

**Betreutes Wohnen in Familien -
eine explorative Studie zu Finanzierungsformen**

Diplomarbeit an der Fachhochschule Kiel

Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

vorgelegt von: Lena Speck

Kiel, den 1. März 2011

Erstgutachter: Prof. Dr. Reinhard Lütjen

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Ingrid Gissel-Palkovich

Lena Speck
Matr.-Nr.: 909427
An der Aue 22
24802 Bokel
lana.speck@web.de

Inhaltsverzeichnis

	Seite
<u>1. Einleitung</u>	1
<u>2. Rahmenbedingungen des BWF</u>	4
2.1 Gesundheits- und sozialpolitische Zielvorstellungen	4
2.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen	6
2.3 Finanzieller Rahmen des BWF	7
<u>3. Konzepte im BWF</u>	15
3.1 Salutogenese	15
3.2 Normalisierung	17
3.3 Integration	18
3.4 Alltag in Familien als Entwicklungschance - Milieuthherapie	19
<u>4. BWF im historischen und gesellschaftlichen Wandel Deutschlands</u>	23
4.1 Anfänge der Familienpflege bis I. Weltkrieg	23
4.2 Weimarer Republik bis II. Weltkrieg	24
4.3 Bedeutungsverlust nach 1945 und Wiederentdeckung ab 1975	26
4.4 Aktuelle Lage des BWF - Perspektiven und Entwicklungschancen	27
<u>5. Fachausschuss Familienpflege</u>	32
<u>6. Die Gastfamilien</u>	35
6.1 Voraussetzungen für die Eignung als Gastfamilie	35
6.2 Motive und Erwartungen der Gastfamilien	36
6.3 Laienfamilie versus Familie mit professionellem Hintergrund	38
<u>7. Die Bewohner</u>	41
7.1 Zielgruppen	41
7.2 Voraussetzungen für die Vermittlung in eine Gastfamilie	43
7.3 Möglichkeiten therapeutischer Erfolge für die Bewohner	44
<u>8. Das professionelle Team im BWF</u>	46
8.1 Aufgaben des Fachteams	46
8.2 Fachlichkeit im Team	49
8.3 Qualitätssicherung	50
<u>9. Kritischer Blick auf das BWF</u>	52
9.1 Kontroverse Positionen zur Familienpflege	52
9.2 Hinderliche Rahmenbedingungen	56
9.3 Spannungsfeld Psychiatrie und Familie	58
9.4 Risiken im BWF: Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch	58

<u>10. Erhebung zu Finanzierungsformen im Betreuten Wohnen in Familien (BWF)</u>	62
10.1 Ziel und Fragestellungen	62
10.2 Forschungsmethode.....	66
10.3 Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse	67
10.3.1 Rücklauf des Fragebogens	68
10.3.2 Leistungsträger	69
10.3.3 Finanzierung des Fachteams	71
10.3.4 Richtlinien, Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen.....	77
10.3.5 Fachleistungsstunden	87
10.3.6 Leistungen an Bewohner und Gastfamilie	88
<u>11. Zusammenfassung und Ausblick</u>	95
<u>Quellenverzeichnis</u>	101
<u>Anhang</u>	109
A. Fragebogen mit Anschreiben.....	109

Der Diplomarbeit möchte ich drei Bemerkungen zur Wortwahl voranstellen.

Um den Lesefluss zu vereinfachen habe ich das generische Maskulinum verwendet. Grundsätzlich sind selbstverständlich sowohl die weibliche als auch die männliche Form gemeint. Die Leserinnen und Leser bitte ich um Verständnis für dieses Konstrukt.

In der Literatur älteren Datums wird vorwiegend der Begriff „Psychiatrische Familienpflege“ gebraucht. In der aktuellen Praxis variieren die Bezeichnungen für das Betreuungsangebot je nach Region oder Einrichtung. Der Fachausschuss Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. empfiehlt jedoch als bundeseinheitliche Bezeichnung „**Betreutes Wohnen in Familien**“ (kurz **BWF**) mit dem Suffix „Psychiatrische Familienpflege“ bzw. „Familienpflege für Menschen mit geistiger Behinderung“ (vgl. SCHIEBL 2008).

Ich habe mich bei der historischen Einordnung (4. Kapitel) an die zu jeweiliger Zeit gebräuchlichen Begrifflichkeiten gehalten, im Übrigen orientiere ich mich an der Bezeichnungsempfehlung des Fachausschusses.

Auch für die Beteiligten im BWF gibt es in der Literatur und der Praxis eine Vielfalt von Begriffen: Fachteam, Familienpflegeteam, Gastfamilie, Gastmutter/ Gastvater, Gastbewohner, Bewohner, Klient, Patient etc.. Jedem haften eigene, zum Teil unvereinbare oder stigmatisierende Assoziationen an. Ich habe versucht mich frei zwischen den Begriffen zu bewegen und die für den jeweiligen Zusammenhang passende Formulierung auszuwählen.

1. Einleitung

Betreutes Wohnen in Familien ist eine ambulante Wohnform für verschiedene Zielgruppen, vorwiegend Menschen mit psychischen Erkrankungen oder behinderte Menschen, für die in der Regel eine stationäre Betreuung erforderlich wäre. Der betroffene Mensch lebt als „Gastbewohner“ bei einer Fremdfamilie, der „Gastfamilie“, und wird im Rahmen einer ganzheitlichen Betreuung von ihr begleitet. Die Betreuungsleistung der Gastfamilie deckt den Betreuungsbedarf des Gastbewohners ab und umfasst somit Hilfen bei der individuellen Basisversorgung, der alltäglichen Lebensführung, der Gestaltung persönlicher Beziehungen, der Freizeitgestaltung, der Tagesstrukturierung, der Kommunikation und der Bewältigung von Problemen. Die Leistungserbringung ist in den natürlichen Tagesablauf der Gastfamilie integriert. Die Familie erhält dafür neben den Aufwendungen für Lebensunterhalt und Wohnen ein Betreuungsentgelt. Die Auswahl und Begleitung der Gastfamilien und der Bewohner erfolgt durch ein multiprofessionelles Fachteam. Dieses setzt sich aus Berufsgruppen sozialer Arbeit und Gesundheitswesen zusammen. Das Fachteam entscheidet über die Eignung einer Familie für das BWF und die fachgerechte Zuordnung von Betroffenen zu Gastfamilien. Die Begleitung, Beratung und Unterstützung von Gastfamilien und Bewohnern bildet den Tätigkeitsschwerpunkt des Fachteams (vgl. SCHIEBL 2008; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 85).

Die Finanzierung im Betreuten Wohnen in Familien umfasst mehrere Aspekte. Auf Grund des triadischen Zusammenspiels zwischen Familie, Klient und Fachteam und der unterschiedlichen Rechtsbeziehungen derselben zum Leistungsträger gibt es mehrere Kostenbestandteile und Finanzierungsaspekte.

Die Kostenbestandteile, die der Familie zugesprochen werden, sind im Einzelnen das Betreuungsentgelt, ggf. das Pflegegeld bei zusätzlicher Pflegebedürftigkeit des Klienten, die Kosten für die Unterkunft und die sonstigen Bestandteile der Hilfe zum Lebensunterhalt (Ernährung, Teilhabe am öffentlichen Leben etc.). Sie werden über den Leistungsanspruch des Klienten an die Familie weitergeleitet. Der Bewohner erhält ggf. einen Barbetrag und Kleidergeld (vgl. EISENHUT 2007, S. 9; SCHIEBL 2008). Die Kostenerstattung erfolgt bei entsprechender Leistungsberechtigung durch die Sozialhilfeträger, Jugendhilfeträger, ARGEn/ Kommunen und die Pflegekassen. Klienten müssen eigenes Vermögen und Einkommen einsetzen.

Die Finanzierung der Einrichtung im BWF kann im weitesten Sinne als ihre Ausstattung mit finanziellen Ressourcen definiert werden. Die Kostenerstattung für die Leistungen des

Fachteams erfolgt dabei überwiegend durch die Sozialhilfeträger. Die Form und die Höhe der Vergütung sind in Handlungsvorschriften und Verträgen (Richtlinien, Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen etc.) zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer geregelt. Weitere mögliche Finanzierungsquellen sind private Personen als selbst zahlende Leistungsempfänger und die Träger selbst (z.B. durch Quersubventionierung) sowie Spenden, Sponsoring, Investitionen etc. (vgl. HALFAR, S. 43 ff.; SCHELLBERG, S. 9 ff.).

Das Betreute Wohnen in Familien hat eine wechselhafte Entwicklung in der psychiatrischen Geschichte Deutschlands erfahren. Nach 1945 verlor das BWF gänzlich an Bedeutung, ein regional begrenztes Wiederaufleben der Betreuungsform ist erst seit den 80er Jahren zu verzeichnen. BWF befindet sich seitdem im Entwicklungsprozess. Aktuell gibt es etwa 115 Einrichtungen, die BWF anbieten, jedoch hauptsächlich in Baden- Württemberg, Bremen, Saarland und Nordrhein- Westfalen. In anderen Bundesländern werden deutlich weniger oder gar keine Angebote vorgehalten (vgl. EISENHUT 2007, S. 3).

Entsprechend dieser Verteilung spielt BWF in weiten Teilen Deutschlands in der psychiatrischen Versorgungslandschaft nur eine untergeordnete Rolle. Die Öffentlichkeit, potentielle Klienten und Gastfamilien, Leistungsträger und viele Professionelle aus dem sozialen Berufsumfeld haben keine oder ungenügende Informationen über diese Betreuungsform.

Da ich mich in die auch mir bis dahin neue Thematik eingearbeitet habe und um der vorherrschenden Unbekanntheit des BWF Rechnung zu tragen, stelle ich dem empirischen Teil der Arbeit einen sehr ausführlichen einleitenden Teil voran.

Die Arbeit umfasst mit dem 2. bis 9. Kapitel die wesentlichen Aspekte des Betreuten Wohnens in Familien. Das 2. Kapitel befasst sich mit den Rahmenbedingungen. Hierzu zählen gesundheits- und sozialpolitische Zielvorstellungen (2.1), sozialrechtliche Voraussetzungen (2.2) und der finanzielle Rahmen des BWF. Im 3. Kapitel werden für das BWF relevante Konzepte vorgestellt. Das 4. Kapitel beschreibt die historische Entwicklung im gesellschaftlichen Wandel Deutschlands von den Anfängen des BWF bis zu den Entwicklungschancen, die die aktuelle Lage ermöglicht. Im 5. Kapitel beschreibe ich den Fachausschuss Familienpflege der DGSP und die von ihm 2003 formulierten Standards für das BWF. Die anschließenden Kapitel befassen sich mit den eigentlichen Akteuren des BWF. Das 6. Kapitel umfasst die Voraussetzungen von Familien für die Eignung als Gastfamilie (6.1) und ihre möglichen Motive (6.2) sowie eine Gegenüberstellung der Laienfamilie zur Familie mit professionellem Hintergrund (6.3). Das 7. Kapitel beschreibt mögliche

Zielgruppen für das BWF (7.1) und nötige Voraussetzungen eines Klienten für die Vermittlung in eine Gastfamilie (7.2) sowie die Möglichkeiten therapeutischer Erfolge für die Bewohner (7.3). Dritter Akteur ist das professionelle Fachteam, seine Aufgaben werden dargestellt (8.1) und Aspekte zur Fachlichkeit (8.2) und Qualitätssicherung (8.3) behandelt. Das 9. Kapitel beinhaltet eine kritische Auseinandersetzung mit Besonderheiten des BWF. Es werden Kontroversen um die Betreuungsform (9.1) und hinderliche Rahmenbedingungen (9.2) erläutert. Das Spannungsfeld zwischen Psychiatrie und Familie (9.3) und Risiken im Betreuungssetting (9.4) werden hier ausgearbeitet.

Als Schwerpunkt vertiefte ich das Kapitel 2.3 „Finanzieller Rahmen des BWF“ mit einer eigenen Datenerhebung und bearbeite im untersuchenden Teil der Arbeit verschiedene Fragen zu Finanzierungsformen im BWF (Kapitel 10 ff.).

Diese Schwerpunktbildung erfolgte aus verschiedenen Gründen. Die vorliegenden Quellen boten nur vereinzelt Informationen zur zunehmend unterschiedlich geregelten Finanzierungssituation im BWF. Zu den für die Praxis relevanten Regelungen und Leistungsbestandteilen in Richtlinien oder Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen gibt es bisher keine dokumentierten Untersuchungen. Zudem zeigte der Fachausschuss Familienpflege der DGSP Interesse an einer aktuellen Darstellung der Finanzierungssituation für das BWF in Deutschland und es kam zu einer Kooperation.

Übergeordnetes Ziel der Erhebung ist eine Darstellung der Finanzierungslandschaft im Betreuten Wohnen in Familien. Eine inhaltliche Untersuchung der Zusammenhänge in der Finanzierung erfordert das Explorieren von Zahlen und Sachverhalten. Dazu gibt es verschieden untergeordnete Fragen, die zusammen ein genaueres Bild über die aktuelle Ausgestaltung der Finanzierung geben. Diese sind ausführlich im Kapitel 10.1 ausgeführt.

Als methodischen Ansatz zur Datenerhebung habe ich einen Fragebogen mit überwiegend standardisierten Fragen entwickelt. Eine standardisierte Umfrage liefert vergleichbare Ergebnisse und der Fragenkatalog erzielt quantitativ auswertbare Daten.

Mit der Datenerhebung möchte ich verschiedene in der Literatur gemachte Aussagen zu den finanziellen Rahmenbedingungen näher beleuchten sowie frühere Daten durch aktuelle Zahlen ergänzen und ggf. stattfindende Veränderungen und Trends aufzeigen. Die Datenanalyse soll eine bundesweite Übersicht der Finanzierung im BWF ermöglichen.

2. Rahmenbedingungen des BWF

Das Betreute Wohnen in Familien agiert unter verschiedenen sozialpolitischen, sozialrechtlichen und verwaltungsrechtlichen Voraussetzungen. In den nachstehenden Abschnitten wird auf die gesundheits- und sozialpolitischen Zielvorstellungen (2.1), den sozialrechtlichen Rahmen (2.2) und die finanziellen Bedingungen (2.3) eingegangen.

2.1 Gesundheits- und sozialpolitische Zielvorstellungen

Das Konzept des BWF orientiert sich an den offiziellen und bundesweit propagierten gesundheits- und sozialpolitischen Zielvorstellungen. Durch das BWF sollen Personenzentrierung, und dadurch Selbstständigkeit und Teilhabe der Klienten am gesellschaftlichen Leben gestärkt werden. In der professionellen Begleitung werden multiprofessionelle Kooperation und das mehrdimensionale Krankheitsverständnis genutzt. Das traditionelle Versorgungsparadigma (Klinik/ Heim, ärztliches Definitionsmonopol, medizinisches Krankheitsverständnis, Institutionszentrierung, Kontroll- und Verwahrfunktion) soll zu Gunsten eines personenzentrierten Integrationsparadigmas verändert werden. Gesetzlich vorgeschrieben (SGB IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ sowie GG § 3 (3) Satz 2 „Benachteiligungsverbot“) sind dabei die Forderungen nach einem differenzierten Hilfesystem, welches Partizipation, Entscheidungsspielräume und qualifizierte Unterstützung umsetzt (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 27 f.).

Im Versorgungsbereich Eingliederungshilfe müssen die Grundsätze „regional vor überregional“, „ambulant vor stationär“ und „personen- vor institutionszentriert“ angewandt werden (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 27 f.). Sie werden im Folgenden kurz aufgeführt.

Die Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischen und geistigen Behinderungen oder Mehrfachbehinderungen als Teil der Sozialhilfe ist mittlerweile Deutschlands größter Rehabilitationsträger. Länder, Landkreise und Kommunen als Leistungserbringer sind in vielen Teilen Deutschlands trotzdem ohne regionale Versorgungsverpflichtungen im Sinne einer Sektorsierung. D.h., die *regionale Verankerung* eines vollständigen Angebotes als gemeindepsychiatrischer Verbund aller wesentlichen ambulanten, teilstationären und stationären Behandlungs- und Betreuungsformen ist nicht überall gewährleistet. Im Vergleich mit Systemen, in denen große Kliniken weite Versorgungsgebiete abdecken, bietet die Sektorsierung vor allem langfristig psychiatrischen Patienten die Möglichkeit, bei einem Wechsel des Betreuungsrahmens in der Region zu verbleiben und somit eine größere Chance auf Integration.

Um angebotsorientierte und wohnortferne Unterbringung zu vermeiden, sollte das Leistungsrecht kommunal gebündelt und somit basisnah gesteuert werden. Eine regionale Steuerung der Eingliederungshilfe durch einen kommunalen Leistungsträger könnte, verknüpft mit einem abgestuften und vernetzten Verbundsystem von Betreuungsdiensten, die vorhandene Über- und Unterversorgung im stationären und ambulanten Bereich bedarfsorientiert verändern (vgl. CLAUSEN/ EICHENBRENNER 2010, S. 21 f.; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 28).

Das psychiatrische Versorgungssystem befindet sich in einem Ungleichgewicht. Gegen die überregional abgesicherten Patientenkapazitäten stationärer Betreuungseinrichtungen sind die ambulanten Angebote im Wohn-, Kontakt- und Beschäftigungsbereich unterrepräsentiert und zudem abhängig von zeitbegrenzten und unsicheren Finanzierungsgrundlagen (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 28 f.).

Mit dem Prinzip „*ambulant vor stationär*“ werden die Ziele Integration, Teilhabe, Normalisierung, größtmögliche Verantwortlichkeit und eine Umsetzung des Benachteiligungsverbot (GG § 3 (3) Satz 2) verfolgt. Das soziale Umfeld soll einerseits gesundheitszuträglich sein und andererseits eine natürliche und kostengünstige Entwicklungsförderung bieten. Verselbstständigungspotentiale lassen sich in und mit einem ambulanten Beziehungsnetzwerk besser erschließen als in einem künstlichen institutionellen Milieu. Das Prinzip zielt auf eine Kooperation und Koordinierung aller Angebote sowie einer Verantwortungsübernahme durch kommunale Netzwerke (vgl. CLAUSEN/ EICHENBRENNER 2010, S. 20 f.; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 28 f.).

Nachteilige Entwicklungen auf Grund des Ambulantisierungstrends können auftreten, wenn das Motiv der Kostendämpfung im Vordergrund steht und komplementäre Angebote fehlen. Die Errichtung und Finanzierung einer flächendeckenden psychosozialen Infrastruktur (Kontakt- und Beratungsstellen, Angebote zur Freizeitgestaltung etc.) und nicht zuletzt die gesellschaftliche Integrationsbereitschaft müssen gegeben sein. Fehlt es an beidem, birgt die ambulante Versorgung die Gefahr sozialer Isolation und führt möglicherweise zu neuer Stigmatisierung durch die und Ausgliederung aus der Gesellschaft.

Der *personenzentrierte Ansatz* geht vom Bedarf der Person aus und nicht wie die noch vorherrschende Steuerung der Inanspruchnahme von Hilfeleistungen über das Leistungsangebot der Träger. Die Bedarfsermittlung erfolgt in individuellen Hilfeplangesprächen und hat zum Ziel, „eine genau passende Lösung für jeden einzelnen Klienten“ zu finden (CLAUSEN/ EICHENBRENNER 2010, S. 43). Hierbei sollen unter anderem

Teilhaberechte der Betroffenen verwirklicht und Veränderungswünsche berücksichtigt werden, Problemlösungsvereinbarungen getroffen werden und Kostenentscheidungen sowie eine Qualitätssicherung der angebotenen Hilfen angestrebt werden (vgl. CLAUSEN/EICHENBRENNER 2010, S. 22; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 29).

2.2 Sozialrechtliche Voraussetzungen

Die Rechtsgrundlagen für das Betreute Wohnen in Familien ergeben sich aus dem sozialrechtlichen Status der Klienten. Die gesetzlichen Grundlagen finden sich im SGB XII, SGB XI, SGB IX und SGB VIII. Eine zahlenmäßige Verteilung der Zielgruppen findet sich in Kapitel 7.1.

Der Großteil der Klienten sind Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe nach § 53 SGB XII in Verbindung mit § 2 (1) SGB IX: Alle „Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 (1) Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind...“, wobei sie „nicht nur vorübergehend erheblich behindert oder von einer Behinderung bedroht sein“ dürfen. Leistung der Eingliederungshilfe nach § 54 (1) Satz 5 SGB XII ist hier insbesondere „die nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen“.

Eine weitere Rechtsgrundlage ergibt sich aus § 55 SGB IX -Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft. Das Gesetz soll behinderten Menschen die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermöglichen oder sichern, durch „Hilfen zu selbstbestimmtem Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“, und „Hilfen zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“.

Leistungsberechtigte sind zudem Menschen, die nach § 14 SGB XI pflegebedürftig sind, Leistungen der Pflegekasse werden dabei in der Regel zusätzlich erstattet. BWF für die überwiegend gerontopsychiatrisch erkrankten Menschen besteht demnach üblicherweise aus einer Mischfinanzierung aus Leistungen der Eingliederungshilfe (§ 53 SGB XII) und der Sozialen Pflegeversicherung (§ 14 SGB XI) (vgl. GERSTER/ TRAUTMANN 2006, S. 64 ff.).

Die Klientengruppe psychisch erkrankter Väter und Mütter mit Kindern ist über §§ 27 ff. SGB VIII, insbesondere § 33 (Vollzeitpflege) in Verbindung mit § 53 SGB XII leistungsberechtigt.

Eine weitere leistungsberechtigte Zielgruppe umfasst ältere Kinder und Jugendliche sowie junge Volljährige bis 21 Jahre mit seelischer Behinderung oder drohender seelischer Behinderung. Die Leistung bezieht sich auf das SGB VIII § 35a (vgl. BÜHLER 2000, S. 8).

2.3 Finanzieller Rahmen des BWF

In diesem Kapitel fasse ich verschiedene in der Literatur gemachte Aussagen zu finanziellen Aspekten des BWF zusammen. Die Finanzierung im BWF unterliegt keinen bundeseinheitlichen Standards. Je nach Region und Leistungsträger werden unterschiedliche Rahmenbedingungen, Finanzierungsformen und Berechnungsgrundlagen für die einzelnen Leistungsbestandteile angewendet.

Nachstehend finden sich Ausführungen zur Kostenübernahme und zu den Leistungsträgern, zu Finanzierungsformen, Abrechnungsverfahren und zur Höhe der Vergütung der Einrichtungen, zu vertraglichen Vereinbarungen zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer sowie zur Höhe der Leistungsbestandteile für Gastfamilien und Gastbewohner.

Die *Kostenübernahme* im BWF erfolgt durch unterschiedliche *Leistungsträger*. Die Mehrzahl der Leistungsberechtigten sind nach § 53 SGB XII Klienten der Eingliederungshilfe, die Kosten werden durch die Sozialhilfeträger erstattet. Teilweise erfolgen auch Leistungen über die ARGEN bzw. die Kommunen. Bei Pflegebedürftigkeit erfolgt die Kostenübernahme (meist zusätzlich) durch die Pflegekasse (§ 14 SGB XI). Besteht ein Leistungsanspruch nach SGB VIII §§ 27 ff. oder SGB VIII § 35 a, trägt der zuständige Jugendhilfeträger die Maßnahmekosten. Ich beschränke mich auf Grund des deutlichen Überhangs an Klienten der Eingliederungshilfe bei den folgenden Ausführungen ausschließlich auf die Sozialhilfeträger. Es bestehen regionale Unterschiede bei der Finanzierung durch örtliche oder überörtliche Sozialhilfeträger. BWF als Form der ambulanten Eingliederungshilfe müsste eigentlich durch örtliche Sozialhilfeträger, d.h. Landkreise und Kommunen finanziert werden (SGB XII § 97 in Verbindung mit landesrechtlichen Regelungen). Die Übernahme der Kosten geschieht dessen ungeachtet in einigen Regionen auch durch die überörtlichen Sozialhilfeträger, obwohl ihre sachliche Zuständigkeit sich auf stationäre und teilstationäre Eingliederungshilfe beschränkt (ebenso SGB XII § 97 in Verbindung mit landesrechtlichen Regelungen). Dies wird in Richtlinien zwischen Träger, örtlicher Sozialverwaltung und überörtlichem Sozialhilfeträger als freiwillige Leistung vereinbart. Gründe hierfür lassen sich in den Kostenersparnissen für den überörtlichen Träger finden, die im Vergleich zu vollstationären Maßnahmen erheblich sind (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 31 ff.).

Ein weiterer Grund für die Verschiebung der Zuständigkeit vom örtlichen zum überörtlichen Leistungsträger könnte neben der Reduzierung der Einzelfallkosten in der Eingliederungshilfe möglicherweise die richtungsweisende Funktion des überörtlichen Sozialhilfeträgers für die psychiatrische Versorgungslandschaft sein. Mit der Förderung des BWF werden Entwicklungsimpulse gesetzt und der Leistungsträger folgt dabei den Grundsätzen von Personenzentriertheit, Gemeindeintegration und der Forderung nach ambulanten Angeboten, wohlgerichtet für eine Klientengruppe, die eigentlich stationären Hilfebedarf hat. Ein Beispiel hierfür ist der Landschaftsverband Westfalen Lippe, der als Kommunalverband überörtlicher Träger der Sozialhilfe ist. Durch Zielvereinbarungen des Landschaftsverbandes mit den Trägern kam es dort zu einer flächendeckenden Etablierung des BWF innerhalb von 2 Jahren (vgl. SOZIALWERK ST. GEORG E.V. 2007, S. 9).

Es gibt unterschiedliche *Finanzierungsformen* und *Abrechnungsverfahren*. Die Leistungen der Teams werden mit Pauschalen oder Fachleistungsstunden durch die Leistungsträger vergütet, auch das Trägerübergreifende Persönliche Budget und Selbstzahler sind mögliche zusätzliche Finanzierungsoptionen. Einige Einrichtungen erhalten Zuwendungen oder besondere Fördermittel (z.B. in der Aufbauphase).

Die Art der Finanzierung der Einrichtung ist in Vereinbarungen zwischen dem Leistungsträger und der BWF anbietenden Einrichtung geregelt. Überwiegend erfolgt die Leistungsvergütung pauschal. Es haben sich jedoch auch andere Finanzierungsformen in der Praxis des BWF herausgebildet:

- Eine *pauschale Abrechnung* der Betreuungsleistung kann durch Tagessätze oder Monatspauschalen erfolgen. Die Pauschale wird ohne eine Bedarfsermittlung des Klienten geleistet. Dies hat sowohl Vor- als auch Nachteile. Der Verwaltungsaufwand ist vergleichsweise gering. Die Betreuungsleistung kann ohne Nachweis an den Kostenträger erbracht werden, eine tatsächliche fallbezogene Kostenzuordnung wird nicht vorgenommen. Das Team kann individuelle Schwerpunkte in der Leistungserbringung setzen (z.B. Krisenintervention). Bei einem intensiven Betreuungsaufwand ist die Pauschale aber möglicherweise nicht ausreichend (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 34 ff.; SCHULZE TEMMING 2007, S. 40 f.).
- SCHULZE TEMMING (2007, S. 40 f) beschreibt ein Finanzierungsmodell in dem ein jährliches *Fachleistungsstundenkontingent* festgelegt wird. Dieses ist gestaffelt nach *Hilfebedarfsstufen*. Die Klienten werden nach ihrem Betreuungsbedarf eingruppiert. Eine zeitintensive Betreuung wird somit entsprechend vergütet, zudem kann das

Fachteam anlassbezogen arbeiten. Im Rahmen des Stundenkontingents der Hilfebedarfsstufe werden nur die tatsächlich erbrachten Fachleistungsstunden abgerechnet. Die Kosten werden genau zugeordnet. Der Verwaltungsaufwand ist hoch, die Eingruppierung muss regelmäßig überprüft und die Leistungen für den Leistungsträger dokumentiert werden.

- Eine Finanzierung durch *Fachleistungsstunden* führt zu mehr Transparenz und Vergleichbarkeit der Kosten und Leistungen. Es erfolgt eine genaue personenbezogene Hilfebedarfsermittlung. Über die Bewilligung der Stundenzahl pro Klient kann der Leistungsträger die Kosten steuern. Das Berechnen der Höhe des Stundensatzes ist komplex, da nicht nur direkte Leistungen sondern auch indirekte Leistungen berücksichtigt werden müssen. Zudem ist die Anzahl der Betreuungsstunden vom Klienten *und* der Gastfamilie abhängig. Es gibt verschiedene Berechnungsmodelle. Der Verwaltungsaufwand ist beträchtlich, der Hilfebedarf muss regelmäßig überprüft und die Arbeitsaufwendungen und -inhalte müssen beschrieben und für den Leistungsträger dokumentiert werden (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 34 ff.; SCHULZE TEMMING 2007, S. 40 f.).
- Eine weitere Möglichkeit der (Teil-)Finanzierung ist das *Trägerübergreifende Persönliche Budget* nach § 17 SGB IX. Der Budgetnehmer zahlt in diesem Fall neben den Kosten für die Unterkunft und den Lebensunterhalt an die Gastfamilie eine nach der individuellen Hilfebedarfsermessung festgelegte Vergütung an das BWF- Team. SPEICHER (2006, S. 134 ff.) sieht in der Einführung der Geldleistung zukünftig nachhaltige Strukturveränderungen in der Behindertenhilfe: „Der Familienpflege in der eigenen und auch der fremden Familie wird eine zentrale Rolle zukommen.“ Der Fachausschuss bemerkt im Vorstandsbericht von 2006 - 2008 gegensätzlich zur vorangehenden Aussage, dass BWF eine Sachleistung und damit ungeeignet für das Persönliche Budget sei (vgl. DGSP 2006/08, S. 16). Um den Anspruch auf das Persönliche Budget auch im BWF gewährleisten zu können, sollten entsprechende Rahmenbedingungen durch die Verwaltungen geschaffen werden. Gegen die Einführung des Persönlichen Budgets spräche gleichwohl die Steuer- und Versicherungspflicht der durch den Budgetnehmer angestellten Beschäftigten. Die dadurch ausfallende Steuerfreiheit der Gastfamilien im Rahmen des BWF führte zu finanziellen Nachteilen (vgl. SCHULZE TEMMING 2007, S. 40 f.).

EISENHUT (2002, S. 121) beziffert das monatliche *Entgelt der Fachteams* im BWF bei fallbezogener pauschalierter Vergütung und bei Vergütung durch Fachleistungsstunden. Geht

man von einem Mindestbetreuungsschlüssel von 1 (Fachkraft) : 10 (Betreuungsverhältnisse) aus, wie vom Fachausschuss Familienpflege in den Standards für das BWF gefordert, darf die Vergütung eine gewisse Untergrenze nicht unterschreiten um kostendeckend arbeiten zu können (vgl. EISENHUT 2002, S. 126/ 2004, S. 47; SCHIEBL 2008). Innerhalb der Regionen Deutschlands gibt es auffallende Unterschiede in der Vergütung der Fachteams:

Entgelt der Fachteams im BWF	
Die Beträge beziehen sich auf 2001 und zeigen die Bandbreite in Deutschland	
Pauschalbetrag: 321 - 716 €	Fachleistungsstunde: 28- 31 €
<small>Quellen: vgl. EISENHUT 2002, S. 121 und EISENHUT 2002, S. 121 zit. n. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 34</small>	

Die *Handlungsvorschriften des Leistungsträgers* und die *Verträge zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer* sind als Richtlinien und/ oder Leistungs-, Vergütungs-, und Prüfungsvereinbarungen ausgeführt. Welche dieser schriftlichen Beschlüsse die Grundlage für die Arbeit einer Einrichtung bilden, ist verschieden. Auch der Aufbau und der Inhalt variieren. Es wird hier besonders deutlich, dass es keine einheitlichen Standards im BWF gibt. Meine Aussagen zu den vertraglichen Vereinbarungen basieren auf den mir vorliegenden Verträgen einzelner Einrichtungen, die jedoch aus Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Gründe nicht als Quelle zitiert werden. Die folgenden Aussagen sind allgemein und nicht abschließend.

Richtlinien enthalten als Handlungsvorschriften mit bindendem Charakter die grundsätzlichen Voraussetzungen für die Umsetzung des BWF. Hierzu zählen u.a. rechtliche Grundlagen, Art und Ziel des Angebotes, Regelungen von Zuständigkeit und Vorrang/ Nachrang zu anderen Leistungen, Anspruchsberechtigung/ Zielgruppe und Verfahren zur Antragstellung. Weitere Aussagen bestehen zum Vertragsverhältnis, zum Träger, zum Fachpersonal, zu Personalschlüssel, Leistungsentgelt und Verwendungsnachweis des Trägers und zur Qualitätssicherung. Weitere mögliche Inhalte der Richtlinien beziehen sich auf Eignung und Betreuungsentgelt der Gastfamilie, Abwesenheits- und Urlaubsregelungen sowie Regelungen für den Fall eines Krankenhausaufenthaltes des Gastes.

Leistungsvereinbarungen nach § 75 (3) SGB XII werden zwischen dem Leistungsträger und dem Leistungserbringer geschlossen (ebenso Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen). Sie umfassen ebenfalls grundlegende organisatorische und inhaltliche Rahmenbedingungen. In manchen Leistungsvereinbarungen sind die Leistungen des BWF- Teams sehr allgemein formuliert und in anderen dezidiert aufgeschlüsselt. Dies können sehr konkrete

Leistungsbeschreibungen sein, z.B. „Öffentlichkeitsarbeit“, „Teilnahme an gemeindepsychiatrischen Fachgremien“, „Anbahnung der Kontakte zwischen Klient und Familie sowie Begleitung bei der Entscheidungsfindung“ oder „Personalorganisation“ (siehe hierzu auch Kapitel 8.1 „Aufgaben des Fachteams“).

Neben dem vertraglich festgelegten Leistungsentgelt und dem Personalschlüssel sind auch verschiedene Leistungsdetails mit entscheidend für die finanzielle Ausstattung einer Einrichtung. Dies betrifft verschiedene Regelungen in Richtlinien und Leistungs-/ Vergütungsvereinbarungen, z.B. wie die Finanzierung externer Supervision geregelt ist oder den Umgang mit Fahrtzeiten. Ein Leistungsdetail, das sich auch direkt auf das Entgelt auswirkt, ist z.B. der Umgang mit Abwesenheitszeiten des Klienten durch einen stationären Krankenhausaufenthalt.

Ich möchte an dieser Stelle meine Vermutung äußern, dass es weitere Details gibt, die „indirekt“ ausschlaggebend für die finanzielle Ausstattung der Einrichtung sein könnten. Dies könnten Leistungsbeschreibungen sein, welche die Aufgaben oder die Qualität der Leistungserbringung des Fachteams regeln. Wenn beispielsweise die oben genannten Leistungsmerkmale „Öffentlichkeitsarbeit“, „Teilnahme an gemeindepsychiatrischen Fachgremien“, „Anbahnung der Kontakte zwischen Klient und Familie...“ etc. dezidiert in Leistungsvereinbarungen aufgeführt sind, wird hierfür meiner Vermutung nach der notwendige Arbeitsaufwand eher berücksichtigt und dem Personalschlüssel und der Vergütung zugrunde gelegt. Zumindest ist eine detaillierte Beschreibung der tatsächlich zu erbringenden Leistungen eine Grundlage für Verhandlungen zwischen Leistungserbringer und Leistungsträger.

Der letzte Aspekt zur Finanzierung betrifft die *Höhe der Leistungen an Gastfamilie und Gastbewohner*. Die Leistungsbemessung ist aufgrund der föderalen Struktur der Bundesrepublik in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedlich. Die örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe haben einen Auslegungs- und Ermessensspielraum, Verhandlungsstärke der Leistungserbringer und Finanzausstattung der Kommunen und Länder sind ebenso ausschlaggebend (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 31 ff.).

Außerdem orientiert sich die Kostenerstattung für Lebenshaltung und Unterkunft an den ebenfalls regional unterschiedlichen Sätzen der Sozialhilfe (HzL), Grundsicherung oder ALG II. Grundsätzlich gilt überall:

Die Familien erhalten für die Betreuung und Versorgung des Klienten ein monatliches Betreuungsentgelt, welches teilweise je nach Hilfebedarf variiert. Erhält der Klient Pflegegeld,

erklärt er sich vertraglich zur Weiterleitung an die Gastfamilie bereit. Die Kosten für Lebenshaltung und Unterkunft werden der Gastfamilie erstattet. Der Klient muss eigenes Einkommen und Vermögen entsprechend einsetzen (vgl. SCHIEBL 2008).

EISENHUT (2007, S. 9) hat eine Übersicht der gezahlten Beträge zusammengestellt, er verdeutlicht damit die Differenzen bei den Leistungen der monatlichen Lebenshaltungskosten der Bewohner, der gezahlten Kosten für die Unterkunft und zeigt die Spanne der monatlichen Betreuungsentgelte und Pflegegelder (SGB XI) für die Familien auf. Innerhalb der Regionen in Deutschland gibt es in der Gesamtsumme der einzelnen Beträge allerdings einen gewissen Ausgleich, d.h. die Summe der Leistungen gleicht sich durch großzügige oder knappe Bemessung der einzelnen Leistungen etwas an.

Leistungen an die Gastfamilien	
Die Beträge beziehen sich auf 2005 und zeigen die Bandbreite in Deutschland	
Betreuungsentgelt Familien	333 - 544 €
Pflegegeld nach SGB XI	205 - 665 €
Hilfe zum Lebensunterhalt	141 - 323 €
Kosten für Unterkunft	111 - 266 €
Gesamtentgelt	725 - 891 €
Quelle: vgl. EISENHUT 2007, S. 9	

EISENHUT (2002, S.123 f.) bemängelt, dass es für das Betreuungsentgelt „keine bundesweit einheitliche Definition“ gibt und somit zum einen starke regionale Ungleichheiten und zum anderen die „Anrechnung der Leistungen der Pflegekasse sehr unterschiedlich“ erfolgt. Geht man davon aus, dass der Hilfebedarf bei zusätzlicher Leistungsberechtigung nach SGB XI größer ist, bedeutet dies für die Gastfamilie einen Mehraufwand, der nicht überall zusätzlich vergütet wird, denn das Pflegegeld erfolgt zusätzlich *oder* angerechnet auf das Betreuungsentgelt.

Auch andere Leistungsdetails schlagen sich in der Vergütung der Familien nieder. So hängt von den Vereinbarungen zwischen Leistungsträger und BWF- Einrichtung ab, ob z.B. im Falle eines zeitlich begrenzten Klinikaufenthaltes das Betreuungsentgelt weitergezahlt wird oder wie mit „halben“ Betreuungsmonaten und Urlaubszeiten verfahren wird. Die Zahlung eines Barbetrags zur persönlichen Verfügung für den Gastbewohner nach § 35 (2) SGB XII

ist ebenso Verhandlungssache(vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 31 ff.). Die Höhe der Leistungen an die Bewohner benennt EISENHUT (2007, S. 9):

Leistungen an die Gastbewohner	
Die Beträge beziehen sich auf 2005 und zeigen die Bandbreite in Deutschland	
Barbetrag zur freien Verfügung	85 - 90 € (teilweise von HzL abgezogen)
Bekleidungs-geld	23 - 30 €
Quelle: vgl. EISENHUT 2007, S. 9	

Für die Klienten haben die „unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten die gravierendsten Auswirkungen“. Sie müssen eigenes Einkommen und Vermögen ab einer gewissen Höhe in erheblichem Umfang einsetzen. Dies betrifft natürlich die Hilfen zum Lebensunterhalt einschließlich der Kosten der Unterkunft. Die Berechnungen zur Kostenbeteiligung bei Leistungen durch die Pflegekasse und der Einsatz eigenen Vermögens für die Betreuungskosten des Fachteams variieren daneben äußerst auffällig. Diese regional unterschiedlichen Rahmenbedingungen zur Kostenbeteiligung wirken sich auf die finanzielle Attraktivität des BWF für die Klienten aus (vgl. EISENHUT 2002, S. 127 ff.).

Die obigen Ausführungen zeigen die verschiedenen Möglichkeiten und z.T. großen regionalen Unterschiede in der Ausgestaltung der Finanzierung im BWF. EISENHUT (2002, S. 118 ff.) sieht hierfür zwei Gründe. Zum einen fehle für das BWF, soweit es durch die überörtlichen Sozialhilfeträger als freiwillige Leistung finanziert würde, der gesetzliche Anspruch. Die Leistungsbemessung könne dadurch mehr oder weniger frei gestalten werden. Eine weitere Ursache fände sich in der Besonderheit der Rechtsbeziehungen zwischen Klient, Gastfamilie, Fachteam und Leistungsträger. Zwischen Gastfamilie und Leistungsträger bestehe keine Rechtsbeziehung, da eine Gastfamilie weder Einrichtung noch leistungsberechtigt nach § 53 SGB XII sei. Der Leistungsträger könne dadurch die Betreuungsentgelte einseitig definieren.

Das Resultat der Uneinheitlichkeit in der Finanzierung des BWF ist eine zu großen Teilen nicht gerechtfertigte Leistungsdifferenz bei Gastfamilien, Klienten und Fachteams. „Sinnvoll wäre es (...), sich auf eine einheitliche Definition der Kostenbestandteile zu einigen. Regionale Unterschiede (bspw. in den Kosten der Unterkunft) wären dann immer noch zu rechtfertigen“ (EISENHUT 2002, S. 129). Außerdem müsste der individuelle Hilfebedarf des

jeweiligen Klienten berücksichtigt werden, es sollten hierzu Eingruppierungen mit vergleichbarem Hilfebedarf vorgenommen werden (vgl. EISENHUT 2002, S. 129).

Im empirischen Teil der Diplomarbeit (10. Kapitel) greife ich verschiedene Aspekte der Finanzierung im BWF auf, um älteren Erhebungen neue Zahlen entgegensetzen. Ein Fragenschwerpunkt sind die Inhalte aus Leistungsvereinbarungen und Richtlinien und die Vergütung der einzelnen Leistungsmerkmale, da hierzu keine Untersuchungen oder Studien vorliegen.

3. Konzepte im BWF

In der relevanten Literatur fehlen theoretische Bezugsrahmen für das Betreute Wohnen in Familien, die Fachliteratur nennt jedoch eine Fülle an Konzepten, aus der einige gewichtige im folgenden Kapitel erläutert werden sollen. Dem BWF zu Grunde liegende Konzepte und Leitideen sind das Salutogenese- Modell, das in Abgrenzung zur pathogenetischen Sichtweise dargestellt wird, das Normalisierungskonzept, Integration und die milieuthérapeutische Sichtweise vom Alltag als Entwicklungschance.

3.1 Salutogenese

Die Betreuung in den Gastfamilien gelingt auf Grund von sozio- und psychodynamischen Verhaltensstrukturen, die aus der sozialen Alltagslogik der Familien entstehen. Das Alltagshandeln wird mit subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit begründet und entsteht aus der emotionalen Empfindlichkeit und Belastbarkeit der Familienmitglieder. Vergleicht man das Gesundheits- und Krankheitsverständnis der familialen Alltagslogik mit der biomedizinischen Expertenlogik, werden die breiteren Verständnismöglichkeiten von Laien deutlich (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 43 ff.).

Nachstehend sollen zur Verdeutlichung obiger Aussage die Handlungsmuster aus pathogenetischem Verständnis der salutogenetischen Sichtweise gegenübergestellt werden.

Die von Medizin und Psychiatrie angewandte organzentrierte Pathogenesevorstellung ist auf Abweichungen und Defizite ausgerichtet. Das Weglassen bzw. Unterordnen der psychosozialen Bedeutungsebene rationalisiert die Behandlung, Betreuung und Pflege. Auch im „multifaktoriellen“ bzw. „bio-psycho-sozialen“ Additionskonzept wird Krankheit aus der Störungsperspektive wahrgenommen.

Nach dem Salutogenese-Modell werden Krankheit und Gesundheit nicht als getrennte Zustände einer Person gesehen und Gesundheit nicht als Zustand, sondern als Prozess gewertet: Der Mensch bewegt sich stets zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit hin und her. Zudem werden Stressoren nicht ausschließlich negativ besetzt, es wird ihnen vielmehr die hilfreiche Funktion des Signalgebens zugeschrieben. Das salutogenetische Präventionskonzept bezieht sich auf Ressourcen und Schutzfaktoren, die zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit führen. Erfolgreiches Coping besteht somit darin, individuelle Möglichkeiten zu aktivieren, die angemessen und effektiv sind (vgl. LORENZ 2005, S. 26 ff.).

ANTONOVSKY (1987/ 97, S. 34 ff.) begründete das Salutogenese- Modell. Er entwickelte darin das Konstrukt des „sense of coherence“, des Kohärenzgefühls. Damit ist die Haltung eines Individuums gemeint, dass die Anforderungen des Lebens im Vertrauen auf die eigenen Fähigkeiten bewältigt werden können. Menschen mit einem gut ausgeprägten Kohärenzgefühl setzen Bewältigungsmöglichkeiten flexibel ein.

Die Literatur nennt weitere interne und externe Schutzfaktoren/ Ressourcen, die bei bestehender oder chronischer Erkrankung und Behinderung Wohlbefinden und Gesundheit erhalten und fördern. Zum oben genannten Bewältigungsoptimismus (und der Zuversicht, dass die Bewältigung von Schwierigkeiten dem Leben Sinn gibt), dem Erleben von Selbstwirksamkeit, Widerstandsfähigkeit und einer Ich- Stärke zählen u.a. auch ökonomische und soziale Faktoren wie ein gutes Beziehungs-, Wohn- und Arbeitsklima, finanzielle Sicherheit und die Zugehörigkeit zu gesellschaftlichen Gruppen (vgl. ANTONOVSKY S.124 ff.; CLAUSEN/ EICHENBRENNER, S. 34; LORENZ 2005, S. 35; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 45).

„Das salutogenetische Modell weist im Gegensatz zum krankheitsbezogenen Medizinkonzept eine deutliche Nähe zu subjektiven Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen und zu gesundheitsbezogenem Handeln von Laien auf“ (SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 45). Die subjektiven Alltagstheorien der Familien ähneln dem salutogenetischen Modell, indem sie Situationen vergleichbar definieren, erklären und vorhersagen. Des Weiteren baut das Konzept auf Stärken und Selbstbefähigungskräften der Betroffenen auf und stützt die Bedürfnisse nach Integration und Selbstbestimmung.

Das Betreute Wohnen in Familien orientiert sich am salutogenetischen Modell. Die salutogenetische Perspektive der Gesundheitsförderung ist dazu in prozessorientiertes Handeln umzusetzen. Das bedeutet für die Gastfamilie, die Bewohner und das BWF- Team eine Orientierung an den Bedürfnissen des Bewohners/ der Familie, eine Aufwertung des subjektiven Verständnisses und der individuellen Wirklichkeitsperspektiven sowie einen dialogischen Austausch zur Verbesserung von Selbstwahrnehmung und Informiertheit und schließlich die Förderung von Verselbstständigung und Unabhängigkeit (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 43).

Die psychiatrische Orientierung auf die Pathologie und damit einhergehende einseitige Handlungsmuster sollten meines Erachtens hinterfragt werden. Ein salutogenetischer Blickwinkel führt sicher zu einer Vervollständigung der Wahrnehmung und zu einem ganzheitlichen Handeln, in dem der einzelne Mensch im Mittelpunkt steht. Die Inanspruch-

nahme des salutogenetischen Modells durch das BWF muss dennoch differenziert betrachtet werden. Ein alleiniges Handeln aus salutogenetischer Perspektive wird kaum möglich sein. Zu sehr sind Klienten, Mitarbeiter aus dem pflegerischen oder sozialen Bereich und bestimmt auch viele Familien an die pathogenetische Perspektive gewöhnt. Dazu erkennen auch SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 23) selbst bei salutogenetisch orientierten Professionellen die Tendenz, in schwierigen Situationen und bei Überforderung auf „kontrollierende“, „diagnostizierende“ und „schematisierende“ Muster der Psychiatrie zurückzugreifen. Auch Familien würden Diagnosen und Informationen über das Krankheitsbild des Gastes fordern, wenn es Probleme im Zusammenleben gäbe (vgl. MEYER/ WYSTYRK 2008, S. 94).

3.2 Normalisierung

Historisch im Rahmen der Behindertenpädagogik von Bank- Mikkelsen und Nirje entwickelt, ist Normalisierung ein zentrales Konzept der ambulanten gemeindepsychiatrischen Versorgung, wie auch des BWF. Mit den untenstehenden von Nirje formulierten Normalisierungsprinzipien lassen sich Handlungsleitlinien für die ambulante Versorgung psychisch und geistig behinderter Menschen gewinnen (vgl. THIMM 2005, S. 21):

- normaler Tagesrhythmus
- Trennung von Wohnen, Arbeit und Freizeit
- normaler Jahresrhythmus mit Ferien, Feiern, Geburtstagen
- normaler Lebensverlauf: Kindheit, Jugend, Erwachsensein
- Respektierung von Bedürfnissen
- Angemessene Kontakte zwischen Mann und Frau
- normaler wirtschaftlicher Standard

Als Teil des gemeindepsychiatrischen Handlungsparadigmas stehen die Bestimmungsmerkmale des Normalisierungsprinzips in Abgrenzung zu institutionalisiertem Leben mit seinen stigmatisierenden, entindividualisierenden und hospitalisierenden Wirkungen. Normalisierung kann man dabei als einen von Fachkräften begleiteten Prozess verstehen, der das Ziel hat, behinderten Menschen eine weitgehend normale Lebensführung (wieder) zu ermöglichen. Dazu gehören Partizipation und Integration in das soziale und gesellschaftliche Umfeld, die Förderung von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung und die Festigung der Identität. Berücksichtigt werden dabei die Prinzipien von Lebensweltorientierung und

Adressatenbeteiligung: Hilfen werden so weit wie möglich gemeinsam mit den Klienten entwickelt (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 53).

Das Betreute Wohnen in Familien ermöglicht eine umfangreiche Normalisierung in vielen Bereichen des Lebens. Der normale Familienalltag besteht aus selbstverständlichen Handlungsmustern. Dazu gehören Bindungsstabilisierung durch die stärkere Personenbindung, soziale Unterstützung, gemeinsames Leben im Alltag und das gemeinsame Aushandeln von Rollen. Auch die Auseinandersetzung mit Konflikten, der Umgang mit unterschiedlichen Standpunkten, Unstimmigkeiten und Streits gehört zum normalen Alltag in der Gastfamilie. Diese Normalität im Alltag des Familienlebens kann kein institutionelles Setting künstlich erzeugen.

3.3 Integration

Ein weiterer Leitbegriff für die Zielsetzung von BWF ist Integration. Integration beschreibt einen dynamischen, andauernden und differenzierten Prozess des Zusammenfügens und Zusammenwachsens innerhalb des Beziehungsrahmens Familie. SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 53) verweisen auf den Aspekt der Verbindlichkeit und der Vorstellung von dauerhafter Zugehörigkeit und beschreiben Integration als „Qualitätsmaßstab für das Zusammenleben von Bewohnern und Familie.“

Eine gelungene Betreuungssituation, eine Integration innerhalb der Familie, äußert sich nach SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 54) in verschiedenen Merkmalen. Einige sollen hier exemplarisch erwähnt werden: Die Betreuungssituation wird als selbstverständlich und dauerhaft angesehen. Gemeinsame Regeln, Kompromisse und Umgangsformen werden gefunden und Konflikte gemeinsam gelöst. Kognitive und psychische Grenzen werden anerkannt, fremdes Verhalten der Bewohner wird akzeptiert. Die Familien beziehen die Bewohner in Planungen mit ein.

Dazu ist anzumerken, dass jeder Integrationsprozess unterschiedlich verläuft. Der Beziehungsaufbau hängt ab von den Motiven und Erwartungen und ganz entscheidend vom Charakter und den Fähigkeiten des Bewohners und der Gastfamilie. Die oben aufgezählten Merkmale beschreiben eine ideale Integration, bis dahin braucht es viel Beziehungsarbeit und Zeit. Für manche Bewohner und Familien ist eine hundertprozentige Integration gar nicht erwünscht, zum Beispiel wenn ein Gast mit geringem Unterstützungsbedarf in einer eigenen anliegenden Wohnung wohnt. Die Integrationsvorstellungen beider Parteien sollten allerdings

ähnlich sein. Kritisch sollte auch das Maß betrachtet werden, bis zu dem Integration in eine Fremdfamilie überhaupt realisiert werden kann. Für viele Klienten ist eine Betreuungssituation keine auf Dauerhaftigkeit angelegte Lösung und vielmehr eine Übergangslösung für eine selbstständigere Wohnform. Betreuungsverhältnisse werden regelmäßig wieder aufgelöst. Die Möglichkeiten von Integration unter dem Aspekt der Verbindlichkeit und der Vorstellung von dauerhafter Zugehörigkeit sind somit begrenzt. Eine Erklärungsmöglichkeit hierfür liegt in der Unterschiedlichkeit von Verwandtschaftsfamilien und Gastfamilien. OEVERMANN (1987, zit.n. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 54) nennt vier Strukturmerkmale von Familien, die dies erklären könnten:

1. die Nichtaustauschbarkeit von Personen
2. das Bestehen einer affektiven Solidarität- Beziehungen sind dauerhaft angelegt, es gibt eine generalisierte emotionale Bindung
3. eine Solidarität des gemeinsamen Lebensweges- Beziehungen untereinander werden als zeitlich unbegrenzt verstanden
4. und eine unbedingte Solidarität- Zwischen den Familienmitgliedern herrscht ein kriterienloser und grenzenloser Vertrauensvorschuss.

Auch in der Gastfamilie sind die Personen meist nicht austauschbar, oft gibt es nur ein einziges „richtiges“ Passungsverhältnis von Bewohner und Gastfamilie. In den Strukturmerkmalen 2. und 3. unterscheiden sich Verwandtschafts- und Gastfamilie jedoch eindeutig. Zwischen Bewohnern und Familienmitgliedern entwickeln sich emotionale Bindungen, die aber nicht generalisiert sind, d.h. in der Regel nicht über eine Auflösung des Betreuungsverhältnisses hinweg bestehen bleiben. Genauso fehlt das Verständnis einer Solidarität des gemeinsamen Lebensweges. Auch ist das Zusammenleben vertraglich begründet und somit potentiell jederzeit auflösbar. Schließlich ergeben sich aus dem Vertrag Kriterien und Bedingungen, es gibt somit keine unbedingte Solidarität.

3.4 Alltag in Familien als Entwicklungschance – Milieuthherapie

Das natürliche Milieu für Entwicklung bilden intuitive therapeutische Handlungsmuster der Gastfamilie. Dazu gehören Bindungsstabilisierung durch Zuhören und Dasein, soziale Unterstützung, identitätssichernde Wahrnehmung und Anerkennung, gemeinsames Leben im Alltag und das Aushandeln von Rollen. Diese Normalität in der Familie ist jedoch nicht gleichbedeutend mit Harmonie. Auch schwierige Beziehungen und negative Gefühle müssen

beständig ausbalanciert werden und können dabei ein Lernfeld sein. Erfahrungen unterschiedlicher BWF- Einrichtungen zeigen Entwicklungschancen auf mehreren Ebenen: die Überwindung von hospitalisierungsbedingten Verhaltenseinschränkungen, ein Wiederaneignen alltagspraktischer Fertigkeiten bei Körperhygiene, Kleidung oder Umgang mit Geld, die Übernahme verschiedener sozialer Rollen, ein (Wieder-)Beleben alter und neuer Sozialbeziehungen, den Zugewinn an Selbstbestimmung, Selbstsicherheit und Entscheidungssicherheit und ein subjektives Wohlbefinden und Zufriedenheit mit der getroffenen Lebensentscheidung und den neuen Lebensumständen (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 49).

Den Alltag in der Gastfamilie als Entwicklungschance, als therapeutisches Lernfeld zu betrachten, liegt der Entwurf der Milieuthherapie zu Grunde.

Die Konzeption der Milieuthherapie im deutschsprachigen Raum wurde vor allem von HEIM (1985, S. 13 ff.) entwickelt. Die Milieuthherapie strebt die umfassende Einbeziehung des Patienten in einem Behandlungssetting an, alle therapeutischen Vorgänge in einer Institution sind dabei abgestimmt und alle Geschehnisse (neben den klassischen Therapieverfahren) sind als therapeutisch zu verstehen. Diese Konzeption ist jedoch weitgehend auf Institutionen zugeschnitten und wird hier vernachlässigt.

Eine alternative Konzeption von Milieuthherapie begreift das Milieu nicht als gezielt geplantes, sondern als unreflektiert gelebtes (vgl. KONRAD 1993, S. 145). Eine aktive Kommunikation ermöglicht dabei besonders das gemeinsame Erarbeiten von Problem- und Konfliktlösungen sowie Mitentscheidung und Mitverantwortung. Heutige Ansätze von BWF vertreten diese Alternative der Milieuthherapie (vgl. KONRAD/ SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 15).

Weiter gibt es verschiedene Ansätze milieutheraeutischer Prinzipien, die die Wirksamkeit der Milieuthherapie zu beschreiben versuchen. Ich orientiere mich exemplarisch und der Klarheit halber ausschließlich an den Prinzipien, die CIOMPI (1994, S. 365 f.) formuliert hat. Sie sollen an dieser Stelle erläutert werden, um mit den Wirkmöglichkeiten des Milieus in Gastfamilien abgeglichen zu werden. CIOMPI entwickelte ein System, das ungünstige Milieueinflüsse beschreibt und welche Verhaltensweisen, welches Denken und Fühlen daraus folgend entstehen. Hieraus leitet er optimale therapeutische Bedingungen ab:

- Entspannung, Ruhe, Sicherheit, Gelassenheit, Reduktion von Stimuli
- einfache, klare, übersichtliche Umgebung, personengebundene Atmosphäre, wenig Wechsel, Kleingruppe
- Stabilität, Kontinuität, Verlässlichkeit

- Vertrauen, Überprüfung von Wahrnehmungen/ Gedanken und Gefühlen, Toleranz
- Verständnis, Wärme, Unterstützung, Engagement, Dialog, Erklärungen
- klare Umgrenzung der Personen, Anerkennung von Unterschieden in Meinungen/ Gefühlen und Verhalten
- Rationalität, Klarheit, Eindeutigkeit
- Eindeutigkeit von Ge- und Verboten, realistische, eindeutige Erwartungen
- Autonomisierung, Verantwortlichkeit, Vertrauen
- Beweglichkeit, Rollenflexibilität
- intellektuelle und affektive Stimulation/ Offenheit/ Weite.

Die milieuthérapeutischen Vorstellungen von CIOMPI überschneiden sich in einigen Punkten mit den Eigenschaften des BWF. Die Personengebundenheit in einer stabilen und überschaubaren Gruppe ist kennzeichnend für die Gastfamilie. Die Verantwortung füreinander in einer Familie kann nicht an jemand anderen abgegeben werden. Jedes Familienmitglied erfüllt eine bestimmte Rolle (z.B. Vater/ Mutter/ Kind/ Gast) und trägt damit dazu bei Sicherheit, Verlässlichkeit und Intimität in der Familie herzustellen. Dies schafft Beständigkeit und Verbindlichkeit innerhalb der gegebenen Familienstrukturen, vor allem, wenn das Betreuungsverhältnis auf längere Zeit ausgelegt ist. Die Umgebung ist in der Regel klar und übersichtlich, da auf das kleine familiäre Umfeld begrenzt. Die große Rollenflexibilität für Bewohner im Setting der Gastfamilie ist eine therapeutische Bedingung, die in institutionalisierten Zusammenhängen nicht gegeben ist, dort hat ein psychisch erkrankter oder behinderter Mensch in der Regel einen abhängigen Patientenstatus. RAEDER (2008, S. 115) bestätigt in seiner Arbeit die Vielschichtigkeit der Bewohnerrollen in Gastfamilien, die sowohl innenorientiert als auch außenorientiert sein können. Viele Rollen ließen sich zudem klassischen Familienrollen (Onkel, Kind o.Ä.) unterordnen. In den Familien herrschen zudem eigene Regeln, die im Unterschied zu Institutionen allerdings nicht formuliert sind. Der Bewohner steht vor der Herausforderung die Familienregeln zu erahnen und sich anzupassen. Die Gastfamilie sollte ihre Regeln auch revidieren und der neuen Familiensituation entsprechend umwandeln können. Diese Möglichkeit ist in institutionalisierten Betreuungsverhältnissen deutlich schwerer oder kaum durchzusetzen.

Im Großen und Ganzen betrachtet zeigt CIOMPI Möglichkeiten für eine optimale Atmosphäre im Betreuungssetting der Gastfamilie auf. Ist diese vorhanden, kann das Familienmilieu entwicklungsfördernd im Sinne der eingangs von SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 49) genannten Möglichkeiten wirken. Viele der von CIOMPI formulierten Bedingungen hängen

aber von den Fähigkeiten und der Lernbereitschaft der Gastfamilien ab, so gibt es sicher auch Familien, in denen wenig Dialog und Erklärungen stattfinden, die starr in ihren Rollenmustern sind, die keine optimalen oder nur mäßige milieuthérapeutische Bedingungen bieten. Nicht jedes Familienmilieu ist für den Rehabilitationsprozess eines Bewohners geeignet. In der Vorauswahl, der Passung von Klient und Familie, sollten im Voraus das Milieu beeinflussende Faktoren berücksichtigt werden. Stellt sich ein Familienmilieu dennoch als entwicklungshemmend heraus, liegt es am Team, das Betreuungsverhältnis verändernd zu unterstützen bzw. aufzulösen.

4. BWF im historischen und gesellschaftlichen Wandel Deutschlands

In drei Abschnitte unterteilt, werden im nachstehenden Kapitel prägnante Eckdaten des Betreuten Wohnens in Familien im gesellschaftlich- historischen Kontext Deutschlands aufgeführt.

Die Diskussion um das Betreute Wohnen in Familien als eigenständige Betreuungsform war in ihrer Entwicklungsgeschichte abhängig von fachlichen Kontroversen um Krankheitsbilder und Behandlungsformen. Dazu spielten auch sozioökonomische, sozialpolitische und kulturelle Rahmenbedingungen und die Frage nach Belegungssituation und Finanzierbarkeit der Anstalten eine Rolle (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 11).

Es wird auf die Geschichte und Entwicklung des BWF von seinen Anfängen bis zur aktuellen Lage und möglichen Perspektiven eingegangen.

4.1 Anfänge der Familienpflege bis I. Weltkrieg

Der schriftlich dokumentierte Ursprung des BWF/ der Familienpflege liegt im belgischen Ort Geel, welcher als Wallfahrtsort bis zum Ende des 18. Jahrhunderts eine Pilgerstätte für „Geisteskranke“ war. Nachgewiesene Zahlen über dort von Gastfamilien aufgenommene Bewohner gibt es ab 1789, ca. 500 Patienten, deren Zahl bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts auf 1900 anstieg. 1862 wurde in Geel eine Aufnahmeklinik zur Vermittlung der Patienten in Gastfamilien und Rückverlegung von akut Kranken eingerichtet (vgl. KONRAD/ SCHMIDT- MICHEL 1993, S. 11).

Die deutsche Geschichte der Familienpflege beginnt im Jahr 1764. Der Arzt Engelken gründete bei Bremen eine kleine Privatanstalt, die durch ihren Therapieerfolg großen Zulauf hatte. Aufgrund von Platzmangel wurden die Patienten daraufhin in Gastfamilien in Kliniknähe untergebracht (vgl. BEESE 2008, S. 17). Die Familienpflege fand aber über diese Region hinaus zunächst keine weitere Verbreitung. Auch ist in den folgenden Jahrzehnten keine weitere Entwicklung verzeichnet.

In den Jahren 1840 - 1880 wurden kontroverse Diskussionen der deutschen „Irrenärzte“ um die Einführung der Betreuung von Patienten in Laienfamilien geführt, die Familienpflege wurde jedoch zunächst mehrheitlich abgelehnt (vgl. KONRAD/ SCHMIDT- MICHEL 1993, S. 14).

Die dann folgende Verbreitung der Familienpflege in Deutschland zur Jahrhundertwende war verknüpft mit der Professionalisierung der psychiatrischen Versorgungskonzepte und den allgemeinen Veränderungen des gesamten Fürsorgesystems. Gründe für die Wiederbelebung

der Familienpflege lagen auch in der massiven Überfüllung der Anstalten, dem ökonomischen Vorzug im Vergleich zur Versorgung in Anstalten und den ihr zugesprochenen besseren rehabilitativen Möglichkeiten. Ein erster Ansatz der Hospitalismuskritik lässt sich auf diese Zeit zurückführen: Die krank machende Wirkung des Anstaltsmilieus wurde den weitgehend normalen sozialen Lebensbedingungen in der familialen Laienpflege gegenübergestellt (vgl. NEUSCHLER 1867, S. 32, zit.n. KONRAD/ SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 14).

Die wichtigsten deutschen Vorreiter sind die Psychiater Griesinger, Warendorf und Alt. GRIESINGER betonte die salutogenetischen Vorzüge des Familienlebens: „Die familiäre Kranksinnigenpflege gewährt den Kranken das, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens“ (GRIESINGER 1868, S. 36 f. zit.n. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 11). 1880 begründete Warendorf die Iltener Familienpflege, weitere Versuche wurden in den darauf folgenden 30 Jahren an fast allen Anstalten durchgeführt (vgl. SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 44 f.).

Die Betreuungsverhältnisse in Gastfamilien stiegen bis zum I. Weltkrieg kontinuierlich an, wobei die Zentren in den Städten Berlin und Bremen sowie in den speziell angelegten ländlichen Asylen wie Ilten und Uchtspringe lagen. Ein Höchststand ist kurz nach Beginn des I. Weltkrieges 1915 mit 3815 „Pflegerlingen“ zu verzeichnen (vgl. BUFE 1939, S. 89; SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 45 f.).

4.2 Weimarer Republik bis II. Weltkrieg

Die Familienpflegeverhältnisse gingen vor allem in der Kriegs- und Nachkriegszeit erheblich zurück, Ernährungsschwierigkeiten und die Zunahme von Krankheit und Sterblichkeit waren die Gründe hierfür. Wohnungsnot und Nahrungsmittelknappheit nötigten viele Familien zur Aufgabe ihrer Pflegeverhältnisse, die Anstalten waren bestrebt arbeitsfähige Patienten bei sich zu halten. Im Jahr 1924 ist ein Tiefstand mit 1500 Patienten in Familien vermerkt. Erst 1927 zeigen Statistiken wieder annähernd Zahlen wie vor Kriegsbeginn, auch hier mit deutlichen Zentren: Preußen und Bremen (vgl. BUFE 1939, S. 95). Gründe für das Wiederanstiegen der Betreuungsverhältnisse ab 1923 sind unter anderem in den entwickelten Reformvorschlägen in der Weimarer Zeit für eine „soziale Psychiatrie“ zu suchen (vgl. RAECKE 1921/22, S. 127 zit.n. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 14).

Zum Ende der Weimarer Zeit und mit dem Beginn des Faschismus wurde die Familienpflege allerdings als kostengünstige Alternative zur Anstaltsversorgung („Entvölkerung“ der Anstalten) und nicht wie zuvor als ein sinnvolles therapeutisches Pflege- und Betreuungsverhältnis propagiert (vgl. SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 63). Sie erreichte 1932 mit 5063 Pflegestellen einen erneuten Höchststand, wobei hier auch Gastfamilien mit mehr als drei Betreuten hinzuzurechnen sind (vgl. KNAB 1933, S. 196 ff.; BUFE 1939, S. 98).

Die in der Literatur gefundenen Belege sind Stichtagserhebungen, es ist davon auszugehen, dass die Betreuungsverhältnisse in der Regel nicht dauerhaft waren. Zurücknahmen in Anstalten, Beurlaubungen und Entlassungen führten zu einer „Übergangsfamilienpflege“ im Sinne heutiger Übergangswohnheime (vgl. SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 48).

Die Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 brachte der Psychiatrie im Allgemeinen und auch der Familienpflege einschneidende Veränderungen. Die Familienpflege wurde zwar weiterhin propagiert, allerdings nur unter dem Gesichtspunkt der Kosteneffektivität (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 14). Die Psychiatrie wurde von den ideologischen Theorien des Faschismus völlig beeinflusst. 1934 trat das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in Kraft, damit konnten gegen den Willen der Betroffenen Zwangssterilisationen durchgeführt werden. Die Auswirkungen der Sterilisationsgesetze auf die Familienpflege zeigten sich in der vorübergehenden Zurücknahme der Patienten zur „Unfruchtbarmachung“ in die Anstalten und in der noch stärkeren Isolation der Anstalten von der Bevölkerung, um „gemeinschaftsstörende Elemente von der Volksgemeinschaft fernzuhalten“ (HOFFMANN 1937 zit.n. SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 65). Ab 1936 war Familienpflege ohne vorherige Sterilisation nicht mehr denkbar (vgl. SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 66 f.).

Weitere Schritte zur allmählichen Auflösung der Familienpflege folgten. Das „Reichsgesetz zur Verminderung der Arbeitslosigkeit“ von 1933 beschränkte potentielle Gastfamilien auf ärmere Schichten der Bevölkerung, welche aus wirtschaftlichen Gründen nicht in der Lage waren, bezahlte Kräfte einzustellen. Die Familienpflege veränderte sich damit in Richtung einer „Patientenleiharbeit“ und der Ausnutzung der Arbeitskraft von Kranken ohne therapeutische Ansprüche (vgl. BEESE 2008, S. 24). Anschließend erfolgte eine Senkung der Aufwandsentschädigung in Angleichung an die Senkung der Pflegesätze in den Anstalten, so dass ein Großteil an Bewohnern aus den Familienpflegeverhältnissen zurück in die Anstalten gegeben wurde (vgl. SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 70 f.).

Schließlich folgte in einer umfangreichen Umverteilungspolitik der Anstalten eine Vollbelegung der Großanstalten. Nach dieser Konzentration wurden 1940 die psychiatrischen

Anstalten aufgelöst und die dort oder die in anstaltsgebundener Familienpflege lebenden psychisch Kranken vergast (vgl. SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 73 f.).

4.3 Bedeutungsverlust nach 1945 und Wiederentdeckung ab 1975

Nach dem II. Weltkrieg gab es in Deutschland keine bedeutenden Zahlen zur Familienpflege mehr. Als mögliche Gründe für diesen Bedeutungsverlust nach 1945 nennen SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 15 f.):

- die geringe Zahl an Überlebenden in den Anstalten nach den Vernichtungsaktionen,
- die unzumutbare Versorgung der psychiatrischen Anstalten nach Kriegsende,
- ärztliche Vorbehalte gegen alternative Versorgungsformen außerhalb der Anstalten,
- soziale Probleme wie Wohnungsnot sowie
- den Rückgang potentieller Gastfamilien auf Grund von wirtschaftlichen Engpässen und die Sicherung der eigenen Existenz bei den Familien.

In den 70er Jahren erreichte die Patientengruppe der chronisch psychisch Kranken und geistig Behinderten wieder annähernd die Zahlen wie vor dem Faschismus bzw. wie in anderen industrialisierten Ländern. Einen ersten Wiederanstoß nach 1945 gab die Psychiatrie- Enquete von 1975. Darin wird die Psychiatrische Familienpflege als Bestandteil verschiedener komplementärer Dienste des psychiatrischen Gesamtversorgungssystems erwähnt.

„Eine Form der beschützenden Wohnsituation stellt die Aufnahme von Behinderten in Familien dar, die sich - unter der Voraussetzung eines finanziellen Ausgleichs – hierzu bereit erklären (Familienpflege) (...). Ein guter Familienpflegeplatz könnte für viele Kranke eine Heimunterbringung zweifellos ersetzen und wäre ihr gegebenenfalls vorzuziehen (...). Familienpflege in größerem Ausmaß setzt allerdings, neben der Sicherung und fürsorgerischen Betreuung, die Organisation einer Anleitung der Pflegefamilien und eine gesicherte Kontrolle der Versorgungsmodalitäten voraus“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 1975, S. 247 f.). Die Sachverständigen- Kommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland hielt „es für unerlässlich, dass der Auf- und Ausbau von Einrichtungen zur Versorgung von nicht- krankenhausbefürftigen psychisch Kranken (...) vorangetrieben wird“ (DEUTSCHER BUNDESTAG 1975, S. 22).

Dennoch spielte die familiäre Laienbetreuung keine ernsthafte Rolle, denn die Familie wurde im fachlichen Diskurs dieses Zeitrahmens pathologisiert (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S.

15 f.). Chronisch psychisch kranke und geistig behinderte Menschen wurden in privaten Heimen untergebracht und so die Kliniken zu Gunsten übriger Patienten entlastet.

Erst in den 80er Jahren gab es erneut das Bestreben, Familienpflege zu betreiben und auszubauen. Modellversuche gab es an der Psychiatrischen Landeslinik Bonn (1984) und in Ravensburg- Weissenau (1984). Diesen Modellen folgten der Auf- und Ausbau in vielen weiteren Städten und Landkreisen des Bundesgebietes.

4.4 Aktuelle Lage des BWF - Perspektiven und Entwicklungschancen

In Deutschland sind aktuell rund 130 Institutionen vertreten, die BWF anbieten und kontinuierlich ausbauen, wobei die Entwicklung langsam und regional sehr unterschiedlich verläuft. Es ist ein deutliches Gefälle zu erkennen: In Baden- Württemberg und Nordrhein- Westfalen ist BWF offensichtlich etabliert, in anderen Bundesländern befinden sich deutlich weniger oder gar keine Angebote (vgl. SCHIEBL 2008; EISENHUT 2004, S. 48).

Im Kennzahlenvergleich von 2007/2008 der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) ermitteln die 23 überörtlichen Sozialhilfeträger Daten mit dem Ziel, eine möglichst vollständige Zusammenschau der ambulanten, teilstationären und stationären Hilfen vorzulegen. Der Bericht liefert auch verhältnismäßig aktuelle Zahlen zu Leistungsberechtigten im BWF.

Aus der nachstehenden Tabelle lassen sich verschiedene Trends für das Betreute Wohnen in Familien ablesen. Es wird die regional abweichende Entwicklung dieser Betreuungsform deutlich. In Baden- Württemberg hat das BWF als etabliertes Angebot quantitativ im Vergleich zu den anderen Bundesländern ein Vielfaches der durchschnittlichen Dichte erreicht. In Bayern ist ein Anstieg der Leistungsberechtigten im BWF zu vermerken, wobei aus der Darstellung nicht die unterschiedlichen Daten der verschiedenen bayerischen Bezirke hervorgehen. Im Bezirk Unterfranken nämlich nimmt die Zahl der Betreuten im BWF ab, die Erhebungen für Bayern umfassen zudem nicht die Bezirke Mittelfranken, Niederbayern und Oberfranken. Deutlich wird auch der langsame Ausbau des Betreuungsangebotes in den ostdeutschen Bundesländern Sachsen und Thüringen sowie in Nordrhein- Westfalen und im Saarland. In Hamburg ist ein Rückgang der Leistungsberechtigten zu verzeichnen (vgl. BAGÜS 2009, S. 35 f.).

Leistungsberechtigte im BWF (absolut und prozentual je 10.000 Einwohner von 2003 bis 2008):												
	2003		2004		2005		2006		2007		2008	
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%	absolut	%
BW	670	0,63	844	0,79	1.066	0,99	1.036	0,96	1.001	0,93	1.118	1,04
BY	40	0,05	43	0,05	42	0,05	44	0,05	65	0,08	83	0,2
HB	16	0,24	16	0,24	12	0,18	9	0,14	8	0,12	12	0,18
HE	116	0,19	113	1,19	117	0,19	110	1,18	122	0,2	120	0,2
HH	82	0,48	22	0,13	31	0,18	6	0,03	7	0,04	5	0,03
NRW	264	0,15	307	0,17	359	0,2	357	0,2	427	0,24	497	0,28
SH	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15	0,05
SL	36	0,34	42	0,4	43	0,41	48	0,46	50	0,48	58	0,56
SA	0	0	0	0	0	0	5	0,01	18	0,04	28	0,07
TH	0	0	0	0	28	0,12	32	0,14	42	0,18	45	0,2
Σ	1.224		1.387		1.698		1.647		1.740		1.981	
BW= Baden- Württemberg, BY= Bayern, HB= Bremen, HE= Hessen, HH= Hamburg, NRW= Nordrhein- Westfalen, SH= Schleswig- Holstein, SL= Saarland, SA= Sachsen, TH= Thüringen												
Quelle: vgl. BAGÜS 2009, S. 35												

Betrachtet man die in der Tabelle dargestellte Summe aller Leistungsberechtigten im BWF bundesländerübergreifend, ist innerhalb von fünf Jahren ein Zuwachs von rund 62 % festzustellen. Der Aufwärtstrend darf allerdings nicht über die bereits einleitend erwähnten stagnierenden Entwicklungen, Angebotslücken und Rückgänge von Leistungsberechtigten im BWF in einigen Regionen Deutschlands hinwegtäuschen.

BECKER (2005) beschreibt die Situation des BWF im Rheinland. Er nennt drei Gründe für die schleppende Etablierung des BWF und findet Ansätze diese zu verbessern.

Zum einen ließen sich aktuell nur eine begrenzte Anzahl Gastfamilien dafür gewinnen, einen kranken oder behinderten Menschen bei sich aufzunehmen. Würde BWF stärker gefördert und wie andere Formen sozialer und beruflicher Arbeit zu einer anerkannten und alltäglichen gesellschaftlichen Aufgabe, so gelänge dies leichter. Zum anderen bringe die Organisation des BWF spezielle Schwierigkeiten mit sich. Jeder einzelne Betreuungsplatz müsse in zum Teil mehrmonatigen Vermittlungsbemühungen eingerichtet werden. Bei einem Scheitern des Betreuungsverhältnisses mit Abbruch der Betreuungsbeziehung ließe sich, anders als bei einem Wohnheim, dieser Platz nicht ohne weiteres neu belegen. Diese Schwierigkeiten ließen sich grundsätzlich durch pauschale Entgelte bzw. Personalschlüssel ausgleichen, die das Abbruchrisiko und die Vorlaufzeit bei Vermittlungen berücksichtigen. BECKER fordert einen Personalschlüssel von 1 (Fachkraft): 8 (Betreuungsverhältnisse). Des Weiteren fordert er, die

überörtliche Sozialverwaltung (hier der Landschaftsverband Rheinland) solle die Verantwortung für das BWF an sich ziehen, zumindest so lange, bis ein flächendeckendes Netz der Versorgung entstanden und die Hilfeart zu einer allgemein anerkannten Form der Eingliederungshilfe geworden ist.

EISENHUT (2007, S. 64 f.) benennt und analysiert die erschwerten Entwicklungschancen für das BWF in weiten Teilen Deutschlands. Eine Fraktionierung des Sozialsystems und Kommunalisierungsprozesse (Brandenburg, Schleswig- Holstein, Baden-Württemberg) würden ein permanentes Bemühen der Einrichtungen, ihren Status Quo zu erhalten, erfordern. Überörtliche Richtlinien würden fehlen und könnten dem entgegensteuern. Auch massive Vorurteile von Seiten der Leistungsträger würden eine Ausweitung der Vermittlungen in das BWF erschweren.

Ein gegenteiliges Bild zeichnet sich laut EISENHUT im Landschaftsverband Westfalen-Lippe ab. Bei steigendem Bedarf nach Eingliederungshilfemaßnahmen erfuhr das BWF dort eine „jährliche Steigerung der Vermittlungszahlen um fast 50 %“ (EISENHUT 2007, S. 65). Ursächlich für diesen Anstieg seien sinnvolle Richtlinien zwischen Träger, örtlicher Sozialverwaltung und überörtlichem Sozialhilfeträger sowie die Aufforderung an die Träger, BWF flächendeckend umzusetzen.

Verschiedene Entwicklungserfordernisse und -möglichkeiten für das Betreute Wohnen in Familien beschreiben EISENHUT, SCHMIDT-MICHEL sowie BRIDLER/ LÖTSCHER.

Notwendigen Entwicklungsbedarf sieht EISENHUT (2007, S. 66) in der konsequenten Ausdehnung des Hilfeangebotes auf alle Klientengruppen (Kinder und Jugendliche mit Beeinträchtigungen, gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen, Menschen mit psychischer Erkrankung, geistiger Behinderung oder Suchtproblematik, Eltern mit Kind/ern etc.).

Er verlangt außerdem die Erarbeitung anderer Angebote, wie z.B. „Kontaktfamilien“ nach dänischem Vorbild (Patenschaften für Menschen mit Unterstützungsbedarf innerhalb der Nachbarschaft) und Programme zur Entlastung der Gastfamilien in Urlaubszeiten nach schweizerischem Modell.

Als klare Zielorientierung fordert er, mindestens 10 % aller behinderten Menschen mit stationärem Hilfebedarf die Chance auf Betreutes Wohnen in Familien zu geben sowie innerhalb von 5 Jahren BWF flächendeckend in Deutschland einzuführen (vgl. EISENHUT 2007, S. 66).

SCHMIDT-MICHEL (2004, S. 35 ff.) beschreibt die akut-psychiatrische Versorgung in Gastfamilien anhand von Projekten in den USA und führt Überlegungen zu Realisierungsmöglichkeiten in Deutschland an. Auch BRIDLER und LÖTSCHER (2006, S. 48 ff.) beschreiben ein Modellprojekt in Zürich/ Schweiz, in dem erfolgreiche Aufenthalte in Gastfamilien bei akuten Krisen stattfänden. Die Betreuung psychisch erkrankter Menschen in akuten Krisen durch Gastfamilien schein eine funktionierende Alternative zur Klinikaufnahme zu sein, ist im System des deutschen Sozialrechts aber eine bisher unrealisierte Herausforderung, da Finanzierung und Arbeitsrecht einer Umsetzung bisher im Wege stünden (vgl. SCHMIDT-MICHEL 2004, S. 39).

Für die Diskussion um die Perspektiven des BWF ist es sinnvoll, die gegenwärtigen sozialpolitischen Entwicklungen kurz darzustellen:

Die Ausgaben und die Zahl der Leistungsberechtigten im SGB XII nehmen stetig zu. Die Zusammensetzung der gesamten Sozialhilfeausgaben in Deutschland zeigt, dass die Bedeutung der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen im Vergleich zu den anderen Hilfearten deutlich zugenommen hat. Mit einem Anteil von 57 % an den gesamten Nettoaufwendungen der Sozialhilfe im Jahr 2008 ist die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen die finanziell mit Abstand bedeutendste Hilfeart im SGB XII. Auch die Zahl der Leistungsbezieher von Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen hat steigende Tendenz und lag 2008 bei rund 713.000 Personen. Zusammenfassend ist feststellbar, dass sich die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in einem Prozess wachsender Dynamik befindet. So haben sich die Bruttoausgaben für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen seit der Wiedervereinigung bis 2008 mehr als verdreifacht (+206 %). Gleichzeitig stieg auch die Zahl der Leistungsberechtigten bis zum Jahr 2008 mit einer Zunahme von 120 % gegenüber 1991 (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2010).

HAGELSKAMP (2006, S. 24 ff.) führt zudem noch weitere durch verschiedene Studien untermauerte Punkte an, die diese Situation verstärken könnten. Hierzu gehöre die Zunahme der psychischen Erkrankungen in Deutschland, insbesondere Depressionen und Angststörungen. Psychische Erkrankungen machten im Jahr 2009 laut einer Studie der DAK 10,8 % des Gesamtkrankenstandes aus und stünden damit an vierter Stelle der wichtigsten Krankheitsarten (vgl. DAK-UNTERNEHMEN LEBEN 2010, S. 26 f.). Daneben gibt es die wachsende Gruppe behinderter Menschen, die alterungsbedingt evtl. pflegebedürftig und auf geänderte, neue Hilfen angewiesen sind. Ihre Zahl wird in den nächsten Jahren erheblich

weiter steigen und sich empirisch entsprechend der übrigen Bevölkerung entwickeln (vgl. BAGÜS 2009, S. 94 ff.).

Wegen dieser Entwicklungen und Prognosen scheint es sinnvoll, weiter an der Etablierung und am Ausbau des BWF festzuhalten. SCHÄFER (2006, S. 129) fordert angesichts der sozialpolitischen Situation „innovative Wege in der Sozialhilfe zu gehen und pragmatische Lösungen zu finden“ und spricht für eine Ausdehnung des Angebotes BWF. Hierfür spräche neben der erheblichen Kostendämpfung im Vergleich zu stationärer Betreuung eine gesteigerte Lebensqualität der Klienten und die nachhaltige Förderung „bezahlten bürgerlichen Engagements“.

Grundsätzlich sollten Veränderungen in der Versorgungsstruktur der Eingliederungshilfe stattfinden: so durch den Ausbau des ambulant betreuten Wohnens einschließlich des BWF, durch eine Differenzierung der Wohnformen, um Wahlmöglichkeit vorzuhalten, in der Aufgabe der strikten Dreiteilung von „ambulant/ teilstationär/ stationär“ und in einer einheitlichen und zusammenhängenden Unterstützung behinderter Menschen durch Leistungen aus einer (überörtlich gesteuerten) Hand, wie dies beispielsweise das BWF im Landschaftsverband Westfalen- Lippe leistet (vgl. HAGELSKAMP 2006, S. 24 ff.; SCHÄFER 2006, S. 129; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 31).

5. Fachausschuss Familienpflege

1997 organisierten sich die Teams des BWF bundesweit als „Fachausschuss Familienpflege“ unter dem Dach der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie (DGSP). Der Fachausschuss ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Praktikern des BWF aus den Bereichen Psychiatrie und Arbeit mit Menschen mit Behinderungen. Hauptziel des Fachausschusses war und ist, die Entwicklung des BWF im Bundesgebiet zu forcieren und sie „als gleichrangiges Angebot neben allen anderen Formen der außerklinischen Betreuung zu etablieren“ (vgl. EISENHUT 2004, S. 46).

Der Fachausschuss ist bundesweit der einzige Fachverband in diesem Arbeitsfeld und ist Mitveranstalter von jährlichen, internationalen Fachtagungen zum Thema BWF (vgl. SCHIEBL 2008).

Um den flächendeckenden, deutschlandweiten Ausbau des Betreuten Wohnens in Familien zu unterstützen, gibt der Fachausschuss Hilfestellung beim Aufbau neuer BWF- Einrichtungen. Hospitation, Beratung, Vorträge und Schulungen werden angeboten. Außerdem wird bei der Aushandlung von Leistungsvereinbarungen zwischen BWF- Einrichtungen und Leistungsträgern beraten (vgl. SCHIEBL 2008; EISENHUT 2004, S. 46).

Seine eigene Bedeutung bewertet der Fachausschuss lediglich als mäßig. EISENHUT (2004, S. 47 ff.) sieht die Gründe hierfür in der Zusammensetzung des Fachausschusses aus Praktikern, deren Arbeitsschwerpunkt im Betreuungsalltag und nicht im funktionären Repräsentieren liegt. Eine „Professionalisierung der Beratungsstruktur und der Organisation des Fachausschusses (wäre) dringend notwendig“ (vgl. EISENHUT 2007, S. 64). „Ohne die Bildung von Ausschüssen, die sich den jeweiligen Spezialgebieten (Mutter/ Vater und Kind, internationale Beziehungen, Forschung etc.) widmen, wird er künftig nicht effektiv arbeiten können. Der Fachausschuss braucht dringend eine Debatte über seine weitere Struktur, denn der bisherige Weg, dass engagierte Fachmitarbeiter/ innen sich neben ihrer Alltagsarbeit diesen wichtigen Themen annehmen, wird auf Dauer zur Überlastung des Fachausschusses führen“ (vgl. EISENHUT 2008).

Zum einen ist dadurch ein Defizit in der wissenschaftlichen Erforschung des Arbeitsfeldes BWF zu konstatieren, zum anderen besteht ein großer Mangel in der Wahrnehmung des BWF in der (Fach-)Öffentlichkeit. Betreutes Wohnen in Familien wird vielfach gar nicht oder extrem voreingenommen wahrgenommen und beurteilt. Verstärkt investiert der Fachausschuss deshalb in eine fundierte und überzeugende Repräsentanz des BWF und befasst sich mit Fragen der Qualität, mit inhaltlicher Arbeit und Stellungnahmen zu fachlichen

Gesichtspunkten (vgl. EISENHUT 2007, S. 64). Hiermit sollen sozialpsychiatrische Fachleute und Multiplikatoren gewonnen werden, um den flächendeckenden Ausbau in Deutschland voranzubringen (vgl. EISENHUT 2004, S. 47 ff.).

Bislang gibt es keine verbindliche oder überregional einheitliche Dokumentation zur Qualitätssicherung im Betreuten Wohnen in Familien. 2003 formulierte der Fachausschuss jedoch fachliche Mindeststandards, die sich im weiteren Sinne mit Qualitätskriterien befassen. Der Fachausschuss will zukünftig allgemeinverbindliche Qualitätskriterien festsetzen und zu Verfahren zu deren Sicherung kommen.

Nachstehend finden sich die vom Fachausschuss 2003 formulierten *Standards für das BWF*. Sie haben aktuelle Gültigkeit (vgl. EISENHUT 2004, S. 47; SCHIEBL 2008).

1. Die Familienpflege ist eine Pflichtleistung im Rahmen der Eingliederungshilfe, sie stellt ein ambulantes Angebot im Rahmen des gemeindepsychiatrischen Verbundes dar und beteiligt sich an Planung und Durchführung des Verbundes. Unter Familienpflege wird sowohl die Psychiatrische Familienpflege als auch die Familienpflege für Menschen mit geistiger oder körperlicher Behinderung verstanden.
2. Eine angemessene Aufwandsentschädigung der Gastfamilie ist notwendig. Sie setzt sich aus Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherung und hilfebedarfsorientiertem Betreuungsgeld zusammen. Das Betreuungsgeld darf in der niedrigsten Hilfebedarfsgruppe € 400,- (Stand Juli 2002) nicht unterschreiten. Weitere Leistungen (z.B. der Pflegeversicherung) sind zusätzlich zu gewähren.
(Der Begriff „Gastfamilien“ umfasst Familien, Einzelpersonen und andere Lebensgemeinschaften.)
3. Die Familienpflege unterscheidet sich deutlich von einem Kleinheim, daher soll nicht mehr als ein Klient, maximal zwei Personen in eine Gastfamilie integriert werden.
4. Um Familienpflege anbieten zu können hat sich ein multiprofessionelles Team bewährt. Die Professionen müssen dabei, je nach Schwerpunktsetzung des Betreuungsangebotes, auf die Zielgruppe abgestimmt werden. Entsprechende Sachkosten, die auch die Akquise von Gastfamilien und Klienten sowie Overhead- Personalkosten und Raumkosten enthalten, sind zur Verfügung zu stellen. Supervision, Fachberatung und Fortbildung des Teams ist zu gewährleisten und zu finanzieren.
5. Die Gründung von bzw. die Teilnahme an regionalen Arbeitsgemeinschaften zum fachlichen Austausch wird empfohlen.

6. Die Auswahl geeigneter Gastfamilien trifft das Team. Es nimmt eine Gesamtbewertung aufgrund fachlicher Kriterien vor.
7. Zur Anbahnung eines Familienpflegeverhältnisses ist ein unabhängig finanziertes Probewohnen notwendig. Dabei ist die Weiterfinanzierung des vorangegangenen Betreuungssettings zu gewährleisten, um nach Scheitern innerhalb des Probewohnens eine Rückkehr zu sichern.
8. Zwischen Klienten, Gastfamilie und Träger der Familienpflege wird eine Betreuungsvereinbarung geschlossen, in dem Rechte und Pflichten aller Vertragsparteien geregelt sind.
9. Das Team übernimmt die fachliche Beratung, Begleitung und Betreuung des Familienpflegeverhältnisses, u.a. in Form von regelmäßigen Hausbesuchen.
10. Der Betreuungsschlüssel orientiert sich am jeweiligen Hilfebedarf. Der Mindestbetreuungsschlüssel beträgt eine Fachkraft auf 10 Betreuungen.
11. Bei vorübergehender Abwesenheit des Klienten und bei Krankheit der Gastfamilie ist die Weiterfinanzierung sicherzustellen.
12. Die Gastfamilie hat Anspruch auf eine Unterbrechung des Pflegeverhältnisses von mindestens 28-tägiger Dauer pro Jahr ohne Kürzung der Aufwandsentschädigung.

6. Die Gastfamilien

Die Gastfamilien bilden das Kernstück des BWF. Im folgenden Kapitel sollen zunächst die Voraussetzungen zur Eignung als Gastfamilie und die Motive und Erwartungen der Familien geklärt werden. Im letzten Abschnitt wird die Kontroverse um die familiäre Laienhilfe in Abgrenzung zu professionell vorgebildeten Familien geführt. Da zu diesem Thema nur wenig Literatur zur Verfügung steht, beziehe ich mich überwiegend auf die sehr detaillierten Ausführungen von SCHÖNBERGER und STOLZ (2003).

6.1 Voraussetzungen für die Eignung als Gastfamilie

Für die Betreuungsverhältnisse müssen Familien gefunden werden. Bestimmte Voraussetzungen sollen dabei erfüllt sein, da ein positives Betreuungsverhältnis zu großen Teilen von der Eignung der Gastfamilie abhängt.

Objektivierbare Auswahlkriterien für die Gastfamilie sind die äußeren Voraussetzungen. Hierzu zählen sozialräumliche Bedingungen, d.h. geeignete Räumlichkeiten für den Gast, Erreichbarkeit komplementärer Versorgungseinrichtungen, öffentliche Verkehrsmittel etc. Ebenfalls unverzichtbar ist eine konkrete Betreuungsperson und stabile Verhältnisse der Gastfamilie, hierzu zählt auch finanzielle Unabhängigkeit (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 61 ff.).

Merkmale geeigneter Gastfamilien für eine soziale und emotionale Eignung sind im Familienmilieu zu finden: Ein „emotional warmes Klima“, Empathie, Offenheit, Kooperationsbereitschaft und Reflexionsfähigkeit sowie eine realistische Sichtweise des zu erwartenden Betreuungsverhältnisses sollen hier beispielhaft genannt werden (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 61 ff.). Auch lässt sich hier ein Bezug zum Salutogenese-Modell (Kapitel 3.1) herstellen. Familien mit einem hohen Kohärenzerleben sind sicherlich erfolgreicher in ihrer Betreuungsaufgabe. Sie haben das Vertrauen, durch die neue Familiensituation entstehende Anforderungen mit ihren eigenen Fähigkeiten bewältigen zu können.

SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 63 ff.) formulieren auch ausführlich Kennzeichen ungeeigneter Familien und Hinweise auf schwierige Betreuungssituationen. Es erfordere hohe „fachliche Kompetenz, eine genaue, fallbezogene Diagnostik und nicht zuletzt

Fingerspitzengefühl, die Ressourcen (...) einer Familie gegen Merkmale, die auf ein Risiko hinweisen, abzuwägen.“

Risikomerkmale sind nicht in jedem Fall ein Ausschlusskriterium, treffen jedoch mehrere Merkmale auf eine Familie zu, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer negativ verlaufenden Betreuungssituation. Verschiedene Probleme sprechen für eine schwierige Betreuungssituation, etwa eine hohe psychische Bedürftigkeit der Gastfamilie oder zu hohe Erwartungen an die Bewohner. Auch schwerwiegende unverarbeitete Brüche in der Familienbiografie (Trennungen, Verlusterfahrungen, tiefe Kränkungen o.Ä.) können zu Problemen werden, wenn der Gast z.B. die Rolle eines fehlenden Partners erfüllen soll. Weitere ungünstige Voraussetzungen von Familien sind geringer Kontakt und wenig Austausch mit der sozialen Umwelt, das Bagatellisieren von Schwierigkeiten, eine mangelnde Offenheit und ein behindertenfeindliches oder abfälliges Menschenbild (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S.59 und S. 62 ff.).

SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 65) nennen auch professionelle Vorerfahrung der Gastfamilie als Risikomerkmale. Hierzu gibt es auch andere Auffassungen, die in Kapitel 6.3 („Laienfamilie versus Familie mit professionellem Hintergrund“) ausführlicher dargelegt werden.

Die Kriterien, die bei der Auswahl der Familien beachtet werden, geben wichtige, aber nicht zwingende Anhaltspunkte für die Entscheidungen des BWF- Teams. Das Passungsverhältnis zwischen einem ganz bestimmten Bewohner und einer Familie muss richtig sein. Die Vielfalt von Bewohnern lässt einen Spielraum für eine individuelle „Bewertung“ der Familien.

6.2 Motive und Erwartungen der Gastfamilien

Für die Aufnahme eines Bewohners in die Gastfamilie sind immer mehrere Motive ausschlaggebend. Unterschieden werden „manifeste“, d.h. offenbare und „latente“, der Familie nicht bewusste Motive. Die individuellen Motive der Gastfamilien sind dabei abhängig von den sozialhistorischen Gegebenheiten einer Region: Mentalität, Lebenslage (z.B. hohe Arbeitslosigkeit) und gelebte Tradition (z.B. religiöse Orientierung) müssen bei der Einschätzung der Familie berücksichtigt werden.

Die Fachliteratur nennt pragmatische „manifeste Motive“. Hierzu zählen:

- finanzieller Anreiz, Zuverdienst,
- Übernahme einer sinnvollen Aufgabe,

- Entwicklung bewirken, etwas erreichen wollen,
- Ressourcen nutzen: Zeit, Wohnraum etc.,
- Kompetenzen erhalten (frühere Pflegeerfahrung)
- und die Suche nach sozialer Anerkennung und Einbindung (vgl. HELD 1998, S. 63 ff.; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 66 ff.).

Manche Motive stehen im Zusammenhang mit der Familiengeschichte oder mit Bedürfnissen, die den Familien nicht bewusst sind. KONRAD (1993, S. 147 ff.) untersuchte in Gastfamilien die Motivation im Hinblick auf eine hinzugewonnene Sinnstiftung durch die Betreuungsaufgabe bei zuvor fehlender kultureller Identität und die Kompensation von Brüchen in der Familienbiografie. Auch SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 66 ff.) nennen dieses und weitere mögliche „latente Motive“:

- Generationenauftrag: Bearbeitung von Brüchen in der Herkunftsfamilie (Flüchtlingserfahrung, Adoption usw.)
- Besetzung von „Leerstellen“ im Familiengefüge (z.B. Auszug erwachsener Kinder, Kinderlosigkeit), „strukturelles Ungleichgewicht“ (HELD 1998, S. 65)
- Reaktion auf den Verlust von Arbeit, Identität und sozialer Einbindung (vor allem bei Frauen)
- Wiedergutmachung: Der Bewohner wird stellvertretend für eine missglückte Beziehungsgestaltung aufgenommen.
- Regulierung von Partnerschaftskonflikten durch Schaffung einer neuen Beziehungskonstellation (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 66 ff.; HELD 1998, S. 63 ff.).

Manifeste und latente Motive wirken zusammen bei der Entscheidung einer Familie Gastfamilie zu werden und haben im Verlauf des Zusammenlebens großen Einfluss auf die Beziehungsdynamik. In der Forderung nach Veränderung und Anpassung etwa, dem „manifesten“ Motiv etwas erreichen zu wollen, stecken zwei Seiten: erwünschte Familienzugehörigkeit und Verbindlichkeit einerseits und die Überforderung des erkrankten Menschen andererseits.

Die „latenten“ Motive beinhalten oft eine konfliktrichtige Psychodynamik, wenn z.B. die Zuordnung eines Bewohners auf eine familiäre „Leerstelle“ mit starren Erwartungen oder Projektionen verknüpft sind oder frühere problematische Beziehungserfahrungen des Bewohners auf die Gasteltern übertragen werden (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S.66 ff.; SCHRADER 2008, S. 64 ff.). SCHRADER (2008, S. 64 ff.) beschreibt dies in der Aufnahme von

Bewohnern auf Grund des Motivs der „nachholenden Elternschaft“. Die Gastfamilien „versuchen hierbei, bisher nicht realisierte (...) Familienrollen zu verwirklichen (...) und empfundene Lücken zu schließen.“ Zwischen den Bewohnern und den Gasteltern entstehen häufig Interaktionsstrukturen wie in natürlichen Eltern- Kind- Beziehungen. Neben der oben beschriebenen schwierigen Interaktionsdynamik birgt die Beziehung aber auch die Möglichkeit der vollen Akzeptanz als Familienmitglied.

Die Kenntnis über das Motivgefüge der Gastfamilie kann dem Fachteam Hinweise für darin liegende Chancen und Schwierigkeiten geben und ist notwendig, um einen passenden Bewohner zuzuordnen (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 66 ff.).

6.3 Laienfamilie versus Familie mit professionellem Hintergrund

Trotz gesellschaftlichem Umbruch und Wandel traditioneller Lebensformen ist anzunehmen dass die Familie nach wie vor die wichtigste gesellschaftliche Sozialisationsinstanz ist. Dabei haben sich auf Grund von Individualisierung und Pluralisierung der Lebensformen vielfältige Familiensysteme entwickelt (vgl. LAKEMANN 2008, S. 204; RAEDER 2008, S. 96; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 24).

Die Kommunikations- und Beziehungsprozesse in der Familie werden von intuitiven therapeutischen Handlungsmustern unterstützt. Die Familie bietet ein natürliches Milieu für Entwicklung (vgl. auch 3.4 „Alltag in Familien als Entwicklungschance - Milieuthérapie“). Neben der familialen Sozialisation und dem förderlichen Milieu verfügen Familien über soziale und emotionale Kompetenzen, von denen der Gast profitiert. So kann beispielsweise durch Modellwirkung und natürliche spontane Reaktionen der Familienmitglieder problematisches Bewohnerverhalten positiv geformt werden. Emotionale Zuwendung und gewachsene Beziehungen erhalten durch die verlässliche und konstante, nicht durch Arbeitszeiten geregelte Personenbindung einen höheren Stellenwert (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 57). Auch Kommunikation spielt eine bedeutende Rolle in der Familie. Entscheidungen werden in der Regel in Absprache mit anderen getroffen. Dabei ist wichtig, die eigene Meinung begründen zu können. In Institutionen hat das Personal häufig wenig Zeit für persönliche Gespräche, oft beschränkt sich die Kommunikation auf die Symptomatik der Klienten.

HILDENBRAND (1991, S. 15) spricht von der „naturwüchsigen Lebenspraxis“ der Familie und vertritt die Meinung, dass dieses Wissen nicht durch professionellen Einfluss verändert werden sollte. Gastfamilien mit professioneller Vorbildung sind nach überwiegender

Auffassung der Fachliteratur ungeeignet, da sie weder dem Normalitätsanspruch gerecht werden können noch ihr Expertenwissen richtig einsetzen können (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 56 und S. 65). Auch KONRAD/ MILLER-CLESLE/ ROTH (1993, S. 180) messen der Berücksichtigung und Akzeptanz der jeweiligen sozialen Milieus eine wichtige Funktion zu und beurteilen es als unzweckmäßig, von außen durch Expertenwissen (z.B. durch Schulungen) die innere Logik der Laienfamilie aufzubrechen und damit ihre ureigene Kompetenz und kulturelle Identität zu irritieren.

EISENHUT (2004, S. 48) beschreibt andererseits den Trend, bei der Vermittlung von Bewohnern mit komplexem Hilfebedarf (z.B. Borderline- Symptomatik) auf Familien mit „professionellem Background“ zurückzugreifen, da „die therapeutische Wirksamkeit der Familie als solche nicht ausreicht.“ Professionelles Denken könne hier zu einer konstruktiven Reflexion des Verhaltens der Bewohner führen.

MEYER und WYSTYRK (2008, S. 94) bemerken in ihrer Arbeit, dass die Mehrzahl der von ihnen befragten Familien den Wunsch äußerten, genauere Auskünfte über das Krankheitsbild ihres Gastes zu erhalten. Sie kommen zu dem Schluss, dass für ein besseres Verständnis unangepassten Verhaltens und einen sicheren Umgang damit im Vorfeld des Einzuges ein offenes und aufklärendes Gespräch über die Verhaltenseigenschaften des Gastes stattfinden sollte. Eine Schulung würde ihrer Meinung nach die Gastfamilie ansatzweise professionalisieren und Zuschreibungen, Befangenheit und Stigmatisierungen erzeugen. Weniger familiäre Ressourcen würden genutzt und öfter würde professionelle Hilfe in Anspruch genommen werden.

Fraglich ist sicherlich, wie hoch der Anteil an Gastfamilien mit professionellem Hintergrund tatsächlich ist. In vielen Studien und Arbeiten werden Familien beschrieben, in denen ein oder beide Mitglieder pflegerische, medizinische oder pädagogische Berufe ausüb(t)en (vgl. u.a. GERSTER/ KONRAD/ SPINNER 2009 oder SCHRADER 2008, S. 41). Meines Erachtens sollte dies auch keinesfalls als Hindernis für eine Aufnahme ins BWF sein. Vielmehr können beruflich vorgebildete Familien/ Personen eine bessere Passung für Klienten mit sehr vielschichtigen Problemlagen und starken Verhaltensauffälligkeiten bieten als solche, die ohne berufliches Hintergrundwissen, mit solchen Situationen konfrontiert, überfordert wären. Dies geschieht dann zwar zu Ungunsten des Normalisierungsgedankens, aber gewährt ein möglichst normales Lebensumfeld trotz komplexem Hilfebedarf. Die „natürliche“, d.h. unreflektierte Kompetenz einer professionell vorgebildeten Familie und die spezifischen Eigenschaften des

Betreuungssettings bleiben dabei in Teilen erhalten, so zum Beispiel die Sicherheit, Verlässlichkeit und die Intimität in der Familie durch die feststehenden Rollen der Familienmitglieder oder auch die Verbindlichkeit innerhalb der Familienstrukturen durch die dauerhafte Bindung an einige wenige Personen.

Um Zuschreibungsprozesse und Stigmatisierung in einer professionell vorgebildeten Gastfamilie zu reduzieren, wären ein Bewusstmachen und ein reflektierter Umgang mit diesen Themen günstig.

7. Die Bewohner

Einige Einrichtungen des BWF haben auf die veränderten Betreuungserfordernisse im sozialpsychiatrischen Sektor reagiert. Gegenwärtig entwickelt sich eine sehr heterogene Klientenstruktur, wenn auch der Anteil an Menschen mit einer psychischen Erkrankung immer noch die größte Nutzergruppe bildet. Die speziellen Bedürfnisse der unterschiedlichen Zielgruppen finden eine Entsprechung in der individuellen Ausgestaltungssituation der verschiedensten Familien(-formen). Eine Übersicht der Zielgruppen findet sich in 7.1 Nachfolgend sollen dann die Voraussetzungen für die Vermittlung in eine Gastfamilie dargestellt werden (7.2) und die Möglichkeiten therapeutischer Erfolge für die Bewohner Berücksichtigung finden (7.3).

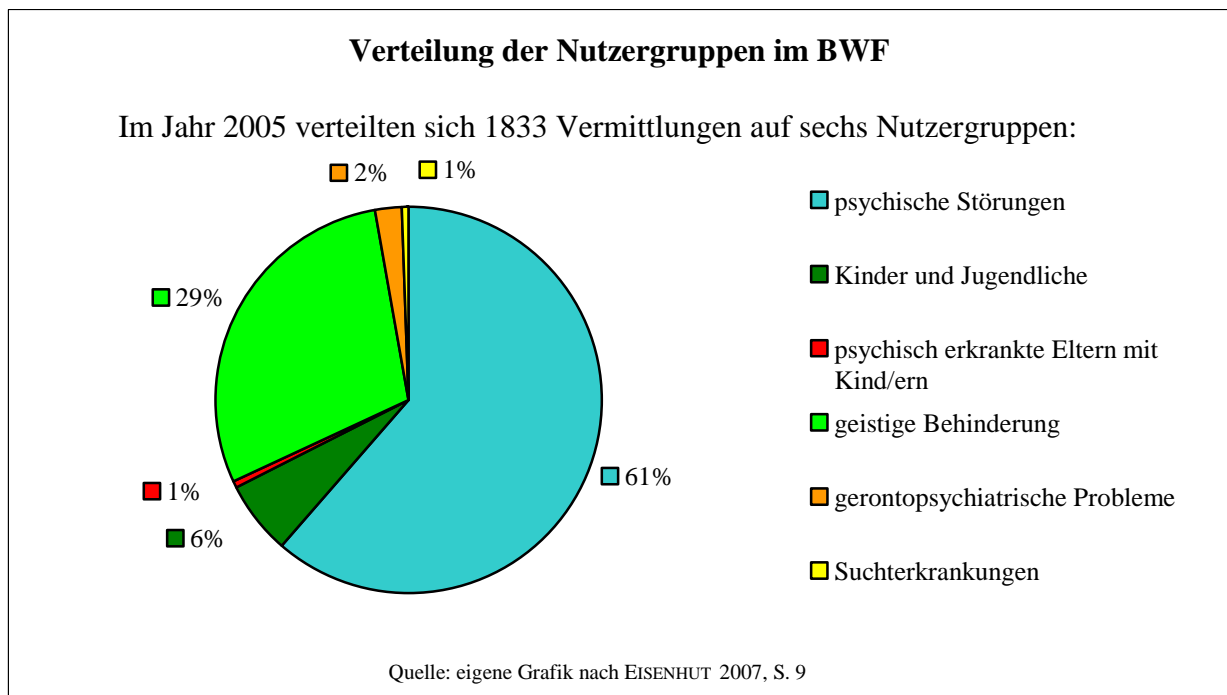
7.1 Zielgruppen

Die Zielgruppen des BWF werde ich nach medizinischen Diagnosen differenzieren, auch wenn die Eignung von der Integrierbarkeit möglicher ungewohnter Verhaltensweisen und nicht vom diagnostischen Urteil abhängt. Welche Menschen in das BWF vermittelt werden können, zeigt die anschließende Auflistung:

1. Menschen mit chronisch verlaufenden psychischen Erkrankungen (Psychosen, Borderline...) in verschiedenem Lebensalter. Alte Menschen mit psychischer Behinderung nach langjährigem stationären Aufenthalt im Rahmen von Enthospitalisierung, die nach einer langfristigen Alternative suchen, oder jüngere Patienten, so genannte „new chronics“, denen die Familie einen psychisch stabilisierenden Übergangsrahmen in eine selbstständigere Lebensform bieten kann (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 73 ff.).
2. Menschen mit geistiger Behinderung, Lernbehinderung, Entwicklungs- und Anpassungsstörungen in verschiedenen Lebensaltern, auch hier mit den unterschiedlichen Schwerpunkten für alte und jüngere Menschen (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 73 ff.).
3. Psychisch kranke Mütter/ Väter mit Kindern als Alternative zur Heimunterbringung der Kinder, um eine Trennung der Eltern- Kind- Einheit zu vermeiden (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 73 ff.; BACHMEIER 2007, S. 44 f.).
4. Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik bietet das BWF die Möglichkeit einer strukturierten Übergangslösung mit dem Ziel der Verselbstständigung (vgl. KRETSCHMAR 2008, S. 160) bzw. als dauerhafte Betreuungsform bei Menschen mit

manifestierten Alkoholabhängigkeitserkrankungen (vgl. DONDALSKI/ SCHMITT 2007, S. 46 f.). SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 79) betonen bei dieser Klientengruppe das Risiko für die Gasteltern, sofern diese Erfahrung mit einem alkoholkranken Familienmitglied haben, sich in Abhängigkeitskreisläufen zu verfangen und dadurch die Entwicklung des Gastes zu behindern. Sie sehen Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik nicht als Zielgruppe.

5. Ältere Kinder und Jugendliche sowie junge Volljährige bis 21 Jahre mit einer seelischen Behinderung (oder von seelischer Behinderung bedroht), für die die Gastfamilie eine Eingliederungs- oder Verselbstständigungsoption darstellt (vgl. BÜHLER 2000, S. 4 ff.; ROTH 2006, S. 53 ff.).
6. Forensische Patientinnen und Patienten, denen das BWF als Rehabilitationsmöglichkeit dienen kann (vgl. BECKER 2007, S. 38 f.). Der überwiegende Anteil von Menschen in Kliniken des Maßregelvollzuges ist im Alter von 20-30 Jahren. Selbstständige, partnerschaftliche und berufliche Entwicklung stehen in dieser Lebensphase im Vordergrund, werden aber im Maßregelvollzug deutlich eingeschränkt. Hier kann das BWF eine gemeindepsychiatrische Alternative sein (vgl. CLAUSEN/ EICHENBRENNER 2010, S. 86).
7. Schwer verhaltensauffällige, gerontopsychiatrisch erkrankte Patienten (z.B. Demenzerkrankte), wenn dadurch die Aufnahme in ein Heim vermieden wird (vgl. GERSTER/ TRAUTMANN 2006, S. 64 ff; GERSTER/ KONRAD/ SPINNER 2009).



EISENHUT (2007, S. 9) nennt Zahlen zur Verteilung der Nutzergruppen im BWF, die in voranstehender Grafik veranschaulicht sind. Die Grafik verdeutlicht, dass in der Praxis des BWF diese vielfältigen Zielgruppen nicht gleichermaßen vertreten sind. Den weitaus größten Anteil bilden Menschen mit psychischen Erkrankungen oder geistigen Behinderungen. Die Ausweitung des Angebotes für verschiedene Zielgruppen befindet sich in der Entwicklung.

7.2 Voraussetzungen für die Vermittlung in eine Gastfamilie

Die Eignung eines Gastbewohners zur Vermittlung oder der Ausschluss eines Gastbewohners von Vermittlung in eine Familie ist von verschiedenen Komponenten abhängig. Ein medizinisch- diagnostisches Urteil spielt dabei eine untergeordnete Rolle, da zum einen das Krankheitsgeschehen prozessbetont verstanden wird und zum anderen das „sozial tolerable Ausmaß an Verhaltensstörungen und Affektschwankungen“ abhängig von den Kompetenzen und Erwartungen der Gastfamilie ist (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 69).

Eignungsvoraussetzungen werden von der Einschätzung der Fachkräfte, dem Wunsch des Bewohners nach Veränderung, der sozialen Kompetenz, der Feinfühligkeit und dem emotionalen Zugang der Gastfamilie beeinflusst.

Eindeutig lassen sich Ausschlusskriterien auf Grund von sozial nicht/ schwer zu integrierendem Verhalten benennen. Betreuungsverhältnisse mit sehr schlechten Chancen angesichts Überforderung entstehen bei wiederkehrender akuter Suizidgefahr, einem hohen Maß an aggressivem Verhalten, Fremdgefährdung, sexuell deviantem Verhalten und akuter Alkohol- oder Abhängigkeitsproblematik (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 70).

Positive Eignungskriterien sollten prozessorientiert bewertet werden. Die Beurteilung der Entwicklungschancen ist verlässlicher, je größer das Wissen über Lebensgeschichte, prägendes Milieu und Krankheitsgeschichte ist. Biografisches Wissen über den Bewohner, genaue Verhaltensbeobachtung und eine Einschätzung der Beziehungsfähigkeit, des Interesses und der Neugier des Bewohners geben eine Richtung, welche Bedingungen ein Bewohner in einer Familie braucht.

Es gibt positive Eignungsmerkmale sowie manifeste und latente Motive, die der Bewohner mehr oder weniger aktiv zu verstehen gibt. Hierzu zählen beispielsweise der eigene Wunsch nach einer Familie, das Bedürfnis und die Neugier auf eine andere Lebensform, der Mut sich auf andere Menschen einzulassen, die Sehnsucht nach Nähe, Wohlgefühl in einem engen

sozialen Beziehungssystem und ein genereller Veränderungswunsch (vgl. SCHÖNBERGER/STOLZ 2003, S. 70).

Auch wenn der Wunsch nach familiärer Nähe und Geborgenheit besteht und ein Aufenthalt in einem psychiatrischen Versorgungssystem vom Klient vermieden werden will, ist mit dem Einzug ins BWF nicht das Ende der Wohnbiografie vieler Klienten erreicht. „Manche wünschen sich mehr Freiheit, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit“ (vgl. LAKEMANN 2008, S. 209). Besonders für jüngere Bewohner stellt das BWF eher eine Übergangsbetreuung in eine noch selbstständigere Lebensform dar (vgl. SCHÖNBERGER/STOLZ 2003, S. 58).

7.3 Möglichkeiten therapeutischer Erfolge für die Bewohner

HELD (1989) untersuchte in einer über elf Jahre verlaufenden Interventionsstudie u.a. therapeutische Erfolgsquoten und Kriterien für therapeutische Erfolge von in französischen Gastfamilien untergebrachten Bewohnern. Therapeutischer Erfolg wird den „Patienten“ der Studie nach dann quittiert, wenn eine andauernde stabile Integration in die Gastfamilie vorhanden ist oder der Bewohner durch das familiäre Betreuungsverhältnis Fähigkeiten erworben hat, die ihn für eine unabhängigere Wohnform befähigen (HELD 1989, S. 25).

Zusammengefasst lässt sich für diese Studie eine Erfolgsquote von 54,3 % der Patienten feststellen. Die Studie benennt als deutlichste den Erfolg beeinflussende Kriterien das Alter der Bewohner und Verbindungen zur Ursprungsfamilie. Es ließen sich hierbei negative Erfolgsprognosen für Klienten unter 40 Jahren sowie mit engem Kontakt zur Ursprungsfamilie herleiten.

SIEMERING (2008, S. 174 ff.) stellt in einer über drei Jahre verlaufenden Studie Ergebnisse über Entwicklungs- und Veränderungsprozesse von Menschen im Betreuten Wohnen in Familien dar. Sie stellt fest, dass sich beim Gast durch die Aufnahme in eine Fremdfamilie das Selbsterleben positiv verändert: Durch konstante Bezugspersonen, Zuwendung und Anerkennung wüchse das Selbstwertgefühl. Neue Fähigkeiten würden erlernt und die soziale Kompetenz erweitere sich. Die sozialen Kontakte des Bewohners vermehren sich innerhalb des Familienkontextes und weiten sich auf das familiäre Umfeld (Nachbarschaft, Verwandte etc.) aus. Der Grund hierfür liege im Aufforderungscharakter der kleinen, familiären Einheit im Kontrast zu einer psychiatrischen Institution (SIEMERING 2008, S. 176). Mit dieser Entwicklung gehe ein verbessertes Kommunikationsverhalten einher. Zudem beschreibt sie die Chance des Erwerbs von Eigenständigkeit bei Aufgaben im Haushalt. Deutlich sei in der

Studie auch geworden, „dass die auffälligen Verhaltensweisen der Bewohner durch die Integration in den Tagesablauf der Gastfamilie weniger“ präsent seien und „sich der Gesundheitszustand der Gäste verbesserte“ (SIEMERING 2008, S. 176).

KONRAD (1993, S. 143 ff.) untersuchte die Struktur therapeutischer Prozesse im Betreuten Wohnen in Familien. Die strukturelle Voraussetzung im BWF ist die Gastfamilie, die im Gegensatz zu Institutionen flexibel und ohne formalisierte Regeln funktioniert. Dieses Funktionieren lässt sich sozialisationstheoretisch erklären durch die Aufteilung in diffuse und spezifische Sozialbeziehungen nach Parsons' Sozialisationstheorie von 1964. In diffusen Sozialbeziehungen ist der „ganze Mensch“ involviert und somit nicht austauschbar, wie es für Familien zutrifft. Spezifische Sozialbeziehungen finden sich in Institutionen und sind an den Träger einer Rolle und nicht an eine bestimmte Person gebunden.

In diffusen Sozialbeziehungen ist die Verantwortlichkeit an einen konkreten Sozialpartner gebunden. Die diffusen Sozialbeziehungen in der Gastfamilie sind somit verbindlich und konstant und tragen zur entwicklungsfördernden Normalität bei.

OEVERMANN (1979, S. 162 ff.) bezeichnet diese diffusen Sozialbeziehungen als Motor für eine entwicklungsfördernde Beziehungsdynamik. Mehrere diffuse dyadische Sozialbeziehungen (z.B. Vater- Mutter, Vater- Kind, Mutter- Gast) führen zu einem Prozess von Bindung und Ablösung innerhalb des familialen Interaktionssystems. Die Interaktionsdynamik im Familiensystem besteht in beständiger Reibung und Auseinandersetzung zwischen den einzelnen Beziehungskonstellationen. Hierdurch vollzieht sich die Sozialisation eigener Kinder. Bewohnern in der Gastfamilie ermöglicht dieses Muster Nachreifungsprozesse und einen Ausgleich von Entwicklungsdefiziten. KONRAD (1993, S. 143 f.) bezeichnet genau diesen Sozialisationsprozess, das Aushandeln alltäglicher Konflikte zwischen Gastfamilie und Bewohner, als therapeutisches Lernfeld.

Auf der einen Seite ist das Zusammenleben von Gastfamilie und Bewohner mit dem Muster diffuser Sozialbeziehungen zu vergleichen, andererseits gibt es aber auch Aspekte, die dieser Logik nicht folgen (z.B. die Kündbarkeit des Familienpflegevertrages). Fraglich ist also, ob das Zusammenleben mit dem Bewohner als diffuse Sozialbeziehung tatsächlich möglich ist und damit therapeutische Prozesse wirksam werden können.

8. Das professionelle Team im BWF

Einrichtungen, die Betreutes Wohnen in Familien anbieten, beschäftigen ein professionelles Team (Familienpflegeteam, Fachteam, Fachdienst). Die Leistungen, die vom Team erbracht werden, sind in 8.1 detailliert dargestellt. Im BWF notwendige Fachlichkeit (8.2) und Qualitätssicherung (8.3) durch das professionelle Team sind weitere ausgearbeitete Aspekte.

8.1 Aufgaben des Fachteams

Die Aufgaben des Teams im Betreuten Wohnen in Familien umfassen mehrere Bereiche, die an dieser Stelle umrissen werden sollen. Ich orientiere mich dabei an den Ausführungen von BÖCK (2010, S. 177 ff.), SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 75 ff.) sowie mir vorliegenden Leistungsvereinbarungen einzelner Einrichtungen, die jedoch auf Grund des Datenschutzrechtes nicht explizit als Quelle zitiert werden.

Die einzelnen Aufgaben, die als Leistungen für das Spektrum der Tätigkeitsfelder der BWF-Teams aufgeschlüsselt dargestellt werden, unterscheiden sich in der praktischen Ausführung in ihrer Schwerpunktsetzung. Maßgeblich hierfür sind u.a. die Organisationsform der Einrichtung (eine an eine Klinik angegliederte Einrichtung hat z.B. direkten Zugang zu potentiellen Bewohnern und betreibt keine Akquise nach Klienten), Personalkapazitäten sowie die unterschiedlichen regionalen Angebotsstrukturen.

Es wird zwischen indirekten Leistungen (1.-4.) und direkten Leistungen für Klienten und Familien (5.-10.) unterschieden.

1. Leistungen in Hinsicht auf Öffentlichkeitsarbeit dienen der Gewinnung von Gastfamilien und Klienten sowie der Schaffung von Problembewusstsein und Förderung des öffentlichen Interesses für das BWF. Eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit zur fortlaufenden Gewinnung von Gastfamilien ist entscheidend, denn eine ausreichende Zahl von Gastfamilien „ist zur Sicherung der individuellen Passungsqualität“ mit interessierten Bewohnern wünschenswert (SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 75). Die BWF- Einrichtung als Schaltstelle für die Informationsweitergabe kann auf verschiedenen Wegen Öffentlichkeits- und Multiplikatorenarbeit betreiben: in Veranstaltungen für Klienten, Gastfamilien und Mitarbeiter von ambulanten und stationären Einrichtungen, mit der Verbreitung von Informationen z.B. in der Regionalpresse, durch Herantreten an verschiedene Behörden, Vereine und Verbände.

2. Leistungen der Kooperation innerhalb des gemeindepsychiatrischen Verbundes dienen der Koordination und Abstimmung des Hilfeangebotes. Ziel ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und fachlichen Versorgung sowie ein Beitrag zum Auf- und Ausbau eines qualitätsgesicherten Versorgungssystems zur Ermöglichung einer personenzentrierten Leistungserbringung. Notwendig ist die Kooperation mit Einrichtungen und Diensten, die Kontaktpflege zur Sozial- und Gesundheitsverwaltung, die Teilnahme an gemeindepsychiatrischen Fachgremien und eine Vernetzung mit bestehenden Angeboten und Diensten (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 75 f.).

3. Leistungen im Rahmen des Qualitätsmanagements umfassen alle Tätigkeiten, die zum Erhalt, zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung beitragen. Sie dienen der systematischen Überprüfung der Leistungserbringung mit definierten Standards und deren Effizienz. Bestandteil der Qualitätssicherung sind u.a. Konzeptentwicklung, Aufgaben-/ Verfahrensbeschreibungen, Dokumentation und Statistik (z.B. Hilfeplanung, Leistungsdokumentation, Jahresstatistik, Tätigkeitsbericht) und Qualitätszirkel mit anderen Trägern des BWF. SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 159) integrieren unter dem Schlagwort Qualitätssicherung auch Fortbildungen und Fachtagungen, Teamgespräche und Supervision.

4. Leistungs- und Verwaltungsleistungen sind alle Tätigkeiten, die erbracht werden, um die inhaltliche und strukturelle Organisation der BWF- Einrichtung zu gewährleisten. Dies umfasst den organisatorischen Bereich und den wirtschaftliche Bereich, z.B. Personalorganisation und Verantwortung für den Haushaltsetat.

5. Leistungen vor einer geplanten Klientenaufnahme sind Klärungen, Informationsweitergaben und Kurzberatungen bei Erstmeldungen von Klienten, die die Herstellung einer Vertrauensbeziehung vorbereiten.

Dazu zählen Kontaktangebote über einen niedrighwelligen Zugang, das Vorhalten eines Geschäftsraums, das Ermöglichen einer unmittelbaren Kontaktaufnahme über Haus-/ Klinikbesuche, die Klärung der regionalen und fachlichen Zuständigkeit, eine erste Problemerkfassung, die Abklärung krisenhafter Situationen, je nach Zuständigkeit die Weitervermittlung an andere Dienste oder die Aufnahme der Klientendaten, telefonische Informationsweitergaben und Kurzberatungen.

6. Leistungen zum Vermittlungsprozess sind alle Tätigkeiten, die die Anbahnung und die Herstellung einer Vermittlung zwischen Gastfamilie und Klient ermöglichen. Hierzu zählt

zum einen der Erstkontakt mit der Gastfamilie. Die Bewerberfamilien werden durch Gespräche, in denen das Team und die Familie Informationen austauschen, als geeignet bzw. ungeeignet eingestuft (siehe auch 6.1, 6.2). Zum anderen werden Klienten, die für das BWF in Frage kommen (siehe auch 7.1, 7.2), mit den geeigneten Familien zusammengeführt. Dies geschieht durch Besuche und Probewohnen. Der Entscheidungsprozess des Klienten wird begleitet, die Familie wird auf die Betreuungssituation vorbereitet.

Bei einer voraussichtlich tragfähigen Passung zwischen Familie und Klient kommt es zum Abschluss eines Familienpflegevertrages/ einer Betreuungsvereinbarung zwischen allen Vertragsparteien (Bewohner, gesetzlicher Betreuer, Gastfamilie, Träger des BWF). Rechte und Pflichten, grundsätzliche Ziele der Maßnahme sowie Regelungen der finanziellen Leistungen, Urlaubsregelungen und Kündigungsmöglichkeiten werden darin festgelegt. Außerdem werden Haftpflicht- und Krankenversicherung bzw. zuständiger Kostenträger vereinbart (vgl. BÖCK 2010, S. 177 ff.; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 35).

7. Leistungen im Bereich der Begleitung dienen der Stabilisierung und Förderung des Betreuungsverhältnisses zwischen den Vertragsparteien, der individuellen Entwicklung der Bewohner und der Berücksichtigung der Bedürfnisse aller Beteiligten (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 85 ff.). „Die begleitende, beratende und unterstützende Arbeit mit den Gastfamilien ist der Tätigkeitsschwerpunkt des Teams“ (SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 85). Die übergeordnete Perspektive ist dabei auf die Dauerhaftigkeit der Betreuungsfähigkeit und der Betreuungsbereitschaft von Bewohnern und Gastfamilien gerichtet.

Die Aufgaben zur Unterstützung umfassen eine fachliche Begleitung, z.B. in Form von regelmäßigen Hausbesuchen, Gesprächen und sozialrechtlicher Beratung, organisatorische Unterstützung und praktische Entlastung unter Berücksichtigung individueller Bewältigungsstrategien und vorhandener Ressourcen, die Koordination im Hilfenetzwerk (z.B. externe Beschäftigung, Arztkontakte etc.), Hilfestellung beim Umgang mit Beeinträchtigungen und Gefährdung durch die geistige/ seelische Behinderung, Sicherung der Persönlichkeitsrechte des Bewohners, Erstellen von Entwicklungs- und Hilfeplänen, Mediation in Konfliktsituationen, Krisenintervention und die Weitervermittlung bei Beendigung des Betreuungsverhältnisses (vgl. BÖCK 2010, S. 182 ff.; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 85 ff.).

8. Ergänzende Leistungen sind Angebote im normalen Lebensumfeld des Bewohners und der Gastfamilie. Sie dienen dem Austausch der Gastfamilien bzw. der Bewohner in Form von Gesprächsgruppen, Vorträgen und gemeinsamen Aktivitäten und Ausflügen.

Die vorangehend detailliert beschriebenen Aufgaben der Teams können, wenn auch in der Regel nicht in diesem Umfang, als Leistungsbeschreibung durch die Einrichtung formuliert sein. Gegebenenfalls ist sie Bestandteil der mit dem Leistungsträger nach § 75 (3) SGB XII vereinbarten Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarungen oder der Richtlinien des Leistungsträgers für das BWF.

8.2 Fachlichkeit im Team

Um auf die unterschiedlich gelagerten Bedürfnisse der Bewohner und Familien einzugehen, ist es von Vorteil, eine Zusammensetzung unterschiedlicher Professionen im Team anzustreben. Gewöhnlich besteht das Team aus Berufsgruppen sozialer Arbeit und der Krankenpflege (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 109). Bei der Umsetzung spezifischer Rehabilitationsziele ist das Team gerade im Bereich Beschäftigung, Erweiterung der sozialen Handlungsspielräume und Freizeitgestaltung oder psychotherapeutischer Interventionen auf die Zusammenarbeit mit anderen Fachkollegen angewiesen (vgl. BÖCK 2010, S. 197 ff.; KONRAD/ SCHMIDT-MICHEL 1993, S. 20; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 104).

Um die in der Praxis entstehenden Anforderungen zu verkraften, gibt es unterschiedliche Methoden zur emotionalen, kognitiven und sozialen Verarbeitung von Selbst- und Fremderfahrungen. Kollegiale Beratung, Fallbesprechungen und Supervision sind ein unentbehrlicher Teil der Fachlichkeit und Qualitätssicherung im BWF (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 111 f.).

Fachliche Kompetenzen des mehrdimensionalen Berufsalltags im Familienpflegeteam erfordern Wissens-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenzen. Diese Voraussetzungen für ein qualifiziertes Handeln zergliedern SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 115 f.) in unterschiedliche Bereiche. Ihre Ausführungen zu fachlichen Kompetenzen sind hier stark gekürzt und exemplarisch dargestellt. Ich beschränke mich auf den Privatraum von Familien und Bewohnern sowie das Lebensfeld des familialen Bezugssystems.

Die kognitiv- analytische Ebene der Wissenskompetenz bezieht sich auf Theorien und Konzepte, die dem Team eine mehrperspektivische Wahrnehmung und Erklärung von sozialen Problemen erlauben. Dazu gehören beispielsweise Rollentheorien und gruppenspezifische Erklärungsansätze, psychiatrische Krankheitstheorien und Behandlungskonzepte sowie das Erkennen von Fähigkeiten, Bedürfnissen und Ressourcen für alle Lebensbereiche. Eine umfassende Kenntnis ermöglicht eine Betrachtung des familialen

Bezugssystem mit systemischen, sozialraum- und gemeinwesenorientierten Ansätzen. Das Lebensfeld kann nach dem Lebensweltkonzept erklärt werden.

Zur instrumentellen Ebene der methodischen Kompetenz gehören individuelle, gruppen- und lebensfeldbezogene Hilfeprozesse, die vom Team geplant, ausgehandelt, begleitet und reflektiert werden müssen (Beratung, Case- Management, Biografiearbeit, Krisenbearbeitung, Familienentlastung, Umgang mit sozialrechtlichen Belangen, Erstellen von Berichten, Hilfeplänen, Anträgen, Dokumentationen). Methodisch-instrumentelle Handlungskompetenzen beinhalten eine Nutzbarmachung der umfeldeigenen Ressourcen. Eine Sozialraumanalyse hilft z.B. bei der Ermittlung von Ressourcen und Potentialen nachbarschaftlicher Hilfen, sozialer Netzwerke und bürgerschaftlichem Engagement im Quartier der Familie.

Die emotional- normative Ebene der Sozial- und Selbstkompetenz zielt auf die kommunikativen Fähigkeiten des Teams im Verhandeln, Vermitteln, Kooperieren und Koordinieren. Dazu gehören die Auseinandersetzung mit eigenen und fremden Wirklichkeiten, Kontakt- und Beziehungsgestaltung, insbesondere mit unzugänglichen Menschen, und der Umgang mit Macht/ Ohnmacht, körperlichen, sozialen und emotionalen Grenzverletzungen sowie Diskriminierung. Wichtig ist auch die Reflexion eigener Vorurteile und Stigmatisierungen.

8.3 Qualitätssicherung

Bislang gibt es keine verbindliche oder überregional einheitliche Dokumentation zur Qualitätssicherung im Betreuten Wohnen in Familien.

Das Qualitätsmanagement dient dem Erhalt, der Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung. Die Leistungserbringung und deren Wirksamkeit soll mit definierten Standards systematisch überprüft werden. Zur Qualitätssicherung zählt neben Konzeptentwicklung, Aufgaben-/ Verfahrensbeschreibungen, Fortbildungen und Fachtagungen, Teamgesprächen und Supervision sowie Qualitätszirkeln mit anderen Trägern des BWF eine standardisierte Dokumentation. Dokumentation geschieht z.B. in Form von Zielvereinbarungen und Hilfeplanung, Leistungsdokumentation, Tätigkeitsberichten etc. (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 159).

BECKER, NEUENFELDT-SPICKERMANN und NEUKIRCHNER (2006, S. 84 ff.) stellen die Entwicklung eines Bewertungsbogens für das Betreute Wohnen in Familien vor und empfehlen dessen halbjährigen Gebrauch für alle Betreuungsverhältnisse. Mit wenig

Zeitaufwand könnten damit wesentliche Qualitätsmerkmale bewertet und Risikofaktoren erfasst werden.

Spezifische Risiken des BWF 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, mögliche Fehlentwicklungen müssen erkannt werden. Dies kann z.B. eine lieblose Beziehung mit wenig Respekt und Familienintegration sein; d.h. in der Regel eine Beherbergung nur wegen des finanziellen Vorteils oder sogar schwere Vernachlässigung oder Misshandlungen als Folge einer weiteren Verschlechterung der Beziehung. Auch die Ausbeutung der Arbeitskraft des Bewohners oder eine unzureichende Versorgung mit Essen oder Kleidung sind Fehlentwicklungen, die auftreten können. Überversorgung und Bevormundung müssen als problematisch diagnostiziert werden, wenn der Bewohner beispielsweise ungewollt wie ein Kind behandelt wird.

Insbesondere bei langjährigen Betreuungsverhältnissen können die Aufmerksamkeit des Fachdienstes und das Engagement der Familie nachlassen. Zudem sind Teammitglieder zu Vertrauten des Familiensystems geworden und Distanzverlust und eine Minderung der professionellen Rolle ist möglich. Eine Dokumentation zur Qualitätssicherung gerade bei langjährigen Betreuungsverläufen lenkt die Aufmerksamkeit auf wesentliche Qualitätsmerkmale und mögliche Risiken und Frühwarnzeichen im Betreuungsverhältnis, betont die professionelle Funktion und Autorität des Fachdienstes und zeigt daneben die Wertschätzung der von der Gastfamilie geleisteten Arbeit (vgl. BECKER, NEUENFELDT-SPICKERMANN, NEUKIRCHNER 2006, S. 84 ff.).

Einen interessanten Ansatz zur Qualitätssicherung im BWF beschreibt GRÖSSL (2004, S. 32 ff.) in der österreichischen Steiermark. Dort werden anhand von feststehenden Standards die Betreuungssituationen in den Gastfamilien verglichen und bewertet (nach den Kriterien Wohnen, Integration, Betreuung, Tagesstruktur und Rehabilitation). Aus der Bewertung der standardisierten Kriterien wird nach einem Punktesystem die Gesamtqualität des Pflegesettings ermittelt und direkt zur Festlegung des Betreuungsentgelts für die Gastfamilien benutzt. „Die Unterschiede in der Höhe des Betrages (zeigen) sich ... als besonders geeignetes Mittel zur Motivation“ (GRÖSSL 2004, S. 34).

9. Kritischer Blick auf das BWF

Das folgende Kapitel soll Raum für eine differenzierte Auseinandersetzung über verschiedene Aspekte des BWF geben. In 9.1 werden kontroverse Fragen des BWF thematisiert. Anschließend werden wesentliche, die Etablierung des BWF beeinträchtigende Rahmenbedingungen beschrieben (9.2). Es soll auch auf das Spannungsfeld zwischen Psychiatrie und Familie (9.3) und auf die Risiken im BWF eingegangen werden (9.4).

9.1 Kontroverse Positionen zur Familienpflege

Im Zusammenhang eines Forschungsprojektes zu Enthospitalisierungsprozessen mit dem Hauptfokus möglichen Integrationspotentials in den unterschiedlichen Wohnangeboten für psychisch kranke Menschen wurde auch das Betreute Wohnen in Familien thematisiert. Bezüglich des BWF manifestierte sich in der Auswertung der Interviews eine „markante Divergenz bei Kenntnisstand und Einschätzung von praktizierenden Familienpflegeexperten einerseits und psychosozial Tätigen ohne praktische Erfahrungen in der Familienpflege“ (INGENLEUF 2004, S. 39). INGENLEUF diskutiert in Kontroversen die Bedenken gegenüber dem Betreuten Wohnen in Familien (*kursiv hervorgehoben*) vor dem Expertenwissen im BWF Berufstätiger. Die einzelnen Kontroversen werden durch weitere Quellen ergänzt.

1. *Finanzielles Interesse als ausschlaggebender Beweggrund der Gastfamilien wird als eine ungünstige Motivlage für die Betreuung psychisch erkrankter Menschen gewertet, auch bei hintergründig karitativem Motiv.*

Vielschichtige Motive (siehe 6.2) entsprechen der Realität der Praxis, wobei zumeist der ausschlaggebende Anstoß die Einkommenserzielung ist. In strukturschwachen Regionen stellt das Betreuungsentgelt eine sichere Einnahmequelle dar. Das BWF basiert auf dem Ausgleichsprinzip von Geben und Nehmen, ausschließlich soziales Engagement ist unerwünscht und selten (INGENLEUF 2004, S. 40). SCHMIDT-MICHEL et al. (1993, S. 128) interpretieren ihre Forschungsergebnisse, dass Familien mit vorrangig finanziellem Motiv dauerhaftere Betreuungsverhältnissen beibehalten, mit einer „gesunden Distanz“, die sich positiv auf vorwiegend schizophrene Patienten auswirkt. Materielle Interessen führen zu einer höheren Verbindlichkeit. SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 65 f.) betonen die legitimen Eigeninteressen von Familien und sehen in dem Motiv der zusätzlichen Einnahmequelle Bodenständigkeit, Realismus und eine angemessene Selbstsorge. Betont wird von ihnen allerdings die Zusätzlichkeit des Zuverdienstes, denn bei existentieller Abhängigkeit besteht

das Risiko, dass die Familie das Betreuungsverhältnis auch dann halten will, wenn es sich als nicht tragfähig erweist. Ein ausschließlich altruistisches Interesse verspricht auch laut SCHÖNBERGER und STOLZ keine Ausdauer und „verweist auf die Verleugnung von selbstverständlichen Eigeninteressen.“

2. *Das Betreute Wohnen in Familien wird für eine ausschließlich hochselektive Gruppe von Klienten als geeignet befunden.*

Aus Sicht der BWF- Experten führt die Unterschiedlichkeit der Gastfamilien jedoch gerade zu einem breiten Spektrum möglicher Betreuungssettings unterschiedlichster Verhaltens- und Erscheinungsbilder psychiatrischer Patienten. Im Kapitel 7.1 wird die Vielfalt der Zielgruppen des BWF deutlich. Die Eignung für ein Familienpflegeverhältnis ist abhängig von dem „sozial tolerablen Ausmaß an Verhaltenstörungen und Affektschwankungen“ der Bewohner und den Kompetenzen und Erwartungen der Gastfamilie. Selbst Klienten mit ausgeprägt dissozialen Verhaltensweisen können in ein familiäres Betreuungsverhältnis aufgenommen werden, da sich oft zeigt, dass solches Verhalten institutionell bedingt war und sich im neuen Betreuungssetting auflöst. Ausschlusskriterien finden sich im Kapitel 7.2 (vgl. INGENLEUF 2004, S. 41 und SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 69).

Außerdem birgt das BWF eine außerordentliche Variabilität in der Betreuungsintensität, z.B. umfassende Betreuung mit alltagspraktischer Hilfe oder aber auch bloße Präsenz für selbstständige Menschen, die Probleme mit dem Alleinsein haben (vgl. INGENLEUF 2004, S. 41). Einzigartig ist außerdem die beidseitige Wahlmöglichkeit. Gastfamilie und Klienten bestimmen, mit wem sie leben wollen (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 77).

3. *Es wird angenommen, dass auf Grund mangelnder Qualifikation der Gastfamilien eine Abhängigkeitsbeziehung zwischen Klient und Gastfamilie entsteht und für den Klienten nachteilige Folgen zeigt.*

Der Bewohner kann sich durch die Übernahme neuer familialer Rollen von der Rolle des psychisch Kranken entfernen. Außerdem bietet die Gastfamilie eine Möglichkeit der Konfliktverarbeitung und -lösung alter in der Herkunftsfamilie negativer Beziehungsmuster (vgl. INGENLEUF 2004, S. 41). KONRAD (1993, S. 145) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Nachreifung“.

In RAEDERS (2008, S. 115) sozialer Rollenanalyse des Familiensystems ist festzustellen, dass „der Großteil der Gästerollen ... im Sinne einer Familienhierarchie gefolgschaftsorientiert und führungsbedürftig“ ist. Die Funktion dieser Rollenverteilung liege im strukturellen Ungleichgewicht vor der Aufnahme des Gastes. Der Gast nimmt z.B. die Lücke eines Kindes

ein und die Familienstruktur kann somit wieder hergestellt werden. SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 67) sehen in dieser Zuordnung des Bewohners auf einen bestimmten Platz die Gefahr einer konflikträchtigen Psychodynamik, wenn Projektionen und Übertragungen mit zu hohen oder starren Erwartungen gepaart werden.

4. *Der Stellenwert des Familienpflegeteams wird als sehr gering angesehen oder nicht berücksichtigt.*

Den „vorliegenden Erkenntnissen zufolge kommt dem Familienpflegeteam die entscheidende Bedeutung für das Gelingen oder Scheitern der Familienpflege zu, da von ihm Qualität und Wirksamkeit der Betreuung abhängen“ (vgl. INGENLEUF 2004, S. 42). Schon der Prozess der „Passung“ von Bewohner und Gastfamilie bedarf intensiver Arbeit und fachlich fundierter Entscheidungsfähigkeit, denn eine gelungene Passung ist die Voraussetzung für ein stabiles Zusammenleben (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 77). Im weiteren Betreuungsverlauf kommt dem Familienpflegeteam die entscheidende Bedeutung der Qualitätssicherung zu, das übergeordnete Ziel dabei ist die Aufrechterhaltung der Betreuungsfähigkeit und Betreuungsbereitschaft. HELD (1989, S. 121) führt außerdem die Entwicklung von Zielvorstellungen an, damit es zu keiner bloßen Betreuung ohne Förderung kommt, die Zielvorstellungen müssen zudem überprüft, erneuert oder revidiert werden. In den typischen Entwicklungsphasen des Zusammenlebens müssen latente Fehlentwicklungen aufgedeckt und Unterstützung bei Konflikten, in Krisen- und Krankheitsepisoden gewährleistet werden. Aufgaben und Kompetenzen der Teams im BWF sind in Kapitel 8. ausführlich dargestellt und verdeutlichen die Tragweite des professionellen Einflusses auf das begleitete Betreuungsangebot (vgl. INGENLEUF 2004, S. 42 und SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 85 ff. sowie BRUKER/ GERSTER/ MILLER-CLESLE/ NEUBAUER/ TRAUTMANN 1993, S. 109 f.).

5. *Zum Teil besteht die Befürchtung, dass für die Klienten des BWF zu wenig an sozialer Teilhabe besteht und es keine professionelle Intervention in diese Richtung gibt.*

Unterschieden wird in innerfamiliären und außerfamiliären Kontakten. Die Bedürfnisse des Klienten und die Ausprägung der Beziehungen und Kontakte in der Familie müssen in beiden Fällen in Einklang zu bringen sein. Dabei kann und will das Familienpflegeteam keine verbindlichen Vorgaben bezüglich des Zusammenlebens tätigen. Dies auszubalancieren liegt im Anforderungsbereich der Familie und des Gastes (vgl. INGENLEUF 2004, S. 42 f.). Bei deutlichen Anhaltspunkten für eine Schiefelage ist jedoch professionelle Unterstützung nötig. Für INGENLEUF (2004, S. 42) muss ein „gutes“ Betreuungsverhältnis nicht zwangsläufig eine Integration in die Familienkommunikation bedeuten, wenn der Klient beispielsweise

Probleme im kommunikativen Bereich hat und seine Bedürfnisse anderweitig respektiert werden. Es gibt mehrere Studien, die positive Veränderungen in der sozialen Teilhabe der Bewohner feststellen (HELD 1989; KÖSSINGER et al. 1993; SIEMERING 2008). Hier kann noch einmal auf die Wirkung des Milieus verwiesen werden, auf die vergleichsweise zur Institution kleinere Personenzahl in der Familie und auf die personengebundene Atmosphäre. In der Fachliteratur zum BWF wird andererseits durchgängig von der Schwierigkeit gesprochen, das richtige Passungsverhältnis zwischen Familie und Bewohner zu finden. Gelingt dies nicht, findet auch keine soziale Teilhabe am Familienleben statt. Möglicherweise müssen mehrere Betreuungswechsel oder auch ein Scheitern der Platzierung in Kauf genommen werden. Es ist dann die Aufgabe des Teams, „Enttäuschungen und Misserfolge zu begleiten“ (SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 106).

Im außerfamiliären Bereich sehen INGENLEUF (2004, S. 43) sowie MEYER und WYSTYRK (2008, S. 88) eine Vereinfachung der Integration in die sozialen Bezüge von Nachbarschaft, Quartier oder Gemeinde, da die Gastfamilie durch ihren Bekanntheitsstatus dem Klienten einen Vertrauensvorschuss ermöglicht. Generell werden Familien mit guter sozialer Einbindung denen mit wenig Kontakt zur sozialen Umwelt vorgezogen. Die Einbeziehung durch die Familie in ihre Außenkontakte variiert jedoch erheblich.

6. *Es gibt weiterhin die Bedenken, dass nach dem Übergang in das BWF keine Rehabilitationserfolge zu erwarten sind und in der Gastfamilie Verhaltensmuster vorhanden sind oder entstehen, die zu einer erneuten Hospitalisierung führen.*

INGENLEUF (2004, S. 43) betont den Vorteil des BWF, im Gegensatz zu psychiatrischen Institutionen in zwei Instanzen aufgeteilt zu sein. Die Gastfamilie, in der konstante Beziehungen und Alltagsbegleitung stattfinden, und das BWF- Team, welches die Entwicklung der Beziehungsdynamik professionell hinterfragt, begleitet und beeinflusst und dabei von vornherein einen stärker distanzierten Blickwinkel hat. Aufgabe des Teams ist es, entwicklungshemmende und hospitalisierende Prozesse im Betreuungsverhältnis, die durchaus auftreten können, zu erkennen und ihnen entgegenzusteuern. KONRAD et al. (1993, S. 176) beschreiben einen „veränderungsresistenten Kommunikationsstil“, bei dem Familien bei problematischem Verhalten mit ironischer Distanz reagieren. Die ironische Kommunikation vermittelt dem Bewohner die Unangemessenheit seines Verhaltens, signalisiert jedoch gleichzeitig, dass keine Veränderbarkeit dieses Verhaltens erwartet wird. Es findet Hospitalisierung durch Festschreibung des Verhaltens statt.

Für die Gäste ist die Normalisierung ihrer Wohnform im Regelfall mit vielen positiven Entwicklungen verbunden. Das familiale Milieu und die Laienhaftigkeit dieser Lebenswelt

ermöglichen dem Gast alltägliche Aktivitäten und Fertigkeiten (wieder) zu erlernen. Regeln, Normen und Grenzen sowie die Interaktion innerhalb der Gastfamilie üben Einfluss auf das Verhalten des Bewohners aus. Die Möglichkeit neue Rollen, Aufgaben und soziale Beziehungen einzugehen, bieten Raum für selbstverantwortliches Handeln und Ausprobieren. Die natürliche familiäre Lebensgemeinschaft kann entstigmatisierend und gemeindeintegrierend wirken, Folgen des Hospitalismus werden verringert. LAKEMANN (2008, S. 216) spricht auch von einer insgesamt gesteigerten Lebensqualität der Bewohner des BWF. Studien zur Wirkung des BWF auf die Bewohner finden sich u.a. bei HELD (1989), KÖSSINGER et al. (1993) und SIEMERING (2008).

9.2 Hinderliche Rahmenbedingungen

Drei wesentliche, die Etablierung des BWF beeinträchtigende Rahmenbedingungen sind die vordergründig im ländlichen Raum anzufindenden Gastfamilien, die regional stark unterschiedliche Präsenz der Betreuungsform und das als in der Regel als zu gering erachtete Betreuungsentgelt.

Betreutes Wohnen in Familien ist ein ländliches Phänomen. LAKEMANN (2008, S. 217) berichtet in der Studie des „Thüringer Modells - Jena und Umkreis“ von dem Ungleichgewicht der Verteilung urbaner und peripherer Wohnorte der Gastfamilien. Die Mehrzahl der Familien lebt im ländlichen Bereich, andere Studien bzw. Experten bestätigen diese Verteilung (z.B. INGENLEUF 2004, S. 44).

Die Erreichbarkeit von komplementären Versorgungseinrichtungen (WfbM, Tagesstätte, Selbsthilfegruppe etc.), kulturellen und Verbraucherangeboten wird erschwert und ist im städtischen Nahfeld deutlich einfacher zu nutzen. Die Vielfalt sozialer Kontaktmöglichkeiten kann im ländlichen Raum stark eingeschränkt sein. Sollte eine Platzierung im ländlichen Raum stattfinden, ist auf eine gute Anbindung öffentlicher Verkehrsmittel zu achten.

Die sozialräumlichen Bedingungen sollten auf jeden Fall bei der Zuordnung von Klienten bedacht werden und der Wohnort in Abstimmung mit seinen Vorstellungen von Wohnumfeld und seinen Bedürfnissen ausgewählt werden.

Das Betreute Wohnen in Familien als gemeindepsychiatrischer Baustein ist ungleichgewichtig regional verankert. Die Bedeutung von Tradition und Vorerfahrung in bestimmten Regionen scheinen ursächlich dafür zu sein. In Baden- Württemberg und Nordrhein- Westfalen ist das BWF offensichtlich etabliert. In anderen Bundesländern

befinden sich deutlich weniger oder keine Familienpflegeteams (vgl. SCHIEBL 2008; EISENHUT 2004, S. 48). Die größeren Wahlmöglichkeiten in der psychiatrischen Versorgungslandschaft durch Angebote des BWF sind nicht für alle psychisch kranken oder behinderten Menschen gegeben. Hier ist das Engagement zur Verbreitung des Fachausschusses sinnvoll. Auch die örtliche Sozialverwaltung und überörtliche Sozialhilfeträger sollten mit verbindlichen Richtlinien zu einer flächendeckenden Umsetzung in die Verantwortung genommen werden. Aus der Problematik der Zentriertheit auf bestimmte Regionen und den ländlichen Raum, gepaart mit der Besonderheit der notwendigen und häufig anspruchsvollen Passung von Familie und Klient, entsteht ein Mangel an gemeindenaher Versorgung. Die Bereitstellung eines geeigneten Platzes kann möglicherweise nicht „am gewünschten Ort, nicht auf absehbare Zeit oder gar nicht realisiert werden“ (vgl. INGENLEUF 2004, S. 44).

Das Betreuungsentgelt wird von den Gastfamilien, gemessen am Betreuungsaufwand, als zu gering eingeschätzt. Dadurch ergeben sich in vielen Regionen Probleme bei der Gewinnung neuer Gastfamilien und somit beim Ausbau des BWF. Dies gilt besonders für Klienten mit einem hohen Betreuungsaufwand, z.B. gerontopsychiatrisch erkrankten Patienten. Als Beispiel für oben genannte Schwierigkeiten kann das Modellprojekt zur Einführung von BWF für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Ravensburg/ Schussenried stehen (vgl. GERSTER/ KONRAD/ SPINNER 2009).

Dabei sind die monatlichen Kosten, die durch eine Betreuung im BWF für den Sozialleistungsträger entstehen, in der Regel deutlich geringer als für eine stationäre Betreuung. GERSTER/ KONRAD/ SPINNER (2009) geben für die gerontopsychiatrische Klientengruppe eine Kostensenkung von 900 bis 1100 € pro Klient an. „Insgesamt geht es darum, den Grundkonflikt zwischen eingebrachter Leistung und erwarteter Entschädigung zu diskutieren. Neben der objektiven Finanzproblematik ist gesellschaftlich zu entscheiden, welchen Stellenwert die gesellschaftliche Integration pflegebedürftiger Menschen hat und welche Anerkennung Pflegende für Leistungen erwarten dürfen“ (GERSTER/ KONRAD/ SPINNER 2009).

Die Sozialhilfeträger haben mit der Höhe der Entschädigung für die Gastfamilien ein Instrument zur Hand, um die Entwicklung der psychiatrischen Versorgungslandschaft gezielt zu steuern. Eine höhere, dem Betreuungsaufwand angepasste Entlohnung würde sicher zu einem Ansteigen der Fallsituation im BWF beitragen.

Mit der Verabschiedung des Jahressteuergesetzes 2009 ist zumindest eine steuerliche Entlastung der Gastfamilien erreicht worden. Leistungen an Gastfamilien zur Pflege, Unter-

bringung, Betreuung und Verpflegung wurden in den Jahren zuvor besteuert, sind damit nun von der Einkommenssteuer freigestellt.

9.3 Spannungsfeld Psychiatrie und Familie

Das Beziehungsfeld zwischen Psychiatrie und Familie ist gekennzeichnet von gegenseitiger Anspruchshaltung und Abwertung. Familien werden in der Beziehung zwischen Professionellen und Patienten häufig als Störfaktor gesehen, eine triadische Interaktion, eine Einbeziehung der Familie in diese Beziehung, ist noch immer die Ausnahme. Andererseits ist die Familie dann gefragt, wenn Rehabilitationsangebote der Psychiatrie sich als nicht mehr notwendig, ineffektiv oder zu kostenintensiv erweisen.

Familien werden aus psychiatrischem Blickwinkel überwiegend aus der Defizitperspektive wahrgenommen. Sie werden bei komplizierten Krankheitsverläufen durch Inkompetenz, Schwächen und Versagen wahrgenommen, gelingende Bewältigungsprozesse sind im professionellen Wahrnehmungsfeld nicht präsent. Mangelnde Kenntnisse führen zu psychologisierenden Vorurteilen und Pathologievorwürfen familialer Interaktionsmuster.

Umgekehrt ist häufig eine Abwertung der psychiatrischen Einrichtungen durch Angehörige manifestiert. Unzufriedenheit über den unpersönlichen und bürokratischen institutionellen Behandlungsstil mögen Gründe hierfür sein.

Dabei sind beide Systeme, Familie und Psychiatrie, auf gegenseitige Mitwirkung angewiesen, um sich in ihrer Unterschiedlichkeit ergänzen zu können. Zudem erwirkt eine gelingende triadische Zusammenarbeit zwischen Professionellen, Patienten und Angehörigen eine Ressource für den Patienten (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 16 ff.).

Das Betreute Wohnen in Familien fällt in ebendieses Spannungsfeld voller Ambivalenzen. Der Risikoverdacht, der den Familien angelastet wird, überträgt sich auf die Gastfamilien, obwohl ihre Ressourcen anerkannt werden. Gastfamilien und Bewohner werden dabei aber anders als die Herkunftsfamilien von Fachkräften begleitet, beraten und unterstützt.

9.4 Risiken im BWF: Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch

Die Klientengruppen des Betreuten Wohnens in Familien sind in der Regel auf Unterstützung und Schutz angewiesen. Wie andere behinderte oder psychisch erkrankte Menschen sind sie häufig in ihrem Selbstbewusstsein und in ihren Widerstandsmöglichkeiten gegenüber Nichtbehinderten unterlegen. „Behinderte Personen, die in Familienpflege leben, befinden

sich (zudem)... in einem Abhängigkeitsverhältnis...“ (BECKER 2004). Im Rahmen allmählicher Fehlentwicklungen können Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch entstehen.

BECKER (2004) macht deutlich, dass die positiven Eigenschaften von Familie- intime Nähe der Beziehungen, verringerte Distanz zwischen den Personen, fast andauerndes Beisammensein, langfristiges Zusammenleben usw.- gleichermaßen für die in dieser Betreuungsform spezifischen Risiken ursächlich sind. Die Hemmschwelle vor Übergriffen kann sinken und in ursprünglich positiven Beziehungen werden nur noch unerträgliche Eigenschaften wahrgenommen. Hinzu kommt, dass die Familie wie kein anderes soziales Gebilde nach außen abgeschottet ist.

Die professionelle Begleitung im BWF hat zur Aufgabe, eine Kontrollfunktion auszuüben, um das zwischen Familie und Klient bestehende Machtgefälle auszugleichen. Risikofaktoren müssen bewusst sein, Frühwarnzeichen erkannt werden und vorbeugende Maßnahmen ergriffen werden. „Weil Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in der Regel das Ergebnis einer längeren negativen Beziehungsentwicklung sind, bestehen gute Chancen, diese Entwicklung frühzeitig zu erkennen und positiv zu beeinflussen“ (BECKER 2004).

Es gibt einzelne aus der Erfahrung gewonnene Risikofaktoren, die im statistischen Durchschnitt übergriffiges Verhalten begünstigen, ohne dass es im Einzelfall dazu kommen muss, selbst wenn viele Risikofaktoren gleichzeitig zusammentreffen sollten. „Der wichtigste Risikofaktor sowohl für eine Vernachlässigung als auch für Misshandlungen in Familienpflege ist ... eine besonders anstrengende Betreuung des Bewohners...“ (BECKER 2004). Sehr hohen Betreuungs- und/ oder Pflegeaufwand gibt es z.B. bei Inkontinenz und Weglauftendenz. Auch anstrengendes Verhalten (z.B. unangenehme Essmanieren, eine provozierende Art, stereotypes Fragen) führen zu einer erhöhten Belastung und können auch nach Jahren eines positiven Betreuungsverlaufs zu Burnout und Überforderungsreaktionen führen. Kommen weitere Faktoren dazu, erhöht sich das Risiko, z.B. bei überhöhten Erwartungen an den Gast, familiären Problemen oder finanzieller Not der Gastfamilie. Wenn die Familie auf das Betreuungsgeld angewiesen ist, verschweigt sie häufig ihre Überforderung und auftretende Probleme, um das Betreuungsverhältnis nicht zu gefährden.

Für sexuellen Missbrauch gibt es ebenso regelhafte Risikomerkmale: Opfer von sexuellen Übergriffen sind fast immer weiblich, Geschlecht ist somit ein Risikofaktor. Männer, die Frauen sexuell missbrauchen, wollen primär Macht ausüben und die Frau demütigen, eine

abwertende Haltung oder Macho- Verhalten gegenüber Frauen können Warnzeichen sein (vgl. BECKER 2004).

Personen, die sich nur eingeschränkt mitteilen und beschweren können (z.B. bei geistiger Behinderung, Demenz oder amnestischem Syndrom), werden eher Opfer von Vernachlässigung, Misshandlungen und Missbrauch. „Für alle Formen von Übergriffen gilt: Je hilfloser der Familienpflegebewohner ist, je weniger er oder sie sich abgrenzen oder beschweren kann, umso höher ist das Risiko und umso wichtiger eine sorgfältige Begleitung“ (BECKER 2004).

Es gibt auch einen Graubereich zwischen akzeptabler Betreuung und Vernachlässigung, beispielsweise wenn die Versorgung eines Bewohners noch ausreichend ist, die Gastfamilie sich dem Bewohner gegenüber aber extrem geizig verhält. „Besonders schwierig ist die Abgrenzung, wo ein distanziertes oder liebloses Verhältnis in emotionale Vernachlässigung übergeht“ (BECKER 2004). SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 96) sprechen den Gastfamilien ein gewisses Maß an Unvermögen zu: Ablehnung, Ärger und Wut seien wie in jeder anderen Familiensituation normal und müssten auch Raum finden können, positive Beziehungsangebote sollten dennoch überwiegen.

Schwierig zu beurteilen ist auch die Situation, in der das betreuende Team eine Schieflage zu Ungunsten des Gastbewohners feststellt, der Gastbewohner aber ausdrücklich am Betreuungsverhältnis festzuhalten wünscht. Wenn die Wahrnehmung von Professionellen und Betreuten derart auseinander geht, muss das Team zwischen dem Interesse des Gastes und der Einhaltung der Betreuungsstandards abwägen.

Eine regelmäßige und sorgfältige Betreuung sowie Qualitätssicherung durch Dokumentation, Fallbesprechungen etc. durch das Team sollte obligatorisch sein. Treten Risikofaktoren auf, die im Zusammenspiel Vernachlässigung, Misshandlung oder Missbrauch begünstigen können, ist dies umso bedeutsamer.

BECKER (2004) nennt verschiedene vorbeugende Maßnahmen gegen das Risiko von Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch im BWF:

1. Die Einhaltung der Betreuungsstandards muss gesichert sein durch regelmäßige Hausbesuche (auch bei langjährig positiv verlaufenden Betreuungsverhältnissen). Dabei muss auch alleine mit dem Bewohner das Gespräch gesucht werden. Die Co-Betreuung durch eine zweite Fachkraft empfiehlt sich, um verdeckte Problemlagen in den Familien besser wahrnehmen zu können.

2. Ein gutes Risikomanagement beinhaltet den offenen Umgang mit den Themen Überforderung, Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch, so dass Risikofaktoren von allen Seiten besser wahrgenommen werden können. Für wiederkehrende Konfliktsituationen sollten Regelungen vereinbart werden (z. B. erlaubte Sanktionen).

3. Zur Krisenintervention beim Verdacht auf übergriffiges Verhalten gehören unangemeldete Hausbesuche und ein offener Umgang mit den Bedenken. Gegebenenfalls muss ein (vorübergehender) Wechsel des Bewohners in eine neutrale Umgebung stattfinden. Wichtig ist ein klares Reagieren auf unangemessenes Verhalten: Die Betreuungspersonen sollten offiziell zu einem Gespräch in das Büro aufgefordert werden, es sollte eine schriftliche Ermahnung erfolgen und schriftliche Vereinbarungen getroffen werden. Ist kein Vertrauensverhältnis mehr vorhanden, kommt es zu einer Beendigung des Betreuungsvertrages.

SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 90) heben die Wichtigkeit der Stabilisierung der Betreuungsfähigkeit und der Betreuungsbereitschaft hervor, so dass es nach Möglichkeit gar nicht zu Überforderungen kommen kann. Grenzen sollten von Anfang an deutlich gemacht werden, damit Rückzugsmöglichkeiten und Intimsphäre gewahrt werden. Unterschiedliche Vorstellungen (z.B. der Hygiene) müssen angesprochen und ausgehandelt werden. Die Beziehungsfähigkeit derartig zu stärken, ist Aufgabe des betreuenden Teams, besonders auch die Mediation bei Konflikten.

Weitere Möglichkeiten sehen sie in der Vernetzung von Gastfamilien, um Kontakte zwischen Bewohnern herzustellen, Austausch für Familien oder Vertretungen in Urlaubssituationen zu ermöglichen.

Die Suche nach geeigneten Entlastungsmöglichkeiten hat einen hohen Stellenwert. Dazu zählen auch externe Beschäftigungsmöglichkeiten für die Bewohner, die Einbeziehung von Experten, z.B. durch ärztliche Versorgung oder ggf. stationäre Aufnahme. Das Team sollte maßgeblich für die Entlastung der Familie sorgen, z.B. durch permanente Erreichbarkeit, Übernahme von (Zwangs-)Einweisungen in die Klinik oder die Abwicklung organisatorischer Aufgaben (Behörden, Arztkontakte etc.).

Um bei Frühwarnzeichen rechtzeitig reagieren zu können, sollten Klagen der Bewohner, eine Verschlechterung der Beziehung und häufige oder ungerechte Beschwerden über den Bewohner seitens der Gastfamilie sensibel wahrgenommen werden.

10. Erhebung zu Finanzierungsformen im Betreuten Wohnen in Familien (BWF)

Für die Finanzierung im Betreuten Wohnen in Familien gibt es keine bundesweiten Standards. Im Kapitel 2.3 („Finanzieller Rahmen des BWF“) habe ich Aussagen zu den finanziellen Rahmenbedingungen aus verschiedenen Quellen zusammengetragen. Die Ausführungen zeigen die Bandbreite der Finanzierungsmöglichkeiten der Einrichtungen, welche sich in einer unterschiedlichen Vergütung der Fachteams niederschlagen und Differenzen in den Zahlungen an Gastfamilien und Gastbewohner auslösen. Diese Unterschiede sind nur teilweise nachvollziehbar und gerechtfertigt. Denn das Fehlen einheitlicher Regelungen, die unterschiedliche Auslegung der Leistungs- und Kostenbestandteile, führt auch zu ungerechtfertigten Unterschieden in der Leistungsvergütung von Fachteams und Gastfamilien.

Durch das Fehlen von Standards ist die Finanzierungslandschaft im BWF vielschichtig und erschien mir zunächst sehr unübersichtlich. Mit der Datenerhebung habe ich verschiedene in der Literatur behandelte Aspekte zu den finanziellen Rahmenbedingungen näher beleuchtet und vertieft. Ich habe versucht alte Daten durch neue zu ergänzen und ggf. stattfindende Veränderungen und Trends aufzuzeigen.

Zu den Vereinbarungen zwischen Leistungsträger und Leistungserbringer, z.B. in Form von Richtlinien und Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, gibt es bisher keine dokumentierten Untersuchungen. Ich möchte diesen insbesondere für die Praxis relevanten Bereich näher beleuchten, eine explorative Datenanalyse soll eine bundesweite Übersicht ermöglichen.

Die Ergebnisse sollen u.a. einer „vorsichtigen“ Bewertung der Strukturqualität in den Einrichtungen dienen. Möglicherweise können sie als Ausgangspunkt weiterer Untersuchungen dienen (beispielsweise zu Ergebnisqualität, Mitarbeiterzufriedenheit etc.).

10.1 Ziel und Fragestellungen

Übergeordnetes Ziel der Erhebung ist die Darstellung der Finanzierungslandschaft im BWF. Eine inhaltliche Untersuchung der Zusammenhänge in der Finanzierung erfordert das Explorieren von Zahlen und Sachverhalten. „Die Finanzierung“ beinhaltet und umfasst verschiedene Aspekte: u.a. die Zuständigkeit der Leistungsträger, die finanziellen Rahmenbedingungen in Form von Richtlinien und schriftlichen Vereinbarungen über die Leistungen und Vergütung, die Höhe der finanziellen Leistungsbestandteile für alle Beteiligten im BWF (Fachteams, Klienten und Gastfamilien).

Für eine umfassende Untersuchung und umfangreiche Darstellung müssen also verschiedene Fragen gestellt werden.

I. Wer ist Leistungsträger?

Die Kostenerstattung der Betreuungsleistungen von Gastfamilie und Fachteam erfolgt überwiegend durch die Sozialhilfeträger, da die Mehrzahl der Leistungsberechtigten Klienten der Eingliederungshilfe sind (§ 53 SGB XII). Als ambulantes Angebot der Eingliederungshilfe müsste die Kostenerstattung durch die örtlichen Sozialhilfeträger erfolgen, häufig findet die Finanzierung aber durch die überörtlichen Sozialhilfeträger statt (vgl. SCHÖNBERGER/STOLZ 2003, S. 31 ff.).

Welche Leistungsträger kommen neben den Sozialhilfeträgern vor? In welchen Regionen zeigt sich der örtliche Sozialhilfeträger und in welchen der überörtliche Sozialhilfeträger verantwortlich?

II. Finanzierung der Fachteams im BWF

Die Modalitäten zur Finanzierung der Fachteams im Betreuten Wohnen in Familien sollen erkundet und mit der Beantwortung der folgenden Fragepunkte dargestellt werden.

II.I Wie sind die BWF- Teams finanziert?

Die Finanzierung der BWF anbietenden Einrichtung ist durch verschiedene Quellen möglich. Dies können selbst zahlende Leistungsempfänger oder Zuwendungen in Form von Spenden/Sponsoring o.Ä. sein. Der Großteil erfolgt jedoch über die Leistungsansprüche der Klienten nach § 53 SGB XII, d.h. überwiegend durch die Sozialhilfeträger. Welche Finanzierungsquellen nutzen die Einrichtungen im BWF?

Für die Leistungen des Fachteams als personenbezogene soziale Dienstleistungen gibt es keine gesetzlich geregelten Abrechnungsverfahren. Die Literatur zeigt, dass sich in der Praxis des BWF jedoch Regelstrukturen herausgebildet haben. Tagessätze und Monatspauschalen, die Vergütung durch Fachleistungsstunden oder das Trägerübergreifende Persönliche Budget sind mögliche Abrechnungsformen. Welche Abrechnungsverfahren werden angewendet?

II.II In welcher Höhe erfolgt die Vergütung nach Pauschalen bzw. Fachleistungsstunden?

Es liegen einige wenige Quellen zur Höhe von Leistungen an die Fachteams vor. Die Daten basieren auf einer Erhebung von 2001 (vgl. SCHÖNBERGER/STOLZ 2003, S. 34; EISENHUT 2002, S. 126 f.). Ich möchte aktuelle Zahlen erheben und eine Übersicht über die Höhe der Leistungen für die Regionen Deutschlands erstellen.

II.III Gibt es einen sich abzeichnenden Trend zu einer bestimmten Finanzierungsart?

Die von mir gebrauchten Quellen sagen aus, dass die Vergütung der Leistungen des Fachteams überwiegend durch Pauschalen erfolgt. Andere Abrechnungsverfahren werden deutlich seltener genannt. Von verschiedenen Autoren wird zudem gefordert, den persönlichen Hilfebedarf der Klienten bei der Kostenberechnung zu berücksichtigen. (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 34 ff.; EISENHUT 2002, S. 126 ff.; SPEICHER 2006, S. 134 ff.). Eine pauschale Vergütung berücksichtigt den Hilfebedarf in der Regel nicht. Fachleistungsstunden oder nach verschiedenen Bedarfsgruppen leistungsgerecht gestaffelte Pauschalen wären denkbare Möglichkeiten personenzentriert abzurechnen. Auch die neue Leistungsform des Persönlichen Budgets ist für die Leistungsvergütung der Fachteams denkbar.

Besteht das vorherrschende Abrechnungsverfahren mit Pauschalen fort oder gibt es einen Trend zu „neuen“ Finanzierungsformen der Fachteams?

II.IV Gibt es gebietsweise vorherrschende Finanzierungsformen?

Ich möchte für die verschiedenen Regionen die vorherrschenden Abrechnungsverfahren explorieren. Welche Finanzierungsformen werden in Regionen mit einer Zuständigkeit des örtlichen Sozialhilfeträgers angewandt, welche bei einer Zuständigkeit des überörtlichen Sozialhilfeträgers? Werden bei der Zuständigkeit des überörtlichen Trägers der Sozialhilfe alle Einrichtungen einheitlich finanziert?

III. Richtlinien, Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen

Die Fragen III.I und III.II befassen sich mit den Richtlinien der Leistungsträger und mit den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Einrichtungen. Ich möchte klären, auf welche Weise die Rahmenbedingungen geregelt sind, sowie Aussagen zu Inhalten und Vergütung der Leistungen machen.

III.I In welcher Form sind die Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der Praxis im BWF festgelegt (Richtlinien; Leistungsvereinbarungen)?

Die Rahmenbedingungen für das BWF sind in Form von Richtlinien und Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen (§ 75 SGB XII) festgelegt. Welche dieser schriftlichen Beschlüsse/ Verträge die Grundlage für die Arbeit einer Einrichtung bilden, ist je nach Leistungsträger und von Einrichtung zu Einrichtung verschieden.

Die Richtlinien des BWF werden von den Leistungsträgern verabschiedet, um eine Verbindlichkeit zur Auslegung der Gesetzeslage für den Bereich BWF im jeweiligen

Landkreis/ Bezirk/ Kommunalverband zu gewährleisten. Hierin sind verbindliche Standards für die Sachbearbeiter der Verwaltung definiert (vgl. EISENHUT 2010, schriftl. Mitt.).

Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen umfassen Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung), die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) sowie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung). Sie verpflichten laut § 75 SGB XII den Sozialhilfeträger zur Übernahme der Vergütung der von einer Einrichtung erbrachten Leistungen.

III.II Welche Regelungen und Leistungsdetails sind in den Richtlinien/ Leistungsvereinbarungen enthalten?

Die Regelungen und Leistungsmerkmale in Richtlinien und Leistungsvereinbarungen bilden die Grundlage für die Arbeit der Fachteams und sind entscheidend für die Praxis. Ich möchte einen Überblick über die wesentlichen Inhalte von Richtlinien/ Leistungsvereinbarungen und ihre Vergütung gewinnen und in einer Übersicht darstellen.

Möglicherweise können Aussagen zur Strukturqualität der Einrichtungen gemacht werden. Wie sind beispielsweise die Bestimmungen zu externer Supervision, Fort- und Weiterbildungen oder zu Fahrzeughaltung und Fahrtkosten und wie sind diese Merkmale vergütet?

Vielleicht können auch Aussagen zur finanziellen Ausstattung der Einrichtungen getroffen werden. Neben dem vertraglich festgelegten Leistungsentgelt und dem Personalschlüssel sind weitere Leistungsdetails mit entscheidend, z.B. der Umgang mit Fahrtzeiten oder die Fortzahlungsdauer der Vergütung bei einem Klinikaufenthalt des Klienten. Es stellt sich mir ebenfalls die Frage, ob Leistungsdetails auch „indirekt“ ausschlaggebend für die finanzielle Ausstattung der Einrichtungen sein können. Als Beispiel möchte ich die Auswahl geeigneter Gastfamilien und Bewohner nennen. Ohne dass diese Klienten und Familien vertraglich durch das Fachteam betreut werden, d.h. auch ohne die „offizielle“ Vergütung durch den Leistungsanspruch potentieller Klienten, erfolgen bereits verschiedene Leistungen: telefonische Informationsweitergaben und Kurzberatungen, Informationsaustausch und Gespräche mit Gastfamilien, Erstkontakte mit Klienten zur Klärung der regionalen und fachlichen Zuständigkeit sowie einer ersten Problemerkennung und ggf. auch eine Weitervermittlung an andere Dienste. Wenn Einzelleistungen wie im oben angeführten Beispiel dezidiert in Leistungsvereinbarungen aufgeführt sind, wird hierfür meiner Vermutung nach der notwendige Arbeitsaufwand eher berücksichtigt und dem Personalschlüssel und der Vergütung zugrunde gelegt.

IV. Wenn die Finanzierung durch Fachleistungsstunden erfolgt, wie ist die Fachleistungsstunde definiert?

Die Fachleistungsstunde kann personenbezogene und nicht personenbezogene Tätigkeiten beinhalten. Ich möchte das anteilige Verhältnis evaluieren. Außerdem soll erhoben werden, ob die Fachleistungsstunde im Sinne einer Nachweispflicht zu dokumentieren ist und wie mit Anfahrtszeiten umgegangen wird.

V. In welcher Höhe werden Leistungen an Bewohner und Gastfamilie erbracht? Welche regionalen Unterschiede gibt es dabei?

Es liegen einige wenige Quellen zur Höhe der Leistungen an Gastfamilien und Bewohner vor. Die Daten mit der größten Aktualität stammen aus einer Erhebung von 2005 (EISENHUT 2007, S. 9). Ich möchte aktuelle Zahlen erheben und eine Übersicht über die Höhe der Leistungen für die Regionen Deutschlands erstellen.

10.2 Forschungsmethode

Als Methode zur Datenerhebung habe ich die schriftliche computervermittelte Befragung gewählt. Der Fragebogen soll konkrete Sachverhalte ermitteln und überwiegend quantitative Ergebnisse liefern. Der Fragebogen ist standardisiert, die Items beinhalten Antwortvorgaben, um die Auswertbarkeit zu erleichtern, wenige Fragen sind offen gestellt.

Für die Wahl der Methode gab es mehrere Gründe. Zum einen der geringere Zeitaufwand, im Vergleich zu einer mündlichen Befragung am Telefon. Zum anderen hat die schriftliche Befragung einen eher anonymen Charakter, was einer ehrlichen Beantwortung und gründlichen Auseinandersetzung mit der Problematik dienen kann (vgl. BORTZ/ DÖRING 2009, S. 234). Insbesondere für die „indiskreten“ Fragen nach der Finanzierung der Einrichtung kann sich dies positiv auswirken. Die Fragen nach einzelnen Leistungsmerkmalen erfordern zudem unter Umständen ein Nachschlagen in den jeweiligen Schriftstücken, zumindest aber eine konzentrierte gründliche Auseinandersetzung.

Die Methode Fragebogen und die Art meiner Durchführung weisen einige Ungenauigkeiten auf. Die Ergebnisse haben daher nur eine begrenzte Aussagefähigkeit und es kann nicht von einer Allgemeingültigkeit ausgegangen werden! Die Ergebnisse geben lediglich einen Einblick in die derzeitige Situation.

Das Versenden der Fragebögen an die Einrichtungen geschah in Kooperation mit dem Fachausschuss Familienpflege. Dem Fachausschuss liegen die Emailadressen der über das

Bundesgebiet verteilten Regionalleiter vor, welche wiederum den Fragebogen an alle ihren Regionalgruppen angehörenden BWF- Teams weiterleiteten. Dieser „Schneeballeffekt“ sollte bei einer korrekten Ausführung zu einer Erfassung aller mit dem Fachausschuss in Verbindung stehenden deutschen Einrichtungen, d.h. annähernd zu einer Vollerhebung führen (EISENHUT 2010, mdl. Mitt.).

Dieses Vorgehen führt zu einem Mangel an statistischer Genauigkeit, da ich die tatsächlich angeschriebenen Einrichtungen nicht beziffern kann. Die Zahl der deutschen BWF- Teams liegt insgesamt bei etwa 115 Einrichtungen. Die genaue Zahl der angeschriebenen Einrichtungen entzieht sich durch die Versendung über den Fachausschuss leider meiner Kenntnis. Es ist durchaus möglich, dass Einrichtungen nicht erfasst wurden. Einrichtungen, die nicht mit den Regionalleitern des Fachausschusses vernetzt sind (wenn es diese gibt), sind ohnehin nicht erfasst. Die Auswahl der angeschriebenen Einrichtungen orientierte sich somit an keinen verallgemeinbaren Kriterien, sondern an der Tatsache, ob dem Fachausschuss und seinen Regionalleitern eine Email- Anschrift vorlag.

Ein allgemeiner Nachteil schriftlicher Befragungen ist die unkontrollierte Erhebungssituation. Nicht beeinflussbar ist zum einen die Zusammensetzung der Stichprobe der antwortenden Einrichtungen. Zudem können Verständnisprobleme im Gegensatz zu mündlichen Befragungen nicht geklärt werden. Dies kann Probleme bei der Verwertbarkeit der Daten erzeugen.

Die Rücksendefrist von knapp 4 Wochen wurde wegen zunächst zu geringen Rücklaufs um 10 Tage verlängert. Es wurde dafür ein zweiter Aufruf zur Beantwortung des Fragebogens per Email versandt, die Resonanz darauf war ebenfalls gering.

Der Fragebogen mit dem Anschreiben an die Einrichtungen befindet sich im Anhang.

10.3 Darstellung und Interpretation der Untersuchungsergebnisse

Das aus dem Fragebogen gewonnene Datenmaterial habe ich in den folgenden Unterkapiteln ausgewertet. Zunächst wird der Rücklauf des Fragebogens für die einzelnen Bundesländer geschildert (10.3.1).

Die weitere Ergebnisdarstellung bezieht sich auf die einzelnen Aspekte der Fragestellung. Zunächst werden die Ergebnisse zu den Leistungsträgern im BWF dargestellt (10.3.2). Anschließend erfolgt eine Auswertung der Daten zur Finanzierung der Fachteam (10.3.3): Der Abschnitt umfasst u.a. eine Darstellung der verschiedenen Abrechnungsverfahren und die

Höhe der Vergütung des Fachteams. Das nächste Unterkapitel (10.3.4) befasst sich mit den möglichen Inhalten von Richtlinien sowie Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen: In mehreren Tabellen zeige ich die Zusammenfassung der Antworten aus den Fragebögen zu strukturellen Leistungsmerkmalen der Einrichtungen, zu Leistungen des Fachteams für die Gastfamilien und Gastbewohner sowie zu indirekten Leistungsdetails des Fachteams. Das darauf folgende Unterkapitel klärt verschiedene Fragen zu Abrechnungsverfahren nach Fachleistungsstunden (10.3.5). Zuletzt sollen die Ergebnisse über die Leistungen an Bewohner und Gastfamilie veranschaulicht werden (10.3.6).

10.3.1 Rücklauf des Fragebogens

Angestrebt war eine Vollerhebung aller BWF- betreibenden Einrichtungen in Deutschland, dies sind um die 115 Einrichtungen. Im Rücksendezeitraum wurden mir 41 ausgefüllte Fragebögen zugesandt. Zwei Fragebögen, die verspätet eintrafen, habe ich nicht in die Auswertung einbezogen. Der Rücklauf ergibt eine Ausschöpfungsquote von rund 36 %. Dabei weise ich erneut auf die unklare Erhebungssituation hin (siehe 10.2 „Forschungsmethode“).

Eine detaillierte Betrachtung des Rücklaufs aus den einzelnen Bundesländern lässt deutliche Unterschiede in der Rücklaufquote sichtbar werden. Dabei ist auch die Gesamtzahl der in den einzelnen Bundesländern verorteten Einrichtungen zu berücksichtigen. Für Bundesländer mit höherer Rücklaufquote stellen die Ergebnisse die derzeitige Finanzierungssituation des BWF besser dar als für jene mit geringem Rücklauf. Aus einigen Bundesländern sind gar keine Fragebögen zurückgesandt worden.

Die insgesamt eher mäßige Rücklaufquote muss auch zu der Frage führen, ob die abgebildeten Ergebnisse überhaupt einen realistischen Einblick in die Praxis des BWF geben. Für die Grundgesamtheit aller deutschen BWF- Einrichtungen und insbesondere für die Bundesländer mit niedrigem Rücklauf (Nordrhein- Westfalen, Schleswig- Holstein) oder geringer Einrichtungsdichte (Berlin, Saarland) muss dies verneint werden. Für Bundesländer mit höherem Rücklauf, wie Baden- Württemberg, Bayern und Brandenburg, habe ich einen wirklichkeitsnahen Einblick in die derzeitige Situation gewonnen.

In der nachstehenden Tabelle (10.3.1 a) findet sich eine detaillierte Übersicht für den Rücklauf des Fragebogens.

10.3.1 a Rücklauf des Fragebogens			
	geschätzte Gesamtzahl der befragten Einrichtungen	Anzahl zurückgesandter Fragebogen	Rücklaufquote in %
Baden- Württemberg	40	17	42,50
Bayern	11	6	54,55
Berlin	1	1	100,00
Brandenburg	4	3	75,00
Bremen	1	0	0
Hessen	6	2	33,33
Niedersachsen	2	0	0
Nordrhein- Westfalen	36	10	27,78
Saarland	2	1	50,00
Sachsen	5	0	0
Schleswig- Holstein	5	1	20,00
Thüringen	2	0	0
Gesamt	ca. 115	41	35,65
Quelle: SCHIEBL 2008; Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“, SPECK 2010			

Das tatsächlich auswertbare Datenmaterial reduziert sich bei manchen Fragen durch unvollständig oder widersprüchlich ausgefüllte Antworten. Gelegentlich sind Fragen, vor allem der Fragenkatalog zu den Inhalten von Richtlinien/ Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen, ausgelassen worden. Einige Fragebögen habe ich daraufhin zusätzlich nachkorrigiert, indem ich mit der entsprechenden Einrichtung telefoniert habe.

Die Untersuchungseinheit ist nicht für jedes Item des Fragebogens mit der Anzahl zurückgesandter Fragebögen identisch. Bei der Auswertung der Antworten ist in den Tabellen und Grafiken daher jeweils die Anzahl der auswertbaren Fragebögen als Untersuchungseinheit angegeben.

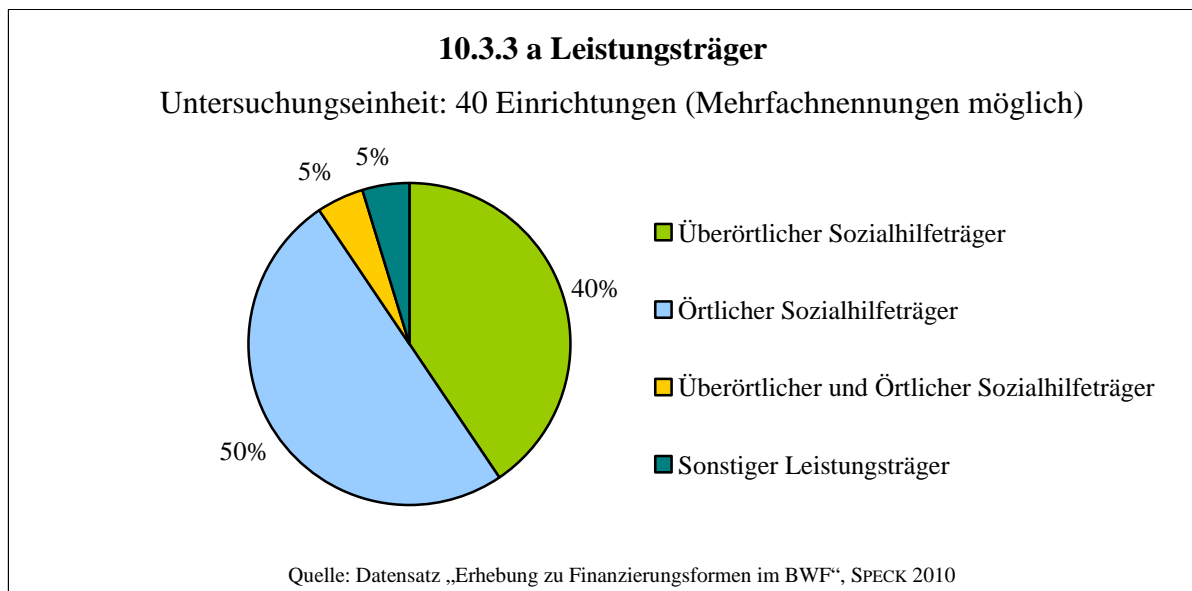
10.3.2 Leistungsträger

Die Kostenerstattung der Betreuungsleistungen im BWF erfolgt über die Leistungsberechtigung der Klienten. Die Mehrzahl der Leistungsberechtigten sind nach § 53 SGB XII Klienten der Eingliederungshilfe, d.h., der zuständige Sozialhilfeträger erstattet die Kosten (eine weitere Möglichkeit ist z.B. die Kostenerstattung durch die Jugendhilfeträger).

Es bestehen regionale Unterschiede bei der Finanzierung durch örtliche oder überörtliche Sozialhilfeträger. BWF ist eine Leistung der ambulanten Eingliederungshilfe und müsste

eigentlich durch örtliche Sozialhilfeträger finanziert werden. Die Übernahme der Kosten geschieht dessen ungeachtet auch durch die überörtlichen Sozialhilfeträger der Bundesländer, obwohl ihre sachliche Zuständigkeit sich auf stationäre und teilstationäre Eingliederungshilfe beschränkt (SGB XII § 97 in Verbindung mit landesrechtlichen Regelungen). Dies wird in Richtlinien zwischen Träger, örtlicher Sozialverwaltung und überörtlichem Sozialhilfeträger als freiwillige Leistung geregelt (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 31 ff.).

Punkt I der Fragestellung lautet „Wer ist Leistungsträger?“ Die Auswertung der Fragebögen zeigt, dass in etwa zu gleichen Teilen entweder der örtliche oder der überörtliche Sozialhilfeträger Leistungsträger ist. Ein kleiner Anteil der antwortenden Einrichtungen wird durch örtliche *und* überörtliche Sozialhilfeträger finanziert. Sonstige Leistungsträger sind ein bezirkliches Sozialamt in Berlin und ein Jugendhilfeträger. Hinzuzufügen ist dem noch, dass mehrere BWF- Einrichtungen mit Klienten und Gastfamilien aus unterschiedlichen Landkreisen arbeiten und die Kostenerstattung bei Zuständigkeit des örtlichen Leistungsträgers durch verschiedene Sozialhilfeträger erfolgt. Im Extremfall, um mit den Worten einer Einrichtung zu sprechen, gelten die „Bedingungen von 18 Trägern“ (vgl. SPECK 2010). Die nachstehende Grafik (10.3.2 a) veranschaulicht die Ergebnisse:



Für die Zuständigkeit örtlicher oder überörtlicher Leistungsträger im BWF zeigen sich regionale Unterschiede. Die Aussage von SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 31), dass die sachliche Zuständigkeit für das BWF als ambulantes Angebot der Eingliederungshilfe trotz § 97 SGB XII (i.V. mit Ausführungsgesetzen zum SGB XII der Länder) auch durch überörtliche Träger der Sozialhilfe wahrgenommen wird, findet sich in den Antworten des

Fragebogens wieder. In Hessen und Nordrhein- Westfalen übernehmen die Kommunalverbände und in Bayern die Bezirke als überörtliche Träger der Sozialhilfe die Kosten für das BWF. Im Saarland trägt der überörtliche Träger die Kosten für die Einrichtung und das Betreuungsentgelt der Gastfamilien, die örtlichen Träger der Sozialhilfe übernehmen die Kosten für den Lebensunterhalt, einschließlich Unterkunft und Barbetrag des Gastbewohners. In Baden- Württemberg kam es 2005 zu einer Auflösung der Landeswohlfahrtsverbände. Im Zuge der Kommunalisierung verschob sich dabei die Zuständigkeit für das BWF von den überörtlichen zu den örtlichen Sozialhilfeträgern. Auch in Schleswig- Holstein ist die Eingliederungshilfe seit 2007 kommunalisiert.

Tabelle 10.3.2 b zeigt die Angaben der Einrichtungen aus den Fragebögen.

10.3.2 b Zuständigkeit der Leistungsträger nach Regionen	
Untersuchungseinheit: 40 Einrichtungen (Mehrfachnennungen möglich)	
Brandenburg	örtliche Sozialhilfeträger, Jugendhilfeträger
Berlin	bezirkliches Sozialamt
Baden- Württemberg	örtliche Sozialhilfeträger
Bayern	überörtliche Sozialhilfeträger (Bezirke)
Hessen	überörtlicher Sozialhilfeträger (Landeswohlfahrtsverband)
Nordrhein- Westfalen	überörtliche Sozialhilfeträger, einmal auch örtlicher Sozialhilfetr. (Landschaftsverbände)
Schleswig- Holstein	örtlicher Sozialhilfeträger
Saarland	örtlicher und überörtlicher Sozialhilfeträger
Quelle: Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“, SPECK 2010	

10.3.3 Finanzierung des Fachteams

Die Finanzierung der BWF- Einrichtungen erfolgt vorwiegend über den Leistungsanspruch der Klienten. Die Mehrzahl der Klienten im BWF sind Leistungsberechtigte nach § 53 SGB XII, d.h., die Leistungsvergütung geschieht durch die Sozialhilfeträger. Die Form und die Höhe der Kostenerstattung sind in Verträgen zwischen dem Sozialhilfeträger und der Einrichtung geregelt. Mögliche Abrechnungsformen sind z.B. fallbezogene Tagessätze und Monatspauschalen, Fachleistungsstunden und das Trägerübergreifende Persönliche Budget.

Neben den oben genannten Finanzierungsoptionen habe ich im Fragebogen nach weiteren Finanzierungsquellen gefragt: private Personen als selbst zahlende Leistungsempfänger bei

entsprechendem Vermögen und Einkommen („Selbstzahler“) sowie Zuwendungen durch Spender/ Sponsoren.

Die folgenden Fragen zur Finanzierung der Einrichtungen sollen mit den Daten aus dem Fragebogen beantwortet werden:

- II.I. Wie sind die BWF- Teams finanziert?
- II.II. In welcher Höhe erfolgt die Vergütung nach Pauschalen bzw. Fachleistungsstunden?
- II.III. Gibt es einen sich abzeichnenden Trend zu einer bestimmten Finanzierungsart?
- II.IV. Gibt es gebietsweise vorherrschende Finanzierungsformen?

Die Auswertung des Fragebogens zu II.I ergab ein klares Ergebnis (Tabelle 10.3.3 a). Von 40 Einrichtungen werden 35 durch Monatspauschalen finanziert. Die übrigen Finanzierungsmöglichkeiten sind in der Erhebung deutlich unterrepräsentiert: Eine Einrichtung hat ein Abrechnungsverfahren nach Tagessätzen, zwei Einrichtungen gaben an nach Fachleistungsstunden abzurechnen, zwei Einrichtungen haben u.a. Klienten, die das Persönliche Budget nutzen. Zusätzlich zu den oben genannten Abrechnungsverfahren gibt es bei 24 Einrichtungen selbst zahlende Leistungsempfänger. Andere Finanzierungsquellen, z.B. Zuwendungen, wurden von keiner Einrichtung angegeben.

10.3.3 a Finanzierung der BWF -Teams					
Untersuchungseinheit: 40 Einrichtungen (Mehrfachnennungen möglich)					
Darstellung in absoluten Zahlen					
Tagessätze	Monatspauschale	Fachleistungsstunden	Sonstiges*	zusätzlich Persönliches Budget	zusätzlich Selbstzahler
1	35	2	2	2	24
*Sonstiges: Jahrespauschale pro Vollzeitkraft (Betreuungsschlüssel 1:10), Pauschale im Rahmen der Modellphase					
Quelle: Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“, SPECK 2010					

Hinter dieser Vereinheitlichung stehen sehr individuelle Lösungen zwischen Einrichtung und Leistungsträger. Es gibt mehrere Einrichtungen, bei denen die Vergütung gestaffelt ist. Einige Angaben aus den Fragebögen sollen dargestellt werden (vgl. SPECK 2010):

1. Die Leistungsvergütung des Fachteams erfolgt fallbezogen nach der Hilfebedarfsermittlung. Die verschiedenen Bedarfgruppen ergeben sich aus der Betreuungsintensität (Stunden pro Monat/ Woche). Zwei Beispiele zur gestaffelten Leistungsvergütung:
 - a. 415 € im ersten Jahr, dann 3 Bedarfgruppen: A = 18 Stunden/ Monat - 530 €, B = 14 Stunden/ Monat - 415 €, C = 10 Stunden/ Monat - 300 €

b. Bedarfsgruppe I - V (1 -3 Fachleistungsstunden/ Woche) 220 € - 650 €/ Monat

2. Die Leistungsvergütung erfolgt in zwei Hilfebedarfsklassen: 404 € für „alte“ Klienten, 539 € für „gerontopsychiatrisch erkrankte“ Klienten (fallbezogen, monatlich)
3. Leistungsvergütung variiert nach Betreuungsdauer: 584 € im 1. Jahr, ab dem 2. Jahr 531 € (fallbezogen, monatlich)
4. Staffelung des Personalschlüssels (1:10 im 1. und 2. Jahr, 1:12 im 3. und 4. Jahr und 1:15 ab dem 5. Jahr des Betreuungsverhältnisses).

Eine gestaffelte Leistungsvergütung des Fachteams macht meines Erachtens dann Sinn, wenn als Grundlage hierfür der fallbezogene Hilfebedarf herangezogen wird. Eine Eingruppierung nach vergleichbarem Hilfebedarf und eine Staffelung der Vergütung sollte sich an dem zeitlichen Betreuungsaufwand des Fachteams orientieren, wie im 1. Beispiel gezeigt. In beiden Fällen sind Lösungen für eine leistungsgerechte Vergütung gefunden worden. EISENHUT sieht in der Berücksichtigung des Hilfebedarfs die Basis für ein einheitliches Finanzierungsschema und fordert: „Die Berechnung der Kosten (...) muss den individuellen Hilfebedarf des jeweiligen Klienten berücksichtigen. Gerade die Familienpflege als subjektiv orientierte Maßnahme sollte sich diesem Gedanken öffnen“ (EISENHUT 2002, S. 129).

Es ist fraglich, wie die im 3. Beispiel genannte Unterteilung in zwei Vergütungskategorien zu werten ist. Meines Erachtens erfolgt hier die Vergütung nicht leistungsgerecht nach dem *tatsächlichen* Hilfebedarf. Wahrscheinlich wird vorausgesetzt, dass in der Anfangsphase des Betreuungsverhältnisses der Hilfebedarf größer ist und mit zunehmender Verweildauer des Klienten in der Gastfamilie abnimmt. Ich denke jedoch, der Hilfebedarf kann sich im zeitlichen Verlauf in beide Richtungen verändern und sollte deshalb individuell ermittelt und in Abständen überprüft werden. Die gleichen Argumente gelten für das 4. Beispiel. Dass eine längere Betreuungsdauer nicht in jedem Fall zu einer geringeren Betreuungsintensität führen muss, bestätigt BECKER (2004), der unbedingt die Einhaltung der Betreuungsstandards auch bei *langjährig* positiv verlaufenden Betreuungsverhältnissen fordert.

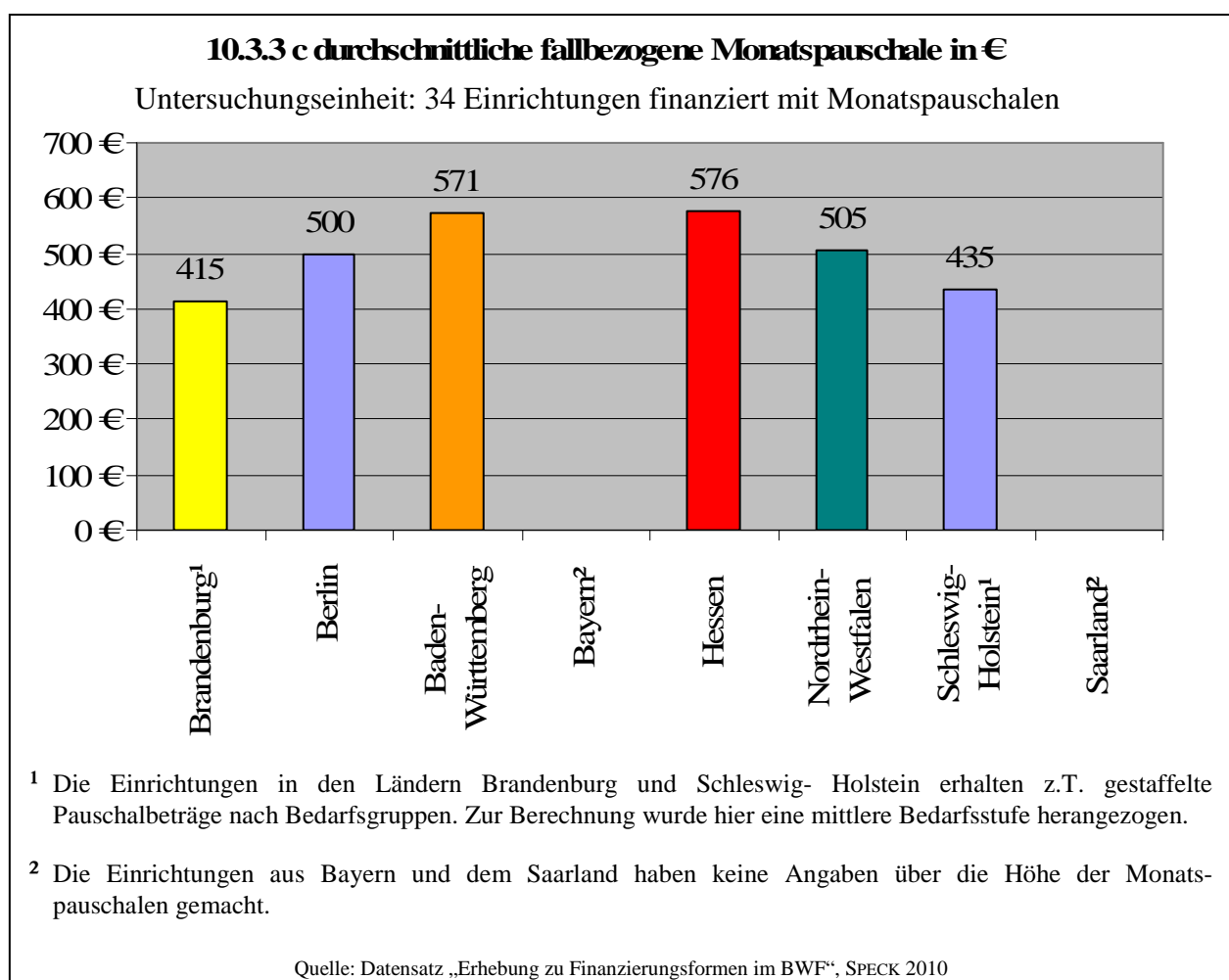
Tabelle 10.3.3 b (Vergütung der Fachleistungsstunde) und Grafik 10.3.3 c (durchschnittliche fallbezogene Monatspauschale) sollen einen Überblick über die *Höhe der Leistungen an das Fachteam* geben (Frage II.II).

10.3.3 b Vergütung der Fachleistungsstunde	
Untersuchungseinheit: 2 Einrichtungen finanziert durch Fachleistungsstunden	
Brandenburg	33,36 €

Landschaftsverband Rheinland (NRW)	60,84 €
Fachleistungsstunden als Abrechnungsform gaben nur 2 Einrichtungen an. Der Vollständigkeit halber und um die unterschiedlichen Berechnungswege zu veranschaulichen, führe ich sie an dieser Stelle trotzdem auf.	
Die große Differenz relativiert sich durch den unterschiedlichen Umgang mit Fahrtzeiten (siehe hierzu 10.3.5 „Fachleistungsstunden“)!	
Quelle: Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“, SPECK 2010	

Die Antworten auf die Frage nach der Höhe der Monatspauschalen zeigen eine enorme Spannweite. Die Leistungsvergütung reicht von 220 € - 650 € monatlich. Derart niedrige bzw. hohe Beträge kommen indes nur bei leistungsgerechter Vergütung vor, wenn ein entsprechend niedriger oder hoher Hilfebedarf zugrunde gelegt wird. Erfolgt die Vergütung pauschal, d.h. unabhängig vom individuellen Hilfebedarf, sind Monatspauschalen von 415 € - 621 € üblich. Wohlgermerkt gibt es dann immer noch, ohne dass Unterschiede im Hilfebedarf vorliegen, eine Differenz von über 200 € für die Leistungen des Fachteams.

In der Grafik 10.3.3 c habe ich den Durchschnitt der Angaben aller Einrichtungen für jedes Bundesland ermittelt.



Die Frage II.III „Gibt es einen sich abzeichnenden Trend zu einer bestimmten Finanzierungsart?“ kann nur bedingt beantwortet werden. Lediglich drei Einrichtungen machten Angaben zu bereits vollzogenen oder angestrebten Veränderungen ihrer Finanzierungsform:

1. von fallbezogenen Monatspauschalen zu Abrechnungsverfahren nach Fachleistungsstunden (Einrichtung aus Brandenburg, Wechsel im Jahr 2002)
2. von pauschaler Finanzierung zu Trägerübergreifendem Persönlichem Budget (Einrichtung aus Nordrhein- Westfalen (LVR), Wechsel im Jahr 2010)
3. von Tagessätzen in Fachleistungsstunden (Einrichtung aus Bayern, Umstrukturierung wird angestrebt).

Für die Einrichtungen, die an der Erhebung beteiligt waren, gilt, dass die *Monatspauschale die gängige Finanzierungsform* ist und zunächst auch bleiben wird. Andere Abrechnungsverfahren oder Finanzierungswege sind in der Erhebung nur vereinzelt genannt worden und werden auch nur in wenigen Fällen neu etabliert.

Mit der nachfolgenden Tabelle (10.3.3 d) stelle ich die regionalen Unterschiede der Finanzierungsformen dar. (Frage II.IV). Unter Beachtung des Fragebogenrücklaufs (siehe 10.3.1) muss erneut deutlich gemacht werden, dass die Daten keine Rückschlüsse auf Regionen zulassen. Es kann vielmehr ein kleiner Einblick über häufige Finanzierungsformen in den einzelnen Regionen gewährt werden. Für Brandenburg, Baden- Württemberg und Bayern ist dieser auf Grund des höheren Rücklaufs sicherlich näher an der Realität als für die übrigen Bundesländer mit geringem Rücklauf (unter 35 %).

In Brandenburg nannten 2 von 3 Einrichtungen Monatspauschalen als gängige Abrechnungsform und 1 Einrichtung Fachleistungsstunden. In Baden-Württemberg ist ausschließlich die Monatspauschale als Abrechnungsform genannt worden. In Bayern wenden die Einrichtungen unterschiedliche Abrechnungsformen an, wobei hier die verschiedenen Bezirke als überörtliche Träger der Sozialhilfe, auf Grund der geringen Anzahl von Antworten zusammengefasst sind. Beide Einrichtungen aus Hessen (Landeswohlfahrtsverband ist überörtlichen Träger der Sozialhilfe) gaben Monatspauschalen als Abrechnungsform an. Das gleiche gilt für die Einrichtungen aus dem Landschaftsverband Westfalen- Lippe (NRW). Für den Landschaftsverband Rheinland (NRW) möchte ich einen Kommentar aus dem Fragebogen zitieren: „Im Rheinland herrscht ein einheitliches Finanzierungsmodell durch den Landschaftsverband Rheinland. Wir sind seit 1.1.2010 mit der Umstrukturierung von der

bisherigen Pauschalfinanzierung über stationäre Eingliederungshilfe zur jetzt gültigen Finanzierung über das Persönliche Budget befasst“ (vgl. SPECK 2010).

Punkt II.IV der Fragestellung „Gibt es gebietsweise vorherrschende Finanzierungsformen“ ist auf Grund des unzureichenden Rücklaufs nicht zu klären. Es kann gemutmaßt werden, dass dort, wo einheitliche Richtlinien durch die Zuständigkeit der überörtlichen Sozialhilfeträger vorliegen, die Finanzierungsform für die Einrichtungen identisch ist (z.B. Hessen: Landeswohlfahrtsverband, Nordrhein- Westfalen: Landschaftsverbände).

10.3.3 d Finanzierung der BWF- Einrichtungen in den Regionen							
Untersuchungseinheit: 40 Einrichtungen (Mehrfachnennungen möglich)							
Darstellung in absoluten Zahlen							
	Anzahl Einrichtungen	Tages-sätze	fallbezogene Monats-pauschale	Fach-leistungs-stunden	Persönliches Budget	zusätzl. Selbst-zahler	Sonstige
BB	3		2	1			
BE	1		1		1		
BW	17		17			14	
BY	5	1	2			4	2 ^{1,2}
HE	2		2			1	
NRW (LWL)	9		9			3	
NRW (LVR)	1			1	1	1	
SH	1		1				
SL	1		1			1	
gesamt	40	1	34	2	2	24	2
BB = Brandenburg, BE = Berlin, BW = Baden- Württemberg, BY = Bayern (5 Bezirke), HE = Hessen, NRW = Landschaftsverband Westfalen- Lippe (LWL)/ Landschaftsverband Rheinland (LVR), SH = Schleswig- Holstein, SL = Saarland							
¹ Jahrespauschale pro Vollzeitkraft (Betreuungsschlüssel 1:10)							
² Pauschale im Rahmen der Modellphase							
Quelle: Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“, SPECK 2010							

10.3.4 Richtlinien, Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen

In diesem Kapitel erfolgt die Auswertung des Fragebogens im Hinblick auf folgende Punkte der Fragestellung:

- III.I In welcher Form sind die Rahmenbedingungen für die Ausgestaltung der Praxis im BWF festgelegt (Richtlinien; Leistungsvereinbarungen)?
- III.II Welche Regelungen und Leistungsdetails sind in den Richtlinien/ Leistungsvereinbarungen enthalten?

Die Rahmenbedingungen für das BWF sind in Form von Richtlinien und Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen festgelegt. Welche dieser schriftlichen Beschlüsse/ Verträge die Grundlage für die Arbeit einer Einrichtung bilden, ist je nach Leistungsträger und von Einrichtung zu Einrichtung verschieden.

Die Richtlinien des BWF werden von den Leistungsträgern verabschiedet, um eine Verbindlichkeit zur Auslegung der Gesetzeslage für den Bereich BWF im jeweiligen Landkreis/ Bezirk/ Kommunalverband zu gewährleisten.

Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen umfassen Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung), die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung), sowie die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung). Sie verpflichten laut § 75 SGB XII den Sozialhilfeträger zur Übernahme der Vergütung der von einer Einrichtung erbrachten Leistungen.

Die Auswertung des Fragebogens gibt eine Übersicht, in welcher Form die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für die Einrichtungen aufgezeichnet sind:

19 Fachteams unterliegen in ihrem Handeln den Richtlinien des Leistungsträgers. 12 Einrichtungen haben Leistungsvereinbarungen mit dem Leistungsträger getroffen. Sowohl Richtlinien als auch Leistungsvereinbarungen gaben 8 Einrichtungen als Voraussetzung ihres Arbeitens an. Zwei Einrichtungen gaben weder Richtlinien noch Leistungsvereinbarungen an, Grundlage ihres Arbeitens sind Zielvereinbarungen des Persönlichen Budgets bzw. ein Konzept.

Die Ergebnisse für alle 41 Einrichtungen sind auch in nachfolgender Tabelle (10.4.4 a) dargestellt:

10.3.4 a Richtlinien - Leistungsvereinbarungen

Untersuchungseinheit: 41 Einrichtungen
Darstellung in absoluten Zahlen

*(Anzahl Einrichtungen)	nur Richtlinien des BWF	nur Leistungsvereinbarungen (§75 SGB XII)	Richtlinien und Leistungsvereinbarungen	Sonstiges
BB (3)*		3		1 (zus. Einzelvereinbarungen)
BE (1)				1 (nur Zielvereinbarungen des PB)
BW (17)	7 ¹	5	5	
BY (6)	5			1 (nur Konzept/ Modellphase!)
HE (2)			2	
LWL (9)	7	2		
LVR (1)		1		
SH (1)		1		
SL (1)			1	
gesamt	19	12	8	3

BB = Brandenburg, BE = Berlin, BW = Baden- Württemberg, BY = Bayern (5 Bezirke), HE = Hessen, LWL = Landschaftsverband Westfalen- Lippe (NRW), LVR = Landschaftsverband Rheinland (NRW), SH = Schleswig- Holstein, SL = Saarland

¹ Zwei Einrichtungen gaben an, dass noch Richtlinien der ehemaligen Landeswohlfahrtsverbände gelten.

Quelle: Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“, SPECK 2010

Eigentlich hatte ich erwartet, dass dort, wo die überörtlichen Träger der Sozialhilfe für das BWF zuständig sind, die Voraussetzungen für die Einrichtungen gleich sind. Für den Landeswohlfahrtsverband Hessen, wenn auch nur 2 Einrichtungen Angaben machten, sind die Angaben der Einrichtungen identisch. Es liegen Richtlinien und Leistungsvereinbarungen vor. Die unterschiedlichen Angaben der 9 Einrichtungen aus dem Landschaftsverband Westfalen-Lippe kann ich nicht erklären.

Es scheint so zu sein, dass nicht alle örtlichen Träger der Sozialhilfe Richtlinien für das BWF beschließen. Für die Einrichtungen in Brandenburg und Schleswig- Holstein und für einige Einrichtungen in Baden- Württemberg wurde diese Möglichkeit nicht genannt.

Für die Praxis ist es relevant, welche Inhalte die Richtlinien und Leistungsvereinbarungen haben. Die Bedingungen, welche in Richtlinien und Leistungsvereinbarungen festgelegt werden, die Vereinbarungen zur Vergütung und die mehr oder weniger detaillierten Leistungsbeschreibungen bilden für jede Einrichtung eine individuelle Grundlage ihrer Arbeit. Mit Hilfe des Fragebogens sollten strukturelle Leistungsmerkmale, Leistungsbeschreibungen

die Gastbewohner und Gastfamilie betreffen, und indirekte Leistungen des Fachteams ermittelt werden. Zudem wird zu jedem Leistungsmerkmal nach der Vergütung gefragt.

Die Auswertung des Fragenkataloges ist auf Grund der sehr unterschiedlichen Beantwortung durch die Einrichtungen erschwert. Ein „Auszählen“ und somit ein quantitativer Vergleich ist nur bedingt möglich.

Ich denke, ursächlich hierfür ist meine beim Verfassen des Fragebogens zugrunde gelegte Annahme, dass Leistungsvereinbarungen überwiegend vorlägen und Leistungsbeschreibungen Bestandteil dieser Vereinbarungen wären. Dies erwies sich längst nicht für jede Einrichtung als zutreffend. Diese Annahme führte zu einem zu detaillierten und zu eng formulierten Fragenkatalog, diese Standardisierung ließ sich nur schwer mit der Realität der Praxis vieler BWF- Einrichtungen vereinbaren. Mehrere Einrichtungen machten somit nur sehr wenige oder keine Angaben zu den Inhalten ihrer Richtlinien bzw. Leistungsvereinbarungen. Verschiedene Gründe hierfür möchte ich zitieren (vgl. SPECK 2010):

- „... Finanzierung ging in 2005 vom überörtlichen auf den örtlichen Leistungsträger über, ohne dass neue Verträge geschlossen oder Details festgelegt wurden.“
- „Auf Grund der Kooperation mit zurzeit 5 Kostenträgern unterscheiden sich die zugrunde liegenden Richtlinien ...“
- „Wir haben keine Leistungsvereinbarung (...). Grundlage unseres Arbeitens ist die Zielvereinbarung des Persönlichen Budgets mit dem Sozialamt. Was in den pauschalen Kosten für unsere Leistungen inbegriffen ist, wird nicht aufgeschlüsselt.“
- „detaillierte Inhalte der Leistungsvereinbarung sind nicht vorhanden. Alle anfallenden Kosten sind mit der Pauschale abgegolten.“

Mehrere Einrichtungen, deren Leistungen durch Pauschalen finanziert werden, gaben an, dass detaillierte Inhalte in Richtlinien/ Leistungsvereinbarungen nicht vorlägen, und haben den Fragenkatalog dennoch vollständig beantwortet (vgl. SPECK 2010):

- „Die Fragen zu den Leistungsbestandteilen sind für uns schwierig zu beantworten, da wir im Prinzip eine Pauschale bekommen, die wir einsetzen können, wie wir wollen - aber prinzipiell sind die Antworten richtig, da wir einen auskömmlichen Satz bekommen und alle angekreuzten Leistungen damit finanzieren können.“
- „In den Richtlinien des LWL werden die einzelnen Posten gar nicht so genau aufgeschlüsselt, wie im Fragebogen. Da heißt es z.B. nur: (...) ‚Der Träger des Familienpflegeteams ist verpflichtet, die Betreuung der Klientin oder des Klienten bedarfsgerecht wahrzunehmen und die Gastfamilie zu unterstützen. Die hieraus entstehenden Kosten werden dem Träger des Familienpflegeteams erstattet.‘ Da die Richtlinien des Kostenträgers von einem Personalschlüssel von 1:10 ausgehen, die Einrichtung jedoch die tatsächlich entstehenden Kosten bei einem Personalschlüssel von mindestens 1:12 sieht, wurden die unter 7. genannten Zahlungen von mir in der Regel eingeschränkt auf die Rubrik ‚wird anteilig vergütet‘.“

Genau genommen lassen die Daten auf Grund der oben gezeigten unterschiedlichen „Beantwortungsmuster“ keine Rückschlüsse auf die *genauen Inhalte* von Richtlinien und

Leistungsvereinbarungen zu. Die Frage III.II „Welche Regelungen und Leistungsdetails sind in den Richtlinien/ Leistungsvereinbarungen enthalten?“ kann nicht beantwortet werden.

Der Fragenkatalog zeigt vielmehr, welche Leistungsmerkmale die Einrichtungen durch die ihnen zur Verfügung stehende Vergütung finanzieren können und welche nicht. Die Auswertung des Fragenkataloges verdeutlicht, wie viele Einrichtungen eine volle, eine anteilige oder keine Vergütung für die einzelnen Leistungsmerkmale angegeben haben-unabhängig davon, ob die Leistungsmerkmale inhaltlich in Richtlinien und Leistungsvereinbarungen auftauchen.

Unter Berücksichtigung obiger Feststellungen möchte ich eine Auswertung der Antworten vornehmen.

Das auswertbare Datenmaterial ist vor allem für Frage 7 nicht sehr umfangreich. Die aus den Daten gewonnene Übersicht zeigt nur einen sehr kleinen Ausschnitt für das BWF. Von den 41 Einrichtungen, die den Fragebogen beantworteten, haben 36 (bzw. 35) den Fragenkatalog ausreichend beantwortet. Fünf Einrichtungen machten keine Angaben zu Fragenkatalog 7. Durchgehend wurden von den Einrichtungen einzelne Items ausgelassen, d.h. keine vorgegebene Antwortkategorie wurde angekreuzt, diese Auslassungen sind in den folgenden Tabellen unter „keine Angabe“ verzeichnet.

Die Auswertung des Fragebogens ist als Übersicht in 3 Tabellen gegliedert: strukturelle Leistungsmerkmale (10.3.4 b), Leistungen für den Gastbewohner und die Gastfamilie (10.3.4 c) und indirekte Leistungen des Fachteams (10.3.4 d).

Ausgewählte Leistungsmerkmale mit auffälligen Ergebnissen und meiner Ansicht nach besonders wichtige Leistungsmerkmale werden jeweils im Anschluss an die tabellarische Darstellung erläutert und diskutiert.

10.3.4 b Inhalt und Vergütung von Richtlinien/ Leistungsvereinbarungen: Strukturelle Leistungsmerkmale				
Untersuchungseinheit: 35 Einrichtungen Darstellung in absoluten Zahlen				
	keine Angabe	Vergütung		
		voll	anteilig	keine
1. Personalkosten		28	5	2
2. externe personelle Ausstattung (z.B. Supervision)	5	14	5	11
3. Teilnahme an Fortbildungen, Weiterbildungen, Fachtagungen	3	18	7	7
4. Berufsgenossenschaft	6	16	3	10
5. Wirtschaftsbedarf (Büroräume, Instandhaltung etc.)	3	21	6	5

6. Fahrzeughaltung	4	13	4	14
7. Fahrtkosten	4	21	4	6
8. Reisekosten	5	16	6	8
9. Verwaltungsbedarf	2	22	6	5
10. Telefonanschluss, Mobiltelefone, Internet, Porto etc.	3	21	6	5
Quelle: Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“, SPECK 2010				

Tabelle 10.4.4 b stellt die Ergebnisse zu strukturellen Leistungsbeschreibungen dar. Die Daten umfassen Strukturmerkmale aus den Bereichen personelle und fachliche Ressourcen sowie Infrastruktur der BWF- Einrichtung.

Zu 1. Die Personalkosten sind nur in 28 Einrichtungen voll durch die Vergütung gedeckt. Ich hatte dies eigentlich für alle Einrichtungen vorausgesetzt. Eine anteilige Vergütung ihrer Personalkosten gaben 5 Einrichtungen an. Die Erklärung einer Einrichtung dafür ist, dass „...die Richtlinien des Kostenträgers von einem Personalschlüssel von 1:10 ausgehen, die Einrichtung jedoch die tatsächlich entstehenden Kosten bei einem Personalschlüssel von mindestens 1:12 sieht...“ (vgl. SPECK 2010). Zwei Einrichtungen gaben „keine Vergütung“ für das Leistungsmerkmal Personalkosten an. Das Ergebnis überrascht und führt zu weiteren Fragen, die aber im Rahmen dieser Untersuchung unbeantwortet bleiben (Warum ? Wodurch wird Personal dann finanziert?).

Zu 2./3. Für das Leistungsmerkmal „externe personelle Ausstattung“ (z.B. in Form von Supervision) ist die Verteilung der Antworten zur Vergütung sehr heterogen. 14 Einrichtungen gaben eine volle Vergütung an, 5 Einrichtungen eine anteilige Vergütung an, bei 11 Einrichtungen wird dies Leistungsmerkmal nicht vergütet.

Das Leistungsmerkmal „Teilnahme an Fortbildungen, Weiterbildungen, Fachtagungen“ ist häufiger durch die Vergütung gedeckt: 18 Einrichtungen gaben eine volle Vergütung an. Für 7 Einrichtungen ist dieses Leistungsmerkmal nur anteilig durch die Vergütung abgedeckt, für weitere 7 Einrichtungen ist es nicht gedeckt.

SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 111 ff. und S. 159) nennen als Bestandteil von Fachlichkeit und zur Qualitätssicherung im BWF unter anderem Supervision, angemessene Qualifikations- und Fortbildungsmöglichkeiten sowie die Teilnahme an Fachtagungen. Sie betonen, dass um der Verpflichtung zur Qualitätssicherung nachzukommen, fehlende finanzielle Ressourcen nicht zu einem Verzicht auf Supervision führen dürften.

Den Daten zufolge ist es für fast die Hälfte der an der Erhebung teilnehmenden Einrichtungen nicht selbstverständlich, dass finanzielle Ressourcen zur Heranziehung externer Kräfte, z.B. für Supervision, vorhanden sind.

Zu 5.-10. Die Leistungsmerkmale 5. - 10. betreffen die Infrastruktur der Einrichtungen, daher möchte ich sie zusammenfassen. Sie umfassen den Wirtschaftsbedarf der Einrichtung (Miete und Betriebskosten für Büroräume), Fahrt- und Reisekosten, Verwaltungsbedarf (Büromaterial, Literatur, Kopien usw.) und Kosten, die durch Kommunikation entstehen (Telefonanschluss, Mobiltelefone, Internet, Porto). Diese Strukturmerkmale wurden von mehr als der Hälfte aller Einrichtungen als voll vergütet angegeben. Für die Kosten der Fahrzeughaltung kehrt sich das Ergebnis um. Die Mehrzahl der Einrichtungen gab an, dass dieses Strukturmerkmal nicht oder nur anteilig vergütet würde.

10.3.4 c Inhalt und Vergütung von Richtlinien/ Leistungsvereinbarungen: Leistungen für den Gastbewohner und die Gastfamilie				
Untersuchungseinheit: 35 Einrichtungen Darstellung in absoluten Zahlen				
	keine Angabe	Vergütung		
		voll	anteilig	keine
1. Auswahl geeigneter Gastfamilien und Bewohner	1	17	3	15
2. Anbahnung der Kontakte, Probewohnen und Hilfe bei der Entscheidungsfindung, Betreuungsvertrag	1	19	6	10
3. regelmäßige psychosoziale und pädagogische Betreuung und Beratung		31	4	1
4. Erstellung u. Fortführung einer individuellen Betreuungs- und Förderplanung unter Einbeziehung der Betroffenen		29	5	2
5. Betreuung und Beratung in Krisen und Notfallsituationen		28	8	
6. Supervision und Fortbildung der Gastfamilien	6	4	3	23
7. Veranstaltungen zum Austausch und zur Information	3	17	8	7
8. finanzielle Leistungen an Gastfamilie (Betreuungs-entgelt, Unterkunfts- und Nebenkostenanteil)		34	1	1
9. finanzielle Leistungen an die Gastfamilie bei regelmäßiger stundenweiser Abwesenheit des Gastes	1	20	8	7
10. befristete Leistungsfortzahlungen an die Gastfamilie bei Abwesenheit des Bewohners durch stationäre Behandlung	1	30	4	1
11. Vertretungsregelung und Leistungsfortzahlung bei Krankheit/ Urlaub (Ersatzfamilie, Kurzzeitpflege)		28	6	2
12. Vermittlung des Gastbewohners in andere Wohnform nach Beendigung des Betreuungsverhältnisses	3	20	6	7

Quelle: Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“, SPECK 2010

Zu 1.-5. Diese Leistungsmerkmale umfassen wesentliche Leistungen des Fachteams, welche direkt für die Gastfamilien und die Klienten erbracht werden. Aus den Zahlen in Tabelle 10.3.4 .c kann man ablesen, dass Leistungen vor einer geplanten Klientenaufnahme und Leistungen zum Vermittlungsprozess im Vergleich zu Leistungen der Begleitung des Betreuungsverhältnisses häufig nicht vergütet werden. Erstere bilden zwar nicht den Hauptanteil an Arbeiten des Fachteams, umfassen jedoch eine Reihe an unerlässlichen Leistungen: z.B. die Auswahl geeigneter Gastfamilien und Bewohner, eine Anbahnung der Kontakte zwischen Klient und Familie, das Probewohnen und die Hilfe bei der Entscheidungsfindung (siehe auch 8.1 „Aufgaben des Fachteams“).

Dagegen gab die deutliche Mehrzahl von Einrichtungen für die Leistungsmerkmale der Begleitung von Klienten und Familien eine volle Vergütung an. Dies gilt z.B. für die regelmäßige psychosoziale und pädagogische Betreuung und Beratung im Alltag sowie in Krisen/ Notfallsituationen und für die Erstellung und Fortführung individueller Betreuungs- und Förderplanung unter Einbeziehung der Betroffenen. SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 85) nennen diese „begleitende, beratende und unterstützende Arbeit mit den Gastfamilien ...[den] Tätigkeitsschwerpunkt des Teams.“

Diese insgesamt ungleiche Schwerpunktsetzung in der Vergütung wird von einer Einrichtung mit folgendem Kommentar verdeutlicht: „Bei uns werden nur die Arbeiten finanziert, die anfallen, wenn der Klient in der Gastfamilie ist, Vor- und Nacharbeit wird nicht finanziert“ (vgl. SPECK 2010).

Zu 6. Für das Leistungsmerkmal „Supervision und Fortbildung der Gastfamilien“ fällt der deutliche Überhang bei der Kategorie „keine Vergütung“ auf. Möglicherweise weist dies darauf hin, dass die Mehrzahl der Einrichtungen von einer (auch nur ansatzweisen) Professionalisierung der Gastfamilien absieht. Argumente für und gegen eine Professionalisierung der Gastfamilien werden in Kapitel 6.3 („Laienfamilie versus Familie mit professionellem Hintergrund“) diskutiert.

Die Leistungsmerkmale 8.-11. erfragen die finanziellen Leistungen an Gastfamilie und Gastbewohner durch den Leistungsträger unter verschiedenen Bedingungen.

Zu 8. Die regulären Leistungen an die Familien und Klienten im BWF beinhalten das Betreuungsentgelt für die Familie sowie Kosten der Unterkunft und Hilfe zum Lebensunterhalt über den Leistungsanspruch des Klienten. 34 Einrichtungen gaben eine volle Vergütung der Gastfamilien und Klienten durch die Leistungsträger an. Je eine Einrichtung

gab eine anteilige bzw. keine Vergütung an. Beide Einrichtungen machten jedoch an anderer Stelle des Fragebogens genaue Angaben über die Höhe der Leistungsbestandteile für Gastfamilien und Klienten (Betreuungsentgelt, KdU und HzL).

Zu 9. Mit entscheidend für das Entgelt der Gastfamilien sind Regelungen für den Fall, dass der Bewohner regelmäßig für eine bestimmte Stundenzahl abwesend ist. Dies kann z.B. bei einer Beschäftigung in einer WfbM/ Tagesstätte o.Ä. der Fall sein. Die Mehrzahl, 18 Einrichtungen, gab an, die Gastfamilien würden auch bei regelmäßiger Abwesenheit des Bewohners das volle Betreuungsentgelt bekommen. Für Gastfamilien in 11 Einrichtungen würde in diesem Fall eine anteilige Vergütung erfolgen, d.h., das Betreuungsentgelt wird um einen bestimmten Betrag gekürzt. Die zu Grunde gelegte Stundenzahl, ab der eine Kürzung des Betreuungsentgelts vorgenommen wird, ist unterschiedlich bemessen.

6 Einrichtungen machten die Angabe, dass bei einer regelmäßigen Abwesenheit des Bewohners „keine Vergütung“ an die Familien gezahlt werde. Ich mutmaße (!), dass meine Formulierung für dieses Item unterschiedlich interpretierbar ist. Ich würde die Antworten so deuten, dass finanzielle Leistungen an die Gastfamilie *nur* für Abwesenheitszeiten der Gastbewohner ausbleiben. Das hieße dann, dass auch hier Kürzungen des Betreuungsentgeltes erfolgen.

Es findet durch die unterschiedlichen Regelungen eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung der Gastfamilien statt. Das ungekürzte Betreuungsentgelt, trotz auswärtiger Beschäftigung des Klienten, verschafft diesen Gastfamilien einen finanziellen Vorteil bei zeitlich geringerem Betreuungsaufwand. Hier wäre zu Gunsten einer annähernden Gleichbehandlung der Gastfamilien eine Standardisierung in der Finanzierung angebracht.

Zu 10. Kommt es zu einem vorübergehenden stationären Krankenhausaufenthalt des Gastbewohners, läuft ein gewisser Betreuungsaufwand durch die Gastfamilie üblicherweise weiter (Besuche, Fahrtkosten etc.). Außerdem bleiben die laufenden Kosten (Kosten für die Unterkunft, Nebenkosten) für die Gastfamilie erhalten, solange der Behandlungsplatz freigehalten wird. Zu klären ist, ob bei einem vorübergehenden stationären Krankenhausaufenthalt befristete Leistungsfortzahlungen an die Gastfamilien stattfinden.

30 Einrichtungen gaben an, dass für einen befristeten Zeitraum Leistungen an Gastfamilie und Klient in voller Höhe erbracht würden. Dabei gelten verschiedenen Zeitrahmen: z.B. „bis zur Dauer von kalenderjährlich 60 Tagen“, „bis 28 Tage“, „bis zum Ende des auf die Krankenhausaufnahme folgenden Monats, wenn eine Rückkehr in die gastgebende Familie vorgesehen und auch möglich ist“ (vgl. SPECK 2010).

Weitere 4 Einrichtungen gaben an, bei dieser Sachlage würden die Leistungen anteilig erbracht, eine Einrichtung gab „keine Vergütung“ für diesen Fall an.

Für die Mehrzahl der Einrichtungen entsprechen die Regelungen damit den vom Fachausschuss geforderten Standards für das BWF, dass „bei vorübergehender Abwesenheit des Klienten (...) die Weiterfinanzierung sicherzustellen (ist)“ (vgl. EISENHUT 2004, S. 47; SCHIEBL 2008).

Zu 11. Bei einer Unterbrechung des Betreuungsverhältnisses wegen Krankheit in der Gastfamilie sollte eine Weiterfinanzierung der Maßnahme gewährleistet sein, z.B. durch die kurzzeitige Aufnahme des Klienten in eine andere Gastfamilie oder die Möglichkeit der Kostenerstattung für eine stationäre Kurzzeitunterbringung.

Auch für die Sicherstellung einer angemessenen Urlaubs- und Entlastungszeit für die Gastfamilie müssen ähnliche Regelungen vorhanden sein, ohne dass Kürzungen des Betreuungsentgeltes vorgenommen werden.

Die vom Fachausschuss geforderten Standards für das BWF beinhalten sowohl den Anspruch der Gastfamilie „auf eine Unterbrechung des Pflegeverhältnisses von mindestens 28 - tägiger Dauer pro Jahr ohne Kürzung der Aufwandsentschädigung“ als auch die „Weiterfinanzierung“ der Maßnahme „bei Krankheit der Gastfamilie“ (vgl. EISENHUT 2004, S. 47; SCHIEBL 2008).

Für die Gastfamilien von 28 Einrichtungen wird in beiden oben beschriebenen Fällen eine ungekürzte Leistungsfortzahlung gewährt, d.h., die geforderten Standards werden eingehalten. Weitere 6 Einrichtungen sagten aus, die Leistungen an die Gastfamilie würden anteilig erbracht, zwei Einrichtungen gaben „keine Vergütung“ für dieses Merkmal an.

10.3.4 d Inhalt und Vergütung von Richtlinien/ Leistungsvereinbarungen: Indirekte Leistungen des Fachteams				
Untersuchungseinheit: 35 Einrichtungen Darstellung in absoluten Zahlen				
	keine Angabe	Vergütung		
		voll	anteilig	keine
1. Öffentlichkeitsarbeit	4	16	5	10
2. Kooperation mit dem sozialen Umfeld (Angehörige, gesetzlicher Betreuer etc.)	1	24	3	7
3. Vernetzung im gemeindepsychiatrischen Verbund (Ärzte, Sozialhilfeträger, Arbeitsangebote etc.)	1	22	5	7
4. Teilnahme an regionalen Arbeitsgruppen	2	19	8	6
5. Mitwirkung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens (§ 58 SGB XII)	2	23	2	8
6. Dokumentation und Überprüfung des Hilfeplans,		25	4	6

Berichte etc.				
7. Teamgespräche, Fallbesprechungen, Supervision	1	21	7	6
8. regelmäßige Erstellung von Tätigkeits- und Geschäftsberichten	2	22	3	8
9. Qualitätssicherung (Dokumentationssystem, Qualitätszirkel u.a.)	4	19	3	9
10. Konzeptionsentwicklung	4	15	3	13
11. befristete Leistungsfortzahlung an Träger bei Abwesenheit des Bewohners durch stationäre Behandlung	1	27	6	1
Quelle: Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“, SPECK 2010				

Die indirekten Leistungsmerkmale sind Tätigkeiten des Fachteams, welche nicht im unmittelbaren Kontakt mit Gastfamilie oder Klient erbracht werden. Tabelle 10.3.4 d umfasst dabei Leistungen aus verschiedenen Bereichen: Leitung und Verwaltung, Öffentlichkeits- und Multiplikatorenarbeit, Leistungen zur Vernetzung innerhalb des gemeindepsychiatrischen Verbundes und Leistungen im Rahmen des Qualitätsmanagements.

Zu 1. Öffentlichkeits- und Multiplikatorenarbeit ist entscheidend für die Akquise von Gastfamilien und Klienten und ermöglicht die Kooperation mit und die Akzeptanz bei anderen Einrichtungen und Diensten sowie eine Förderung des öffentlichen Interesses für das BWF (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S.75).

Sicherlich ist für den Aufwand der zu betreibenden Öffentlichkeitsarbeit entscheidend, ob das BWF- Angebot in der Region traditionell verankert ist und der Träger bekannt ist oder ob ein neu gegründetes BWF- Team sich und den Versorgungsbaustein BWF in der Region erst etablieren muss. Auch die Organisationsform der Einrichtung wird auf das Leistungsmerkmal Öffentlichkeitsarbeit Einfluss nehmen. Einrichtungen, die an Kliniken, Wohnverbände oder größere Träger mit verschiedenen Leistungsangeboten angegliedert sind, haben einen leichteren Zugang zu potentiellen Klienten als Einrichtungen in freier Trägerschaft.

Die Verteilung der Antworten zur Vergütung fällt recht gleichmäßig aus. Möglicherweise sind hierfür die oben erwähnten unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen ursächlich. 16 Einrichtungen gaben eine volle Vergütung, 5 Einrichtungen gaben eine anteilige Vergütung und 10 Einrichtungen gaben keine Vergütung des Leistungsmerkmals „Öffentlichkeitsarbeit“ an.

Zu 6.-10. Leistungen im Rahmen des Qualitätsmanagements umfassen alle Tätigkeiten, die zum Erhalt, zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der Leistungserbringung beitragen. Ich habe mit dem Fragebogen hierzu verschiedene Leistungsmerkmale erfragt: die

Dokumentation und Überprüfung des Hilfeplans und das Anfertigen von Berichten, Teamgespräche/ Fallbesprechungen/ Supervision als Verfahren zur Reflexion der Arbeitsanforderungen, die Erstellung von Tätigkeits- und Geschäftsberichten, verschiedene Instrumente zur Qualitätssicherung (Dokumentationssystem, Qualitätszirkel etc.) sowie das Leistungsmerkmal Konzeptentwicklung.

Die Einrichtungen, welche für die oben genannten Leistungsmerkmale im Rahmen des Qualitätsmanagement eine volle Vergütung angegeben haben, überwiegen (19- 25 Nennungen). Eine kleinere Anzahl an Einrichtungen gab an, dass besagte Leistungsmerkmale durch die zur Verfügung stehende Vergütung nur anteilig (3- 7 Nennungen) bzw. nicht gedeckt seien (6- 9 Nennungen). Ausschließlich das Leistungsmerkmal „Konzeptionsentwicklung“ zeigt einen deutlich höheren Anteil an Einrichtungen, die anteilige (3) bzw. keine Vergütung (13) angegeben haben. Für 15 Einrichtungen wird das Leistungsmerkmal „Konzeptionsentwicklung“ durch die zur Verfügung stehende Vergütung voll gedeckt.

Zu 11. Mehrheitlich werden für einen befristeten Zeitraum, im Fall der Abwesenheit eines Klienten auf Grund stationärer Behandlung, Leistungsfortzahlungen in voller Höhe an das Fachteam gewährt. Leistungsfortzahlungen in voller Höhe werden 27 Einrichtungen erstattet, 6 Einrichtungen gaben eine anteilige Leistungszahlung und nur eine Einrichtung gab für diesen Fall keine Vergütung an. Das Ergebnis ist vergleichbar mit den Leistungsfortzahlungen an die Gastfamilien (10.3.4 c, Nr.10).

10.3.5 Fachleistungsstunden

Nur 2 Einrichtungen gaben Fachleistungsstunden als Abrechnungsform an. Dennoch möchte ich diese Angaben auf den IV. Punkt der Fragestellung beziehen: „Wenn die Finanzierung durch Fachleistungsstunden erfolgt, wie ist die Fachleistungsstunde definiert?“.

Für den Begriff der Fachleistungsstunde gibt es keine verbindliche Definition. Für Einrichtungen des BWF, die ihre Leistungen durch Fachleistungsstunden abrechnen, sind somit die Details ausschlaggebend für das Entgelt. Um einen Einblick in mögliche Auslegungen der Fachleistungsstunde zu bekommen, habe ich drei ausgewählte Aspekte zur Fachleistungsstunde erfragt:

- die anteilige Berechnung von personenbezogenen (Beratung, Betreuung etc.) und nicht- personenbezogenen Tätigkeiten (Teambesprechungen, Berichte etc.) auf den Stundenumfang,

- den Umgang mit Fahrtzeiten und
- die Nachweispflicht der Fachleistungsstunde.

Eine der beiden Einrichtungen machte keine Angaben zur anteiligen Berechnung des Stundenumfangs. Für die andere Einrichtung beinhaltet die Fachleistungsstunde 75 % personenbezogene Tätigkeiten und 25 % nicht- personenbezogene Tätigkeiten. Zudem würden „Kontaktanbahnungen zwischen KlientIn und Familie (...) mit bis zu max. 30 Fachleistungsstunden extra vergütet“ (vgl. SPECK 2010).

Zum Umgang mit Fahrtzeiten machten beide Einrichtungen Aussagen. Eine Einrichtung gab an, dass „bei einer Entfernung größer als 16 km vom Büro (...) eine zusätzliche Fahrt- pauschale in Höhe von 25 %“ erstattet werde. Dieser Einrichtung wird die Fachleistungs- stunde mit 33,36 € vergütet. Bei der anderen Einrichtung mit einer Vergütung von 60,48 €/ Fachleistungsstunde sind die Fahrtzeiten in der Fachleistungsstunde enthalten.

Über die Höhe der Vergütung und die Differenzierung der Fahrtzeiten gibt es dadurch einen finanziellen Ausgleich unter diesen beiden Einrichtungen (vgl. SPECK 2010).

Für beide Einrichtungen besteht eine Nachweispflicht für die Fachleistungsstunde gegenüber dem Leistungsträger.

10.3.6 Leistungen an Bewohner und Gastfamilie

Der letzte Aspekt der Fragestellung lautet: „In welcher Höhe werden Leistungen an Bewohner und Gastfamilie erbracht? Welche regionalen Unterschiede gibt es dabei?“

Kapitel 2.3 enthält einige Angaben über die Höhe der Leistungen an Gastfamilien und Gastbewohner. Die „jüngsten“ Daten beziehen sich auf das Jahr 2005 (vgl. EISENHUT 2002, S. 122 ff./ 2007, S. 9 f.). Darin wird deutlich, wie stark sich Leistungen an Gastfamilie und Gast- bewohner regional unterscheiden. Mit dem Fragebogen habe ich versucht, die aktuellen Zahlen zu den Leistungen an die Gastfamilien und Gastbewohner zu erheben.

Der Fragebogen ermittelte die einzelnen Leistungsbestandteile an die Gastfamilie und den Gastbewohner, d.h. die Höhe des Betreuungsentgeltes, die Kosten der Unterkunft, den Lebensunterhalt des Gastbewohners und den Barbetrag zur persönlichen Verfügung des Klienten. Außerdem nutzten viele Einrichtungen das offene Item 8.5 („Sonstiges“), um

Angaben zu Bekleidungs pauschalen oder Mehrbedarf zu machen. Aus den Angaben habe ich das für die Familie verbleibende Gesamtentgelt berechnet. Diese Daten sind in Tabelle 10.3.6 a nach Regionen gegliedert und zeigen den jeweils durchschnittlichen Wert.

Abermals mache ich deutlich, dass nur die Daten einiger weniger Einrichtungen dargestellt sind. Die Zahlen für einzelne Regionen basieren auf Grund des geringen und regional sehr unterschiedlichen Rücklaufs zu großem Teil auf den Angaben einzelner Einrichtungen. Eine Aufstellung und Zusammenfassung nach überörtlichen Sozialhilfeträgern, sofern diese wie in Bayern (Bezirke), Hessen (Landeswohlfahrtsverband) und Nordrhein- Westfalen (Landschaftsverbände) zuständig sind, erschien mir trotz z.T. geringen Rücklaufs sinnvoll, da in diesem Fall Richtlinien für das BWF bestimmend maßgeblich für die ganze Region sind.

Für die Bundesländer, in denen die örtlichen Sozialhilfeträger die Kosten für das BWF tragen (Brandenburg, Baden- Württemberg), habe ich aus den Angaben der Einrichtungen die durchschnittliche Höhe der Leistungen ermittelt. Aus Berlin, Schleswig- Holstein und dem Saarland ist ohnehin nur je ein Fragebogen zurückgesandt worden.

Zudem sind Schwierigkeiten und Fragen bei der Auswertung aufgetaucht. Es handelt sich um folgende Unklarheiten:

- Es ist bei den Angaben einiger Einrichtungen nicht nachvollziehbar, ob in den Leistungen für den Lebensunterhalt (HzL) der Barbetrag und die Bekleidungs pauschale für den Gastbewohner enthalten sind oder ob diese Beträge zusätzlich gezahlt werden.
- Teilweise wurde bei den Leistungen zum Lebensunterhalt auf den individuellen Leistungsanspruch des Klienten verwiesen (Hilfe zum Lebensunterhalt, Grund- sicherung, Rente, ALG II). Es stehen dann keine Zahlen zur Verfügung. Auch ist unklar, welche Berechnungsgrundlage für den Regelsatz herangezogen wurde (Haushaltsvorstand, Haushaltsangehöriger).
- Es fällt auf, dass teilweise unterschiedliche Angaben über die Höhe der Leistungen gemacht wurden, obwohl für betreffende Einrichtungen dieselben Richtlinien des überörtlichen Leistungsträgers maßgeblich sein müssten (z.B. Landeswohlfahrt- verband Hessen).

Eine einheitliche Darstellung und Zusammenfassung der Ergebnisse ist schwierig. Je nach Region und Leistungsträger werden die Leistungsbestandteile unterschiedlich definiert und

berechnet. Tabelle 10.3.6 a zeigt eine Übersicht der Daten aus dem Fragebogen, die vergleichbar sind.

10.3.6 a Leistungen an Gastfamilie und Gastbewohner						
Untersuchungseinheit: 38 Einrichtungen						
	Anzahl Einrichtungen	Durchschnittliches Betreuungsentgelt/ €	Durchschnittliche Kostenerstattung für Unterkunft (KdU)/ €	Durchschnittlicher Lebensunterhalt des Bewohners (HzL)/ €	Bekleidungs- und Barbetrag Bewohner/ €	Durchschnittliches Gesamtentgelt der Gastfamilie/ €
BB	3	386	228	269 ¹	individuell	883
BE	1	410	233	HzL ²	90 ³	
BW	14	416	245	167 (ggf. + Mehrb.)	97-133 ⁴	828⁴
BY (Niederbayern)	1	420	ca. 220	individuell ⁵	individuell ⁵	
BY (Oberbayern)	1	550	ca. 300	individuell ⁵	?	
BY (Oberpfalz)	1	410	300	160	ca. 90 ⁶	870
BY (Schwaben)	1	450	257	individuell ⁵	individuell	
BY (Unterfranken)	2	425	204	288 ³	97 ³	802³
HE	2	591	111	151	127 ⁶	853
NRW (LWL)	9 ⁷	394	306	221 ³ (incl. Mehrb.)	116 ³	917³
NRW (LVR)	1	⁸	ca.121	360 ³	97 ³	944³
SH	1	400	⁹	¹⁰		
SL	1	350	245	187	120 ⁶	782
BB = Brandenburg, BE = Berlin, BW = Baden- Württemberg, BY = Bayern, HE = Hessen, NRW = Landschaftsverband Westfalen- Lippe (LWL)/ Landschaftsverband Rheinland (LVR), SH = Schleswig- Holstein, SL = Saarland						
¹ Wert bezieht sich auf 2 Einrichtungen, da eine Angabe: „individuell: Grundsicherung, ALG II oder Rente“						
² Regelsatz HzL						
³ keine Aussage, ob Barbetrag in HzL enthalten						
⁴ Barbetrag (und ggf. Bekleidungs- und Barbetrag) wird bei 9 von 14 Einrichtungen vom Lebensunterhalt (287 €) abgezogen. Für die übrigen 5 Einrichtungen ist dies unklar.						
⁵ Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung, Rente oder Selbstzahler						
⁶ Barbetrag vom Lebensunterhalt abgezogen						
⁷ 4 Einrichtungen machten eine Trennung zwischen den einzelnen Leistungsbestandteilen, 5 gaben das Gesamtentgelt der Familie an. Trotz einheitlicher Richtlinien unterschiedliche Angaben!						
⁸ Differenzbetrag = 944.-€ - (KdU + HzL)						
⁹ bis zur Grenze der Sozialhilfeträger/ ARGE						
¹⁰ Verhandlungssache, je nach Versorgung in der Familie 50-250 € der HzL (≥ 364 €) des Gastbewohners						
Quelle: Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“, SPECK 2010						

Angesichts der geringen Datenmenge für einen Großteil der Regionen möchte ich davon absehen, die ermittelten Beträge zu vergleichen und aus meinen Ergebnissen regionale Unterschiede abzuleiten. Die in der Tabelle dargestellten Unterschiede basieren bis auf die Daten für Baden- Württemberg und den Landschaftsverband Westfalen- Lippe auf den Angaben einzelner Einrichtungen. Hinzu kommen die oben erwähnten Unklarheiten bezüglich des Barbetrages, welche das Gesamtentgelt für die Gastfamilien nicht unerheblich verfälschen könnten.

Jedoch kann ich nach der Auswertung des Fragebogens die Aussagen der Literatur aus Kapitel 2.3 zur Leistungsbemessung an Gastfamilien und Gastbewohner bestätigen (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 31 ff.; EISENHUT 2002, S. 122 ff./ 2007, S. 9 f.).

Das aus den Daten errechnete durchschnittliche Betreuungsentgelt für die Gastfamilien variiert von 386 €- 591 €. Einige Einrichtungen haben angegeben, dass die Höhe des Betreuungsentgeltes nach dem Hilfebedarf des Gastbewohners bemessen ist.

In den vom Fachausschuss 2003 (aktuelle Gültigkeit) formulierten Standards heißt es: „Eine angemessene Aufwandsentschädigung der Gastfamilie ist notwendig. (...). Das Betreuungsgeld darf in der niedrigsten Hilfebedarfsgruppe € 400,- (Stand Juli 2002) nicht unterschreiten. Weitere Leistungen (z.B. der Pflegeversicherung) sind zusätzlich zu gewähren“ (vgl. EISENHUT 2004, S. 47; SCHIEBL 2008).

Ich kann mit den erhobenen Daten keine Aussagen zur Berechnung des Betreuungsentgeltes bei zusätzlichen Leistungen durch die Pflegeversicherung machen. Diesen für das Gesamtentgelt der Gastfamilien entscheidenden Aspekt habe ich nicht im Fragebogen berücksichtigt.

Die Datenauswertung in Bezug auf das Betreuungsentgelt ergibt, dass die vom Fachausschuss geforderten Standards nicht für alle Einrichtungen erfüllt werden. Die Einzelergebnisse meiner Erhebung zeigen für die Gastfamilien von rund 12 % der Einrichtungen deutlich geringere Betreuungsentgelte (vgl. SPECK 2010). Dies ist aus den durchschnittlichen Werten für die Betreuungsentgelte in der Tabelle nicht ersichtlich.

Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen des Gastbewohners werden Leistungen durch Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung oder ALG II gewährt. Die Leistungen beinhalten die Kosten für die Unterkunft (KdU) und die sonstigen Leistungen für den Lebensunterhalt (HzL). Mit diesen Leistungen werden die laufenden Aufwendungen der Gastfamilie erstattet.

Für die Kosten der Unterkunft gibt es je nach Leistungsträger verschiedene Berechnungsgrundlagen. In einigen Regionen werden die Kosten für die Unterkunft nach dem Mietspiegel berechnet, in anderen mit Pauschalen erstattet (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 31 ff.; EISENHUT 2002, S. 122 ff./ 2007, S. 9 f.). In weiteren Regionen gelten die Grenzen der Sozialhilfeträger bzw. der ARGE/ Kommunen.

Die Datenauswertung für die Kosten der Unterkunft zeigt eine Bandbreite von 111 € - 306 €, welche Berechnungsgrundlagen in den einzelnen Regionen herangezogen werden, geht aus der Untersuchung nicht hervor.

Auch für die sonstigen Leistungen des Lebensunterhalts (HzL), die der Gastfamilie erstattet werden, variieren die Berechnungsgrundlagen. Überwiegend legen die Leistungsträger für Klienten des BWF fest, wie sich die Leistungen des Lebensunterhalts berechnen. Der Regelsatz kann dabei dem eines Haushaltsvorstandes oder dem eines Haushaltsangehörigen entsprechen und nur anteilig geleistet werden. Ebenso unterscheiden sich die Voraussetzungen, wann ein Mehrbedarf gewährt wird (vgl. EISENHUT 2002, S. 122 f.). Mehrfach haben Einrichtungen im Fragebogen aber auch angegeben, dass die Leistungen für den Lebensunterhalt *individuell* nach dem Leistungsanspruch des Klienten gewährt werden (Hilfe zum Lebensunterhalt, Grundsicherung, Rente, ALG II).

Die Auswertung der Daten in Bezug auf Leistungen zum Lebensunterhalt ist zudem auf Grund der bereits einleitend erwähnten Unklarheiten bezüglich des Barbetrags und der Bekleidungs pauschale schwierig. Die Beträge in Tabelle 10.3.6 a liegen zwischen 151 € und 360 €. Es wird mit Fußnoten darauf hingewiesen, für welchen Betrag unklar ist, ob Barbetrag und Bekleidungs pauschale enthalten sind.

Ob ein Barbetrag zur persönlichen Verfügung des Gastbewohners und eine „Bekleidungs pauschale“ geleistet werden und ob diese in den Leistungen zum Lebensunterhalt enthalten sind oder zusätzlich geleistet werden, ist Ermessenssache (vgl. SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 31 ff.; EISENHUT 2002, S. 122 f.). Gesetzlich vorgesehen ist dieser „weitere notwendige Lebensunterhalt“ ohnehin nur in stationären Einrichtungen (§ 35 (2) SGB XII).

Die Mehrzahl der Einrichtungen im BWF gab an, dass der Gastbewohner einen Barbetrag zur persönlichen Verfügung erhalte. Viele Einrichtungen ergänzten diese Angaben außerdem um eine dem Gastbewohner zustehende „Bekleidungs pauschale“. Die dem Gastbewohner zur freien Verfügung stehenden Leistungen belaufen sich auf eine Höhe zwischen 90 € und 133 €. Einige Einrichtungen gaben an, dass sich der Betrag zur persönlichen Verfügung des

Gastbewohners individuell errechnen. Der Betrag richtet sich dann nach dem jeweiligen Leistungsanspruch, nachdem die Kosten der Unterkunft und der Lebensunterhalt als Leistungen an die Gastfamilie abgezogen würden.

Das in der Tabelle dargestellte durchschnittliche Gesamtentgelt der Gastfamilie ergibt sich aus dem Betreuungsentgelt an die Familie und den Leistungen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes und der Unterkunft an den Gastbewohner. Hiervon habe ich dann den Barbetrag und die Bekleidungspauschale als dem Gastbewohner zustehende Leistungen abgezogen. (Die Gesamtentgelte mit Fußnote beinhalten diese Leistungen möglicherweise noch!)

Zwischen den Regionen variieren die Bestandteile des Gesamtentgeltes stark. In der Gesamtsumme gibt es allerdings durch großzügige oder knappe Bemessung der einzelnen Leistungen eine Angleichung. Das Gesamtentgelt der Familien liegt zwischen 782 € und 870 €. Trotz der geringen Anzahl von ausgewerteten Fragebögen tut sich hier eine regionale Differenz im Gesamtentgelt von rund 90 € auf. (Die Gesamtentgelte, bei denen nicht klar ist, ob der Barbetrag enthalten ist, habe ich für diese Berechnung nicht berücksichtigt.)

Die in Kapitel 2.3 („Finanzieller Rahmen des BWF“) beschriebene Uneinheitlichkeit in der Leistungsbemessung an Gastfamilien und Gastbewohner findet sich in der Auswertung der Fragebögen wieder.

Ursächlich ist nach SCHÖNBERGER und STOLZ (2003, S. 31 ff.) zum einen die föderale Struktur der Bundesrepublik. Die Kostenerstattung für den Lebensunterhalt und die Kosten der Unterkunft orientieren sich an den regional unterschiedlichen Sätzen der Sozialhilfe (HzL), Grundsicherung oder ALG II. Zum anderen bewerten sie den Auslegungs- und Ermessensspielraum der örtlichen und überörtlichen Träger der Sozialhilfe als mit verursachend. Die Verhandlungsstärke der Leistungserbringer und die Finanzausstattung der Kommunen und Länder spielen ebenso eine Rolle. Seit 2006 gibt es allerdings eine einheitliche gesamtdeutsche Regelsatzbemessung in der Sozialhilfe sowie den Grundsatz der Parallelität mit dem SGB II in der Leistungshöhe. Die bisherige Ost-West-Differenzierung entfällt. Die Bundesländer setzen den Regelsatz fest und können - wie bisher - regionale Unterschiede und Besonderheiten berücksichtigen. Bislang haben sich die Länder aber überwiegend an den vom Bund ermittelten Werten orientiert (vgl. BMAS 2006). EISENHUT (2002, S. 123 f.) fügt als weiteren Grund das Fehlen einheitlicher Definitionen der Kostenbestandteile hinzu. So gibt es z.B. verschiedene Definitionen und Berechnungsgrundlagen für

das Betreuungsentgelt und keinen einheitlichen Status des Gastbewohners für die Berechnung der Höhe des Regelsatzes nach SGB XII.

Regionale Unterschiede, z.B. bei der Festsetzung der Kosten der Unterkunft, sind zu rechtfertigen, da sie die reale Lage auf dem maßgeblichen örtlichen Wohnungsmarkt berücksichtigen. Die Uneinheitlichkeit in der Leistungsbemessung des Betreuungsentgeltes, unabhängig vom personenbezogenen Hilfebedarf, und die Differenz der Leistungen zum Lebensunterhalt sowie der unterschiedliche Umgang mit den Leistungen zur persönlichen Verfügung des Klienten sind nicht gerechtfertigt.

11. Zusammenfassung und Ausblick

Das Betreute Wohnen in Familien befindet sich seit seiner Wiederaufnahme in den 80er Jahren in einem langsamen Entwicklungsprozess. Die Angebotsdichte hat sich in einigen Regionen deutlich erhöht. In den Jahren 2003 bis 2008 gab es bundesweit einen Zuwachs von rund 62% der Leistungsberechtigten (vgl. BAGüS 2009, S. 35 f.; EISENHUT 2004, S. 48; SCHIEBL 2008; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 16).

Angesichts der Prognose eines fortdauernden Anstiegs der Leistungsberechtigten gemäß SGB XII und weiter steigenden Sozialhilfeausgaben, insbesondere im Rahmen der Eingliederungshilfe (vgl. STATISTISCHES BUNDESAMT 2010) scheint es sinnvoll, weiter an der Etablierung und am Ausbau des BWF festzuhalten. Im Folgenden führe ich verschiedene Kriterien auf, die ich durch meine Auseinandersetzung mit dem Thema feststellen konnte, und die für das Betreuungsangebot des BWF sprechen:

- BWF ist *eingebettet in* verschiedene *tragfähige Konzepte* wie Salutogenese, Normalisierung, Integration und Milieuthérapie (vgl. 3. Kapitel).
- Das besondere Betreuungssetting beinhaltet *eine Gewinnsituation für Gastfamilie und Klient*. Die Beweggründe der Gastfamilien, einen Menschen aufzunehmen sind äußerst vielfältig. Neben dem Aspekt des Zuverdienstes werden auch andere Motive befriedigt (vgl. Kapitel 6.2). Auch für die Erfüllung bestimmter Bedürfnisse der Klienten ist das BWF geeignet, z.B. das Bedürfnis nach Nähe und Familienanschluss (vgl. Kapitel 7.2). Der Klient erfährt durch das Leben in einer Gastfamilie ein hohes Maß an Integration und Normalität. Das natürliche Milieu in der Laienfamilie ist ein therapeutisches Lernfeld und birgt Chancen auf Entwicklung (vgl. Kapitel 3.4 und 7.3).
- Die *professionelle Begleitung* von Gastfamilie und Klient wird *durch das Fachteam* gewährleistet. Unterschiedliche Professionen aus Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen sowie Wissens-, Methoden-, Sozial- und Selbstkompetenzen sichern die *Fachlichkeit und Qualitätssicherung* im BWF (vgl. 8. Kapitel).
- Die Betreuungsform *erfüllt die sozialpolitische Forderung* nach *ambulanten Angeboten*. Das Angebot ist zudem *hochgradig personenzentriert*. Eine dem Bedürfnis und dem Hilfebedarf des Klienten angepasste Lösung ergibt sich aus den vielfältigen Übereinstimmungsmöglichkeiten der Motive und Besonderheiten von Klient und Gastfamilie. Dort wo die Angebotsdichte hoch ist, können Klienten in ihrer Region verbleiben, dadurch wird die Chance auf *Gemeindeintegration* erhöht (vgl. Kapitel 2.1).

- Das Ansteigen der Leistungsberechtigten und der Kosten in der Eingliederungshilfe (vgl. Kapitel 4.4) bei oft gleichzeitiger schwieriger Finanzlage der Kommunen und Länder erfordert eine Umsteuerung. Der Auf- und Ausbau von BWF bietet sich hierfür an. Es erfüllt, auch für Menschen mit hohem Hilfebedarf, die eigentlich stationär betreut werden müssten, den Anspruch „ambulant vor stationär“ und führt zu einer *deutlichen Senkung der durchschnittlichen Fallkosten im Bereich des Wohnens* (vgl. Kapitel 2.3).

Trotz der Vorteile des BWF verläuft dessen Entwicklung regional sehr unterschiedlich. Auch wenn die Angebotsdichte und die Zahl der Leistungsberechtigten in einigen Regionen sehr hoch ist, gibt es vielerorts eine stagnierende Entwicklung, Angebotslücken und Rückgänge von Leistungsberechtigten im BWF. Das BWF ist zudem auf den ländlichen Raum zentriert. In weiten Teilen Deutschlands spielt das BWF weiterhin eine untergeordnete Rolle (vgl. EISENHUT 2004, S. 48; INGENLEUF 2004, S. 44; LAKEMANN 2008, S. 217; SCHIEBL 2008). Die Literatur nennt mehrere Gründe für diese schleppende Etablierung des BWF. Die folgenden Punkte zeigen Schwierigkeiten mit der Umsetzung sowie Verbesserungsvorschläge für die Umsetzung des BWF auf. Sie gründen auf den Ergebnissen meiner Literaturrecherche und der Fragebogenerhebung für diese Arbeit (vgl. BECKER 2005; EISENHUT 2007, S. 64 f.; SCHÖNBERGER/ STOLZ 2003, S. 34; GERSTER/ KONRAD/ SPINNER 2009):

- Es finden sich *zu wenig Gastfamilien*. Eine *stärkere Förderung des BWF* könnte den Anreiz erhöhen. Eine anderen sozialen Arbeitsfeldern vergleichbare Anerkennung wäre durch eine höhere Entlohnung der Gastfamilien, sozial- und steuerrechtliche Vergünstigungen sowie Vorsorgeleistungen zur Alterssicherung möglich.
- Das BWF weist durch das Beziehungsdreieck Klient, Gastfamilie, Fachteam *Eigenheiten* auf. Im Unterschied zu anderen Angeboten aus dem Bereich Wohnen, bedarf es eines *langen Vermittlungsvorlaufs* bis der Familienpflegevertrag abgeschlossen ist und der Klient in der Familie betreut wird. Zudem lässt sich bei einem *Abbruch des Betreuungsverhältnisses* dieser Platz nicht sofort und nicht beliebig neu belegen. Es ist immer das Zusammenpassen von Klient und Familie zu berücksichtigen. Sowohl *bei einer pauschalen Vergütung*, als auch bei einer Vergütung durch Fachleistungsstunden *müssen die Besonderheiten* wie der Vermittlungsprozess und das Abbruchrisiko *einbezogen werden*. Auch ein *niedrig angesetzter Personalschlüssel* würde oben genannte Besonderheiten des BWF berücksichtigen.

- Vielerorts *stagniert der Aufbau* neuer Einrichtungen. Bestehende Einrichtungen müssen sich häufig bemühen ihren (finanziellen) Status aufrecht zu halten. Eine *Verantwortlichkeit der überörtlichen Sozialverwaltung* und entsprechende *Zielvereinbarungen mit den Trägern* sowie *überörtliche Richtlinien* könnten impulsgebend für die Entwicklung des BWF sein.

Die oben genannten Gründe für die Entwicklungsschwierigkeiten sind mit Aspekten der Finanzierung des BWF verknüpft. Der Evaluationsteil der Diplomarbeit beinhaltet eine explorative Untersuchung der aktuellen Sachverhalte und Zusammenhänge in der Finanzierung des BWF mittels Fragebogen. Die erhobenen Daten beziehen sich auf verschiedene Aspekte der Finanzierung: Die Zuständigkeit der Leistungsträger, die Rahmenbedingungen in Form von Richtlinien und schriftlichen Vereinbarungen über die Leistungen und Vergütung, die Abrechnungsverfahren und die Höhe der finanziellen Leistungsbestandteile aller Beteiligten im BWF (Fachteams, Klienten und Familien). Ziel der Untersuchung ist eine aktuelle Darstellung der Finanzierungslandschaft im BWF.

Der Rücklauf des Fragebogens fiel nicht für alle Regionen gleich hoch aus, so dass die Auswertung der Daten einen partiellen Einblick in die aktuelle Ausgestaltung der Finanzierung gibt. Im Folgenden gebe ich die Ergebnisse der Datenauswertung wieder:

- Als ambulantes Angebot der Eingliederungshilfe müsste die *Kostenerstattung* für das BWF durch die örtlichen Sozialhilfeträger erfolgen. Häufig findet die Finanzierung aber durch die überörtlichen Sozialhilfeträger statt. In Brandenburg, Baden- Württemberg und Schleswig- Holstein übernehmen die örtlichen Träger der Sozialhilfe die Kosten für das BWF. In einem Fall wurde auch der jeweils zuständige Träger der Jugendhilfe als Leistungsträger angegeben. Im Saarland verteilen sich die Kosten auf den überörtlichen und örtlichen Träger der Sozialhilfe. In Hessen und Nordrhein- Westfalen sind die Kommunalverbände und in Bayern die Bezirke als überörtliche Träger der Sozialhilfe Leistungsträger. Auf Grund des geringen Rücklaufs der Erhebung kann ich nicht feststellen, ob die Verantwortlichkeit der überörtlichen Leistungsträger eine höhere Angebotsdichte für das BWF bewirkt (vgl. Kapitel 10.3.2).
- Die Auswertung des Fragebogens zeigt mehrere Ergebnisse zur *Finanzierung der Fachteams im BWF* (vgl. Kapitel 10.3.3). Diese werden deutlich überwiegend mit fallbezogenen Monatspauschalen vergütet. Teilweise erfolgt die Vergütung dabei leistungsgerecht nach dem Hilfebedarf des Klienten. Weitere Abrechnungsverfahren wie

Tagessätze, Fachleistungsstunden oder das Persönliche Budget wurden nur vereinzelt genannt. Mehr als die Hälfte der Einrichtungen betreut auch selbst zahlende Leistungsempfänger. Weitere Finanzierungsquellen wurden von keiner Einrichtung angegeben. Die Erhebung lässt darauf schließen, dass aktuell kein deutlicher Trend zu anderen Abrechnungsformen als Monatspauschalen besteht.

Die Höhe der Monatspauschalen reicht von 220 € - 650 € bei einer leistungsgerechten Vergütung. Erfolgt die Vergütung pauschal, d.h. unabhängig vom individuellen Hilfebedarf, sind Monatspauschalen von 415 €- 621 € üblich. Ohnedass Unterschiede im Hilfebedarf maßgeblich sind, ist dies eine Differenz von über 200 € bei der Vergütung der Fachteams. Auch in der Höhe und Auslegung der Bestandteile der Fachleistungsstunde gibt es Unterschiede (vgl. Kapitel 10.3.5). Geht man von einem Mindestbetreuungsschlüssel von 1:10 aus, wie vom Fachausschuss Familienpflege in den Standards für das BWF gefordert, darf die Vergütung eine gewisse Untergrenze nicht unterschreiten um kostendeckend arbeiten zu können (vgl. EISENHUT 2002, S. 126/ 2004, S. 47; SCHIEBL 2008).

Wenn zur Kostendeckung der in den Standards geforderte Mindestbetreuungsschlüssel überschritten werden muss, sinkt die Qualität der direkten Leistungen für Gastfamilien und Klienten. Zudem leidet die Qualität der Leistungen des Fachteams. Es können beispielsweise Leistungsbestandteile zur Sicherung der Strukturqualität nicht angemessen umgesetzt und finanziert werden.

- Je nach Leistungsträger und Einrichtung unterscheidet sich, ob die *Rahmenbedingungen* für das BWF in Form von *Richtlinien* und/ oder *Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen* festgelegt sind. Die Regelungen und Leistungsmerkmale, welche in Richtlinien und Leistungsvereinbarungen festgelegt werden, die Vereinbarungen zur Vergütung und ggf. enthaltene Leistungsbeschreibungen bilden für jede Einrichtung eine individuelle Grundlage ihrer Arbeit und bestimmen die finanziellen Voraussetzungen (vgl. Kapitel 10.3.4).

Die Auswertung des Fragebogens gewährt einen Einblick in die *Finanzierbarkeit einzelner Leistungsmerkmale* durch die dem Fachteam zur Verfügung stehende Vergütung, sowie einen Einblick in Regelungen zu finanziellen Leistungen an Gastfamilien. Die Datenmenge ist sehr umfangreich, ich beschränke mich an dieser Stelle auf die wichtigsten Aussagen.

Strukturelle Leistungsmerkmale (vgl. 10.3.4 b) umfassen personelle und fachliche Ressourcen sowie die Infrastruktur der BWF- Einrichtung. Für Personalkosten, sowie Fort- und Weiterbildung sind im Gegensatz zu externem Personal (z.B. für Supervision) häufiger

finanzielle Ressourcen vorhanden. Die Kostendeckung für die Infrastruktur der Einrichtung ist überwiegend gegeben.

Bei den direkten Leistungen für Gastbewohner und Gastfamilie (vgl. 10.3.4 c) ist feststellbar, dass Leistungen vor einer geplanten Klientenaufnahme und Leistungen zum Vermittlungsprozess im Vergleich zu Leistungen der Begleitung des Betreuungsverhältnisses häufiger nicht durch die Vergütung gedeckt sind.

Für die finanziellen Leistungen an die Gastfamilien (vgl. 10.3.4 c) gibt es unterschiedliche Regelungen bei Abwesenheitszeiten des Gastbewohners. Bei einer regelmäßigen stundenweisen Abwesenheit auf Grund einer Beschäftigung gab etwas über die Hälfte (57 %) der Einrichtungen an, dass keine Kürzung des Betreuungsentgeltes vorgenommen würde, in den anderen Einrichtungen wird das Betreuungsentgelt um einen gewissen Betrag gekürzt. Auch für den Fall eines vorübergehenden stationären Krankenhausaufenthalts des Gastbewohners gibt es entsprechende Regelungen zu befristeten Leistungsfortzahlungen. Deutlich mehr Einrichtungen gaben an (86 %), die Gastfamilien erhielten in diesem Fall das Betreuungsentgelt in voller Höhe, Kürzungen wurden seltener genannt.

Die indirekten Leistungen des Fachteams (vgl. 10.3.4 d) umfassen u.a. mehrere Leistungsmerkmale im Rahmen des Qualitätsmanagement. Zusammengefasst gilt, dass die Kosten für diese Leistungsmerkmale nach den Angaben der Einrichtungen überwiegend durch die zur Verfügung stehende Vergütung gedeckt sind (62 %). Eine kleinere Anzahl an Einrichtungen gab an, dass besagte Leistungsmerkmale durch die zur Verfügung stehende Vergütung nur anteilig gedeckt seien (12 %). Nicht durch die zur Verfügung stehende Vergütung finanzierbar sind diese Leistungen für einen nicht unerheblichen Anteil Einrichtungen (26 %).

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Vergütung der Fachteams nicht in jedem Fall kostendeckend für alle Strukturmerkmale sowie die von den Fachteams zu erbringenden Leistungen sind.

- Zuletzt habe ich mit dem Fragebogen die *Höhe der Leistungsbestandteile an Bewohner und Gastfamilien* erhoben (vgl. Kapitel 10.3.6). Aus dem Betreuungsentgelt an die Familie und den Leistungen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes und der Unterkunft an den Gastbewohner, abzüglich des Barbetrages und der Bekleidungspauschale (dem Gastbewohner zustehende Leistungen) ergibt sich das Gesamtentgelt der Gastfamilie. Zwischen den Regionen variieren die Bestandteile des Gesamtentgeltes stark. In der Gesamtsumme gibt es allerdings durch großzügige oder knappe Bemessung der einzelnen Leistungen eine Angleichung. Das Gesamtentgelt der Familien liegt zwischen 782 € und 870 €. Trotz der

geringen Anzahl von ausgewerteten Fragebögen tut sich hier eine regionale Differenz im Gesamtentgelt von rund 90 € auf.

Regionale Unterschiede, z.B. in den Kosten der Unterkunft sind durch reale Abweichungen des Wohnungsmarktes begründbar. Die Uneinheitlichkeit in der Leistungsbemessung des Betreuungsentgeltes und der Leistungen zum Lebensunterhalt sowie der unterschiedliche Umgang mit den Leistungen zur persönlichen Verfügung des Klienten sind kritisch zu hinterfragen. Um die Entwicklung des BWF voranzubringen, sollte zukünftig vor allem eine angemessenen Entlohnung der Gastfamilien gewährleistet sein.

Die Auswertung der Erhebung verdeutlicht, dass die Finanzierung im BWF nicht standardisiert und alles andere als einheitlich geregelt ist. Die Finanzierungsmodalitäten der Leistungsträger führen zu ungleichen Voraussetzungen für die Leistungserbringer und die Nutzer und beeinflussen die Entwicklungschancen für den Aus- und Aufbau neuer Einrichtungen. Eine Angleichung der Leistungsbestandteile der Klienten, ein angemessenes Betreuungsentgelt für die Gastfamilien und eine kostendeckende Vergütung der Fachteams zur Sicherung der Qualität sollten angestrebt werden.

Angesichts der einleitend beschriebenen Stärken des BWF, für den Leitungsträger insbesondere die kostendämpfende Wirkung im Bereich Wohnen, verwundert es, dass diese nicht überall durch eine entsprechende Steuerung den Ausbau des BWF fördern.

Quellenverzeichnis

ANTONOVSKY, A.:

Salutogenese- Zur Entmystifizierung von Gesundheit. Dt. erweiterte Hrsg. von Alexa Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen: Dgvt- Verlag 1997.

BAGÜS (BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER ÜBERÖRTLICHEN SOZIALHILFETRÄGER) (2009):

Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2007 und 2008. <<http://www.lwl.org/spur-download/bag/endbericht2007-2008.pdf>> 16.07.2010.

BORTZ J./ DÖRING, N.:

Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag 2009.

CIOMPI, L.:

Affektlogik: Über die Struktur der Psyche und ihre Entwicklung. Ein Beitrag zur Schizophrenieforschung. 3. Aufl. Stuttgart: Klett- Cotta 1992.

CLAUSEN, J./ EICHENBRENNER, I.:

Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 2010.

BACHMEIER, M.:

BWF- eine Lebensform für psychisch kranke Eltern mit Kind(ern)? In: SOZIALWERK ST. GEORG E.V. (Hrsg.): Dokumentation der 22. BWF- Bundestagung: Gesellschaftliche Entwicklung und neue Perspektiven für das Betreute Wohnen in Familien (BWF). Gelsenkirchen: 2007, S. 44-45.

BECKER, J.(2004):

Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch in Familienpflege. <http://www.bwf-info.de/bwf_e4/literatur/04_J-Becker_Missbrauch_Text.pdf>. 23.08.2010.

BECKER, J.(2005):

Perspektiven der Familienpflege. <<http://www.rgsp.de/pdf/extrablatt/EB0501.pdf>>. 23.11.2010.

BECKER, J.:

Rehabilitation forensischer Patientinnen und Patienten durch Betreutes Wohnen in Familien. In: SOZIALWERK ST. GEORG E.V. (Hrsg.): Dokumentation der 22. BWF- Bundestagung: Gesellschaftliche Entwicklung und neue Perspektiven für das Betreute Wohnen in Familien (BWF). Gelsenkirchen: 2007, S. 38-39.

BECKER, J./ NEUENFELDT-SPICKERMANN, R./ NEUKIRCHNER J.:

Zur Qualitätssicherung des Betreuten Wohnens in Familien. In: DRESLER, K.-D./ NEUKIRCHNER, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien. gestern – heute – morgen. Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, 1. Aufl. Jena: Verlag FH Jena 2006. S. 84-89.

BEESE, D.:

Psychiatrische Familienpflege im historischen und gesellschaftlichen Wandel: Die Motive von Gastfamilien. In: LAKEMANN, U. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojektes Betreutes Wohnen in Familien. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2008, S. 16-39.

BEZIRK OBERBAYERN (2010):

Rahmenleistungsbeschreibung für das betreute Wohnen in Familien (BWF). Richtlinien zur Förderung des betreuten Wohnens in Familien (BWF). <<http://www.bezirk-oberbayern.de/index.phtml?NavID=360.34&La=1>>. 12.12. 2010.

BMAS (BUNDESMINISTERIUM FÜR ARBEIT UND SOZIALES) (2006):

Gesamtdeutsch: Sozialhilfe und ALG II einheitlich bei 345 Euro. <http://www.bmas.de/portal/9050/2006__05__17__sozialhilfe__und__alg__ii.html>. 25.02.2011.

BÖCK, M.:

Die Funktion des Familienpflegeteams in der Psychiatrischen Familienpflege. In: LAKEMANN, U. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojektes Betreutes Wohnen in Familien. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2008, S. 177-203.

BÖRNER, K.:

„Betreutes Wohnen“ in Abgrenzung zum Heimgesetz. Berlin: Lit Verlag Dr. Hopf 2008.

BRIDLER, R./ LÖTSCHER, K.:

Gemeindeintegrierte Akutbehandlung mit Hilfe von Gastfamilien. In: DRESLER, K.-D./ NEUKIRCHNER, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien. gestern – heute – morgen. Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, 1. Aufl. Jena: Verlag FH Jena 2006, S. 48-52.

BRUKER, G./ GERSTER, R./ MILLER-CLESLE, M./ NEUBAUER, V./ TRAUTMANN, R.:

Die Arbeit des Familienpflegeteams und seine Wirkung auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiterinnen. In: KONRAD, M./ SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (Hrsg.): Die zweite Familie: Psychiatrische Familienpflege- Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1993, S. 106-112.

BUFE, E.:

Die Familienpflege Kranksinniger. Geschichte, Wesen, Wert und Technik. Halle a. S.: C. Marhold Verlagsbuchhandlung 1939.

BÜHLER, J.:

Familienpflege für seelisch behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte Kinder und Jugendliche gem. § 32a Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII). Dokumentation des Modellprojektes. Ravensburg 2000.

DAK – UNTERNEHMEN LEBEN (2010):

DAK Gesundheitsreport 2010.

<[http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/03AF73C39B7227B0C12576BF004C8490/\\$File/DAK_Gesundheitsreport_2010_2402.pdf](http://www.presse.dak.de/ps.nsf/Show/03AF73C39B7227B0C12576BF004C8490/$File/DAK_Gesundheitsreport_2010_2402.pdf)> 16.07.2010.

DEUTSCHER BUNDESTAG (1975):

Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland - Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/ psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung.

<http://www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html>. 28.04.2010.

DGSP (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR SOZIALE PSYCHIATRIE E.V.) (2006/08):

Vorstandsbericht 2006 - 2008.

<http://psychiatrie.de/data/pdf/3d/07/00/Vorstandsbericht_0608_Internetfassung.pdf>. 5.10.2010.

DONDALSKI, C./ SCHMITT, T.:

„Verlorene Rauschparadiese in Familie eingetauscht“ - BWF für Menschen mit Suchtproblemen. In: SOZIALWERK ST. GEORG E.V. (Hrsg.): Dokumentation der 22. BWF- Bundestagung: Gesellschaftliche Entwicklung und neue Perspektiven für das Betreute Wohnen in Familien (BWF). Gelsenkirchen: 2007, S. 46-47.

DRESLER, K.-D./ NEUKIRCHNER, J. (Hrsg.):

Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien. gestern – heute – morgen. Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, 1. Aufl. Jena: Verlag Fachhochschule Jena 2006.

EISENHUT, R.:

Brauchen wir eine einheitliche Finanzierung der Familienpflege? Sinn und Unsinn der verschiedenen Finanzierungsmodelle der Familienpflege. In: ORBKE-LÜTKEMEIER, E. (Hrsg.): Betreutes Wohnen in Gastfamilien/ Familienpflege. Kreative Wege einer ungewöhnlichen Betreuungsform für Menschen mit psychischen und geistigen Behinderungen. Bielefeld: Bethel- Verlag 2002, S. 116-129.

EISENHUT, R.:

Der Fachausschuss Familienpflege der DGSP. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H. 4, S. 46-50.

EISENHUT, R.:

Perspektiven des BWF aus Sicht des Fachausschusses Betreutes Wohnen in Familien der DGSP. In: SOZIALWERK ST. GEORG E.V. (Hrsg.): Dokumentation der 22. BWF- Bundestagung: Gesellschaftliche Entwicklung und neue Perspektiven für das Betreute Wohnen in Familien (BWF). Gelsenkirchen: 2007, S. 63-66.

EISENHUT, R. (2007):

Entwicklung des Betreuten Wohnens in Familien in Deutschland. Fachtag Betreutes Wohnen in Familien. Überarbeiteter Vortrag in Berlin 2007.

<http://www.bwfberlin.de/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=14&Itemid=32>. 10.12.2010.

EISENHUT, R.(2008):

BWF entwickelt sich...- Das Betreute Wohnen in Familien zwischen Steuerfrust und Zukunftschancen. Vortrag auf dem internationalen Kongress „Familie im Mittelpunkt“, 23. Jahrestagung des BWF. Tübingen: 2008.

<http://www.vsp-net.de/html/download/bwf-doku/Vortrag_Eisenhut.pdf>. 04.08.2010.

EISENHUT, R.:

Mündliche Mitteilung. 17.09.2010.

Schriftliche Mitteilung. 09.2010.

GERSTER, R./ TRAUTMANN , R.:

Gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen in Gastfamilien. In: DRESLER, K.-D./ NEUKIRCHNER, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien. gestern – heute – morgen. Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, 1. Aufl. Jena: Verlag FH Jena 2006, S. 64-73.

GERSTER, R/ KONRAD, M./ SPINNER , G. (2009):

Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung. Leben in Gastfamilien für gerontopsychiatrisch erkrankte Menschen. Ravensburg/ Schussenried 2009.

<http://www.bwf-info.de/bwf_e4/literatur/2009_Geronto-Abschl-Bericht_Weissenau.pdf>. 22.07.2010.

GRIESINGER, W.:

Über Irrenanstalten und deren Weiterentwicklung in Deutschland. Arch. Psych. 1, 1868, S. 8-43.

GRÖSSL, B.:

Ein Werkstattbericht aus Graz zur Qualitätsentwicklung der psychiatrischen Familienpflege. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H. 4, S. 32-35.

HAGELSKAMP, J.:

Sozialpolitische Entwicklungen und mögliche Auswirkungen auf die Familienpflege. In: DRESLER, K.-D./ NEUKIRCHNER, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien. gestern – heute – morgen. Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, 1. Aufl. Jena: Verlag Fachhochschule Jena 2006, S. 24–31.

HALFAR, B. (Hrsg.):

Finanzierung sozialer Dienste und Einrichtungen. 1. Aufl. Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft 1999.

HEIM, E.:

Praxis der Milieuthherapie. Berlin: Springer-Verlag 1985.

HELD, T.:

Psychiatrische Familienpflege: Ergebnisse einer prospektiven elfjährigen Langzeitstudie. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag 1989.

HILDENBRAND, B.:

Alltag als Therapie: Ablöseprozesse Schizophrener in der psychiatrischen Übergangseinrichtung. 1. Aufl. Bern, Stuttgart, Toronto: Huber 1991.

HOFFMANN, W.:

Bericht über die Verhandlungen der Arbeitsgemeinschaft der Anstaltsdezenten beim Deutschen Gemeindetag am 9. und 10. Oktober 1936 in Düsseldorf. In: Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen 4, 1937, S. 82-88.

INGENLEUF, H.-J.:

Das Ende des Orakelns: Antworten auf die Kritik an der psychiatrischen Familienpflege. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H. 4, S. 39-45.

KIRCHHOFF, S./ KUHNT, S./ LIPP, P./ SCHLAWIN, S.:

Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften 2008.

KNAB, K.:

Statistik über den Stand der Familienpflege der öffentlichen deutschen Heil- und Pflegeanstalten im Sommer 1932. In: Psychiatrisch- Neurologische Wochenschrift 35. Jahrgang, Nr. 16. Halle a.S.: C. Marhold Verlagsbuchhandlung 1933, S. 196-203.

KONRAD, M.:

Sind therapeutische Prozesse bei chronisch Schizophrenen in der Psychiatrischen Familienpflege denkbar? In: KONRAD, M./ SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (Hrsg.): Die zweite Familie: psychiatrische Familienpflege; Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1993, S. 142-164.

KONRAD, M./ SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (Hrsg.):

Die zweite Familie: psychiatrische Familienpflege; Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1993.

KONRAD, M./ SCHMIDT-MICHEL, P.-O.:

Ist die psychiatrische Familienpflege zeitgemäß? In: KONRAD, M./ SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (Hrsg.): Die zweite Familie: psychiatrische Familienpflege; Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1993, S. 10-22.

KONRAD, M./ MILLER-CLESLE, M./ ROTH, B.:

Gute Familien- schlechte Familien. Urteile des Familienpflegeteams und ihre Evidenz für den Verlauf einer Pflege- Episode. In: KONRAD, M./ SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (Hrsg.): Die zweite Familie: psychiatrische Familienpflege; Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1993, S. 165-180.

KÖSSINGER, I./ KONRAD, M./ KRÜGER, M./ SCHMIDT-MICHEL, P.-O.:

Forschungsergebnisse zur Psychiatrischen Familienpflege. In: KONRAD, M./ SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (Hrsg.): Die zweite Familie: psychiatrische Familienpflege; Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn: Psychiatrie- Verlag 1993, S. 122-129.

KREFT, D./ MIELENZ, I.:

Wörterbuch soziale Arbeit: Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6. überarbeitete und aktualisierte Auflage Weinheim/ München: Juventa 2008.

KRETSCHMAR, E.:

Die Chancen der psychiatrischen Familienpflege für Menschen mit Suchterkrankungen. In: LAKEMANN, U. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojektes Betreutes Wohnen in Familien. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2008, S. 147-163.

- LAKEMANN, U. (Hrsg.):
 Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojektes Betreutes Wohnen in Familien. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2008.
- LAKEMANN, U.:
 Psychiatrische Familienpflege aus familiensoziologischer Sicht- Ergebnisse der Evaluation des Thüringer Modells- Jena und Umkreis. In: LAKEMANN, U. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojektes Betreutes Wohnen in Familien. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2008, S. 204-218.
- LORENZ, R.:
 Salutogenese. Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und Pflegewissenschaftler. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt Verlag 2005.
- LÜSCHEN, G. (Hrsg.):
 Deutsche Soziologie seit 1945. Entwicklungsrichtungen und Praxisbezug. Opladen: Westdeutscher Verlag 1979, S. 143-168.
- MEYER, W./ WYSTYRK, C.:
 Ist die Integration eines chronisch psychisch kranken Menschen in ein fremdes Familiensystem möglich? In: LAKEMANN, U. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojektes Betreutes Wohnen in Familien. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2008. S. 79-95.
- NEUSCHLER, E.:
 A Visit to Gheel. A Letter to the Editors of the Journal of Mental Science; Translated with Remarks by John Sibbald. In: Journal of Mental Science 13, 1867, S. 20-43.
- OEVERMANN, U.:
 Sozialisierungstheorie. Ansätze zu einer soziologischen Sozialisierungstheorie und ihre Konsequenzen für die allgemeine soziologische Analyse. In: LÜSCHEN, G. (Hrsg.): Deutsche Soziologie seit 1945. Entwicklungsrichtungen und Praxisbezug. Opladen: Westdeutscher Verlag 1979, S. 143-168.
- ORBKE-LÜTKEMEIER, E. (Hrsg.):
 Betreutes Wohnen in Gastfamilien/ Familienpflege. Kreative Wege einer ungewöhnlichen Betreuungsform für Menschen mit psychischen und geistigen Behinderungen. Bielefeld: Bethel- Verlag 2002.
- RAECKE, J.:
 Soziale Psychiatrie. In: Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 23, 1921/22, S. 119 ff..
- RAEDER, J.:
 Funktionen der Psychiatrischen Familienpflege für soziale Rollen im Familiensystem. In: LAKEMANN, U. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojektes Betreutes Wohnen in Familien. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2008, S. 96-117.

- ROTH, B.:
 Junge Menschen in Gastfamilien. In: DRESLER, K.-D./ NEUKIRCHNER, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien. gestern – heute – morgen. Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, 1. Aufl. Jena: Verlag Fachhochschule Jena 2006, S. 53-57.
- SCHÄFER, W.:
 Entwicklung der Sozialhilfeausgaben und die sich daraus ergebende besondere Rolle der Familienpflege. In: DRESLER, K.-D./ NEUKIRCHNER, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien. gestern – heute – morgen. Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, 1. Aufl. Jena: Verlag Fachhochschule Jena 2006, S. 126–133.
- SCHANZE, C. (2009):
 Betreutes Wohnen in Familien bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ein alternatives Konzept bei der Ambulantisierung in der Behindertenhilfe. BWF- Tagung, Regensburg 2009.
 <http://www.bwf-info.de/bwf_e3/fachtagungen/Regensburg_2009/Vortr-Texte/Schanze_VT_Praes.pdf>. 10.08.2010.
- SCHELLBERG, K.:
 Finanzierung sozialer Organisationen. Grundlagen der Profit- und Non- Profit-Finanzierung in sozialen Dienstleistungsorganisationen. 2. Aufl. Brandenburg: HDL 2004.
- SCHIEBL, R. (2008):
 Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit seelischer oder geistiger Behinderung.
 <http://www.bwf-info.de/bwf_e3/geschichte/Gesch_Entw_Tab.pdf>. 15.04.2010.
 <http://www.bwf-info.de/bwf_e3/what_is_bwf/bwf_e3_whatishbf_frame.htm>. 15.04.2010.
 <http://www.bwf-info.de/bwf_e2/bwf_e2_frame.htm>. 9.11.2010.
- SCHMIDT-MICHEL, P.-O.:
 Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. In: KONRAD, M./ SCHMIDT-MICHEL, P.-O. (Hrsg.): Die zweite Familie: psychiatrische Familienpflege; Geschichte, Praxis, Forschung. Bonn: Psychiatrie-Verlag 1993, S. 41-76.
- SCHMIDT-MICHEL, P.-O.:
 Akut- psychiatrische Versorgung in Gastfamilien: Erfahrungen aus den USA und Überlegungen zu Realisierungsmöglichkeiten in Deutschland. In: Sozialpsychiatrische Informationen, 34 (2004) H. 4, S. 35-39.
- SCHÖNBERGER, C./ STOLZ, P.:
 Betreutes Leben in Familien- Psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch für die Praxis. 1. Aufl. Bonn: Psychiatrie- Verlag 2003.
- SCHRADER, V.:
 Warum nehmen Familien psychisch kranke Gäste auf? In: LAKEMANN, U. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojektes Betreutes Wohnen in Familien. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2008, S. 54-78.

SCHULZE TEMMING, G.:

Finanzierungsmodelle und ihre Bedeutung für betreutes Wohnen in Gastfamilien- Pauschale Finanzierung, Fachleistungen, Persönliches Budget. In: SOZIALWERK ST. GEORG E.V. (Hrsg.): Dokumentation der 22. BWF- Bundestagung: Gesellschaftliche Entwicklung und neue Perspektiven für das Betreute Wohnen in Familien (BWF). Gelsenkirchen: 2007, S. 40-41.

SIEMERING, S.:

Longitudinalstudie zur psychiatrischen Familienpflege in Thüringen. In: LAKEMANN, U. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege in Thüringen. Evaluation des Modellprojektes Betreutes Wohnen in Familien. Bonn: Psychiatrie-Verlag 2008, S. 165-176.

SOZIALWERK ST. GEORG E.V. (Hrsg.):

Dokumentation der 22. BWF- Bundestagung: Gesellschaftliche Entwicklung und neue Perspektiven für das Betreute Wohnen in Familien (BWF). Gelsenkirchen: 2007.

SPECK, L.:

Datensatz „Erhebung zu Finanzierungsformen im BWF“. 2010.

SPEICHER, J.:

Persönliche Budgets & Pflege in der eigenen Familie? In: DRESLER, K.-D./ NEUKIRCHNER, J. (Hrsg.): Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien. gestern – heute – morgen. Dokumentation der 20. Bundestagung Familienpflege 2005 in Jena, 1. Aufl. Jena: Verlag FH Jena 2006, S. 134-139.

STATISTISCHES BUNDESAMT (2010):

Statistik der Sozialhilfe. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen 2008. <<https://www-ec.destatis.de/csp/shop/sfg/bpm.html.cms.cBroker.cls?cmspath=struktur,vollanzeige.cp&ID=1025620>>. 13.7.2010.

STORR, P. (Begr.):

Gesetze für Sozialwesen. Aktualisierung 2008/ I. Walhalla Fachverlag, Regensburg 2008/ I.

Anhang

A. Fragebogen mit Anschreiben

Email: XXX
Telefon: XXX

Lena Speck
Anschrift: XXX

Erhebung zu Finanzierungsformen im Betreuten Wohnen in Familien (BWF)

Sehr geehrte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Teams im Betreuten Wohnen in Familien,

Im Rahmen meiner Diplomarbeit (Sozialpädagogik/ Soziale Arbeit) über den Themenkomplex Betreutes Wohnen in Familien an der Fachhochschule Kiel bitte ich um Ihre Mitarbeit durch die Beantwortung und Rücksendung des folgenden Fragebogens. Ich möchte Sie bitten, sich dafür etwas Zeit zu nehmen.

Hauptziel der Erhebung ist, einen möglichst bundesweiten Überblick über die Finanzierung der Einrichtungen zu bekommen und einen möglichen Trend festzustellen. Besonderes Interesse liegt dabei auch auf den mit den Leistungsträgern vereinbarten Richtlinien, Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen. Es sollen Unterschiede in der Leistungspalette der BWF-Einrichtungen und die verschiedenen Möglichkeiten der Vergütung untersucht werden.

Bitte vervollständigen Sie die grauen Formularfelder und senden Sie das bearbeitete Dokument an meine oben stehende Email-Adresse (**Email-Fragebogen!**). Sie können das Dokument auch ausdrucken, handschriftlich ausfüllen und an meine Postadresse senden (**Postversand-Fragebogen!**). Ihre Angaben werden anonymisiert dargestellt. Ich bitte um Rückmeldung bis zum 15.10.2010.

Für Ihre Mitarbeit danke ich Ihnen recht herzlich, Ihre Lena Speck.

Fragebogen

1. Anschrift (Angaben zu Namen und Anschrift Ihrer Einrichtung sind freiwillig)

- 1.Name der Einrichtung:
- 2.Anschrift:
- 3.Landkreis/ Bundesland:
- 4.Seit wann betreibt die Einrichtung BWF?

2. Organisationsstruktur und Rechtsform der Einrichtung

1. BWF- Einrichtung ist angebunden an eine Klinik/ ein Heim
2. BWF ist Bestandteil der Leistungsangebote eines größeren Trägers
3. BWF- Einrichtung hat selbstständige Vereinsstruktur (freie Trägerschaft)
4. andere Organisationsform (wenn ja, welche)
- 5.Welche Rechtsform (z.B. gGmbH, Körperschaft öfftl. Rechts) hat die Einrichtung?

3. Wer ist Leistungsträger?

1. Überörtlicher Sozialhilfeträger (Land oder höherer Kommunalverband)
2. Örtlicher Sozialhilfeträger (Landkreis/ Kommune)
3. sonstiger Leistungsträger? (ggf. welcher)
4. Ein Wechsel zu einem anderen Leistungsträger wird angebahnt. Wenn ja, wann und ggf. warum (z.B. Modellphase - Fortführung des Angebotes)
5. Ein Wechsel zu einem anderen Leistungsträger wurde vollzogen. Wenn ja, wann und ggf. warum (z.B. Modellphase - Fortführung des Angebotes)

4. Finanzierung der Einrichtung

1. Bestehen Vergütungsvereinbarungen mit dem Leistungsträger? Ja
Nein

Das BWF- Angebot finanziert sich durch:

2. Zuwendungen
3. pauschalierte Tagessätze (in Höhe von)
4. Monatspauschale (in Höhe von)
5. Fachleistungsstunden (in Höhe von)
6. Persönliches Budget
7. Selbstzahler
8. Sonstiges, (ggf. angeben)
9. Ein Wechsel in eine andere Finanzierungsart wird angebahnt.
Wenn ja, von in .
0. Ein Wechsel in eine andere Finanzierungsart wurde bereits vollzogen.
Wenn ja, von in im Jahr .

5. bei Finanzierung durch Fachleistungsstunden

1 Werden personenbezogene (Hausbesuche etc.) und nicht personenbezogenen Tätigkeiten (Teambesprechungen, Supervision etc.) anteilig auf den vereinbarten Stundenumfang berechnet? Ja im folgenden Verhältnis:
Nein

2 Wie wird mit Anfahrtszeiten umgegangen (z.B. in Fachleistungsstunde enthalten, als zusätzliche Aufwendung/ Sonderleistung gezahlt etc.)?

3 Ist die Fachleistungsstunde nachweispflichtig (Dokumentation)? Ja
Nein

6. Richtlinien oder Leistungsvereinbarungen

Vereinbarungen mit dem Leistungsträger sind geregelt in...

1. Leistungsvereinbarungen (§ 75 (3) SGB XII)
2. Richtlinien
3. Rahmenleistungsbeschreibungen
4. Sonstiges (ggf. was):

7. <u>Inhalte der Leistungsvereinbarungen/ Richtlinien sowie Vergütung derselben</u>			
Inhalte der Leistungsvereinbarungen/ Richtlinien	wird vergütet	wird anteilig vergütet	wird nicht vergütet
7.1. Strukturelle Leistungsbeschreibungen			
1.interne personelle Ausstattung/ Personalkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.externe personelle Ausstattung (z.B. Supervision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Teilnahme an Fortbildungen, Weiterbildungen, Fachtagungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Berufsgenossenschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Wirtschaftsbedarf (Büroräume, Instandhaltung etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Fahrzeughaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Fahrtkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Reisekosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.Verwaltungsbedarf (Büromaterial, Fachliteratur, Fotokopien etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.Telefonanschluss, Mobiltelefone, Internet, Porto etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2. Leistungsbeschreibungen für den Gastbewohner und die Gastfamilie			
1.Auswahl geeigneter Gastfamilien und Bewohner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Anbahnung der Kontakte, Probewohnen und Hilfe bei der Entscheidungsfindung, Betreuungsvertrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.regelmäßige psychosoziale und pädagogische Betreuung und Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Erstellung und Fortführung einer individuellen Betreuungs- und Förderplanung unter Einbeziehung der Betroffenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Betreuung und Beratung in Krisen und Notfallsituationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Supervision und Fortbildung der Gastfamilien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Veranstaltungen zum Austausch und zur Information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.finanzielle Leistungen an die Gastfamilie (Betreuungsentgelt, Unterkunfts- und Nebenkostenanteil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.finanzielle Leistungen an die Gastfamilie bei regelmäßiger stundenweiser Abwesenheit des Gastbewohners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.befristete Leistungsfortzahlungen an die Gastfamilie bei Abwesenheit des Bewohners durch stationäre Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Vertretungsregelungen und Leistungsfortzahlung bei Krankheit und Urlaub (andere Gastfamilie oder Übernahme der Kosten in Kurzzeitpflege o.Ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.Vermittlung des Gastbewohners in eine andere angemessene Wohnform nach Beendigung des Betreuungsverhältnisses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3.allgemeine Leistungsbeschreibungen			
1.Konzeptionsentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.Öffentlichkeitsarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.Kooperation mit dem sozialen Umfeld (Angehörige, gesetzl. Betreuer etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.Vernetzung der Hilfen im gemeindepsychiatrischen Verbund (Ärzte, Sozialhilfeträger, Arbeitsangebote etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.Mitwirkung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens (§ 58 SGB XII)/ Hilfeplanverfahren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.Dokumentation und Überprüfung des Hilfeplans, Berichte etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.Teamgespräche, Fallbesprechungen, Supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.Teilnahme an regionalen Arbeitsgruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.befristete Leistungsfortzahlungen an den Träger bei Abwesenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

des Bewohners durch stationäre Behandlung			
10.regelmäßige Erstellung von Tätigkeits-/ Geschäftsberichten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.Qualitätssicherung (Dokumentationssystem, Qualitätszirkel u.a.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4.Sonstige Leistungsbeschreibungen, ggf. welche...			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>8. Vergütung der Gastfamilien und Leistungen an den Gastbewohner</p> <p>Wie hoch sind die Leistungen an Gastfamilie und Gastbewohner?</p> <p>1.Betreuungsentgelt: €</p> <p>2.Kosten der Unterkunft: €</p> <p>3.Lebensunterhalt des Gastbewohners: €</p> <p>4.Barbetrag zur persönlichen Verfügung des Gastbewohners: €</p> <p>5.Sonstiges (ggf. was): €</p>
--

<p>9. Platz für Anmerkungen und Kommentare</p>

Vielen Dank, dass sie sich Zeit für die Beantwortung der Fragen genommen haben!

Eidesstattliche Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und andere als die in der Diplomarbeit angegebenen Hilfsmittel nicht benutzt habe. Sämtliche wörtliche und inhaltliche Ausführungen aus der Literatur sind als solche kenntlich gemacht.

Bokel, den 27.02.2011