach einem Leben mit zunehmender Selbständigkeit und Eigenverantwortung. Sie sind in der Regel körperlich mobil und haben eine Sonderschule besucht. Ihre Stärken liegen überwiegend im praktischen Bereich. Manche von ihnen können lesen, schreiben und teilweise rechnen.

Herkunft der KlientInnen:

- 65 % stammen aus dem Heimbereich der Diakonie Stetten,
- aus anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe (z. B. ABW) oder aus
- Ausbildungsstätten für Menschen mit Lernbehinderung,
- von ihrer Herkunftsfamilie.

Pflegefamilien – an wen vermitteln wir?

- an Familien und auch an Einzelpersonen.

Voraussetzungen für eine Vermittlung:

- die Bereitschaft sich auf den Menschen mit seinen behinderungsbedingten Einschränkungen einzulassen, ihm/ihr individuelle Zuwendung und Anleitung in allen Bereichen im Alltagsleben zu geben;

- besonders wichtig ist die Wertschätzung des anderen und ein Menschenbild, das auf gegenseitigem Respekt beruht;
- Bereitschaft zur vertrauensvollen Zusammenarbeit (z. B. Familienpflege-Mitarbeiter, BetreuerInnen, Angehörige, ggf. WfB-Mitarbeiter);
- Vorhandensein eines eigenen Zimmers für das neue Familienmitglied;
- die Familie soll eine Tagesstruktur bieten (entweder im eigenen Betrieb oder Besuch WfB / Ausbildung);
- Gewährleistung einer sinnvollen Urlaubs- und Freizeitgestaltung nach den Vorstellungen und Möglichkeiten des Mitbewohners;
- beim Zustandekommen eines Familienpflege-Verhältnisses wird eine Vereinbarung abgeschlossen, in der bestimmte Pflichten der Pflegefamilie festgehalten sind (hauswirtschaftliche Grundversorgung, Gesundheitsfürsorge).

Finanzielle Vergütung der Pflegefamilie:

Die Finanzierung der Familienpflege wird durch die einzelnen Landkreise gewährleistet. Seit dem Jahr 2000 ist Pflegefamilie in Württemberg eine Pflichtleistung.

Die Familie erhält ein pauschales Betreuungsgeld, für Ernährung und Unterkunft des Klienten (HLU) in Höhe von 555,96 Euro, das Pflegegeld für die Betreuung beträgt 358,75 Euro. In der HLU sind für den Klient bzw. die Klientin der Barbetrag von 90,00 Euro und das Kleidergeld in Höhe von 23,01 Euro enthalten. Hinzu kommen für den Klienten die Einkünfte ihrer Arbeitstätigkeit in WfB oder im Familienbetrieb.

Erstkontakt mit an Pflegefamilie interessierten Familien:

- durch Mund-zu-Mund-Propaganda,
- Medien (Zeitungsartikel, Fernseh- und Radioberichte, Interviews),
- Infostände bei Veranstaltungen (z. B. Jahresfest der DS, Messen),
- durch andere Institutionen (Jugend- und Sozialämter)

Erstbesuch von neuen Bewerberfamilien:

Besuch von zwei Mitarbeitern der Familienpflege in der Familie zur Klärung der Frage, ob die Familie für die Aufnahme eines Menschen m. B. geeignet ist. Hierfür verwenden wir im Rahmen von TQM einen von uns entwickelten Leitfaden z. B. mit folgenden Fragestellungen:

- Erfahrungen im Umgang mit Menschen m. B.,
- soziales Umfeld und Wohnsituation der Familie,
- Familienkultur,
- Verkehrssituation,
- gemeinsame Freizeitaktivitäten,
- Erwartungen an den neuen Mitbewohner, die neue Mitbewohnerin.

Abschließend wird eine Einschätzung im Team vorgenommen. Wir führen eine Bewerberliste für geeignete Pflegefamilien.

Aufgaben der MitarbeiterInnen im Bereich Pflegefamilie:

Inhalte und Durchführung unserer Arbeit orientieren sich an den RL der LWVs Württemberg-Hohenzollern und Baden im Rahmen der ambulanten Hilfen für erwachsene behinderte Personen in Familienpflegestellen.

Hierzu einige Infos:

- regelmäßige Kontakte (Hausbesuche) mit Pflegefamilien und KlientInnen im Abstand von 4-6 Wochen, bei Bedarf öfters,
- Intervention bei Krisensituationen in der Pflegefamilie oder der betreuten Person,
- sozialdienstliche Verwaltungsaufgaben (Aktenführung, Klärung Finanzierung von Pflegefamilie),





Anschriften:

Reinhard Rolke,

Diakonie Stetten e. V.
Betreutes Wohnen in Familien
Schlossberg 35
(Sozialmedizinisches Zentrum)
71394 Kernen-Stetten

E-Mail: familienpflege@diakoniestetten.de

Web: www.diakonie-stetten.de

Peter Gruner,

St. Gallus-Hilfe gGmbH
Betreutes Wohnen in Familien
(BWF)/Familienpflege
Friedhofstr. 11
88212 Ravensburg

Telefon: 0751 / 977123-0
Telefax: 0751 / 977123-123

E-Mail: bwf@gallus-hilfe.de
Web.: www.st.gallus-hilfe.de

- Schaffen von Entlastungsangeboten für die Pflegefamilien (Vermittlung und Durchführung von Freizeitangeboten und Urlaubsmaßnahmen; Vermittlung von Urlaubsgastfamilien, Kurzzeitunterbringungen und Klärung der Finanzierung)
- Nach den RL des LWV liegt der Betreuungsschlüssel bei 1:10. In der Praxis betreut jeder Mitarbeiter bzw. jede Mitarbeiterin 10 - 12 Klienten.
- In den letzten Jahren ist die Zahl der Aufnahmeanfragen und Vermittlungen stetig gestiegen.
- Es gibt regelmäßige Teamsitzungen.
- Austausch und konzeptionelle Arbeit mit anderen Pflegefamilie-Teams, Institutionen und Kostenträger (Regionaltreffen)

Wer sind wir und wie arbeiten wir:

- Derzeit sind 103 Frauen und Männer vermittelt.
- Teamstruktur: 9 Kollegen und Kolleginnen, Fachdienstleitung.
- Wir sind in 14 Landkreisen tätig.
- 1995 Liebenau die zweite Einrichtung, die Pflegefamilie anbot. Inzwischen gibt es ca. 20 Träger in Baden – Württemberg.
- Unser Einzugsbereich liegt im nördlichen Teil von Baden und Württemberg. Er umfasst folgende Landkreise (Rems-Murr-Kreis, Ostalbkreis, Hohenlohekreis, TBB, HN, LB, ES, RT, Ravensburg und nach Absprache mit LWV Baden die Landkreise Calw, Freudenstadt und der Enzkreis). Es gibt eine grobe regionale Zuteilung für die Team-Mitarbeiter.
- Jährlich stattfindendes Familienpflege-Treffen gibt sowohl den KlientInnen als auch den Pflegefamilien, die Chance, Erfahrungen auszutauschen und Kontakte zu knüpfen, sowie an Fachvorträgen teilzunehmen.
- Familienwerbung: Zeitungsberichte, Suchanzeigen in (Fach-) Zeitungen, Vorträge, Informationsstände z. B. auf Gemeindefesten und Tag der offenen Tür, Erstellen von Infomaterial für Pflegefamilie

Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Gastfamilien

Richard Gerster, Regina Trautmann Psychiatrische Familienpflege, Arkade e. V., Ravensburg



Seit dem Jahr 2001 wird in den Landkreisen Ravensburg, Friedrichshafen und Biberach Betreutes Wohnen in Familien (ehemals Psychiatrische Familienpflege) für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen angeboten.

Begonnen wurde mit einem zweijährigen Modellprojekt, das vom Sozialministerium Baden-Württemberg, der Robert Bosch Stiftung und den beteiligten Landkreisen finanziell gefördert wurde. Die Familienpflegeteams der Arkade e.V., Ravensburg und des Freundeskreis Bad Schussenried und das Wohn- und Pflegeheim des Zentrums für Psychiatrie – Die Weissenau erarbeiteten die Konzeption und setzten sie inhaltlich um.

Die fach- und sachgerechte Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen ist derzeit eine der größten Herausforderungen unserer Gesellschaft. Die ständig steigenden Zahlen in diesem Bereich und die besonderen Anforderungen an die Betreuung belasten das Gesundheits- und Sozialsystem in hohem Maße.

Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen haben einen hohen und umfassenden Hilfebedarf. Sie benötigen Leistungen der Grundpflege, der hauswirtschaftlichen Versorgung, der Ta-

gesstrukturierung, der aktiven Integration und der allgemeinen Beaufsichtigung. Die Zahl der Betroffenen nimmt auf Grund der Altersentwicklung ständig zu. Ungefähr zwei Drittel der im eigenen Haushalt lebenden Betroffenen wird von Angehörigen betreut, ungefähr ein Drittel lebt allein. Für die Alleinlebenden ist die Absicherung einer adäquaten Betreuung sehr schwierig; sie erfolgt meist durch ein Netz von Unterstützung der Nachbarn, organisierter Nachbarschaftshilfe und ambulante Pflegedienste. Pflegenden Angehörige sind auf Grund der dramatischen Veränderungen im Verhalten des Erkrankten häufig überfordert. Die Konsequenz ist meist die Aufnahme in ein Altenpflegeheim.

Alternativen zu einem Platz im Altenpflegeheim sind selten. Das Konzept der Hausgemeinschaften, in dem 6 -10 erkrankte Menschen familienähnlich und unter möglichst hoher Beibehaltung der Eigenverantwortung zusammen leben, ist noch wenig verbreitet und bei verhaltensauffälligen Erkrankten nur begrenzt anwendbar. Neben den Hausgemeinschaften stellt das Betreute Wohnen in Familien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen eine Alternative zu der Versorgung im Pflegeheim dar.

Entsprechend den Erfahrungen mit dem Betreuten Wohnen in Familien und der Familienpflege für Jugendliche können gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen zur Vermeidung eines Heimaufenthaltes in einer Gastfamilie betreut werden. Das haben Erfahrungen in den USA, Frankreich und anderen Ländern gezeigt. Die Gastfamilie

sorgt für die Integration des Erkrankten in den Haushalt und übernimmt die notwendige Pflege, Beaufsichtigung und Betreuung. Die Gastfamilien werden von einem professionellen Team ausgesucht, geschult, beraten und betreut.

Betreutes Wohnen in Familien ist die Integration psychisch kranker Menschen in Gastfamilien. Der psychisch kranke Mensch lebt bei der Gastfamilie mit und wird im Rahmen einer ganzheitlichen Betreuung von ihr begleitet. Im Hinblick auf fachliche Standards vereint das Betreute Wohnen in Familien zwei sozialpsychiatrische Grundprinzipien: Die Gemeindeintegration, die durch die Aufnahme in eine Gastfamilie gegeben ist und die personenzentrierte Betreuung entsprechend dem individuellen Hilfebedarf, die von der Gastfamilie geleistet wird. In einer Gastfamilie wird in der Regel *ein* gerontopsychiatrisch erkrankter Mensch untergebracht. Dadurch wird der individuelle Zugang zu der Problematik des Bewohners gewährleistet. Die Form der Hilfeerbringung folgt den Prinzipien der Milieuthherapie.

Neuere Konzepte zur stationären Versorgung von demenzkranken Menschen streben an, von institutionellen Mustern und Zwängen weg zu kommen. Damit einher geht die Erkenntnis, dass das medizinische Modell für die langfristige Versorgung dieses Personenkreises wenig hilfreich ist. Die Praxis der Hausgemeinschaften hat gezeigt, dass demenzkranke Menschen adäquat versorgt werden können, wenn für sie ein überschaubares, annehmendes Milieu geschaffen wird.

Gastfamilien sind milieutheoretisch betrachtet anti-institutionelle Gebilde. Im Gegensatz zu Angehörigen hat die Gastfamilie den Vorteil, dass die



Pflege eines an Demenz erkrankten Menschen für sie kein Schicksalsschlag ist. Sie hat sich vielmehr selbst entschieden, diese Aufgabe zu übernehmen.

Implementation

Konzeptionell orientiert sich dieses Modell an der Psychiatrischen Familienpflege (jetzt Betreutes Wohnen in Familien). Die Akteure sind die Klienten, die Gastfamilien oder Alleinstehenden, der begleitende Fachdienst, die (geronto)-psychiatrische Klinik und die Sozialämter der Kreise.

Die Trägerschaft für das Modell Betreutes Wohnen in Familien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen wurde gemeinsam von der Arkade e.V. und dem ZfP (Zentrum für Psychiatrie) - *Die Weissenau* übernommen. Hierzu ist ein Kooperationsvertrag im Sinne einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts abgeschlossen worden. Durch die Kooperation der Arkade e.V. und dem ZfP Die Weissenau konnte gewährleistet werden, dass die Kompetenz in der Auswahl und Begleitung von Gastfamilien und die Kompetenz in der Betreuung

gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen gebündelt wurde.

Die Betreuung wird von den Landkreisen als zuständigem Sozialhilfeträger finanziert. Während der Modellphase erfolgte die Finanzierung der begleitenden Fachdienste zusätzlich zu den Landkreisen durch das Sozialministerium des Landes Baden-Württemberg.

Neben den Landkreisen Ravensburg und Bodensee wurde Betreutes Wohnen in Familien auch im Landkreis Biberach modellhaft erprobt. Es besteht ein enger Kontakt zwischen den Projekten. Um die zu beantwortenden Fragestellungen im Modellprojekt auf eine breitere empirische Basis zu stellen, wurden die Arbeit des Freundeskreises Schussenried e. V. mit in die wissenschaftliche Begleitung einbezogen. Der Freundeskreis Schussenried e. V. pflegt eine enge Kooperation mit dem Abt-Siard-Haus, dem Pflegeheim des ZfP Bad Schussenried.

Standards

Die Durchführung des Projektes Betreutes Wohnen in Familien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen

basiert auf Standards, die aufgrund von Erfahrungen mit der Psychiatrischen Familienpflege für Erwachsene notwendig erscheinen. Zu diesen Festlegungen zählen:

Betreutes Wohnen in Familien findet ausschließlich auf Familien Anwendung, die nicht in steigender oder fallender Linie mit dem Betroffenen verwandt sind.

Als Familie sind auch vergleichbare Lebensgemeinschaften sowie alleinstehende oder alleinerziehende Personen zu verstehen.

In einer Gastfamilie können höchstens zwei betreuungsbedürftige Personen aufgenommen werden.

Die Gastfamilie muss für den Bewohner ein Einzelzimmer zur Verfügung stellen.

Auswahl, Vorbereitung und Begleitung der Gastfamilien wird durch einen Fachdienst geleistet.

Die Eignung einer Gastfamilie wird durch den begleitenden Fachdienst festgestellt.

Um das Ausbrennen der Gastfamilien zu vermeiden, muss die Entlastung durch eine kurzfristige Aufnahme in einer stationären Pflegeeinrichtung möglich sein. Finanziell ist dies über Kurzzeitpflege, organisatorisch durch die Einbindung eines fachlich geeigneten Pflegeheims zu gewährleisten.

Ebenso ist zu gewährleisten, dass der Bewohner bei Urlaub oder Krankheit der Gastfamilie in einer Ersatzfamilie oder einer fachlich geeigneten Kurzzeitpflege-Einrichtung versorgt wird. Dies ist durch Leistungen der Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI möglich.

In beiden Fällen müssen die Leistungen an die Gastfamilie weiter gewährt werden.

Bei vorübergehender Abwesenheit des gerontopsychiatrisch Erkrankten



aus der Gastfamilie durch einen Krankenhaus-Aufenthalt muss das Entgelt für die Gastfamilie bis zum Ende des auf die Abwesenheit folgenden Monats erfolgen.

Für die gerontopsychiatrisch erkrankten Bewohner ist eine Privathaftpflichtversicherung abzuschließen.

Die Indikation für die Aufnahme in Betreutes Wohnen in Familien erfolgt über ein ärztliches Zeugnis sowie den in den Landkreisen praktizierten Verfahren für Heimaufnahmen. Die Aufnahme ist möglich, wenn festgestellt wird, dass die Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr geleistet werden kann und daher Betreutes Wohnen in Familien als Alternative zur Heimaufnahme erfolgt. Als Kontraindikationen werden sehr starke Verhaltensauffälligkeiten, ausgeprägte Weglaufgefährdung und ein hoher Bedarf an behandlungspflegerischen Maßnahmen erachtet.

Gastfamilien als therapeutisches Setting

Die Gastfamilie bietet Vorteile gegenüber der häuslichen Versorgung durch Angehörige und ambulante Pfl-

gedienste sowie der stationären Unterbringung:

- Gastfamilien kennen den Erkrankten nicht in seinem prä-morbiden Zustand. Für sie ist der demenziell erkrankte Mensch niemand, der seine vorherigen Qualitäten verloren hat. Sie sehen seine Hilfebedürftigkeit neutral und haben dadurch einen leichteren Zugang zu seinen Ressourcen, mit denen er sich in die Familie einbringen kann.
- Die Gastfamilie kann für die demenziell erkrankte Person ein soziales Gefüge darstellen, in dem diese Geborgenheit und Zuwendung mit konstanten Bezugspersonen erleben kann. Die Konstellation einer normalen Familie mit Kindern kann gerade für verwirrte Menschen, die sich oft noch schemenhaft an frühere biographische Phasen erinnern können, von Vorteil sein.
- Die Gastfamilie stellt ein Betreuungsangebot während des ganzen Tages dar. Sie bietet soziale Betreuung und eine emotionale Beziehung, wie es die Angehöri-

gen in der häuslichen Pflege tun. Sie bietet Tagesstruktur und Beschäftigung - z. B. durch die Einbeziehung im Haushalt - wie eine Tagespflege-Einrichtung. Sie leistet Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung wie ein ambulanter Pflegedienst. Indem sie die gesamte Versorgung im Tagesablauf leistet, übernimmt sie die Funktion einer stationären Einrichtung.

Die Belastbarkeit der Gastfamilien kommt an ihre Grenzen:

- wenn die Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme schon sehr verhaltensauffällig sind. Der notwendige Einsatz wäre so hoch, dass die Gastfamilien ebenso ausbrennen würden wie pflegende Angehörige
- wenn eine stark ausgeprägte Weglaufgefahr vorliegt. Der Gastfamilie muss im Ansatz ein normales Zusammenleben mit dem Erkrankten möglich sein. Die Reduktion auf die Rolle als Türwächter wäre der Integration in die Familie abträglich
- wenn sich der Tag-Nacht-Rhythmus verschoben hat.

Der begleitende Fachdienst

Der begleitende Fachdienst hat neben der Gastfamilie die entscheidende Rolle bei dem Integrationsprozess der erkrankten Person. Von den Mitarbeitern ist ein bedachtes, behutsames Vorgehen und eine flexible Gestaltung der Zusammenführung von Gastfamilie und Erkrankten gefordert. Ein Schwerpunkt der Betreuung liegt darin, mit der Scheu und den Schuldgefühlen von Angehörigen und den widerstreitenden Gefühlen der erkrankten Menschen

umzugehen. Die direkte Begleitung und Unterstützung der Gastfamilie mit ihrem Bewohner findet hauptsächlich in Form von Hausbesuchen und Telefonaten statt. Die Gastfamilie wird in pflegerischen und ethischen Fragen beraten und kann ihren Ärger und ihre Frustrationen abladen. Ein wichtiger Teil der Arbeit stellt die administrative Tätigkeit dar. Dazu gehört das gesamte Antragswesen, die Begleitung und Unterstützung der Pflegeverhältnisse in Angelegenheiten des Verwaltungsrechts und der Pflegeversicherung.

Für die Auswahl, Zuordnung, Schulung und Begleitung von Gastfamilien und Bewohnern ist ein entsprechender Aufwand an professioneller Begleitung notwendig. Außerdem ist es Aufgabe des begleitenden Fachdienstes, die korrekte Durchführung der Pflege und Betreuung durch die Gastfamilien zu beaufsichtigen. Als Fachkräfte für diese Tätigkeiten kommen Gesundheits- und Krankenpfleger, Altenpfleger und Sozialarbeiter mit Berufserfahrung in psychiatrischen Arbeitsfeldern in Betracht. Im Einzelnen umfasst ihre Betreuung folgende Tätigkeiten:

- ständige Öffentlichkeitsarbeit zur Anwerbung von Gastfamilien
- Vorstellungsgespräche mit potentiellen Gastfamilien
- Auswahl von Gastfamilien, Hausbesuche
- Auswahlgespräche mit geeigneten Patienten, ihren Angehörigen und Betreuern
- Zuordnung von Gastfamilien und Patienten durch Gespräche mit Stationen, Heimen, Sozialen Diensten und Fallbesprechungen im Team des Fachdienstes
- Arrangieren des Kennenlernens von Gastfamilie und potentiell

Bewohner, Begleitung des Pro-bewohnens, Organisieren des Umzugs.

- Schulung der Bezugsperson in der Gastfamilie (Umgang mit dementen Menschen, Pflege, Hygienestandards, Diätvorschriften etc.)
- Unterstützung der Bezugsperson durch regelmäßige Hausbesuche und telefonische Beratung zur akuten Entlastung
- Angehörigenarbeit
- Arrangieren von entlastenden Hilfen (z. B. Kurzzeitpflege)
- Verlaufsdokumentation

Die Tatsache der hohen und langfristig bleibenden Hilfebedürftigkeit gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen hat zur Folge, dass die Bezugsperson der Gastfamilie einen hohen Bedarf an emotionaler Entlastung hat. Daher ist der Zeitaufwand für die Betreuung der Gastfamilie auf Grund der notwendigen Dauerpräsenz bei gerontopsychiatrisch Erkrankten und dem Schulungsbedarf der Hauptbezugsperson höher anzusetzen als im Betreuten Wohnen in Familien. Gegenüber dem Betreuungsschlüssel von einer Fachkraft für 10 psychisch kranke Bewohner im Betreuten Wohnen in Familien wurde in diesem Modellprojekt von einer Fachkraft für 8 gerontopsychiatrisch erkrankte Bewohner ausgegangen.

Vernetzung innerhalb der Pflegeinfrastruktur

Der größte Teil der gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen wird in der häuslichen Umgebung mit Unterstützung von Angehörigen, Nachbarn und/ oder ambulanten Pflegediensten betreut. Ein großer Teil der Erkrankten, die nicht mehr im häuslichen Umfeld

betreut werden können, werden in stationären Altenpflegeeinrichtungen versorgt. Ein Anteil von ca. 15 - 20% schwer verhaltensauffälliger, gerontopsychiatrisch Erkrankter wird in Spezialeinrichtungen (Demenzgruppe eines Altenpflegeheims oder Pflegeheim am ZfP) mit erhöhtem Betreuungsschlüssel versorgt. Sie bilden die Gruppe, die für Familienpflege in Betracht kommt.

Die Zuordnung eines gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen zu einer Gastfamilie erfolgt im Zusammenspiel aller gerontopsychiatrischen Versorgungseinrichtungen in den beteiligten Landkreisen. Durch die Bündelung von stationärer und teilstationärer Behandlung, Institutsambulanz, stationärer, teilstationärer und ambulanter Pflege für psychisch kranke alte Menschen in den Gerontopsychiatrischen Zentren ist gewährleistet, dass einerseits die in Frage kommenden erkrankten Menschen erreicht werden und andererseits die Organisation von Entlastung, die kurzfristige Aufnahme in eine stationäre Pflegeeinrichtung, sowie die Verfügbarkeit von Kurzzeitpflege-Einrichtungen reibungslos möglich ist. Darüber hinaus ist so der fachliche Austausch zwischen den begleitenden Fachdiensten und den spezialisierten Pflegeeinrichtungen sichergestellt.

Praktische Umsetzung

Nachdem die Landkreise Ihre Bereitschaft erklärt hatten, unsere Konzeption mit zu unterstützen, bildeten wir eine Arbeitsgruppe mit Mitgliedern des Teams der Familienpflege Ravensburg und Schussenried, Vertretern des Heimbereiches des ZfP, des psychiatrischen Pflegedienstes und der Begleitforschung.

Diese Arbeitsgruppe bildete die so genannte Gerontopschiatrische Hilfeplankonferenz. Die regelmäßige Teilnahme an den Sitzungen diente neben der Projektentwicklung dazu, dass alle Beteiligten KlientInnen vorstellten und kennenlernten.

Das neue Projekt wurde in der Presse und einigen Informationsveranstaltungen bekannt gemacht (bei den Landfrauen, in den Arbeitskreisen in Ravensburg und Umgebung, die sich mit dieser Klientel befassen, bei den Angehörigen von AlzheimerpatientInnen).

Arbeitsweise

Woher kommen die KlientInnen?

- aus Kliniken der Region (ZfP Weissenau, ZfP Reichenau)
- aus Heimeinrichtungen
- Vermittlung durch Mitarbeiter der ambulanten Dienste
- Vermittlung durch niedergelassene Ärzte
- Vermittlung über die Hilfeplankonferenz (HPK); daran sind alle Träger der sozialpsychiatrischen Versorgung in der Region beteiligt
- Vermittlung über die „Zuhause-Leben“-Stellen der Region
- Nachfrage von Angehörigen
- Anfrage von gesetzlichen Betreuern

Aufnahmevoraussetzungen:

- die Indikation erfolgt über ein ärztliches Zeugnis sowie den in den Landkreisen praktizierten Aufnahmeverfahren (Sozialhilfeantrag, Stellungnahme zu Hause leben, Sozialbericht)
- die Aufnahme kann dann erfolgen, wenn die Versorgung im häuslichen Umfeld nicht mehr

gewährleistet ist und Leben in Gastfamilien eine Alternative zu einem Heimaufenthalt ist

KlientInnen, die sich für das Projekt interessieren, treffen sich zusammen mit einer Bezugsperson mit zwei MitarbeiterInnen unseres Teams zu einem Kennenlerngespräch. Dieses Treffen findet auf den Stationen der Klinik, im Heimbereich oder in den Räumen der FP statt. Bei Klienten, die noch zu Hause leben, findet dort der Erstkontakt statt.

Neben lebensgeschichtlichen Daten der Interessenten werden in diesem Gespräch Wünsche und Vorstellungen an einen Familienpflegeplatz erfragt, sofern die KlientInnen noch in der Lage sind, sich darüber zu äußern

Ebenso wird mit den Betroffenen ermittelt, was an Hilfe und Unterstützung nötig ist, wichtig ist für uns auch zu hören, was er sich gar nicht vorstellen kann. Das sind oft für uns Kleinigkeiten, die aber für eine gute Zuordnung entscheidend sein können, (z.B. Angst vor Hunden).

Bei demenziell erkrankten Menschen versuchen wir zu erfahren, welche Fähigkeiten noch vorhanden sind, welche Hobbys sie haben, was sie früher gerne gemacht haben, um evt. so mit einer Gastfamilie Bekanntes wieder erleben zu können

Im Anschluss daran wird von uns eine erste Einschätzung vorgenommen, ob das Angebot der FP dem Hilfebedarf des Interessenten entspricht und eine Vermittlung in eine Gastfamilie grundsätzlich in Frage kommt.

Gastfamilien:

Wir suchen Gastfamilien über Anzeigen in Tageszeitungen, Gemeinde-

blättern in den Landkreisen RV und Bodenseekreis.

Interessenten melden sich i.d.R. telefonisch und erhalten erste kurze Infos zur FP.

Bei weiterem Interesse laden wir alle Familienangehörige zu einem Gespräch mit zwei Teammitgliedern in unsere Büroräume ein. Anhand eines speziellen Fragebogens erkundigen wir uns über den familiären Alltag, Gewohnheiten, Kompetenzen.

Für dieses Modell ist eine Pflegeerfahrung oder eine Ausbildung eines Familienmitgliedes in diesem Bereich von großem Vorteil. Außerdem sollte immer jemand zu Hause sein, oder eine Vertretung gut zu organisieren sein.

Auch hier erkundigen wir uns, welche Verhaltensweisen für die Familie schwierig sein könnten, was sie sich nicht vorstellen können.

Ziel ist es, herauszubekommen, mit welchen Problemen eines gerontopschiatrisch erkrankten Menschen die Familie umgehen kann.

Wir vervollständigen unseren im Erstgespräch gewonnenen Eindruck durch einen Besuch bei der Familie, hier achten wir ganz speziell darauf, ob die baulichen Gegebenheiten geeignet sind (.....Treppen, breite Türen, großes Bad).

Für die Aufnahme eines psychisch kranken Menschen kommen Familien und vergleichbare Lebensgemeinschaften sowie Alleinstehende in Frage.

Bei der Auswahl der Gastfamilien sind uns folgende Punkte wichtig:

- die Familie soll die Bereitschaft haben, jemanden bei sich aufzunehmen und zu integrieren
- die Familienmitglieder sollten sich über die Aufnahme eines psychisch kranken Menschen einig sein

- beim Entschluss, jemanden bei sich aufzunehmen, sollten soziale und finanzielle Aspekte in einem ausgewogenen Verhältnis stehen
- die Bereitschaft, sich von uns begleiten zu lassen, muss vorhanden sein
- professionelle Ausbildung einzelner Familienmitglieder ist von Vorteil
- Gastfamilien stellen ein möbliertes Einzelzimmer zur Verfügung
- die Wohnung sollte eine evt. Pflege ermöglichen, keine Treppen, großes Bad und WC

Zuordnung

Nach dem wir nun KlientInnen und Familien kennen gelernt haben, findet im Team die Zuordnung statt. Die Frage, wer passt zu wem, ist ein Schwerpunkt unserer Arbeit, auch bei der Vermittlung von gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen. Wir diskutieren darüber sehr ausführlich im Team, neben „Fakten“ ist auch die Intuition einzelner Teammitglieder sehr wichtig und wird ernst genommen. Unser Satz: „Es

gibt keine ungeeigneten PatientInnen und keine ungeeignete Familien, nur ungeeignete Zuordnungen“ hat nach wie vor Gültigkeit. Wobei wir, selten zwar, aber immer wieder, auch Familien ablehnen (kein Einzelzimmer z. B.).

Wir sind auf Grund unserer jahrelangen Erfahrungen inzwischen mit Zuordnungen mutig geworden, probieren auch ungewöhnliche Konstellationen aus, gehen aber trotzdem nie leichtfertig damit um.

Vermittlung

- wird im Team eine Zuordnung getroffen, erhalten Klient und Familie eine Kurzinformation, aufgrund derer sie sich für ein persönliches gegenseitiges Kennenlernen entscheiden können.
- das erste Treffen findet in der Gastfamilie statt. In der Regel nehmen neben Klient und Gastfamilie eine Bezugsperson des Klienten sowie ein Mitarbeiter unseres Teams teil. Bei demenziell erkrankten Menschen organisieren wir auch ein Treffen in der Klinik, wenn dieses erforderlich

lich ist.

- hierbei haben Gastfamilie und Klient Gelegenheit, sich einen ersten Eindruck zu verschaffen und sich u.a. durch gezielte Fragen ein zukünftiges Miteinander vorstellbar zu machen
- das Betreuungsverhältnis kann beginnen, wenn Gastfamilie und Bewohner einem Probewohnen zustimmen und die Finanzierung geklärt ist.
- zwischen dem sog. „Kaffeetrinken“ und dem Probewohnen entsteht durch die Antragsbearbeitungsdauer leider häufig eine zeitlich große Lücke!
- das Probewohnen dauert 1 bis 4 Wochen. Am Ende entscheiden, wenn möglich, alle Beteiligten, ob sie die Maßnahme längerfristig fortführen möchten. Bei demenziell erkrankten Menschen entscheidet in der Regel die betreuende MitarbeiterIn mit der Gastfamilie und einer Bezugsperson, ob die KlientIn bleibt. Hier ist es wichtig, weniger auf verbale Äußerungen zu achten, sondern den Gesamteindruck der KlientIn wahrzunehmen.
- Üblicherweise vermitteln wir nur eine KlientIn in eine Gastfamilie. In Ausnahmefällen kann eine Zweitbelegung erfolgen.

Besondere Erfahrungen mit der Integration der BewohnerInnen

- Familien, die sich entschieden haben, einen gerontopsychiatrisch erkrankten alten Menschen bei sich aufzunehmen, sind bereit, sehr viel mitzutragen. Es betrifft die körperlichen als auch die psychischen Defizi-



te der KlientInnen. So müssen z.B. durch die häufig zum Krankheitsbild der KlientInnen gehörende Harn- und Stuhlinkontinenz die KlientInnen oft mehrmals am Tag umgezogen und gewaschen werden.

- die Desorientiertheit der KlientInnen erfordert eine 24-stündige Präsenz der Familie. Schon für eine kurze Abwesenheitszeit muss eine Vertretung organisiert sein. Eine besondere Anforderung an die Gastfamilien stellt unserer Meinung nach die mit der demenziellen Erkrankung einhergehende Unruhe der KlientInnen.
- die Familien müssen die schleichende Verschlechterung des Gesundheitszustandes akzeptieren, damit verbunden nimmt der Pflegeaufwand in der Regel zu. Die häufig damit einhergehende emotionale Verflachung erfordert ein großes Einfühlungsvermögen der einzelnen Familienmitglieder. Trotz dieser besonderen Problematik erleben wir die Familien im Umgang mit den KlientInnen sehr positiv und lebensbejahend.

tlnnen sehr positiv und lebensbejahend.

- die Entlastungszeiten für die Familien sind aus unserer Sicht sehr wichtig, auch wenn in der Regel der Pflegeaufwand nach der Rückkehr der KlientInnen erheblich höher ist.
- trotz der Anforderungen an die Familien sind wir der Meinung, dass eine Integration von Menschen mit diesen Krankheitsbildern in eine Gastfamilie möglich und sinnvoll ist.

Team der Familienpflege

- wir sind ein multiprofessionelles Team (Krankenschwestern, Sozialarbeiter, Verwaltungskraft)
- im Moment sind wir 11 Mitarbeiterinnen, vorwiegend Teilzeitkräfte
- Betreuungsschlüssel: eine Fachkraft auf neun Betreuungen
- es finden wöchentliche Fallbesprechungen statt
- etwa einmal im Monat Supervision
- Fortbildungen

- einzelne Teammitglieder beteiligen sich an regionalen Arbeitsgemeinschaften, im Fachausschuss

Die Aufgaben des begleitenden Fachdienstes sind:

- Werbung und Kennenlernen von Familien, Kennenlernen der KlientInnen und deren Familienmitgliedern
- Öffentlichkeitsarbeit
- Kontakte zu den entsendenden Einrichtungen, Teilnahme an den Konferenzen der Klinik
- Übernahme aller anfallenden administrativen Tätigkeiten
- speziell bei der Vermittlung von demenziell erkrankten KlientInnen hat sich gezeigt, dass Kontakte und Vermittlungsarbeit in der Gemeinde der Gastfamilie sehr wichtig sind
- Begleitung und Beratung der Gastfamilie durch regelmäßige Hausbesuche und Telefonate. Wir sind ebenfalls rund-um-die-Uhr für die Familien erreichbar
- die Beratung der Familien umfasst den pflegerischen Bereich, die Krankheitsbilder der KlientInnen und die damit verbundene Umgehensweise, genauso wie alle anfallenden Probleme im täglichen Miteinander
- die Organisation von Entlastungsmöglichkeiten für die Familie, z.B. eine Kurzzeitpflege in einer entsprechenden Einrichtung
- Kontakte zu Angehörigen der KlientInnen, wenn erforderlich gestalten wir auch die Kontakte der Familienmitglieder zu der Gastfamilie



Der begleitende Fachdienst wurde in der Modellphase mit einem Stellenschlüssel von 1:8 besetzt. Jetzt arbeiten wir mit einem Schlüssel von 1:9, die monatlich bezahlten Personal- und Sachkosten liegen bei 633,00 € (1/05)

Professionelle Begleitung durch das Familienpflege-Team

- die Gastfamilien und der Bewohner werden von einem Teammitglied kontinuierlich und umfassend begleitet.
- im Abstand von zwei bis vier Wochen, bei Bedarf auch häufiger, besuchen wir die Gastfamilie und den Klienten zum gemeinsamen Austausch. Wir melden uns immer vorher an. Neben Hausbesuchen finden häufig telefonische Kontakte statt.
- alle Gastfamilien haben auch die privaten Telefonnummern der Teammitglieder, so dass eine Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit des Teams in Krisensituationen gewährleistet ist.
- wir kooperieren mit den behandelnden Ärzten (viele Bewohner sind in Behandlung der Institutsambulanz), mit den gesetzlichen Betreuern, den ambulanten Pflegediensten und den Angehörigen
- wir kümmern uns um Pflegehilfsmittel, organisieren zusätzliche Entlastungsmöglichkeiten für die Gastfamilie, die über SGB XI – Leistungen finanziert werden (Pflegedienste, Tagesbetreuung)
- desweiteren übernehmen wir alle administrativen Tätigkeiten, diese sind in den letzten Jahren lei-

der überdimensional angestiegen.

- das Betreuungsverhältnis wird nach Ende des Probewohnens auch vertraglich geregelt. Rechte und Pflichten der Vertragsparteien sind darin geregelt.

Finanzierung:

- das Landratsamt Ravensburg zahlt momentan den HLU-Satz in Höhe von 555,92 € (inc. Taschengeld und Kleidergeld von 133,00 €), Pflegegeld von 538,00 € (179,25 € mehr), die Leistungen der Pflegekasse werden zusätzlich ausbezahlt
- das Landratsamt Bodenseekreis zahlt wie Ravensburg, nur das Pflegegeld beträgt 648,75€, also 290,00 € mehr
- die Gastfamilien werden steuerlich veranlagt, obwohl sie eine gemeinwohlorientierte Aufgabe übernehmen. Pflegefamilien von Kindern und Jugendlichen bekommen das Pflegegeld steuerfrei. Ein Antrag auf Abschaffung der Besteuerung wurde beim Petitionsausschuss des Bundes-

tages gestellt, bisher ohne Erfolg!

Evaluationsergebnisse

Insgesamt wurden in dem Modellprojekt 11 gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen betreut, 5 Erkrankte aus dem Landkreis Ravensburg, 1 Erkrankte aus dem Bodenseekreis und 5 Erkrankte aus dem Landkreis Biberach. Je ein Pflegeverhältnis im Landkreis Ravensburg und im Landkreis Biberach wurden aufgrund massiver Verschlechterung des Krankheitszustandes im Einvernehmen aller Beteiligten beendet. Ein Pflegeverhältnis im Landkreis Ravensburg wurde aufgrund der Überforderung der Gastfamilie beendet.

Hinsichtlich der Aufenthaltsdauer verteilen sich die Pflegeverhältnisse wie folgt:

- < 6 Monate: 1 Pflegeverhältnis
 - 6-12 Monate: 3 Pflegeverhältnisse
 - 12-18 Monate: 2 Pflegeverhältnisse
 - 18-24 Monate: 4 Pflegeverhältnisse
 - > 24 Monate: 1 Pflegeverhältnis
- Insgesamt waren die 11 geron-



topsycho-erkrankten Bewohner im Modellzeitraum 185 Monate in einer Gastfamilie. Im Durchschnitt sind dies 16,8 Monate. 8 Bewohner sind über den Modelleitraum hinaus in der Gastfamilie verblieben.

Alle Erkrankte im Modellprojekt waren in eine Pflegestufe eingruppiert:

- Pflegestufe 1: 4 Bewohner
- Pflegestufe 2: 7 Bewohner

Der Zeitraum in Familienpflege betrug bei den Bewohnern der

- Pflegestufe 1: 58 Monate (Ø 14,5)
- Pflegestufe 2: 127 Monate (Ø 18,1)

Analyse der Kosten:

Das Modell stellt eine Alternative zur Aufnahme in einem Heim dar. Die gerontopsychiatrisch erkrankten Patienten werden nur dann aufgenommen, wenn dadurch die Aufnahme in ein Heim vermieden wird. Aufgrund ihrer Verhaltensauffälligkeiten benötigen sie ein spezielles Angebot, das fachlich angemessen auf ihre Problematik eingehen kann. Ein Teil der Bewohner wurde aus den Heimen für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Weissenau bzw. Bad Schussenried in die Gastfamilie vermittelt.

Der Kostenvergleich muss daher ein gerontopsychiatrisch orientiertes und personell entsprechend ausgestattetes Pflegeheim als Vergleichsgröße heranziehen. Die folgende Rechnung basiert auf dem Vergleich mit einem Pflegeheim mit Demenzvereinbarung der mittleren Preiskategorie. Der Pflege-satz des Heims setzt sich wie folgt zusammen:

- Pflegeleistungen PS 1: 59 €
- Pflegeleistungen PS 2: 79 €
- Unterkunft & Verpflegung: 21€

- Investitionskostenanteil: 11 €
- Gesamtkosten monatlich
- Pflegestufe 1: 2.776 €
- Pflegestufe 2: 3.385 €

Der Anteil der Pflegekasse beträgt monatlich in

- Pflegestufe 1: 1.023 €
- Pflegestufe 2: 1.279 €

Bei der Heimunterbringung müssen von den Betroffenen, bzw. dem Sozialhilfeträger getragen werden in

- Pflegestufe 1: 1.753 €
- Pflegestufe 2: 2.361 €

Der Vergleich mit „betreutes Wohnen in Familien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen“ muss von einem Grundbetrag für die Gastfamilie von 1.082 € für die allgemeine Betreuung sowie für Unterkunft und Verpflegung ausgehen. Die Kosten für den begleitenden Fachdienst wurden in den ersten 1 ½ Jahren der Modellphase vollständig über Projektmittel des Sozialministeriums finanziert, im letzten Jahr wurde über die Projektmittel der Differenzbetrag zwischen dem Betreuungsschlüssel von 1:10 auf 1:8 übernommen. In den Folgevereinbarungen im Anschluss an das Modellprojekt wurde ein Betreuungsschlüssel von 1:9 festgelegt. Dieser Betreuungsschlüssel wird für die Kostenberechnung verwendet. Die Kosten je Fall im Monat belaufen sich dabei auf 633 €. Insgesamt ist für die Betreuung im Rahmen von Leben in Gastfamilien durch den Betroffenen bzw. des Sozialhilfeträger ein Betrag von 1.708 € monatlich zu leisten.

Gegenüber der Heimunterbringung ergibt sich eine Einsparung in

- Pflegestufe 1 von 45 €/Monat
- Pflegestufe 2 von 653 €/Monat

Für die Betreuung der 11 erkrankten Bewohner in der Modellphase bedeutet das eine Einsparung für

- die Bewohner in PS 1 in Höhe von 2.610 €
- die Bewohner in PS 2 in Höhe von 82.931 €
- für die Gesamtheit der Bewohner 85.541 €

Der Effekt der Kosteneinsparung liegt demnach in einer beträchtlichen Größenordnung. Dabei wird deutlich, dass der Effekt der Kostenreduzierung für Betroffene und öffentliche Hand in Pflegestufe 1 minimal ist und desto größer wird, je höher die Pflegestufe ausfällt. Hier wird erneut das Konstruktionsproblem der Pflegeversicherung bei der Versorgung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen deutlich.

Der größte Einspareffekt wird auf den ersten Blick überhaupt nicht sichtbar. Der Einspareffekt für die Pflegekasse. Die monatlichen Leistungen der Pflegekasse betragen:

Im Heim/als Pflegegeld für die Gastfamilie:

- in Pflegestufe 1: 1.023 €/205 €
- in Pflegestufe 2: 1.279 €/410 €
- in Pflegestufe 3: 1.432 €/665 €

Die Kostenreduktion für die Pflegekasse beträgt demnach

- in Pflegestufe 1: 818 €
- in Pflegestufe 2: 869 €
- in Pflegestufe 3: 67 €

Für die Pflegekassen ergab sich damit in der Modellphase eine Kostenreduzierung von 157.807 €

Resümee: Auf der Ebene der Kosten ergibt sich durch Betreutes Wohnen in Familien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen ein Einspareffekt gegenüber der Heimversorgung für den Betroffenen/den Sozialhilfeträger und besonders für die Pflegekassen. Angesichts der steigenden Zahlen insbesondere der an Demenz erkrankten Menschen und der Diskussionen über die Finanzierungsproblematik der Pflege-

versicherung ist dieser Versorgungsform im Hinblick auf Kostenreduzierung eine gewisse Bedeutung zu zu messen.

Analyse der Gewinnung von Gastfamilien

Die Gewinnung von Gastfamilien stellt ein wesentliches Element der Machbarkeit des Betreuten Wohnens in Familien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen dar. Schon in der Anfangsphase des Modellprojektes zeichnete sich ab, dass eine der entscheidenden Herausforderungen darin besteht, Familien zu gewinnen, die bereit sind, gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen mit hohem Hilfebedarf in ihren Haushalt aufzunehmen. Aus diesem Grund wurde die Gastfamiliengewinnung anhand zweier Zeitungsannoncen im Abstand von wenigen Wochen dokumentiert und ausgewertet.

Im dokumentierten Zeitraum von Oktober 2001 – März 2002 meldeten sich im Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis insgesamt 42 Personen, um telefonisch erste Informationen zu dieser Betreuungsform zu erhalten. Von diesen 42 Personen gaben 38 an, aus der Zeitung von der gerontopsychiatrischen Familienpflege erfahren zu haben, 2 weitere erfuhren davon durch Mund-zu-Mund-Propaganda. Insgesamt stellen Zeitungsannoncen damit ein probates Mittel dar, Gastfamilien für die Betreuung gerontopsychiatrisch erkrankter Menschen zu gewinnen.

Mit Ausnahme von Bad Waldsee (5 Interessenten) konnte keine regionale Häufung der Interessenten festgestellt werden. Im Hinblick auf den beruflichen Hintergrund der Interessenten hat sich gezeigt, dass ca. ein Viertel der Interessenten (11 Personen) dem

Pflege- bzw. Sozialbereich zugeordnet werden konnten.

Etwa die Hälfte der Interessenten (20 Personen) gaben nach dem ersten telefonischen Kontakt an, kein weiteres Interesse mehr zu haben. Als Gründe gaben 6 Personen die erwartete intensive Betreuung an, für 4 weitere Personen war die in Aussicht gestellte Bezahlung im Vergleich zur erwarteten intensiven Betreuung zu gering. 6 Personen gaben ebenfalls an die intensive Betreuung zu scheuen, interessierten sich aber für das Betreute Wohnen in Familien /Psychiatrische Familienpflege für Erwachsene und Jugendliche. Von den 42 Interessenten wurden 9 nicht zu weiteren Gesprächen eingeladen, weil sie keine geeignete Wohnung hatten, weil erwartet wurde, dass sie die Betreuung nicht leisten konnten oder, - wie bei 4 Personen der Fall - weil sie außerhalb des Versorgungsgebiets des Fachdienstes wohnen. Weiterführende persönliche Erstgespräche haben dann mit 15 Familien- und Einzelpersonen stattgefunden. Ein Betreuungsverhältnis kam jedoch trotz der teilweisen guten Voraussetzungen nicht zustande.

Fazit

Betreutes Wohnen in Familien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen stellt eine Alternative zur bisherigen Unterbringung und Betreuung dar. Allerdings hat sich gezeigt, dass die Betreuung dieses Personenkreises im häuslichen Umfeld für die Betreuungspersonen sehr belastend sein kann. Hier müssen Entlastungsmöglichkeiten geschaffen und angeboten werden.

Bemerkenswert ist die geringe Zahl an Abbrüchen. Haben sich Gastgeber und Gast zusammengefunden, war bisher die Chance auf ein gelin-

gendes Familienpflegeverhältnis sehr hoch.

Finanziell ist Betreutes Wohnen in Familien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen nicht allzu attraktiv für potentielle Gastfamilien. Das mag mit der Grund sein, weshalb das Projekt bisher so klein und überschaubar blieb.

Günstig war, dass wir bereits ein gut funktionierendes Betreutes Wohnen in Familien-Projekt haben und sich hieraus vielfältige Synergieeffekte ergaben. Günstig waren außerdem die enge Kooperation mit der Klinik und die wohlwollende und unterstützende Haltung der Landkreise.

Insgesamt haben die Familienpflegeverhältnisse gezeigt, dass gerontopsychiatrisch Erkrankte gut in Gastfamilien leben und betreut werden können.

Anschrift:

Richard Gerster, Dipl. Sozialarbeiter, Leiter des Bereichs Betreutes Wohnen in Familien;

Regina Trautmann, Krankenschwester;

Arkade e.V.
Betreutes Wohnen in Familien
Eisenbahnstrasse 30/1
88212 Ravensburg

Telefon: 0751 / 3665580

E-Mail: familienpflege.arkade-ev@t-online.de

Web: www.arkade-ev.de

Psychiatrische Familienpflege aus familiensoziologischer Sicht

Ergebnisse der Evaluation des Thüringer Modells – Jena und Umkreis

Prof. Dr. Ulrich Lakemann, Fachhochschule Jena, Fachbereich Sozialwesen

Das Projekt „Betreutes Wohnen in Familien“ des Vereins Aktion Wandlungswelten e.V. in Jena nahm zunächst als Modellversuch im Jahr 2003 seine Arbeit auf. Die wissenschaftlich unterstützte Evaluation war eine Bedingung des Thüringer Sozialministeriums. Die Evaluation fand im Rahmen von zwei Lehrforschungsseminaren in den Wintersemestern der Jahre 2004 und 2005 statt. Die Seminare wurden im „team-teaching“ von Prof. Dresler und Prof. Lakemann gemeinsam geleitet. Die Evaluation umfasste in diesem Rahmen insgesamt 13 Fallstudien in Familien, die einen psychisch erkrankten Gast bei sich aufgenommen hatten. Begleitend dazu fanden fünf Experteninterviews sowie eine Befragung der Gastfamilien anhand eines standardisierten Fragebogens statt. Der Fragebogen diente in erster Linie zur Erhebung der objektivierbaren Merkmale (Schneider 2004).

Die Evaluation basiert insbesondere auf einem qualitativen Untersuchungsansatz mit problemzentrierten Interviews. Die Interviews wurden von den Studierenden in Teams mit möglichst allen Familienmitgliedern, inklusive der befragungsfähigen Kinder und der Gäste durchgeführt¹. Sie wurden nach den üblichen Verfahren auf Tonband aufgezeichnet, transkribiert und einer Inhaltsanalyse unterzogen. Aus der systematischen Analyse des Untersuchungsmaterials entstanden dann zentrale Kategorien, die eine erste Struktur für eine gegenstandsbezogene Theorie zum Forschungsthema bilden².

Das Analyseverfahren war dabei einerseits induktiv, indem Kategorien aus dem Material selbst heraus entwickelt wurden, andererseits deduktiv, indem wir ausgehend von zentralen Untersuchungsvariablen der Familiensoziologie die spezifischen Ausprägungen innerhalb unserer Untersuchungsfamilien analysiert haben.

Zentrale Zeiträume, auf die sich die qualitative Untersuchung bezog, waren der Zeitraum vor Aufnahme des Gastes mit Blick auf die Motivlage, der Zeitraum unmittelbar nach Aufnahme des Gastes hinsichtlich eingetretener Veränderungen sowie die Situation zum Zeitpunkt der Erhebung.

Im Folgenden geht es mit Blick auf eine deduktive Analyse zunächst um zentrale Variablen, anhand derer sich familiäre Lebenswelten beschreiben lassen. Diese dienen als vorgefertigtes Kategorienraster, um der Vielzahl an Informationen, die im Rahmen der Interviews beziehungsweise der Familienfallstudien erhoben wurden, eine erste Struktur zu verleihen. Da die Untersuchungsmethode nicht nur deduktiv sondern auch induktiv angelegt war, bieten diese Untersuchungsvariablen lediglich eine Hintergrundfolie, die den Blick für neue zentrale Kategorien ebenso offen lässt wie für individuelle Ausprägungen im Einzelfall.

Eine erste Erkenntnis war zudem, dass die am Projekt beteiligten Familien in der Regel nicht dem klassischen, eher traditionellen Bild von Familien entsprechen. So handelt es sich in erster Linie um Familien, die aufgrund ih-



rer personellen Zusammensetzung relativ weit vom Modell des Ehepaares mit mindestens einem leiblichen Kind entfernt sind. Deshalb gehen wir von einem recht breiten Familienbegriff aus, der aber nicht nur für unsere Untersuchungsgruppe typisch sondern in individualisierten Gesellschaften ohnehin erforderlich ist, um das Spektrum privater Lebensformen in seinem Fassettenreichtum realitätsgetreu abbilden zu können.

Zentrale Untersuchungsvariablen

Im Folgenden sollen einige Variablen vorgestellt werden, die wesentlich sind, um familiäre Lebenswelten aus soziologischer Perspektive zu analysieren. Sie sind zu verstehen im Sinne eines Klassifikationssystems (Taxonomie), in das sich empirisch-qualitative Daten deduktiv einordnen lassen. Die Begriffe werden hier in Kurzfassung präsentiert, zu weiteren Ausführungen vgl. Lakemann (1999).

Kohäsion

Kohäsion bedeutet Zusammenhalt und ist deshalb eine ganz zentrale Eigenschaft von Familien. In manchen Familien ist der Zusammenhalt gering,

so dass sie bei den gleichen Belastungen auseinanderfallen, unter denen andere Familien stärker zusammenrücken. Ein wesentlicher Grund für ein stärkeres Zusammenrücken kann sein, dass diese Familien liebevoller miteinander umgehen. So drücken sich Probleme in Partnerschaften vor allem in Problemen mit Liebe und Sexualität aus. Wenn die problematischen Merkmale von Beziehungen im alltäglichen Umgang miteinander nicht wahrgenommen oder zugedeckt werden, suchen sie sich körperliche Auswege (vgl. auch Burkart 1997: 53 ff.).

Konflikte

Konflikte in Familien kennzeichnen Veränderungsdruck, fehlendes Gleichgewicht und eventuell längerfristige Krisen. Gerade für Familien scheint aber das Verdecken von Konflikten und die Fiktion von Konsens typisch zu sein. Der im Vergleich zum Beispiel zu Freundschaftsbeziehungen höhere Aufwand und Schaden, den eine Auflösung der Familienbeziehungen nach sich ziehen würde, macht sie zumindest bis zu einem gewissen Grad harmoniesüchtig. Dies kann dazu führen, dass auch solche Konflikte vermieden werden, die für eine Koevolution unbedingt notwendig sind.

Koevolution

Der Begriff Koevolution kennzeichnet nach Jürg Willi (1985) insbesondere die gemeinsame Entwicklung. Das Angleichen oder auch Kontrastieren von Perspektiven über mehrere Jahrzehnte machen Beziehungen stabil und flexibel zugleich. Gerade unter Individualisierungsbedingungen ist eine solche Koevolution besonders schwierig, da Mann und Frau ihre individuellen Perspektiven auf die paarbezogenen

Perspektiven abstimmen und ihre jeweiligen Entscheidungen koordinieren müssen (vgl. zum Beispiel Burkart 1997: 136). Bereits die Frage, was individuelle und was paar-bezogene Entscheidungen sind, ist keineswegs immer eindeutig zu beantworten und bedarf der Regelung.

Flexibilität und Regeln

In Familien gibt es, wie in Beziehungen generell, spezifische Interaktionsregeln. Innerhalb der Regeln muss aber eine gewisse Flexibilität bestehen, die dazu dient, die Familie angesichts vielfältiger Umwelthanforderungen im Gleichgewicht zu halten.

Ultrastabilität und Strukturflexibilität

Manche Krisen sind so weitreichend, dass sich die Familie auf ein völlig neues Niveau transformieren muss. Die Ultrastabilisierung des Familienhaushalts ist also ein Prozess der gesamtstrukturellen Um- bzw. Neubildung (Schulze 1985: 129). In der Praxis haben solche Familien oft die Philosophie: „Wir bleiben zusammen – egal was passiert und egal wie“. Bei der Ultrastabilisierung muss die Familie eine völlig neue Struktur finden, die jenseits ihrer früheren Struktureigenschaften liegt und besser auf die sich stellenden Anforderungen abgestimmt ist. Prozesse der Ultrastabilisierung können auch als die Strukturflexibilität des Familienhaushalts bezeichnet werden (Neidhardt 1979).

Stabilität und emotionale Stabilisierung

Stabilität vor allem in Mann-Frau-Beziehungen wird erzeugt, indem beide im Gespräch miteinander Erlebnisse, typische Geschichten oder Situations-einschätzungen gemeinsam interpretieren und verarbeiten. Dadurch kann die

Beziehung vor Entfremdungszuständen und starkem Anpassungsdruck geschützt werden. Gelingt es, diese soziale Stabilität in der Beziehung herzustellen, so resultiert daraus auch emotionale Stabilität für die einzelnen Personen. Die emotionale Stabilisierung in den verschiedensten psychisch belastenden Situationen ist eine Leistung, die Partnerbeziehungen erbringen können und in der Regel wird an sie, manchmal ausschließlich an sie, auch diese Erwartung gestellt.

Binnen- / Außenorientierung

Die Lebenssituation von Familien bestimmt sich nicht nur über ihre Innen- sondern auch über ihre Außenbeziehungen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, ob die Aktivitäten der Familien tendenziell eher nach innen auf den häuslichen Bereich und die Familienmitglieder ausgerichtet sind oder nach außen auf Beziehungen zu Freunden, Verwandten und Nachbarn.

Soziale Netzwerke

Soziale Netzwerke können Familien die Bewältigung ihrer Probleme erheblich erleichtern. Wenn die Beziehungen in sozialen Netzwerken durch gemeinsame Interessen zustande kommen und nicht aufgrund von Absprachen oder organisierte Initiative, so spricht man von informellen oder primären sozialen Netzwerken. Beispiele dafür sind: Beziehungen zwischen Freunden, Bekannten, Arbeitskollegen, Nachbarn oder Verwandten. Sekundäre soziale Netzwerke kennzeichnen hingegen die Beziehungen der Familien zu professionellen Dienstleistungen. Gegenüber solchen Diensten, die häufig stark spezialisiert sind, haben primäre soziale Netzwerke den entscheidenden Vorteil der Multifunktionalität.

lität und Ganzheitlichkeit (vgl. Galler/Ott 1993).

Freizeitverhalten

Die Frage der Binnen- bzw. Außenorientierung von Familien drückt sich auch im Freizeitverhalten aus. Welche Aktivitäten sind kennzeichnend für die Familie und welche Familienmitglieder nehmen daran teil? Gemeinsam verbrachte Freizeit ist dabei nicht nur Zeitvertreib, sondern erfüllt immer auch zahlreiche weitere der hier angesprochenen Funktionen.

Erziehung

Kinder können ohne emotionale Nähe nicht zu gesellschaftsfähigen Menschen werden. Dafür bietet die Familie nicht das einzige, aber auf-

grund der emotionalen Ausrichtung der Beziehungen im Regelfall ein besonders günstiges soziales Umfeld. So ist die Familie unter Entwicklungsgesichtspunkten insbesondere für die frühkindliche Phase von größter Bedeutung (vgl. Kaufmann 1990: 43 ff.). Körperkontakt und liebevolle Zuwendung mindestens einer bestimmten Person sind Voraussetzung für eine gesunde seelische Entwicklung. Auch Fragen wie mit dem Verstoß bzw. der Befolgung sozialer Normen umgegangen wird und die erforderliche Elastizität im Umgang mit Normen sind wichtige Lernelemente.

Haushaltsproduktion und Erwerbstätigkeit

Familienleben drückt sich nicht nur

in emotionalen Beziehungen aus sondern auch in wirtschaftlicher Aktivität. Dies ist zum einen die Erwerbstätigkeit außerhalb oder auch innerhalb des Familienhaushalts. Zum anderen handelt es sich um die nicht monetarisierte Produktion materieller Güter. Ein Teil der Konsumgüter, wie zum Beispiel zahlreiche Nahrungsmittel, muss in Haushaltsendprodukte weiterverarbeitet werden, bevor sie einen Nutzen erbringen. Diese wirtschaftliche Leistung ist immens: Studien zeigen, dass die Hausarbeit umgerechnet in monetäre Größen die Hälfte bis zwei Drittel des Bruttosozialprodukts ausmacht (Hilzenbecher 1986). Familienhaushalte sind also nicht nur eine für das Wirtschaftssystem relevante Konsumentengruppe, sondern produzieren selbst Konsumgüter.

Wie sich diese Variablen in unseren Untersuchungsfamilien darstellen, wird im Folgenden deutlich, wobei die Untersuchungsbefunde zahlreiche Verknüpfungen und Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Variablen verdeutlichen. Als typische Konsequenz einer induktiven Vorgehensweise wurden außerdem auch Variablen entdeckt, die während der Evaluation eine höhere Bedeutung bekamen, als ursprünglich angenommen.

Motive zur Aufnahme eines psychisch erkrankten Gastes

Betrachten wir zunächst den Zeitpunkt vor Aufnahme des Gastes, so zeigt sich, dass es in der Regel mehrere Motive für die Aufnahme gibt. So können beispielsweise finanzielle Überlegungen verbunden sein mit der Wahrnehmung einer „Lücke“ in der Familie und vor dem Hintergrund altruistischer Motive mit dem Wunsch nach



sozialem Engagement bestehen. Ein Teil der Motivationen von Gastfamilie und Gästen ist unbewusst und entzieht sich damit nicht nur der empirischen Erhebung in der von uns durchgeführten Form sondern sicherlich auch der Wahrnehmung des Familien-Pflegeteams. Unbewusste Motivationen sind später nur in ihren Auswirkungen zu rekonstruieren, wenn es beispielsweise zu problematischen Verläufen im Pflegeverhältnis kommt.

Bei den Gästen wird ein Wunsch nach familiärer Nähe und Geborgenheit deutlich. Sie wollen einen Aufenthalt in Einrichtungen der Psychiatrischen Versorgung vermeiden, der in vielen Fällen unumgänglich wäre. Dennoch ist nicht für alle Gäste mit dem Leben in der Gastfamilie das Ende ihrer Wohnbiografie erreicht. Manche wünschen sich mehr Freiheit, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit. Sie können sich vorstellen, auch einmal in einer eigenen Wohnung zu leben.

Auf Seiten der Familie stellt sich zunächst die Frage, ob bei der Entscheidung zur Aufnahme eines Gastes alle Familienmitglieder beteiligt waren. Wenn dies nicht der Fall war, so bilden sich darin auch innerfamiliäre Entscheidungs- und Machtstrukturen ab, die sich nach Aufnahme des Gastes auf die Interaktionsprozesse negativ auswirken können.

Betrachten wie die Motive näher, so zeigt sich beispielsweise, dass die Aufnahme des Gastes in der Familie häufig als eine Möglichkeit zur Erwerbstätigkeit gesehen wird. Sie ist ähnlich wie eine häusliche Erwerbstätigkeit mit einem relativ hohen Maß an Flexibilität ausgestattet und erlaubt eine Verknüpfung mit anderen Tätigkeiten in Familie, Haushalt und Freizeit (vgl. auch Lakemann 1992). Insbesondere

ist diese Form der Erwerbstätigkeit in strukturschwachen Regionen mit hoher Arbeitslosigkeit oder hoch selektiven Arbeitsmärkten eine echte Alternative. So ist es für viele Familien nicht möglich, ein Erwerbsengagement eines oder mehrerer Familienmitglieder auf den regionalen Arbeitsmärkten zu realisieren. Finanzielle Motivlagen sind ein Beispiel dafür, dass durch die Aufnahme des Gastes ein in der Familie bestehendes oder antizipiertes strukturelles Ungleichgewicht ausgeglichen werden soll (vgl. Raeder 2005).

Ein weiterer wichtiger Aspekt kommt beim Ausgleich eines solchen Ungleichgewichts neben dem Finanziellen hinzu: Vor allem wenn die Frau die Betreuung des psychisch erkrankten Gastes übernimmt, steht dies in Familien mit traditioneller Rollenverteilung und -auffassung nicht im Gegensatz zum Rollenverständnis der Partner. Dieses drückt sich aus in einem zentralen Merkmal, das für die Gastfamilien bereits von Held (1989) beschrieben wurde: Durch die Aufnahme des Gastes in der Familie soll eine von allen oder einem Teil der Familienmit-

glieder bewusst wahrgenommene, zum Teil auch erst antizipierte Lücke gefüllt werden. Zum Teil soll der Gast die meistens auf Seiten der Frau freigegebenen Kapazitäten zum Beispiel aufgrund des Auszugs der Kinder ausgleichen³. Da die Kinder den Familienhaushalt altersbedingt verlassen haben, ist mit Blick auf das Zeit- und Aktivitätsspektrum eine Lücke entstanden. Die betreffenden Personen (meistens die Frauen) fühlen sich unausgelastet.

Die Lücke ist nicht nur in rollenspezifischer und finanzieller Hinsicht zu sehen, sondern kann auch mit Blick auf die Kommunikationsstruktur der Familie betrachtet werden. Der Gast bietet neue Kommunikationsthemen, und regt die familiäre Kommunikation an, die sonst eventuell Gefahr lief, nur noch routinisiert abzulaufen.

Ergänzend dazu gibt es Lücken manchmal auch in ganz instrumenteller Form, indem zum Beispiel Wohnraum leer steht und genutzt werden kann. Umgekehrt kann es ein Problem sein, wenn eine solche instrumentelle Lücke in Form leerstehenden Wohnraums nicht zur Verfügung steht und Wohn-



raum für den Gast auf Kosten anderer Familienmitglieder (zum Beispiel der Kinder) erst noch geschaffen werden muss. In der Konsequenz können sich Beziehungsprobleme entwickeln.

Eine ähnliche „instrumentelle“ Lücke wie freistehender Wohnraum kann gefüllt werden durch die Mitarbeit des Gastes in der Landwirtschaft oder der Haushaltsproduktion. So ist damit in der Regel auch ein ganz konkretes ökonomisches Interesse der Familie verbunden.

Allerdings sollte die Familie diese Aktivitäten des Gastes nicht als eine Form seiner Rehabilitation definieren. So zeigen unsere Untersuchungsergebnisse, dass überhöhte Erwartungen der Familie hinsichtlich des „Therapieerfolgs“ oder auch mit Blick auf die Veränderung des Familiensystems nach Aufnahme des Gastes keine förderliche Basis bieten für die kontinuierliche Entwicklung langfristiger Pflegeverhältnisse. Vielmehr sollte die Familie dazu in der Lage sein, ihre Erwartungen an den Gast vor dem Hintergrund seiner chronifizierten psychischen Erkrankung zu relativieren. Sie kann weder die gängigen Verhaltensnormen noch Erwartungen der Dankbarkeit mit Blick auf die Rolle des Gastes voraussetzen.

Die Lückethese zeigt insgesamt, dass Familien versuchen, durch die Aufnahme des Gastes ein strukturelles Ungleichgewicht auszugleichen, das in verschiedenen Bereichen der Familienstruktur bestehen kann und von dem eine gewisse Bedrohung für die Stabilität des Familienhaushalts ausgeht. Die Aufnahme des Gastes schützt die Familie dabei vor der Bewältigung zu starker Flexibilitätsanforderungen, da die familiären Strukturen, wie sie beispielsweise in der Phase der Kindererziehung typisch waren, in vergleichba-

rer Weise aufrechterhalten werden können.

Auswirkungen der Aufnahme des Gastes

Wenn die Motive für die Aufnahme des Gastes weitestgehend erfüllt wurden, so resultierte daraus in der Regel eine Stabilisierung des Familiensystems. Das schließt nicht aus, dass nach Aufnahme des Gastes strukturelle Veränderungen vollzogen werden mussten, die ursprünglich nicht vorhersehbar waren. Hinsichtlich der kurz- bzw. längerfristigen Zeiträume nach Aufnahme des Gastes in der Familie konnten in unserem Forschungsprojekt daraus Konsequenzen auf zahlreichen Ebenen festgestellt werden.

Zunächst einmal zeigt sich zum Sozialstatus der Familie, dass die Aufnahme eines Gastes für die Familie mit einer Steigerung ihrer sozialen Anerkennung und einer Erhöhung des Selbstwertgefühls der hauptsächlich für den Gast verantwortlichen Betreuungsperson verbunden sein kann. In diesem Sinne erfüllt die psychiatrische Familienpflege nicht nur die finanziellen sondern auch die psycho-sozialen Vorteile einer Erwerbstätigkeit. Auf der anderen Seite zeigte sich auch, dass die Aufnahme einer stigmatisierten Person für die gesamte Familie stigmatisierende Reaktionen des sozialen Umfeldes nach sich ziehen kann. In dieser Hinsicht ergibt sich ebenfalls eine Parallele beispielsweise zu einer professionellen sozialen Erwerbsarbeit: Personen, die direkt mit stigmatisierten Klienten zusammenarbeiten, sind manchmal selbst Opfer von Stigmatisierung.

Nachholende Elternschaft

Ergänzend zur bereits entwickelten Lückethese konnte festgestellt werden, dass die Aufnahme des Gastes bei einem Teil der Familien auch die Form einer „nachholenden Elternschaft“ annimmt. Diese besteht in der Realisierung bisher nicht realisierbarer Familienrollen, die zum Beispiel aufgrund der familienbiografischen Entwicklung noch nicht oder nicht mehr möglich waren. So konnten Mann und Frau in einer Fallstudie auf Grund eigener Suchterfahrungen in der dafür familienbiografisch normalerweise vorgesehenen Lebensphase ihre Elternrollen nicht ausüben und holten dies nunmehr durch die Betreuung des Gastes nach.

In der Konsequenz ergeben sich zwischen Gasteltern und Gast manchmal allerdings auch Interaktionsstrukturen, wie sie für Eltern-Kind-Beziehungen typisch sind. Dies gilt beispielsweise für Übertragungen und Gegenübertragungen. Manche Gäste haben erwartungsgemäß problematische Sozialisationserfahrungen gemacht und die Gasteltern treten symbolisch an die Stelle der eigenen Eltern. Diese betrachten ihrerseits die Gäste als „Kinder“. Das kann beispielsweise mit Blick auf eine mögliche Ablösung heißen, dass ein Gast, der sich zutraut allein zu leben und dies realisieren möchte, von den Gasteltern (respektive der Gastmutter) an seinem Abhängigkeitsstatus fixiert wird. Dies gilt vor allem dann, wenn der Gast wichtige Funktionen für das Familiensystem erfüllt, deren Ausbleiben wahrscheinlich eine familiäre Krise nach sich ziehen würde. Gleichzeitig kann aber auch die Fixierung des Gastes am Status „abhängiges Familienmitglied“ seine soziale Desintegration in der Familie oder eine Desintegration des Familiensystems insgesamt

nach sich ziehen. Für die leiblichen Kinder wird es allerdings in solchen Familien leichter sein, sich abzulösen, da der Gast ihre bisherigen Funktionen übernehmen kann⁴.

Krisen, Konflikte und Kommunikation

Bei der Aufnahme des Gastes in die Pflegefamilie treffen unterschiedliche familien-biografische Kulturen mit zum Teil völlig konträren Regeln und Normen aufeinander, die grundsätzlich eine Quelle für Konflikte sein können. Hinzu kommen auf Seiten des Gastes Sozialisationserfahrungen zum Beispiel in psychiatrischen Einrichtungen, die in starkem strukturellen Kontrast zum Leben in Familien stehen.

Betrachten wir Krisen, Konflikte und Kommunikation näher, so lässt sich zunächst generell feststellen, dass die bereits erwähnte Tendenz zur „Harmoniesucht“ in Familien auch in mehreren der von uns untersuchten Familien festgestellt werden konnte. Folgende Hypothese, die allerdings nicht ausreichend mit Daten belegt werden kann, lässt sich dazu formulieren: Die psychische Erkrankung des Gastes stellt die Familie vor gesteigerte Herausforderungen und zieht eine gewisse Konfliktscheu nach sich, die mit dem „Emotionsmanagement“ in Familien mit behinderten Familienangehörigen vergleichbar ist. In solchen Situationen wären starke Konflikte mit einer Überforderung der Familie verbunden und deshalb nicht mehr zu bewältigen.

So war es für einige Untersuchungsfamilien wichtig, nach außen hin Harmonie zu dokumentieren. Sie gaben dann auch im Interview pauschal an, dass sich nach Aufnahme des Gastes nichts verändert habe, obwohl die Antworten auf eine ganze Reihe anderer, konkreter Fragen deutlich machten,

dass zahlreiche Veränderungen stattgefunden hatten.

Eine Negation von Konflikten kann auch einhergehen mit einer starken Außenorientierung. In dem von uns untersuchten Fall konnte die Familie ihrer Tendenz zur Beibehaltung der Außenorientierung durch die Aufnahme eines Gastes entsprechen. Diese Außenorientierung erfüllte für die Familie deutliche Funktionen einer Konfliktvermeidung, indem sie ihre Aufmerksamkeit von innen nach außen richtete.

Aus familiendynamischer Sicht konnte weiterhin festgestellt werden, dass der Gast in manchen Fällen bei innerfamiliären Konflikten als „Projektionsfläche“ erhalten muss. Für Schwierigkeiten innerhalb der Familie wird dann er verantwortlich gemacht. Die Krankheit des Gastes oder er als gesamte Person werden so als Ursache für Probleme und Konflikte in der Familie „vorgeschoben“. Bei aller damit verbundener beziehungs-dynamischer Problematik erfüllt dies aus systemischer Perspektive wichtige Funktionen der Aufrechterhaltung des familiären Beziehungsalltags. So können die Probleme eines Systems durchaus zu dessen Reproduktion beitragen. Der Gast eignet sich als „familienexternes Familienmitglied“ ideal für die Rolle des „Problemstellvertreters“, denn die Involvierung eines „echten“ Familienmitglieds könnte die Familie in ihrer Kohäsion zu stark bedrohen. Diese Situation ist für den Gast im hier zu Grunde liegenden Einzelfall problematisch und führt auf dessen Seite zu einer mangelnden Identifikation mit der Familie⁵. Auch bei gescheiterten Familienpflegeverhältnissen ist die Gefahr groß, dass der Gast von der Familie dafür verantwortlich gemacht wird, denn sonst wür-

de daraus eine Bedrohung für die Familienkohäsion resultieren.

Vorteilhaft sind hingegen Kommunikationsformen in der Familie, die eine individuelle Entwicklung aller Mitglieder zulassen. Eine solche entwicklungsfördernde Kommunikationskultur bedeutet beispielsweise mit Blick auf den Gast, dass er nicht in vorgefertigte Rollenmuster hinein gedrängt und dafür verantwortlich gemacht wird, wenn er die damit verbundenen Verhaltenserwartungen nicht erfüllen kann. Diese Gefahr besteht häufig dann, wenn der Gast eine personelle Lücke beispielsweise aufgrund des Auszugs der Kinder füllen soll. Grundsätzlich existiert vor allem bei solchen Beziehungsstrukturen die bereits erwähnte Gefahr von Übertragungen und Gegenübertragungen, die aus der Familiengeschichte des Gastes einerseits und der Geschichte der Gastfamilie andererseits resultieren: „Im Betreuungsverhältnis sind die anfänglichen Emotionen und Projektionen der Familienmitglieder in Bezug auf den Gast für den weiteren Verlauf und die Integration in das Familiensystem von großer Bedeutung. Zu hohe Erwartungen an den Gast und ihre Nichterfüllung, können zu großen Unzufriedenheiten und Enttäuschungen und somit zur Auflösung des Betreuungsverhältnisses führen“ (Meyer / Wystyrk 2004: 151). In diesem Sinne kann eine Geschlossenheit und Unflexibilität des Familiensystems einer Eingliederung des Gastes entgegenwirken.

Gelingende Pflegeverhältnisse zeichnen sich hingegen dadurch aus, dass die Familie die Eigenschaften des Gastes ohne grundsätzlich negative Sanktionen toleriert und die eigenen Erwartungen weitestgehend von Rollenstereotypen freihält. Für die erfolgreiche Eingliederung des Gastes ist es

deshalb notwendig, dass die Familie über grundsätzliche Fähigkeiten in der Flexibilität ihrer Rollen sowie über eine weiterreichende Strukturflexibilität verfügt. Zwar müssen nach Aufnahme des Gastes in der Regel nicht sämtliche Strukturen der Familie verändert werden, zumal dann nicht, wenn der Gast eine ohnehin vorhandene Lücke füllt, aber auch nach seiner Aufnahme sind unvorhersehbare Veränderungen erforderlich. Um diesen zu begegnen, muss in der Familie eine grundsätzliche Flexibilität vorhanden sein. Hilfreich dafür ist manchmal gerade die Unterschiedlichkeit von Gast und Gastfamilie.

Komplementarität und Parallelität

Das Zusammenwirken zwischen Gast und Gastfamilie konnte in manchen Fällen als komplementär in anderen Fällen als parallel eingestuft werden. Mit Komplementarität ist in diesem Zusammenhang gemeint, dass der Gast und die Familie gegensätzliche Tendenzen in ihrer Sozial- bzw. Persönlichkeitsstruktur aufweisen und dadurch quasi ein komplementäres Kräfteverhältnis bilden, aus dem sich das System insgesamt ins Gleichgewicht bringt (vgl. auch Watzlawick/ Beavin/ Jackson 1985). Für einen Gast mit depressiven Tendenzen bietet beispielsweise eine hochgradig außenorientierte Familie mit zahlreichen Kontakten und außenorientiertem Freizeitverhalten eine komplementäre Struktur, die einen Gegenpol zu seiner nach innen gewandten, depressiven Persönlichkeitsstruktur darstellt und depressive Tendenzen ausgleichen kann. Der Gast wird durch die außenorientierte Familie aus seiner inneren Isolation herausgeholt.

Eine Komplementarität liegt auch vor, wenn die Familie eine Regelstruk-

tur vorgibt, die einen Gegenpol zu krankheitsbedingtem drohenden Kontrollverlust des Gastes bildet. Diese Struktur ist von außen betrachtet manchmal sehr eng, bietet aber oftmals genau den Halt, den Kranke benötigen, die ihrem Alltag selbst keine Struktur mehr verleihen können.

Auch Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen können in Gastfamilien betreut werden, wenn eine solche Komplementarität gegeben ist. Problematisch werden die Beziehungen erst dann, wenn Familie und Gast in einen positiven (sich selbst verstärkenden) Rückkopplungsprozess einmünden (vgl. Watzlawick/ Beavin/ Jackson 1985). Dies ist beispielsweise bei den erwähnten Übertragungen und Gegenübertragungen der Fall.

Neben den komplementären können sich aber auch parallele Persönlichkeits- und Sozialstrukturen sehr gut ergänzen. Dies gilt beispielsweise für ähnliche Vorstellungen und Verhaltensweisen von Gast und Gastfamilie. In der hier zu Grunde liegenden Fallstudie hatten Gast und Gastmutter Krankheiten zu bewältigen. Ihre Zukunftswünsche stimmten überein. Sie brauchten und ergänzten sich. So können selbst bei völlig unterschiedlichen Grundmotivationen zwischen Gast und Gastfamilie beide vor allem dann eine funktionierende Gemeinschaft bilden, wenn Lebenserfahrungen, die zum Teil krisenhaft verlaufen sind, ein hohes Maß an Gemeinsamkeiten aufweisen. In solchen Fällen entsteht auch ein gemeinsames Bild der Familie.

Familienbild

Beim Familienbild handelt es sich um eine Kategorie, die in der Familiensoziologie zwar lange bekannt ist, hinsichtlich ihrer Bedeutung für die vorlie-

gende Untersuchung aber stark unterschätzt wurde und demnach erst aus der Datenanalyse induktiv hervorging. Das Familienbild einer Familie drückt sich vor allem in gemeinsamen Werten, Normen und Grundüberzeugungen aus. Es ist im Sinne einer Selbstbeschreibung ihr Bild von sich selbst.

Wir haben in unserer Untersuchung unterschiedliche Familienbilder festgestellt. Das traditionelle Familienbild wurde bereits im Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen Erwerbsrollen angesprochen und ist kennzeichnend für eine ganze Reihe der von uns untersuchten Familien. So hat ein Teil der Pflegefamilien ein eher traditionelles Rollenverständnis. Insbesondere wenn das Pflegeverhältnis durch die Frau initiiert wurde und sie es primär ist, die sich um den Gast kümmert, gerät diese Form der „Erwerbstätigkeit“ nicht in Konflikt mit den geschlechtsspezifischen Rollenauffassungen von Mann und Frau.

Beschreiben lässt sich anhand unserer Untersuchung auch die „perfekte Familie“. Sie benötigt in ihrem Selbstverständnis keine Hilfe von außen, sondern kann ihre Probleme allein lösen, sofern es diese aus ihrer Sicht überhaupt gibt. Die Initiative für eine Inanspruchnahme professioneller Unterstützung geht demnach sehr selten von solchen Familien aus. Wenn der Gast sich selbst als Familienmitglied bezeichnet und auch von den anderen so gesehen wird, hindert dieses Familienbild auch ihn daran, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Er würde damit gegen die Grundüberzeugung des Familiensystems handeln.

Ähnliche Entwicklungen ergeben sich in einem dritten Typ, wenn die Familie eine ausgeprägt altruistische Helfermotivation hat und aus diesem

Grunde keine professionelle Unterstützung in Anspruch nimmt. Bei manchen Familien handelt es sich dabei um regelrechte Familienkulturen, die über mehrere Generationen weitergegeben worden sind. Aufgrund der stark altruistischen Haltung und der fehlenden Bereitschaft, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, kann die Abstimmung des gesamten Familienlebens auf die Bedürfnisse des Gastes mit einer bis zum „burn-out“ reichenden Überforderung einhergehen. Dies gilt vor allem wenn sich altruistische und traditionelle Haltungen mischen. In solchen Fällen übernimmt in der Regel die Frau die Verantwortung für die Betreuung des Gastes und erhält auf Grund einer traditionellen Rollenverteilung insbesondere in belastenden Situationen keine Unterstützung. Dadurch wächst die Gefahr einer Überlastung und es droht in der Konsequenz ein Abbruch des Pflegeverhältnisses.

Grundsätzlich sind aber Familien, die über gemeinsame Wertorientierungen verfügen, in verschiedensten Belastungssituationen erheblich stabiler, als Familien ohne solche Orientierun-

gen. Insbesondere wenn die bereits erwähnten Parallelen in der biografischen Erfahrung der einzelnen Familienmitglieder und des Gastes bestehen, können diese dazu beitragen, dass sich ein Verständnis füreinander entwickelt oder stabilisiert, das Merkmale einer „Therapeutischen Gemeinschaft“ aufweist. In solchen Fällen sind die spezifischen Merkmale vergangener und gegenwärtigen Krankheiten dann auch von eher untergeordneter Bedeutung.

Lebensqualität und Krankheitsbild des Gastes

Das spezifische Krankheitsbild des Gastes hat keinen so hohen Stellenwert für das Gelingen der Familienpflege, wie ursprünglich angenommen. Es kommt viel stärker auf das Zusammenwirken der einzelnen Rollen in der Familie an, so dass auch bei schweren psychischen Erkrankungen Familie und Gast harmonisieren können (vgl. auch Held 1989).

Allerdings wünschen sich einige Familien mehr Informationen über das Krankheitsbild des Gastes. Sie erhoffen sich, dadurch angemessener auf das

Verhalten des Gastes reagieren und eingehen zu können. Eine solche Information sollte aber nicht verbunden sein mit einer umfassenden professionellen Schulung, da dieses dem Ansatz einer Hilfe im lebensweltlichen familiären Kontext widersprechen würde.

Offenbar ist es gerade die „laienhafte“ Lebenswelt in den Gastfamilien, die bei den Gästen „verlernte“ Aktivitäten wieder hervorholen kann. Durch die Normalisierung der Wohnform steigt so insgesamt ihre Lebensqualität. Die psychische Erkrankung spielt in ihrem Leben zwar noch eine Rolle, aber sie ist nicht mehr prägend für den gesamten Lebenskontext, wie es beispielsweise stärker bei der Versorgung in stationären oder teilstationären Wohnformen der Fall wäre.

Manchmal ist mit Blick auf die Lebensqualität des Gastes allerdings eine Inkongruenz zwischen professioneller und individueller Perspektive feststellbar. Es gibt durchaus Gäste, die sich in ihrer Familie nicht integriert und nicht wohl fühlen, deren Lebensqualität sich aber aus einer externen Perspektive deutlich verbessert hat, obwohl diese Verbesserung vom Gast selbst nicht so gesehen wird. Dementsprechend muss denn auch trotz der Normalisierung der Wohnform das betreute Wohnen in Familien nicht zwangsläufig das letzte wohnbiografische Ziel sein, das manche Gäste anstreben. Sie stellen sich vor, auch einmal eventuell in einem betreuten Wohnen allein zu leben.

Binnen-/ Außenorientierung und soziale Netzwerke

Richten wir unsere Perspektive abschließend von der Innen- auf die Außenwelt der untersuchten Familien, so zeigt unsere Studie die folgenden Ergebnisse: Die Mehrzahl der Gastfa-



milien wohnt im ländlichen Bereich. Dies ist zum einen ein Vorteil, weil dort mehr Platz und zum Teil auch Betätigungsmöglichkeiten in der Landwirtschaft vorhanden sind. Als Nachteil deutet sich in mehreren Fällen die stärkere soziale Kontrolle in den dörflichen Lebensgemeinschaften an.

Außerdem erschwert das Wohnen in einer ländlichen Region die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung bei akuten Krisen des Gastes oder innerhalb der Familie. Dabei zeigte sich auch, wie wichtig der kontinuierliche Kontakt zum Familienpflegeteam ist. So erweitern sich durch die Aufnahme des Gastes die sozialen Netzwerke der Familie. Im Rahmen der psychiatrischen Familienpflege sind Familien per se stärker außenorientiert als andere, da sie ein „familienexternes Familienmitglied“ aufnehmen und gleichzeitig in Kommunikation mit einem Träger sozialer Arbeit stehen, der auch die Beziehungen innerhalb der Familie beachten muss. Es entstehen neue Kontakte zu anderen Familien und zum Familienpflegeteam. Das Familienpflegeteam kann zwar nicht grundsätzlich die Strukturen der Familie verändern, es hat aber eine wichtige begleitende und unterstützende Funktion. Gleichzeitig hat es für den Gast eine Bedeutung, denn das Team kann dessen Vorstellungen und Bedürfnisse gegenüber der Familie artikulieren beziehungsweise durchsetzen. Im Übrigen liegt der Erfolg des Betreuungsverhältnisses aus der Perspektive der Familie in der Verantwortung des Familienpflegeteams: „Bei Problemen oder Beendigung des Betreuungsverhältnisses kommt es durchgehend zur negativen Zuschreibung der Familienpflegehelfer durch die Familie. Verläuft die Familienpflege für Familie und Gast

gut, sind durchweg die Zuschreibungen positiv“ (Meyer/Wystyrk 2004:221).

Grundsätzlich ist die Erweiterung der sozialen Netzwerke als Vorteil für die entsprechenden Familien zu werten. Die Familie erweitert damit ihre Handlungsressourcen und gewinnt Kompetenzen, die für die Bewältigung zukünftiger Probleme wichtige Ressourcen sind, auch dann wenn sie nichts mit der psychiatrischen Familienpflege zu tun haben.

Fazit

Deutlich geworden sind zahlreiche Motive und mögliche Entwicklungen, die mit der Aufnahme eines psychisch erkrankten Gastes in einer Familie einhergehen können. Familien schützen sich durch die Aufnahme des Gastes oftmals vor zu starken, krisenhaften Anpassungen. Dennoch kommt es erwartungsgemäß zu Entwicklungen, die nicht immer antizipiert wurden, aber von Familien und Gästen auch nicht immer als problematisch eingestuft werden. Für die Gäste ist die Normali-

sierung ihrer Wohnform in der Regel mit vielen positiven Entwicklungen verbunden. Diese und die längerfristigen Entwicklungen in den Familien werden in später folgenden follow-up-Studien noch genauer zu dokumentieren sein. In jedem Fall lässt sich schon heute feststellen, dass die Psychiatrische Familienpflege ein Modell ist, von dem alle Beteiligten in erster Linie profitieren.

Anschrift :

Prof. Dr. rer. soc.
Ulrich Lakemann

Fachhochschule Jena
Fachbereich Sozialwesen

Telefon: 03641 / 205812
Telefax: 03641 / 205801

E-Mail: ulrich.lakemann@fh-jena.de
Web: www.lakemann.com



Literatur :

Burkart, G.: Lebensphasen – Liebesphasen. Vom Paar zur Ehe, zum Single und zurück? Opladen 1997.

Galler, H.P.; Ott, N.: Empirische Haushaltsforschung. Erhebungskonzepte und Analyseansätze angesichts neuer Lebensformen. Reihe Stiftung der Private Haushalt Bd. 16, Frankfurt a.M., New York 1993.

Glaser, B.G.; Strauss, A.L.: Die Entdeckung gegenstandsbezogener Theorie: Eine Grundstrategie qualitativer Sozialforschung. In: Hopf, C.; Weingarten, E. (Hrsg.): Qualitative Sozialforschung. Stuttgart 1979, S. 91-111.

Glaser, B.G.; Strauss, A.L.: The discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research. New York 1967.

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

Hilzenbecher, M.: Die (schattenwirtschaftliche) Wertschöpfung der Hausarbeit - eine empirische Untersuchung für die Bundesrepublik Deutschland. In: Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 2/1986, S. 107-130.

Kaufmann, F.-X.: Zukunft der Familie. Stabilität, Stabilitätsrisiken und Wandel der familialen Lebensformen sowie ihrer gesellschaftlichen und politischen Bedingungen. München 1990.

Lakemann, U.: Familien- und Lebensformen im Wandel. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg i.Br., Lambertus 1999.

Lakemann, U.: Familienhaushalt und Büroheimarbeit. Problemlösungsverhalten im Spannungsfeld von Erwerbsarbeit und Familie. Schriftenreihe des Instituts für Bevölkerungsforschung

und Sozialpolitik an der Universität Bielefeld, Bd. 20. Frankfurt a.M., New York 1992.

Meyer, W.; Wystyrk, C: Evaluation des Modellprojektes „Psychiatrische Familienpflege in Thüringen“ „Ist die Integration eines chronisch psychisch kranken Menschen in ein fremdes Familiensystem möglich?“ Diplomarbeit, Fachhochschule Jena, Jena 2004.

Neidhardt, F.: Systemtheoretische Analysen zur Sozialisationsfähigkeit der Familie. In: Neidhardt, F. (Hrsg.): Frühkindliche Sozialisation. Theorien und Analysen. 2. neubearb. Aufl., Stuttgart 1979, S.162-187.

Raeder, J.: Funktionen der psychiatrischen Familienpflege für das Familiensystem. Empirische Untersuchung sozialer Rollen innerhalb von Gastfamilien im Rahmen der Evaluation des Modellprojektes: „Psychiatrische Familienpflege in Thüringen“. Diplomarbeit, Fachhochschule Jena, Jena 2005 .

Richter, H.-E.: Patient Familie. Entstehung, Struktur und Therapie von Konflikten in Ehe und Familie. Reinbek b. Hamburg 1970.

Schneider, A.: Betreutes Wohnen in Familien - eine Analyse der psychiatrischen Familienpflege am Beispiel eines Projektes der Aktion Wandlungswelten in Thüringen. Diplomarbeit, Fachhochschule Jena, Jena 2004.

Schulze, H.-J.: Autonomiepotentiale familialer Sozialisation. Stuttgart 1985.

Tischendorf, A.: Psychiatrische Familienpflege als Lebensform für chronisch psychisch Kranke. Diplomarbeit, Fachhochschule Jena, Jena 1999.

Watzlawick, P.; Beavin, J.H.; Jackson, D.D.: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. 7. Aufl. 1985.

Willi, J.: Koevolution: die Kunst des gemeinsamen Wachsens. Reinbek b.Hamburg 1985.

¹ Bei den fast fünfzig Studierenden, die an den beiden Seminaren beteiligt waren, möchten wir uns ganz herzlich bedanken, denn ohne ihren unermüdbaren Einsatz wären die nachfolgend vorgestellten Ergebnisse nicht zustande gekommen. Insbesondere namentlich zu erwähnen sind die fünf Studierenden, die sich im Rahmen ihrer Diplomarbeiten mit dem Thema „Psychiatrische Familienpflege“ detailliert empirisch beziehungsweise historisch beschäftigten. Antje Schneider (2004); Wiebke Meyer und Constanze Wystyrk (2004) sowie Jan Raeder (2005) und ganz zu Beginn des Projektes Anja Tischendorf (1999) gilt unser besonderer Dank.

Meinem Kollegen Professor Dr. Klaus-Dieter Dresler danke ich sehr für die kontinuierliche, intensive und lehrreiche Zusammenarbeit an diesem Projekt.

² Vergleiche als erste dazu Glaser / Strauss 1967, 1979.

³ Auch mit Blick auf weitere Ergebnisse zeigen sich Parallelen zu anderen empirischen Untersuchungen, die an dieser Stelle aus Platzgründen aber leider nicht herausgearbeitet werden können.

⁴ In zumindest einer Familie vermuteten wir auch, dass eine „nachholende Partnerschaft“ bestand, die aber nicht ausreichend mit empirischen Daten belegt werden konnte.

⁵ Vergleiche dazu auch die Rolle des „Sündenbocks“ bei H.-E. Richter (1970).

Zur Qualitätssicherung des Betreuten Wohnens in Familien

Dr. Joachim Becker, Rheinische Kliniken, Bedburg-Hau

Renate Neuenfeldt-Spickermann, Rheinische Kliniken, Viersen

Moderation: Jana Neukirchner, AWW Betreutes Wohnen in Familien, Jena

Im Auftrag des Fachausschusses Betreutes Wohnen in Familien/Familienpflege (BWF) der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) wurden Fachteams, Gastfamilien und Bewohner zur Qualität der fachlichen Begleitung bei langjährigen Betreuungsverhältnissen befragt. Die Ergebnisse dienen zur Entwicklung eines Bewertungsbogens für das Betreute Wohnen in Familien. Mit wenig Zeitaufwand können damit wesentliche Qualitätsmerkmale bewertet und Risikofaktoren erfasst werden.

Einführung

Das Betreute Wohnen in Familien (traditioneller Begriff: Familienpflege), eine Kombination von ambulanter professioneller Begleitung und Unterbringung in dafür bezahlten Gastfamilien, ist eine Alternative zur Wohnheimbetreuung für verschiedene Zielgruppen: Kinder und Jugendliche mit seeli-

chen Störungen oder Verhaltensauffälligkeiten, psychisch Kranke, geistig Behinderte und hilfsbedürftige alte Menschen. Bislang gibt es keine verbindliche oder überregional einheitliche Dokumentation zur Qualitätssicherung bei dieser Betreuungsform.

Das Betreute Wohnen in Familien hat Vorteile gegenüber anderen Hilfeearten, aber auch spezifische Risiken der Betreuungsqualität. Zu den Vorteilen gehören:

- Heime werden von der Bevölkerung wie von ihren Bewohnern als Behinderteneinrichtung wahrgenommen, Familien mit einem kranken oder behinderten Bewohner nicht. Die Betreuung ist im Vergleich zum Heim entstigmatisierend und gemeindeintegrierend.
- Betreutes Wohnen in Familien kostet bei gleicher Versorgungsdichte nur halb so viel wie eine Versorgung in einem Wohnheim.
- Betreutes Wohnen in Familien er-



laubt bei sorgfältiger Vermittlung eine passgenaue, den persönlichen Wünschen und Rehabilitationserfordernissen entsprechende Platzierung: z. B. bei Einzelperson – Paar – größerer Familie, mit oder ohne Kindern oder Haustieren, emotional warmes oder distanzierteres Klima, fürsorgliche oder partnerschaftliche Beziehung.

Spezifische Risiken liegen in der relativen Schwäche eines kranken oder behinderten Menschen in einer Gemeinschaft mit Nichtbehinderten bei gleichzeitiger Wohnungs- und Versorgungsabhängigkeit. Das begleitende Team hat daher eine wichtige, die Betreuungsqualität sichernde Funktion. Es gilt vor allem, folgende mögliche Fehlentwicklungen im Auge zu behalten:

- Eine lieblose Beziehung mit wenig Respekt und Familienintegration, eine Beherbergung nur wegen des finanziellen Vorteils. Wenn Frühwarnzeichen wie ein barscher Umgangston und häufige oder ungerechte Beschwerden über den Bewohner nicht beachtet werden und zur Korrektur führen, können schwere Vernachlässigung oder sogar Misshandlungen die Folge einer weiteren Verschlechterung der Beziehung sein,
- Ausbeutung der Arbeitskraft,
- Unzureichende Versorgung z. B. mit Essen oder Kleidung, um Geld zu



sparen,

- Überversorgung und Bevormundung: die Bewohnerin bzw. der Bewohner wird wie ein Kind behandelt.

Qualitätssicherung - besonders wichtig bei langjährigen Betreuungsverhältnissen

Die Art der Betreuung hängt entscheidend davon ab, in welche Gastfamilie eine Person vermittelt wird. Das begleitende Team lernt viele Familien mit unterschiedlichen Qualitäten kennen und hat mit der Zuordnungentscheidung den größten Einfluss darauf, eine bedarfsgerechte Betreuung sicherzustellen. Die Kennenlernphase und die ersten Wochen des Zusammenlebens führen zu einer Neuorientierung aller Familienmitglieder mit dem Gast. Während der Vermittlungsperiode hat das begleitende Team am ehesten die Chance, auf den Platz der vermittelten Person in der Familie, auf Abläufe und Umgangskultur Einfluss zu nehmen. Wenn dieser wechselseitige Anpassungsprozess abgeschlossen ist, lassen sich die nun eingespielten Abläufe und Umgangsformen nur noch wenig von außen beeinflussen. In den meisten Fällen hat sich eine neue Stabilität und Eigendynamik der Familie entwickelt, in der die vermittelte Person ihren festen Platz gefunden hat. Dabei ist der begleitende Dienst sozusagen ein externes Mitglied der Familie geworden und in seiner stützenden und kontrollierenden Rolle ein wichtiges Element, ohne das die Integration gefährdet wäre.

Diese Funktion wird manchmal unterschätzt: Von Kostenträgern, die vielleicht meinen, mit der Vermittlung und anfänglichen Beratung sei der wesentliche Teil der Arbeit erledigt, von Fami-

lien, denen die Hausbesuche lästig werden oder auch von Kollegen des begleitenden Dienstes, die in Zeiten hoher Arbeitsbelastung am ehesten bei ihren langjährigen Betreuungsverhältnissen Hausbesuche einsparen, „weil da ja alles gut läuft“. Bei langjährigen Betreuungsverhältnissen können die Aufmerksamkeit des Fachdienstes und das Engagement der Familie nachlassen, und weil der Fachdienst ein vertrautes Mitglied des Familiensystems geworden ist, sind Distanzverlust und eine Minderung seiner professionellen Rolle möglich.

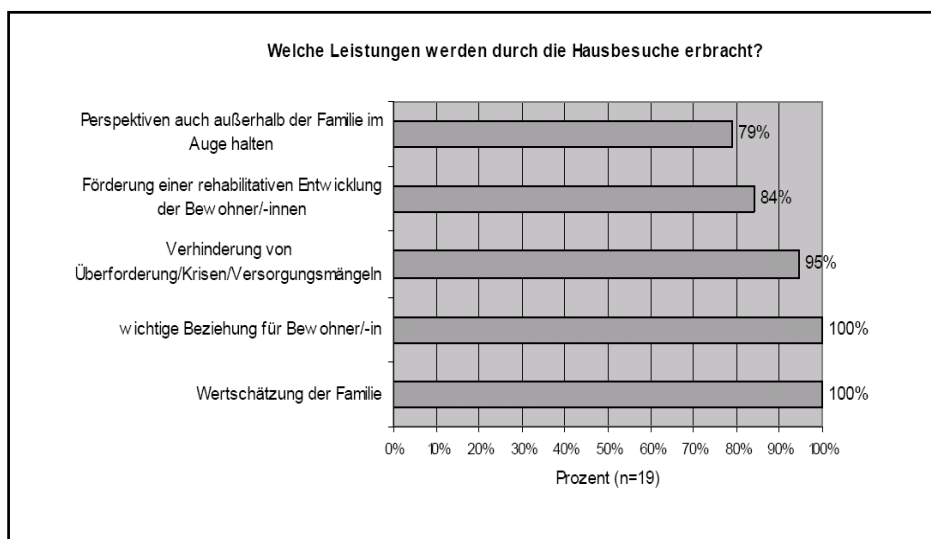
Eine Dokumentation zur Qualitätssicherung gerade bei langjährigen Betreuungsverläufen

- lenkt die Aufmerksamkeit auf wesentliche Qualitätsmerkmale und mögliche Risiken und Frühwarnzeichen im Betreuungsverhältnis. Dazu muss die Dokumentation allerdings kurz und übersichtlich sein und sich auf die wesentlichen Kriterien beschränken,
- betont die professionelle Funktion und Autorität des Fachdienstes, ähnlich wie bei Pflegeleistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz, deren Qualität durch einen Pflegedienst geprüft und dokumentiert wird,

- betont aber auch die gesellschaftliche Bedeutung und Wertschätzung der von der Gastfamilie geleisteten Arbeit. Eine weitere Professionalisierung des Betreuten Wohnens in Familien verbessert die Chancen von stärker erkrankten oder behinderten Menschen, in einer Familie leben zu können und die erforderlichen Hilfen statt in einer Institution in einem normalen Zuhause zu erhalten.

Befragung der Fachteams

Der Fachausschuss Betreutes Wohnen in Familien/Familienpflege (BWF) der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP) hat sich unter anderem das Ziel gesetzt, eine solche Dokumentation zu entwickeln. In seinem Auftrag haben wir zunächst im Herbst 2004 mit e-mail-Fragebögen die Fachteams in Deutschland zu ihrer begleitenden Arbeit bei langjährigen Betreuungsverhältnissen befragt. Die Fragen bezogen sich auf Verhältnisse von 5 und mehr Jahren Dauer. Dabei zeigte sich, dass bei diesen Familien im Durchschnitt alle 4 Wochen ein Hausbesuch durchgeführt wird.



Erwartungsgemäß bestätigten die meisten Teams, dass nach langjährigen „ruhigen“ Verläufen auch wieder sofortige Kriseninterventionen und Hausbesuche in kürzeren Abständen erforderlich waren – sei es wegen einer Zunahme der seelischen Erkrankung

bzw. Behinderung der Bewohner oder durch eine davon unabhängige Belastung der Gastfamilien mit Auswirkung auf das Betreuungsverhältnis.

Wesentliche Leistungen der fachlichen Begleitung liegen nach Einschätzung der Teams darin, den Gastfamili-

en Wertschätzung und Anerkennung zu vermitteln sowie Überforderung, Krisen und Versorgungsmängel zu vermeiden. Auf diese Weise kann die Bereitschaft der Familien erhalten werden, ihre oft anstrengende Betreuungsarbeit fortzusetzen und Burn-Out-Entwicklungen bei

Sichtweise der Bewohner

Was denken nach Eurer Meinung die Bewohnerinnen bzw. Bewohner:

Was schätzen sie an den Hausbesuchen?

- Feste Bezugsperson
- gewachsenes Vertrauensverhältnis
- Reflexion der Entwicklung
- persönliche Beziehung
- Fürsprecher
- Vermittler
- Kontakt
- Interessenvertreter
- Wertschätzung auch ohne Probleme
- Abwechslung vom Alltag

Was stört sie an den Hausbesuchen?

- Einweisung in die Klinik
- Kritik
- zu selten
- Beziehungszusammenbruch
- Bevormundung
- Kontrolle
- lästige Themen
- Vertreter der Familie oder der Institution

Wie erleben sie Eure Rolle bzw. die Beziehung zu Euch?

- Freund
- Partner
- Kontrolleur
- Klinikvertreter
- Orientierungshilfe
- Geheimnisträger
- Verbündeter
- Fürsorger

Wie wäre es für sie, wenn Ihr die Hausbesuche nach 5 Jahren einstellen würdet?

- Beziehungsverlust
- Trauer
- Verunsicherung
- Bedauern
- Enttäuschung
- Schwächung der eigenen Position
- schutzlos, unsicher, erleichtert, motivierte institutionelle Rahmen ginge verloren.

Sichtweise der Familien

Was würden die Familien nach Eurer Einschätzung wohl sagen, wenn sie befragt würden:

Was schätzen sie an dem Hausbesuch?

- Anerkennung
 - Unterstützung
 - Entlastung
 - fachliche Aufklärung
 - Zuverlässigkeit
 - Austausch über innerfamiliäre Angelegenheiten
- Was stört sie an dem Hausbesuch?
- Kontrolle und Kritik (impliziert Schwächung der eigenen Kompetenz)
 - zeitlicher Aufwand
 - Häufigkeit
 - Hausbesuch „ohne Anlass“

Wie wird Eure Beziehung zur Familie bzw. Eure Rolle von der Familie erlebt?

- Vertrauensperson
- Kontrolleur
- Fachmensch
- Ansprechpartner
- Familienmitglied
- Leitfigur
- notwendiges Übel

Wie wäre es für die Familien, wenn die Hausbesuche und sonstige fachliche Begleitung nach 5 Jahren beendet würden?

- Enttäuschung
- Entwertung
- Empörung
- Entlastung
- Gleichgültigkeit
- Akzeptanz
- Verunsicherung
- Bedauern
- Abbrüche drohen
- Beziehungen werden instabil

ihnen vorzubeugen, wodurch die Versorgungsqualität für die Bewohner erhalten bleibt.

Alle Teams waren ferner der Meinung, dass ihre Beziehung zu den Bewohnern von großer Bedeutung ist und die Mehrzahl gab an, dass durch die Hausbesuche die rehabilitative Entwicklung der Bewohner gefördert wird und Perspektiven auch außerhalb der Familien nicht außer Acht geraten.

Für den Fall, dass die fachliche Begleitung beendet würde, befürchteten die meisten Teams eine Überforderung der Gastfamilien und Krisen, die mit Hausbesuchen hätten verhindert werden können, sowie Nachteile für die Bewohnerinnen und Bewohner durch den Verlust der professionellen Beziehung.

Weiter wurden die Teams ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten nach ihrer Einschätzung befragt, wie die Qualität des begleitenden Dienstes von den Familien bzw. den Bewohnerinnen und Bewohnern erlebt wird. Die Antworten sind in Stichworten zusammengefasst und nach abnehmender Häufigkeit ihrer Nennung wiedergegeben.

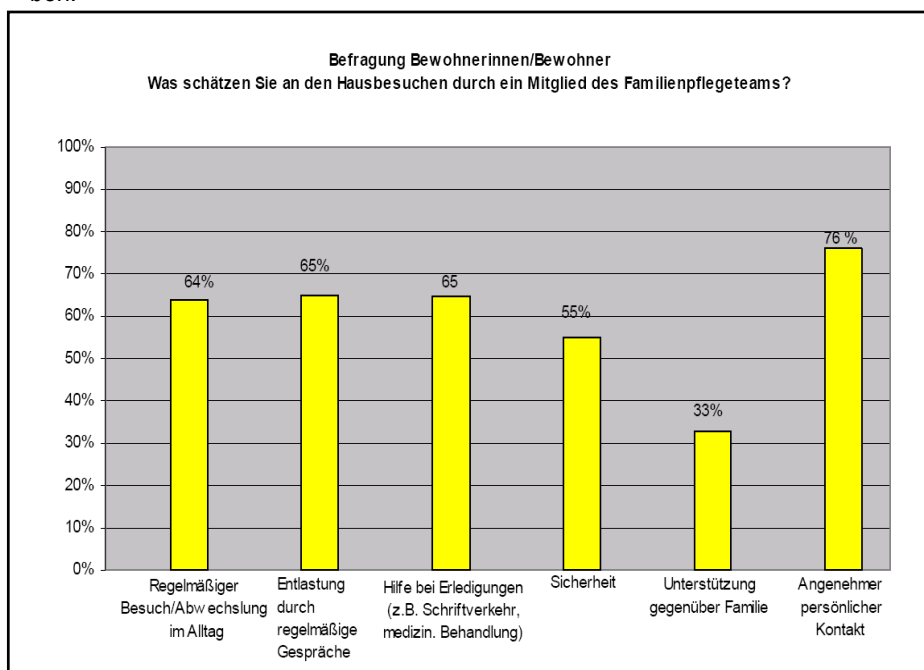


Befragung von Bewohnern und Gastfamilien

Von Anfang April bis Mitte Mai 2005 wurden in Deutschland alle bundesweit ansässigen Familienpflegeteams in Deutschland telefonisch kontaktiert. Dabei wurden alle langjährigen Betreuungsverhältnisse erfasst, Hinweise über den Ablauf der Befragung gegeben und pro Team ein Ansprechpartner definiert. Insgesamt wurden 120 Teams kontaktiert und ca. 500

langfristige Betreuungsverhältnisse (länger als 5 Jahre) ermittelt.

Durch dieses Vorgehen wurde gewährleistet, dass jeder Fragebogen durch den vertrauten Betreuer in die Familie übermittelt und vor Ort erläutert wurde. Entsprechend der Betreuungsverhältnisse wurden pro Pflegefamilie zwei farblich verschiedene Fragebögen verschickt, einen für den Bewohner und einen für die Gastfamilie, die anonym in beiliegenden Umschlägen an die Absender rückgesendet wurden.



Ergebnisse

Die Fragestellungen basieren auf den Ergebnissen der vorangegangenen Befragung der Fachteams.

Der Rücklauf von 42 % bei den Gastfamilien und 40 % bei den Bewohnern dokumentiert das Interesse der Nutzer. Über schriftliche Randnotizen und spontane telefonische Statements ignorierten einige Befragten die Anonymität und berichteten über langjährig gewachsene Bindungen und deren Bedeutung.

Bei der Auswertung der Fragebögen wird der angenehme persönliche

Kontakt im Besonderen hervorheben, die Rolle der Vertrauensperson am häufigsten bewertet.

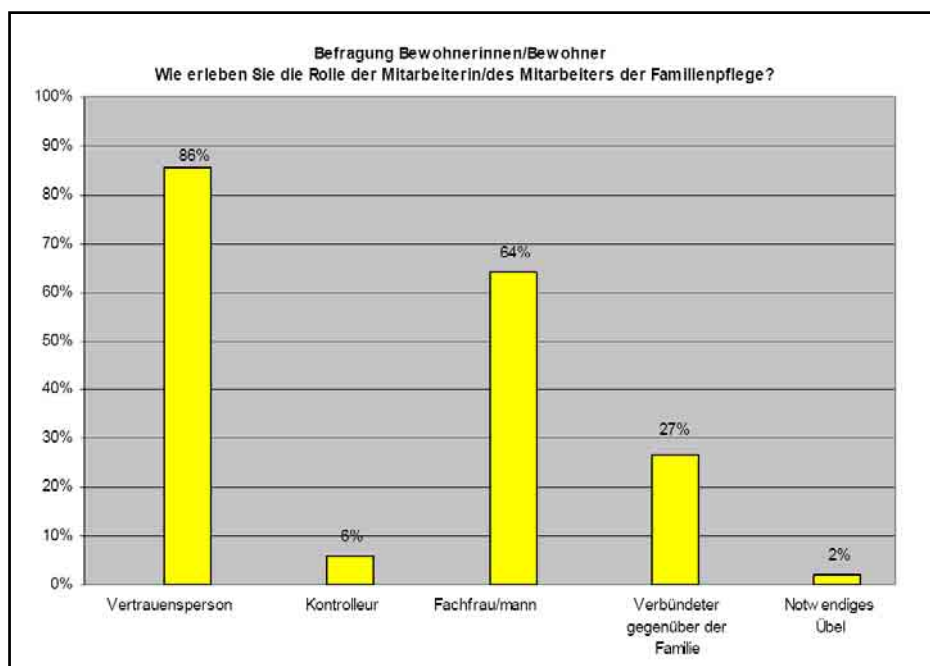
Die Hausbesuche werden nicht als störend empfunden und Bedauern /Verlust beschrieben, wenn diese wegfallen würden. Bewohner und Gastfamilien unterscheiden sich hierbei kaum in ihrer Einschätzung. Hiermit verdeutlicht sich einerseits die Integration des Betreuers ins erweiterte Familiensystem, dokumentiert jedoch gleichzeitig auch die Gefahr des professionellen Distanzverlustes.

Bewertungsbogen

Der im Anhang abgebildete Bewertungsbogen¹ wurde auf der Grundlage der Befragungsergebnisse entwickelt. Die Studie zu spezifischen Risiken der Familienpflege einschl. Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch (Bundestagung in Ravensburg 2004) und Fragen aus der Dokumentation des Fachteams in Bonn wurden ebenfalls einbezogen. Die daraus entwickelte Rohfassung des Bogens haben wir auf der Familienpflege-Bundestagung in Jena 2005 vorgestellt und dort in einer Arbeitsgruppe von ca. 50 Teilnehmer/-innen prüfen lassen; deren Verbesserungsvorschläge sind nun im Bewertungsbogen berücksichtigt.

Wir empfehlen für den Gebrauch des Bogens:

- Ihn bei allen Betreuungsverhältnissen in regelmäßigen Abständen – etwa alle 6 Monate - einzusetzen,
- ihn nicht im Beisein der Bewohner oder der Gastfamilien zu verwenden,
- ihn nach Möglichkeit gemeinsam mit einer Kollegin oder einem Kollegen auszufüllen, die/der ebenfalls



mit diesem Betreuungsverhältnis vertraut ist.

Die Beschränkung auf eine Seite erlaubt eine Dokumentation mit wenig Zeitaufwand und lenkt die Aufmerksamkeit auf wesentliche Qualitätsmerkmale und Risikofaktoren in der Betreuung chronisch kranker oder behinderter Erwachsener in Gastfamilien. Im Einzelfall sind sicher ergänzende und bei Kindern und Jugendlichen auch andere Kriterien sinnvoll. Wir würden uns freuen, wenn viele Fachteams mit dem Bewertungsbogen Erfahrungen sammeln und prüfen, ob er zur Verbesserung der Arbeit beitragen kann.

Anschriften:

Dr. Joachim Becker
Leitender Arzt, Familienpflege-Team

Rheinische Kliniken
47551 Bedburg-Hau

Telefon: 02821/813644

E-Mail: Joachim.Becker@lvr.de

Renate Neuenfeldt-Spickermann
Familienpflege-Team

Rheinische Kliniken
41749 Viersen

Telefon: 02162/964012

1

Bewertungsbogen für das Betreute Wohnen in einer Familie (Familienpflege) von Frau/Herrn

Soziale Kontakte

	keine	weniger als monatlich	monatlich	wöchentlich
zu Freund/in oder Freunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu eigenen Verwandten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Bekannten/ Verwandten der Gast- familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freizeitangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Arbeit und Beschäftigung

	keine	gelegentlich	täglich
in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
außerhalb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entwicklung und Zufriedenheit

	sehr gut	gut	befriedi- gend	ausrei- chend	mangel- haft	ungenü- gend
Erscheinungsbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grad der Selbst- ständigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit der Bewohnerin/des Bewohners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit der Gastfamilie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweise für eine gute Beziehung/Familienintegration
(z. B. Wertschätzung, gemeinsame Aktivitäten):

.....
.....

Hinweise für eine schlechte Beziehung/Familienintegration
(z. B. abfällige Bemerkungen, häufige oder übertriebene Beschwerden):

.....
.....

.....
(Name der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters)

.....
(Datum und Unterschrift)

Die Psychiatrische Familienpflege im 19. Jahrhundert

Ein Vergleich Frankreichs und Deutschlands
mit Betonung der mitteldeutschen Geschichte

Dr. Thomas Müller, Institut für Geschichte der Medizin, Charité-
Universitätsmedizin Berlin

Moderation: Dr. Falk Walther, Thüringer Gesellschaft für Psychiatrie, Neuro-
logie, Kinder- und Jugendpsychiatrie e. V., Mühlhausen



Liebe Organisatorinnen und Organisa-
toren der 20. Bundestagung Familien-
pflege, lieber Herr Dresler, meine
sehr verehrten Damen und Herren,

ich bedanke mich zunächst herzlich für die Einladung nach Jena. Dies gibt mir die Möglichkeit, meine Erfahrungen aus der medizinhistorischen Forschung mit einem an der Praxis der gegenwärtigen Familienpflege interessierten Publikum diskutieren zu können. Zu diesem Zwecke werde ich keinen historischen Vortrag im strengen Sinne halten, sondern werde versuchen, die Ergebnisse der historischen Forschung ein wenig in Beziehung zu aktuellen Fragestellungen zu setzen. Dies kann auch der Diskussion zuträglich sein.

In dem Projekt, das Gegenstand dieses Vortrags ist, vergleiche ich die Anfänge der psychiatrischen Familienpflege in Frankreich und Deutschland.¹ Das Projekt ist also einerseits ein internationaler Vergleich der Rezeption der belgischen Form der Familienpflege im Deutschland und Frankreich des späten 19. Jahrhunderts. Andererseits werden quasi intranationale oder interregionale Vergleiche der verschiedenen Modelle vorgenommen, jeweils in beiden Ländern.

Der Untersuchungs-Zeitraum erstreckt sich von circa 1860 bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs. Neben einer Reihe anderer historisch-wissenschaftlicher Einrichtungen auf beiden Seiten des Rheins ist hierzulande das Zentrum für Psychiatrie Weissenau ein

wichtiger medizinischer Kooperationspartner, sowie mehrere in Zentral-Frankreich gelegene medizinische Einrichtungen, auf die ich Laufe des Vortrags noch zu sprechen kommen werde.

Der Vortrag umfasst drei Teile. Ausgehend von den bisherigen Ergebnissen meiner Forschung im genannten Projekt, werde ich im ersten Teil versuchen, die recht komplexe Geschichte der Familienpflege in Westeuropa in einem Überblick und in aller Kürze darzustellen, um Ihnen anschließend in einem zweiten Teil die deutsche Geschichte, ebenfalls kursorisch, nahe zu bringen. Hier betone ich die Situation in Mitteldeutschland. In einem dritten Teil werde ich Sie, auch anhand von Bildmaterial, dann mit der Geschichte der Familienpflege in Frankreich etwas vertrauter machen, insofern Ihnen diese noch nicht bekannt ist. Und wenn ich in diesem dritten Teil meines Vortrags - dies möchte ich vorausschicken - die gesellschaftlichen, und hier vor allem die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen in der Entstehung der dort erfolgreich etablierten Familienpflege betone, so ist dies quasi bereits ein zentrales Ergebnis meiner Forschung. Ich komme zum ersten Teil:

Ein kurzer Abriss der Geschichte der Familienpflege im westlichen Europa

Im Wesentlichen geht die Geschichte der westeuropäischen psychiatrischen Familienpflege auf den Ort Gheel im flämischen Belgien zurück. Ergänzungen um die Geschichte der schottischen Familienpflege, eines nicht konfessionell gebundenen Typs der Familienpflege muss ich aufgrund der Zeit auslassen. Hinsichtlich seiner Auswirkungen hier bei uns auf dem

Kontinent erscheint der schottische Typ jedoch nachgeordnet, wenn auch nicht unbedeutend. Diskutiert und auf unterschiedlichste Weise umgesetzt wurde die Familienpflege seinerzeit übrigens nicht allein in fast allen europäischen Ländern, sondern auch in Nord- und Südamerika, in Russland, Japan, Australien, Südafrika und anderen Teilen der Welt. Dies umfasst beispielsweise auch die Britischen Kolonien in Indien, wie auch die Inseln Java und Cuba. Dies zur Einschätzung der Bedeutung dieses Versorgungsmodells im Untersuchungszeitraum.

Von zentraler Bedeutung war, wie eben gesagt, die Modellfunktion der flämischen Familienpflege. Die Gründung der Siedlung in Gheel bei Antwerpen geht nach christlicher Überlieferung auf das 6. Jahrhundert zurück. Als Pilgerort ist Gheel seit dem 12./13. Jahrhundert bekannt. Sie müssen sich vorstellen, dass der sich in Gheel entwickelnde Ort seit dem Mittelalter alleine deswegen das Ziel unterschiedlich motivierter Reisender war – und dies übrigens in gewissem Sinne bis heute blieb.

Die unzähligen christlichen Pilger und ihre Begleiter, die sich nach Gheel aufmachten, erhofften sich durch die Durchführung eines neuntägigen Rituals in der „Ziekenkammer“ einer örtlichen Kirche die Heilung ihrer Leiden, in deren Beschreibung wir heute – bei aller Vorsicht – vor allem psychiatrische Krankheitsbilder erkennen können. Viele von Ihnen hier, die mit der Familienpflege arbeiten, waren schon in Gheel, und die Einrichtung ist Ihnen bekannt, weshalb ich mich hier kurz fassen darf.

Gheel war für diese Menschen ein Pilgerort im herkömmlichen Sinne des Wortes. Dort hofften sie, von ihren Erkrankungen geheilt zu werden, was,

wie Sie sich heute vorstellen können, unterschiedlich gut gelang. Zum Verbleib vor Ort, und um weitere Heilungsrituale in den örtlichen Kirchen vorzunehmen, entstand sozusagen eine Art von kirchlich organisiertem, aber privat in den einheimischen Familien umgesetztem Übernachtungs- und Unterbringungssystem. Gegen Geld blieben Patienten bei fremden Familien, und manche dieser Gäste blieben für immer.

Die Französische Revolution und ihre Folgen, die in ganz Europa mit der mehr oder minder starken Zurückdrängung aller religiöser Einrichtungen einherging, führte, und das ist das Interessanteste, mitnichten zur Schließung dieser belgischen Initiativeinrichtung, sondern diese wurde kurzerhand verweltlicht, säkularisiert. Der Bürgermeister und ein Gemeindegremium übernahmen die Organisation.

Der Staat Belgien entstand erst 1830. Bis 1850 sollte es dauern, bis die medizinische Versorgung nicht mehr nur von ortsansässigen, sondern von eigens hierfür bestellten Ärzten gewährleistet wurde. Im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts besuchten Tausende von Menschen, Experten wie Laien, Gheel, unter letzteren auch Familien mit kranken Menschen, oder Familien, die sich dafür interessieren, eine Gastfamilie zu werden. Beamte der Gesundheitssysteme - aller Herren Länder darf man sagen - besuchten Gheel. Das ist, in groben Zügen gezeichnet, die Entwicklung bis zum späten 19. Jahrhundert, bei der ich es für den Moment belassen möchte.

Die Atmosphäre für die Kranken, die in fremden Familien lebten, und die Lebensqualität, die dies mit sich brachte, wurden insgesamt von den Nutzern wie auch von vielen Besuchern als so

positiv bewertet, dass die Familienpflege in Gheel wie auch an anderen Orten dieses Landes, als Versorgungsform bis heute existiert. Und man darf hier anmerken: Wider alle anderslautenden Unkenrufe aus den verschiedensten Richtungen der Medizin und Gesellschaft, die quasi zu jeder Zeit existierten.

Natürlich hat diese historische Form der Familienpflege mit der heute umgesetzten Familienpflege in Belgien, in Frankreich oder auch hier in Baden-Württemberg nur noch sehr wenig gemeinsam. Unterschiedlich ist, dass in die heutige Umsetzung umfassende krankenpflegerische, sozialpädagogische, psychiatrische oder andere medizinische Erkenntnisprozesse und Entwicklungen integriert wurden. Sie haben aus der Psychiatrischen Familienpflege des späten 19. Jahrhunderts eine moderne Versorgungsform der Gegenwart gemacht. Wenn dies auch in Frankreich erst in den letzten 20 Jahren stärker in Angriff genommen wurde.

Gemeinsam ist der traditionellen Familienpflege und ihrer gegenwärtigen modernen Umsetzung eventuell jedoch noch das Folgende: Viele Patientinnen und Patienten fühlen sich in privaten, sogenannten „zweiten Familien“ wohler, als in großen, manchmal doch recht anonym wirkenden Gesundheitseinrichtungen. Dies verrät ganz offenbar etwas über die Qualität und den hohen individuellen Zuschnitt der Versorgung dieser Patienten, erlaubt also Rückschlüsse zur Lebensqualität. Auch das zusätzliche Einkommen, das der Gastfamilie als Entgelt des zusätzlichen Kostenaufwands und zum Ausgleich für die alltägliche Versorgung zukommt, erfüllt seinen Zweck - ein zweiter Aspekt von Kontinuität seit den Anfängen der Familienpflege, wenn Sie so wollen. In

seiner langfristigen Bedeutung nicht zu unterschätzen ist darüber hinaus ein aufklärerischer Aspekt für die Bevölkerung: Die Gastfamilie und ihre Umgebung lernt quasi im alltäglichen Leben, von negativen Stereotypen und Diffamierungen psychisch Kranker Abstand zu nehmen. Kontinuität hat weiterhin, dass die Versorgung von psychisch Kranken in Gastfamilien im 19. Jahrhundert deutlich kostengünstiger war, als die Versorgung in den sogenannten Anstalten, und zwar unabhängig davon, wer in welchem gesetzlichen Zusammenhang die Kostenträgerschaft zu übernehmen hatte. Und wie ich mir habe sagen lassen, spricht die ökonomische Seite, jenseits wie diesseits des Rheins, auch in unseren Tagen für die Familienpflege (evtl. Bezug zu distanzierter Haltung innerhalb der Psychiatrie Brandenburgs herstellen, wo, neben dem weiterhin laufenden Projekt bei Bonn, neben Thüringen, Nordrhein-Westfalen, dem Saarland und beginnend auch Bayern heute Psychiatrische Familienpflege betrieben wird). Ich komme nun zum zweiten Teil meines Vortrags:

Wie sah die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland aus?

Entstehung, Entwicklung und heutige Situation der Familienpflege in Deutschland

Zur Geschichte der Familienpflege in deutschen Landen existiert mittlerweile einige Literatur. Beispielhaft darf ich Sie hier auf die für die Bundesrepublik frühe und wegbereitende Forschung von Paul-Otto Schmidt-Michel aus Ravensburg und seine Arbeit von 1982 verweisen, auch auf einen Sammelband von Schmidt-Michel, zusam-

men mit Michael Konrad („Die zweite Familie“, eine sehr gute Einführung, wie ich finde).

Kurz gesagt, kann man in ganz Westeuropa, und damit auch in deutschen Landen spätestens ab den 1850er Jahren von einer psychiatrischen Debatte sprechen, in der es um die Art und Weise der Unterbringung psychisch Kranker geht: Die Frage war damals, wie Patienten auf medizinisch adäquate und moralisch akzeptable Art und Weise zu versorgen seien. Wichtig ist hier, dass Sie sich klar machen müssen, dass die vielen Ziegelstein-Komplexe, die als psychiatrische Anstalten noch heute zum Bild fast jeder deutschen Stadt gehörten, um 1860 herum noch gar nicht existierten. Vielmehr diskutierte man, ob man diese kostenintensiven Einrichtungen überhaupt benötige? Und manche Diskussionsteilnehmer zogen schlichtweg in Zweifel, dass diese Anstalten notwendig seien. Fest steht heute, dass sich in Deutschland, vor allem nach der Reichsgründung 1870/71 die Befürworter großer und zentraler Anstalten für psychisch Kranke durchgesetzt haben. Doch auch die neuen und zusätzlichen, nun errichteten Krankenhausbauten erwiesen sich in ihrer Gesamtheit als nicht ausreichend, eine aus verschiedenen Gründen immer größer werdende Zahl an Patienten aufzunehmen. Erst als alle kommunalen und anderen zuständigen Einrichtungen ihre zur Versorgung psychisch Kranker vorgesehenen Budgets vollends erschöpft hatten, entsann man sich des in den 1860er Jahren diskutierten Modells der psychiatrischen Familienpflege. Inzwischen waren dreißig Jahre vergangen, eine Generation. Ab 1895 circa, interessanterweise ohne umfassende Diskussion, erhielten viele Dutzende deut-

scher Anstalten Einrichtungen zur Familienpflege. Kranke waren hier jedoch de facto häufig noch in der eigenen, leiblichen Familien untergebracht, die sog. homofamiliale Pflege, und andererseits in großen Gruppen in eigens hierfür errichteten Kleinpavillons, so zum Beispiel in Berlin. Anders als in Belgien, anders als in Frankreich, wo die Entwicklung und Etablierung der Familienpflege ungefähr zeitgleich einsetzte. Ich komme auf Frankreich gleich zu sprechen. Behalten Sie bitte im Hinterkopf: Es war zunächst und wesentlich auch der ökonomische Druck, der zur Einführung der Familienpflege im Deutschen Reich der Jahrhundertwende führte, weniger die medizinische Erkenntnis.

Wie Sie wissen, nahmen einige deutsche Psychiater die Herausforderung der Familienpflege dennoch an, auch wenn die Mehrheit ihrer an medizinischen Fakultäten, Wilhelm Griesinger vielleicht ausgenommen, der psychiatrischen Familienpflege keine große Bedeutung beimaßen, oder sie teilweise sogar für gefährlich hinsichtlich der Entwicklung einer modernen Psychiatrie hielten. Solche Ausnahmen waren der Hannoveraner Warendorff oder der nach Gründung der Anstalt nach Uchtsprunge berufene Konrad Alt. Ohne sich am gegensätzlichen Votum der Kollegen allzu sehr zu stören, entwickelten sie ihre Modellprojekte der Familienpflege. Bei Alt handelt es sich meiner Meinung nach um die zentrale Persönlichkeit in der Geschichte der deutschen Familienpflege.

Im deutschen Kontext untersuche ich unter anderem die Einrichtungen

1. Uchtsprunge
2. Alt-Scherbitz
3. Berlin

Ich muss mich kurz fassen: Die Familienpflege erlebte ihre erste goldene Zeit, wenn man so sagen möchte, bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs. Die Umfunktionierung vieler Psychiatrien während des Ersten Weltkriegs zu Lazaretten führte zu einer Stagnation, die jedoch bis in die Weimarer Republik hinein allmählich wieder kompensiert werden konnte.

Die Gesetzgebung der Nationalsozialisten setzte dann jedoch der Psychiatrischen Familienpflege, zumindest was ihre umfassende Anwendung angeht, ein abruptes Ende. Psychisch Kranke wurden nun nicht mehr in die Gesellschaft integriert, wofür es zu Weimarer Zeiten durchaus starke Befürwortung gegeben hatte, sondern von der Gesellschaft getrennt und in zentrale Anstalten „verlegt“. Wie Sie wissen, wurden sehr viele dieser Patientinnen und Patienten sterilisiert und auch ermordet. Nach dem 2. Weltkrieg existierte, aufgrund der NS-Gesundheitspolitik, und eben nicht etwa, weil sie für qualitativ mangelhaft erachtet worden war, die Familienpflege an kaum einem Ort in Deutschland mehr – und zwar in keinem der beiden deutschen Staaten, von ganz wenigen und erstaunlichen Ausnahmen, wie im hier im Thüringischen gelegenen Mühlhausen, einmal abgesehen.

Es ist aus dem Gebiet der ehemaligen DDR bekannt, dass es nach dem Zweiten Weltkrieg an mehreren Orten Versuche gegeben haben muss, die Familienpflege wiederzubeleben, ohne dass genaue Angaben hierüber vorliegen.² An manchen Orten, wie am damaligen Bezirkskrankenhaus Stadroda, wurden diese Versuche schnell wieder aufgegeben. „Das Bezirkskrankenhaus Haldensleben vermittelte Mitte der 1960er Jahre voll arbeits- und

einsatzfähige“ bzw. „rehabilitierte „Patienten“ zu Bauern in Familienpflege und betreute sie in Form einer nachgehenden Fürsorge vom Krankenhaus aus“. In einer Dresdener Dissertation wertete Rosemarie Gans die Familienpflege in Mühlhausen in den Jahren zwischen 1952 und 1962 aus. Die dortige Familienpflege war 1952 neu geordnet bzw. gegründet worden. In der Einleitung findet sich der beachtliche Satz: „Unter psychiatrischer Familienpflege versteht man Inpflegenahme noch [T.M. !] behandlungsbedürftiger psychisch Kranker zu fremden Familien unter ständiger fachärztlicher und fürsorgerischer Behandlung, Betreuung, Kontrolle und Anleitung [...]“.³ Über dieses kleine Wörtchen „noch“ wären nicht allein im 19. Jahrhundert einige Psychiater gestolpert. Denn die Frage, ob man überhaupt nur sogenannte Unheilbare, Schwachsinnige Patienten in Familienpflege geben sollte, die jedenfalls gutmütig und nicht aggressiv waren – le bon malade, wie man in Frankreich zu sagen pflegte – beschäftigte die Gemüter durchaus. Und wenn ich recht sehe, gibt es auch heute nicht nur Einmütigkeit darüber, welche Patienten mit welchen Diagnosen in die Familienpflege entlassen werden sollten!? Die Autorin schreibt weiter: „Diese besondere Behandlungsmethode psychisch Kranker reicht mit ihren Vorläufern bis weit ins vorchristliche Altertum zurück und wurde besonders Ende des vorigen Jahrhunderts und zu Beginn dieses Jahrhunderts von vielen namhaften Autoren propagiert und in relativ großem Umfang in zahlreichen in- und ausländischen psychiatrischen Einrichtungen praktiziert. In der letztgenannten Zeitspanne entstand eine recht umfangreiche Fachliteratur über dieses Thema. Obwohl heute (also 1965, T.M.) sowohl

in Deutschland als auch in anderen europäischen und außereuropäischen Staaten psychiatrische Familienpflege noch betrieben wird, vermisst man ausführliche Publikationen auf der Basis entsprechender Untersuchungen zu diesem Problem im einschlägigen Schrifttum der letzten 25 Jahre [...]“.⁴

Die Familienpflege existierte in Mühlhausen jedoch schon sehr viel früher. Ernst Bufe, ein Fachmann in Sachen Familienpflege, erwähnte in seiner vielzitierten Arbeit von 1939 die Familienpflege in Mühlhausen für 1914 zum ersten Mal. In die Konzeptionierung war der bereits erwähnte Konrad Alt eingebunden. Wie Uchtsprunge wies so auch Mühlhausen ein angegliedertes Pflegerdorf auf.⁵

Eine Renaissance erlebte die Psychiatrische Familienpflege in der Bundesrepublik erst zu Beginn der 1980er Jahre, in einem Projekt im Raum Bonn, geleitet von Tilo Held, sowie im Rahmen eines inzwischen flächendeckenden erfolgreichen Etablierungsversuchs in Baden-Württemberg, ausgehend von der Initiative einer Gruppe um Paul-Otto Schmidt-Michel, in der Weissenau, in Ravensburg, sowie der dort ansässigen Arkade Familienpflege e.V. Die Namen der genannten Personen sind sicherlich allen hier im Raum ein Begriff.

Entstehung, Entwicklung und heutige Situation der Familienpflege in Frankreich

Der Blick nach Frankreich wiederum ermöglicht uns nun, die Entwicklung der Familienpflege in einem Land zu betrachten, in dem diese Versorgungsform, und zwar trotz deutscher Besatzung ohne Unterbrechung, seit dem 19. Jahrhundert existiert. Auch handelt es

sich bei Deutschland und Frankreich um zwei international führende Staaten im Feld der Medizin des 19. Jahrhunderts. Deutschland und Frankreich sind Nachbarländer, deren Beziehung zueinander sich durch ein enges Geflecht einer Vielzahl an gesellschaftlichen Beziehungen auszeichnet.

Zu den départements, die ich untersuche, gehören...

1. Cher
2. Allier
3. Isère

Dr. Bonnet, Gründer der Familienpflege in der Anstalt Saint-Robert bei Grenoble war ein Experte der Psychiatrie, ein leidenschaftlicher Naturforscher und Archäologe, aber nicht sehr sattelfest in Geographie: Bonnet war der Meinung, dass es sich bei Gheel um eine SCHOTTISCHE Stadt handele, und führte deswegen im Val d'Isère die schottische Familienpflege nach Gheel'schem Vorbild ein: Es gehört zu den Kuriositäten der Psychiatriegeschichte, dass dies dem Erfolg seines Projekts, wie aus den jährlichen Medizinalrapporten hervorgeht, keinen Abbruch getan hat.

Nun zu Ähnlichkeiten und Unterschieden zwischen den beiden Kontexten:

Hinsichtlich der Familienpflege war den deutschen und französischen Pionieren gemeinsam, dass sie sich einer mächtigen Gruppe an Gegnern innerhalb der psychiatrischen Kollegschaft gegenüber sahen. Gab es in beiden Ländern auch kritische Stimmen aus der bürgerlichen Gesellschaft, scheint den Forschungen meiner französischen Kollegin Aude Fauvel zufolge die gesellschaftliche Kritik an den Psychiatern im Fin-de-siècle Frankreich noch sehr viel schärfer ausgefallen zu sein. Zu dem medizinischen Problem

zu vieler Patienten in den Grosstädten, v.a. in Paris, sowie dem wirtschaftlichen Problem, aus Kostengründen keine weiteren Anstalten mehr bauen zu können, kam also ein drittes Problem: diese gesellschaftliche Kritik an der Psychiatrie.

Der die Gesellschaft und ihre Individuen kontrollierende, machtvolle Psychiater, wie wir ihn aus der Geschichtsschreibung eines Michel Foucault kennen, mag nicht ganz der Realität entbehren, aber dieses Bild benötigt meiner Ansicht nach Korrekturen, oder besser: Ergänzungen. Die Psychiatrie war keine etablierte oder den starken medizinischen Subdisziplinen gleichgestellte Wissenschaft. In Deutschland dauerte es bis weit ins 20. Jahrhundert hinein, bis jede Medizin. Fak. einen psychiatrischen Lehrstuhl hatte. Ob man sich der exakten Wissenschaft im Sinne einer Neurohistopathologie anschließen sollte, bessere Nosologien entwickeln sollte, oder es an wirksamen Therapiekonzepten weiterhin mangelte, waren sehr umstrittene Fragen, die häufig auch unbeantwortet blieben. Doch kann ich dies aus Zeitgründen hier nicht weiter ausführen.

Eine weitere Ähnlichkeit zwischen

Frankreich und Deutschland ist, dass sich die verschiedenen Familienpflege-Einrichtungen auch innerhalb des Landes bereits deutlich unterschieden - inter-regional sozusagen. Die Familienpflege bei Grenoble, im département Isère, wurde aus einer Anstalt heraus initiiert. Dies weist aus einigen Gründen Schwierigkeiten auf, wie wir von einer Reihe historischer Beispiele wissen, auch in Deutschland. Die beiden Initiativen in den benachbarten départements Cher und Allier wurden ohne jegliche vorbestehende psychiatrische Einrichtung gestartet. In Ainay-le-château bspw. hatte man in den ersten Jahren, also den 1890er Jahren, lediglich ein ‚Infirmierie‘ genanntes vormaliges Wohnhaus als Beobachtungsstation zur Verfügung, mit sieben Betten. Ziel war es, eine neue Versorgungsstruktur zu schaffen. Strukturell wiesen diese französischen Familienpflege-Einrichtungen sehr viel mehr Nähe zum belgischen Vorbild Gheel auf, als fast alle deutschen Pendanten, von den jüngsten Projekten Konrad Alts in Uchtspringe einmal abgesehen.

Ein anderer Unterschied ist die Zahl der Initiativen in Deutschland und Frankreich: Im Deutschen Reich nahm



die Zahl der Familienpflege-Einrichtungen aus psychiatrischen Anstalten heraus ab den 1880er Jahren recht rapide zu. In der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts wies fast jede Anstalt im Reich auch mehr oder weniger umfangreiche Familienpflege auf. Die Zahl der Initiativen in Frankreich ist einerseits deutlich größer, als überall zu lesen ist. Es handelt sich nicht um, wie immer wieder und stereotyp beschrieben - zwei Dörfer, eins für die Männer und eines für die Frauen, sondern die geschlechtliche Zuordnung wurde erstens bereits wenige Monaten nach Gründung aufgegeben, und zweitens umfassten die beiden zentralfranzösischen Initiativen von Beginn an ein riesiges Areal von vielen Quadratkilometern, in dem nach und nach viele Dörfer Patienten aufnahmen. Ein sehr anderes Bild bspw. als dasjenige, das wir von der Berliner Familienpflege haben. Die Initiative im Val d'Isère des Psychiaters Bonnet, war bisher nicht bekannt, andere Initiativen, wie in der Anstalt l'Antiquaille in Lyon, wurden nicht berücksichtigt. Dass es gar einige Kopien der Gheel'schen christlichen Pilgeridee in Frankreich gegeben hatte, wie in St. Menoux, und dass man, wie ich kürzlich erst entdeckt habe, gar in St. Dizier ein französisches Gheel etablieren wollte, zu Beginn des 19. Jahrhunderts, ist den Historikern bisher entgangen. Einerseits also ist die Zahl der französischen Initiativen höher als bisher bekannt, jedoch niedriger als die Zahl der Initiativen im deutschen Reich. Andererseits ist es aus historischer Sicht kein Argument, die Vorzüge eines Systems nicht zu studieren, allein weil es weniger Nachahmer gefunden hat. Relevanz hingegen haben Fragen danach, warum das Modell, als es in den 1860er Jahren zum ersten Mal disku-

tiert wurde, nicht flächendeckend eingeführt worden ist? War es nicht ausgereift? Oder war der Widerstand gegen die Familienpflege-Idee zu groß? Wer waren die Gegner der Einführung der Familienpflege? Etwa die Psychiater selbst? [Ich verweise hier auf den Abschlußbericht von Peter Stolze zum aktuellen Familienpflege-Projekt im Land Brandenburg]

Doch zurück zu den Initiativen selbst: Pionierarbeiten sind, wie wir wissen, sprichwörtlich schwierige Herausforderungen, aber sie weisen auch Vorteile gegenüber der Aufgabe auf, bereits bestehende Einrichtungen zu reformieren. Auch dies wird der ein oder andere unter Ihnen schon einmal erlebt haben. Man kann sich z.B. fragen, ob die zentralfranzösischen Einrichtungen deswegen bis heute Bestand haben und inzwischen auf dem höchsten Stand moderner Versorgung sind?

Diesem Erfolg der zentralfranzösischen Einrichtungen ist hinzuzufügen, dass sich die in Paris zuständigen Ärzte sowie die Funktionäre der Gesundheitsverwaltung als äußerst geschickte Planer bewiesen haben. Denn man wählte zwei départements aus, die in tiefen ökonomischen Krisen steckten, und hinsichtlich derer Bewohnern offensichtlich war, dass sie von den zusätzlichen und neuen Einkunftsöglichkeiten der Pflegegelder sehr profitieren würden:

Im département Cher hatte die sogenannte Reblaus den Weinanbau gänzlich zerstört.⁶ Eine Re-Kultivierung fand bis heute, im Gegensatz zu anderen Regionen Frankreichs, nur auf einem kleinen Flächenanteil statt. Ein Ort, an dem dies geschehen ist, ist Sancerre, nahe der Loire, im département Cher gelegen.

Während der beiden letzten Dekaden des 19. Jahrhunderts erlebte das zuvor ökonomisch äußerst bedeutsame Wasserwegesystem in Zentral-Frankreich innerhalb kurzer Zeit die Ankunft in der Bedeutungslosigkeit, denn die sich etablierende Eisenbahn übernahm diese Funktion des Transports von Gütern.⁷ Der Niedergang des Canal de Berry wurde so zur dritten Ursache steigender Arbeitslosigkeit in der Region.

In der Nähe gelegene Kaolin-Vorkommen, ein Rohstoff, der zur Herstellung von Porzellan notwendig ist, gingen ebenfalls zur Neige, so dass die zweite Infirmerie in Ainay in das Gebäude der ehemaligen Porzellan-Manufaktur Pillyvuit einzog.

Die zur Neige gehenden Eisenvorkommen in der Region waren die zweite Ursache für eine dramatische Landflucht.⁸ [Man kann nicht umhin, ein wenig an die gegenwärtige Familienpflege im Saarland zu denken, und die Röchling-Werke, die in diesem Zusammenhang eine Rolle spielten].

Die zuständigen Gemeindefunktionäre versprachen sich Aufschwung von der Familienpflege und das ermutigte die Pariser Politik wie auch die Ärzte, die Familienpflege dort 1892 zu initiieren. Einigen humanistischen Ideen zur Verbesserung und Humanisierung der Unterbringung psychisch Kranker konnte quasi gleichzeitig Rechnung getragen werden.

Ich argumentiere also, dass man eine Geschichte der psychiatrischen Familienpflege nicht schreiben kann, ohne die zugehörigen gesellschaftlichen, wie zum Beispiel die ökonomischen und landwirtschaftlichen Aspekte einzubeziehen. Was zugegebenermaßen eine sehr französische Art ist, auf Geschichte zu blicken.

Schlussbetrachtung

Meine Damen und Herren, ich komme hiermit zum Schluss. Zwei Dinge noch einmal zusammenzufassen, erscheint mir wichtig:

1. Es versteht sich von selbst, dass sich historische Befunde, wie ich sie beispielhaft dargelegt habe, nicht automatisch in unsere Zeit übertragen lassen. Auch sind im Rahmen eines internationalen Vergleichs eine Reihe von Unterschieden zwischen den nationalen Gesundheitssystemen zu beachten, um letztendlich zu sinnvollen Aussagen zu gelangen. Doch nachdem ich dies gesagt habe, möchte ich anfügen, dass es uns natürlich dennoch frei steht, aus dem präsentierten historischen Material Rückschlüsse zu ziehen. Rückschlüsse zum Nutzen der gegenwärtigen Umsetzung der psychiatrischen Familienpflege - hier in einem Neuen Bundesland oder auch in anderen Bundesländern. Hinsichtlich der Familienpflege, so ist mein Eindruck, scheinen die Zeichen auf Zukunft zu stehen, doch sie sollte unter Berücksichtigung der verschiedensten gesellschaftlichen, sozialen, kulturellen und vor allem ökonomischen Faktoren einer Region etabliert werden - auch um den nachhaltigen Erfolg der Familienpflege zu gewährleisten.

2. Und zweitens: Wir haben gesehen, dass in Frankreich und Belgien die Familienpflege seit ihrer Einführung, also spätestens seit dem 19. Jahrhundert – und zwar durchgängig – besteht, und dort heute in moderner Form umgesetzt wird. Auch die nationalsozialistische Besetzung Belgiens und Frankreichs hat daran, von einigen passageren Problemen abgesehen, nichts ändern können. In der Bundesrepublik Deutschland hingegen gab es zwischen

dem Zweiten Weltkrieg und den 1980er Jahren keine nennenswerten und umfangreicheren Initiativen moderner Familienpflege. Nicht früher als 1984 wurde im Raum Bonn und im Raum Ravensburg mit moderner Familienpflege begonnen. Die Deutsche Demokratische Republik wies immerhin Ausnahmen auf – mindestens diejenige von Mühlhausen, die noch weiter zu untersuchen lohnend ist, ist uns bekannt. Für den Medizinhistoriker relevant ist insgesamt, dass die psychiatrische Versorgung im Sinne der Familienpflege in Deutschland aufgrund rein ideologischer Vorgaben - den nationalsozialistischen nämlich - ausgesetzt worden ist. Es war eben keine evidenzbasierte Untersuchung oder qualitative Studie, aufgrund derer die Familienpflege verlassen wurde. Und dies, meine Damen und Herren, sollte nicht nur die Medizingeschichte interessieren, sondern auch die Medizin.

Anschrift:

Dr. med. Thomas Müller
Institut für Geschichte der Medizin
Charité Centrum 1 für Human- und Gesundheitswissenschaften (ZHGB)

Charité - Universitätsmedizin
Berlin
Campus Benjamin Franklin
Klingsorstr. 119
D-12203 Berlin

Telefon: 030 / 830092 - 35
Fax: 030 / 830092 - 37

E-Mail:
thomas.mueller@charite.de

¹ Dieser Vortrag entstand im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Forschungsprojekts MU-1804 / 1-2 des Vortragenden mit dem Titel „Zu Debatte und Institutionalisierung der psychiatrischen Familienpflege im 19. Jahrhundert. Ein Vergleich der Therapiesysteme Deutschlands und Frankreichs“.

² Gans, Rosemarie: Entwicklung, Inhalt und Aufgabe der Familienpflege im Rahmen der psychiatrischen Rehabilitation. Diss. med., Medizinische Akademie Dresden, 1965, S. 35.

³ Gans, 1965, S. I.

⁴ Ebenda.

⁵ Ebenda, S. 19

⁶ Centre de Recherches et d'Études Régionales (ed.), *Histoire Économique du Cher. 1790-1990*, Bourges, Saint-Amand: CLERC S.S., 1991, S. 45-54, für weitere Daten hierzu siehe S. 46-7.

In contrast to the province of Champagne in the North-east, in the Cher vine-growing, apart from prospering areas as Sancerre, never again has been fully re-established.

⁷ R. Chambareau and C. Jamot-Robert, *Le Canal de Berry*, Montluçon: Éditions Associées de France. 1998, S. 81-95.

⁸ J.M. Gentizon, 'La colonie familiale de Dun-sur-Auron en 1976', *L'information Psychiatrique* 52, 1976, 973-978. Zu den genannten Krisen siehe auch T. Müller, 'Les débuts du placement familial des aliénés en France et la visite du Docteur Paetz. Parcours croisés dans la psychiatrie du XIXème siècle', *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences* 3, 2005, S. 98-108.

Von der Familienpflege zur offenen Fürsorge

Priv. Doz. Dr. med. Felix M. Böcker, Klinik für psychische Erkrankungen am Saale- Unstrut- Klinikum, Naumburg

Moderation: Dr. Falk Walther, Thüringer Gesellschaft für Psychiatrie, Neurologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie e. V., Mühlhausen



die als „Hinterhöfe der Sozialpsychiatrie“ auf dem Land nicht mehr so leicht auffindbar nur wenig öffentliche Aufmerksamkeit erfahren. Es ist bis heute nicht durchweg gelungen, für chronisch Kranke mit einem hohen Bedarf an Pflege und Betreuung diese Unterstützung ambulant zu organisieren.

Im ersten Drittel des zwanzigsten Jahrhunderts nahm die Entwicklung hin zu einer systematischen ambulanten Betreuung entlassener Anstaltspatienten einen Umweg über die psychiatrische Familienpflege. An dem Lebenswerk von Gustav Kolb, dem „Erfinder“ der offenen Fürsorge, lässt sich die damalige Blüte der deutschen Sozialpsychiatrie ebenso wie ihr Scheitern exemplarisch nachvollziehen.

Vorgeschichte: Krise der Anstaltspsychiatrie:

Die Antwort des neunzehnten Jahrhunderts auf das Problem der chronisch Kranken war – kurz gesagt – die „relativ verbundene Heil- und Pflegeanstalt“. Ausgangspunkt war die Überzeugung, dass auf Menschen mit psychischen Störungen therapeutisch eingewirkt werden kann. (Die in den „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen“ von Johann Christian Reil aus dem Jahr 1803 beschriebenen Versuche, Menschen zu erschrecken, um sie gewaltsam aus einer seelischen Erstarrung zu reißen, müssen als durchaus unsanfte Frühformen von

„Psychotherapie“ eingeordnet werden). Zunächst kam es zur Gründung von „psychischen Heilanstalten“ für Geisteskranke, die von "Pflegeanstalten" für "Unheilbare" zunächst auch räumlich streng getrennt waren, schließlich aber zu "relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalten" zusammengefasst wurden. Mit dem Begriff „Irrenanstalt“ wurde eine im damaligen Sprachgebrauch neutrale Bezeichnung gefunden. Für die Kranken, die im Mittelalter in "Narrentürmen" eingekerkert oder mit "Narrenschiffen" flußabwärts außer Landes gesandt und bis zum Beginn des neunzehnten Jahrhunderts in kirchlichen Spitälern und in fürstlichen oder kommunalen Tollhäusern, Zuchthäusern und Arbeitshäusern verwahrt worden waren, waren die Lebensbedingungen und die hygienischen Verhältnisse in den neuerrichteten Anstalten zunächst vermutlich etwas besser als in ihren Familien, und Gemeinden, die ihre psychisch kranken Mitglieder versorgt und untergebracht wußten, waren häufig nicht daran interessiert, die Kranken aus dem Hospital wieder zurückzunehmen, obwohl wirksame Behandlungsmöglichkeiten auch dort nicht zur Verfügung standen. Die Folge war eine Zunahme der Anzahl belegter Betten und eine katastrophale Überfüllung trotz ständiger Erweiterung. Dennoch wurde an der Errichtung großer Anstalten abseits der Ballungsgebiete festgehalten und die Einführung von "freieren Verpflegungsformen“, wie sie Wilhelm Griesinger 1861 vorgeschlagen hat, vom einflußreichen "Verein Deutscher Irrenärzte" 1868 mit Mehrheitsbeschluß zurückgewiesen. Zum Teil wurden die Kranken auf anstaltseigenen Gutshöfen in der Landwirtschaft und in den Werkstätten der Anstalten beschäftigt, zum Teil wurden sie im

Durch die gesamte Geschichte der psychiatrischen Versorgung zieht sich wie ein roter Faden das Problem der chronisch psychisch Kranken. Weitgehender Konsens besteht am Beginn des 21. Jahrhunderts über das Ziel der Versorgung, das sich orientiert am Leitbild eines selbst bestimmten Lebens mit Teilhabe an der Gemeinschaft der Bürger – auch für Menschen mit anhaltender Beeinträchtigung, schwerer Behinderung und manchmal störendem Sozialverhalten. Im Kontext eines stark individualisierten, personenzentrierten und lebensfeldbezogenen Konzepts von Rehabilitation und Teilhabe, wie es die Aktion psychisch Kranke formuliert hat, finden auch Formen der Familienpflege ihren Platz. Dennoch sind im Zuge der Psychiatrie- Reform noch keineswegs alle chronisch psychisch Kranken in ihrer Gemeinde angekommen; heute sind es die Heime,

Umfeld der Anstalt in Familienpflege gegeben.

In Deutschland hat sich seit dem Ende des 19. Jahrhunderts eine Form der Familienpflege, in Anlehnung an bestehende Heil- und Pflegeanstalten entwickelt („Adnextyp“ im Unterschied zum belgischen „Konzentrations“- und schottischen „Dispersionstyp“). Um 1770 hatte Engelken Patienten seiner Privatanstalt „Rockwinkel“ bei Bremen in fremden Familien untergebracht, und um 1880, zwei Jahrzehnte nach den Disputen im „Verein Deutscher Irrenärzte“, führte Ferdinand Warendorff in seiner Anstalt Ilten bei Hannover Familienpflege ein. An der Anstalt Dalldorf in Berlin-Wittenau, 1880 als erste öffentliche Irrenanstalt Berlins in Betrieb genommen, ein Jahr später bereits überfüllt, betrieb Sander ab 1883 Familienpflege und erwirkte 1885 eine Vereinbarung mit der Armendirektion, dass „Geisteskranke, für die nach ihrer Entlassung aus der Irrenanstalt eine psychiatrische Aufsicht seitens der Anstalt notwendig bleibt, ungeachtet ihrer Entlassung Objekte der Irrenpflege bleiben ... und deshalb die Kosten ihrer ferneren Verpflegung und Behandlung auf den Etat der Irrenanstalt zu übernehmen sind“, die dafür weiterhin den regulären Pflegesatz ersetzt bekam. Bis 1915 wurde in weiteren 12 Anstalten Familienpflege eingeführt, und 1911 befanden sich in Deutschland 3.519 Kranke in Familienpflege, davon 3.015 in Preußen. Zum besonderen Vorbild für Gustav Kolb wurde die von Konrad Alt seit 1896 von der Anstalt Uchtspringe aus aufgebaute und bis Gardelegen und Jerichow ausgedehnte Familienpflege. Zunächst im eigens für die Irrenpfleger und Anstaltsangestellten Dörfchen „Wilhelmseich“, dann auch in den nächstgelegenen Ortschaften wur-

den Familienpfleglinge untergebracht und von einer Zentrale aus ambulant betreut; 1906 waren es etwa 475.

Gustav Kolb: Leben

Zu den Anstaltspsychiatern, die hartnäckig versucht haben, die Struktur der psychiatrischen Versorgung zu verändern, gehört Gustav Kolb, der von 1911 bis 1934 die Heil- und Pflegeanstalt in Erlangen geleitet hat und als einer der Begründer der „offenen Fürsorge“ gilt.

Gustav Kolb wurde 1870 in Ansbach geboren, hat in Erlangen Medizin studiert, in Breslau seine Approbation erhalten und an der Heil- und Pflegeanstalt in Bayreuth seine ärztliche Tätigkeit begonnen. Nur wenige Jahre später veröffentlicht er 1902 seinen „Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten – ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte“. Darin sind bereits die Grundgedanken niedergelegt, auf denen sein Lebenswerk aufbaut: Öffnung der Anstalten, Förderung der Familienpflege und Aufbau einer „offenen Fürsorge“ als Nachbetreuung entlassener Patienten von der Anstalt aus. 1905 übernimmt er die Leitung der nach seinen Plänen neu errichteten Anstalt Kutzenberg. 1908 unterbreitet er dem Verein Bayrischer Psychiater umfassende Vorschläge für die Ausgestaltung der Irrenfürsorge und die Organisation der Irrenanstalten, die dort allerdings überwiegend auf Ablehnung stoßen, was er 20 Jahre später als „schmerzlich, aber gut“ einordnet, denn so sei er gezwungen worden, die Richtigkeit seiner Anschauungen durch die Tat zu beweisen.

1911 wird er Direktor der Heil- und Pflegeanstalt in Erlangen und wirbt im Verein Bayrischer Psychiater für die

Familienpflege. Ausgerechnet sein Kollege vor Ort, nämlich Gustav Specht, ordentlicher Professor für Psychiatrie an der Universität Erlangen, widerspricht ihm heftig. 1914 beginnt Kolb in Erlangen mit dem Aufbau der „offenen Fürsorge“, und im Februar 1919 unmittelbar nach der Reichstagswahl legt er wiederum detaillierte Pläne vor für eine „Reform der Irrenfürsorge“. 1927 erscheint bei Springer in Berlin „Die offene Fürsorge in der Psychiatrie und ihren Grenzgebieten“.

Mit Stolz und einer gewissen Genugtuung konstatiert er in seinem Beitrag über „die offene Geisteskrankenfürsorge im Ausland“: Zu einer Zeit, als in Deutschland meine Vorschläge zur Entwicklung eines Fürsorgedienstes (Außendienst, externer Dienst) im Anschluss an unsere öffentliche Irrenanstalten im Kreise der Fachleute meist mehr oder minder schroffe Ablehnung oder doch kaum Anhänger fanden (1902 bis 1920), hatte der praktische Sinn des Amerikaners die Bedeutung des Fürsorgedienstes erkannt. Unsere Erlanger Fürsorge und die amerikanische Fürsorge haben sich vollständig unabhängig voneinander in gleicher Weise entwickelt und zu grundsätzlich gleichen Einrichtungen, Ergebnissen und Erkenntnissen geführt. Ich glaube nicht, dass die amerikanische Psychiatrie um 1910 Kenntnis hatte von den in Deutschland ohne jeden Widerhall gebliebenen Ausführungen eines in weiten Kreisen unbekanntem deutschen Psychiaters“. 1930 hält Kolb auf dem ersten internationalen Kongress für Psychische Hygiene in Washington einen Vortrag, und 1931 ist er unter den Herausgebern des „Handwörterbuchs der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge“, das den Stand der Versorgung psychisch Kranker vor

der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten eindrucksvoll dokumentiert.

Kolb ist beteiligt an der Gründung des Deutschen Verbands für Psychische Hygiene und Mitherausgeber der Zeitschrift für psychische Hygiene. 1930 gratuliert ihm der Vorstand des Verbandes mit einer Laudatio zum 60. Geburtstag; 1932 wird in einer Fußnote erwähnt, er habe aus „zwingenden dienstlichen Gründen“ nicht mehr für den Vorstand kandidiert. Kolb hatte sich gegen die Gleichsetzung von psychischer Hygiene und Rassenhygiene gestäubt und damit missliebig gemacht. Im Mai 1933 lehnt er die Aufforderung des Regierungspräsidenten ab, in die NSDAP einzutreten; im März 1934 wird er vorzeitig in den Ruhestand versetzt und stirbt 1938 in Starnberg.

Gustav Kolb: Werk

In drei Bereichen hat Gustav Kolb sein Grundanliegen einer Reform der Irrenfürsorge zu verwirklichen versucht: Seine Vorstellungen zur Anstaltsreform werfen ein Licht auf die Ausgangssitua-

tion, die psychiatrischen Versorgungsstrukturen am Beginn des 20. Jahrhunderts. Seine Bemühungen um Ergänzung der geschlossenen Anstaltsbehandlung durch Familienpflege leiten über zur nachgehenden ambulanten Betreuung der Patienten, woraus er die offene Fürsorge entwickelte.

Anstaltsreform:

Als Kolb zu Beginn des 20. Jahrhunderts seine psychiatrische Tätigkeit aufnahm, war „Irrenfürsorge“ gleichbedeutend mit der geschlossenen und langfristigen Unterbringung psychisch Kranker in Heil- und Pflegeanstalten. Therapeutische Interventionen bestanden bis zur Einführung der „aktiveren Krankenbehandlung“ durch Hermann Simon vor allem in der Verordnung von Bettruhe und Dauerbädern.

Nach 1900 wurde Kritik an der Praxis der lebenslangen Unterbringung laut: „Die Verpflegung der Irrsinnigen hat sich im Lauf der letzten Jahre bedeutend geändert. Eine große Anzahl von Patienten, die für unheilbar gehalten wurden und in der Irrenanstalt bis

an ihren Tod verblieben, scheinen unter günstigen Umständen nützliche und arbeitsame Glieder der Gesellschaft zu werden. ... Es dürfte die Frage aufgeworfen werden, ob nicht einige Anstaltspatienten in der eigenen Wohnung weiter verpflegt werden könnten oder nach einer längeren oder kürzeren Anstaltspflege in ihre Familie zurückkehren können“, so ein Zeitgenosse. „Die Zahl der in Anstalten verpflegten Geisteskranken wächst in allen Kulturstaaten wesentlich rascher als die Bevölkerung. ... Das liegt im wesentlichen daran, dass in stets zunehmendem Maße auch die leichteren und leichten Fälle den Anstalten zugeführt werden. Für diese leichten Fälle ist die Behandlung in einer Anstalt nicht dauernd notwendig“.

Diese Kritik mündet nach dem ersten Weltkrieg in Vorschläge für eine Reform und einen „freiheitlicheren Ausbau des Irrenwesens“. Was Gustav Kolb 1919 fordert, klingt sehr modern: „Die Aufnahme in die Irrenanstalt muss so leicht möglich sein wie in jedes andere Krankenhaus. Die Irrenanstalt soll sich möglichst wenig von einem Krankenhaus unterscheiden. Bei der Aufnahme und während des Anstaltsaufenthalts ist dem Kranken ein möglichst vollkommener Rechtsschutz ... und stets das höchste, mit seinem jeweiligen Zustande vereinbare Maß von Annäherung an normale Lebensverhältnisse zu sichern“. Als Qualitätskontrolle der Anstalten verlangt er jährliche Rechenschaftsberichte „über diejenigen Faktoren, welche einen Rückschluss gestatten auf die Entwicklungshöhe einer Anstalt. Ich meine den Prozentsatz der offen und geschlossen verpflegten Kranken, den Prozentsatz der Plätze in Wachabteilungen, in Bettbehandlung, in Dauerbadewannen, die Zahl der me-



chanischen Beschränkungen, der Isolierungen, der verabreichten Schlafmittel ... Angaben über den Alkoholkonsum, über die Zahl der ständig und gar nicht beschäftigten Kranken“. Eine Kontrolle der Anstaltsbetriebe verspricht er sich ferner von „Irrenschutzgerichten“, die mit Psychiatern, Richtern und einer Majorität von Laien besetzt sein sollten.

Normale Lebensverhältnisse sah Kolb verwirklicht in der agricoli Anstalt mit offenen Abteilungen und ausgedehnter überwiegend landwirtschaftlicher Beschäftigung der Kranken. Nach seinem Amtsantritt in Erlangen soll er nicht nur das Zellsystem durch Schlafsäle ersetzt und die Anwendung von Zwangsjacken beendet haben, sondern er erwarb auch ein Gut außerhalb der Stadt, um wie andernorts die landwirtschaftliche Beschäftigungstherapie einzuführen. Er trat ein für eine Begrenzung der Anstaltsgröße auf 500 bis 600 Betten und eine dezentrale gleichmäßig flächendeckende Verteilung, hielt aber zunächst am Konzept fest, Anstalten in ländlicher Abgeschiedenheit zu errichten. Erst 1930 hat er diese Ansicht aufgegeben: „Soweit neue Anstalten gebaut werden, sollte auf günstige Lage zu der wichtigsten Stadt des Aufnahmebezirkes mehr Wert gelegt werden als auf die – durch Familienpflege und offene Fürsorge minder wichtig gewordene – ländliche Lage“.

Familienpflege:

Wie bereits 1908 hat Gustav Kolb auch 1911 vor den Bayrischen Psychiatern einen wenig populären Standpunkt vertreten: „Für die leichteren Fälle genügt die Unterbringung in einer Familie unter Fortdauer einer nach Bedarf abgestuften Beaufsichtigung und Pflege,

es genügt die Familienpflege“. Sein Referat setzt sich mit Einwänden auseinander, die heute absurd anmuten, etwa dass die Familienpflege entbehrlich sei, da der Anstaltsbetrieb ohnedies freier nicht sein könne ... dass die Kranken es in der Anstalt viel schöner hätten ... dass der Anstalt die für ihren eigenen Betrieb notwendigen Arbeitskräfte entzogen würden; und wenn sie ihre besten Kranken in Familienpflege abgeben müsse, verliere sie ihre offenen Abteilungen und das freundliche Bild der landwirtschaftlichen Kolonie. Er hält dagegen, dass die Familienpflege für Rekonvaleszenten und gebesserte Kranke den natürlichen Übergang aus der relativen Gebundenheit des Anstaltslebens in die absolute Freiheit bilde; sie gestatte ohne Gefahr für Kranke und Außenwelt die Feststellung jener leichten Grade von Defekten, die sich im wesentlichen in einer Unfähigkeit zu selbständiger Lebenshaltung dokumentiere, sei diejenige Verpflegungsform, in welcher bei vielen Kranken die geistige und körperliche Leistungsfähigkeit am besten erhalten und vielfach neu geweckt werde, und sie habe einen überraschend günstigen Einfluß auf die so-

genannten Unheilbaren, die unheilbar seien nur unter den für sie ungünstigen Verhältnissen der geschlossenen Anstalten. Dass gerade solche Anstalten die Familienpflege entbehren zu können glauben, in denen Gitter, Zwangsjacke und Zellen noch zum eisernen Bestand gehören, sei leicht zu erklären: „Je geschlossener der Betrieb, je größer die Beschränkung, desto insozialer die Kranken, desto größer die Zahl der Anstaltsartefakte, der in der Anstalt, vielfach nicht ohne Schuld der Anstalt, verblödeten, zu Schmierern, zu Gewalttätigen depravierten Menschen“ (Das Zitat belegt, dass unter der Bezeichnung „Anstaltsartefakt“ das Problem des Hospitalismus offenbar bereits damals in der Diskussion war). Die große Mehrzahl der Kranken fühle sich in der Familienpflege am wohlsten, den Ärzten biete sie Einblick in die Lebensverhältnisse der Bevölkerung, den Anstalten Schutz vor Überfüllung und Entlastung von chronischen Fällen, und für die Allgemeinheit stelle sie die billigste Verpflegungsform dar.

Von der Anstalt aus wurden die Patienten regelmäßig gewogen und gebadet und von Pflegepersonal und



Ärzten besucht. Die Anstalt erhielt für die Betreuung des Patienten vom jeweiligen Kostenträger den vollen Pflegesatz und gab davon im Durchschnitt 40 % als Pflegegeld an die Pflegefamilie weiter, die außerdem von der Arbeitskraft des Patienten profitierte. Kontraindikationen gegen die Unterbringung psychisch Kranker bei einer Familie bilden für Kolb lediglich „Selbstmordneigung, erwiesene Gemeingefährlichkeit, starke sexuelle Neigungen, Unreinlichkeit, körperliche Krankheiten, gehäufte Anfälle und eine andauernde Abneigung [des Patienten] gegen die Weiterführung der Familienpflege“.

Obwohl Kolb energisch für die Einführung dieses Unterbringungskonzepts an den Bayrischen Anstalten eingetreten ist, ist es ihm auch im eigenen Tätigkeitsbereich erst spät gelungen, eine quantitativ bedeutsame Familienpflege aufzubauen. In ganz Bayern waren 1911 7 Patienten, 1927 11 Patienten und 1931 130 Patienten, alle aus der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen, bei fremden Familien untergebracht. In Preußen, wo die Kosten der Anstaltsbehandlung überwiegend von den Kreisen getragen wurden, hatten die Angehörigen und die Heimatgemeinde ein direktes finanzielles Interesse daran, dass der Kranke in der Anstalt bleibt; in Bayern waren sie daran interessiert, dass er möglichst schnell wieder herauskommt, denn hier waren mehr als ein Drittel der Patienten auf eigene Kosten untergebracht, und für die übrigen mussten die Armenkassen der jeweiligen Heimatgemeinden aufkommen. „Dass ein Bauer, der den Ruin seiner Familie vor Augen sieht, seinen geisteskranken Sohn zurückverlangt, welcher bei einem fremden Bauern in Familienpflege arbeitet, ist mehr als

begreiflich. Keine Beredsamkeit wird unsere Bauern zu überzeugen vermögen, dass der Kranke nicht ebenso gut zu Hause leben könnte“. Kolb zieht daraus den entscheidenden Schluss: „Was für die Entwicklung der Pflege bei fremden Familien eminent ungünstig ist: Das Bestreben der Versorger, die Kranken nach eingetretener Besserung sofort wieder aus der Anstalt zu nehmen, das ist eminent günstig für die Entwicklung der Pflege in der eigenen Familie“. So plausibel dieser Schluss heute klingt und so wenig uns verständlich ist, warum man der Familie die Rückgabe des Kranken verweigern sollte, so sehr setzte sich Kolb in Widerspruch zur damals gängigen Praxis. Zahlreiche Vorbehalte und Einwände belegen ein tiefes Misstrauen der damaligen Psychiater den Familien ihrer Patienten gegenüber, denen sie einen angemessenen Umgang mit psychisch Kranken nicht zutrauten.

Dagegen setzt Kolb seine seit 1908 gesammelten Erfahrungen bei mehreren Hundert Patienten: „Wir lehnen Entlassungsgesuche fast nie ab. Stets stellen wir eine Reihe von Bedingungen; stets wird Kontrolle durch die Anstalt und Zurückgabe des Kranken auf Wunsch des Arztes gefordert. Durch Besuche stehen wir mit fast allen aus unserer Anstalt entlassenen Kranken dauernd in Fühlung.“ Was Kolb hier noch unter dem Begriff der „Pflege in der eigenen Familie“ subsumiert, nämlich die ambulante Betreuung der entlassenen Patienten von der Anstalt aus, kennzeichnet in Wirklichkeit den Beginn der „offenen Fürsorge“

1919 hat Kolb diese Konsequenz selbst gezogen: „Die Erleichterung der Entlassung ist nur dann möglich, wenn durch eine organisierte Fürsorge außerhalb der Anstalt ein sicherer Schutz

der entlassenen Kranken und der Allgemeinheit gewährleistet ist. Für die entlassenen und überhaupt für alle nicht in der Anstalt verpflegten Kranken ist öffentliche Fürsorge, Beratung, Förderung und Unterstützung einzurichten“.

Offene Fürsorge:

1908 hat Kolb dem Verein Bayrischer Psychiater vorgeschlagen, die Fürsorge für die außerhalb der Anstalten befindlichen Geisteskranken in die Hände der Direktoren der regionären Kreisirrenanstalten zu legen und dort einen externen ärztlichen Dienst einzurichten. Grundziel seiner Vorschläge sei es, die allzu rasche Zunahme der Zahl der anstaltsverpflegten Geisteskranken dadurch zu verhüten, dass den zahlreichen Kranken, welche unter der Voraussetzung einer dauernden spezialärztlichen Behandlung und Kontrolle nicht unbedingt anstaltsbedürftig sind, die Möglichkeit der Existenz außerhalb der Anstalt gesichert wird. Er betont die Kontinuität der Behandlung, erinnert an die modernen Verkehrsmittel, insbesondere Telephon und Automobil, die von Zeit und Ort fast unabhängig machen, und rechnet damit, dass die Ausgaben für einen solchen Dienst wesentlich geringer sein werden als die Ausgaben, die den Kreisen aus der Schaffung von Anstaltsplätzen und den erforderlichen Betriebszuschüssen erwachsen würden.

Später spricht Kolb nicht mehr vom externen Dienst, sondern von der „offenen Fürsorge“. Deren Aufgaben hat er 1931 präzisiert:

„Die Wiedereingliederung der aus den Anstalten entlassenen Menschen in das Leben, in die Familie und tunlichst in die Erwerbstätigkeit ...

Die wissenschaftliche, statistische ... und sozialmedizinische Erfassung der außerhalb der Anstalten lebenden geisteskranken und geistig abwegigen Menschen ...

Die Zusammenfassung der örtlichen in der Irrenfürsorge tätigen Anstalten und Kräfte öffentlicher, karitativer und privater Art ...“

Ihm lag daran, alle psychisch auffälligen Menschen frühzeitig und vollständig zu erfassen, auch „Schwachbegabte, Schwachsinnige, Psychopathen, Epileptiker und andere Neuropsychosen, Nervensieche, Alkoholisten“. Die fachärztliche Beaufsichtigung aller öffentlichen und privaten Anstalten und Einrichtungen für Geistesranke, der Schulen, der Zwangserziehung, der Untersuchungsgefängnisse und Strafvollzugsanstalten sollte nach seinen Vorstellungen der Direktor der örtlichen Heil- und Pflegeanstalt als „Kreisirrenarzt“ übernehmen. Tatsächlich dürfte die Zentralkartei der Erlanger Aussenfürsorge eines der ersten psychiatrischen Fallregister darstellen.

In Kutzenberg hatten Kolb und seine Mitarbeiter bei 300 Kranken etwa 600 Besuche abgestattet. Die Heil- und Pflegeanstalt Erlangen war für das nördliche Mittelfranken mit den Städten Nürnberg und Fürth zuständig. Besuche von der Anstalt aus ließen sich dort nicht realisieren; deshalb richtete Kolb 1914 eine Fürsorgestelle in Nürnberg und 1919 eine weitere in Fürth ein. In einem Einzugsgebiet von 500.000 Einwohnern wurden 1926 bei gut 2.500 Patienten mehr als 21.000 Besuche gemacht. Bis 1930 wurde das Erlanger System von 80 der 111 öffentlichen deutschen Heil- und Pflegeanstalten übernommen.

Kolb hat sein „Erlanger System“ als Außenfürsorge von der Anstalt aus

angelegt und immer wieder betont, dass diese im Mittelpunkt stehen müsse. Sein Enthusiasmus blieb nicht unwidersprochen; Kritiker vertraten die Auffassung, die Kleinarbeit der nachgehenden Fürsorge könne von der Anstalt neben ihren eigentlichen Aufgaben nicht ausgeübt und müsse von den örtlichen Fürsorgestellen durchgeführt werden. Damit wird auf ein anderes Konzept verwiesen, nämlich das von Wendenburg entwickelte „Gelsenkirchner System“ einer Geisteskrankenbetreuung am kommunalen Fürsorgeamt. Wendenburg war Geschäftsführer der 1920 gegründeten „Kommunalen Vereinigung für Gesundheitsfürsorge“, unter deren Federführung im rheinisch-westfälischen Industriegebiet etwa 40 kommunale Fürsorgestellen für Geistesranke errichtet wurden. Dazu Kolb: „Das Erlanger System beruht auf der Überzeugung, dass geschlossene und offene psychiatrische Fürsorge untrennbar sind. Das Gelsenkirchner System geht davon aus, dass die offene Heimfürsorge aller Wohlfahrtspfleglinge ein in sich geschlossenes Ganzes bildet, aus dem einzelne Teile, hier die offene psychiatrische Fürsorge, nicht abgelöst werden können“. Er befürchtete vor allem, dass Irrenanstalt und Fürsorgestelle sich gegenseitig die Verantwortung für die Patienten zuschieben, solange die Leitung nicht in einer Hand liegt.

Damit war innerhalb von zehn Jahren im Deutschen Reich ein nahezu flächendeckendes Netz von 120 anstaltsgebundenen und kommunalen Fürsorgestellen für psychisch Kranke geschaffen, nachdem Kolb zunächst zwei Jahrzehnte lang vergeblich ein solches System gefordert hatte. Diese schnelle Entwicklung überrascht in einer Zeit, die geprägt war von ständigen

politischen Umwälzungen im Anschluss an den verlorenen Krieg - von Räterepublik, Reichstagswahl und Kapp-Putsch bis hin zur Machtergreifung der Nationalsozialisten – und die gekennzeichnet war von tiefgreifender wirtschaftlicher Not, Arbeitslosigkeit, Lebensmittelbewirtschaftung, Notverordnungen und extremer Verschuldung der öffentlichen Kassen bei Reparationsforderungen der Siegermächte in Milliarden Goldmark. Nicht ein neuerwachtes humanitäres Engagement für psychisch Kranke in der jungen Weimarer Republik, sondern handfeste wirtschaftliche Notwendigkeiten angesichts der öffentlichen Finanznot waren wohl die wesentlichen Motive für die Umstrukturierung zur billigeren offenen Fürsorge. Kolb und Wendenburg haben nie versäumt, auf den ökonomischen Nutzen ihrer Konzepte aufmerksam zu machen. Indem sie halfen, Sozialausgaben einzusparen, handelten sie vor allem als Staatsdiener im Interesse der Ordnungsbehörden.

Anschrift:

Priv. Doz. Dr. med.
Felix M. Böcker

Klinik für psychische Erkrankungen
(Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik)
am Saale- Unstrut- Klinikum
Friedensstraße 7
D-06618 Naumburg

Telefon: 03445 / 72 - 1800
Fax: 03445 / 72 - 1802

E-Mail FM.Boecker@t-online.de

Das Exempel Nietzsche

Vorzüge und Grenzen familiärer Pflege von psychisch Kranken

Dr. Jens-Fietje Dwargs, Freier Autor, Film- und Ausstellungsmacher, Jena



*„Ich suchte meine schwerste Last,
da fand ich mich.“*

Friedrich Nietzsche, 1889
in der Jenaer Psychiatrie

Am 3. Januar 1889, so erzählen alle Nietzsche-Biographen, habe der Philosoph auf der Piazza Carlo Alberto in Turin einen Droschkenkutscher erblickt, der seinen Gaul mit der Peitsche traktierte. Wehklagend sei er dem Tier um den Hals gefallen, als wolle er die Kreatur noch retten und war doch selber schon verloren.

Legendär sind die Berichte vom Zusammenbruch des verrückt gewordenen Professors. Ganze Bibliotheken füllen die Spekulationen über Ursachen seiner Krankheit. Die Diagnose von Ludwig Wille in der Nervenlinik von Basel, wohin Nietzsches Freund Over-

beck den Kranken wenige Tage darauf gebracht hatte, war eindeutig: fortschreitende Paralyse infolge syphilitischer Infektion. Franziska Nietzsche, seine Mutter, eilte sogleich herbei, um ihren Sohn abzuholen. Gegen den Rat aller Ärzte bestand sie darauf, den geistig Verwirrten nach Jena zu bringen, wo sie hoffte, ihn vom nahegelegenen Naumburg aus besuchen zu können. Am 18. Januar 1889 traf Nietzsche in der „Großherzoglich-Sächsischen Irren-Heil- und Pflegeanstalt“ ein. Ihr Leiter, Otto Binswanger, auf Paralyse spezialisiert, bestätigte den Befund seines Kollegen. Obgleich der Verlauf der Krankheit alles andere als typisch war: viel eher hätte sie nach der vermeintlichen Infektion ausbrechen müssen, für die es bis heute keine sicheren Belege gibt.

Aber was ist schon sicher im Leben eines solch hochgradig nervösen Menschen, für den Krankheit und Tod

die treuesten Begleiter waren. Mit fünf musste er erleben, wie sein Vater im 36. Jahr an „Gehirnerweichung“ dahinsiechte. Ein Schicksal, das er auch für sein eigenes hielt, seit ihn schon als Kind wegen starker Kurzsichtigkeit zunehmende Kopfschmerzen plagten und ein Augenarzt dem Fünfzehnjährigen eröffnete, er werde wie sein Vater dereinst erblinden. Jeden Tag, den er nach dem 15. Oktober 1880, nach seinem 36. Geburtstag erleben durfte, hielt Nietzsche für ein irrtümliches Geschenk, für ein Versehen der Götter. Das war der neuralgische, der alles entscheidende Punkt seines Lebens und Denkens: der Krankheit, die ihn oft tage-, manchmal wochenlang niederzwang, das Ja zum Leben abzurufen, es mit all seinen Abgründen auszuhalten und nicht in die Fangnetze eines jenseits erlösenden Gottes zu fliehen. Unverstanden von einer Zeit, die sich dem Wahn des Fortschritts hingab, und enttäuscht von denen, die er liebte, zog er sich in die Bergwelt von Sils Maria zurück, wo er den „Zarathustra“ schrieb, den niemand lesen wollte. Ein Stück Fleisch, das mit abgezogener Haut durch die Welt irrt, ein Narr, der mit einer Laterne am Mittag den Tod Gottes verkündet, der mit seiner Aufklärung eines aufgeklärten Zeitalters von allen nur verlacht wird. So sah er sich selbst. Und wenn er mit diesem Selbstbewusstsein im Herbst 1888 in einem lustvollen Rausch, plötzlich von allen Schmerzen befreit, gleich fünf Bücher aus sich heraus schleudert, wer will da noch unterscheiden, was davon die Vollendung einer selbst gewählten Lebensart war und was der ausbrechenden Krankheit geschuldet?

Wie auch immer wir die Krankheit nennen, in welchem Schubfach wir sie rubrizieren, vor unseren tieferen Bli-

cken verbergen wollen, um unbequemen Fragen zu entgehen, - Nietzsche hatte sie sich längst zu eigen gemacht. Nur, was wussten denn Wille, Binswanger und sein Assistent Theodor Ziehen von diesem Nietzsche? Für sie war er ein Patient wie jeder andere, ein kautziger Gelehrter mit skurrilem Schnauzbart und verschrobenen Ansichten, die in Buchform zu studieren, sie weder Muße noch Grund hatten: „Sie hätten zu derartigen Schöngesteischriften so wenig Zeit“, schrieb Franziska Nietzsche am 9. April 1889 resignierend an Overbeck. Das war in der Tat kein böser Wille oder bewusste Ignoranz. Binswanger galt als einer der besten Nervenärzte seiner Zeit. Die Klinik bestand erst ein Jahrzehnt, war ein moderner Neubau, in dem man die Zwangsjacken abgeschafft hatte und die Türen zu den Krankenzellen am Tage offen ließ. Doch gerade weil Binswanger auf der Höhe der Zeit stand, blieb er ihren Anschauungen verhaftet. Es war die Zeit großer technischer Erfindungen, ein Triumph des mechanischen Denkens, dem kein Problem

mehr unlösbar erschien. So suchte man bei Geisteskrankheiten nur nach rein organischen Ursachen, Nerven- oder Hirndefekten. Das eigentlich Psychische, das vordem „Seele“ hieß, wurde den Schöngesteisern, den Märchenerzählern überlassen. Das Unbewusste, die abgründige Innenwelt des Menschen, die sich ihr Äußeres zu schaffen vermag, dieses gefahrenvolle Labyrinth, das Freud zur gleichen Zeit in der Nachfolge genau des Nietzsche zu erforschen begann, der nun in der Binswangerschen Anstalt saß, das alles interessierte die Nervenheilkunde nicht. Noch 25 Jahre später wird Binswanger den Expressionisten Johannes R. Becher, der sich laut Jenaer Krankenakte täglich bis zu 40 Spritzen einer 0,2-prozentigen Morphiumlösung gab, nach der gleichen Methode behandeln: mit rabiatem Entzug. In zehn Tagen wird der exzessive Morphinist von 40 Spritzen auf null gesetzt und als „geheilt“ entlassen. Ohne Therapie, ohne die eigentlich psychische Genesung, ohne zu fragen, was den Patienten denn in die selbstzerstörende Sucht getrieben

hat ...

Zu dieser zeit- und berufsbedingten Blindheit kamen die fehlenden Mittel, die notorische Unterbesetzung der Klinik: „... was sind drei Ärzte für 200 Kranke in der Anstalt“, hatte ja selbst Binswanger gesagt. Dazu habe er noch 300 in den Stadtkrankenhäusern, sagte man mir, und alle Tage liest er Kolleg, hat Sprechstunden, Sezierungen usw. Darum bin ich so gegen solche Anstalten. Seitdem ich alles erlebt habe und ich denke daran, da sie sehen wie gut trotz ihrem Bangemachen alles mit Fritz geht, was Binswanger ‚auf die mütterliche Liebe [schiebt], was die fertig brächte, man wieder einmal sähe‘, man ist mir von dort her nicht hold, wich mir doch Dr. Ziehen sogar aus als er uns einmal in Jena in der Stadt begegnete, als dass er sich anstandshalber erkundigt hätte. Doch mein lieber alter Fritz ist auf von seinem Mittagsschläfchen und spielt eben, wie ich höre, die ‚Meistersinger‘, da heißt es schließen und auf die Veranda und vorlesen, denn Wagnersche Sachen lasse ich ihn gleich gar nicht spielen.“

So steht es im Brief der Mutter an Overbeck vom 5. Oktober 1890. Ein nüchternes Schreiben, hektisch und ohne Zeit für Korrekturen den wenigen Minuten des Tages abgerungen, die der Sohn nicht beansprucht. Ein Dokument, das in seiner scheinbaren Konfusion die ganze vielschichtige Tragödie wie in nuce enthält, die sich seit Nietzsches Einlieferung in die Klinik abgespielt hat. Zeitlich überfordert und beruflich an dem Kranken nicht sonderlich interessiert, hatten die Ärzte ihn mit Medikamenten ruhig gestellt und sich selbst überlassen. Wenn er „trotz 2,0 Chloral“ lärmte, wurde der Patient „isoliert“, wie seine Krankenakte mehrfach vermerkt. Was sollten sie sonst mit ihm



anfangen? Der Befund war eindeutig, Heilung ausgeschlossen, die vollständige Umnachtung und der baldige Tod in ein oder zwei Jahren abzusehen. Wenigstens für die Wissenschaft hatte er noch einen Wert. Um die Symptome der Paralyse an ihm vorzuführen, ließ Binswanger den Herrn Professor vor seinen Studenten auf- und abstolzieren. Weil der aber zu langsam schlurfte, rief ihm der Arzt zu: „Ein alter Soldat wie Sie wird doch noch ordentlich marschieren können!“ Worauf der seiner selbst nicht mehr mächtige Denker wie eine Marionette den Hörsaal mit festem Schritt durchmaß.

Nach zehn Monaten, in denen die Mutter ihren Sohn kaum sehen durfte, um ihn, wie die Ärzte ihr erklärten, nicht unnütz zu erregen, schien Hilfe zu nahen. Julius Langbehn, ein Schriftsteller aus Dresden, erbot sich, Nietzsche durch eine Gesprächstherapie zu heilen. Immerhin hatte er von Binswanger die Erlaubnis erhalten, den Kranken auf den Landgrafen, einen Berg hinter der Klinik, zu führen. Auf ihren Spaziergängen sprachen sie über die Bücher des Philosophen, dem diese Aufmerksam-

keit sichtlich wohl tat, bis er den selbsternannten Retter nach sechs Wochen aus der Zelle warf, weil der ihm vorhielt, sich selbst mit seiner Lebensweise ruiniert zu haben.

Langbehn, der kurz darauf mit einem „völkischen“ Buch über Rembrandt zu zweifelhaftem Ruhm gelangte, war gewiss der falsche Therapeut, aber sein Ansatz nicht verkehrt. Das bemerkte auch Franziska Nietzsche, die im Januar 1890 nach Jena zog, um die Pflege ihres Sohnes in die eigenen Hände zu nehmen. Schon zuvor war Heinrich Köselitz, Nietzsches langjähriger Vertrauter, angereist. Beide nahmen im gleichen Haus Quartier. Tagsüber versorgte die Mutter nun dort ihren „Herzensfritz“, den sie nur abends wieder in die Klinik zurück brachte. Als sie zwei Monate darauf eine größere Wohnung im Ziegelmühlenweg fand, blieb der Sohn auch über Nacht. Bis er ihr im Mai davonlief und sich auf offener Straße auszog, um in einer Pfütze zu baden.

Ein Skandal! Der Kranke soll erneut in die geschlossene Anstalt, doch die Mutter entschließt sich, die volle



Verantwortung für den Entmündigten zu übernehmen. Fluchtartig verlässt sie mit dem Sohn die Stadt und fährt nach Naumburg, wo sie ihn bis zu ihrem eigenen Tod im April 1897 pflegen wird. Sieben Jahre lang, Jahre wachsender Mühen, aber auch der nie vergehenden Gewissheit, die einzig mögliche Hilfe geleistet zu haben, die sie bis zuletzt als ein Glück für beide empfand.

Ihre Therapie war denkbar einfach: Lange Spaziergänge und häufige Bäder, anfangs noch in der Saale, später in der heimischen Wanne, sollten die Nerven des Kranken beruhigen, von dem sie lange glaubte, dass er sich nur überarbeitet habe. Immer wieder schrieb sie Overbeck, wie gut, gesund und kräftig ihr Fritz aussehe. Zu recht stolz auf das Lob ihrer Umwelt. Selbst Binswanger, der Nietzsche 1891 in Jena bei einer befreundeten Familie in Augenschein nahm, zeigte sich überrascht. Sein Aussehen sei vortrefflich, wenn auch der Zustand insgesamt noch viel zu wünschen übrig lasse. Da war über ein Jahr vergangen, in dem sich der Arzt kein einziges Mal nach seinem Patienten erkundigt hatte. Allzu



sehr grollte er der Mutter, die sich für klüger als die Mediziner hielt. Erst als sie 1892 beginnt, sich mit der Diagnose des Fachgelehrten abzufinden und die Hoffnungen auf eine geistige Genesung aufgibt, ist auch Binswanger bereit, ihre Pflegeleistung uneingeschränkt anzuerkennen und endlich die Schriften des Kranken zu lesen, den er nun einen „Adler mit gebrochenen Schwingen“ nennt.

„Das macht Ihnen keine nach, keine“, zitiert Franziska das Lob des Gelehrten, und vergisst nicht ihre Erwiderung anzufügen: „'gewiss aber Mütter““. Das war der Grund ihrer unermüdlischen Aufopferung – mütterliche Liebe, die in sich selbst ihren Lohn findet. Immer mehr verblassten die Erinnerungen des Sohnes, genau so, wie es Binswanger prophezeit hatte. „Immer und immer ist aber meine Seele voll von innigen, innigen Danke gegen den lieben Gott, dass ich dieses Herzenskind nur pflegen kann ...“

Als Tochter eines Landgeistlichen und Witwe des Pfarrers von Röcken verstand sie die Pflege nicht nur als christlichen Auftrag, sondern auch als ein Geschenk, als Gnade Gottes, der ihr das Kind wieder zurück gab, das ihr als selbständig denkender Mann immer fremder geworden war, da er sich zuletzt als „Antichrist“ bekannte. Insofern hat ihre selbstlose Hilfe durchaus auch Züge einer Vereinnahmung, die auf tragikomische Weise Nietzsches Philosophie vom „Willen zur Macht“ noch in den verborgensten Formen bestätigt. So kleinbürgerlich, wie sie erzogen war, tat Franziska alles, um den Schein zu wahren – den Schein der physischen Gesundheit durch stundenlange Spaziergänge, die sie immer weiter in den Wald hinaus schob, damit niemand seine fortschreitende Krankheit bemer-



ke. Und als er auch dort Entgegenkommende wild gestikulierend grüßen will, da verlegt sie die Gänge auf die Zimmer ihres Hauses, aus dem längst alle Mieter geflohen waren, in dessen letzten Winkel sie sich mit dem Kranken zurück zog, damit sein dumpfes Brüllen nicht nach draußen dringe.

Doch was sollte die Siebzigjährige in dem muffig biederem Naumburg denn anderes tun, in einer Zeit, in der Wahnsinn nicht mehr als Auszeichnung der Götter galt, wie einst in der Antike, sondern als ein eher teuflisches Stigma, das zu verbergen war. Das Er-

staunlichste an ihrer Pflege ist der nüchterne Sachverstand, von dem sie sich vorurteilsfrei leiten ließ. Von ihrem Vater, der zugleich Landwirt auf der eigenen Scholle war und den Bewohnern seines Dorfes mit Naturheilmitteln praktisch helfend zur Seite stand, hatte sie diese Grundhaltung nebst handfesten Rezepten übernommen. Daher die Spaziergänge und Wasserkuren, oder eine Weintrauben-Diät, als der Kranke mangels Bewegung zu „massig“ wurde. Weintrauben, verkündet heute die Ernährungswissenschaft, beschleunigen die Fettverbrennung. Franziska wusste

das längst. Dazu aber kam noch etwas. Mit feinem Sinn für scheinbar Nebensächliches war sie bereit, sich von dem Patienten selbst belehren zu lassen, von seinen Bedürfnissen, wie dem nach ihrer Hand auf seiner Stirn. Eine winzige Wohltat, die ihm Frieden verlieh: „All die kleinen Dinge muss man nach und nach ihm ablernen ...“

Freilich, sein Bedürfnis Wagner zu spielen, noch in der Umnachtung mit dem in Hassliebe Verbundenen zu ringen, diesen Wunsch gestattete sie dem Kranken nun doch nicht, der am Ende blieb, was er von Anfang für sie war: ihr Kind. Darin liegen Größe und Grenzen ihrer Pflege zugleich begründet, das eine untrennbar mit dem anderen verbunden. Und noch eine Grenze blieb auch im Familiären bestehen: die Unheilbarkeit der Krankheit, deren Ende die Mutter mit all ihrer Hingabe nur hinauszögern konnte und deren Schmerzen sie lediglich zu lindern vermochte.

War also doch die ganze Anstrengung sinnlos, hätte Nietzsche in der Anstalt verdämmern sollen, da sein Licht schon erloschen war? Wie Heinrich Köselitz oder Overbeck es sahen, die ihn gleich den Ärzten überlassen,

ihn aufgegeben hatten. Oder ist am Ende Menschlichkeit selbst etwas Zweckloses?

Manchmal wiegt ein „nur“ Welten auf.

Anschrift:

Dr. Jens Fietje Dwars

Camsdorfer Str. 10
07749 Jena

Telefon: 03641 / 820239
Telefax: 03641 / 357084
Mobil: 0176 / 65603426

E-Mail: jens-f@dwars.jetzweb.de
Web.: www.dwars.jetzweb.de

Der Verfasser hat 2003 die Nietzsche-Gedenkstätte in Röcken mit den Grafikern von Jo Schaller und Rüdiger Giebler neu gestaltet.

Literatur:

Der kranke Nietzsche. Briefe seiner Mutter an Franz Overbeck. Hrsg. von Erich F. Podach, Wien 1937

Pia Daniela Volz. Nietzsche im Labyrinth seiner Krankheit. Würzburg 1990 (enthält Nietzsches Krankenakte)

Jens-F. Dwars. Triumph und Verfall. Johannes R. Becher. Eine Biographie, Berlin 2003

Dwars / Kai Agthe. Wo liegt Kaisersaschern? Nietzsches mitteldeutsche Herkunft und Heimholung. Bucha 2000



Psychiatrische Familienpflege in der DDR

Zeitzeugen melden sich zu Wort

Else Perskowitz, ehem. Chefärztin,
Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen;
Dozent Dr. Kurt Niedermeyer, einstiger Direktor,
Fachklinik f. Psychiatrie und Neurologie Mühlhausen;
Regine Walther, ehem. Fürsorgerin, Außenstellen und heute Sozialarbeiterin
im Ökumenischen Hainich Klinikum Mühlhausen;
Dr. Udo Kraft, ehem. Chefarzt, Rehabilitationsabteilung,
Asklepios Fachklinikum Stadtroda;
Dorothea Krieger, Sozialarbeiterin, Asklepios Fachklinikum Stadtroda

Moderation: Prof. Dr. Rainer Hirt, Jena & Frau Katrin Otto, Gera
Catering: Zuverdienst - Projekt Ergo gGmbH, Jena

Die Idee für Erzählcafés - in der deutschen Tradition - kommt aus Berlin und wurde dort Mitte der 80er Jahre erstmalig realisiert. In der anregenden Atmosphäre eines Kaffeehauses treffen sich Menschen, um erlebte Geschichte wieder lebendig werden zu lassen und anderen Menschen die Möglichkeit zu geben, daran teilzuhaben sowie ihre eigenen Erlebnisse einzubringen. Damit werden Erzählcafés besonders auch für jüngere Generationen zu einer wichtigen Erfahrungsquelle.





Ein Mitschnitt des Erzählcafes ist auf der DVD erhältlich.

„Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Wohnen in Familien in Thüringen“, ISBN 3-932886-12-7, Verlag der Fachhochschule Jena, 2005



Tagungsfest in den Rosensälen

Catering: Zuverdienst - Projekt der Ergo gGmbH, Jena



Friedrich Schiller eine ungewöhnliche Interpretation

ZEITGEIST Doppel-U

Tagungsfest im Studentenclub Rosenkeller



Gospel-Chor

Leitung: Almut Egert



Band

THE BLIND DOGS



Zukunft der Familienpflege

- **Fachvortrag**
- **Plenarvorträge**

Danish Network Families

A local community based support for discharged psychiatric Patients

Michael Freiesleben, Videnscenter for Socialpsykiatri,
Kopenhagen, Dänemark

Moderation & Translation: Heiko Mussehl, ProFil – Betreutes Leben in
Gastfamilien e. V., Königs Wusterhausen

Since 1994, I have been involved in a series of studies of family based support for discharged psychiatric patients in different parts of Denmark.

I have worked in adult psychiatry since 1975, first as a nurse in a large psychiatric hospital in Århus and since 1982 as a social educator in the sector, that in Denmark, we call social psychiatry. I am now employed as a professional consultant with the Centre for Knowledge in Social Psychiatry in Copenhagen, where we nationally collect, cultivate and disseminate social psychiatry knowledge.

Psychiatry in Denmark is divided into 3 sectors – hospital, community and social psychiatry. Hospital and community psychiatry fall under the health sector that is organised into 14 regions, whilst the social psychiatry sector falls under the social sector which is organised into 275 municipalities.

This year has been marked by uncertainty and anxiety in the public sector in Denmark because national politicians are implementing a complex structural reform. The consequences of this are that the 14 regions will be reduced to 5 large national regions, and that the 275 municipalities will be reduced to approximately 100. Where we now have municipalities with just 4,000 residents, municipalities in the future will have at least 30- 50,000 residents.

As to family based approach goes, the origins can be traced back to 1976 with psychiatric foster care for chronic,

so called “burnt out” patients. The foster care scheme was driven by the large national psychiatric hospitals, but it was abolished when the hospital were transferred from the state to the regions in 1976.

My own interest in foster care began in 1975 when as a nurse I got the possibility to accompany an older psychiatrist who was responsible for the foster care scheme in a psychiatric hospital in Århus. That was the year before the scheme was abolished. And as the psychiatric foster care was a passion of his, it pained him that it should be shut down.

When I look back now, I can see that time was moving away from the old foster-care culture, that in many ways was just as paternalistic and patronising as the old psychiatric hospitals.

From the middle of the 1980’s I have been employed as a social consultant in Århus region, where I and others, assist municipalities in establishing shared group housing. After I frequently was referred residents with a mental illness who had a need for more individual and family focussed housing, I began to establish an honorarium remunerated foster care arrangement where they could live for many years. But it was a battle each time to be able to convince the municipalities that foster care was a good idea and that, was what got me and others who were positive about foster care, to consider foster care qualities in a new context.



A life as normal as possible

Before I more closely examine the concrete study, I’d like to pause a little with the social and political thinking that has marked Danish psychiatry since I began with it in the 1970’s. One of the overriding political aims has been titled: “a life as close to normal as possible” and “from patient to citizen”. Thus for the mentally ill and other problem affected citizens, basic citizen’s right have been a high priority. For example: the right to an independent income, housing, the right to meaningful work and recreation possibilities, and the right to social contact and possibilities like other citizens.

There has been considerable progress in regards to meeting the aim of a life as close to normal as possible, that some of the basic citizen rights are concerned with, but unfortunately there has been little corresponding progress in regards to social inclusion. In the USA and England the expression NIMBY is used and this is an abbreviation of “not in my backyard”. The phenomenon is also found in Denmark, when residents protest that a residence for the mentally ill will lead to the reduction in their property values. But fortunately there are also opposing trends, where healthy resource rich residents are opening their homes for the disabled and excluded residents. This is

what the family network programs are an example of.

When the network shrinks.

The primary problem for most citizens with a long term mental illness is that they have become communication disabled, with the result that they often feel locked inside themselves and experience that they are locked out of the community. And for many it also ends up that they withdraw away from family and friends, or they become so dependent on their relatives that nerves and relationships fray.

It is here that a foster care break could be a good solution; where the individual can recover the lost closeness and intimacy. But seen from Danish contemporary eyes there are problems with placing adult citizens in foster care: the loss of independence and the risk that the citizen becomes locked in a dysfunctional child/adult relationship. And as well, autonomy and independence are almost sacred values in Danish social culture.

The problem has often been that there becomes an "either /or" choice,

where the person with the mental illness must give up his independence to receive safety, and protection (eg if they move to living in the parent's home or a protected environment) or must live alone and unsafe in their own home. What I and other colleagues who were where concerned with was, how we could create a "both /and" situation where the person with the mental illness could both have the satisfaction and challenges with living in their own home and that the same time be able to have the free and easy closeness and intimacy with being linked to a network family.

The 3rd network

We look at network families as a 3rd network that compliments and supplements the primary relative network on the ones side and the profession helper network on the other. And we have implemented 2 forms of network families that we call voluntary contact families and honorarium salaried respite families.

(at the workshop I will present the 2 models graphically on an overhead

so the participants will be better able to get a feeling for the organisation and collaborative requirements.)

I will now present one model at a time.

Voluntary contact families ...

... are a not time limited contact relationship, where the discharged psychiatric patient is linked to a resource rich family who matches well with the user both in lifestyle norms and their personal concerns. Where the match is good the contact develop as a rule to a long acquaintanceship or friendship.

On a concrete level I approached it in the following way

- A contact person from community or social psychiatry referred to me, when they have had contact with a mentally person who would like to be linked to a contact family
- I met with the contact person and citizen and often after the first interview I began to identify a suitable family. Over the years, I had build up a little contact family bank with suitable families I could contact when I had someone referred who will suit well with them. If I didn't have a family that matched, I would organise an advertisement in the local newspaper that could for example read as follows:

" I am a 43 year old single man who misses someone to visit and go on short trips with a couple of weekend afternoons a month. I formerly worked as a forestry engineer, but have been pensioned off since 1991 on the grounds of mental illness. Normally I go daily to a day centre where I assist in the café and help look after the garden. Outside nature, I am interested in sport, and



have always been very fond of animals.”

The contact family scheme is being implemented by a staff member from the day centre who will also assist in the future. The contact family will receive a contribution to the coverage of concrete expenses and the opportunity to meet other contact families.

- After this, I would as a rule, receive some enquiries from interested families, and if it appeared after a telephone interview that one of more families seemed suitable, I would go out and discuss this with them.
- If it seemed that one the families visited was interested in meeting with the nominated citizen, we subsequently arranged a non committed meeting with the family where the contact person, citizen and I participated.

- After this we agreed that all the parties would sleep on the decision and discussed it with them the following day.
- If it seemed that both parties wanted to meet each other again, we agreed when and where we would meet again.
- Afterwards the contact family received support and advice according to their needs and were linked to a group of other contact families who met 3-4 times during the first year for experiential development. After this we stopped and reviewed whether they still needed to be linked to a group or would continue on their own.

It was a little variable how the municipalities chose to reimburse contact families expenses. Some received 500 crowns (tax free) to cover the telephone, transport and other expenses

each month ... Others were actually reimbursed their expenses. The most important thing was that it was as simple as possible.

From project to a scheme

After I had trialled contact families from 94-96 in regards to single people with a long term mental illness (usually younger men with a diagnosis of schizophrenia) with positive results, I got some funding to try the model in regards to mentally ill parents with children from 96-98. That study also went better than expected, and fortunately after that the model became rooted in legislation. A guidance to the legislation has been written the following way:

“5.3 Contact families

Contact families are a variation of



the support and contact person scheme and are a network program for adults with a mental illness, including those with children.

The Contact family program has been developed and tested as a study project with support from the social ministry first in connection with local psychiatry in Århus region, and from 1998-2001 the model was expanded to a national study.

The primary aim of the program is to develop and strengthen the person with a mental illness's social network with via creating contact between people who suit each other. In the same way contact between drained people with a mental illness and private families, thus helping the person to recreate contact potential with supportive community.

The target group is primarily single adults with a mental illness with a very limited network including users who are not in contact with a family network or similar social network, or users whose network is very vulnerable.

Contact families are a social program in a defined space between the private and the professional. On the one side contact family relationship resemble the private network's friendly and familiar character and on the other side it is an arrangement that is constructed and organised by the public sector. The municipality is responsible in regards to the establishment and ongoing support to the families."

As an extension of the 2 studies with contact families and a good help in cementing the scheme, we got to test the model nationally.

The short version is that there was a great deal of interest in participating

in the study on a professional level by community workers and community psychiatry clinicians. Following this, the model was approved to trial in 13 places in Denmark. With conditions being very different on both the profession and organisational levels, it was only possible to implement the trial program in 8 of the sites. And now I can see that I/we made a mistake in that there was not sufficiently secured joint ownership on the leadership level, therefore it was fortunate that only 4 of the 8 program were made permanent. In this way, the contact family study was both a success and a fiasco. A success, in regards to the many successful contact family relationships that were established in the study period, and in regards to the study becoming a permanent scheme. And a fiasco in regards to getting the program organisationally implemented in the collaborating municipalities.

That is what I had wanted to say on the studies with the voluntary contact family model.

From voluntary contact families to contact families with an honorarium

Together with 3 colleagues who were also interested in foster care for adults with a mental illness, I went on a study trip to Madison in the USA. Here, they had experience with a family based Crisis Home program, preventing admission. That was a model that we wanted to test in Denmark, but we did not know how we could approach it correctly.

Fortunately it happened that Sønderjyllands region of psychiatry got some project funds to trial the crisis home program in a Danish context, which I steered.

Honorarium salaried respite families are a time limited intervention, where discharged psychiatric patients whose situation is deteriorating as a result of isolation or stress on weekends, are offered respite support in a resource rich family. The program has been used as an acute first aid to arising crises and as a preventative intervention where the user can join in simple recreation activities with the respite family. There was also the aim that the program could be used as a means to reduce hospital admissions, but that has only been used to a limited extent.

The practical coordination in regards to visiting, matching and ongoing contact of the referee and host are one of the most important activities for a successful respite care. That function was undertaken by a medical secretary at the district psychiatry centre in Tønder. During the period June 2001-June 2005, there were 187 respite care episodes for 51 consumers with an average care period of 3.6 days.

We began with advertising for suitable families and the interest was overwhelming. We were able in the 1st round to only use 3 respite families and we had received 30 serious enquiries!

In assessing families we emphasise the following:

- Capacity to make the guest feel welcome without appearing phoney or superficial
- Capacity to put oneself in the guest's situation without feeling responsible for solving the guest's problem
- Capacity to identify where there was a need for professional assistance
- Capacity to let go when contact finishes

Respite families decide themselves when they are most able to have a guest staying, but they commit to pro-

viding 100 nights of care per year. Every respite host has been used on average 55 days a year. For every overnight they have a guest staying, the hosts receive an honorarium of 750 kr (taxable) and an amount for on costs of 130 kr (tax free)

In the USA they told that in the beginning they put a lot of energy into educating the hosts about mental illness and what problems could arise. After a period of time this proved to be more harmful than helpful because the host began to anticipate all the things which could happen and in advance they became worried about whether they would be able to deal with it.

The art with creating a good mutual collaboration between mental health and the private families, is to find a balance between too much information and not enough. If they are over informed the families think like professionals, and if they are under informed the families risk being burnt out and insecure.

In the first year of the project, families received individual advice and supervision as requested, but that highlighted that families find it difficult to ask for assistance and ended with them beginning to show signs of burn out; later we introduced regular supervision of 2 hours every other month and that has proved to be very effective.

Our experience parallels the American where they found that it worked best when families supported themselves with the following 3 recommendations:

Be yourself, listen carefully to the information you are given, ring if you are ever uncertain

The positive and the difficult

The many experiences that have been acquired over the years both in the respite project in Tønder district and in the studies with voluntary contact families, have been highlighted via focus group interviews with the user and the referrer (usually the user's contact worker or treating practitioner) together with discussions around the experience with the host families. That data collection has shown amongst other things the following

Positive aspects of the network family program:

- That users can be both protected and challenged in a healthy normal environment.
- That users should not have to share the caring person with others and be confronted by others' symptoms and abnormal behaviour.
- That users experience that they are being included in the family and sometimes also with families acquaintances like a normal guest.
- That this natural focus on the healthy and universal in normal environments works as a self reinforcer in different ways. Some users gave the example of the expression "that the stupid thoughts disappeared" "that they became more outwardly focussed" and "that they got more energy".
- That families can enter into user's happiness and pain and be familiar with and sympathetic to it without becoming a part of it and getting personally caught up.
- That users become tired and sleep better than they had before.

Some of the dilemmas with the network family programs are:

- That some users have been anxious

about whether they can live up to normal expectation and that it will be a burden for families to have then staying.

- That until users and families have got to know each other it can be difficult for families to decide how much protection and much challenges the user needs.
- The contrast between life with the family and daily life in one's own home is often so great that the user can become depressed when they return home.

That there jealousy can often arise when the user tells their relative the positive experience they have had with the network family.

Contact:

Michael Freiesleben
Pädagoge und Fachberater

Videnscenter for Socialpsykiatri
1455 Kopenhagen, Denmark

E-Mail: mf@socialpsykiatri.dk
Web.: www.socialpsykiatri.dk/

Netzwerkfamilien in Dänemark

Zivilgesellschaftliche Unterstützung für entlassene Psychiatriepatienten

Michael Freiesleben, Videnscenter for Socialpsykiatri,
Kopenhagen, Dänemark

Moderation & Übersetzung: **Heiko Mussehl**, ProFil – Betreutes Leben in
Gastfamilien e. V., Königs Wusterhausen



Seit 1994 stand ich für eine Reihe von Versuchen, an verschiedenen Orten in Dänemark entlassene psychiatrische Patienten durch Familien zu unterstützen.

Ich habe seit 1975 in der Erwachsenenpsychiatrie gearbeitet, zunächst als Krankenpfleger in einem großen psychiatrischen Krankenhaus in Aarhus, seit 1982 im Bereich der Sozialpsychiatrie. Ich bin gegenwärtig als Fachberater im *Videnscenter for Socialpsykiatri* angestellt, wo wir Erfahrungen in der Sozialpsychiatrie sammeln, bearbeiten und weitervermitteln.

In Dänemark ist die Psychiatrie dreigeteilt: stationäre Psychiatrie, Distriktpsychiatrie und Sozialpsychiatrie. Die stationäre wie die Distriktpsychiatrie gehören zur Gesundheitsverwaltung, die von 14 Ämtern gesteuert wird, während die Sozialpsychiatrie zur Sozialverwaltung unter Verantwortung der 275 dänischen Kommunen steht.

Gegenwärtig sind im öffentlichen Bereich in Dänemark Unruhe und Unsi-

cherheit wahrzunehmen, da die Landespolitik umfassende Strukturreformen in Gang gesetzt hat. Aus den 14 Ämtern sollen fünf große Regionen, die Zahl der Kommunen auf etwa 100 begrenzt werden¹. Während wir heute noch Kommunen mit nur 4000 Einwohnern haben, sollten die zukünftigen Gemeinden mindestens 30 – 50000 Bewohner umfassen.

Im Bereich auf Familien beruhender Hilfen hatte man in Dänemark bis 1976 eine psychiatrische Familienpflege für chronische, sogenannte „unheilbare“ Patienten. Das Familienpflegesystem wurde von den staatlichen psychiatrischen Großkrankenhäusern betrieben, jedoch eingestellt, als die Krankenhäuser vom Staat an die Ämter übergeben wurden. Um 1900 hatte es landesweit etwa 300-400 Familienpflegeplätze für psychiatrische Patienten gegeben. Das wurde „kontrollierte Familienpflege“ genannt, unangemeldet erschien einmal in der Woche eine Krankenschwester, ein- bis zweimal im

Monat ein örtlicher Hausarzt sowie 4-6mal monatlich ein Psychiater aus dem Krankenhaus. Die Besucher führten mit den einzelnen Beteiligten wie mit allen gemeinsam Gespräche. In der Zeit von 1967 bis 1976 wurde dieser Bereich zunächst verkleinert und letztlich vollkommen eingestellt, als man im Zusammenhang mit der Modernisierung diesen Bereich der Krankenhaustätigkeit aufheben wollte.

Im Jahr 1975 begann mein Interesse an der Familienpflege, als ich, damals Pflegeschüler, die Möglichkeit bekam, mit einem älteren Psychiater zu arbeiten, der für die Familienpflege am psychiatrischen Krankenhaus in Aarhus zuständig war. Ein Jahr danach wurde die Familienpflege eingestellt, was für diesen Psychiater, dessen Herz daran hing, eine schmerzliche Aufgabe war.

Wenn ich heute daran zurückdenke, kann ich gut nachvollziehen, daß die alte Familienpflegekultur unzeitgemäß geworden war, so paternalistisch und bevormundend – wie die alten psychiatrischen Krankenhäuser selbst – sie größtenteils organisiert war. Oft wohnten mehrere (2-4) psychisch Kranke bei jeweils einer Familie, die Beziehung zwischen den Familien und den Patienten ähnelte einem Eltern-Kinder-Verhältnis. Aber unter normaleren Verhältnissen zu leben und in das Leben und die Arbeitsaufgaben der Familien einbezogen zu werden, war dennoch würdiger und „genesungsfördernder“ als der Aufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus.

Mitte der Achtziger wurde ich als Sozialberater im Aarhus Amt (Bezirk) angestellt, wo ich u.a. die Aufgabe hatte, Gemeinden beim Aufbau von Wohngemeinschaften zu helfen. Als häufig psychisch Kranke an mich verwiesen wurden, die eine individuellere und fa-

miliengeprägte Wohnform benötigten, begann ich damit, honorarfinanzierte Familienpflegeverhältnisse zu organisieren, in denen sie eine Reihe von Jahren wohnen konnten. Aber jedesmal war es auch ein Kampf, die Gemeinden davon zu überzeugen, daß Familienpflege eine gute Idee sei, und daher sind sowohl ich wie auch andere, die der Familienpflege positiv gegenüberstanden, dazu übergegangen, die Qualitäten der Familienpflege in neuem Kontext zu denken.

So normal wie möglich leben

Bevor ich mich den Projekten zuwende, möchte ich auf das sozialpolitische Denken, das die dänische Psychiatrie seit dem Beginn meines Berufslebens Mitte der Siebziger geprägt hat, eingehen. Die politische Zielstellung hatte man mit Überschriften wie „Ein Leben so nahe der Normalität wie möglich“ und „Vom Patienten zum Bürger“ formuliert. Die Priorität lag auf den Grundrechten psychisch Kranker und anderer von Problemen betroffener Bürger – etwa dem Recht auf eine selbständige ökonomische Lebensführung, dem Recht, selbständig zu wohnen bis hin zu würdigen Arbeits- und Freizeitmöglichkeiten sowie sozialen Kontakten und Freiheiten, wie andere Bürger die Lebensumstände selbst zu wählen.

Und es gab in der Tat große Fortschritte, was das Ziel einer Normalisierung des Lebens in Bezug auf die Grundrechte betrifft, leider jedoch im Bereich der sozialen Teilhabe nicht in gleichem Umfange. In den USA wie in Großbritannien spricht man vom „NIMBY“ - Problem, Abkürzung für „not in my backyard“. Ein Phänomen, das in Dänemark leider auch gegenwärtig ist,

wenn Grundbesitzer gegen die Ansiedlung von Wohnbereichen für psychisch Kranke protestieren, weil der Wert ihrer Häuser zu fallen droht. Aber glücklicherweise gibt es auch Zeichen für eine gegensätzliche Entwicklung, wenn etwa gesunde und ressourcenstarke Bürger ihre Wohnung schwachen und von Marginalisierung bedrohten Mitbürgern öffnen. Dafür ist das Netzwerkfamilien-Angebot ein Beispiel.

Wenn das Netzwerk schrumpft

Für die meisten Bürger mit länger währenden psychischen Erkrankungen spielen Einschränkungen in der Kommunikation eine große Rolle, mit dem Ergebnis, daß sie sich sowohl in sich selbst eingeschlossen wie von der Gemeinschaft ausgeschlossen fühlen. Und viele andere ziehen sich entweder von Familie und Freunden zurück oder werden so abhängig von ihnen, daß die Nerven der Beteiligten und die Beziehungen selbst belastet werden.

Die Aufnahme in die Familienpflege kann in solchen Problemlagen die verlorene Nähe und Intimität wiederherstellen. Aber aus heutiger dänischer Perspektive sieht man es vor allem als problematisch an, Erwachsene in der Familienpflege unterzubringen, etwa im Verlust der Selbstständigkeit und dem Risiko für den Bewohner, in einem unreifen Kind-Eltern-Verhältnis festgehalten zu werden. Und gerade Autonomie und Selbstständigkeit sind beinahe heilige Werte in der dänischen Kultur.

Oft erschien als Dilemma, daß es um eine entweder/oder- Wahl ging, wo der psychisch Kranke entweder seine Selbstständigkeit aufgeben mußte, um Nähe und Schutz zu gewinnen (indem er etwa weiter bei den Eltern oder in einem geschützten Milieu wohnte), oder

einsam und unsicher in der eigenen Wohnung blieb. Was meine Kollegen und mich daher anregte, eine Sowohl-als-auch-Variante zu ermöglichen, in der es sowohl die Zufriedenheit und die Anforderungen des selbstständigen Wohnens wie die familiäre Nähe und Intimität in der Verbindung mit einer Netzwerkfamilie geben kann.

Das dritte Netzwerk

Wir betrachten Netzwerkfamilien als ein „drittes Netzwerk“, welches das primäre Angehörigennetzwerk wie das Hilfesystem ergänzt und erweitert. Zwei Modelle dafür, **freiwillige Kontaktfamilien** und **honorierte Entlastungsfamilien**, haben wir bisher auf den Weg gebracht und erprobt.

Freiwillige Kontaktfamilien

Alleinlebende psychisch Kranke werden an eine ressourcenstarke Familie, die, was Lebensstil, Normen und die Persönlichkeit betrifft, gut zum Interessenten paßt, angebunden. Wenn die Passung sich als gut erweist, entwickelt sich der Kontakt in der Regel zu einer langen Bekanntschaft oder Freundschaft.

Konkret ging ich wie folgt vor:

- Eine Bezugsperson aus der Distrikt- oder Sozialpsychiatrie wandte sich an mich, nachdem sich ein interessierter Bürger gemeldet hatte, der gern eine Kontaktfamilie hätte
- Ich treffe mich mit beiden und komme oft bereits im ersten Gespräch auf eine geeignete Familie. Über Jahre habe ich eine kleine Kontaktfamilien-Bank mit gut geeigneten Familien, die ich ansprechen kann, wenn jemand passendes an mich verwiesen wird, aufgebaut. Wenn

sich eine passende Familie nicht unter den vorhandenen finden ließ, formulierten wir eine Anzeige für die Lokalzeitung der Stadt, die etwa so lauten kann:

Ich bin ein 43jähriger alleinstehender Mann, dem jemand für Besuche und gemeinsame kleine Ausflüge, etwa an einigen Wochenendnachmittagen im Monat, fehlt.

Ich habe früher als Forstarbeiter gearbeitet, bin jedoch 1991 wegen einer psychischen Krankheit in Rente gegangen. Gegenwärtig besuche ich ein Tageszentrum, wo ich im Café und Garten mitarbeite. Neben der Natur interessiere ich mich auch für Sport und liebe Tiere sehr.

Das Kontaktfamilienverhältnis wird gemeinsam mit einem Mitarbeiter des Tageszentrums, der auch weiterhin den Beteiligten zur Seite steht, angebahnt. Die Kontaktfamilie bekommt einen Zuschuß zur Deckung konkreter Ausgaben sowie die Möglichkeit, andere Kontaktfamilien zu treffen.

- Nach Erscheinen wandten sich in der Regel einige interessierte Familien an mich und wenn sich nach den Telefonaten zeigte, daß eine oder mehrere gut geeignet wirkten, besuchte ich sie für eine Besprechung.
- Erwies sich eine Familie als passend und war interessiert am Kennenlernen, arrangierten wir daraufhin einen unverpflichtenden Besuch bei dieser Familie, gemeinsam mit dem Suchenden, der Bezugsperson und mir
- Im Anschluß verabredeten wir, daß alle „darüber schlafen“ sollten, worauf ich am Folgetag alle Beteiligten ansprach
- Wenn sich herausstellte, daß beide Parteien sich gern erneut treffen

wollten, verabredeten sie dieses Treffen selbst

- Daraufhin organisierten wir für die Kontaktfamilie Unterstützung und Beratung nach Bedarf sowie die Verbindung zu einer Gruppe von Kontaktfamilien für einen etwa 3-4mal stattfindenden Erfahrungsaustausch im ersten Jahr. Für den weiteren Verlauf wird im Anschluß entschieden, ob die Verbindung zur Gruppe fortgesetzt wird oder sie ohne Gruppentreffen weitermachen wollen.

Zwischen den Kommunen gibt es geringe Unterschiede im Modus, die Ausgaben der Kontaktfamilien abzudecken: Einige zahlen 500 Kronen monatlich (67 €, steuerfrei) für Telefon, Transport und andere Ausgaben, andere erstatten die tatsächlichen Ausgaben. Wichtig ist, dass die Erstattung so einfach wie möglich organisiert ist.

Vom Versuch zum Paragraph

Nachdem ich von 1994 bis 96 das Kontaktfamilienmodell mit alleinstehenden Erwachsenen mit psychischen Krankheiten (vor allem mit jüngeren Männern mit Schizophrenie-Diagnose) mit guten Ergebnissen erprobt hatte, bekam ich im Anschluß eine Modellförderung für ein vergleichbares Projekt

mit psychisch kranken Eltern mit Kindern von 1996 bis 1998. Nachdem dieses Projekt ebenfalls über die Erwartungen hinaus erfolgreich verlief, gelang es uns, das Modell in der Gesetzgebung zu verankern. Im Kommentar zu diesem Gesetz ist das Modell folgendermaßen beschrieben:

5.3. Kontaktfamilien

Kontaktfamilien sind eine Variante der Unterstützungs- und Kontaktpersonenordnung (aus dem dänischen Sozialgesetz) sowie ein Netzwerksangebot für erwachsene Personen mit psychischen Krankheiten, ggf. mit Kindern.

Das Kontaktfamilienangebot wurde in vom Sozialministerium geförderten Versuchsprojekten, zunächst in Verbindung mit der Lokalpsychiatrie im Aarhus Amt, dann von 1998- 2001 als landesweiter Versuch erprobt.

Das Ziel des Angebotes ist es, das soziale Netzwerk psychisch Kranker zu entwickeln und zu stärken, indem eine Beziehung zwischen gut zusammenpassenden Menschen vermittelt wird. Auf diese Weise werden von Marginalisierung bedrohte Menschen mit Familien zusammen gebracht, um so soziale Kontakte wieder zu etablieren.

Die Zielgruppe besteht primär aus psychisch kranken alleinstehenden Er-



wachsenen mit einem ausgesprochen begrenzten sozialen Netzwerk, d.h. Klienten, die über keine relevante Einbindung in ein familiäres oder ähnliches soziales Netz mehr verfügen oder Klienten mit einem sehr fragilen Netzwerk.

Kontaktfamilien liegen im Grenzbereich zwischen privaten und professionellen Angeboten. Einerseits hat die Kontaktfamilienbeziehung den freundschaftlichen und familiären Charakter privater Beziehungen, andererseits wird das Angebot vom öffentlichen Bereich vermittelt und organisiert. Die Gemeinde ist für die Anbahnung, die weitere Betreuung und die Unterstützung der Familien verantwortlich.

In Verlängerung der ersten zwei Projekte und unterstützt durch die gesetzliche Verankerung bekamen wir Projektmittel, um das Modell landesweit zu erproben.

Es gab kurz gesagt ein großes Interesse in der Fachöffentlichkeit, bei diesem Projekt dabei zu sein, insbesondere bei Sozialarbeitern und Mitarbeiter der Distriktpsychiatrie. An 13 dänischen Orten wurde versucht, das Modell in Gang zu bringen. Aufgrund unterschiedlicher fachlicher wie organisatorischer Voraussetzungen gelang es nur in 8 dieser Orte, das Angebot zu realisieren. Aus heutiger Sicht haben wir versäumt, die jeweilige Leitungsebene hinreichend zu überzeugen, das Projekt zu ihrer Sache zu machen, so daß es uns an schließlich nur vier von acht Orten gelang, das Angebot permanent zu verankern.

Die Kontaktfamilien-Modellversuche wurden somit Erfolg und Fiasko zugleich. Erfolgreich in Bezug auf die vielen geglückten Anbahnungen und Verläufe aus der Modellphase als auch

in der gesetzlichen Verankerung. Ein Fiasko, was die organisatorische Einbindung in den teilnehmenden Gemeinden betrifft.

Soweit zu den freiwilligen Kontaktfamilien.

Von freiwilligen Kontaktfamilien zu honorierten Entlastungsfamilien

Gemeinsam mit drei Kollegen, die sich ebenfalls für Familienpflege für erwachsene psychisch Kranke interessierten, war ich 1998 auf einer Studienreise in Madison/ USA. Hier hatte man mit einem auf Familien basierenden *crisis home program*, in dem psychiatrische Patienten zu kurzen Krisenaufenthalten anstatt einer stationären Behandlung aufgenommen werden, gute Erfahrungen gemacht. Unser Interesse war, dieses Modell in Dänemark einzuführen, ohne zu diesem Zeitpunkt über einen genauen Plan zu verfügen.

Honorierte Entlastungsfamilien sind ein zeitlich begrenztes Angebot, in dem psychisch Kranke, deren Zustand sich durch etwa Einsamkeit oder Streß, z.B. an den Wochenenden, verschlechtert, zu einem Entlastungsaufenthalt in einer ressourcenstarken Familie aufgenommen werden. Sowohl in akuten Krisen als auch als prophylaktische Maßnahme wird diese Hilfeform kurzer Erholungsaufenthalte – wiederholt in derselben Familie – angewandt. Eigentlich sollten auch stationäre Behandlungen durch das Angebot verkürzt werden, was jedoch nur begrenzt realisiert wurde.

Die praktische Koordinierung von Besuchen (*visitation*), Passung (*matching*) und den laufenden Kontakten zu den Familien und Einweisern erwies sich als wichtigste Voraussetzung für geglückte Entlastungsaufenthalte. Die

se Funktion nimmt in Tønder (DK) eine Sekretärin am *Distriktpsychiatrischen Zentrum* war. Zwischen Juni 2001 und Juni 2005 wurden 187 Entlastungsaufenthalte, auf 51 Bewohner mit einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 3,6 Tagen verteilt, realisiert.

Wir begannen, mit Zeitungsanzeigen nach geeigneten Familien zu suchen, und stießen auf ein überwältigendes Interesse. Für die zunächst nur drei gesuchten Familien konnten wir aus 30 seriösen Interessenten wählen.

In der Auswahl der Familien haben wir insbesondere auf folgendes geachtet:

- die Fähigkeit, einen Gast willkommen zu heißen, ohne falsch oder angespannt zu wirken
- die Fähigkeit, sich in die Situation des Gastes einzufühlen, ohne sich für die Lösung seiner Probleme verantwortlich zu fühlen
- die Fähigkeit, einzuschätzen, wann professionelle Hilfe nötig ist
- die Fähigkeit, „loszulassen“, wenn der Kontakt abgeschlossen wird

Die Entlastungsfamilien bestimmen selbst, wann sie für einen Gast offen sind, richten sich aber auf 100 mögliche Tage im Jahr ein. Durchschnittlich war 55 Tage im Jahr (zwischen 30 und 70 Tage) tatsächlich ein Gast in der Familie. Für jeden Tag, an dem ein Gast aufgenommen ist, bekommen die Familien ein steuerpflichtiges Honorar von 750 DKr (100 €) sowie eine steuerfreie Aufwandsentschädigung von 130 DKr (17 €).

In den USA hatte man sich zu Beginn umfassend bemüht, die Familien über psychische Krankheiten und damit eventuell verbundene Probleme zu unterrichten, dann aber gelernt, daß dies mehr Schaden als Nutzen brachte, da die Familien sich um all das, was ge-

schehen könnte und ob sie damit umgehen könnten, vor der Aufnahme zu sorgen begannen.

Die Kunst, eine gute und gegenseitig vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen der Psychiatrie und privaten Laienfamilien zu schaffen, liegt im Finden einer Balance zwischen „Über-“ und „Unterinformation“. Wenn man überinformiert und -supervidiert, denken die Familie allzu professionell, wenn man dies hingegen zu wenig tut, riskiert man, daß die Familien unsicher und ausgebrannt werden. Im ersten Jahr erhielten die Familien Beratung und Supervision nach Bedarf, aber als sich bei einer Familie Schwierigkeiten zeigten, selbst um Hilfe zu bitten und sich daraufhin burnout-Anzeichen erkennen ließen, führten wir eine feste Gruppensupervision (zweistündlich in jedem zweiten Monat), die sich als angemessen erwies, ein.

Unsere Erfahrungen entsprachen im übrigen den amerikanischen, die herausfanden, das das Modell am besten funktioniert, wenn die Familien sich auf diese drei einfachen Ratschläge verließen:

Seid authentisch, hört sorgfältig auf die Auskünfte, die Ihr bekommt, ruft an, wenn Ihr im Zweifel seid!

Das Positive und das Schwierige

Die Erfahrungen über Jahre, sowohl im Entlastungsfamilien-Projekt in der Tønder-Region als auch in den Modellversuchen mit freiwilligen Kontaktfamilien, sind u.a. in Fokusinterviews mit Klienten und beteiligten Professionellen (in der Regel die Kontaktperson oder der Therapeut des Klienten) sowie im Erfahrungsaustausch mit Familien gesammelt worden. Diese Forschung weist u.a. auf folgendes:

Positive Aspekte mit den Netzwerksfamilienangeboten waren u.a.:

- daß die Klienten in einem gesunden und normalen Milieu sowohl abgeschirmt wie gefordert werden konnten
- daß die Klienten ihre Bezugspersonen nicht mit anderen teilen müssen und nicht mit dem Leiden und dem gestörten Verhalten anderer konfrontiert wurden
- daß die Klienten erleben, in die Familien und auch in deren soziale Beziehungen als „normaler Gast“ einbezogen zu werden
- daß dieser natürliche Fokus auf das Gesunde und Allgemeinmenschliche in normaler Umgebung auf individuelle Weise das Selbstbewußtsein stärkt. Klienten äußerten zum Beispiel, daß „die dummen Gedanken verschwunden sind“, daß sie „sich mehr nach Außen orientierten“ und „mehr Energie bekamen“
- daß die Familie sich in Freuden und Sorgen der Klienten einleben und dabei einfühlsam und mitfühlend sein kann, ohne selbst Teil davon zu werden oder sich in persönlichen Gefühlsnöten zu sehen
- daß die Bewohner eher müde werden und besser schlafen als gewohnt

Dilemmata mit Netzwerksfamilienangeboten waren u.a.:

- daß einzelne Klienten besorgt waren, ob sie die Erwartungen des normalen Lebens erfüllen könnten oder sie wohlmöglich zu belastend für die Gastfamilien wären
- daß es, bevor sich die Beteiligten richtig kennengelernt haben, für die Familien schwer sein kann, das passende Verhältnis von Schutz und Anforderung für den Gast einzuschätzen

- daß der Kontrast zwischen dem Leben in der Familie und in der eigenen Wohnung so groß ist, daß sich die Klienten niedergeschlagen fühlen, wenn sie zurückkehren
- daß Eifersucht entstehen kann, wenn die Klienten ihren Angehörigen von ihren guten Erlebnissen in der Netzwerksfamilie erzählen

Anschrift:

Michael Freiesleben, Pädagoge und Fachberater

Videnscenter for Socialpsykiatri
1455 Kopenhagen, Dänemark

E-Mail: mf@socialpsykiatri.dk
Web.: www.socialpsykiatri.dk/

Übersetzung:

Heiko Mussehl, Dipl.-Psychologe,
ProFil – Betreutes Leben in Gastfamilien e. V.
Königs Wusterhausen

¹ (vom 1. Januar 2007 an)

Etablierung der Familienpflege bundesweit!

Möglichkeiten und Grenzen des Fachausschusses Betreutes Wohnen in Familien/ Familienpflege (BWF)

Reinhold Eisenhut, Fachausschuss Betreutes Wohnen in Familien/ Familienpflege (BWF) der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), Reutlingen

Moderation: **Ines Kalisch**, ProFil – Betreutes Leben in Gastfamilien e. V., Königs Wusterhausen



Zum Fachausschuss generell

Der Fachausschuss versteht sich als ein Arbeitsgremium von PraktikerInnen des Betreuten Wohnens in Familien / Familienpflege (BWF)

Der Fachausschuss verfolgt folgende Ziele

- Bessere Verankerung des BWF in der Fachöffentlichkeit und damit Verbesserung des Image bei den Fachleuten
- Etablierung der BWF bundesweit als ambulantes Standardangebot in allen Regionen
- Vermittlung von konkreter Unterstützung beim Aufbau neuer Teams und regionaler Treffen

- Entwicklung einer bundeseinheitlichen Terminologie bzw. Begrifflichkeit
- Sicherung, Anpassung und Weiterentwicklung fachlicher Qualität, Definition von verbindlichen Mindeststandards
- Einflussnahme auf Themen und Ablauf der jährlichen Bundestagung und Unterstützung des veranstaltenden Teams

Wichtige Themen des letzten Jahres

- Vorbereitung der Jahrestagung Jena
- Öffentlichkeitsarbeit / Internetpräsenz (die KollegInnen aus Königs Wusterhausen betreuen eine Internetseite: www.psychiatrische-familienpflege.de)

- Definition des Namens und Versuch der bundesweiten Durchsetzung von BWF
- Umfrage zu Langzeitbetreuungen
- Start des Versuchs einer einheitlichen Sprachregelung des BWF-Fachjargons
- Koordinierung der Anfragen

Etablierung der BWF bundesweit als ambulantes Standardangebot in allen Bundesländern: Möglichkeiten des Fachausschuss

- Der Fachausschuss bildet einen Expertenpool
- Es arbeiten PraktikerInnen mit teilweise jahrzehntelanger Erfahrung, hoch differenziertem Wissen, verschiedenen Arbeitsfeldern – derzeit gibt es keinen vergleichbaren Expertenpool in Deutschland
- Alle Fachausschuss-Mitglieder sind sehr engagiert
- Der Fachausschuss schuf Qualitätsstandards und versucht diese zu sichern
- Der Fachausschuss berät nicht nur Teams, sondern auch Politiker, Leistung- und Entscheidungsträger
- Der Fachausschuss wirkt oft als Katalysator
- Mit der Setzung von Mindestqualitätsstandards wird Interessenten eine zentrale und wichtige Orientierung zur Verfügung gestellt

Arbeitsformen

- Vermittlung von Team“paten“ und Hospitationsmöglichkeiten
- Individuelle Beratung
- Internetauftritt
- Führen einer bundesweiten Adressdatei und zielgerichtete Zuweisung an lokale Fachausschuss-Mitglieder

- Mitorganisation der Bundestagung
- Workshops auf der Tagung
- Infostand auf der Tagung
- Antistigmakampagne¹ des Fachausschusses (bei Profis!!)

Darüber hinaus

- Es gibt zwischenzeitlich genügend Literatur, die sinnvoll zum Aufbau zu nutzen ist
- Nicht nur der Fachausschuss ist aktiv, jede Initiative und Unterstützung ist sinnvoll und viele helfen mit

Grenzen und Probleme des Fachausschusses

- Es arbeiten Praktiker, die oft wenig Zeit haben und im Zweifelsfall ihre originäre Arbeit machen müssen
- Dem Fachausschuss fehlt eine professionelle Infrastruktur (wer soll diese auch bezahlen?)
- Es arbeiten keine prominenten Mitglieder im Fachausschuss
- Beim BWF, wie generell in der Sozialpsychiatrie, herrscht ein gewisser

Theoriemangel (der beim Fachausschuss nicht unbedingt als Nachteil gesehen wird, da die Praxiserfolge für die Maßnahme sprechen)

- Geringer Bekanntheitsgrad, wenig „Durchschlagskraft“ (Bsp. Namen!!)
- Es gibt kein grundlegendes Konzept zur Beseitigung der „weißen“ Flecken auf der Deutschlandkarte (wenn es denn eines gäbe, fehlte die Möglichkeit es umzusetzen (vgl. die ersten beiden Spiegelstriche)
- Beratung verläuft oft zufällig und häufig etwas unstrukturiert ab
- Der Fachausschuss ist auf ein engagiertes und kompetentes Gegenüber (Nachfrager) angewiesen, das sinnvoller Weise die Unterstützung einer größeren Organisation hat (und häufig fragen Einzelpersonen und sehr kleine Teams um Rat nach)
- Es gibt wenig Nachfragen und die Mehrzahl der Nachfragenden scheitert
- Der Internetauftritt ist noch nicht professionell genug (Zeit-, Geld- gleich Ressourcenmangel)

- Der Fachausschuss verlangt wenig Geld für eine kompetente Beratung (viel Idealismus)
- Entwicklung mit, ohne oder trotz Fachausschusses?

Wie geht's weiter?

Eure / Ihre Meinung ist gefragt!!

Vorschlag

Bildung eines Kompetenzzentrums analog dem Kompetenzzentrum Persönliches Budget in Rheinland-Pfalz

Anschrift:

Fachausschuss Betreutes Wohnen in Familien / Familienpflege (BWF) der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP)

Sprecher: Reinhold Eisenhut

Geschäftsstelle:
c/o Verein zur Förderung einer sozialen Psychiatrie (VSP)
Wilhelmstraße 44
72764 Reutlingen

Telefon: 07121 / 345399 - 4
Fax: 07121 / 345399 - 7

E-Mail: familienpflege-rt@vsp-net.de

Web: www.vsp-net.de/



¹ Die Antistigmakampagne resultiert aus der Erkenntnis, dass der größte Hemmschuh bei der Etablierung des BWF die Vorurteile professioneller MitarbeiterInnen der Sozialpsychiatrie sind – ein Beitrag zu dieser Kampagne war die gezielte Einladung bisher skeptischer wichtiger Protagonisten der Sozialpsychiatrie bei der letzten Tagung in Ravensburg

Entwicklung der Sozialhilfeausgaben und die sich daraus ergebene besondere Rolle der Familienpflege

Wolfgang Schäfer, Landschaftsverband Westfalen-Lippe, Münster

Moderation: Dr. Ingrid Bräunlich, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) & Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Jena



Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mit einem Zitat von Altbundespräsident Johannes Rau aus der von ihm so bezeichneten „letzten Berliner Rede“ vom 12. Mai 2004 beginnen:

„Seit Jahren wird uns ein Bild immer wieder vor Augen gestellt: Wir stehen vor einem riesigen Berg von Aufgaben und Problemen. Wenn wir nicht alles anders machen als bisher, so drohen uns, heißt es, Niedergang, Zusammenbruch, Abstieg oder andere Katastrophen... Heute, da so viel von Zukunft die Rede ist, ist so wenig Zuversicht zu spüren, so wenig Selbstvertrauen und so wenig Vertrauen in die Zukunft ... ich bin fest davon überzeugt, dass wir die notwendigen Veränderungen schaffen können. Genau so fest glaube ich, dass der Mangel an Vertrauen und Verantwortungsbereitschaft der eigentliche Grund für die massive Verunsicherung ist. ...“

Nach meiner Beobachtung findet diese Zustandsbeschreibung weithin Zustimmung. Vertrauen und Verantwortungsbereitschaft auch im Bereich des Wohlfahrts- und Sozialstaates müssen wiedergewonnen werden. Wie kann das geschehen?

Ich will dazu meine Gedanken in drei Schritten entwickeln. Zunächst werde ich eine Bestandsaufnahme des deutschen Sozialsystems insbesondere im Hinblick auf die Sozialhilfe vornehmen. Wo stehen wir heute?

Sodann werde ich im zweiten Schritt erläutern, was auf uns zukommt und die Entwicklungsnotwendigkeiten skizzieren.

In einem dritten und letzten Schritt werde ich anhand der Familienpflege aufzeigen, dass die Familienpflege eine Alternative im Gesamtangebot der Behindertenhilfe darstellt, die viele der von dem Altbundespräsidenten Johannes Rau geforderten Neuerungen kompensiert: Vertrauen, Verantwortungsbereitschaft, Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit.

Ausgangslage und genereller Trend

Die Sozialhilfeträger haben in Deutschland im Jahre 2003 insgesamt 25,6 Mrd. € ausgegeben. Die Ausgaben für die Hilfe in besonderen Lebenslagen stiegen im Jahre 2003 auf 15,7 Mrd. €. Darunter ist die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen mit 10,9



Mrd. € von besonders großer Bedeutung. Seit 2001 übersteigen die Ausgaben für die Eingliederungshilfe die Hilfe zum Lebensunterhalt, d. h. die „klassische“ Sozialhilfe für Alleinerziehende, Kinder und ältere Menschen. Seit Inkrafttreten des BSHG im Jahre 1961 stiegen die Ausgaben für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen ununterbrochen bis zum heutigen Tage an. Dieser Trend wird sich auch künftig fortsetzen. Darin liegt ein bislang erheblich unterschätztes Finanzierungsproblem, das im Wesentlichen die Kreise und die Städte trifft.

Diese Entwicklung ließ sich übrigens voraussehen wie ein Blick auf die vom Statistischen Bundesamt herausgegebene Langzeitstatistik zeigt. Diesen Tabellen lässt sich entnehmen, dass von den gesamten Bruttosozialhilfeausgaben des Jahres 1963 in Höhe von 0,95 Mrd. € lediglich 5 % (0,046 Mrd. €) auf die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen entfielen.

10 Jahre später hatten sich die Ausgaben für die Eingliederungshilfe annähernd verzehnfacht, ihr Anteil stieg auf 14 % (0,42 Mrd. € von insgesamt 2,9 Mrd.- €), im nächsten 10- Jahres-Zeitraum stieg der Anteil auf 21 % (1,9 Mrd. € von 9 Mrd. €), im Jahre 1993 wurde ein Anteil von 23 % erreicht (5,7 Mrd. € von 25 Mrd. €). 2003 betrug die Quote der Eingliederungshilfe an den

Gesamtausgaben 43 % (10,9 Mrd. € von insgesamt 25,6 Mrd. €).

Von den 10,9 Mrd. €, die in die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen fließen, entfallen 10,1 Mrd. € auf Hilfen innerhalb von Einrichtungen und 0,8 Mrd. € auf Hilfen außerhalb von Einrichtungen.

Die soeben geschilderte dynamische Entwicklung der Eingliederungshilfequote wird sich künftig fortsetzen, ebenso wie die absolute Höhe der dafür aufzuwendenden Mittel steigen wird.

Das ergibt sich insbesondere aus der Entwicklung der Fallzahlen.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe als Zusammenschluss der 24 überörtlichen Sozialhilfeträger in Deutschland hat Ende des Jahres 2002 eine Umfrage durchgeführt zur Entwicklung der Fallzahlen in der Eingliederungshilfe, und zwar bezogen auf stationäre und ambulante betreute Wohnformen. Diese Hilfeart stellt bei den dafür zuständigen überörtlichen Sozialhilfeträgern die größte Einzelhaushaltsposition in der Eingliederungshilfe dar.

Von den 24 Trägern konnten 17 komplettes Zahlenmaterial vorlegen. Das Zahlenmaterial dieser 17 Träger basiert auf rund 75 % der Einwohnerzahlen der Bundesrepublik Deutschland, so dass es gerechtfertigt ist, die Ergebnisse auf den Bund hochzurechnen. Das Ergebnis stellt sich wie folgt dar:

- Zu Beginn des Jahres 2002 befanden sich rund 162.000 volljährige Personen mit Behinderungen in stationärer Betreuung. Bis zum Beginn des Jahres 2007 wird sich diese Zahl auf 190.000 Personen erhöht haben, das entspricht einer Steigerung um 17 %.

- Zum Ende des Jahres 2002 erhielten rund 40.000 Menschen mit Behinderungen ambulante Hilfen in betreuten Wohnformen; diese Zahl wird sich bis zum Jahre 2007 auf 54.000 erhöht haben, das entspricht einer Steigerung um 35 %.

Die Gesamtfallzahlen (stationär und ambulant zusammen) steigen somit von 202.000 auf 244.000; dies entspricht einer Steigerung von 21 % innerhalb von 5 Jahren.

Die Entwicklungszahlen 2007 beruhen nicht auf Schätzungen, sondern auf der Hochrechnung der realen Basis heute lebender behinderter Kinder und Jugendlicher, die in Frühförderstellen, heilpädagogischen Tageseinrichtungen für Kinder und Sonderschulen betreut werden.

Aus alledem folgt, dass auch bei unveränderten sonstigen Rahmenbedingungen, insbesondere bei unveränderten personellen und baulichen Standards der Hilfen für Menschen mit Behinderungen und auch ohne Berücksichtigung von Tarifsteigerungen bis zum Jahre 2007, ein nicht abwendbarer erheblicher Anstieg des Aufwandes in den Wohnhilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe auf die Sozialhilfeträger zukommt. Wegen der Altersstruktur des betroffenen Personenkreises wird diese Entwicklung sich auch nach 2007 noch längere Zeit fortsetzen.

Ursachen für die steigenden Fallzahlen und Kosten

Dass wir es trotz rückläufiger Bevölkerungsentwicklung mit steigenden Fallzahlen zu tun haben, hängt mit der Altersstruktur der hier in Rede stehenden Gruppe von Menschen mit Behinderungen zusammen. Sie unterscheidet sich wesentlich von der Alterstruk-

tur der Gesamtbevölkerung, denn die betroffenen Personen sind im Schnitt jünger als nichtbehinderte Personen. So ist etwa der Anteil der über 55jährigen nur halb so groß wie in der übrigen Bevölkerung.

Das Durchschnittsalter der heutigen behinderten Heimbewohner liegt bei rund 40 Jahren.

Bedingt durch dieses niedrige Durchschnittsalter verlassen in den folgenden Jahren weit weniger Menschen das Wohnheim für Menschen mit Behinderungen, als neue junge Behinderte Menschen dazu kommen. Eine Steigerung der Fallzahlen ist also so lange unvermeidlich, bis „Zugänge und Abgänge“ sich ausgleichen.

Folgende Faktoren verstärken dieses ungleiche Verhältnis zwischen Zu- und Abgängen noch:

Bei Menschen mit Behinderungen steigt ebenso wie in der sonstigen Bevölkerung die allgemeine Lebenserwartung, z. B. durch eine bessere Gesundheitsvorsorge, Ernährung und Hygiene. Dem medizinischen Fortschritt haben wir es zu verdanken, dass Menschen mit bestimmten Behinderungsbildern, die früher in jungen Jahren an Infektionen oder etwa Herzerkrankungen verstorben wären, heute älter werden. Auch schwerstmehrfach behinderte Personen haben heute ähnliche Lebenserwartungen wie alle anderen Menschen auch.

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass das durchschnittliche Eintrittsalter von Personen mit Behinderungen in stationäre oder ambulante betreute Wohnformen der Eingliederungshilfe tendenziell sinkt. Hierin zeigt sich ein Wandel bei den gesellschaftlichen Bedingungen und Einstellungen, der eine frühe Lösung aus dem Elternhaus mit dem Ziele einer möglichst weitgehen-

den Verselbständigung zur Folge hat. Frühere Elterngenerationen behielten ihr behindertes Kind häufig bis ins höhere Lebensalter zu Hause, so dass der Wechsel in das Wohnheim oft erst jenseits der 40 erfolgte.

In den letzten Jahren ist in der Eingliederungshilfe noch eine weitere Entwicklung zu beobachten: Die Anzahl der Hilfeempfänger mit seelischen Behinderungen nimmt stetig zu. Es handelt sich dabei sowohl um eine Zunahme beim Personenkreis mit Suchterkrankungen als auch beim Personenkreis mit psychischen Erkrankungen wie Neurosen, Persönlichkeitsstörungen und Psychosen. Häufig liegt eine Kombination aus beiden Erkrankungen vor. Die Ursachen hierfür dürften beispielsweise darin liegen, dass die ambulanten Angebote für diesen Personenkreis nicht ausreichend vorhanden sind, die Krankenkassen immer weniger für die Kosten der Soziotherapie aufkommen, die Krankenhausaufenthalte häufig gekürzt werden, in veränderten familiären Strukturen und nicht zuletzt in der Arbeitslosigkeit.

Es gibt außerdem deutliche Hinweise dafür, dass bei den unter 30jährigen Menschen mit Behinderungen der Anteil der schwer und mehrfach Behinderten zugenommen hat. Folge des Anstiegs der Zahl der schwermehrfach behinderten jungen Menschen sind frühere Eintritte in teure stationäre Wohnformen und - im Verhältnis zu geistig behinderten Menschen mit z. B. Down-Syndrom - aufwendigere Hilfebedarfe.

All diese Faktoren begründen in den kommenden Jahren einen unaufhaltsamen und kaum beeinflussbaren Fallzahlenanstieg.

Aber nicht nur die Zahl der behinderten Menschen steigt kontinuierlich

an, auch der Hilfebedarf ändert sich. Erst in den letzten Jahren geriet die Thematik „behinderte Menschen im Alter“ in den Blickpunkt der Fachöffentlichkeit. Angesichts der demographischen Entwicklung kommt es darauf an, den qualitativen und quantitativen Hilfebedarf von älteren Menschen mit Behinderungen zu erfassen und entsprechende Angebote zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang stellen sich folgende Fragen:

- Ab wann ist ein Mensch „alt“?
- Welche Bedürfnisse stehen bei älteren Menschen mit Behinderung im Vordergrund?
- Wie sind die Hilfen rechtlich einzuordnen?
- Wie viele alte Menschen mit Behinderung werden in welchen Zeiträumen auf die Behindertenhilfe zukommen?
- Inwieweit ist das bestehende Hilfesystem in der Lage, diesen Bedarf zu befriedigen und welche Weiterentwicklungen sind erforderlich?
- Welche Konsequenzen ergeben sich für die längerfristige Planung bedarfsdeckender Versorgungsstrukturen in der Behindertenhilfe?

Im Folgenden will ich versuchen, auf diese Fragen erste Antworten zu geben.

Der wichtigste bei der Planung der Versorgungsstruktur zu beachtende Grundsatz ist, dass behinderte Menschen in Wohnheimen auch im Alter die Möglichkeit haben sollten, in ihrem gewohnten Umfeld zu bleiben. Im Widerspruch hierzu stünde eine generelle Verlegung in Altenheime, Komplexeinrichtungen oder eigens zu diesem Zweck der Betreuung älterer behinderter Menschen konzipierte „Sonderalteneinrichtungen“. Zielrichtung der

Betreuung ist, ältere Menschen stärker als bislang in das bestehende Wohnumfeld zu integrieren, die vorhandenen Fähigkeiten zu fördern und ein größtmögliches Maß an Selbstständigkeit zu erreichen bzw. zu erhalten.

In diesem Zusammenhang ist der Hinweis erforderlich, dass auch schwerste Pflegebedürftigkeit oder hohes Alter Leistungen der Eingliederungshilfe im Einzelfall grundsätzlich nicht ausschließen. Ob Hilfe zur Pflege oder Eingliederungshilfe oder beides zu gewähren ist, richtet sich nach dem im Einzelfall festgestellten altersunabhängigen Hilfebedarf. Insofern gilt der Satz, dass es keine jahrgangsmäßig zu bestimmende Altersgrenze gibt, mit deren Erreichen die Eingliederungshilfeleistungen dauerhaft einzustellen seien. Umgekehrt gilt aber auch, dass nicht ohne weiteres und in jedem Einzelfall dauerhaft Eingliederungshilfeleistungen bis ans Lebensende zu erbringen sind.

Es sind also quantitative und qualitative Probleme erheblichen Umfangs zu lösen.

Hinzu kommt, dass die Behindertenhilfe mit ihren Problemen nicht isoliert im gesellschaftlichen Raum da steht, vielmehr steht sie in Konkurrenz zu weiteren Herausforderungen, deren Bewältigung ebenfalls erhebliche gesellschaftliche Anstrengungen erfordert.

Zu diesen Herausforderungen zählt insbesondere die Vergreisung unserer Gesellschaft.

Die bundesrepublikanische Gesellschaft ist gekennzeichnet durch Überalterung als Folge kontinuierlich steigender Lebenserwartung bei gleichzeitig sinkender Geburtenrate. Die Demographie kann zumindest bis zum Jahre 2050 ziemlich genaue Vorhersagen treffen. Die Bevölkerungsentwicklung ist träge, und die Faktoren sind

denkbar einfach. Diejenigen, die in 30 Jahren die Renten finanzieren, sind heute schon geboren. Mehr können es nicht mehr werden. Auch die Zahl derjenigen, die in 65 Jahren in Rente gehen wollen, steht bereits fest. Es sind die in diesem Jahr neu geborenen Kinder. Für 2050 hat das Statistische Bundesamt folgende Prognose berechnet:

- Deutschland wird 68,50 Mio. Einwohner haben, heute sind es 82,4 Mio.
- Fast 40% werden über 60 sein, ihre Zahl steigt um 6,6 Mio.
- Nur jeder 7. Deutsche wird noch unter 20 sein, heute ist es jeder 5.
- Auf 100 Deutsche zwischen 20 und 60 kommen 85 Senioren.
- Das Durchschnittsalter liegt bei über 50 Jahren.
- Die Lebenserwartung von Senioren beträgt bei Männern 83,7 (plus 4,5) Jahre und bei Frauen 88,2 (plus 4,7) Jahre.

Angesichts dieser nur grob umrissenen schwerwiegenden Problemlage in Deutschland besteht die Gefahr, dass das uns interessierende Thema, nämlich Hilfen für behinderte Menschen unterzugehen droht. Jedenfalls sollte nicht die Illusion genährt werden, die Behindertenhilfe insgesamt werde schon mehr oder weniger ungeschoren aus den unmittelbar vor uns liegenden Veränderungen und Umwälzungen hervorgehen. Ein solches Ergebnis wird sich nicht gleichsam von selbst ergeben, dafür sind besondere Anstrengungen, Ideen und neue Wege notwendig.

Anforderungen an die Kostenträger

Hinsichtlich einer kritischen Betrachtung im Bereich der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen werden die Sozialhilfeträger

zwei Zukunftsaufgaben bewältigen müssen, die gleichberechtigt miteinander in Einklang zu bringen sind:

1. Förderung der Eigenverantwortung von Menschen mit Behinderungen durch an Selbständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung orientierter Eingliederungshilfe

2. Dämpfung des unter gleichbleibenden Rahmenbedingungen unabwiesbaren und auch unaufhaltsamen erheblichen Kostenanstiegs durch Veränderung der derzeitigen Versorgungsstrukturen in der Eingliederungshilfe, und zwar durch

- den Ausbau des ambulant betreuten Wohnens einschließlich Familienpflege,
- die Differenzierung der Wohnformen,
- die Aufgabe der bisherigen strikten Dreiteilung von ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen,
- eine einheitliche und zusammenhängende Unterstützung von behinderten Menschen durch Leistungen aus einer Hand,
- eine forcierte Umstellung auf persönliches Budget

- und die Entwicklung von Verfahren, mit deren Hilfe die Zielerreichung erleichtert wird, wie z. B. die individuelle Hilfeplangestaltung.

Auf mittlere Sicht benötigt die Behindertenhilfe insgesamt eine neue Finanzierungsgrundlage, die insbesondere die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen aus der Sozialhilfe herauslöst. Dies kann geschehen durch ein Leistungsgesetz, dies kann geschehen durch Einräumung eines persönlichen Budgets, dies kann aber auch geschehen durch eine staatliche Grundrente für behinderte Personen in Anlehnung an das Bundesversorgungsgesetz, ein sogenanntes Bundesteilhabegeld.

Angesichts der Finanzknappheit ist sehr viel mehr Augenmerk als bisher auf die praktische Qualitätssicherung in Einrichtungen zu richten. Modelle hierzu gibt es inzwischen reichlich. Was aber Qualität im Einzelnen bedeutet, darauf möchte ich heute nicht näher eingehen, da dieses Thema allein für sich gesehen bereits einen Vormittag ausfüllen würde.

Welchen dieser Wege man auch



beschreitet, in jedem Fall ist eine angemessene Bundesbeteiligung an der Finanzierung vorzusehen. Die Länder und Gemeinden können dieses gesamtgesellschaftliche Problem insbesondere angesichts der Dynamik von Fallzahlen und Demographie nicht länger aus Eigenmitteln lösen.

Zugleich sind alle Beteiligten aufgerufen, das öffentliche Bewusstsein herzustellen, dass die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist. Ihr Umfang wird in den nächsten ein bis zwei Jahrzehnten kontinuierlich zunehmen. Es darf nicht der Eindruck erweckt werden, als ob die Eingliederungshilfe in Behinderteneinrichtungen und anderswo gleichsam in almosenhafter Weise aus Spenden, Kirchensteuerermitteln oder sonstigen Einnahmen finanziert würde oder werden könnte. Hierzu ist absolute Transparenz und permanente Öffentlichkeitsarbeit zwingend erforderlich. Diese darf sich nicht in ein- oder zweimaligen Aktionen erschöpfen, das Bewusstsein für die Problematik muss immer wieder geweckt und aufrecht erhalten werden.

Die gesamte Gesellschaft muss wissen,

- was in der Behindertenhilfe geschieht,
- dass dies mit erheblichem öffentlich zu finanzierendem und unabweisbar steigendem Aufwand geschieht und
- dass dies im sozialen Rechtsstaat, wie ihn Art. 20 III GG für die Bundesrepublik konstituiert, eine unter allen denkbaren Bedingungen unverzichtbare Aufgabe ist.

Bei Vernachlässigung auch nur einer dieser Punkte gerät die Behindertenhilfe in Gefahr.

In dieser sozialpolitisch schwierigen Situation ist es daher an der Zeit,

innovative Wege in der Sozialhilfe zu gehen und pragmatische Lösungen zu finden.

Und hier möchte ich an die „Familienpflege“ anknüpfen.

Welche besondere Rolle spielt die Familienpflege bei dem Thema Sozialausgaben?

Wie einige von Ihnen sicherlich gestern Nachmittag bei der Stadtführung: „Hölderlin in Jena“ erfahren haben, an der ich leider nicht teilnehmen konnte, hat auch der große Dichter und Lyriker Hölderlin schon vor fast genau 200 Jahren als schwer chronisch psychisch Erkrankter die Gastfreundschaft bei der Familie Zimmer erfahren dürfen.

Die Familienpflege ist somit keine „neumodische“ Angelegenheit, sondern eine Betreuungsform mit einer langen leider manchmal auch negativen Tradition.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, Sie haben während dieser Tagung bereits einiges über die Geschichte der psychiatrischen Familienpflege in der DDR gehört.

Auch beim LWL gab es bereits ab den 50iger Jahren des 20. Jahrhunderts einen Vorläufer der heutigen Familienpflege und Richtlinien zur Durchführung der Familienpflege.

Einige der dort festgelegten Regelungsinhalte haben bis heute noch ihre Gültigkeit behalten. Schon damals wurde von der Pflegefamilie (so wurde die Gastfamilie früher genannt) laut Richtlinien folgendes verlangt:

- ein eigenes hinreichend großes Zimmer für den Pflegling (heute Klient/in) bereitzustellen
- Familienanschluss zu gewähren
- gemeinsame Mahlzeiten mit dem Pflegling einzunehmen

- auf das Verhalten des Pfleglings acht zu geben
- bei eingetretenen Krankheitsfällen sofort die Anstalt zu benachrichtigen und
- besondere Vorkommnisse sofort zu melden.

Auch die Anstalt war bereits damals verpflichtet, in regelmäßigen Abständen die Pfleglinge zu besuchen und regelmäßig Erfahrungsberichte zu fertigen.

Schriftliche Verträge zwischen Klienten/Klientin, der Gastfamilie und dem Familienpflegeteam, wie sie heute abgeschlossen werden, wurden zur damaligen Zeit zwischen der Anstalt und der Pflegefamilie nicht gemacht.

Es wurde wie folgt verfahren:

Wenn sich Pflegeeltern bereit erklärten, einen „Geisteskranken“ in Familienpflege zu nehmen, veranlasste die Anstalt zunächst die Überprüfung der Pflegestelle durch den Anstaltsarzt, den Oberpfleger bzw. die Oberin. Außerdem wurden noch Leumundsberichte über die Familie durch den Katholischen Fürsorgeverein oder die Innere Mission angefordert. Wurden gegen die Inpflegegabe des „Kranken“ in die Pflegefamilie keine Bedenken geltend gemacht, wurden die Pflegeeltern in die Anstalt bestellt, wo sie der zuständige Anstaltsarzt über den Zustand des Kranken, über seine Einsatzmöglichkeit usw. und über die von ihnen zu übernehmenden Pflichten aufklärte. Sie erhielten ferner die bekannten Richtlinien über die Familienpflege.

1960 befanden sich bei 7 Landesheilanstalten in Westfalen 394 von 9.600 Patientinnen und Patienten in Familienpflege. Schon zum damaligen Zeitpunkt war es schwer, im städtischen Umfeld Familienpflege umzusetzen. So gab es in Dortmund keine Fa-

milienpflege. Das lag zum einen sicherlich daran, dass in der Stadt der Wohnraum begrenzt war, aber auch zum großen Teil daran, dass zu diesem Zeitpunkt die Gastfamilien keine finanzielle Entschädigung von der Einrichtung für die Betreuung des behinderten Menschen erhielten. Die Pflegefamilie hatte nach den Richtlinien folgende Leistungen zu erbringen:

- freie Kost
- freie Unterkunft
- Reinigung und Instandhaltung der Kleidung und Wäsche
- eine Vergütung, die mit der Anstalt vor Übernahme des Pfleglings geregelt wurde.

Die Vergütung erfolgte durch:

- ein Taschengeld in Höhe von mindestens 30,00 DM bis 50,00 DM
- Vergünstigungen, wie Rauchwaren, Süßigkeiten, Kaffee usw.,
- zusätzliche Bekleidung, die in das Eigentum des Pfleglings überging.

Als **Gegenleistung** hatte der „Pflebling“ **in der Pflegefamilie** unter Anleitung und Aufsicht nach Maßgabe seiner Kräfte **zu arbeiten**. Die Arbeit durfte nicht durch Strafe oder harte Behandlung erzwungen werden.

Häufig kam es zum Beispiel zu „Einsätzen“ bei bäuerlichen Familien, gleichsam in einem „Knecht oder Magd-Status“!

Leider hat **dieses Beschäftigungsverhältnis innerhalb der Pflegefamilie** dazu geführt, dass einige behinderte Menschen ausgenutzt und ausgebeutet wurden. Brachten die „Pfleblinge“ nicht die von der Pflegefamilie erwartete Arbeitsleistung, wurden sie wieder „abgeschoben“ und mussten zurück in die Anstalt. Das führte zu einem zahlenmäßigen Tiefpunkt in der Familienpflege, so dass ein Rückgang von 394 auf 23 Familienpflegeverhält-

nisse Mitte der 90iger Jahre zu verzeichnen war.

Da es sich bei den „Familienpfleglingen“ weiterhin um **Patienten** der Anstalt handelte, wurde trotz der Betonung des „Faktors Arbeit“ nach dem damaligen Recht aber **kein versicherungsrechtliches Arbeitsverhältnis** in der Pflegefamilie begründet, so dass gerade diese „Pfleblinge“ im Verhältnis zu den Beschäftigten in einer Werkstatt für behinderte Menschen Jahre später noch unter den finanziellen Nachteilen - nämlich keine Rente zu bekommen - zu leiden hatten.

Diese negativen Erfahrungen aber geben uns heute die Chance, aus den Fehlern zu lernen und positive Effekte der Familienpflege zu nutzen.

Als ich die Einladung zu dieser Bundestagung erhielt, fiel mir auf, dass die Familienpflege unter dem Gesichtspunkt der psychisch behinderten Menschen betrachtet wird.

Der LWL hat 1994 aufgrund politischer Beschlüsse damit begonnen, für psychisch Erkrankte die Familienpflege anzubieten.

Welche Gründe haben nun den LWL veranlasst, die Familienpflege nicht nur flächenmäßig auszubauen, sondern auch den Personenkreis zu öffnen.

Hierzu möchte ich kurz auf die Entwicklung der Familienpflege des LWL in den letzten 10 Jahren zurückblicken.

Auf der Grundlage der politischen Beschlüsse förderte der LWL bereits seit 1994 auf freiwilliger Basis die psychiatrische Familienpflege für entlassfähige Bewohner der eigenen Westf. Pflege- und Förderzentren. Damals wurden fünf Familienpflegeteams, die den Westf. Pflege- und Förderzentren angegliedert waren, damit beauftragt,

die professionelle Betreuung der circa 40 Klienten/Klientinnen zu übernehmen.

Das Familienpflegeteam sorgt für die bedarfsgerechte Unterbringung und Versorgung der Klientinnen und Klienten. Als Träger von Familienpflegeteams kommen Einrichtungen der stationären Behindertenpflege in Frage. Das Familienpflegeteam besteht aus Sozialarbeiterinnen bzw. Sozialarbeitern, Sozialpädagoginnen bzw. Sozialpädagogen oder entsprechendem Fachpersonal, um eine qualifizierte Beratung und Betreuung zu gewährleisten.

Bei den ca. 40 Klientinnen und Klienten im Jahre 1994 handelte es sich um langzeithospitalisierte Patienten/Patientinnen oder jüngere chronisch psychisch kranke Menschen, die bisher stationäre Eingliederungshilfe durch den LWL erhielten. Die Federführung für diesen Personenkreis lag zu dieser Zeit noch bei der Abteilung Krankenhäuser und Psychiatrie.

Bereits 1 Jahr später wurde im Nachgang zu den Beschlüssen auch einem freigemeinnützigen Träger die Möglichkeit zur Schaffung und Finanzierung von bis zu 10 Familienpflegestellen gegeben. Die Hilfestellung für diese Familienpflegeverhältnisse lag bereits bei der Abteilung Soziales.

Positive Erfahrungen dieser 6 Familienpflegeteams haben den LWL dann 2002 veranlasst, die Familienpflege bei der Abteilung Soziales auszubauen.

Seit 2002 können sowohl geistig, körperlich, psychisch, suchtkranke oder mehrfach-behinderte Menschen, für die eine stationäre Betreuung erforderlich wäre, in der Familienpflege betreut werden.

In welcher Betreuungsform die Klienten/Klientinnen vor Aufnahme in der Gastfamilie gelebt haben, ist dabei unerheblich. Im Prinzip unterscheiden wir zwischen 3 verschiedenen Personenkreisen:

- Personen, die vor Aufnahme in der Gastfamilie in stationären Behinderteneinrichtungen gelebt haben
- junge behinderte Erwachsene, die bisher im Rahmen der Jugendhilfe in Pflegefamilien leben und bei denen die Leistungen der Jugendhilfe aufgrund des Alters ausgeschöpft sind. Durch die Familienpflege ist ein weiterer Verbleib in der Pflegefamilie gesichert und damit die stationäre Heimunterbringung entbehrlich
- behinderte Personen, bei denen das ambulant betreute Wohnen nicht oder nicht mehr ausreicht und mit der Familienpflege eine stationäre Betreuung hinausgezögert bzw. verhindert werden kann.

Entscheidend dabei ist, dass die Förderung sowohl die Hilfe zum Lebensunterhalt als auch die fachliche Hilfe umfasst. Hier verweise ich in diesem Zusammenhang auf meine eingangs erwähnte Forderung nach einer einheitlichen und zusammenhängenden Unterstützung von behinderten Menschen durch Leistungen aus einer Hand.

Insgesamt gibt es in Westfalen-Lippe zwischenzeitlich 34 vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe anerkannte Familienpflegeteams. 2 Anträge auf Anerkennung liegen zurzeit noch zur Prüfung vor. Alle Familienpflegeteams sind stationären Wohneinrichtungen angegliedert.

Zurzeit befinden sich ca. 170 Klienten/Klientinnen in der Familienpflege, die vom LWL finanziert werden. Seit 1994 hat der LWL 182 Klienten/Klientinnen in Gastfamilien unter-

stützt. In der gesamten Zeit, also in über 10 Jahren sind lediglich 21 Klienten wieder ausgeschieden, wobei davon nur die Hälfte wieder in die stationäre Einrichtung zurück verlegt werden mussten.

Bis zum Jahr 2006 soll die Zahl der Klientinnen und Klienten in der Familienpflege auf 300 anwachsen. Dass diese Zahl immer noch deutlich geringer ist als die 394 Patientinnen und Patienten, die sich 1960 in der Familienpflege befanden, hängt vor allem damit zusammen, dass sich die Zielgruppe verändert hat. Heute sind die Klientinnen und Klienten in der Regel stärker behindert als dies 1960 der Fall war. Insofern lassen sich die Zahlen nicht miteinander vergleichen. Diejenigen, die damals in der Familienpflege waren, wären heutzutage im ambulant betreuten Wohnen untergebracht.

Der Vollständigkeit halber will ich an dieser Stelle darauf hinweisen, dass wir im betreuten Wohnen in den letzten Jahren in Westfalen-Lippe auch einen erheblichen Anstieg der Fallzahlen verzeichnen können. Dies hängt vor allem auch damit zusammen, dass seit 2003 der LWL als überörtlicher Träger der Sozialhilfe die Zuständigkeit für das ambulant betreute Wohnen besitzt und dieses nunmehr flächendeckend auf- und ausbauen kann.

Bei den „Neufällen“ in der Familienpflege kommen circa 50 % der Klienten/Klientinnen aus stationären Einrichtungen, bei ca. 25 % der Klienten/Klientinnen reichte das ambulant betreute Wohnen nicht mehr aus oder ist mit der Familienpflege eine stationäre Betreuung verhindert worden, ca. 25 % der Klienten/Klientinnen wurden vorher im Rahmen der Jugendhilfe in Westf. Pflegefamilien betreut, und hät-

ten ohne das Betreuungsangebot „Familienpflege“ in einer stationären Einrichtung untergebracht werden müssen.

Da seit 2003 in Nordrhein-Westfalen die Leistungen für alle behinderten Menschen, die in stationären Einrichtungen leben, nach Leistungstypen laut Rahmenvertrag gem. § 79 SGB XII eingestuft werden, ist ein finanzieller Vergleich der Kosten im Bereich des stationären Wohnens zur Familienpflege möglich. Das Ergebnis zeigt, dass der LWL im Durchschnitt pro Klient/Klientin zurzeit ca. 1.000,00 Euro monatlich spart. Auf's Jahr gerechnet ergibt das also Einsparungen von ca. 12.000 Euro pro Person.

Dass bei der Familienpflege trotz Kostenersparnis des Sozialhilfeträgers für den behinderten Menschen eine höhere Lebensqualität erreicht wird, werde ich Ihnen an einem Beispiel eines körperlich behinderten Menschen darlegen, der bereits einen Antrag auf stationäre Betreuung gestellt hatte und nun im Rahmen der Familienpflege durch den LWL Leistungen erhalten wird. Dabei weise ich darauf hin, dass auch beim LWL bisher die körperlich behinderten Menschen in der Familienpflege eher die Ausnahme sind. Die überwiegende Anzahl der behinderten Menschen sind geistig oder psychisch behindert:

Mit 4 Monaten kam Markus G. in eine Pflegefamilie. Die Kosten trug das Jugendamt.

Seit seiner Geburt leidet er an sogenannten Glasknochen, die immer wiederkehrend trotz aller Vorsichtsmaßnahmen zu schweren Knochenbrüchen führt. Aufgrund der multiplen Frakturen leidet Markus G. unter chronischen Schmerzen. Wegen der bestehenden Erkrankung benötigt er in allen Bereichen des täglichen Lebens stän-

dige Betreuung. Diese Betreuung ist 24 Stunden täglich erforderlich. Markus kann sich nicht allein An- und Auskleiden, er kann seine Körperpflege nicht selbständig durchführen und sich nicht allein vom Rollstuhl zur Toilette bewegen.

Er benötigt Hilfe beim Zubettgehen und kann ohne fremde Hilfe das Haus nicht verlassen. Die einzige Tätigkeit, die Markus allein ohne fremde Hilfe ausüben kann, ist die Essenaufnahme sowie die Zahnpflege.

Im Juli 2004 hat Markus mit 21 ½ Jahren das Abitur bestanden. Gleichzeitig wurde die Jugendhilfe eingestellt.

Seit dem 1. August 2004 lebt Markus im Rahmen der Familienpflege bei seiner Pflegefamilie. Demnächst will er im Nachbarort studieren. Sein Wunsch und der der Familie ist es, noch möglichst lange zusammen zu leben.

Die Kostenersparnis für Herrn G. beträgt pro Tag 69,37 Euro im Vergleich zu der sonst fälligen Heimaufnahme. Eine Kostenersparnis, die außerdem noch zu einer höheren Lebensqualität des Herrn G. beiträgt.

Eine Ausdehnung der Familienpflege ist daher auch wenn es eine „Orchidee“ im Angebot der Betreuungsformen bleibt, allen Sozialhilfeträgern zu empfehlen. Warum soll Erprobtes im Bereich der Jugendhilfe für Pflegekinder nicht auch für erwachsene behinderte Menschen sinnvoll sein? Gerade die Familien, die sich aufgrund ihres Alters nicht mehr Kindern und Jugendlichen widmen möchten, sind für den Personenkreis der erwachsenen behinderten Menschen oft geeignet. Warum nutzen wir dann nicht die Bereitschaft dieser Menschen, einen fremden erwachsenen behinderten Menschen in ihrer Familie gegen ein entsprechendes Entgelt aufzunehmen?

Wenn in unserer Gesellschaft so oft die Rede davon ist, dass keine Hilfsbereitschaft mehr besteht und es nur eine Gesellschaft voller Egoisten gibt, so haben wir in Westfalen-Lippe im Bereich der Familienpflege ganz andere Erfahrungen gemacht. Dies mag auch daran liegen, dass wir mit der Familienpflege eine nachhaltige Form „bezahlten bürgerlichen Engagement“ fördern, dass zwischen dem herkömmlichen Ehrenamt und der klassischen professionellen Hilfe liegt.

In manchen Kommunen stehen derzeit mehr Gastfamilien als Klienten/Klientinnen auf den Wartelisten.

Eine Aufgabe des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe wird daher ein aktives Zugehen auf die Träger stationärer Einrichtungen sein, um hier einen Umdenkungsprozess zu fördern.

Darüber hinaus wäre zu prüfen, inwieweit auch behinderte Kinder und Jugendliche, die bereits in stationären Behinderteneinrichtungen leben, in Gastfamilien gefördert werden können.

Ich habe zu Beginn meiner Ausführungen aus der letzten Rede des Altbundespräsidenten zitiert, erlauben

Sie mir deshalb, dass ich schließe mit einem Zitat des neuen Bundespräsidenten Horst Köhler:

„Deutschland hat die Kraft, sich zu verändern. Diese Kraft liegt in den Menschen, ihre Ideen sind der Reichtum unseres Landes. Damit sich diese Kraft entfalten kann, müssen wir Angst überwinden und Selbstvertrauen zurückgewinnen.“

Vielen Dank.

Anschrift:

Wolfgang Schäfer,
Direktor des
Landschaftsverbandes
Westfalen-Lippe (LWL)
Freiherr-vom-Stein-Platz 1
48133 Münster

Telefon: 0251 / 591 - 01
Fax: 0251 / 591 - 3300

E-Mail: lwl@lwl.org
Web.: www.lwl.org/LWL



Persönliche Budgets & Pflege in der eigenen Familie?

Joachim Speicher, Diplompädagoge, Leitung der Paritätischen Psychiatrischen Dienste, Mainz

Moderation: Dr. Ingrid Bräunlich, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker (BApK) & Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch Kranker e.V., Jena



Was die Mehrzahl der Leser 1991 in Jochen Schweitzers Aufsatz „Wenn der Kunde König wäre?“¹ noch als soziale Utopie aufnahm, wurde bereits 1997 von Florian Gerster, dem damaligen Sozialminister in Rheinland-Pfalz, ohne die sonst übliche Abstimmung mit den Wohlfahrtsverbänden unter dem Begriff „Persönliches Budget“ eingeführt.

Die „Geldleistung“ als Alternative zur „Sachleistung“ in der rheinland-pfälzischen Behindertenhilfe wurde etabliert, trotz aller empörten Proteste über diesen Akt der „Vollstreckung“². Die seinerzeit durch das Ministerium einseitig festgesetzten Rahmenbedingungen und Teilnahmevoraussetzungen werden heute noch in Rheinland-Pfalz angewendet, obwohl seit dem

01.07.2004 bundesweit das „Trägerübergreifende Persönliche Budget“ nach § 17 SGB IX eingeführt wurde.

Ermöglicht wird diese Situation durch den neuen § 17 Absatz 5 SGB IX, wonach alle Modellerprobungen zum Persönlichen Budget, die vor dem 01.07.2004 in den Bundesländern begonnen wurden, noch in der am 30.06.2004 geltenden alten Fassung des § 17 (3) SGB IX bis zum 31.12.2007 fortgeführt werden dürfen.³

In nahezu allen 36 rheinland-pfälzischen kommunalen Gebietskörperschaften ist das Verfahren etabliert. Wohl hat sich aber eine Umsetzungspraxis entwickelt, die höchst heterogen von jenen Vorgaben aus dem Jahr 1997 abweicht – im Positiven wie im Negativen.

Die Heterogenität (manchmal geht auch das Wort der „Beliebigkeit“ um) betrifft die Fragen des Zugangsrechts zum Persönlichen Budget genauso wie die Regelungen zum Antragsverfahren und der Bedarfsfeststellung sowie das geänderte Rechtsverhältnis zwischen Leistungsträger, Leistungserbringer und Hilfeberechtigtem.

Ende 2003 hatte der Bundesgesetzgeber im „Gesetz zur Einordnung des Sozialhilferechts in das Sozialgesetzbuch“ eine neue Ausgangslage geschaffen, die eine deutliche Verbesserung der bisherigen rheinland-pfälzischen Lösungen sowie darüber hinaus eine bundesweite Installierung des „Persönlichen Budgets“ zur Folge hatte.

Wenn wir über das Thema „Persönliches Budget“ sprechen, so zeigt sich durchaus eine gewisse begriffliche Konfusion. Konkret gibt es in Deutschland vier, sich wesentlich von einander unterscheidende Budgettypen:

1. Das Persönliche Budget in Rheinland-Pfalz (BSHG/ SGB XII) seit 1998⁴
2. Das Trägerübergreifende Persönliche Budget (SGB IX) seit 2004⁵
3. Das Pflegebudget (SGB XI) seit 2004⁶
4. Das Integrierte Budget in Rheinland-Pfalz (eine Kombination aus 2. und 3.) seit 2005⁷

Eine umfassende Zahl an Praxisbeispielen einer alltäglichen Anwendungspraxis Persönlicher Budgets gibt es allerdings bisher nur in Rheinland-Pfalz zum Budgettyp 1.). Seit der Annullierung und Einführung im Jahr 1997 ist die Zahl der Budgetnehmer/innen auf aktuell 1.400 gestiegen und sie nimmt stetig zu.

Den größten Anteil mit knapp 50% stellen Menschen mit seelischer Behinderung; gefolgt von Menschen mit geis-

tiger Behinderung /Lernschwierigkeiten sowie Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen.

Die Besonderheit rheinland-pfälzischer Budgets besteht bekanntlich darin, dass sich die Verfahren und die sonstigen Rahmenbedingungen mit den jetzt gültigen, in der Budgetverordnung (nach § 21a SGB IX) festgeschriebenen Regeln kaum vereinbaren lassen.⁸

Auf den Punkt gebracht: rheinland-pfälzische Persönliche Budgets sind absolut vergleichbar und in der Höhe sogar identisch mit der als „Pflegegeld“ ausgezahlten Geldleistung in der Pflegeversicherung. Daher sind sie im Unterschied zu den in der Erprobung befindlichen „Trägerübergreifenden Persönlichen Budgets“ (Typ 2.) weder bedarfsorientiert, noch bedarfsdeckend und auch nicht zielorientiert.

Es handelt sich vielmehr um pauschalierte Geldbeträge, die dem Menschen mit Behinderung monatlich bar auf sein Girokonto überwiesen werden und die er zur Sicherung seiner Teilhabe am Leben in der Gesellschaft frei und ohne Nachweispflicht verwenden

kann. Sie werden zusätzlich zu einer laufenden Grundsicherung oder Hilfe zum Lebensunterhalt gezahlt.

Diese Besonderheit hat ein rheinland-pfälzischer Psychiatrie-Erfahrener kürzlich sehr treffend auf den Punkt gebracht, als er beiläufig erwähnte, dass er selbst schon mehr als zwei Jahre lang „Schizophrenie-Geld“ (in einer herrlichen Analogie zum „Blinden-Geld“) beziehe.

Nun liegt die Frage nahe, auf welche Weise die Budgetinhaber ihre Teilhabe herstellen und sichern, wenn die Geldbeträge doch pauschaliert und knapp (im Unterschied zu den Sachleistungskosten einer Wohnheimunterbringung) bemessen sind.⁹

Hierzu im Folgenden vier Praxisbeispiele und Fallvignetten:

Beispiel 1:

Ein junger Mann (24) mit geistiger Behinderung lebt zu Hause bei seinen Eltern und besuchte bislang mehr oder regelmäßig eine Tagesförderstätte. Es gab wiederkehrende Konflikte mit dem Betreuungspersonal, da er häufig zu spät kam oder die Einrichtung vorzeitig

verließ und zu Fuß nach Hause lief oder sich in der Stadt umhertrieb.

Die Eltern (Vater = gesetzlicher Betreuer) entschieden sich gemeinsam mit ihrem Sohn nach eingehender Beratung durch den Sozialen Dienst des Örtlichen Trägers der Sozialhilfe ein Persönliches Budget in Anspruch zu nehmen. Es wurde ein monatlicher Geldbetrag in Höhe von € 400,- bewilligt und regelmäßig gezahlt. Ein Verwendungsnachweis ist nicht erforderlich.

Auf einer öffentlichen Informationsveranstaltung berichtete der junge Mann selbstbewusst und sichtlich entspannt, was er nun im Unterschied zu früher tagsüber so tue.

Mit seinem Vater hat er sich eine Dauerkarte im Fitness-Studio gekauft, das er fast täglich aufsucht. Er berichtet, dass die Mitarbeiter dort viel freundlicher seien. Es gäbe nie Ärger und das Schöne sei, er könne kommen, wann er wolle. Darüber hinaus erfährt man, werde der Restbetrag stetig neu verwendet. Mal zur Anschaffung verschiedener materieller Dinge, mal zur Finanzierung begleitender Hilfen und Urlaubsreisen oder sonstiger alltäglicher Aktivitäten.

Im Ergebnis hat man nicht den Eindruck, dass hier ein junger Mann berichtet, dem das Fehlen einer psychosozialen Förderung durch eine Tagesstätte anzumerken wäre. Im Gegenteil, sein Bericht wirkt für seine Verhältnisse entspannt und souverän.

Beispiel 2

Während derselben Informationsveranstaltung berichtet ein Mann mit seelischer Behinderung (29) in Anwesenheit seines gesetzlichen Betreuers über seine bisherigen zahlreichen Aufenthalte in psychiatrischen Kliniken und



den sich daran anschließenden Wohnheimunterbringungen. Alle Versuche, in den Wohnheimen zurechtzukommen, seien gescheitert. Zumeist habe es Auseinandersetzungen wegen der Hausordnungen, der Übernahme von Haus- und Putzdiensten und wegen der regelmäßigen Überschreitung von Alkoholverboten gegeben.

Auch hier, nach einschlägiger Beratung durch den Sozialhilfeträger habe er sich entschieden, ein Persönliches Budget in Anspruch zu nehmen. Er erhalte nun den monatlichen Maximalbetrag von rund € 770,-.

Im Publikum will man wissen, wozu er das Geld verende und zur Überraschung der Zuhörer berichtet der Budgetnehmer, dass er das Geld drei Monate gespart habe. Zwischenzeitlich habe er mit Hilfe und Unterstützung seines gesetzlichen Betreuers in einem Wochenblättchen, das in der örtlichen Haushalten umsonst verteilt werde, ein Inserat aufgegeben: „'Bin 29, männlich, seelisch behindert, suche für 8-Wochen-Aufenthalt auf den Balearen eine Begleitperson. Zuschriften unter Chiffre erbeten an ...“.

Er habe vier Bewerbungen erhalten und sich gemeinsam mit seinem gesetzlichen Betreuer für einen jungen Studenten der Sozialpädagogik entschieden. Mit diesem habe er die Regeln und die Bedingungen für eine gemeinsame Reise nach Mallorca ausgehandelt und schriftlich vereinbart. Der Betreuer habe in Palma de Mallorca einen deutschsprachigen Psychiater ausfindig gemacht, mit dem er alle Eventualitäten und Kriseninterventionen im Fall einer psychischen akuten Krise vorbesprochen habe. Dann habe er aus seinem angesparten Budget eine Reise für zwei Personen bei einem Billiganbieter im Reisebüro gebucht und die



beiden haben eine gute Zeit auf Mallorca im November und Dezember verbracht. Auf die erstaunten und teilweise gar empörten Rückfrage der professionellen Leistungsanbieter im Publikum, wo denn hierbei die notwendigen psychosozialen Betreuungsleistungen geblieben wären, antwortet der Budgetnehmer knapp und denkwürdig: „Wissen Sie, das Frühstücksbuffet im Hotel in Palma de Mallorca ist etwas anderes als die Frühstücksgruppe im Wohnheim!“

Beispiel 3

Eine chronisch seelisch behinderte Frau (44) lebte nahezu 16 Jahre in psychiatrischen Wohnheimen. Ihr Aussehen und ihre mangelhafte Körperhygiene war stets Anlass zu Auseinandersetzungen und sogenannten „Grenzensetzenden Sanktionen“ durch das Betreuungspersonal. Eine dauerhafte depressive Grundstimmung äußerte sich auch in konsequentem Rückzugsverhalten und steter Ablehnung einer jeden Kooperation.

Der Intervention eines aufgeschlossenen, über das Persönliche

Budget gut informierten Mitarbeiters ist es zu verdanken, dass diese Frau heute seit mehr als zwei Jahren selbständig in einer eigenen Wohnung lebt und in eigener Verantwortung ein Budget von € 700,- verwaltet, mit dem sie Reinigungspersonal eines hauswirtschaftlichen Dienstes (€ 180,- pro Monat), Begleitpersonen für ihre wöchentlichen Einkäufe (€ 60,- pro Monat) sowie die 14-tägige psychosoziale Beratung (€ 90,- pro Monat) bezahlt. Darüber hinaus hat sie sich in die „Arbeits- und Ergotherapiegruppe“ eines Wohnheims eingekauft. Dort hat sie die Möglichkeit, zweimal in der Woche jeweils zwei Stunden an der Gruppe teilzunehmen und bezahlt dafür monatlich einen Pauschbetrag von € 250,- an den Wohnheimträger. Darin ist auch zweimal pro Woche das Mittagessen enthalten. Der Restbetrag wird von ihr, wie in den vorangegangenen Beispielen, ganz frei und nach Bedarf verwendet. Häufig dient er zu Finanzierung von Freizeitaktivitäten, zusätzlichen Friseurbesuchen (!) oder einfach nur zur Verbesserung der ökonomischen Situation.

Beispiel 4



Ein geistig behinderter Mann mit schweren Verhaltensauffälligkeiten (40) lebt zuhause bei seinen Eltern, die beide älter als 70 Jahre sind. Er sollte in ein Wohnheim umziehen, jedoch war die Suche lange erfolglos. Entweder waren die in Frage kommenden Heime nicht bereit, ihn aufgrund seiner Verhaltensauffälligkeiten aufzunehmen oder die zur Verfügung stehenden Plätze waren auf lange Sicht ausgebucht. So steht er heute auf der Warteliste eines Heimes auf Platz 14. Was geschieht aber in der Zwischenzeit? Üblicherweise interessiert das die Wohnheimträger weniger, ebenso den Leistungsträger.

Der Rechtsanspruch auf Leistungen zur Teilhabe besteht aber im Einzelfall und zwar genau dann, sobald der Bedarf festgestellt worden ist. Dabei bleibt festzuhalten, der Bedarf auf Leistungen zur Teilhabe artikuliert sich immer in Formulierungen wie bspw.

„Hilfe zur Selbstversorgung“, „Hilfe zur Tagesgestaltung“, „Hilfe zur Arbeit“ u.ä.. Der Rechtsanspruch bezieht sich entsprechend auch nur auf solche Formulierungen. Es gibt keinen Bedarf, der lauten würde: „Ich brauche ein Wohnheim!“ Oder: „Ich brauche eine Tagesförderstätte!“

Unter diesen Umständen ist das Konzept der „Betreuten Warteliste“, das von uns unter ausdrücklicher Umsetzung des Persönlichen Budgets erfunden worden ist, eine realistische Perspektive, auch in solchen Bedarfssituationen zeitnah tätig werden zu können, in denen Menschen im üblichen Sachleistungssystem nicht sofort auf Hilfe rechnen dürfen.

Der Mensch mit geistiger Behinderung konnte in unserem Beispiel weiter zuhause wohnen bleiben. Er und seine Eltern nutzten die umfassende Budgetberatung, die sie durch einen Wohn-

heimträger und dessen Case-Management-Beauftragten (nicht identisch mit dem Wohnheimträger, auf dessen Warteliste er sich befand) erhalten haben. Sie erhielten den maximalen Budgetbetrag zur Sicherung der Teilhabe in Höhe von € 770,- monatlich durch den Sozialhilfeträger. Zudem wurde die psychiatrische Institutsambulanz (Leistungen nach § 118 SGB V) des Trägers mit der regelmäßigen, aufsuchenden fachärztlichen Behandlung und Betreuung beauftragt. Mit dem Geld aus dem Budget wurden psychosoziale Fachleistungsstunden in Form von Kriseninterventionen bei Bedarf und in der eigenen Familie eingekauft sowie „Babysitterdienste“. So bezeichnete die Mutter die Dienste, die durch ambulante aufsuchendes Betreuungspersonal des beratenden Trägers immer dann erforderlich wurden, wenn die Eltern beide gleichzeitig außer Haus waren und der

behinderte Sohn beaufsichtigt werden musste. Verbleibende Restbeträge wurden aufgespart und zur Finanzierung einer begleiteten Einzelreise des Sohnes genutzt. Als nach 8 Monaten der Platz im Wohnheim frei wurde, entschied sich der behinderte Sohn und seine Eltern gemeinsam, die über das persönliche Budget gefundene Lösung weiter fortzuführen. Aktuell plant die Familie erstaunlich offen und gemeinsam mit „ihrem“ Betreuungspersonal die Zeit nach dem Tod der Eltern. Insbesondere weiß man nun, dass durch das Budget die unschätzbare Möglichkeit besteht, das Personal weiter zu beschäftigen, zu dem man inzwischen großes Vertrauen gefunden hat. Dabei werden offen die Varianten einer Vorbereitung und Unterbringung in einer

Gastfamilie genauso in den Blick genommen wie der Wechsel in eine betreute Wohngemeinschaft, in der allerdings das Personal nicht wie üblich einmal in der Woche im Schlüssel 1:12 vorbeischauf, sondern in der dieselben individuell zugeschnittenen komplexen Leistungen erbracht werden, wie jetzt zuhause bei den Eltern.

Auswirkungen auf Familien und Angehörige

Die Möglichkeiten, persönliche Budgets innerhalb der eigenen Familie einzusetzen, werden zukünftig sehr vielfältig sein. Die Mittel dürfen so verausgabt werden, dass auch nahe und ferne Angehörige die Unterstützungsleistungen erbringen können.

In der Pflegeversicherung ist es überhaupt kein Thema mehr, dass die Mehrzahl der Pflegebedürftigen die Versorgung zuhause in der eigenen Familie bevorzugt.

Hingegen scheint es uns Professionellen in der Behindertenhilfe aus therapeutischer Sicht häufig inakzeptabel, die Unterstützung psychisch kranker und behinderter Menschen in und durch die eigene Familie zu favorisieren.

Wir übersehen dabei aber auch, dass der weitaus größte Teil psychisch kranker Mitbürger in der eigenen Herkunftsfamilie und der eigenen Familie lebt – und das freiwillig wie unfreiwillig.

Es gibt gerade vor der jüngsten Ausrichtung der Behindertenhilfe hin zur konsequenten Bürgerperspektive



eine neue Diskussion zwischen den Beteiligten. „Teilhabe ist nicht identisch mit Eingliederungshilfe“, so könnte man den Diskurs thematisch beschreiben.

Selbsthilfe- und Betroffenenverbände machen mobil gegen eine Haltung, der zufolge jeder Mensch mit Behinderung, insbesondere der psychisch behinderte Mensch, einen therapeutischen Bedarf an und für sich habe.

Es geht aber um Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und die kann man bekanntermaßen auch mit Einschränkungen und Beeinträchtigungen erreichen, ohne dass diese zuerst und zwingend beseitigt werden müssten.

Man kann also auch in seiner Familie leben, ohne vorher die eigentlichen Behinderungen „wegzutherapieren“. Und man kann ein solches Leben durchaus als maximale Teilhabe am Leben empfinden. Persönliche Geldleistungen wirken hier gelegentlich wahre Wunder. Und wer mag jeden Einzelfall im Voraus kategorisieren? Es gibt Herkunftsfamilien, in denen zu leben auch für den erwachsenen Behinderten ein rechter Glückfall ist. Es gibt aber auch Familien, in denen es eine Tortur ist, als psychisch behinderter Mensch zu leben.

Wer vermag nun aus Sicht des externen Dritten zu entscheiden, was wahr und was falsch ist?

Wenn sich die Budgetverordnung mit ihren vernünftigen Verfahren zur Kontrolle und Transparenz durchsetzt und wenn uns die Haltung zur Gleichstellung, Teilhabe und Selbstbestimmung behinderter Menschen wirklich ernst ist, dann werden persönliche Budgets im Gegensatz zu den bisher bekannten Formen der Geldleistung einen wesentlichen Beitrag zur verstärkten Teilhabe behinderter Menschen beitragen.

Konzepten wie der „Betreuten Warteliste“ gehört demnach die Zukunft. Psychisch kranke Menschen, die z.B. nicht in ein Wohnheim ziehen können, weil dort kein Platz frei ist oder – was viel häufiger geschieht – weil sie keine Institution aufnehmen möchte, bleiben zwar in der eigenen Familie wohnen, können aber mit ihrem persönlichen Budget die Unterstützung „einkaufen“, die für ein Gelingen des Zusammenlebens in der Familie erforderlich ist.

Erfahrungen zeigen, dass diese Menschen vielleicht sechs oder zwölf Monate später, wenn dann der Platz im Heim frei ist, dankend ablehnen und die Form des Familienwohnens fortführen.

Durch die Einführung der Geldleistung werden sich die Strukturen in der Behindertenhilfe nachhaltig verändern. Der Familienpflege in der eigenen und auch der fremden Familie wird eine zentrale Rolle zukommen.

Anschrift :

Joachim Speicher,
Diplompädagoge, Leitung
der Paritätischen Psychiatrischen Dienste Mainz

Drechslerweg 25
55128 Mainz

Telefon: +49 (0) 6131 - 93680-0
Fax: +49 (0) 6131 - 93680-50
E-Mail:
Joachim.Speicher@paritaet.org

¹ In: Zeitschrift für Systemische Therapie, Jahrgang 1991, Heft 4

² Seinerzeit konnten sich die wenigsten Akteure der Behindertenhilfe vorstellen, dass der Leistungsträger den behinderten Menschen selbst das Geld ausgezahlt. Man hielt das für eine unzulässige Überforderung der Behinderten, die aus pekuniären Motiven billigend in Kauf genommen würden. Die Empörung wurde zudem dadurch verstärkt, dass die Geldbeträge, die den Menschen direkt zur Verfügung gestellt wurden, die Vergütungen, die die Leistungserbringer erhielten, weit unterschritten.

³ § 17 Absatz 3 SGB IX (alte Fassung bis zum 30.06.2004): „Die Rehabilitationsträger erproben die Einführung persönlicher Budgets durch Modellvorhaben.“

⁴ Persönliche Budgets werden im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe nach SGB XII („Eingliederungshilfe“) an leistungsberechtigte Menschen mit Behinderung alternativ zu einer Sachleistung („Geld oder Liebe?“ – „Wohnheim oder Geld?“) als pauschalierte Geldbeträge in drei Stufen ausgezahlt. Aktuelle Stufungen und Monatsbeträge sind Stufe 1 (€ 200,-), Stufe 2 (€ 400,-) und Stufe 3 (€ 770,-). Korridorbildungen und höhere Beträge in Ausnahmefällen sind möglich.

⁵ Vgl. § 17 SGB IX und die Budgetverordnung nach § 21 a SGB IX; s. auch: www.budget.paritaet.org

⁶ umfangreiche Information und Darstellung: www.pflegebudget.de

⁷ umfangreiche Information und Darstellung: www.integriertesbudget.de

⁸ Die Budgetverordnung schreibt als Bewilligungsvoraussetzung eine schriftliche Zielvereinbarung zwischen Antragsteller und Leistungsträger vor, die insbesondere Zielformulierungen, Regelungen zu Verwendungsnachweisen sowie zur Qualitätssicherung enthalten muss. Die bisherige rheinland-pfälzische Regelung verzichtet völlig auf diese Bedingungen.

⁹ s. Fußnote 4