

Gastfamilien für Psychischkranke

Gemeindeintegrierte Akutbehandlung unter Zuhilfenahme von Gastfamilien - ein Angebot der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich

Zweck

In Ergänzung zu den bereits bestehenden Therapiemöglichkeiten wurde Ende 2004 ein neues gemeindenahes Behandlungsangebot errichtet.

Es richtet sich an Menschen, die infolge einer psychischen Erkrankung bzw. Krise vorübergehend nicht mehr in der Lage sind, ihren Lebensalltag im angestammten Umfeld zu bewältigen. Anstelle eines Klinikeintritts bekommen sie die Möglichkeit, während eines beschränkten Zeitraumes (Tage bis maximal wenige Wochen) bei einer Gastfamilie zu leben.

Begleitung der Gäste

Auf diese Weise werden die gesunden Anteile der Betroffenen gefördert und die mit einer Hospitalisation einhergehende Unterbrechung des Lebensalltages vermieden.

Die Gäste nehmen – soweit es ihnen möglich ist – am Leben der Gastgeber teil, helfen im Haushalt mit oder gehen ihrer eigenen Beschäftigung nach.

Zusammenarbeit mit der PUK

Die Vermittlung in eine Gastfamilie und die psychiatrische Behandlung erfolgen durch das [Zentrum für Gemeinde- und Familienpsychiatrie](#) der Psychiatrischen Universitätsklinik (PUK) Zürich – in Notsituationen steht ein 24-h-Service zur Verfügung.

Begleitung der Gastfamilien

Die Gastfamilien werden durch die PUK Zürich sorgfältig ausgewählt, auf ihre Aufgabe vorbereitet und kontinuierlich begleitet. Sie treffen sich zudem regelmässig mit den Fachpersonen der PUK, um ihre Erfahrungen auszutauschen. Als Gastgeber eignen sich weltoffene, warme Personen, Ehepaare und Familien mit Freude an Beziehungen zu verschiedenen Menschen

Aufgabe des Vereins Gastfamilien für Psychischkranke

Der Verein Gastfamilien für Psychischkranke wurde am 27. Januar 2004 unter der Leitung von Prof. Daniel Hell in Zürich gegründet. Das Projekt Gastfamilien für Psychischkranke wurde von 2004 bis 2009 vom Verein getragen. Der Verein war bis Ende 2009 für die Beschaffung und Verwaltung von Mitgliederbeiträgen, Sponsorgelder (grosszügige Unterstützung durch Hauptsponsor AstraZeneca, weiterer Betrag durch EliLilly) und Spenden, für die Rekrutierung der Gastfamilien in Zusammenarbeit mit der PUK, für die Entlohnung der Gastfamilien und für die Sicherstellung des erforderlichen Versi-

cherungsschutzes verantwortlich. Ab 1.1.2010 wurde das Gastfamilienangebot für akut kranke vom Verein an die Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich übergeben, wo es nun Teil der Regelversorgung ist.

Gemeindeintegrierte Akutbehandlung unter Zuhilfenahme von Gastfamilien

Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost

Hintergrund

Gemeindepsychiatrie

Im Rahmen der Auslagerung des Behandlungsschwerpunktes aus den Kliniken bildete sich in den letzten Jahrzehnten in den Gemeinden eine Vielzahl an komplementären Strukturen und Modellen zur Betreuung von Patienten* mit schweren psychischen Störungen heraus. Neben der kontinuierlichen Nachsorge entlassener ehemaliger Langzeit-hospitalisierter 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 stellten dabei schwer erkrankte Langzeitpatienten mit häufigen Klinikeinweisungen (sog. Drehtürpatienten) dar [1]. Einen grossen Bekanntheitsgrad und eine weite Verbreitung fand im Besonderen das in Wisconsin entwickelte Assertive Community Treatment (ACT) [2], andere Modelle tragen Bezeichnungen wie beispielsweise Intensive Case Management (ICM) oder Community Mental Health Teams (CMHT). Die Erfahrungen mit der gemeindeintegrierten Akutbehandlung haben zu einer Reihe von Erkenntnissen geführt, von denen einige hier kurz erwähnt werden sollen.

Die gemeindeintegrierte Akutbehandlung wird von den Betroffenen und ihren Angehörigen gegenüber der Spital-orientierten Standardbehandlung im Allgemeinen bevorzugt und geht für die Patienten in erster Linie mit einer geringeren Hospitalisationsrate, mit einer grösseren Akzeptanz des Therapieangebotes sowie und mit einer Stabilisierung der externen Wohnverhältnisse einher. Der Schweregrad der psychopathologischen Symptome verändert sich dagegen im Längsverlauf kaum, ebenso wenig lässt sich eine wesentliche Verbesserung der sozialen und berufli-

chen Integration sowie der subjektiv empfundenen globalen Lebensqualität feststellen [3-6]. Der Entscheid, ob jemand einer stationären oder ambulanten Behandlung bedarf, hängt sehr stark von sozialen Charakteristika (z.B. Beziehungen, Familienstand) des Betroffenen sowie vom verfügbaren Betreuungsangebot in der Gemeinde ab, während psychopathologische Merkmale (Ausnahme: Aggressivität) eine eher untergeordnete Rolle spielen [2,7]. Beachtenswert ist allerdings der Umstand, dass neuere, in England durchgeführte Untersuchungen zur Wirksamkeit einer intensivierten gemeindeintegrierten Akutpsychiatrie (Intensive Case Management, ICM) gegenüber der ambulanten Standardbehandlung keine wesentlichen Vorteile oder sogar Nachteile aufwiesen [8-10]. In der UK-700-Studie [10] beispielsweise unterschieden sich die beiden Gruppen nach 2 Jahren nicht hinsichtlich der stationären Behandlungsdauer sowie klinischer und sozialer Parameter; zudem verloren in der ICM-Gruppe rund doppelt so viele Personen den Kontakt zu ihrem Case Manager. Obwohl diese Resultate kontrovers diskutiert werden [1,11], zeigen sie doch deutlich, dass nicht jede Intensivierung eines bereits gut entwickelten ambulanten Angebotes automatisch auch eine Verbesserung darstellt. Alle bisherigen Untersuchungen sprechen zudem dafür, dass die Vorteile der Akutbehandlung schwer kranker Patienten in ihrem Wohnfeld nahezu vollständig erodieren, sobald die Intensität der Betreuung nachlässt [5] oder ein wesentlicher Bestandteil des Programms verändert wird [12]. Die Grenzen der heutigen Gemeindepsychiatrie zeigen sich auch dort, wo trotz ausgebauter Angebote u.a. durch sog. Drehtürpatienten die Nachfrage nach einer stationären Behandlung und damit der Druck auf die Kliniken ansteigt und mancherorts zu einer permanenten Überbelegung von Akutabteilungen führt [13], wie wir es derzeit auch in Zürich erleben. Beim Aufbau neuer ambulanter Angebote sollte berücksichtigt werden, dass Personen, welche psychiatrische Akutbehandlungen in der Gemeinde anbieten, in Befragungen zu Stress und Burnout regelmässig höher scoren als entsprechende Vergleichsgruppen im stationären oder teilstationären Bereich [14,15]. Zusammenfassend sei I. Marks, der Begründer des Daily Living Programmes in London, zitiert: „Home-based treatment is hard to organise and vulnerable to many factors, and needs careful training and clinical audit if gains are to be sustained“ [12]. Es kommt also hauptsächlich darauf an, nützliche Angebote zu schaffen, die ein befriedigendes Arbeiten ermöglichen und sich an Zielen orientieren, die auch langfristig aufrecht zu erhalten sind.

Wohnen in der Gemeinde

Mit der Auslagerung des Schwerpunktes psychiatrischer Behandlungen aus den Krankenhäusern stieg der Druck auf die Gemeinden, geeigneten Wohnraum für psychische erkrankte Menschen bereitzustellen. Eine landesweite Übersicht über das Angebot staatlich kontrollierter Wohn-einrichtungen für psychisch kranke Menschen in den USA für die Jahre 1986/87 ergab, dass lediglich 8% der Patienten bei Gastfamilien (z.B. adult foster homes/care oder family care homes) lebten; an der Spitze befanden sich Wohnheime aller Art, begleitetes Wohnen, Durchgangseinrichtungen mit beschränkter Aufenthaltsdauer u.a.m. [16]. Bei den foster bzw. family care homes handelt es sich allerdings um Einrichtungen von variabler Grösse, nicht selten in der Art eines privaten, von einer Familie betriebenen Wohnheimes mit 5-30 Betten für Psychiatriepatienten. Als günstige Merkmale von Gastfamilien wurden in einer Untersuchung eine geringe Gesamtzahl an Bewohnern, die Anwesenheit von Kindern und möglichst wenig Mitpatienten identifiziert; ein hohes Mass an Aktivität sowie an Supervision/Kontrolle schadete hingegen besonders schizophren Erkrankten, was sich in einer Verschlechterung ihres Sozialverhaltens äusserte [17]. Werden Betroffene zu ihren eigenen Wünschen befragt, so bevorzugt die grosse Mehrheit ein selbständiges und unabhängiges Wohnen (allein oder mit Partner/in) mit einer möglichst flexiblen sozialen und psychiatrischen Unterstützung; die Unterbringung mit anderen psychisch Erkrankten wird im Allgemeinen nicht geschätzt [18]. Es darf nicht übersehen werden, dass Psychiatriepatienten trotz einer Vielzahl dezentraler Wohnangebote innerhalb der Gemeinde oftmals einsam bleiben und kaum Kontakte zu nicht behinderten Menschen finden [21]. Anders als beispielsweise in Gheel (Belgien) [20-23], wo auf einen jahrhundertealten Brauch zurückgeblickt werden kann, oder auf Radøy, einer kleinen Insel im Westen Norwegens [24], scheint in unserer Region die Tradition der Aufnahme psychisch kranker Menschen in Gastfamilien eher gering oder jedenfalls nicht bis heute in einem grösseren Umfang erhalten geblieben zu sein.

Gastfamilien und gemeindeintegrierte Akutbehandlung

Im Gegensatz zu den erwähnten Angeboten („Wohnen in der Gemeinde“) gibt es auch Ansätze zur gemeindenahen Akuttherapie unter Zuhilfenahme von Gastfamilien. Diese öffnen während einer zeitlich begrenz-

ten Dauer die Türen zu ihrem Heim für eine Person in einer akuten oder subakuten seelischen Krise und bieten dadurch die Möglichkeit, eine stationäre Behandlung zu umgehen oder abzukürzen. Obwohl diese Form der Betreuung sich dort, wo sie praktiziert wird, offensichtlich grosser Beliebtheit erfreut, hat sie sich nicht auf breiter Front durchgesetzt. In einer Literaturrecherche waren 3 Regionen in den USA auffindbar, welche während der externen Akutbehandlung den Betroffenen die Unterbringung in einem Privathaushalt als Option und ggf. Alternative zur Hospitalisation anbieten. Bei den 3 Gebieten handelt es sich um Madison (Dane County, Wisconsin), Denver (Colorado) und Minneapolis (Minnesota) [25-28]. Die 3 Ansätze ähneln sich sehr stark und sind fester Bestandteil einer psychiatrischen Versorgung, deren Schwerpunkt ganz in der Gemeinde liegt; in Denver beispielsweise gibt es kaum noch Spitalbetten für Psychiatriepatienten, in Dane County fliessen 80% der finanziellen Mittel in den ambulanten und teilstationären Bereich (PUK Zürich: 20%). In jeder Region (105'000 bis 370'000 Einwohner) gibt es ca. 5-10 Gastfamilien bzw. -personen, die zuerst durch Anzeigen, TV und Mund-zu-Mund-Propaganda rekrutiert, dann ausgebildet und schliesslich zertifiziert werden. Die Patienten werden als „Gäste“ bezeichnet und von mobilen Teams betreut, allen Beteiligten steht ein 24-h-Service zur Verfügung, die Kontakte finden bei den Gastfamilien, an öffentlichen Orten oder im Ambulatorium statt. Die Ein- und Ausschlusskriterien variieren etwas zwischen den drei Regionen, im Allgemeinen kommen Patienten in Frage, die auch auf einer offenen psychiatrischen Abteilung oder in einem Kriseninterventionszentrum behandelt werden könnten. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 7-10 Tage (ev. mehrmals jährlich), es werden 1-2 Gäste aufgenommen, oft ergeben sich lang dauernde Freundschaften zwischen den Patienten und ihren Gastgebern. Die Entlohnung erfolgt monatlich oder per diem und beträgt in Dane County ca. \$85-120 pro Gasttag. Als Gastgeber eignen sich am besten weltoffene, warme Personen mit Freude an Beziehungen zu verschiedenen Menschen ohne finanzielle oder emotionale Abhängigkeit vom Programm. Ungünstig sind starre Wertvorstellungen, die sich in der Haltung äussern, andere retten oder von ihren eigenen Einstellungen überzeugen zu wollen. Die Anwesenheit von Kindern wird von den Gästen im Allgemeinen geschätzt. Die Gäste nehmen – soweit es ihnen möglich ist – am Leben der Gastgeber teil, helfen im Haushalt usw. oder gehen tagsüber ihrer eigenen Tätigkeit nach. Die bisherige Evaluation scheint den Wert dieser Art von Behandlung zu unterstreichen. In Minneapolis äusserten sich 94% der Patienten zufrie-

den mit der Behandlung, 77% waren der Meinung, dass dadurch ein Klinikaufenthalt vermieden werden konnte [28]; auf der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) und einer Self-Rating Symptom Scale bildeten sich in den meisten Bereichen eine klinische Besserung ab. In Denver wurden 100 Patienten zufällig auf Gastfamilien oder eine Spital-orientierte Standardbehandlung verteilt und mit verschiedenen Instrumenten evaluiert (Follow-Up 4 Monate). Während die Behandelnden die beiden Gruppen etwa gleich beurteilten, favorisierten die Patienten selbst sowie Personen aus ihrem Umfeld die externe Therapie in mehreren Bereichen [26]. Allerdings waren zuvor 10 Patienten wegen sehr starker motorischer Unruhe, Aggressivität oder medizinischen Komplikationen aus der ambulanten Gruppe ausgeschieden.

In Tonder (Dänemark) wurde das Modell aus Madison (vgl. oben) übernommen und in das bestehende Community Mental Health Center integriert. In der Zeit von Juli 2001 bis Juni 2003 fanden insgesamt 96 Platzierungen (41 Patienten) statt, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer betrug lediglich 4.4 Tage. Die Patienten, die Gastfamilien und das involvierte Psychiatriepersonal Mental Health Centers waren mit dem Angebot sehr zufrieden [29].

Beschreibung des Angebots Gemeindeintegrierte Akutbehandlung in Gastfamilien der Klinik für Affektive Erkrankungen und Allgemeinpsychiatrie Zürich Ost.

Zielsetzung

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. Es spielt keine Rolle, ob es sich dabei um eine akute Lebenskrise bei bisher Gesunden oder um eine Exazerbation einer bereits bestehenden psychiatrischen Erkrankung handelt. Üblicherweise hätte die eingetretene Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes die Hospitalisation auf einer regulären Abteilung oder im Kriseninterventionszentrum (KIZ) zur Folge. Beim Programm handelt es sich also um eine spezielle Form einer gemeindenahen psychiatrischen Akuttherapie als Alternative zu den bisherigen Behandlungsmöglichkeiten.

Betreuungsteam (PUK Zürich)

- Auswahl und Schulung von Gastfamilien
- Psychiatrische Evaluation und Zuteilung der Patienten in eine Gastfamilie
- Umfassende sozialpsychiatrische Betreuung der Patienten in den Gastfamilien
- Kontakte im Heim der Gastfamilien, in Büros der PUK, an öffentlichen Orten
- Durchführung von Treffen zwischen Gastfamilien, Betreuenden und Patienten zur Qualitätssicherung und Weiterentwicklung des Modells
- Telefonische Erreichbarkeit täglich während 24 Stunden
- Beteiligte Berufsgruppen: Ärzte, Pflegefachleute, Sozialarbeiterin

Charakteristika der Gastfamilien

- Familien, Ehepaare und Einzelpersonen
- Ausreichendes Platzangebot mit eigenem Zimmer für den Gast
- Mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar
- Keine finanzielle oder anderweitige Abhängigkeit vom Projekt
- Bereitschaft, sich zur Gastfamilie ausbilden zu lassen
- Bereitschaft zur engen Zusammenarbeit mit dem Betreuungsteam der PUK
- Anwesenheit abends/nachts, zeitweise tagsüber sowie an den Wochenenden
- Warme, tolerante Atmosphäre ohne Feindseligkeit oder Überengagement
- Option, jederzeit die Aufnahme eines Gastes abzulehnen oder dessen Aufenthalt in Zusammenarbeit mit dem Betreuungsteam der PUK zu beenden

Patientencharakteristika

Einschlusskriterien

- Nicht organisch bedingte psychische Störung
- Alter zwischen 18 und ca. 65 Jahren
- Erhaltene Urteils- und Vertragsfähigkeit bezüglich verschiedener Behandlungsmöglichkeiten sowie bezüglich der geplanten Unterbringung bei einer Gastfamilie
- Bereitschaft zur Kooperation mit der Gastfamilie und dem Betreuungsteam in einer standardisierten, vertraglich geregelten Weise
- Entbindung des Betreuungsteams von der Schweigepflicht gegenüber der Gastfamilie
- Entbindung anderer Therapeutinnen (z.B. zuweisender Psychiater) von der Schweigepflicht gegenüber dem Betreuungsteam

Ausschlusskriterien

- Jede Art von Fremdgefährlichkeit
- Akute Selbstgefährlichkeit, z.B. akute Suizidalität

- Schwere Essstörungen
- Substanzabhängigkeit im Vordergrund
- Akute medizinische Probleme
- Schwere körperliche Behinderung, Pflegebedürftigkeit
- Dissozialität, Delinquenz, Obdachlosigkeit, Verwahrlosung
- Partielles oder vollständiges Nicht-Erfüllen der oben erwähnten Einschlusskriterien

Aufnahme in das Programm

Patientinnen und Patienten können sich selber für die Aufnahme in eine Gastfamilie melden, ebenso können therapeutisch tätige Personen und Institutionen Patienten für das Programm anmelden. Über die definitive Aufnahme entscheidet die ärztliche Leitung des PUK-Betreuungsteams unter Einbezug der anderen therapeutisch involvierten Personen (Angehörige, Psychiater, Hausarzt, Wohnheim usw.).

Aufenthalt bei einer Gastfamilie

Die Aufenthaltsdauer beträgt maximal wenige Wochen, nach dem Ablauf der vereinbarten Zeitspanne muss eine andere Lösung gefunden werden. Die zeitliche Beschränkung trägt dazu bei, vorhandene Ressourcen des Patienten zu mobilisieren und notwendige Veränderungen aktiv anzugehen. Die Rahmenbedingungen des Aufenthaltes werden mittels eines standardisierten Vertrages geregelt, um sowohl den Gästen als auch den Gastgebern ein maximales Ausmass an Sicherheit und Transparenz zu geben. Das Ende des Aufenthaltes erfolgt in aller Regel im gegenseitigen Einvernehmen und in Absprache mit dem Betreuungsteam, kann aber im Bedarfsfall jederzeit erfolgen. Durch klare Abmachungen soll das Konfliktpotential möglichst gering gehalten werden, so dass Raum entsteht für persönliche Begegnungen, Austausch und Gemeinsamkeit, aber auch für Rückzug und Besinnung. Die Gastfamilien sollen sich in ihrer Aufgabe nicht als Therapeuten verstehen, sondern als engagierte Mitmenschen, die für eine kurze Zeitspanne einen Teil ihres Heimes und ihres Alltages mit einem Gast in einer grossherzigen Weise teilen; weder Überengagement noch Rigidität oder der Imperativ, um jeden Preis helfen zu müssen, sind erwünscht.

Praktisches Vorgehen

Anmeldungen werden wochentags zu Bürozeiten im [Zentrum für Gemeinde- und Familienpsychiatrie](#) entgegengenommen. Im persönlichen Kontakt wird eine erste medizinisch-psychiatrische Beurteilung mit anschließender Triage vorgenommen. Kommt der Patient für einen Aufenthalt bei einer Gastfamilie in Frage, werden die notwendigen Kontakte hergestellt, so dass möglichst bald der Eintritt erfolgen kann. Üblicherweise wird ein ausführliches Treffen im Heim der Gastgeber stattfinden, an welchem die Gastgeber, der Patient sowie ein Mitglied des Betreuungsteams teilnehmen. Diese Zusammenkunft dient dem gegenseitigen Kennenlernen, der Vertrauensbildung, der Übersicht über den erarbeiteten Behandlungsplan (Medikation, Tagesstruktur, nächste Termine usw.), der Erörterung der spezifischen Wohnsituation der Gastgeber und schliesslich der schriftlichen Fixierung der ausgehandelten Vertragsbedingungen. Der Patient und die Gastgeber wissen, dass sie jederzeit rund um die Uhr ein Mitglied des Betreuungsteams telefonisch erreichen können für den Fall, dass Unklarheiten oder Probleme auftauchen. Falls erforderlich, wird dann ein erneuter Heimbesuch vorgenommen, um die Situation vor Ort abzuklären und weitere Massnahmen zu treffen. Die Kontakte zum Betreuungsteam richten sich im weiteren Verlauf nach den Bedürfnissen des Patienten und der Gastgeber, finden im Minimum aber 2x wöchentlich in irgendeiner Form statt. Nach Ablauf der vereinbarten Zeit erfolgt der Austritt, so dass bis dahin eine Alternative zu finden ist.

Finanzielles

Die Entlohnung der Gastfamilien erfolgt per diem, Kost und Logis sind im Betrag inbegriffen. Nach dem Aufenthalt eines Gastes wird die zuvor vereinbarte Tagespauschale ausbezahlt, die Ein- und Austrittstage werden mitgezählt (= Anzahl Übernachtungen plus 1). Die Höhe der Pauschale soll durchaus einen finanziellen Anreiz darstellen, darf aber nicht zu einer finanziellen Abhängigkeit vom Projekt führen. Es ist denkbar, dass dadurch Personen mit einer Teilzeitanstellung, z.B. allein Erziehende oder Rentner für das Programm gewonnen werden können. Die einzelnen Gastfamilien haben kein Anrecht auf ein vom Programm garantiertes Mindesteinkommen.

Evaluation

Das Projekt wird wissenschaftlich begleitet, da es sich um einen innovativen Ansatz einer gemeindenahen psychiatrischen Akuttherapie handelt, der für die Schweiz unser Wissen in dieser Form bisher einmalig ist und auch in anderen Ländern eine bisher eher untergeordnete Rolle spielt. Die Resultate der Aufenthalte vom 1.1.2005 bis 30.6.2007 wurden 2009 publiziert (Lötscher K, Stassen HH, Hell D, Bridler R. Gemeindepsychiatrische Akutbehandlung in Gastfamilien. Kostengünstige Alternative zum Klinikaufenthalt bei hoher Patientenzufriedenheit. *Nervenarzt* 2009;80:818-826).

*Zur besseren Lesbarkeit wird im Text die männliche Schreibweise verwendet; es sind dabei aber stets beide Geschlechter gemeint.

Der Text wurde 2008 aktualisiert von Herrn Dr. Bridler

Literatur

1. Marshall M, Creed F. Assertive community treatment – is it the future of community care in the UK? *International Review of Psychiatry* 2000;12:191-6.
2. Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:392-7.
3. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 2. Art. No.: CD001089. DOI: 10.1002/14651858.CD001089.
4. Tyrer P, Coid J, Simmonds S, Joseph P, Marriott S. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illness and disordered personality. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 1998, Issue 4. Art. No.: CD000270. DOI: 10.1002/14651858.CD000270.
5. Mueser KT, Bond GR, Drake RE, Resnick SG. Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bull* 1998;24:37-74.
6. Creed F. Evaluation of community treatments for acute psychiatric illness. In: Tyrer P, Creed F, eds. *Community psychiatry in action: analysis and prospects*. Cambridge University Press, Cambridge 1995;pp11-27.
7. Dean C, Gadd EM. Home treatment for acute psychiatric illness. *BMJ* 1990;301:1021-3.
8. Thornicroft G, Wykes T, Holloway F, Johnson S, Szmukler G. From efficacy to effectiveness in community mental health services. *PRiSM Psychosis Study 10*. *Br J Psychiatry* 1998;173:423-7.
9. Holloway F, Carson J. Intensive case management for the severely mentally ill. *Br J Psychiatry* 1998;172:19-22.
10. Burns T, Creed F, Fahy T, Thompson S, Tyrer P, White I for the UK 700 study group. Intensive versus standard case management for severe psycho-

tic illness: a randomised trial. *Lancet* 1999;353:2185-9.

11. Tyrer P. The future of the community mental health team. *International Review of Psychiatry* 2000;12:219-25.

12. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry* 1994;165:179-94.

13. Shepherd G, Beadsmoore A, Moore C, Hardy P, Muijen M. Relation between bed use, social deprivation, and overall bed availability in acute adult psychiatric units, and alternative residential options: a cross sectional survey, one day census data, and staff interviews. *BMJ* 1997;314:262-6.

14. Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Szmukler G, Bebbington P, Thornicroft G. Mental health, „burnout“ and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *Br J Psychiatry* 1996;169:334-7.

15. Wykes T, Stevens W, Everitt B. Stress in community care teams: will it affect the sustainability of community care? *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 1997;32:398-407.

16. Randolph FL, Ridgway P, Carling PJ. Residential programs for persons with severe mental illness: a nationwide survey of state-affiliated agencies. *Hospital and Community Psychiatry* 1991;42:1111-5.

17. Linn MW, Klett CJ, Caffey EM. Foster home characteristics and psychiatric patient outcome: the wisdom of Gheel confirmed. *Arch Gen Psychiatry* 1980;37:129-32.

18. Tanzman B. An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Hospital and Community Psychiatry* 1993;44:450-5.

19. Carling PJ. Housing and supports for persons with mental illness: emerging approaches to research and practice. *Hospital and Community Psychiatry* 1993;44:439-49.

20. Aring CD. The Gheel experience: eternal spirit of the chainless mind! *JAMA* 1974;230:998-1001.

21. Cross R. Geel Kolonie: City of „fools“?

22. Ostermann B. „Dieser Irre gehört zu uns!“ – Familienpflege psychisch Kranker. 23. Catholic Information Network. St. Dymphna and Gerebernus (Seventh Century).

24. Sandvik H. Psychiatric patients in private care. Historical analysis from a municipality in western Norway. *Tidsskrift for Den Norske Laegeforening* 1990;110:1666-8.

25. Bennett R. Family placement schemes as an alternative to short-term hospitalisation. In: Phelan M, Strathdee G, Thornicroft G, eds. *Emergency mental health services in the community*. Cambridge University Press, Cambridge 1995;pp259-76.

26. Brook BD, Cortes M, March R, Sundberg-Stirling M. Community families: an alternative to psychiatric hospital intensive care. *Hospital & Community Psychiatry* 1976;27:195-7.

27. Brook BD. Community families: a seven-year program perspective. *Jour-*

nal of Community Psychology 1980;8:147-51.

28. Leaman K. A hospital alternative for patients in crisis. Hospital and Community Psychiatry 1987;38:1221-3.

29. Aagaard J, Freiesleben M, Mathiesen A, Foldager L. Crisis Homes for adult psychiatric patients. The first experiences from Denmark. [Danish]. Ugeskrift for Laeger 2005;167:3174-9.

30. Aagaard J, Freiesleben M, Foldager L. Crisis homes for adult psychiatric patients. Soc Psychiatry Epidemiol 2008;43:403-409.

31. Lötscher K, Stassen HH, Hell D, Bridler R. Gemeindepsychiatrische Akutbehandlung in Gastfamilien. Kostengünstige Alternative zum Klinikaufenthalt bei hoher Patientenzufriedenheit. Nervenarzt 2009;80:818-826.

Vorstand Verein Gastfamilien für Psychischkranke

- Prof. Dr. med. Daniel Hell, Leiter Kompetenzzentrum Depression und Angst, Privatklinik Hohenegg. *Verein: Präsident*
- Dr. med. René Bridler, Ärztlicher Direktor Sanatorium Kilchberg. *Verein: Vizepräsident*
- Ines Schibli, Sekretariat Leitende Ärzte, Privatklinik Hohenegg. *Verein: Quästorin*
- Dr. med. Katharina Lötscher, Oberärztin, Leiterin Zentrum für Gemeinde- und Familienpsychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
- Markus Brandenberger, alt Kantonsrat
- Peter Hösly, Spitaldirektor Sanatorium Kilchberg

Kontakt

- *Möchten Sie eine Gastfamilie werden?*
- *Möchten Sie eine Patientin oder einen Patienten anmelden?*
- *Möchten Sie Mitglied des Vereins „Gastfamilien für Psychischkranke“ werden? ★*
- *Haben Sie Fragen oder Anregungen?*
- *Möchten Sie uns etwas mitteilen?*

Bitte wenden Sie sich dazu an:

Dr. Katharina Lötscher, Oberärztin
Zentrum für Gemeinde- und Familienpsychiatrie
Heliosstrasse 32 / Postfach 2081
8032 Zürich
Tel. 044 389 15 70 katharina.loetscher@puk.zh.ch

★ Für die Mitgliedschaft können Sie unser Kontaktformular benutzen oder das Anmeldeformular unter www.gastfamilien.ch herunterladen!

www.gastfamilien.ch