

„Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ in Hessen

Implementierung der Hilfeart,
Erfahrungen der Beteiligten,
Perspektiven und Handlungsfelder
für den Landeswohlfahrtsverband
Hessen (LWV)

„Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ in Hessen

Implementierung der Hilfeart,
Erfahrungen der Beteiligten,
Perspektiven und Handlungsfelder
für den Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV)

Diplomarbeit

Verwaltungsfachhochschule in Wiesbaden
Fachbereich Verwaltung

vorgelegt von **Thomas Lange**

Studiengruppe
Abteilung 2/06/01 – SG 74
Kassel

Erstgutachterin Frau Kathrin Brinkmeier-Kaiser
Verwaltungsfachhochschule in Wiesbaden

Zweitgutachter Herr Frank Nikutta
Landeswohlfahrtsverband Hessen

Abgabetermin am 18.08.2009

„Nichts ist leicht, was sich wirklich lohnt“

Indira Ghandi (1917 – 1984)

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	III
Abkürzungsverzeichnis	IV
1 Einleitung	1
2 Die Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege	2
2.1 Historische Wurzeln der Psychiatrischen Familienpflege	2
2.2 Die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland bis zur Psychiatriereform	3
2.3 Traditionelle Vorbilder als Ausgangspunkt der Wiederentdeckung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland	5
3 Die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in Hessen von der Psychiatrie-Enquete bis heute	6
3.1 Veränderungen im Rahmen der Psychiatriereform	6
3.2 Das Pilotprojekt Psychiatrische Familienpflege	7
3.3 Von der Psychiatrischen Familienpflege zum Begleiteten Wohnen von behinderten Menschen in Familien	10
4 Konzeptionelle und sozialhilferechtliche Grundlagen für das Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien in Hessen	11
4.1 Konzeptionelle Ausrichtung der Leistungsform	11
4.2 Beteiligte Akteure bei der Planung und Umsetzung des Leistungsangebotes	12
4.2.1 Interne Akteure – Klient, aufnehmende Familie und Leistungsanbieter	13
4.2.2 Regionales Versorgungssystem	15
4.2.3 Persönliches, soziales und berufliches Umfeld des Klienten	16
4.3 Sozialhilferechtlicher Rahmen für die Leistungsform	16
4.3.1 Rechts- und Anspruchsgrundlagen	16
4.3.2 Zuständigkeit	16
4.3.3 Finanzierung des Leistungsangebotes	16
4.3.4 Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen	18
5 Evaluierung der Implementierung des Begleiteten Wohnens von behinderten Menschen in Familien in Hessen	19
5.1 Stand der Implementierung aus Sicht des Leistungsträgers	19

5.1.1	Ergebnisse der Datenanalyse zur Versorgung mit dem Leistungsangebot	19
5.1.2	Ergebnisse der Datenanalyse der Klienten	22
5.2	Finanzieller Vergleich mit anderen Wohnbetreuungsformen	24
5.3	Sichtweisen und Erfahrungen der Leistungsanbieter	25
6	Perspektiven und Handlungsfelder zur Umsetzung der Leistungsform	30
6.1	Empfehlungen an den Leistungsträger	30
6.2	Empfehlungen an die Leistungsanbieter	31
7	Schlussbetrachtung	34
	Literaturverzeichnis	36
	Anhang	41
	Erklärung	91

Hinweise

In dieser Arbeit wird zur besseren Lesbarkeit die männliche Schreibweise verwendet. Soweit nicht explizit ausgewiesen, ist in dieser Schreibweise sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Im Titel der Arbeit und in dem verwendeten Fragebogen wurden die Begriffe „Hilfe“ bzw. „Hilfeart“ verwendet. Sie wurden in der Arbeit durch „Leistung“ bzw. „Leistungsform“ ersetzt, um den Dienstleistungscharakter der Leistungen für Menschen mit Behinderung besser zur Geltung zu bringen.

Abbildungsverzeichnis

Abbildungen

Abb. 1: Akteure Versorgungsregion Modell Landkreis Waldeck-Frankenberg	12
Abb. 2: Betreuungsentgelte in Hessen	17
Abb. 3: Hintergründe, Motive und Zielsetzungen der Leistungsanbieter	26
Abb. 4: Bewertung der Unterstützung durch den Leistungsträger	26
Abb. 5: Bewertung der Richtlinien	26
Abb. 6: Zusammenhang der Umsetzung der Leistungsform und der Struktur/ Organisation des Leistungsanbieters	27
Abb. 7: Zukünftige Entwicklung der Leistungsform	29
Abb. 8: Soziale Landkarte Fachbereich 206	56
Abb. 9: Soziale Landkarte Fachbereich 207	57

Tabellen

Tabelle 1: Ausgewählte Daten Pilotprojekt Merxhausen	10
Tabelle 2: Altersstruktur der Klienten im Pilotprojekt Merxhausen	10
Tabelle 3: Leistungsanbieter Versorgungsregionen Fachbereich 206 und 207	19
Tabelle 4: Fallzahlen Versorgungsregionen Fachbereich 206 und 207	21
Tabelle 5: Struktur der Klienten	22
Tabelle 6: Analyse der Leistungen an die Klienten Juni 2009	23
Tabelle 7: Vergleich tägliche Aufwendungen stationärer und ambulanter Wohnformen	24
Tabelle 8: Leistungsanbieter Versorgungsregion Kassel	58
Tabelle 9: Leistungsanbieter Versorgungsregion Darmstadt	59
Tabelle 10: Leistungsanbieter Versorgungsregion Wiesbaden	60

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	-	Abbildung
Abs.	-	Absatz
ASMK	-	Konferenz der Minister und Senatoren für Arbeit und Soziales
Aufl.	-	Auflage
BSHG	-	Bundessozialhilfegesetz
BWF	-	Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien
Dipl.	-	Diplom
DGSP	-	Deutsche Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V.
Dr.	-	Doktor
EStG	-	Einkommensteuergesetz
e.V.	-	eingetragener Verein
FB	-	Fachbereich
FLS	-	Fachleistungsstunden
FR	-	Frankfurter Rundschau
ff.	-	fort folgende
gem.	-	gemäß
ggf.	-	gegebenenfalls
HAG	-	Hessisches Ausführungsgesetz
HGO	-	Hessische Gemeindeordnung
HLU	-	Hilfe zum Lebensunterhalt
HPK	-	Hilfeplankonferenz
Hrsg.	-	Herausgeber
IBRP	-	Integrierter Behandlungs- und Rehabilitationsplan
IHP	-	Integrierter Hilfeplan
i.V.m.	-	in Verbindung mit
KdU	-	Kosten der Unterkunft
KPPM	-	Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen
KV	-	Krankenversicherung
LAG	-	Landesarbeitsgemeinschaft
LHW	-	Lebenshilfewerk
LWV	-	Landeswohlfahrtsverband Hessen
LWL	-	Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Nr.	-	Nummer
n. Chr.	-	nach Christus
PerSEH	-	Personenzentrierte Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen
PKH	-	Psychiatrisches Krankenhaus
PLK	-	Psychiatrisches Landeskrankenhaus
Prof.	-	Professor
PV	-	Pflegeversicherung
Rz.	-	Randziffer
S.	-	Seite
SGB	-	Sozialgesetzbuch
üöTrSH	-	überörtlicher Träger der Sozialhilfe
UN	-	United Nations (englisch) – Vereinte Nationen (deutsch)
Vgl.	-	Vergleiche
VK	-	Vollkraft
WfbM	-	Werkstatt für behinderte Menschen
ZPE	-	Zentrum für Planung und Evaluation Sozialer Dienste

1 Einleitung

Der Ansatz, Menschen mit Behinderung in Gastfamilien unterzubringen, ist nicht neu. Die Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege reicht Jahrhunderte zurück. Der traditionelle im historischen Kontext zu sehende Begriff der Psychiatrischen Familienpflege ist der konzeptionelle Ursprung der heutigen Leistungsform „Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ (BWF¹). Zielsetzung der Psychiatrischen Familienpflege war es, psychiatrische Langzeitpatienten und psychisch behinderte Menschen, zum Teil auch geistig Behinderte, als Bewohner in geeigneten Familien gegen ein Betreuungsentgelt zu integrieren, um eine Alternative zu den Langzeitstationen in den psychiatrischen Landeskrankenhäusern oder Pflegeheimen zu schaffen. Die aufnehmende Familie wurde dabei durch eine professionelle Betreuung unterstützt.² Zielsetzung des innovativen Ansatzes des BWF ist es, ein passgenaues Angebot für alle Menschen mit Behinderung zu unterbreiten, die nach ihren Bedürfnissen in einer familiären Umgebung wohnen möchten.

Der Landeswohlfahrtsverband Hessen (LWV) hat mit dieser Leistungsform der Betreuung seit 1997 mit dem Pilotprojekt „Familienpflege für psychisch Behinderte - Psychiatrische Familienpflege“ positive Erfahrungen gesammelt. Mit den Richtlinien für das BWF (Anhang A, S. 42) wurde 2007 die Palette der Leistungsangebote in der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen durch den LWV erweitert. Konsequenterweise setzte der LWV damit sein Ziel um, den personenzentrierten Ansatz des individuellen Hilfebedarfs in den Mittelpunkt der Eingliederungshilfe zu rücken.³ Damit wird neben der individuellen Versorgung des Betroffenen das Sozialprinzip der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Sinne der Gemeindeintegration verwirklicht. Dies entspricht neben den Regelungen des Sozialgesetzbuches zentralen Forderungen der UN-Behindertenrechtskonvention⁴ von 2006 und dem Beschluss der 85. Arbeits- und Sozialministerkonferenz der Länder vom 13./14. November 2008 zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe⁵.

Der historische Rückblick am Beginn der Arbeit betrachtet Beweggründe und Motive im Umgang mit der Psychiatrischen Familienpflege. Von Interesse sind die historischen Wurzeln und die Entwicklung in Deutschland in den letzten 150 Jahren, wobei die letzten 20 Jahre in Hessen als Schwerpunkt behandelt werden. In den Hintergründen und Erfahrungen des Pilotprojektes Psychiatrische Familienpflege von 1997 bis 2002 stecken die Grundpfeiler für die Implementierung des BWF in Hessen.

Die Beschreibung der konzeptionellen und rechtlichen Grundlagen dient dem Überblick über die Zielsetzungen des LWV für die Leistungsform unter Berücksichtigung der sozialhilferechtlichen Grundlagen. Die Umsetzung des BWF wird von einer Reihe von Akteuren beeinflusst. Die modellhafte Darstellung für den Landkreis Waldeck-Frankenberg zeigt die Vernetzung des BWF im regionalen Versorgungssystem unter Berücksichtigung des persönlichen, sozialen und beruflichen Umfeldes des Klienten⁶.

¹ Die Bezeichnung BWF meint im Folgenden den Begriff des „Begleiteten Wohnens von behinderten Menschen in Familien“. Diese Kurzform ist in der Fachwelt anerkannt und gebräuchlich.

² Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 1993, S. 10.

³ Vgl. Schönhut-Keil, S. 10.

⁴ Konvention der Vereinten Nationen zum Schutz und zur Förderung der Rechte behinderter Menschen; Verabschiedet am 13.12.2006 durch die UN-Generalversammlung. Sie wurde Ende 2008 vom Bundestag und Bundesrat ratifiziert und trat am 26.03.2009 in Kraft. Vgl. Bundestagsdrucksache 16/10808.

⁵ Vgl. Beschluss 85. ASMK unter Top 5.1., S. 2.

⁶ Ein Klient ist in Abgrenzung zu „Patient“ eine Bezeichnung, die für einen Leistungsberechtigten den Dienstleistungscharakter und die Mündigkeit betonen soll.

Ziel der Arbeit ist es, den Prozess der Implementierung des BWF für den Leistungsträger und die Leistungsanbieter zu bewerten. Die Arbeit wird auf die Erfahrungen dieser beteiligten Akteure eingegrenzt. Mit Daten des Leistungsträgers wird der aktuelle Stand der Implementierung des BWF evaluiert. Die Datenanalyse beantwortet die Frage, wie die Einführung des Leistungsangebotes aus Sicht des LWV bisher in Hessen erfolgte. Aktuelle Leistungsdaten von Klienten (Anhang C, S. 61 ff.) ergänzen die Auswertung. Sie werden mit den Daten aus dem Pilotprojekt verglichen. Eine Gegenüberstellung der finanziellen Aufwendungen des BWF zu anderen Wohnbetreuungsformen soll aktuell hinterfragen, ob das BWF zur Kostenentlastung des LWV beitragen kann. Die Umsetzung des BWF findet auf der Ebene der Leistungsanbieter statt. Interviews und Befragungen der Leistungsanbieter (Anhang C - D, S. 69 ff.) verfolgten das Ziel, Erfahrungen und Sichtweisen der Anbieter in einer vergleichenden Darstellung zu analysieren und zu bewerten.

Aus den gewonnenen Erkenntnissen werden für den Leistungsträger und die Leistungsanbieter Perspektiven und Handlungsfelder zur Weiterentwicklung des Leistungsangebotes abgeleitet. Die thematische Erweiterung auf die Leistungsanbieter wurde notwendig, da nur eine gemeinsame Betrachtung es ermöglicht, Empfehlungen für die zukünftige Umsetzung des BWF zu formulieren, um ein dauerhaft professionelles und flächendeckendes Leistungsangebot in Hessen sicherzustellen.

2 Die Geschichte der Psychiatrischen Familienpflege

2.1 Historische Wurzeln der Psychiatrischen Familienpflege

Die Betreuung von Menschen mit psychischer Erkrankung in Familien hat eine jahrhundertelange Tradition, die vor allem mit dem Namen des belgischen Städtchens Geel⁷ verbunden ist. Bei der dort etablierten Familienpflege handelte es sich weniger um eine durchdachte Konzeption, sondern um eine humanitäre Art des Umgangs mit Kranken.

Die Psychiatrische Familienpflege gilt als älteste psychiatrische Betreuungsform. Sie ist erstmalig 1250 in Geel urkundlich belegt.⁸ Das flämische Örtchen als Wallfahrtsort der heiligen Dymphna⁹ war bis zum Ende des 18. Jahrhunderts als wichtigste Pilgerstätte für Geistesranke bekannt.¹⁰ Die unzähligen Pilger erhofften sich durch die Durchführung eines neuntägigen Rituals in der „Ziekenkammer“¹¹ einer örtlichen Kirche die Heilung ihrer Leiden.¹² Viele Pilger, die nach Ablauf des Rituals keine Besserung spürten, wurden von Familien, in der Regel armen Bauern, gegen ein Entgelt oder in der Hoffnung auf eine billige Arbeitskraft aufgenommen und gepflegt. Ab ca. 1850 wurde die medizinische Versorgung nicht mehr von ortsansässigen, sondern eigens dafür bestellten Ärzten gewährleistet, die über ein kleines Krankenhaus verfügten. Hier erfolgte die Beobachtung und Verteilung der psychisch Kranken in die Gastfamilien. Zeitweise wurden Tausende psychisch Kranke in Familien aufgenommen¹³ und arbeiteten in deren landwirtschaftlichen Betrieben. Selbstverständlich gab es

⁷ In der Fachliteratur wird sehr häufig die alte Schreibweise „Gheel“ verwendet.

⁸ Vgl. Hilzinger/Kunze/Hufnagel, S. 187.

⁹ Die heilige Dymphna (Schutzpatronin der Geisteskranken) lebte bis 650 n. Chr.. Sie floh vor den inzestuösen Nachstellungen ihres Vaters nach Geel. In Geel starb sie durch die Hand ihres Vaters einen Märtyrertod, der zur Heilung ihres wahnsinnigen Vaters führte. Es folgten Berichte aus Geel über Heilungen von Epileptikern und psychisch Kranken.

¹⁰ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 1993, S. 11.

¹¹ „Ziekenkammer“ bezeichnet einen festen Anbau in der Kirche. In diesen Zellen verbrachten die Kranken das neuntägige Heilungsritual, während ihre Angehörigen in der Kirche beteten.

¹² Vgl. Müller, S. 24.

¹³ Vgl. Böcker, S. 12.

menschliche Katastrophen¹⁴, aber im Allgemeinen bewährte sich das System der Aufnahme der psychisch Kranken in Gastfamilien über Jahrhunderte. Bemerkenswert ist die Akzeptanz der Bewohner Geels gegenüber den psychisch Kranken und das damit verbundene bürgerliche Engagement.

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts wurde Geel ein Mekka für Ärzte und Betreuer, die mit der Versorgung psychisch Kranker in jedweder Art betraut waren. Deren Reiseberichte beeinflussten die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in Europa und in Deutschland maßgeblich.¹⁵

2.2 Die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland bis zur Psychiatriereform

Ausgelöst durch Berichte aus Geel war unter deutschen Psychiatern in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts eine kontroverse Diskussion über das dortige Modell entstanden. Psychiater begannen, die großen, zentralen Anstalten als medizinisch adäquate und moralisch akzeptable Institutionen zu hinterfragen. Dabei ging die Diskussion um die Professionalisierung der Psychiatrie, die eigene wissenschaftliche Emanzipation, die Überfüllung der bisherigen Anstalten und den Ausbau der psychiatrischen Heil- und Pflegeanstalten.¹⁶ In Deutschland hielt man zunächst an den großen Anstalten fest. Der Verein der Deutschen Irrenärzte beschloss 1860 „dass die zur Abhülfe empfohlene Nachahmung der Irrencolonie Gheel zurückzuweisen sei“.¹⁷

Erstmals durch Ferdinand Warendorff erfolgte 1882 die Einführung der Psychiatrischen Familienpflege nach dem Geelschen Vorbild in seiner Anstalt Ilten nahe Hannover. Bis Ende des 19. Jahrhunderts begannen an fast allen Heil- und Pflegeanstalten erfolgreiche Versuche zur Einführung. Die Frage der Finanzierbarkeit der psychiatrischen Anstaltsversorgung sowie der steigende Zustrom Geisteskranker und der Menschen mit Behinderung spielten eine ausschlaggebende Rolle. Allein in Preußen stieg die Zahl der anstaltsmäßig versorgten Personen zwischen 1875 und 1896 von 18.761 auf 65.571 Personen. Die Anzahl der Pflege- und Heilanstalten für psychisch Kranke verdoppelte sich in dieser Zeit von 93 auf 180. Neben den gesellschaftlichen Problemen galt die Dynamik einer expandierenden wissenschaftlichen Psychiatrie als Wachstumsgrund.¹⁸

Die Idee der Psychiatrischen Familienpflege als Ausweg aus dem Anstaltsdilemma setzte sich Anfang des 20. Jahrhunderts insbesondere unter den Ärzten im ländlichen Abseits mit riesigen, schlecht versorgten und überfüllten Heil- und Pflegeanstalten durch. „Irrenärzte beginnen das bittere Schicksal ihrer Schutzbefohlenen - die Verweigerung von Selbstbestimmungs- und Teilhaberechten einzuklagen.“¹⁹ Die Psychiatrische Familienpflege erfreute sich immer größerer Beliebtheit. 1914 waren in 69 Anstalten insgesamt 3.741 Pfleglinge in Familien untergebracht.²⁰ Die zuständige Anstalt erhielt für die Pfleglinge den Pflegesatz und ließ davon den Pflegefamilien einen Teil auszahlen. Die Höhe war unterschiedlich geregelt und richtete sich nach Pflegebedürftigkeit und Arbeitsfähigkeit des Pfleglings.

¹⁴ Einige Bauern zwangen die Kranken zu Schwerstarbeiten.

¹⁵ Vgl. Müller, S. 9.

¹⁶ Vgl. ebenda, S. 8.

¹⁷ Vgl. Böcker, S. 12.

¹⁸ Vgl. Schönberger/Stolz, S. 12.

¹⁹ Ebenda.

²⁰ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 1993, S. 11.

Die Fachleute erkannten sehr wohl die Vorteile des familiären Umfeldes als Stabilisierungsfaktor für die Kranken. Das natürliche Familienmilieu und die Vorteile der Pflegeressourcen vor allem von Landwirtschafts- und Handwerksfamilien boten für verschiedene seelische und geistige Störungen von Menschen mit Behinderungen eine Chance für größere Freiheitsspielräume und für die Anstalt eine kostengünstigere Versorgung. Das System der Psychiatrischen Familienpflege wurde von Anstaltsleitungen jedoch nicht als Alternativsystem zur Anstalt gesehen, sondern vielmehr in enger Anbindung an die eigene Einrichtung. Die Sichtweise „Die geschlossene Anstalt ist mir immer noch das Zentrum des Ganzen“²¹ widerspiegelt den fachlichen Anspruch der Psychiatrie, der es mehrheitlich schwerfiel, Ressourcen außerhalb ihrer fachlichen Expertise anzuerkennen.

Die Psychiatrische Familienpflege ging in der Zeit des Ersten Weltkrieges auf 1.511 Pfleglinge zurück.²² Ab 1923 stieg das Interesse wieder. Reformansätze im Rahmen einer sozialen Psychiatrie stützten die Bewegung von Fachvertretern, deren zentrale Forderungen u.a. die De-Institutionalisierung, die „offene Fürsorge“ und die „aktive Heilbehandlung“ waren.²³ Weniger die Reformkonzepte, sondern vielmehr gesellschaftliche Änderungen erzwangen die Aufwertung der Psychiatrischen Familienpflege. Im Zeitraum der Weltwirtschaftskrise und der Massenarbeitslosigkeit bot die Psychiatrische Familienpflege einen fachlich ausgewiesenen und finanziell kostengünstigen Ausweg. Die Anstalten begannen sich zu füllen. Für 1932 wurde die Zahl der Pfleglinge mit 5.063 Personen angegeben.²⁴ Das Schicksal der Psychiatrischen Familienpflege in der Zeit von 1933 bis 1945 ist wenig erforscht. Die „Euthanasie“²⁵ und die damit verbundenen Folgen führten fast zum völligen Erliegen.²⁶

Nach Ende des Zweiten Weltkrieges verlor die Psychiatrische Familienpflege vollkommen an Bedeutung. Als Gründe werden benannt:²⁷

1. Keine wissenschaftliche Begleitung dieser Versorgungsform, da die Akteure im Umfeld der Psychiatrie kein persönliches Interesse an der Weiterführung der Versorgungsform besaßen. Dabei spielten die Verstrickung in das Nazi-System und die fehlende Aufarbeitung eine Rolle.
2. Die Anzahl der psychiatrischen Patienten nach den Vernichtungsaktionen des Nationalsozialismus war rapide gesunken. Gleichzeitig befand sich die psychiatrische Versorgung nach dem Krieg in einem desolaten Zustand.
3. Die potenziellen Pflegefamilien in den Landwirtschafts- und Handwerksfamilien als Ressourcen waren schlichtweg nicht mehr vorhanden. Die Wohnraumverknappung kam erschwerend hinzu.

Der Versorgungsbaustein der Psychiatrischen Familienpflege fand bis in die 1980er Jahre in Deutschland im Gegensatz zu anderen Staaten (z.B. Frankreich) keine nennenswerte Beachtung und wurde als alternatives Angebot in der Psychiatrie nicht diskutiert. Erst in der Phase der Enthospitalisierung, die eng mit der Psychiatrie-Enquete²⁸ von 1975 verknüpft war,

²¹ Griesinger, S. 305.

²² Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 1993, S. 12.

²³ Vgl. Schönberger/Stolz, S. 14.

²⁴ Vgl. Knab, S. 196.

²⁵ Unter Euthanasie werden die systematischen Morde zur Zeit des Nationalsozialismus als Teil der nationalsozialistischen „Rassenhygiene“ verstanden. Gerade der Personenkreis der psychisch Kranken und der Menschen mit geistiger Behinderung fiel diesen Mordaktionen zum Opfer.

²⁶ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 1993, S. 12.

²⁷ Vgl. Beddies/Schmiedebach, S. 103.

²⁸ Vgl. Bundesdrucksache 7/4200 (1975), Bericht der Sachverständigenkommission über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland.

gelang es in Deutschland, die Psychiatrische Familienpflege wieder neu zu etablieren. Die Betreuung psychisch Kranker in Familien fand zwar wenig Beachtung im Rahmen der Ziele der De-Institutionalisierung der Sozialen Psychiatrie, aber der Paradigmenwechsel innerhalb der Psychiatrie und die damit einhergehenden Reformen ließen Raum für neue Denkweisen und Konzepte.

2.3 Traditionelle Vorbilder als Ausgangspunkt der Wiederentdeckung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland

Die Idee, die Psychiatrische Familienpflege wieder aufzunehmen, entstammte positiven Erfahrungen aus dem Ausland: Diese zeigten, dass Familienpflege nicht nur vor Jahrhunderten möglich war, sondern in der heutigen Gesellschaft mit ihren veränderten Familienkonstellationen für die Patienten eine Besserung der Lebenssituation verspricht.²⁹

In der Bundesrepublik Deutschland waren es zwei Zentren, an denen getrennt voneinander Anfang der 1980er Jahre Versuche starteten, das Angebot des Lebens psychiatrischer Patienten in einer Gastfamilie neu zu beleben. Tilo Held³⁰ an der Psychiatrischen Landes Klinik Bonn und Paul-Otto Schmidt-Michel³¹ am Psychiatrischen Landes Krankenhaus (PLK) Ravensburg-Weissenau zusammen mit dem Verein Arkade e.V. sind die Visionäre, welche auf unterschiedliche Art und Weise zur Psychiatrischen Familienpflege fanden und ihre Ideen konzeptionell umsetzten.

In Bonn wurde das Modell ab 1984 speziell für langfristig hospitalisierte chronisch Kranke, insbesondere ältere schizophrene Patienten, erprobt. Das Krankenhaus organisierte die Familienpflege und begleitete es fachlich. Vorteil dieses Projektes war, dass die Mitarbeiter der bisherigen Langzeitstation der Klinik in ein Familienpflegeteam wechselten und somit die vertrauten Ansprechpartner für die Patienten in der neuen Familie blieben. Nachteil war, dass die Klienten ihren Patientenstatus nicht ablegten, sondern lediglich in die Familie transformiert wurden. Diese Form der Familienpflege wird als sogenannter „krankenhauszentrierter Typ“ (Adnex-Typ)³² bezeichnet. Als Leistungsträger fungierte der Landschaftsverband Rheinland, der die Kosten als freiwillige Leistung nach § 101 BSHG (§ 97 Abs. 5 SGB XII) übernahm. Dem überörtlichen Träger der Sozialhilfe oblag neben der in § 100 BSHG³³ geregelten sachlichen Zuständigkeit die besondere Aufgabe zur Weiterentwicklung von Maßnahmen der Sozialhilfe.³⁴

In Ravensburg-Weissenau wurde das Angebot vom Verein Arkade e.V. als privatem Träger organisiert und begleitet. Die konzeptionellen Vorstellungen orientierten sich an den historischen beschriebenen Erkenntnissen und dem Versuch, diese wieder aufleben zu lassen. Eine Konzeption existierte nur für den Leistungsträger und beschränkte sich im Wesentlichen auf die Finanzierung der aufnehmenden Familien und der begleitenden Fachkraft.³⁵ Der Verein Arkade e.V. kooperierte mit dem PLK Ravensburg-Weissenau, wobei

²⁹ Vgl. Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern (Hrsg.), „LWV-aktuell“, Nr. 2/1986, S. 5.

³⁰ Tilo Held war ärztlicher Leiter des psychiatrischen Sektors am 13. Arrondissement in Paris und mit der Einheit des „Placement Familiale“ beschäftigt. Dort wurde seit 1967 in einer Langzeitstudie die Realisierbarkeit des Familienpflegemodells untersucht. Vgl. Held, S. 130 ff..

³¹ Paul-Otto Schmidt-Michel war im Rahmen der Auseinandersetzung mit der Psychiatriegeschichte auf die Hilfeform gestoßen. Die Diskussionen um die Psychiatrische Familienpflege unter den Irrenärzten in seiner Dissertation von 1983 faszinierten ihn und veranlassten ihn, die Idee umzusetzen.

³² Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 1993, S. 10.

³³ Die sachliche Zuständigkeit des örtlichen und überörtlichen Trägers der Sozialhilfe ist seit 01.01.1997 im § 97 SGB XII geregelt.

³⁴ Vgl. Schellhorn/Jirazek/Seipp, § 100 BSHG, Rz. 1.

³⁵ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 2004, S. 2.

die Klienten keinen Patientenstatus besaßen, sondern über die Familienpflegestellen des Vereins ambulant betreut wurden. Bei dieser Form wird von einer vom Krankenhaus unabhängigen Familienpflege (Dispersions-Typ)³⁶ gesprochen. Der Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern stufte das Projekt der Familienpflegestellen (heute Fachdienst für das BWF) in Ravensburg-Weissenau ab dem 01.01.1985 als förderungswürdig ein und übernahm als über-örtlicher Träger der Sozialhilfe die Kosten auf Basis freiwilliger Leistungen nach § 101 BSHG.

Die beschriebenen Projekte wurden von psychiatrischen Landeskliniken oder in enger Kooperation mit diesen durchgeführt. Sie waren getragen von ärztlichen Direktoren und/oder den zuständigen Oberärzten. Selbstverständlich erleichterte dies auch den Zugang zu den Patienten.³⁷ Viel wichtiger und bis in die heutige Zeit übertragbar ist der Hinweis, dass es nur über Visionen in den Führungsebenen der Krankenhäuser und deren konsequente gelebte Umsetzung ermöglicht wurde, erhebliche Widerstände beim Pflegepersonal innerhalb der Einrichtung abzubauen. Die Mitarbeiter in diesem Bereich konnten häufig von Patienten nicht loslassen und äußerten offen ihre Bedenken gegen eine aus ihrer Sicht unprofessionelle Hilfe. Für das Pflegepersonal war es unvorstellbar, dass psychisch Kranke in einer aufnehmenden Familie zurechtkommen.

Die Gründung der Arbeitsgemeinschaft Familienpflege 1986, die jährlich stattfindenden Bundestagungen und insbesondere der 1997 gegründete „Fachausschuss Familienpflege“³⁸ der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. (DGSP) haben die Entwicklung des BWF in den letzten Jahren vorangetrieben und in der fachlichen Arbeit eine nicht zu unterschätzende Pionierleistung vollbracht. Nur so war es in kleinen Schritten möglich, weitere Projekte in Deutschland zu starten.

3 Die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege in Hessen von der Psychiatrie-Enquete bis heute

3.1 Veränderungen im Rahmen der Psychiatriereform

Die Psychiatrie-Enquete führte in Hessen dazu, dass der LWV in den 1980er Jahren die Weiterentwicklung des gemeindepsychiatrischen Versorgungsangebotes vorantrieb. Die Schwerpunkte waren der Aufbau ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Versorgungsangebote an den Krankenhäusern/Kliniken, das Betreute Wohnen und die Tagesstätten. Weiter galten die Reformen der Verbesserung der Standards in den Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM).³⁹

Im Zuge der genannten Aktivitäten geriet die Psychiatrische Familienpflege aus dem Blickfeld des Interesses. Zwar fanden sich im Archiv des LWV Belege, dass im Jahr 1979 22 erwachsene Patienten im Rahmen des Projektes „Pflegefamilien für Behinderte“ in Familienpflegestellen lebten. Die Zielsetzung des Projektes war die Eingliederung minderjähriger Kinder und Jugendlicher in Pflegefamilien. Erwachsene Klienten waren die Ausnahme. Dabei handelte sich meist um ältere geistig Behinderte, Schizophrene und Alkoholiker, die häufig in landwirtschaftlichen Betrieben arbeiteten und lebten. Zwischen dem Krankenhaus und der Pflegefamilie bestand ein Vertrag zur Durchführung der Familienpflege, der jedoch keine spezielle Vergütung für die aufnehmende Familie vorsah. Die Klienten waren

³⁶ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 1993, S. 10.

³⁷ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 2004, S. 2.

³⁸ Der Fachausschuss Familienpflege ist ein bundesweiter Zusammenschluss von Leistungsanbietern des BWF. Informationen zum Fachausschuss Familienpflege der DGSP: Vgl. Eisenhut, 2004, S. 46 ff..

³⁹ Vgl. LWV (Hrsg.), LWV-Info 01-02/2003, S. 40 ff..

weiterhin Patient des Psychiatrischen Krankenhauses und wurden für die Zeit in der Familie beurlaubt. Eine ambulante fachliche Betreuung durch das Krankenhaus erfolgte nicht. Von einer echten Maßnahme im Sinne der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen konnte nicht gesprochen werden. Die wirtschaftliche Abhängigkeit von der Pflegefamilie und die Ausnutzung der Arbeitskraft der psychisch Behinderten haben beim LWV zur Einsicht geführt, diese Art der Familienpflege nicht auszubauen.

3.2 Das Pilotprojekt Psychiatrische Familienpflege

a. Hintergründe zur Einführung des Pilotprojektes in Hessen

Die ersten Projekte der Psychiatrischen Familienpflege in Hessen wurden Anfang der 1990er Jahre vom ärztlichen Direktor, Prof. Dr. H. Kunze⁴⁰, und vom Leitenden Arzt der Institutsambulanz, Dr. H. Hufnagel, des Psychiatrischen Krankenhauses (PKH) Merxhausen, der heutigen Vitos Kurhessen Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Merxhausen (KPPM) initiiert. Ihre Leitgedanken waren von der Vision der Psychiatrie-Reform getragen, langjährige Psychiatriepatienten zu befähigen, außerhalb stationärer Einrichtungen das Leben weitgehend selbst zu gestalten.⁴¹ Diese Vorstellung war keineswegs von dem heute noch vorherrschenden Gedanken geprägt, das für diese Patienten durch eine ambulante Hilfe eine Problemlösung für den Heilungsprozess ausgelöst wird. Vielmehr ging es darum, mit dem psychisch Kranken, seinen Angehörigen oder den Betreuern an einem Weg zu arbeiten, das Leben mit der Krankheit in einem eigenen Lebensumfeld, unterstützt durch die Familienpflege, einzurichten.⁴² Ziel war die Normalisierung des Alltags und der damit verbundenen Lebensqualität.⁴³

Erste Überlegungen in Merxhausen die Psychiatrische Familienpflege zu installieren, stammen aus dem Jahr 1992.⁴⁴ Neben dem Erfahrungsaustausch mit den wenigen in Deutschland existierenden Einrichtungen und einem Studium der wissenschaftlichen Literatur zu diesem Thema⁴⁵ musste der zuständige Leistungsträger, der LWV, überzeugt werden. So konnte den Archiven des LWV entnommen werden, dass am 24.03.1993 das PKH Merxhausen zu einem Vortrag mit Diskussion zum Thema Psychiatrische Familienpflege mit Referenten aus dem PLK Ravensburg-Weißenau einlud.

Die Hintergründe für die Einführung der Psychiatrischen Familienpflege aus Sicht des LWV wurden den bereitgestellten Archivakten entnommen. Der LWV hat sich Mitte der 1980er Jahre sehr intensiv mit der vom Landeswohlfahrtsverband Württemberg-Hohenzollern praktizierten Psychiatrischen Familienpflege beschäftigt. Es setzte eine intensive Diskussion über das Für und Wider ein. Aus verschiedenen Gründen, unter anderem auch wegen dem erwähnten ähnlichen Projekt „Pflegefamilien für Behinderte“ in den 1970er Jahren, welches wegen der großen Unterschiede zum Projekt in Ravensburg zu reformieren wäre, ebte die Diskussion zum Thema ab und kam erst wieder Anfang der 1990er Jahre zum Tragen. Ab Anfang 1993 lässt sich belegen, dass der LWV im Rahmen alternativer Versorgungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung über ein Projekt „Pflegefamilien für seelisch Behinderte“ in der Region Kassel am PKH Merxhausen nachdachte. Durch die Einführung der

⁴⁰ Prof. Dr. Heinrich Kunze war von 1984 bis 2007 Ärztlicher Direktor der KPPM Vitos Kurhessen.

⁴¹ Vgl. Kunze, 2001, S. 70.

⁴² Vgl. Kunze, 1992, S. 18.

⁴³ Vgl. Stolz, 2003, S. 111.

⁴⁴ Vgl. Sommer/Dondalski/Schmitt, S. 24.

⁴⁵ Dipl. Psychologin Hilzinger, spätere Projektleiterin des Modells „Psychiatrische Familienpflege“ am PKH Merxhausen, beschäftigte sich z.B. intensiv mit der wissenschaftlichen Literatur.

Pflegeversicherung⁴⁶ und damit gebundener personeller Ressourcen beim LWV für die Verhandlungen mit den Vertretern der Liga der freien Wohlfahrtsverbände und der kommunalen Spitzenverbände erfolgte die konzeptionelle Umsetzung des geplanten Projektes Mitte der 1990er Jahre sehr schleppend. Auf diese Tatsache wird deshalb eingegangen, weil sie belegt, dass Prioritäten in der Zielsetzung der Arbeit des Leistungsträgers es deutlich erschweren, kleinere Projekte dann schnell voranzutreiben, wenn andere größere Projekte im Vordergrund stehen. Hinzu kommt, dass Veränderungsprozesse bei Leistungsangeboten wegen der Struktur des LWV, seinen Gremien und der Vernetzung innerhalb der kommunalen Familie⁴⁷ mit intensiver Kommunikation, Kompromissen in Verfahrensfragen sowie mit Schwierigkeiten durch unterschiedliche Entscheidungswege verbunden sind.

Konzeptionelle Überlegungen des LWV zur Psychiatrische Familienpflege folgten dem Modell in Ravensburg-Weissenau: Es sollte ein Trägerverein installiert werden, der wiederum zehn Familien und ihre Klienten fachlich betreut. Nach einer Bedarfsermittlung gelangte der LWV zur Auffassung, dass für eine Anbindung an freie Träger das vorhandene Potential von Klienten regional zu gering war. Man griff deshalb die Idee der Rheinischen Landeslinik Bonn auf und wollte ein Familienpflegeteam direkt an das PKH ansiedeln. Im April 1996 informierten sich Vertreter des LWV im Rahmen eines Besuches der Rheinischen Landeslinik Bonn vor Ort und ließen die dort gemachten Erfahrungen in die Erstellung der Richtlinienentwürfe für die neue Betreuungsform einfließen. Anlässlich einer Dienstbesprechung befragte der LWV als Krankenhausträger alle eigenen psychiatrischen Kliniken und Krankenhäuser und bat um Stellungnahme zum Modellprojekt. Neben dem vorgesehenen PKH Merxhausen interessierte sich das PKH Eichberg/Eltville.

b. Das Pilotprojekt an den PKH Merxhausen und Eichberg

Der LWV entwickelte „Richtlinien für die Familienpflege für Psychisch Behinderte - Psychiatrische Familienpflege“, die eine 5-jährige Erprobungsphase an den PKH Eichberg und Merxhausen vorsahen. Die Zielsetzung galt der Enthospitalisierung älterer Menschen mit psychischer Behinderung in Heimbereichen des PKH. Für diesen Personenkreis, der aufgrund sozialer Defizite und akuter Restsymptomatik nicht in ein Wohnheim oder ins Betreute Wohnen wechseln konnte, sollte die Familienpflege zur Dauereinrichtung werden. Die LWV gab 1997 den Startschuss für das Modellprojekt Psychiatrische Familienpflege, das ab 01.03.1997 an beiden Standorten installiert wurde. In der Probelaufphase übernahm der LWV in Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden als Kostenträger die Leistungen für 15 Klienten je Standort.⁴⁸ Das Modell wurde als freiwillige ambulante Leistung nach § 101 BSHG durch den LWV praktiziert und finanziert.

Sozialpolitisch war die Zielrichtung in den 90er Jahren klar: Der Fokus lag auf der Enthospitalisierung von langjährigen Psychatriepatienten. In diesem Umfeld glaubte man, die Klienten für die Psychiatrische Familienpflege gefunden zu haben. Tatsächlich konnten diese Klienten nicht durch die Familienpflege erreicht werden, da die Patienten bereits in freie Heim- und Wohneinrichtungen vermittelt wurden. Die Entwicklung der Enthospitalisierung hatte eine derartige Dynamik gewonnen, dass sie für die Psychiatrische Familienpflege zu schnell verlief. (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S. 86)

⁴⁶ Die Pflegeversicherung wurde zum 01.01.1995 mit dem „Gesetz zur sozialen Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit“ als Pflichtversicherung eingeführt.

⁴⁷ Unter „kommunaler Familie“ wird die Zusammenarbeit von örtlichen und überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Rahmen der Planung und Umsetzung von Leistungen der Sozialhilfe verstanden.

⁴⁸ Vgl. Sonderdruck aus LWV-Info 1/ 2001, S. 2.

Hinzu kamen starke Widerstände aus der Fachwelt⁴⁹ sowie Vorurteile bis in die Einrichtungen des Pilotprojektes hinein.⁵⁰ Als weitere Hürde erwiesen sich die Patienten und ihr persönliches Umfeld. Die mit einem Wechsel verbundene Aufgabe der vertrauten Lebenssituation in der stationären Einrichtung und der damit einhergehende Schutz vor den Problemen des Alltags stellten für viele Patienten eine große Hürde dar. Das persönliche Umfeld der Patienten, ihre Angehörigen oder gesetzliche Betreuer stemmten sich teilweise gegen die neue Lebensform. Als Gründe der Angehörigen wurden z.B. das Aufbrechen alter Beziehungsmuster und daraus entstehende Schuldgefühle genannt. Gesetzliche Betreuer fürchteten wiederum um ihre Vertrauensstellung im Umgang mit dem Patienten und verweigerten im Rahmen ihres Aufenthaltsbestimmungsrechtes ihre Zustimmung zur Vermittlung in eine Familie.⁵¹ In der Gesamtheit erschwerten die genannten Punkte den Start und sind als Hauptgründe zu sehen, warum das PKH Eichberg keinen einzigen Menschen mit psychischer Behinderung in eine Familie vermitteln konnte und das Projekt Mitte 1998 als gescheitert erklärte. Anzumerken ist, dass der LWV beiden Krankenhäusern eine organisatorische und personelle Anlauffinanzierung für das Jahr 1997 gewährte. Neben dem Zuschuss von je 10.000 DM (ca. 5.000 €) pro PKH für die Öffentlichkeitsarbeit (z.B. Werbung) wurden im ersten Jahr die Kosten für eine 0,5 VK durch den LWV übernommen. Ab 1998 hing die Finanzierung von der Anzahl der vermittelten Klienten ab.

c. Ergebnisse des Pilotprojektes am PKH Merxhausen

Das PKH Merxhausen profitierte von dem Umstand, das Anfang der 1990er Jahre in der Einrichtung begonnen wurde, Frauen und Männer mit amnestischem Syndrom (Korsakow-Syndrom)⁵² in einem Haus als Therapiegruppe zusammenzufassen. Ziel war es, durch intensive medizinische pflegerische Betreuung und durch gezielte andere therapeutische Maßnahmen in einer drei bis sechs Monate dauernden Behandlung bei den Patienten vorhandene Fähigkeiten zu stärken und eine körperlich geistige Stabilisierung zu erreichen. Im Ergebnis der Behandlung wurden die Patienten in eine vollstationäre Einrichtung, selten in Betreutes Wohnen und bis auf wenige Ausnahmen in eine selbstständige Lebensform entlassen. Man suchte nach einer neuen geeigneten und förderlichen Weiterbetreuung. Diese Bestrebungen und das parallel entstandene Projekt der Psychiatrischen Familienpflege führten zu dem glücklichen Umstand, dass ein Patient mit dem Korsakow-Syndrom 1998 als erster Klient in eine Gastfamilie dauerhaft vermittelt wurde. Der schwierige Start war vollzogen. Dies war nur möglich war, weil mit Unterstützung der Klinikleitung vorhandene Kapazitäten im stationären Bereich der Einrichtung zu Lasten einer besseren Auslastung nicht genutzt wurden. Der Zugang zu den Klienten war erleichtert. Das Projekt Psychiatrische Familienpflege im PKH Merxhausen bekam die Chance, positive Erfahrungen zu sammeln und damit auch Vorbehalte innerhalb der eigenen Einrichtung abzubauen. (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S. 86)

In der Folgezeit konnten auch Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen in Gastfamilien vermittelt werden. Die Mehrheit bildeten jedoch Klienten mit einer Alkoholabhängigkeit und einem amnestischen Syndrom.⁵³

⁴⁹ Vgl. zur Diskussion in der Fachwelt: Schnernus, S. 18 ff. oder Vgl. Eisenhut, 2007, S. 3 ff..

⁵⁰ Vgl. Sommer/Dondalski/Schmitt, S. 24.

⁵¹ Vgl. Schönberger/Stolz, S. 8 und S. 71.

⁵² Patienten mit Korsakow-Syndrom sind Alkoholranke mit Entzugssymptomatik und Verwahrlosungstendenzen. Es bestehen schwere organische Schäden und Schädigungen des Gehirns. Amnesie bedeutet in diesem Zusammenhang eine Form der Gedächtnisstörung für zeitliche und räumliche Erinnerungen. Vgl. LWV (Hrsg.), LWV-Info 2/93, S. 2.

⁵³ Vgl. Sommer/Dondalski/Schmitt, S. 24 und vgl. Vitos Kurhessen (Hrsg.), Pressemitteilung Vitos Kurhessen vom 19. März 2009.

d. Ausgewählte Daten des 5-jährigen Pilotprojektes Psychiatrische Familienpflege⁵⁴

Im 5-jährigen Zeitraum wohnten 22 Klienten in Familien. Die Klienten waren mit einer Ausnahme zuvor Patienten im PKH Merxhausen. Sie lebten vor diesem Aufenthalt - von Ausnahmen abgesehen - in einer eigenen Wohnung oder dem eigenen Haus. Eine Rückkehr war nach dem Klinikaufenthalt nicht möglich. Durch die Psychiatrische Familienpflege wurde ein stationärer Aufenthalt verhindert.

Die folgenden Daten verdeutlichen die Entwicklung des Leistungsangebotes:

Jahr	1997 ¹	1998	1999	2000	2001	2002 ²	Anzahl	in %
Anzahl Klienten	1	3	6	9	17	14		
Aufnahme Männer	0	1	1	3	6	2	13	59%
Aufnahme Frauen	1	1	3	0	4	0	9	41%
beendete Verhältnisse	0	1	0	2	5	0	8	

Tabelle 1: Ausgewählte Daten Pilotprojekt Merxhausen, eigene Darstellung

¹ Start des Projektes 01.03.1997; ² Ende des Projektes 28.02.2002 (berücksichtigt Stand bis 31.01.2002)

In Merxhausen konnte im ersten Jahr ein Klient vermittelt werden. Dieses Betreuungsverhältnis wurde 1998 wieder beendet. Die Anzahl von drei Klienten im zweiten Jahr verdoppelte sich im dritten Jahr auf sechs Klienten. Die mit dem LWV vereinbarten 15 Plätze, die zuvor durch das PKH Merxhausen als Bedarf ermittelt wurden, waren zu diesem Zeitpunkt zu 40% belegt. Gegen Ende des fünften Jahres des Pilotprojektes waren nach einer mühevollen Anlaufphase die vereinbarten Plätze belegt.

Altersstruktur der Klienten:

Alter	20 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	über 60	Gesamt
Männer	1	2	4	4	2	13
Frauen	0	0	2	5	2	9
Gesamt	1	2	6	9	4	22
in %	5 %	10 %	27 %	40 %	18 %	100%

Tabelle 2: Altersstruktur der Klienten im Pilotprojekt Merxhausen, eigene Darstellung

Die Klienten waren zu 59% Männer und zu 41% Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 51,9 Jahre, wobei der jüngste vermittelte Klient 26 Jahre und der Ältteste 61 Jahre war. Die Altersgruppe der 41 bis 60-jährigen Klienten stellte den größten Personenkreis mit einem Anteil von 67% dar. Der Anteil der 20 bis 40-jährigen Klienten lag bei 15%.

3.3 Von der Psychiatrischen Familienpflege zum Begleiteten Wohnen von behinderten Menschen in Familien

Am Ende der Pilotphase stand für den LWV eines fest: Die gesammelten positiven Erfahrungen des PKH Merxhausen galt es zu nutzen, um die Leistungsform flächendeckend in Hessen einzuführen. Der vorangegangene Meinungsbildungsprozess war nicht einfach. Das

⁵⁴ Die Daten wurden dem Bericht über die Entwicklung der Psychiatrischen Familienpflege während der 5-jährigen Pilotprojektphase entnommen (Archiv des LWV).

PKH Merxhausen hatte den langwierigen Prozess des Pilotprojektes erfolgreich beendet. Damit verbundene Schwierigkeiten und die erfolglose Implementierung am PKH Eichberg waren durchaus kritisch zu hinterfragen. Würde das Modell der Psychiatrischen Familienpflege auf andere Personenkreise übertragbar sein? Es waren wieder einzelne Visionäre im LWV des Fachbereiches „Recht und Koordination“ (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S. 86), die eine Ausweitung des Betreuungsangebotes für richtig hielten.

Mit den Richtlinien für das BWF startete der LWV 2007 die flächendeckende Einführung dieser Leistungsform in Hessen. Der LWV entschloss sich zu einem Wechsel in der Bezeichnung des Leistungsangebotes. Der Begriff des Begleiteten Wohnens wurde genutzt, um eine rechtliche Abgrenzung zum Begriff der „Pflege“ zu schaffen (Anhang A, S. 42, unter Vorbemerkungen) und deutlich herauszustellen, dass die aufnehmende Familie keine Pflegefamilie in dem Sinne, sondern Partner in einem normalen Lebensumfeld - integriert in die Gemeinde - ist. Sie bietet dem Menschen mit Behinderung die Chance einer individuellen Förderung, entkoppelt von der permanenten professionellen Hilfe.

Die Abkehr vom Begriff der Psychiatrischen Familienpflege setzte sich in dieser Zeit deutschlandweit durch. Der vom LWV genutzte Begriff des Begleiteten Wohnens grenzt sich von anderen in Deutschland verwendeten Begriffen für das Leistungsangebot ab. Der LWL nennt dieses Angebot weiterhin Familienpflege, die DGSP spricht allgemein vom Betreuten Wohnen in Familien. Jede Bezeichnung hat etwas individuell Begründendes für sich und meint im Grunde doch das Gleiche. Wichtig für die flächendeckende Einführung durch einen Leistungsträger ist jedoch der einheitliche Terminus, der durch die Richtlinien in Hessen gegeben ist.

Wenn heute in Hessen von dem BWF als ambulante Wohnform gesprochen wird, ist dies nicht gleichbedeutend mit einem deutschlandweit anerkannten Hilfeangebot. Vielmehr gehört der LWV zu den ersten überörtlichen Sozialhilfeträgern, die diesen Angebotsbaustein flächendeckend einführten.⁵⁵ Bis dato erfolgte die Implementierung auf Initiative von engagierten Einzelpersonen oder den Leistungsanbietern.

4 Konzeptionelle und sozialhilferechtliche Grundlagen für das Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien in Hessen

4.1 Konzeptionelle Ausrichtung der Leistungsform

Am 01.01.2007 traten in Hessen die Richtlinien zum Begleiteten Wohnen von behinderten Menschen in Familien (Anhang A, S. 42 ff.) in Kraft. Sie dienen als Leitfaden für alle Akteure und geben die Rahmenbedingungen zur Ausgestaltung der Betreuungsform vor.

„Begleitetes Wohnen bedeutet die Aufnahme und Betreuung von Menschen mit Behinderung in Familien anstelle einer sonst erforderlichen stationären Betreuung gegen angemessene Erstattung der Aufwendungen“ (Anhang A, S. 43, 3.). Der Klient und die Familie werden durch den Fachdienst des Leistungsanbieters BWF professionell beraten, begleitet und unterstützt. Das BWF stellt als ambulante Leistung eine Wohnbetreuung dar, die nach § 9 SGB IX unter Berücksichtigung der Besonderheit des Einzelfalles die richtige Leistung für Menschen mit Behinderung im Katalog der ambulanten Wohnformen bieten kann.

Die Einführung des BWF in Hessen war mit folgenden Überlegungen und Zielsetzungen verbunden⁵⁶:

⁵⁵ Vgl. Becker, S. 5.

⁵⁶ Die Zielsetzungen sind teilweise in den Richtlinien für das BWF (Anhang A, S. 43, 3.) verankert. Andere konzeptionelle Überlegungen fanden sich in ähnlicher Form in den Archivakten des LWV.

- **Weiterentwicklung von Leistungen der Sozialhilfe**
Erschließung eines neuen ambulanten Wohnbetreuungsangebotes in einer individuellen familiären Lebensform als geeignete Alternative zu einer professionellen Betreuung in einer stationären Einrichtung (§ 97 Abs. 5 SGB XII).
- **Teilhabe der Menschen mit Behinderung am Leben in der Gemeinschaft**
Förderung der sozialen Integration und der Verselbstständigung entsprechend den Möglichkeiten des Einzelnen im Sinne des personenzentrierten Ansatzes der Teilhabeleistungen. Einzelne weiterführende Teilziele für die Klienten benennen die Richtlinien für das BWF (Anhang A, S. 43, 3.).
- **Umbau der Eingliederungshilfe nach dem Grundsatz „ambulant vor stationär“**
Umsetzung des Vorranges ambulanter Betreuungsangebote gem. § 13 Abs. 1 Satz 2 SGB XII. Abmilderung von steigenden Fallzahlen in der stationären Behindertenhilfe unter Berücksichtigung des Grundsatzes des § 13 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB XII.
- **Wirtschaftliche und sparsame Verwendung von Haushaltsmitteln**
Kostenentlastung des LWV: Minderung von finanziellen Aufwendungen im Einzelfall durch Vermeidung von stationärer Aufnahme oder durch den Wechsel von einer stationären in eine ambulante Betreuungsform.

4.2 Beteiligte Akteure bei der Planung und Umsetzung des Leistungsangebotes

Bei der Implementierung des BWF sind eine Reihe von Akteuren einzubeziehen. Die Übersicht für das regionale Netzwerk der Akteure erfolgt modellhaft für den Landkreis Waldeck-Frankenberg und den Personenkreis Menschen mit seelischer Behinderung:

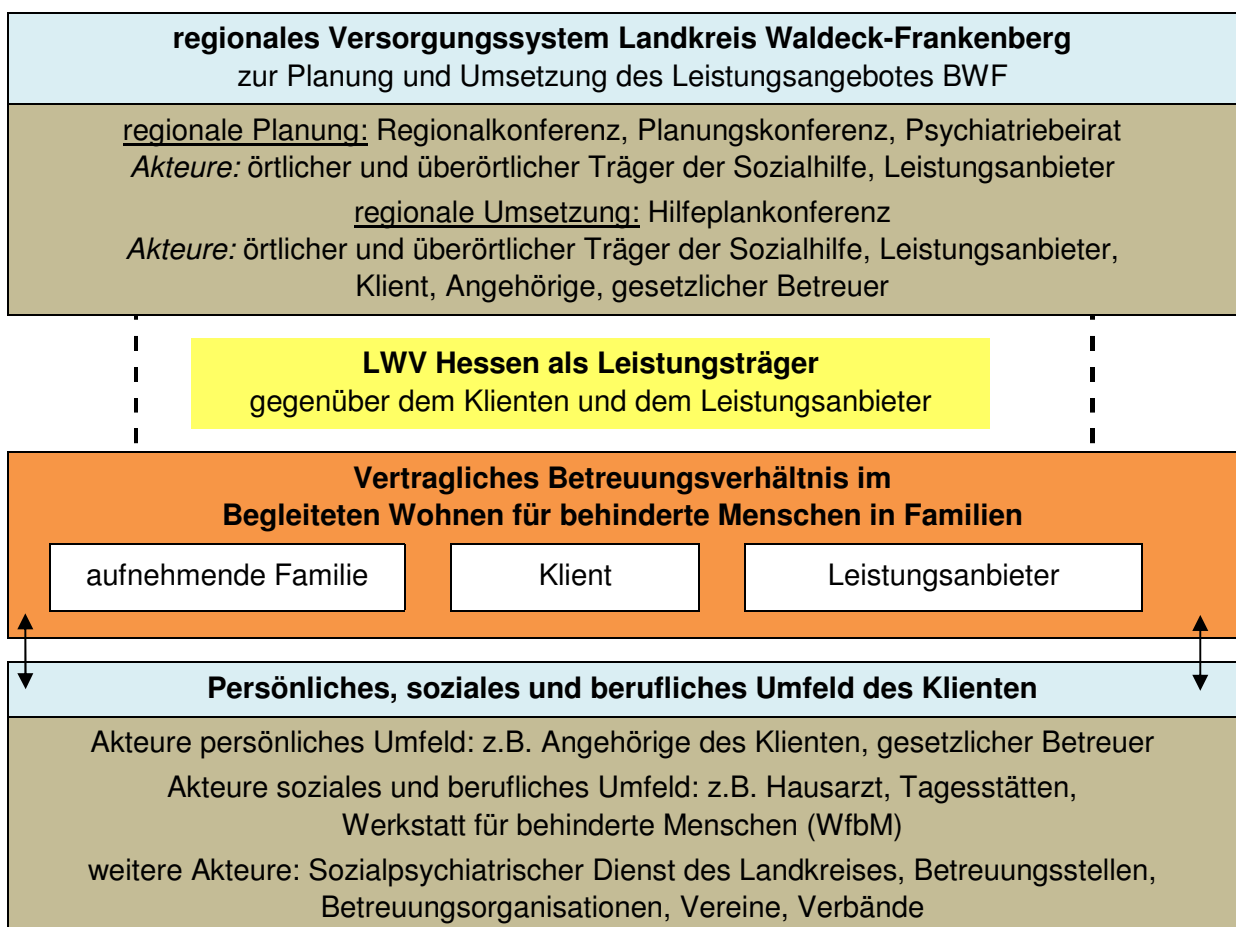


Abb. 1: Akteure Versorgungsregion Modell Landkreis Waldeck-Frankenberg, eigene Darstellung

Das Betreuungsverhältnis mit den internen Akteuren (Klient, aufnehmende Familie, Leistungsanbieter inkl. Fachdienst für das BWF) steht im Mittelpunkt des Leistungsangebotes. Auf unterschiedlichen Ebenen gibt es externe Akteure, die Einfluss auf das Leistungsangebot an sich oder die internen Akteure in unterschiedlicher Form nehmen. Das sind z.B. Akteure aus dem regionalen Versorgungssystem, die auf ihrer Ebene die Planung und Umsetzung des Leistungsangebotes vornehmen. Eine andere Ebene stellen die Akteure aus dem persönlichen, sozialen und beruflichen Umfeld dar. Sie spielen in der Beeinflussung der individuellen Bedürfnisse des Klienten eine Rolle. Der LWV als Leistungsträger nimmt eine Art Zwischenposition ein. Er agiert in der Planungs- und Umsetzungsphase und ist zugleich Leistungsträger gegenüber dem Klienten und dem Leistungsanbieter.

4.2.1 Interne Akteure – Klient, aufnehmende Familie und Leistungsanbieter

Die einzelnen Akteure des im Mittelpunkt stehenden Betreuungsverhältnisses werden mit ihrer Stellung, der Rolle und den Aufgaben beschrieben. In der Fachliteratur⁵⁷ wird das Beziehungsgeflecht im Betreuungsverhältnis mit den Interessen und Motiven der Akteure wissenschaftlich begleitet. Diese Betrachtungsweise greift im Rahmen dieser Arbeit zu weit.

a. Klient

Bei dem Personenkreis der Klienten handelt es sich um Menschen mit Behinderung im Sinne von § 53 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB XII i.V.m. §§ 1-3 der Verordnung nach § 60 SGB XII (Eingliederungshilfe - Verordnung). Der LWV hat seine Fachbereiche (FB) ebenfalls nach Personenkreisen organisatorisch geordnet. Die Benennung der Personenkreise erfolgt in Anlehnung an die Verordnung und die organisatorische Struktur des LWV:

- Menschen mit körperlicher oder Sinnesbehinderung (FB 204)
- Menschen mit geistiger Behinderung (FB 206)
- Menschen mit seelischer Behinderung oder einer Suchterkrankung (FB 207)

Für die heterogene Gruppe der Menschen mit einer körperlichen oder Sinnesbehinderung sieht der LWV keinen Bedarf im Leistungsangebot des BWF. Begründet wird dies wie folgt (Interview Frau Lingelmann, S. 88):

- Schwer- oder schwerstpflegebedürftige Menschen benötigen rund um die Uhr Pflege, die in der Regel eine Familie ohne professionelle Unterstützung ambulanter Pflegekräfte nicht sicherstellen kann.
- Die Gruppe, die nicht auf professionelle Hilfe angewiesen ist, versorgt sich im Allgemeinen im eigenen häuslichen Umfeld selbst und nimmt ggf. ergänzende Hilfe, wie Betreutes Wohnen oder die Unterstützung ambulanter Hilfen in Anspruch.

Im Einzelfall werden für den Personenkreis Einzelvereinbarungen für das BWF geschlossen.

Anmerkungen zum Personenkreis:

- Andere überörtliche Träger der Sozialhilfe wie der LWL sehen bei dem Personenkreis der körperlich behinderten Menschen einen Bedarf und haben entsprechende Plätze für das BWF vereinbart.⁵⁸
- Der LWL spricht mit seinen Richtlinien ebenso den Personenkreis behinderter Jugendlicher an, die im Rahmen der Jugendhilfe in Pflegefamilien leben und bei denen die Leistungen der Jugendhilfe aufgrund des Alters ausgeschöpft sind. Durch die

⁵⁷ Vgl. Schrader, S. 54 ff..

⁵⁸ Vgl. LWL (Hrsg.), Richtlinien des LWL für die Familienpflege erwachsener behinderter Menschen in der Fassung vom 20.04.2005, Anhang A, S. 54.

Familienpflege wird ein weiterer Verbleib in der Pflegefamilie gesichert und damit die stationäre Aufnahme verhindert. (Anhang A, S. 54, Kurzinformation LWL) Der Personenkreis wird durch den LWV nicht explizit genannt.

Ob für potenzielle Klienten die Leistungsform des BWF in Frage kommt, definieren die Richtlinien: „Das Begleitete Wohnen kommt für erwachsene behinderte Menschen (...) in Betracht, die nicht allein in einer Wohnung bzw. im Betreuten Wohnen leben können, von ihren Familien betreut werden (können) und ansonsten stationär in einer Einrichtung versorgt werden müssen. Dasselbe gilt für Menschen mit Behinderung, die bereits in einer stationären Einrichtung leben und dieser Form der Hilfe nicht (mehr) bedürfen.“ (Anhang A, S. 43, 4.1). In diesem Kontext schließt das BWF eine Lücke zwischen der angestrebten totalen Verselbstständigung von Menschen mit Behinderung, der ambulanten Struktur des Betreuten Wohnens und den stationären Wohnformen. BWF als geeignete Maßnahme für Menschen mit Behinderung ist nicht als Konkurrenz zu bestehenden Angeboten, sondern vielmehr als Erweiterung der Angebotspalette zu sehen, wobei der Zuschnitt auf die möglichen individuellen Bedürfnisse einer kleinen Zielgruppe deutlich wird.

Die Richtlinien geben zudem personenabhängige Gründe für die Aufnahme in das BWF an. So ist der Wunsch des Betroffenen und seine Einwilligung⁵⁹ in einer Familie zu leben von großer Bedeutung. „In der Regel kommen für die Aufnahme in einer Familie keine Personen in Betracht, die z.B. akut suchtmittelabhängig, akut suizidal, erheblich aggressiv sind und/oder deren Verhaltensauffälligkeit sich nicht in einem sozial zumutbaren Rahmen bewegt.“ (Anhang A, S. 43, 4.1)

b. Aufnehmende Familie

Das Konzept der Hilfe sieht die Aufnahme eines Menschen mit Behinderung in einer Familie vor. Diese Familie sollte Laie auf dem Gebiet der Versorgung des in Frage kommenden Personenkreises sein (Anhang A, S. 44, 5.1). Der unverkrampfte Umgang mit Klienten, die Atmosphäre und die verbindlichen sozialen Strukturen innerhalb der Familie bieten das natürliche Lebensmilieu für die Entfaltung und Entwicklung des aufgenommenen Klienten. Bindungsstabilität durch Zuhören und Dasein, Wahrnehmung und Anerkennung des Anderen und insbesondere das normale Alltagshandeln sind Aufgabe und Rolle der aufnehmenden Familie zugleich. Hier liegt auf der einen Seite die besondere Verantwortung der Familie und auf der anderen Seite auch das Erfolgsrezept des BWF.

Die Rolle der Familie und speziell ihre Aufgaben werden durch die Richtlinien für das BWF (Anhang A, S. 44 ff., 5.) definiert und zudem im Betreuungsvertrag (Auszug Betreuungsvertrag: Aufgaben der Familie, Anhang A, S. 49 ff., II) festgeschrieben.

c. Leistungsanbieter BWF und eingerichteter Fachdienst

Eine aufnehmende Familie zu finden, obliegt dem Leistungsanbieter für das BWF. Es kommen folgende Anbieter in Frage: Träger von Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfe oder des Betreuten Wohnens, mit denen Vereinbarungen nach § 75 Abs. 3 SGB XII abgeschlossen wurden, Krankenhausträger und sonstige Träger, die über geeignete Fachkräfte verfügen und die Gewähr für eine kontinuierliche und qualifizierte Betreuung von Menschen mit Behinderung bieten (Anhang A, S. 45, 6.4).

Bevor jemand Leistungsanbieter für das BWF wird, ist ein Antrag zu stellen und dem LWV ein Konzept vorzulegen. Der LWV als Leistungsträger entscheidet im Rahmen seines Ermessens, inwieweit Leistungsanbieter zugelassen und ob Vereinbarungen nach § 75 Abs.3 SGB XII

⁵⁹ Für die Einwilligung ist die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit - unabhängig von einer ggf. zusätzlichen erforderlichen Einwilligung des gesetzlichen Vertreters - ausreichend.

abgeschlossen werden. Für die Anerkennung prüft der LWV die Vernetzung in der Versorgungsregion, dem Landkreis oder der kreisfreien Stadt. Da es sich um einen Angebotsbaustein im regionalen Verbund handelt, ist die Vernetzung mit übrigen Angeboten von großer Bedeutung. Es wird sichergestellt, dass ein potentieller Klient den in Frage kommenden Leistungsanbieter BWF kennenlernen kann und nach einem missglückten Wechsel der Wohnform der Weg zurück in die bisherige Hilfe offen bleibt. (Anhang A, S. 45, 6.1 und 6.2)

Die Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung mit den Leistungsanbietern BWF regeln Inhalt, Umfang, Qualität, Prüfung und Vergütung der zu erbringenden Leistung. Organisatorisch wird die Einrichtung eines Fachdienstes vorgeschrieben. Der Fachdienst wählt eine geeignete Familie zur Aufnahme aus und hat die Aufgabe, die aufnehmende Familie und den Menschen mit Behinderung in allen fachlichen, rechtlichen und finanziellen Fragen zu unterstützen. (Auszug Betreuungsvertrag, Aufgaben des Fachdienstes, Anhang A, S. 52 ff., IV) Die partnerschaftliche Kooperation zwischen dem Menschen mit Behinderung, der aufnehmenden Familie und dem Fachdienst für das BWF wird über den Betreuungsvertrag manifestiert (Auszug Betreuungsvertrag, Präambel, Anhang A, S. 49).

4.2.2 Regionales Versorgungssystem

a. Regionale Planung des Leistungsangebotes

Die regionale Planung der verschiedenen Leistungsformen erfolgt - wie am Landkreis Waldeck-Frankenberg gezeigt - über die Regional- und die Planungskonferenz sowie den Psychiatriebeirat, wobei es in anderen Landkreisen und kreisfreien Städten Abweichungen gibt. Teilnehmer auf der Planungsebene sind der LWV als überörtlicher Träger der Sozialhilfe, die kreisfreien Städte und Landkreise als örtliche Träger der Sozialhilfe und die Leistungsanbieter.

Das Netzwerk der Akteure im Versorgungssystem ist durch vielschichtige Interessengruppen und Motive gekennzeichnet. Die örtlichen Träger der Sozialhilfe müssen zur Sicherstellung einer gemeindenahen bedarfsorientierten Versorgung in ihren Gebietskörperschaften an der Planung der Plätze für alle Wohnformen mitwirken. Die Leistungsanbieter stellen die Versorgung der Menschen mit Behinderung mit ihren Leistungsangeboten sicher und sind deshalb in die Planung einzubeziehen. Dies ist insbesondere im eigenen wirtschaftlichen Interesse. Leistungsanbieter sind Teil des sozialen Dienstleistungssystems, das mehr und mehr von den marktwirtschaftlichen Mechanismen geprägt wird. Um kostendeckend zu agieren, müssen die mit dem LWV vereinbarten Plätze in den verschiedenen Wohnformen belegt werden. Die Zielsetzung des LWV auf der Planungsebene ist es, das Verhältnis von ambulanten gegenüber stationären Wohnangeboten zu verbessern.

Auf Grundlage der Planungen in der Versorgungsregion schließt der LWV Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen mit den Leistungsanbietern nach § 75 Abs.3 SGB XII i.V.m. §§ 76 ff. SGB XII ab.

b. Regionale Umsetzung des Leistungsangebotes

Die regionale Umsetzung des Leistungsangebotes erfolgt über die Hilfeplankonferenz (HPK). Auf der HPK eines Versorgungsgebietes werden im Wesentlichen die Ergebnisse der individuellen Hilfeplanung für den Klienten überprüft und bestätigt. Der Fachdienst für das BWF hat im Vorfeld für die potentiellen Klienten einen Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP) bzw. einen Integrierten Hilfeplan (IHP) erstellt⁶⁰, aus dem die

⁶⁰ Für den Personenkreis der Menschen mit einer seelischen Behinderung und Abhängigkeitserkrankungen gilt der IBRP. Der IHP wird für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung verwendet.

individuellen Probleme, Ziele und die vorgesehenen Maßnahmen hervorgehen. Die HPK überprüft, ob alle relevanten Lebensbereiche in der Hilfeplanung berücksichtigt wurden, der dargestellte Hilfeplan schlüssig erscheint, und ob der Leistungserbringer die vorgesehene Leistung sicherstellen kann. Der LWV bewilligt die Leistung bis zu zwei Jahren befristet. Für die Verlängerung der Kostenzusage BWF ist ein neuer IBRP/IHP vorzulegen.

An der HPK nehmen die Leistungsanbieter, der örtliche Träger der Sozialhilfe und der LWV als Leistungsträger teil. Gewünscht wird die Teilnahme der Klienten, ihrer Angehörigen oder des gesetzlichen Betreuers. Die Geschäftsführung in den HPK hat seit Februar 2009 der LWV inne.⁶¹

4.2.3 Persönliches, soziales und berufliches Umfeld des Klienten

Die Menschen mit Behinderungen leben in der Regel nicht allein. Es gibt z.B. das familiäre Umfeld mit Angehörigen aus der Herkunftsfamilie, die bisher die Fürsorge für den Klienten leisteten und nun nicht mehr erbringen können. Auch kann für den Klienten eine gesetzliche Betreuung durch das Vormundschaftsgericht angeordnet sein. Hier übernimmt ein gesetzlicher Betreuer die Fürsorge für die Person und das Vermögen (Anhang A, S. 53, V). Im beruflichen und sozialen Umfeld kommen für die Klienten u.a. die Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM), eine Tagesstätte, ärztliche Ansprechpartner oder Pflegepersonen in Betracht. Der Einfluss dieser Personen gegenüber dem Klienten ergibt sich durch die starke Bindung des Klienten zu diesen Bezugspersonen.

4.3 Sozialhilferechtlicher Rahmen für die Leistungsform

4.3.1 Rechts- und Anspruchsgrundlagen

Das BWF ist eine Form der ambulanten Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, für die bei Vorliegen der Voraussetzungen ein Anspruch gem. § 19 Abs. 3 i.V.m. § 8 Nr. 4 SGB XII, §§ 53 ff. SGB XII besteht. Im Speziellen handelt es sich um eine Maßnahme im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen, die eine Leistung zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft im Sinne des § 54 Abs. 1 SGB XII i.V.m. § 55 Abs. 2 Nr.6 SGB IX darstellt.

Der LWV nutzte zur Einführung der Leistungsform 2007 die Regelungen des § 97 Abs. 5 SGB XII. Der § 97 Abs. 5 SGB XII bot dem LWV die Möglichkeit - in Abstimmung mit den kommunalen Spitzenverbänden - den neuen Angebotsbaustein als freiwillige finanzierte Leistung zu starten. (Anhang A, S. 42, 1.)

4.3.2 Zuständigkeit

Der LWV ist für die Hilfen nach den §§ 53 ff. SGB XII gem. § 97 Abs. 2, 3 Nr. 1, 5 SGB XII i.V.m. § 3 SGB XII/ § 3 HAG/SGB XII, § 2 Abs. 1 Satz 1 HAG/SGB XII sachlich zuständig. Diese Regelung gilt bis zum 31.12.2012.

Die örtliche Zuständigkeit des LWV ist nach § 98 Abs. 1 Satz 1 SGB XII geregelt.

4.3.3 Finanzierung des Leistungsangebotes

Die Finanzierung der Leistungen für das BWF ist deutschlandweit unterschiedlich geregelt. „Es gibt kein durchgängiges und verlässliches Finanzierungssystem.“⁶² Die Richtlinien des LWV sehen finanzielle Leistungen für die aufnehmende Familie, den Klienten und den Fachdienst des Leistungserbringers vor (Anhang A, S.46 ff., 7.):

⁶¹ Vgl. LWV (Hrsg.), Newsletter vom 25.03.2009.

⁶² Vgl. Eisenhut, 2007, S. 9.

Leistungen BWF Hessen (Stand Juli 2009)

Aufnehmende Familie	Betrag pro Monat
Betreuungsentgelt für die Familie	358,61 €
Zusätzliches Betreuungsentgelt (sofern keine Leistungen für den Klient aus der Pflegeversicherung gezahlt werden)	215,00 €
Sicherstellung des Lebensunterhaltes des Klienten	159,57 €
Mietpauschale für bereitgestellte Unterkunft	111,00 €
gesamter Betrag aufnehmende Familie	844,18 €
Klient	Betrag pro Monat
Bekleidungspauschale	30,50 €
Barbetrag/Taschengeld	96,93 €
gesamter Betrag Klient	127,43 €
Leistungsanbieter/Fachdienst für das BWF	Betrag pro Monat
Betreuungsentgelt für den Fachdienst	563,61 €
gesamter Betrag Leistungsanbieter/Fachdienst	563,61 €
Der Gesamtaufwand für den LWV für das BWF beträgt bei dieser einfachen Modellrechnung 1.535,22 € pro Monat.	

Abb. 2: Betreuungsentgelte in Hessen, eigene Darstellung

Es handelt sich um eine vereinfachte Darstellung der finanzierten Grundleistungen des BWF in Hessen. Im Einzelfall sind folgende Regelungen und Verfahrensweisen gem. der Richtlinien (Anhang A, S. 46 ff., 7.) zu berücksichtigen:

a. Betreuungsentgelt an die Familie

Eine Kürzung des Betreuungsentgeltes für die aufnehmende Familie wegen des Besuches einer ambulanten oder teilstationären Einrichtung wird in Hessen nicht vorgenommen.⁶³ Ein Leistungsanspruch für die Familien besteht weiter, wenn der Klient einen stationären Aufenthalt bis zur Dauer von kalenderjährlich 60 Tagen benötigt.

b. Sicherstellung des Lebensunterhaltes und der Unterkunft

Bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen nach dem SGB XII werden HLU bzw. Grundsicherung in Höhe des Regelsatzes eines Haushaltsangehörigen (80% vom Eckregelsatz) von monatlich 287 €⁶⁴ bewilligt. In diesem Betrag sind der Barbetrag (96,93 €) und die Bekleidungspauschale (30,50 €) gem. § 35 Abs. 2 Satz 1 SGB XII berücksichtigt. Barbetrag und Bekleidungspauschale stehen Menschen mit Behinderung zur freien Verfügung. Ggf. besteht beim Leistungsberechtigten ein Anspruch auf Mehrbedarf nach § 30 SGB XII. Es wird eine Mietpauschale in Höhe von 111 € gewährt.

⁶³ Der LWL kürzt das Betreuungsentgelt der Familie bei regelmäßiger Beschäftigung oder Betreuung des Klienten außerhalb der Familie (z.B. WfbM). Vgl. Betreuungsvertrag LWL, Anhang A, S. 55, § 6 I.

⁶⁴ Der Eckregelsatz beträgt ab dem 01.07.2009 359,00 €.

Der LWV überweist die Leistung zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes und der Kosten der Unterkunft an die Leistungsberechtigten, ersatzweise an den gesetzlichen Betreuer. Es besteht die Verpflichtung, die Leistungen der HLU (ohne Barbetrag und Bekleidungs-pauschale) und die Mietpauschale an die aufnehmende Familie weiterzuleiten.

c. Beiträge zur Krankenversicherung/Pflegeversicherung

„Beiträge zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung sowie eine angemessene Haftpflichtversicherung werden bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen übernommen. Bei nicht gesetzlich oder freiwillig Krankenversicherten wird eine Anmeldung bei der Krankenkasse gem. § 264 Abs. 2 SGB V vorgenommen; bei Vorliegen der Voraussetzungen wird Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII bewilligt.“ (Anhang A, S. 46. 7.3)

d. Weitere Leistungen für den behinderten Menschen bzw. die aufnehmende Familie

Zusätzlich zu den bewilligten Leistungen sehen die Richtlinien Leistungen im Rahmen einer Ferienreise vor, die der Klient mit der aufnehmenden Familie antritt. Die Richtlinien enthalten ebenfalls Regelungen, die einen Leistungsanspruch begründen, wenn die Familie allein in den Urlaub fährt und der Klient in dieser Zeit in einer anderen Familie untergebracht wird.

Ein Probewohnen des Klienten in der aufnehmenden Familie wird vom LWV im Gegensatz zum LWL nicht finanziert (Richtlinien des LWL, Anhang A, S. 54).

4.3.4 Berücksichtigung von Einkommen und Vermögen

Sozialhilfe wird gem. § 19 SGB XII unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse (Einkommen, Vermögen) der Klienten gewährt. Dabei ist zwischen den Leistungen der HLU bzw. der Grundsicherung sowie der Eingliederungshilfe zu unterscheiden. Die Einkommens- und Vermögensbestimmung richtet sich nach den Bestimmungen des Elften Kapitels SGB XII (§§ 82 – 89 SGB XII, § 90 SGB XII).

a. Leistung der Sozialhilfe - HLU, Grundsicherung

Ein Anspruch auf HLU gem. §§ 27 ff. SGB XII bzw. der Grundsicherung nach §§ 41 ff. SGB XII in der aufnehmenden Familie besteht, wenn der Bedarf des Klienten nicht durch eigenes Einkommen oder Vermögen gedeckt werden kann (§ 19 Abs. 1 und 2 SGB XII). Der Regelbedarf für den Klienten beträgt monatlich 398,00 €.

b. Leistung der Sozialhilfe - Eingliederungshilfe

Ein Anspruch auf Eingliederungshilfe besteht unter den Voraussetzungen des § 19 Abs. 3 SGB XII. Ist nach Berücksichtigung der Kosten für den Lebensunterhalt noch Einkommen vorhanden, so ist dies gem. Ziffer 9 der „Richtlinien für das BWF“ dann einzusetzen, wenn das Einkommen die Einkommensgrenze nach § 85 Abs. 1 Nr.1 und 2 SGB XII übersteigt.

Es ist zu beachten, dass nach § 19 Abs. 3 und 5 SGB XII i.V.m. § 87 Abs. 1 SGB XII die Aufbringung der Mittel im angemessenen Umfang zuzumuten ist. Das die Einkommensgrenze übersteigende Einkommen ist zu 75% einzusetzen.

Die Einkommensgrenze errechnet sich wie folgt:

Grundbetrag in Höhe des zweifachen Eckregelsatzes von 359,00 €	718,00 €
Kosten der Unterkunft (Mietpauschale)	111,00 €
<hr/> Einkommensgrenze (Stand 01.07.2009):	<hr/> 829,00 €

5. Evaluierung der Implementierung des Begleiteten Wohnens von behinderten Menschen in Familien in Hessen

Zweieinhalb Jahre nach Inkrafttreten der Richtlinien für das BWF wurde anhand von Zahlen und Daten die bisherige Implementierung aus Sicht des Leistungsträgers und der Leistungsanbieter ausgewertet.

5.1 Stand der Implementierung aus Sicht des Leistungsträgers

5.1.1 Ergebnisse der Datenanalyse zur Versorgung mit dem Leistungsangebot

Angelehnt an die Soziale Landkarte des LWV (Anhang B, S. 56/57) werden die Versorgungsregionen Kassel, Wiesbaden und Darmstadt anhand der Personenkreise, organisatorisch abgebildet durch die jeweiligen Fachbereiche, betrachtet. Daten zu vereinbarten Plätzen mit den Leistungsanbietern sowie aktuelle Fallzahlen ergänzen die Bewertung.

a. Flächendeckende Versorgung in Hessen

Die Versorgung in Hessen gewährleisten derzeit 29 Leistungsanbieter (Anhang B, S. 58 ff.). Davon entfallen neun auf den Personenkreis Menschen mit geistiger Behinderung (FB 206) und 22 Leistungsanbieter auf den Personenkreis Menschen mit seelischer Behinderung oder einer Suchterkrankung (FB 207). Zwei Anbieter stellen die Versorgung für verschiedene Personenkreise sicher.

Versorgung in Hessen, bezogen auf die Personenkreise FB 206 und FB 207:

Personenkreis Menschen mit geistiger Behinderung (FB 206)							
Versorgungsregion	Leistungsanbieter	Landkreise	versorgte Landkreise		kreisfreie Städte	versorgte kreisfreie Städten	
Kassel	8	7	4	57,1%	1	1	100%
Wiesbaden	1	6	1	16,7%	2	0	0%
Darmstadt	0	8	0	0%	2	0	0%
gesamt	9	21	5	23,8%	5	1	20,0%
Personenkreis Menschen mit seelischer Behinderung oder einer Suchterkrankung (FB 207)							
Kassel	8	7	6	85,7%	1	1	100%
Wiesbaden	5	6	3	50,0%	2	0	0%
Darmstadt	9	8	7	87,5%	2	0	0%
gesamt	22	21	16	76,2%	5	1	20,0%

Tabelle 3: Leistungsanbieter Versorgungsregionen FB 206 und 207, eigene Darstellung

Für den FB 206 wurde bezogen auf die Anzahl der gesamten Landkreise (21) und kreisfreien Städte (5) eine Versorgungsquote von 23,1% (6 von 26), für den FB 207 von 65,4% (17 von 26) registriert. Sie liegt im FB 206 bei den Landkreisen bei 23,8% und im FB 207 bei 76,2%. In den kreisfreien Städten wurde für jeweils beide Personenkreise eine Versorgungsquote von 20% ermittelt.

Für Menschen mit geistiger Behinderung fanden sich bis auf die Versorgungsregion Kassel bisher kaum Leistungsanbieter. Die zuständigen Regionalmanagements des FB 206 bewerben derzeit das BWF über die Regionalkonferenzen in den Versorgungsregionen Darmstadt und Wiesbaden. Für die Menschen mit seelischer Behinderung und Suchter-

krankungen sind in den Versorgungsregionen Kassel und Darmstadt acht bzw. neun Leistungsanbieter registriert. Diese gewährleisten in den Landkreisen der Versorgungsregionen eine gute Abdeckung für das BWF. In den kreisfreien Städten fanden sich bisher nur Leistungsanbieter in Kassel. In der Versorgungsregion Wiesbaden - speziell im Rhein-Main-Gebiet - gelang eine Etablierung des BWF bisher nicht.

Die Frage, warum die Implementierung von Leistungsanbietern im FB 206 gegenüber dem FB 207 zeitlich verzögert begann, wurde nicht untersucht. Die Versorgungsregion Kassel beweist, dass ein Interesse bei Leistungsanbietern vorhanden ist. Die Bekanntheit des Pilotprojektes in Merxhausen in der Versorgungsregion Kassel kann dafür ausschlaggebend sein.

b. Unterschiede zwischen Städten und Landkreisen

In ländlichen Regionen gelang die Implementierung des Leistungsangebotes bisher schneller und besser. Damit entspricht das BWF oft nicht dem Prinzip der Gemeindenähe. Die strukturellen Unterschiede zwischen den Städten und Landkreisen sind jedoch nicht ungewöhnlich. Die Etablierung des BWF in Städten gestaltete sich in allen Modellprojekten in Deutschland bisher als schwierig.⁶⁵ Auf den Punkt gebracht, sind folgende Aspekte ausschlaggebend: Die äußeren Voraussetzungen für das BWF sind in ländlichen Strukturen eher vorhanden. Hier steht ausreichend preisgünstiger Wohnraum für die Klienten zur Verfügung. Es handelt sich in der Regel um Wohnraum auf Hausgrundstücken mit Garten, die dem Klienten die Möglichkeit bieten, sich im Freien aufzuhalten oder im Garten zu beschäftigen (Interview Frau Mankel, S. 90). Das Familienleben in Städten unterscheidet sich in den Alltagsbedingungen gegenüber dem in ländlichen Strukturen. Den Familien in Städten stehen infrastrukturell stärker ausgeprägte Bildungs-, Kultur- und Konsumangebote zur Verfügung. Diese Rahmenbedingungen begrenzen die zeitlichen Ressourcen der Familien, die für die Aufnahme eines Klienten notwendig wären (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S.87). Für die Wohnraumressourcen in den ländlichen Regionen sind demographische Aspekte und Wanderungsbewegungen vom ländlichen Raum in die Städte relevant. Trotz Abnahme der Gesamtbevölkerung in Hessen verzeichneten 2008 alle kreisfreien Städte sowie der Main-Taunus-Kreis und die Landkreise Groß-Gerau und Offenbach leichte Einwohnerzuwächse. In den übrigen 18 Landkreisen waren die Einwohnerzahlen rückläufig. 17 Landkreise hatten sowohl Geburtendefizite als auch Wanderungsverluste.⁶⁶

Ob sich die Aussagen zu strukturellen Unterschieden zwischen Städten und ländlichen Regionen auf die Versorgung des BWF in Hessen übertragen lassen, ist schwierig zu sagen. Die Erfahrungen der Leistungsanbieter, z.B. des Fachdienstes Vitos Kurhessen, stützen die Thesen für die Versorgungsregion Kassel. Hier scheiterte im März 2009 ein Versuch, das BWF in der Stadt Kassel zu etablieren. Es gelang nicht, aufnehmende Familien zu finden. (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S. 87)

Für das Rhein-Main-Gebiet lässt sich mit statistischen Daten argumentieren. Um die Städte Frankfurt und Wiesbaden ist ein gewaltiger Wirtschaftsraum entstanden, der eng mit den Städten und Dörfern des Umlandes verbunden ist. Bedenkt man, dass allein täglich ca. 320.000 Menschen in die Stadt Frankfurt pendeln, sieht man, wie eng die Stadt mit den angrenzenden Regionen verflochten ist.⁶⁷ Im Vergleich zu Nordhessen sind damit im Rhein-Main-Gebiet höhere Erwerbseinkommen, eine höhere Erwerbsquote, geringere Wohnraumressourcen und ein besseres infrastrukturelles Umfeld verbunden. In diesem Gebiet ist es

⁶⁵ Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 2004, S. 4.

⁶⁶ Vgl. Hessisches Statistisches Landesamt (Hrsg.) Pressemitteilung 145/2009 vom 22.07.2009, S. 33 ff..

⁶⁷ Vgl. FR-online.de vom 26.05.2009.

schwierig, eine Leistungsform wie das BWF, für das die beschriebenen Ressourcen zur Verfügung stehen müssen, zu implementieren.

c. Vereinbarte Plätze mit Trägern, Fallzahlen und Entwicklung des BWF

Von den 29 Leistungsanbietern haben 21 Leistungsanbieter für das BWF eine Leistungs-, Prüfungs- und Vergütungsvereinbarung mit dem LWV geschlossen (Stand 30.06.2009, Anhang B, S. 58 ff.). Zwei dieser Leistungsanbieter stellen die Versorgung für verschiedene Personengruppen sicher. Für den Personengruppe Menschen mit geistiger Behinderung wurden sechs Vereinbarungen mit 26 Plätzen und für den Personengruppe Menschen mit seelischer Behinderung und einer Suchterkrankung 17 Vereinbarungen mit 184 Plätzen getroffen. Neben diesen grundlegenden Daten sind Zahlen der Vermittlung von Klienten in aufnehmende Familien relevant. Sie werden in der Arbeit als Fallzahlen dargestellt und zeigen, wie viele Klienten durch das BWF im jeweiligen Jahr betreut wurden.⁶⁸

Fallzahlen und vereinbarte Plätze bezogen auf die Personengruppen:

Personengruppe Menschen mit geistiger Behinderung (FB 206)					
Versorgungsregion	Fallzahlen				Vereinbarte Plätze
	2006	2007	2008	30.06.2009	
Kassel	Angebot für diesen Personengruppe erst ab 2008 erfasst		1	2	21
Wiesbaden			0	0	5
Darmstadt			0	0	0
gesamt			0	2	26
Personengruppe Menschen mit seelischer Behinderung oder einer Suchterkrankung (FB 207)					
Kassel	32	37	38	44	80
Wiesbaden	3	6	5	6	28
Darmstadt	0	1	5	9	76
gesamt	35	44	48	59	184

Tabelle 4: Fallzahlen Versorgungsregionen FB 206 und FB 207, eigene Darstellung

Am 30.06.2009 waren für das BWF in Hessen 61 Fälle registriert. In drei Fällen ist der LWV Leistungsträger, wobei die Klienten in aufnehmenden Familien in Baden-Württemberg und Bayern untergebracht sind. Von den hessenweiten 58 Fällen entfielen zwei Fälle auf den Personengruppe von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Bei diesem Personengruppe steckt die Implementierung - wie in 5.1.1 beschrieben - im Anfangsstadium.

Die 56 Fälle für den FB 207⁶⁹ lassen sich qualitativ nur analysieren, wenn man den Start der flächendeckenden Versorgung in Hessen zugrunde legt. Bis auf die Vereinbarungen der Leistungsanbieter in Merxhausen (1997), Wetzlar (2006) und Biebesheim (2007) wurden alle Vereinbarungen für das BWF in 2008 (14) oder 2009 (4) geschlossen (Anhang B, S. 58 ff.). Erfahrungen des Pilotprojektes zeigten, dass gerade im ersten Jahr der Implementierung, die

⁶⁸ Die Fallzahlen wurden durch die Stabsstelle Controlling des LWV zur Verfügung gestellt. Die vereinbarten Plätze für das BWF sind den Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen entnommen.

⁶⁹ Anmerkung zu den Fallzahlen FB 207: Die Weiterführung des Pilotprojektes in Merxhausen ab 2002 ist zu beachten. Die dortigen Fallzahlen sind für die Versorgungsregion Kassel maßgeblich. Am Stichtag 30.06.2009 wurden durch den Fachdienst für das BWF in Merxhausen 42 Fälle betreut.

konzeptionelle Ausrichtung, die Schaffung von regionalen Netzwerken und die Gewinnung von potentiellen Klienten sowie aufnehmenden Familien im Vordergrund stehen. Am Ende des zweiten Jahres betreute das Pilotprojekt Merxhausen drei Klienten, am Ende des dritten Jahres sechs Klienten. Von daher ist eine belastbare Aussage zur Umsetzung der Implementierung im FB 207 derzeit nicht möglich. In der Tendenz lässt sich erkennen, dass bezogen auf die Fallzahlen erste kleine Erfolge zu verzeichnen sind. Die Erhöhung um elf auf nunmehr 59 Fälle in Hessen am Ende des 1. Halbjahres 2009 entspricht einer Steigerung von 22,9% gegenüber Ende 2008. In der Befragung der Leistungsanbieter (Anhang C, S. 84, 1a) wurde ein Potential von 25 neuen Fällen für das 2. Halbjahr 2009 ermittelt. Würde diese Zahl annähernd erreicht, könnten Ende des Jahres 2009 ca. 80 Fälle in Hessen erreicht werden. Gemessen am Ergebnis von 2008 wär dies ein großer Erfolg und wichtiger Meilenstein für die Implementierung der Leistungsform.

Die Entwicklung des BWF bis Ende 2008 wurde von der Diskussion um die Besteuerung des Betreuungsentgeltes⁷⁰ für die aufnehmenden Familien beeinflusst. Das Ende dieser Diskussion mit der Steuerfreistellung (§ 3 Nr. 10 EStG) dieser Einnahmen der Familie schafft Planungssicherheit für die Leistungsanbieter bei der Gewinnung von aufnehmenden Familien.

5.1.2 Ergebnisse der Datenanalyse der Klienten

Die Datenanalyse der Klienten findet sich in ausführlicher Form im Anhang B, S. 61 ff. wieder. Die folgenden Auswertungen basieren auf den Daten von 50 Klienten.

a. Vergleich der Daten der Klienten mit dem Pilotprojekt Merxhausen

Daten der Klienten (Anzahl, Geschlecht, Alter, Altersstruktur):

Klienten	Männer		Durchschnittsalter	Frauen		Durchschnittsalter
Anzahl	30 (60,0%)		50,6 Jahre	20 (40,0%)		47,6 Jahre
Alter (in Jahren)	20 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	über 60	Gesamt
Männer	4	1	10	10	5	30
Frauen	2	1	9	4	4	20
Gesamt	6	2	19	14	9	50
in %	12,0%	4,0 %	38,0 %	28,0%	18,0 %	100%

Tabelle 5: Struktur der Klienten; eigene Darstellung

Das Durchschnittsalter der Klienten betrug 49,4 Jahre und hat sich gegenüber dem Pilotprojekt Merxhausen⁷¹ (51,9 Jahre) signifikant nicht verändert. Der jüngste Klient ist 25 Jahre, der Älteste ist 71 Jahre. Der Anteil der männlichen Klienten lag bei 60% und ist nahezu gleich dem Anteil während des Modellprojektes (59%). Die Altersgruppe der 41 bis 60-Jährigen stellt den größten Personenkreis mit einem Anteil von 66% (Modellprojekt 67%) dar.

In welchen Wohnverhältnissen die Klienten vorher lebten, konnte in vielen Fällen nicht genau ermittelt werden. Im Gegensatz zum Pilotprojekt war festzustellen, dass mehr Klienten aus der ambulanten Leistungsform Betreutes Wohnen in das BWF wechselten.

⁷⁰ Vgl. Eisenhut, 2009, S. 9.

⁷¹ Vgl. Pilotprojekt Merxhausen S. 11.

b. Wechsel vom Betreuten Wohnen in das BWF

Insgesamt wurden elf Klienten ermittelt, die aus dem Betreuten Wohnen in das BWF wechselten. Sieben Klienten taten dies seit dem 01.01.2008. Ausgehend von 14 Klienten, die insgesamt in den letzten 1 ½ Jahren in das BWF eintraten, entspricht dies einem Anteil von 50%. (Anhang B, S. 64 ff.)

Die elf Klienten aus dem Betreuten Wohnen wurden zuvor im Mittel mit 208,9 Fachleistungsstunden (FLS) durch die Leistungsanbieter ambulant betreut (Anhang C, S. 66). Nach Auskunft der LWV-Stabsstelle Controlling entspricht dies mehr als 33% über dem Mittel der FLS aller Klienten im Betreuten Wohnen des entsprechenden Personenkreises. Eine belastbare Aussage, ob für das Betreute Wohnen Klienten mit einem hohen FLS-Anteil in Frage kommen, lässt sich aufgrund der geringen Anzahl von elf Klienten nicht treffen. Ausgehend vom Mittelwert der 208,9 FLS entstanden dem Leistungsanbieter im Betreuten Wohnen Aufwendungen für den Klienten von ca. 30,00 €/täglich.

c. Berufliches und soziales Umfeld der Klienten

Sieben der Klienten (14%) arbeiteten in einer WfbM, bei weiteren sechs läuft derzeit ein Antragsverfahren. Drei Klienten (6%) wurden in einer Tagesstätte betreut. Der Großteil der Klienten erlebt seine Tagesstruktur in der aufnehmenden Familie. (Anhang B, S. 64 ff.)

d. Weitere ausgewählte Daten von Klienten

Interessant ist die Tatsache, dass vier der sechs Klienten in der Altersgruppe 20 bis 30 Jahre (Tabelle 5) erst in den letzten 1 ½ Jahren in das BWF wechselten. Ausgehend von 14 neuen Klienten in den letzten 1 ½ Jahren entspricht dies einem Anteil von 28%.

Auswertung der gezahlten finanziellen Leistungen im Monat Juni 2009 (n = 50 Klienten) sowie der Anteil der Anspruchsberechtigten:

	Betrag in €	n	Anzahl	Anteil in %
Leistungen der Sozialhilfe – HLU, Grundsicherung (bis 30.06.2009 Regelsatz 351,00 €)				
gesamter Regelbedarf (HLU + KdU)	392,00 €	50	12	24%
Einkommensanrechnung Regelbedarf	individuell	50	10	20%
kein Anspruch auf Regelbedarf	individuell	50	28	56%
Mehrbedarf § 30 SGB XII	47,77 €	50	4	8%
Leistungen der Sozialhilfe – Eingliederungshilfe				
Betreuungsentgelt Familie	358,61 €	50	50	100%
zusätzliches Betreuungsentgelt Familie	215,00 €	50	42	84%
Fachdienst Leistungsanbieter BWF	563,61 €	50	50	100%
weitere Leistungen im Rahmen BWF				
KV/PV-Beiträge	individuell	50	5	10%
Leistungen für Urlaub (jahresbezogen)	individuell	50	23	46%

Tabelle 6: Analyse der Leistungen an die Klienten Juni 2009, eigene Darstellung

Im Ergebnis ist festzustellen, dass über 76% der Klienten keinen Anspruch auf den Regelbedarf in Höhe von 392,00 € besaßen. Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse reichten zur Deckung des Regelbedarfes aus. Einen uneingeschränkten Anspruch auf Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen hatten alle Klienten. Ein zusätzliches Betreuungsentgelt erhielten 42 der Familien (84%).

Hervorzuheben sind die zusätzlichen Leistungen bei Urlaub der Familie (Anhang A, S. 46 ff., 7.4 bis 7.6). Bei 46% der Betreuungsverhältnisse wurden derartige Leistungen im letzten Jahr beantragt oder bereits gewährt. Der Klient fährt entweder mit in den Urlaub oder wird von einer anderen Familie betreut. Diese aufnehmenden Familien sind in der Regel Familien, die ebenfalls einen Klienten betreuen. Familiennetze bestehen z.B. seit Jahren in Merxhausen (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S. 87).

e. Finanzielle Aufwendungen pro Klient im Juni 2009

Die Spannweite der finanziellen Aufwendungen für die 50 Klienten lag pro Klient zwischen 922,22 € bis 1.712,57 € monatlich (30,31 € bis 56,30 €/täglich). Im Mittelwert wurden Aufwendungen pro Klient von 1.265,84 € monatlich (41,61 €/täglich) erbracht.

5.2 Finanzieller Vergleich mit anderen Wohnbetreuungsformen

Um einen Überblick zu vermitteln, welche Aufwendungen dem LWV bei den ambulanten und stationären Wohnformen aktuell entstehen, wurden diese für das BWF, das Betreute Wohnen und das stationäre Wohnen in der Modellregion Nordhessen auf tägliche Aufwendungen umgerechnet und verglichen (Anhang B, S. 67 ff.):

Wohnform	Betreutes Wohnen	BWF	stationäres Wohnen
Aufwendungen	ca. 15 € - 50 €	ca. 50 €	ca. 55 € - 94 €

Tabelle 7: Vergleich tägliche Aufwendungen stationärer und ambulanter Wohnformen, eigene Darstellung

Die Modellbetrachtung stützt die These⁷², dass sich das BWF in die individuellen, ambulanten Wohnhilfen einreicht, die nicht nur den Wünschen der Menschen mit Behinderung entsprechen, sondern die kostengünstiger als das stationäre Wohnen sind.

Die individuelle Förderung des Klienten bei steigenden Fallzahlen in der Eingliederungshilfe⁷³ ist immer unter dem Aspekt knapper finanzieller Ressourcen der öffentlichen Hand zu bewerten. Derzeit gibt der LWV für ca. 35.000 Leistungsberechtigte in der Eingliederungshilfe ca. 1,1 Milliarden € aus.⁷⁴ Für 2010 rechnet der LWV mit voraussichtlich 1.280 neuen Leistungsberechtigten.⁷⁵ Dies entspricht einer Steigerung von ca. 3,5%. Die damit einhergehende Diskussion lässt in der öffentlichen Wahrnehmung sowie in der Fachwelt den Eindruck entstehen, dass die Weiterentwicklung und Zukunft der Eingliederungshilfe, speziell auch bei diesem Betreuungsangebot, ausschließlich einer Kosten-Nutzen Betrachtung unterliegt. Unbestritten werden durch das BWF Kosteneinsparungen erzielt. Diese Zielsetzung des Leistungsträgers ist aus Sicht der Verwendung öffentlicher Gelder legitim, nachvollziehbar und gesetzlich geboten.⁷⁶

⁷² Vgl. Schöneberger/Stolz, S. 37

⁷³ Allein im FB 206 stieg die Fallzahl von 2007 zu 2008 um 6% von 14.814 (2007) auf 15.706 (2008).

⁷⁴ Vgl. LWV (Hrsg.), Pressemitteilung 24.06.2009, „Resolution zur Finanzierung der Eingliederungshilfe“.

⁷⁵ Vgl. LWV (Hrsg.), Pressemitteilung 24.06.2009, „Verbandsversammlung beschließt Rahmenvorgabe für Haushalt 2010“.

⁷⁶ Der LWV unterliegt der wirtschaftlichen und sparsamen Haushaltsführung (§ 92 Abs. 4 HGO).

5.3 Sichtweisen und Erfahrungen der Leistungsanbieter

Für das BWF in Hessen existieren derzeit 29 Leistungsanbieter, die für die verschiedenen Personenkreise insgesamt 31 Fachdienste bildeten (Anhang B, S. 58 ff.) Um zu erfahren, wie die Anbieter die Implementierung des BWF umsetzten, wurden 18 Leistungsanbieter befragt (Anhang C, S. 69 ff.). Diese Anbieter hatten bis zum 28.02.2009 eine Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung für das BWF mit dem LWV abgeschlossen. 14 Leistungsanbieter (77,8%) nahmen im Rahmen der Befragung zu ihrer Organisation, zu Kooperationen und Netzwerken, zum Stand der Umsetzung, zur konzeptionellen Ausrichtung und zur Perspektive des BWF Stellung (Anhang C, S. 76 ff.).

a. Organisation und Struktur (Anhang C, S. 76, A.)

Die Leistungsanbieter, die den Fragebogen beantworteten, repräsentierten 16 Fachdienste für die verschiedenen Personenkreise mit 170 vereinbarten Plätzen. Sie betreuten im Jahr 2009 53 Fälle (Stand 30.06.2009). Bezogen auf die in Hessen betreuten 58 Fälle wurde eine Fallquote von 91,4% durch die Befragung abgedeckt. In der Mehrzahl (75%) vereinbarten die Leistungsanbieter drei bis zehn Plätze für ihre Fachdienste BWF. Der Fachdienst in Merxhausen mit 50 vereinbarten Plätzen nimmt durch seine über 10-jährige Erfahrung im BWF eine Sonderrolle ein. Sieben Leistungsanbieter (50%) bieten neben ambulanten und stationären Wohnformen das BWF als Angebotsbaustein an. Die andere Hälfte der Leistungsanbieter erbringt rein ambulante Betreuungsangebote.

Sofern der Leistungsanbieter ein Case Management⁷⁷ praktiziert, kann der Träger intern eine Potentialanalyse der Klienten hinsichtlich der individuellen Bedürfnisse durchführen. Ein solches Verfahren findet z.B. bei dem Lebenshilfe-Werk (LHW) Kreis Waldeck-Frankenberg e.V. statt. Der Fachdienst für das BWF ist hier direkt mit den anderen Wohnangeboten vernetzt. Die Mitarbeiterin des Fachdienstes für das BWF nimmt mit ihrer Leistungsform organisatorisch eine eigene Leitungsebene wahr. Sie erhält somit die notwendige Anerkennung für den Angebotsbaustein in der schwierigen Anlaufphase. Trotz des quantitativ kleinen Angebotes (sechs vereinbarte Plätze im BWF) ist die Mitarbeiterin in das Netzwerk der Leitungsrunde Fachbereich Wohnen/Offene Hilfen des Trägers eingebunden. Dies gewährleistet eine optimale Vernetzung für das BWF innerhalb des Trägers und erleichtert den Zugang zu potentiellen Klienten. Die Mitarbeiterin verwies darauf, dass die Unterstützung der Führungsebene und die Kooperation in der eigenen Einrichtung ihre Arbeit erleichtert hat. (Interview Frau Mankel, S. 89)

Der LHW Kreis Waldeck-Frankenberg e.V. ist einer der wenigen Leistungsanbieter, die den Fachdienst für das BWF neu und mit einer Vollzeitstelle besetzt haben. Neueinstellungen nahmen 28% der Leistungsanbieter vor (Anhang C, S. 83, C.3.b.). Von den verbleibenden Leistungsanbietern gaben 80% an, dass sie die Aufgabe für das BWF als Verantwortungsbereich den Mitarbeitern zusätzlich ohne Erhöhung des Stundenanteils übertrugen. Bei 57% der Leistungsanbieter arbeitet ein Mitarbeiter im Fachdienst für das BWF. Die Angaben über die Dauer der Arbeitszeit differieren zwischen stundenweiser Beschäftigung (5h/Woche), Teilzeitbeschäftigung (0,25 bis 0,5 VK) bis hin zur Vollzeitbeschäftigung. Bei 35% der Leistungsanbieter arbeiten zwei Mitarbeiter in der Regel stundenweise im Fachdienst für das BWF. Der Fachdienst in Merxhausen beschäftigt fünf Vollzeitkräfte.

⁷⁷ Case Management bezeichnet ein Ablaufschema organisierter bedarfsgerechter Hilfeleistung, in dem der Versorgungsbedarf eines Klienten quer zu den Dienstleistungen und Zuständigkeiten geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert wird. Vgl. Schröder, 2006, S. 40.

b. Motive für die Einführung des Leistungsangebotes (Anhang C, S. 78 ff., B.1.)

Die folgende Darstellung zeigt Sichtweisen zu Hintergründen, Motiven und Zielsetzungen der Leistungsanbieter vor Einführung des Leistungsangebotes:















Eigene Initiative des Leistungsanbieters zum Ausbau des Betreuungsangebotes	Ja		71,4%
	Eher ja		14,3%
	Eher nein		14,3%
	Nein		
Vernetzung verschiedener Betreuungsangebote (z.B. Wohnen im Verbund)	Ja		64,3%
	Eher ja		21,4%
	Eher nein		
	Nein		14,3%
Umsetzung der Forderung des Sozialgesetzbuches „ambulant vor stationär“	Ja		71,4%
	Eher ja		
	Eher nein		14,3%
	Nein		14,3%
Flexibler Einsatz von Leistungsangeboten als Grundlage einer personenzentrierten Hilfe	Ja		92,8%
	Eher ja		7,2%
	Eher nein		
	Nein		
Senkung von Personal- und Sachkosten durch flexible Erweiterung des Angebotes.	Ja		14,3%
	Eher ja		
	Eher nein		35,7%
	Nein		50,0%

Abb. 3: Hintergründe, Motive und Zielsetzungen der Leistungsanbieter, eigene Darstellung

Die Einführung des BWF durch die Leistungsanbieter war vor allem eigenmotiviert: Die hohe Zustimmung bei den Fragen zur Vernetzung der Wohnangebote, der Umsetzung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ sowie dem flexiblen Einsatz von Wohnangeboten beweisen diese These. Die Senkung von Personal- und Sachkosten durch die flexible Erweiterung der Angebotspalette wurde von den meisten Anbietern als Motiv nicht gesehen.

c. Unterstützung der Leistungsanbieter durch den LWV (Anhang C, S. 80, B.2.)

Die Darstellung verdeutlicht, wie die Leistungsanbieter die Rolle des LWV bewerteten:









Initiative des LWV Hessen, diese ambulante Wohnform im Versorgungsgebiet anzubieten.	Ja		50,0%
	Eher ja		28,5%
	Eher nein		
	Nein		21,5%
Der LWV hat die Einführung BWF als Angebotsbaustein in der Versorgungsregion von Anfang an intensiv und positiv unterstützt.	Ja		50,0%
	Eher ja		42,8%
	Eher nein		7,2%
	Nein		
Der LWV als überörtlicher Sozialhilfeträger ist bestrebt, diese ambulante Leistung flächendeckend in Hessen einzuführen.	Ja		84,6%
	Eher ja		15,4%
	Eher nein		
	Nein		

Abb. 4: Bewertung der Unterstützung durch den Leistungsträger, eigene Darstellung

Die Richtlinien für das BWF wurden durch die Leistungsanbieter wie folgt bewertet:


Die Richtlinien des LWV für das BWF sind als Handlungsanweisung für die Implementierung des Leistungsangebotes ausreichend.	Ja		28,5%
	Eher ja		50,0%
	Eher nein		14,3%
	Nein		7,2%

Abb. 5: Bewertung der Richtlinien, eigene Darstellung

Die Arbeit des LWV als konzeptioneller Ideengeber wird positiv bewertet. Die vertrauensvolle Zusammenarbeit auf der Arbeitsebene (z.B. Einzelfallsachbearbeiter, HPK, Teilnahme an den Regionaltreffen, etc.) fand Anerkennung (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S. 87). Die Richtlinien als erste Handlungsanweisung beurteilten 78,5% der Leistungsanbieter als ausreichend. Sie ersetzen aus Sicht von 85,8% der Leistungsanbieter eine eigene Strategie nicht, wie die folgende Auswertung zeigt:

Die konzeptionelle Umsetzung hängt von dem Leitgedanken, der Struktur/ Organisation und der Gesamtstrategie des Leistungsanbieters ab.	Ja		50,0%
	Eher ja		35,8%
	Eher nein		14,2%
	Nein		

Abb. 6: Zusammenhang der Umsetzung der Leistungsform und der Struktur/ Organisation des Leistungsanbieters, eigene Darstellung

d. Finanzierung des Fachdienstes für das BWF (Anhang C, S. 82, C.2.)

Im Gegensatz zum Pilotprojekt wird durch den LWV keine Anlauffinanzierung für das BWF gewährt. Beginnend mit dem vertraglichen Betreuungsverhältnis erhält der Fachdienst des Leistungsanbieters das Betreuungsentgelt in Höhe von 563,61 € monatlich. Alle Leistungsanbieter stehen deshalb in der Anlaufphase vor dem Problem der Anlauffinanzierung. Zwei Anbieter haben dieses Problem insofern gelöst, dass sie über die „Aktion Mensch“⁷⁸ eine Teilfinanzierung erlangt haben (Interview Frau Mankel, S. 89). Eine Aussage, inwieweit ein finanzieller Anreiz des Leistungsträgers die flächendeckende Implementierung vorantreiben könnte, kann nicht getroffen werden. Da sich die bisherigen Leistungsanbieter mit der Situation arrangiert haben (Interview Frau Mankel, S. 89), ist ein notwendiger Handlungsbedarf derzeit nicht ersichtlich.

Der Leistungsanbieter muss als sozialer Dienstleister wirtschaftlich agieren. Ein Budget zur Anlauffinanzierung wurde durch 64% der Leistungsanbieter festgelegt. Die Frage nach der Höhe des Budgets wurde nicht gestellt, da es um die konzeptionelle Ausrichtung des Anbieters ging. Von denjenigen, die ein Budget vereinbart hatten, trafen 55% eine Zielvereinbarung, ab welchem Zeitpunkt der Fachdienst für das BWF kostendeckend arbeiten soll.

e. Interne Strategie und konzeptionelle Umsetzung (Anhang C, S. 81, C.1.)

Die Einführung des BWF sollte von einer intensiven Reflexion über die eigenen Ziele, Erwartungen, absehbare Schwierigkeiten und das strategische Vorgehen begleitet werden.⁷⁹ Die gedankliche Zusammenfassung von Vorstellungen und die Darstellung von Handlungsprozessen ist wichtiger Bestandteil des Qualitätsmanagements. Sie legt verbindlich die Vision der eigenen Arbeitsweise des Leistungsanbieters fest. Sie dient der Prozesssteuerung und Selbstreflexion an Meilensteinen der Anlaufphase. Eine interne konzeptionelle Festlegung bejahten 75% der Anbieter. Von diesen haben 60% eine schriftliche Festlegung vorgenommen. Im Ergebnis verfügten 42% der Anbieter über eine schriftliche Konzeption, die u.a. Aussagen zur internen und externen Zusammenarbeit, zur Arbeitsweise und zur Finanzierung trifft. Zwei Anbieter (14%) wollen die Konzeption mit dem Start der Hilfe festschreiben.

f. Mitgliedschaft in Organisationen und Netzwerken (Anhang C, S. 77 ff., A.3. und A.4.)

Zwei Drittel der befragten Leistungsanbieter gaben an, Mitglied in mindestens einer der folgenden Organisationen zu sein (Anhang C, S. 76):

⁷⁸ Die Deutsche Behindertenhilfe – Aktion Mensch e.V. ist eine 1964 auf Initiative des Zweiten Deutschen Fernsehens entstandene deutsche Sozialorganisation, die sich durch Lotterie- und Spendeneinnahmen finanziert. Sie hat „die Selbstbestimmung und Würde jedes Menschen“ zum Ziel und unterstützt verschiedene Projekte finanziell.

⁷⁹ Vgl. Schöneberger/ Stolz, S. 37

- Landesarbeitsgemeinschaft Wohnen für behinderte Menschen e.V. (LAG Wohnen e.V.)
- Fachausschuss Familienpflege der DGSP

Darüber hinaus findet ein Austausch in regionalen/überregionalen Arbeitskreisen statt. Als wichtig und hilfreich haben sich das Regionaltreffen der Leistungsanbieter für das BWF in Nordhessen und der hessenweite Arbeitskreis BWF erwiesen.

Als beispielhaft wurde das Vorgehen des Fachdienstes von Vitos Kurhessen beobachtet und empfunden. Als Teilnehmer am Pilotprojekt in Hessen besitzt dieser Fachdienst eine besondere Verantwortung. Die Befragung ergab, dass 76% der Leistungsanbieter das Pilotprojekt kannten (Anhang C, S. 80, B.2.). Davon nutzen 70% die Erkenntnisse dieses Projektes. Einige Anbieter hospitierten in Merxhausen, andere haben die Weitergabe der Erfahrungen als positiv empfunden. Mitglieder des Teams aus Merxhausen hielten Vorträge in den Versorgungsregionen. Die Leiterin des Fachdienstes, Frau Dondalski, engagiert sich als Regionalbeauftragte Hessen der DGSP. Sie legt Wert auf eine „faire und kollegiale Zusammenarbeit“, verwies aber auch auf „wirtschaftliche Grenzen“ (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S. 87). Umso bemerkenswerter ist es, dass Merxhausen zwei akquirierte Familien in Nordhessen an die neuen Leistungsanbieter abgab. Im Kreis Waldeck-Frankenberg entstand dadurch ein Betreuungsverhältnis (Interview Frau Mankel, S. 90).

g. Klient und Familie (Anhang C, S. 84, D.):

Die Vermittlung von Klienten in Familien gestaltet sich bei allen Leistungsanbietern schwierig. 42% der befragten Leistungsanbieter konnten Klienten in Familien vermitteln. Von den verbleibenden Anbietern verwiesen zwei darauf, dass sie gerade mit dem Start des Leistungsangebotes beginnen. Eine Vermittlung von Klienten in Familie hielten 57% der Leistungsanbieter im 2. Halbjahr 2009 für möglich. Die angegebene Spannweite lag zwischen zwei und fünf vermittelbaren Klienten. Dies entsprach einem Potential von 25 zusätzlichen Fällen im BWF für das Jahr 2009.

Wie unter 5.1.1. dargestellt, ist der Stand der Implementierung bezogen auf die verschiedenen Personenkreise unterschiedlich vorangeschritten. Interessant ist in diesem Zusammenhang die Erfahrung der LHW Kreis Waldeck-Frankenberg e.V.. Dieser Anbieter erbringt die Leistungen sowohl für Menschen mit geistiger Behinderung als auch für Menschen mit seelischer Behinderung. Bei der Suche nach potentiellen Klienten stellte die Mitarbeiterin des Fachdienstes BWF fest, dass mögliche Kooperationspartner im regionalen Versorgungssystem (z.B. Sozialdienste der Krankenhäuser und der WfbM, Betreuungsstellen des Landkreises, Betreuungsvereine, gesetzliche Betreuer, etc.) den Zugang zum BWF für Menschen mit geistiger Behinderung eher weniger problematisch einschätzten als für den Personenkreis mit seelischer Behinderung (Interview Frau Mankel, S. 89). Erfahrungen aus der Modellregion Landkreis Dahme-Spreewald bestätigen diese Einschätzung.⁸⁰

Die Akquise von aufnehmenden Familien stand im Vordergrund der Leistungsanbieter. Die Öffentlichkeitsarbeit wird als wichtiges Instrument zur Gewinnung von Familien wird von allen Anbietern genannt. Dabei werden unterschiedliche Instrumente genutzt. Fast alle Anbieter versuchten über die lokale Presse mit Anzeigen oder Pressemitteilungen für ihr Leistungsangebot zu werben. In der Regel gelang damit die Akquise von aufnehmenden Familien. Einen Pool von aufnahmebereiten Familien besaßen 57% der Leistungsanbieter.

⁸⁰ Vgl. Schöneberger/ Stolz, S. 73.

h. Zusammenarbeit mit möglichen Kooperationspartnern in den Versorgungsregionen

Die Vorstellung und Bekanntmachung des BWF ist ein langwieriger schwieriger Prozess. Als negative Erfahrungen werten viele Leistungsanbieter die fehlende Akzeptanz bei Fachleuten und Kooperationspartnern (Anhang C, S. 83, C.4.). Trotz allgemein anerkannter Fachliteratur zum Thema ist viel Aufklärungsarbeit in der Anlaufphase erforderlich. Die fachliche Skepsis ist in allen Versorgungsregionen stark ausgeprägt. Aussagen möglicher Kooperationspartner, wie: „Das können jetzt Laien. Wie soll das passieren!“ (Interview Frau Mankel, S. 89) belegen die Vorbehalte. Hinzu kommen wirtschaftliche Interessen der Anbieter im stationären Bereich. Ein nicht belegter Platz im Wohnheim führt zu Mindererträgen.

i. Ausblick in die zukünftige Entwicklung des BWF (Anhang C, S. 85, E.)

Bewertung der zukünftigen Entwicklung der Leistungsform:

















BWF als zusätzlicher Angebotsbaustein in der Versorgungsregion ist für eine zielgerichtete personenzentrierte Hilfe notwendig	Ja		57,1%
	Eher ja		35,7%
	Eher nein		7,2%
	Nein		
Die Leistungsform wird bei den Leistungsanbietern an Bedeutung gewinnen.	Ja		69,2%
	Eher ja		23,1%
	Eher nein		7,7%
	Nein		
Der Ausbau der bisher vereinbarten Plätze im BWF wird durch den Leistungsanbieter angestrebt.	Ja		38,5%
	Eher ja		38,5%
	Eher nein		15,4%
	Nein		7,6%
Die Anzahl von 300 bis 400 vermittelten Klienten im BWF in Hessen als Zielsetzung in den nächsten Jahren ist realistisch.	Ja		7,2%
	Eher ja		50,0%
	Eher nein		28,6%
	Nein		14,2%

Abb. 7: Zukünftige Entwicklung der Leistungsform, eigene Darstellung

Die Leistungsanbieter sehen die Zukunft des BWF überwiegend positiv. Über 90% der Leistungsanbieter gehen davon aus, dass das BWF in die Angebotspalette der ambulanten Wohnformen gehört und an Bedeutung gewinnen wird. Potentiale für das BWF werden durchaus erkannt. Wenn auch zögernd, so denken ca. 75% der Leistungsanbieter über einen Ausbau der bisher vereinbarten Plätze nach.

j. Sachliche Zuständigkeit (Anhang C, S. 85, E.2.)

Die sachliche Zuständigkeit für die Leistungsform sollte gesetzlich beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe bleiben.	Ja		92,8%
	Eher ja		
	Eher nein		7,2%
	Nein		

Von den befragten Leistungsanbietern hielten 92% einen Verbleib der Leistungsform in der sachlichen Zuständigkeit des LWV über den 31.12.2012 hinaus für richtig. Der LWV als überörtlicher Leistungsträger bietet gute Voraussetzungen für die Einführung der Hilfeart. Erfahrungen aus Baden-Württemberg zeigen, dass einzelne örtliche Träger der Sozialhilfe nach Übernahme der sachlichen Zuständigkeit für das BWF in 2005 bis heute nicht in der Lage waren, Richtlinien für das BWF vorzulegen und Leistungsvereinbarungen zu schließen. Es besteht dort die Gefahr fehlender flächendeckender verbindlicher Mindeststandards durch unterschiedliche Regelungen in den Versorgungsregionen.⁸¹

⁸¹ Vgl. Becker, S. 5.

6 Perspektiven und Handlungsfelder zur Umsetzung der Leistungsform

Ziel ist es, aus den im vorherigen Kapitel gewonnenen Erkenntnissen, eigene Gedanken zur Weiterentwicklung der Leistungsform zu formulieren. Sie werden als Empfehlungen für die Ebene der Leistungsträger und der Leistungsanbieter dargestellt.

6.1 Empfehlungen an den Leistungsträger

a. Flächendeckende Umsetzung des Leistungsangebotes

Die flächendeckende Implementierung der Leistungsform in Hessen ist in einigen Versorgungsregionen bisher nicht gelungen. Große Unterschiede bestehen für die verschiedenen Personenkreise sowie in der Versorgung in Städten und ländlichen Regionen.

Betrachtet man ausschließlich die Anzahl der Leistungsanbieter, so sind von 31 Fachdiensten für das BWF nur 29,0% für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung tätig. Für diesen Personenkreis existierten 26 vereinbarte Plätze (Anhang B, S. 58 ff.). Zwei Menschen mit einer geistigen Behinderung wurden bisher in Familien vermittelt. (Stand: 30.06.2009). Seit Inkrafttreten der Richtlinien für das BWF sind 2 ½ Jahren vergangen. Der Leistungsträger sollte hinterfragen, warum eine Implementierung bisher für Menschen mit geistiger Behinderung nicht in dem Maße erfolgte, wie dies für den Personenkreis der Menschen mit seelischer Behinderung und Suchterkrankung gelang.

Ende 2009 sind alle Leistungsanbieter erstmalig zu einer Jahresdokumentation (Anhang A, S. 48, 10.) aufgefordert. Diese Datenerhebung ermöglicht neben den Erkenntnissen dieser Arbeit eine ergänzende Evaluierung zur Versorgungssituation des BWF in Hessen. Verbunden mit den Fallzahlen zum Jahresende 2009 wird eine Bewertung der Versorgungssituation durch den Leistungsträger nach diesem Stichtag empfohlen.

b. Unterstützung der Umsetzung des BWF in den Versorgungsregionen

Für den hessenweiten Aufbau des BWF ist die Unterstützung der Leistungsanbieter durch den LWV notwendig und wichtig. Die Leistungsanbieter setzen das BWF-Angebot als Erbringer der Leistungsform in den Landkreisen und kreisfreien Städten um. Sie sind bei der Vermittlung des Konzeptes in den Versorgungsregionen auf die begleitende Unterstützung des LWV angewiesen (Interview Frau Mankel, S. 90).

Die Verstärkung des bisherigen Einsatzes des LWV auf der Planungs- und Umsetzungsebene kann Befindlichkeiten und Skepsis bei den beteiligten Akteuren, insbesondere den Kooperationspartnern des BWF, schneller abbauen. Die Zielsetzung und das Verständnis des LWV vom Ausbau des BWF ist durch die Leitungs- und Arbeitsebene des LWV z.B. auf Tagungen, Regionalkonferenzen, Hilfeplankonferenzen oder Veranstaltungen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit noch stärker in das Bewusstsein der Akteure im Versorgungssystem zu bringen. Zu berücksichtigen ist das höchst komplexe System von Interessen, Bedürfnissen und Erwartungen der Vielzahl der Akteure, die in gewissen mehr oder weniger klaren und teilweise verkrusteten Abhängigkeiten zueinander stehen.⁸² Deshalb ist wichtig, auf Grundlage der Erfahrungen des Pilotprojektes und den derzeitigen in der Tendenz erkennbaren aufgezeigten positiven Entwicklungen, zu argumentieren. Grundkenntnisse über die Tradition und Geschichte der Leistungsform bieten weiter positive Anknüpfungspunkte, um den Vorbehalten im Versorgungssystem zu begegnen.

Regelmäßige halbjährliche Kurzinformationen des LWV über den Stand bzw. Fortschritt vom Aufbau des BWF oder Änderungen in den Leistungssätzen fördern neben der Information, die

⁸² Vgl. Kronenberger, S. 1.

Transparenz und den Erfahrungsaustausch. Sie dienen in der Anlaufphase der Vertrauensbildung der Kooperationspartner zum Leistungsangebot. Das Augenmerk des LWV muss eindeutig bei bisher nicht genutzten Potentialen der Leistungsanbieter und deren Kooperationspartnern (Sozialdienste, gesetzliche Betreuer, etc.) liegen. Diese könnten neben der genannten Information durch erlebbare Erfolge in der Versorgungsregion, z.B. Gespräche mit aufnehmenden Familien vor Ort oder auf den Hilfeplankonferenzen, überzeugt werden.

Der Erfahrungsaustausch des LWV mit den Fachdiensten für das BWF ist vorbildlich und anerkannt. Er dient dazu, Sichtweisen auszutauschen und Ideen für die zukünftige Ausrichtung des BWF zu entwickeln.

c. Öffentlichkeitsarbeit

Erfahrungen aus anderen Modellregionen und bei Vitos Kurhessen zeigten, dass BWF als kleiner Angebotsbaustein der ambulanten Wohnformen immer wieder in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu bringen ist (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S. 87). Der LWV hat mit Publikationen und der Unterstützung der Pressearbeit der Träger seinerseits einen Beitrag zur Öffentlichkeitsarbeit geleistet. Im Medium Internet nutzt der LWV seine Stellung als Ansprechpartner für Klienten und deren Umfeld bisher unzureichend. Unter www.lwv-hessen.de finden sich zwar unter der Sozialen Landkarte alle Informationen zu den Leistungsanbietern, weitergehende Informationen zum Leistungsangebot sind jedoch nur unter Nutzung spezieller Fachbegriffe über die Suchfunktion des Internetauftrittes abzurufen.

d. Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe

Die geplante Einführung der Personenzentrierten Steuerung der Eingliederungshilfe in Hessen (PerSEH)⁸³ bietet für das BWF eine größere Chance zur Wahrnehmung auf allen Ebenen. Die Orientierung an den individuellen Bedürfnissen des Klienten schärft ggf. den Blick für das BWF als interessante Alternative zu anderen Wohnformen.

Wachsende Teilhabeansprüche und demografischer Wandel auch bei den Menschen mit Behinderung einerseits, der Rückgang der Erträge in den öffentlichen Kassen auf der anderen Seite sind die Herausforderungen, vor denen der LWV derzeit als Leistungsträger der Behindertenhilfe steht. „Wir müssen gemeinsam an neuen, innovativen Modellen arbeiten, um die Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung in Hessen zukunftsfest zu machen. (...) Wir benötigen flexible und durchlässige Hilfen, damit noch mehr Menschen mit einer Behinderung den Schritt aus dem Wohnheim in ambulante Wohnformen gehen können.“⁸⁴

Wenn auch nur für einen kleinen Personenkreis, so bietet gerade das BWF einen solchen innovativen Ansatz und muss deshalb häufiger in den Focus einer individuellen Hilfeplanung für potenzielle Klienten rücken.

e. Zielsetzung für die zukünftige Entwicklung des BWF

Die Zielsetzung des LWV, in den nächsten Jahren 300 bis 400 Klienten in Familien unterzubringen⁸⁵, wird von Teilen der Leistungsanbieter (57,2%) als realistisch angesehen (Anhang C, S. 85, E.1.). Die anderen Anbieter antworteten eher skeptisch. Ausgehend von den Erfahrungen des Pilotprojektes und den Prognosen der Leistungsanbieter (Anhang C,

⁸³ Unter PerSEH wird ein Konzept der integrierten Teilhabeplanung verstanden, das den Menschen mit Behinderung in Hessen noch stärker in den Mittelpunkt des Handelns rückt. Die Hilfe soll individuell mit ihm gemeinsam entwickelt werden. Dieses Konzept wird derzeit in zwei Pilotprojekten (Fulda und Werra-Meißner-Kreis) umgesetzt.

⁸⁴ Vgl. LWV (Hrsg.), Pressemitteilung vom 11.08.2009.

⁸⁵ Vgl. LWV (Hrsg.), LWV-Info, 03+04/2007, S. 3.

S. 84, D.1.a.) kann die Anzahl von derzeit 61 Fällen in einem Zeitraum von ein bis zwei Jahren verdoppelt werden. Sollte eine ähnliche Entwicklung wie im Pilotprojekt Merxhausen einsetzen, wird eine Anzahl von 200 bis 250 Klienten in aufnehmenden Familien perspektivisch bis 2012 als realistisch angesehen.

6.2. Empfehlungen an die Leistungsanbieter

a. Organisatorische und personelle Voraussetzungen des Fachdienstes

Für große Träger ist das BWF im Leistungsangebot Wohnen quantitativ von eher geringer Bedeutung. Gemessen an stationären und ambulanten Wohnformen liegt der Anteil für das BWF in der Regel zwischen 2-10%. Umso wichtiger ist es für die Leistungsanbieter, die organisatorischen und personellen Ressourcen für den Fachdienst BWF zu schaffen.

Eine objektive Einschätzung, welcher Personalbedarf in der Anlaufphase erforderlich ist, lässt sich schwer treffen. Die Richtlinien für das BWF gehen von einem Betreuungsschlüssel 1:10 aus. Legt man diesen Maßstab zu Grunde, müssten 50% der Leistungsanbieter (weniger als 10 vereinbarte Plätze) mit einer Teilzeitbeschäftigung (0,3 bis 0,6 VK) auskommen (Anhang C, S. 82, C.3.a.). Die Beschäftigung von mindestens einer 0,5 VK für eine einjährige Anlaufphase wird als sinnvoll erachtet (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S. 87). Vergleichbar hatte der LWV während des Modellprojektes Merxhausen 1997 für die ersten zehn Monate die Finanzierung für eine 0,5 VK übernommen und dies mit einer Prognose für fünf vermittelte Klienten verbunden.

Begründet wird der Personalbedarf durch die erforderliche hohe soziale und fachliche Kompetenz der Mitarbeiter BWF. Die Vermittlung des Konzeptes in der Versorgungsregion setzt eine sorgfältige umfassende Vorbereitung voraus. Nur so kann der Fachdienst für das BWF argumentativ den Vorbehalten der Kooperationspartner in der Versorgungsregion begegnen.

Organisatorisch sollte dem Fachdienst für das BWF innerhalb des Trägers die notwendige Gleichberechtigung im Verhältnis zu anderen Wohnformen verschafft werden. Beispielhaft wurde die Verfahrensweise beim LHW Kreis Waldeck-Frankenberg e.V. beschrieben. Diese Regelung ist wegen organisatorischer Unterschiede nicht auf alle Träger anwendbar.

b. Strategie zur Umsetzung des BWF

Die Erarbeitung einer internen Konzeption zur Umsetzung der Hilfe ist für den Leistungsanbieter empfehlenswert.⁸⁶ Strategisches Vorgehen definiert Zielsetzungen sowie Handlungsfelder und beschreibt die eigene Vision im Umgang mit dem Leistungsangebot. Eine Konzeption dient der Überprüfung von Zielsetzungen zu bestimmten Meilensteinen und kann die Prozesssteuerung positiv begleiten.

Jeder Fachdienst für das BWF muss einen eigenen konzeptionellen Weg gehen. Dieser ergibt sich aus der Struktur, dem Leitbild des Trägers sowie regionalen Unterschieden.

c. Gewinnung von Klienten und Familien

Der Aufgabenschwerpunkt für den Fachdienst ist die Gewinnung von Klienten und aufnehmenden Familien. Um sie zu finden, ist die öffentliche Vermittlung des Konzeptes in der Versorgungsregion erste Voraussetzung. Zur Öffentlichkeitsarbeit gehört neben Anzeigen in den Medien die Präsentation von grundlegenden Informationen im Internet. Der Download bzw. Abruf von Kurzinformationen bietet für die Leistungsanbieter eine zu wenig genutzte Chance für den Erstkontakt zu den beteiligten Akteuren.

⁸⁶ Vgl. Schöneberger/ Stolz, S. 36 ff..

Die Gewinnung von aufnehmenden Familien gelingt in ländlicher Region gut. Die gesetzten Qualitätsstandards zur Auswahl der Familien sind vorbildlich (Anhang C, S. 84, D.2.). Zum Schutz des Klienten ist eine aufnehmende Familie mit Bedacht auszusuchen. Bei schnellen Vermittlungen geht das Qualitätsmerkmal der Suche nach einer passgenauen Familie für den Klienten verloren.⁸⁷

Für die Gewinnung von Familien in Städten suchen die Fachdienste derzeit nach Lösungen. Dabei steht man insbesondere vor der Frage, wie man Anreize für diese Familien über die derzeitigen Standards des BWF hinaus schaffen kann. Interessant wäre z.B. das Probewohnen bzw. ein befristetes Wohnen von Klienten in der aufnehmenden Familie.⁸⁸ Eventuell lassen sich dann Familien von einer dauerhaften Betreuung überzeugen.

Als Zielgruppe für die Akquise in Städten kommen insbesondere Familien in Betracht, bei denen ein hohes soziales Engagement bekannt ist. Das können Personen aus Kirchengemeinden oder aus anderen ehrenamtlichen Organisationen sein. Interessant sind ebenfalls Personen aus Pflegeberufen wie z.B. Therapeuten. Jedoch besteht bei dieser Personengruppe die Gefahr, dass der ursprüngliche Gedanke der aufnehmenden Familie als Laie (Anhang A, S. 44, 5.1) verloren geht.

Die Gewinnung von Klienten ist bisher schwierig. Diese Hürde kann nur übersprungen werden, wenn der Fachdienst für das BWF neben dem Aufbau von Kooperationsstrukturen eigene Perspektiven für potentielle Klienten entwickelt. Der Fachdienst für das BWF des LHW Kreis Waldeck-Frankenberg e.V. hat z.B. im Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der WfbM Klienten registriert, die in der Altersgruppe ab 40 Jahre zu Hause wohnen und deren betagte Eltern jederzeit ausfallen oder zum Pflegefall werden können. Werden diese Klienten aus ihrem Wohnumfeld herausgerissen, bleibt aufgrund der starken Abhängigkeit im familiären Umfeld nur der Weg in eine stationäre Einrichtung. Hier bietet das BWF eine interessante Alternative im Angebot der verschiedenen Wohnformen. (Interview Frau Mankel, S. 90)

d. Zusammenarbeit der Leistungsanbieter BWF in Netzwerken

Netzwerke ermöglichen den Teams Einblicke in die tägliche Arbeit, geben Erfahrungen weiter und dienen der Unterstützung mit Rat und Tat. Sie geben Motivation und Mut für die schwierige Anlaufphase.⁸⁹

„Vereinte Kraft ist zur Herbeiführung des Erfolges wirksamer als zersplitterte oder geteilte.“ Dieser Satz von Thomas von Aquin⁹⁰ sollte trotz der wirtschaftlichen Zwänge der Leistungsanbieter die Zusammenarbeit der Leistungsanbieter tragen. Nur wenn es gelingt, ein effizientes Netzwerk von Leistungsanbietern für das BWF aufzubauen, wird die Lobby für das BWF im regionalen und überregionalen Netzwerk zunehmen. Dies dient allen Leistungsanbietern.

e. Visionäre Haltung zur eigenen Arbeit

Der Hauptschlüssel für die erfolgreiche Implementierung des BWF liegt in der Akzeptanz in der Versorgungsregion. Der Weg der hessenweiten Einführung des BWF ist ein langer von Rückschlägen gekennzeichneter Prozess. Die meisten Leistungsanbieter erlebten, wie schwierig es ist, Klienten und aufnehmende Familien zu gewinnen (Anhang C, S. 83, E.4.).

⁸⁷ Vgl. Hagen, S. 40.

⁸⁸ Da ein Probewohnen bzw. befristetes Wohnen derzeit in Hessen finanziell durch den Leistungsträger nicht gefördert wird, müssten die Richtlinien für das BWF entsprechend angepasst werden.

⁸⁹ Vgl. Neukirchner, S. 8.

⁹⁰ Thomas von Aquin (1225 - 1274) ist einer der einflussreichsten Philosophen und Theologen der Geschichte.

Die Leistungsanbieter, speziell die Mitarbeiter in den Fachdiensten, sollten sich von Rückschlägen nicht entmutigen lassen. Wenn sie selbst von der Vision des Angebotes überzeugt sind, werden sich erste Erfolge einstellen. Die regionale Verankerung des BWF ist von Geduld, Gesprächsbereitschaft und Dialogfähigkeit abhängig. Dabei kann „man nicht auf die Uhr schauen“. (Interview Frau Dondalski/Herr Schmitt, S. 87)

7 Schlussbetrachtung

Das BWF ist bisher eine zu wenig beachtete Möglichkeit, welche die soziale Teilhabe von Klienten im Netzwerk normaler Alltagsstrukturen fördert. Die aus der traditionsreichen Psychiatrischen Familienpflege hervorgegangene Betreuungsalternative bietet nicht nur in Wohnheimen untergebrachten Menschen eine Chance auf ein privates Leben in einer aufnehmenden Familie. Die Auswertung von Klientendaten zeigt, dass auch Menschen, die auf eine assistierende Unterstützung über das Betreute Wohnen hinaus angewiesen sind, von dieser Hilfe profitieren.

Der LWV hat mit den Richtlinien für das BWF seine konzeptionelle Ausrichtung, die am gesetzlichen Auftrag der Selbstbestimmung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung ausgerichtet ist, verdeutlicht. Trotz aller fachlichen Skepsis war der steinige Weg der hessenweiten Implementierung richtig und notwendig. Die Betreuung von Klienten in aufnehmenden Familien gegenüber den herkömmlichen stationären Wohnangeboten ist möglich, wie die Erfahrungen des Pilotprojektes und der bisherigen Implementierung des BWF zeigten.

Die Datenanalyse bewies, dass die flächendeckende Implementierung der Leistungsform in Hessen noch im Anfangsstadium steckt. Positive Tendenzen in den Fallzahlen des 1. Halbjahres 2009 sowie Aussagen der Leistungsanbieter zu potenziell neuen Klienten bis Ende 2009 lassen Fortschritte erkennen. Um nachhaltige Erfolge zu erzielen, müssen weitere Anbieter insbesondere in bisher nicht versorgten Regionen gefunden werden.

Die Selbstständigkeit des Klienten und die Teilhabe am gemeinschaftlichen Leben der aufnehmenden Familie sprechen für eine Ausweitung des ambulanten Wohnangebotes. Es besteht die Chance, Menschen mit Behinderung wieder verstärkt auf die sozialpolitische Agenda zu setzen. Die im Artikel 19a der UN-Konvention zum Schutz und zur Förderung der Rechte behinderter Menschen geforderte Wahlfreiheit der Wohnform der Menschen mit Behinderung beinhaltet in diesem Sinne den Ausbau aller Betreuungsangebote, die eine stationäre Wohnform verhindern.⁹¹ Das Vorschlagspapier der 85. ASMK vom November 2008 zur Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe⁹² orientiert sich an der personenzentrierten Teilhabeleistung durch die stärkere Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und der Beachtung der Selbstbestimmungsrechte der Menschen mit Behinderung.⁹³

Das BWF ist eine ambulante Wohnform für Menschen mit Behinderung, die im Verhältnis zum Betreuten Wohnen eine geringere Bedeutung besitzt. Gemessen an den Leistungsberechtigten lag der Anteil des BWF bei den ambulanten Wohnformen (Betreutes Wohnen: ca. 8.700, BWF 47) in Hessen bei ca. 0,5 Prozent.⁹⁴ Das BWF ist daher immer wieder in das Bewusstsein der Akteure zu bringen, da es die Palette der Leistungsangebote ambulanter Wohnformen flexibilisiert und erweitert.

⁹¹ Vgl. ohne Autor, UN-Konvention stärkt Rechte psychisch Kranker, S. 27.

⁹² Vgl. ohne Autor, Vorschlagspapier Bund-Länder-Arbeitsgruppe, S. 4 ff..

⁹³ Vgl. Holke, S. 23.

⁹⁴ Die Daten wurden durch die LWV-Stabsstelle Controlling zur Verfügung gestellt.

Die Verantwortung für die Umsetzung des BWF in Hessen liegt bei den Leistungsanbietern. Wie schwer es ist, die Widerstände im Umfeld des Leistungsangebotes zu verringern, wurde beschrieben. Die Zielsetzungen der Selbstbestimmung und Teilhabe, die gesetzlich und jetzt in der UN-Behindertenrechtskonvention sowie dem Vorschlagspapier der ASMK deutlich zum Ausdruck gebracht werden, verlangen für den Prozess der Implementierung des BWF ein Miteinander von Leistungsträger und Leistungsanbieter. Nur wenn man sich gemeinsam dem Prozess der Weiterentwicklung des BWF stellt, wird man die damit verbundenen Herausforderungen bewältigen. Entsprechende Handlungsempfehlungen wurden in der Arbeit aufgezeigt.

„Nichts ist leicht, was sich wirklich lohnt“. Unter diesem Motto ist allen Akteuren im Sinne der Menschen mit Behinderung zu wünschen, dass sie sich begeistern lassen von einer Leistungsform, die mit ihrer historischen Tradition einen einzigartigen Weg für ein selbstständiges Leben von Klienten unter Begleitung einer aufnehmenden Familie verkörpert.

Literaturverzeichnis:

- Beddies/Schmiedebach Die Diskussion um die ärztlich beaufsichtigte Familienpflege in Deutschland. Sudhoffs Archiv 85, S. 82 ff.
- Böcker Von der Familienpflege zur offenen Fürsorge: Der Beitrag von Gustav Kolb zur deutschen Sozialpsychiatrie im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts. Sozialpsychiatrische Information 4/2004, S. 11 ff.
- Eisenhut Der Fachausschuss Familienpflege der DGSP. Sozialpsychiatrische Information 4/2004, S. 46 ff.
Fußnote: Vgl. Eisenhut, 2004, S.
- Eisenhut Zwischen Steuerlast und Zukunftschancen – Das Betreute Wohnen in Familien. Psychosoziale Umschau 1/2009, S.9 ff.
Fußnote: Vgl. Eisenhut, 2009, S.
- Griesinger Gesammelte Abhandlungen. 1872, Reprint 1968
- Hagen 10 Jahre Familienpflege in Völklingen – Erfahrungen, Daten, Ergebnisse, in Halt – Begegnung -Hoffnung Integration psychisch Kranker in Gastfamilien, 2006, S. 37 ff.
- Held Psychiatrische Familienpflege – Evaluation im Rahmen einer prospektiven Langzeitstudie, Die zweite Familie: psychiatrische Familienpflege; Geschichte, Praxis, Forschung, 1993, S. 130 ff.
- Hilzinger/Kunze/
Hufnagel Psychiatrische Familienpflege – auch für schwer beeinträchtigte Alkoholabhängige., Sucht, Heft 52, 2006, S. 187 -193
- Holke Reformbedarf bei der Eingliederungshilfe. Psychosoziale Umschau 1/2009, S. 23 ff.
- Knab Statistik über den Stand der Familienpflege der öffentlich deutschen Heil- und Pflegeanstalten im Sommer 1932. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschau 16/1933, S. 196 ff.
- Konrad/Schmidt-Michel Ist die Psychiatrische Familienpflege zeitgemäß? Die zweite Familie: psychiatrische Familienpflege; Geschichte, Praxis, Forschung, 1993, S. 10 ff.
Fußnote: Vgl. Konrad/ Schmidt-Michel, 1993, S.
- Konrad/Schmidt-Michel Rückfall in die Steinzeit? Eine Zwischenbilanz 20 Jahre nach der Wiederentdeckung der Psychiatrischen Familienpflege in Deutschland. Sozialpsychiatrische Information 4/2004, S.2 ff.
Fußnote: Vgl. Konrad/Schmidt-Michel, 2004, S.

-
- Kunze Die psychiatrische Klinik: Von Bettenzentrierten Stationen zu flexiblen personenzentrierten Behandlungsprozessen, 25 Jahre Psychiatrie-Enquete/ Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.), 2001
Fußnote: Vgl. Kunze, 2001, S.
- Kunze Administrative Phantasie in der psychiatrischen Versorgung – von antitherapeutischen zu therapeutischen Strukturen, 18.Tagung Aktion Psychisch Kranke (Hrsg.) 1992
Fußnote: Vgl. Kunze, 1992, S.
- LWL (Hrsg.) Richtlinien des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe für die Familienpflege erwachsener behinderter Menschen in der Fassung vom 20.04.2005, Anhang A, S. 54
- LWV (Hrsg.) Richtlinien für das „Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ vom 21.03.2007, Beschluss der Verbandsversammlung des LWV Hessen vom 21.03.2007 (Beschluss Nr. XIV/8), Anhang A, S. 42
- LWV (Hrsg.) Zimmer mit Familienanschluss. Von der Psychiatrischen Familienpflege zum Begleiteten Wohnen von behinderten Menschen in Familien. LWV-Info, Sonderdruck 03+04/2007
- LWV (Hrsg.) Jubiläumsausgabe 50 Jahre LWV, LWV-Info 01-02/2003,
- LWV (Hrsg.) Psychiatrische Familienpflege – Positive Zwischenbilanz, Sonderdruck LWV-Info 1/ 2001,
- LWV (Hrsg.) PKH Eichberg: Korsakow-Station, Sonderdruck LWV-Info 2/93
- LWV Württemberg-Hohenzollern LWV-aktuell Nr.2/1986
- Müller Das Vorbild Gheel und die psychiatrische Familienpflege im 19. Jahrhundert., Sozialpsychiatrische Information 4/2004, S. 7 ff.
- Neukirchner Psychiatrische Familienpflege in Thüringen – von der Idee zum Projekt. Psychiatrische Familienpflege in Thüringen – Evaluation des Modellprojekts Betreutes Wohnen in Familien., 2008, S.7 ff.
- Schellhorn,/Jirazek,/ Seipp Kommentar zum Bundessozialhilfegesetz., 15. Aufl., Berlin 1997
- Schernus Teufel und Beelzebub – Familienpflege – Alternative zum Heim? Soziale Psychiatrie 3/2005, S. 17-21

- Schönberger/Stolz Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch für die Praxis. Psychosoziale Arbeitshilfe 22, 2003
- Schönhut-Keil Fazit und Ausblick: Fit für die Zukunft? Der Reiz des Unentdeckten - Neue Wege zu personenzentrierten Teilhabeleistungen in Hessen, 2008, S. 9 ff.
- Schrader Warum nehmen Familien psychisch kranke Gäste auf? Psychiatrische Familienpflege in Thüringen – Evaluation des Modellprojekts Betreutes Wohnen in Familien, 2008, S. 54 ff.
- Schröer Case Management in Lernende Organisationen – eine Funktionsbestimmung aus organisatorischer Sicht. Brinkmann (Hrsg.) Case Management – Organisationsentwicklung und Change Management in Gesundheits- und Sozialunternehmen, 2006
- Sommer/Dondalski/
Schmidt Begleitetes Wohnen in Gastfamilien als lebenswerte Alternative für Menschen mit einer Alkoholdemenz, Sozialpsychiatrische Information 4/2004, S. 22 ff.
- Stolz Betreuung psychisch kranker Menschen in Gastfamilien – Pilotprojekt im Land Brandenburg. Sozialmedizin in der Sozialarbeit, Forschung für die Praxis, Berlin 2003; S. 111 ff.
- UN-Konvention stärkt Rechte psychisch Kranker, Psychosoziale Umschau 1/2009, S. 25 ff.

Internetquellen:

- Becker Rundbrief DGSP-Fachausschuss vom November 2008
Download unter: www.bwf-info.de/bwf_e2/Aktuelles_frame.htm (05.08.2009)
- Eisenhut Entwicklung des Betreuten Wohnen in Familien in Deutschland, Vortrag am 26.03.2007 in Berlin, S. 3 ff, Fußnote: Vgl. Eisenhut, Vortrag 2007, S.
http://www.bwfberlin.de/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=14&Itemid=32 (Abruf 05.08.2009)
- Hessisches Landesamt
für Statistik (Hrsg.) Weniger Einwohner in Hessen – leichte Zunahme in den kreisfreien Städten. Pressemitteilung 145/2009 des Hessischen Statistischen Landesamtes 22.07.2009.
<http://www.statistik-hessen.de/Presse/Presse2.jsp?Thema=1&LfdNr=145&Auswahl=Pressemeldung%20vom%2022.07.2009> (Abruf 05.08.2009)

- Kronenberger
 ZPE Fachtagung: „Wie betreut man Wohnen? Perspektiven der Unterstützung von Menschen mit Behinderungen im Alltag“ Universität Siegen, 3. März 2009 Vortrag zum Thema: „Individuelle Teilhabeplanung“ ZPE-Fachtagung in Siegen vom 03.03.2009
http://www.uni-siegen.de/zpe/veranstaltungen/aktuelle/betreuteswohnen/kronenberger_ag_9_2.pdf
 (Abruf 05.08.2009)
- LWV (Hrsg.)
 Pressemitteilung des LWV vom 24.06.2009. „Resolution zur Finanzierung der Eingliederungshilfe“ verabschiedet durch die LWV-Verbandsversammlung am 24.06.2009
http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/_c-549/_nr-15/i.html (Abruf 05.08.2009)
- LWV (Hrsg.)
 Pressemitteilung des LVW vom 24.06.2009.
 „Verbandsversammlung beschließt Rahmenvorgabe für Haushalt 2010“
http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article_presse.php/_c-255/_cat-12/_nr-527/_p-1/i.html
 (Abruf 05.08.2009)
- LWV (Hrsg.)
 Pressemitteilung des LVW vom 11.08.2009
 „Mehr ambulante Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung“
http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/_c-486/i.html (Abruf 11.08.2009)
- LWV (Hrsg.)
 LWV-Newsletter vom 25.03.2009
http://www.lwv-hessen.de/webcom/show_article.php/_c-493/_nr-21/i.html (Abruf 05.08.2009)
- Vitos Kurhessen (Hrsg.)
 Psychisch Kranke suchen Gastfamilien in Kassel. Pressemitteilung vom 19. März 2009
<http://www.zsp-kurhessen.de/vitos-klinik-fuer-psychiatrie-und-psychotherapie-merxhausen-kpp/aktuelles/> (Abruf 05.08.2009)

Internetquellen ohne Autor:

Psychiatrie-Enquete (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland. Bonn Bundesdrucksache 7/4200

http://www.dgppn.de/de_enquete-1975_39.html (Abruf 05.08.2009)

Konvention der Vereinten Nationen zum Schutz und zur Förderung der Rechte behinderter Menschen Bundestagsdrucksache 16/10808

http://www.behindertenbeauftragte.de/nn_1369658/Al/Service/Downloads/Downloads__node.html?__nnn=true (Abruf 05.08.2009)

Beschluss der 85. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder (ASMK)

<http://www.stmas.bayern.de/wir/asmk2009/ergebnis.htm> (Abruf 05.08.2009)

Vorschlagspapier der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen“ der 85. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Arbeit und Soziales der Länder

http://www.selbsthilfe.paritaet.org/index.php?id=465&tx_ttnews%5Btt_news%5D=2777&tx_ttnews%5BbackPid%5D=465&cHash=826f756662 (Abruf 05.08.2009)

Wirtschaftsstadt Frankfurt - Die Pendler tragen das Geld davon, auf www.fr-online.de vom 27.05.2009

http://www.fr-online.de/frankfurt_und_hessen/nachrichten/frankfurt/?em_cnt=1773255& (Abruf 05.08.2009)

Anhang

Anhang A Seite 42 - 55

Richtlinien des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen für das Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien in der Fassung vom 21.03.2007	42
Auszug Muster Betreuungsvertrag (Stand Juli 2009)	49
Auszug Richtlinien des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe für die Familienpflege erwachsener behinderter Menschen in der Fassung vom 20.04.2005	54
Auszug Familienpflegevereinbarung des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe	54

Anhang B Seite 55 - 68

Soziale Landkarte Begleitetes Wohnen behinderter Menschen in Hessen	
Fachbereich 206 - Menschen mit geistiger Behinderung	56
Fachbereich 207 - Menschen mit seelischer Behinderung und mit Abhängigkeitserkrankungen.....	57
Leistungsanbieter Begleitetes Wohnen behinderter Menschen in Hessen	
Versorgungsregion Kassel	58
Versorgungsregion Darmstadt	59
Versorgungsregion Wiesbaden	60
Datenerhebung - Auswertung Klient-bezogener Daten	61
Modell finanzieller Vergleich (tägliche Aufwendungen) zwischen BWF, Betreutem Wohnen und Wohnen im stationären Bereich (Stand 01.07.2009)	67

Anhang C Seite 69 - 85

Fragebogen an die Leistungsanbieter Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Hessen	69
Evaluierung des Fragebogens an die Leistungsanbieter	76

Anhang D Seite 86 - 90

Experteninterviews	
Interview Frau Dondalski, Herr Schmitt	86
Interview Frau Lingelmann	88
Interviewe Frau Mankel	89

Anhang E Seite 89

Erklärung zur Diplomarbeit	91
----------------------------------	----

**Richtlinien für das Begleitete Wohnen von behinderten
Menschen in Familien in der Fassung vom 21.03.2007**
(Finanzielle Leistungen angepasst: Stand 01.07.2009)

Vorbemerkungen

Am 12.02.1997 (Beschluss Nr. XI/294) hat die Verbandsversammlung des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen (LWV) die „Richtlinien für die Familienpflege für psychisch Behinderte - Psychiatrische Familienpflege -“ beschlossen, die während einer 5-jährigen Pilotprojektphase erprobt werden sollten. Am Ende dieser Projektphase stand fest, dass die Betreuung von psychisch behinderten Menschen in Familien für diejenigen die geeignete Betreuungsform darstellt, die nicht allein wohnen können und ansonsten in einer stationären Einrichtung leben müssten. Aus diesem Grund erteilte die Verbandsversammlung durch Beschluss am 04.12.2002 (Beschluss Nr. XIII/96) der Verwaltung den Auftrag, die „Richtlinien ..“ unter Berücksichtigung der im Rahmen des Pilotprojektes gesammelten Erfahrungen und mit dem Ziel, dieses Betreuungsangebot weiterzuentwickeln, zu überarbeiten.

Die psychiatrische Familienpflege, die künftig in „Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen in Familien“ umbenannt wird, weil unter dem Begriff „Pflege“ rechtlich eine andere Betreuungsform zu verstehen ist, verbindet den Vorrang der offenen Hilfe nach § 13 (1) Satz 3 und 4 Sozialgesetzbuch (SGB) Zwölftes Buch (XII) - Sozialhilfe - in vorbildlicher Weise mit dem Erfordernis Kosten einzusparen, wo immer dies möglich und gerechtfertigt ist.

Die vorliegenden Richtlinien schaffen die Voraussetzungen dafür, das Begleitete Wohnen allen behinderten Menschen als ambulante Leistung zu erschließen, für die diese Form der Betreuung die gemäß § 9 SGB XII nach der Besonderheit des Einzelfalles richtige Leistung ist. Künftig besteht zudem die Möglichkeit, die professionelle Begleitung der behinderten Menschen und der aufnehmenden Familie nicht nur in Verantwortung des LWV Hessen oder der in seiner Trägerschaft stehenden Einrichtungen und Dienste durchzuführen, sondern auch sonstige Träger mit dieser Aufgabe auf Antrag zu betrauen, wenn ihre Eignung gegeben ist.

1. Rechtsgrundlage:

Das Begleitete Wohnen behinderter Menschen in Familien fördert der LWV Hessen in Abstimmung mit den Kommunalen Spitzenverbänden in Hessen im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen als offene Hilfe gemäß § 97 (5) SGB XII, um den Vorrang ambulanter Betreuungsangebote gemäß § 13 (1) Satz 3 SGB XII umzusetzen und den finanziellen Aufwand für die ansonsten erforderliche stationäre Hilfe gemäß § 100 Abs.1 Ziffer 1 BSHG (ab 01.01.2007 ist § 97 (3) Satz 1 Nr. 1 SGB XII i. V. m. d. Hessischen Ausführungsgesetz zum SGB XII –HAG/SGB XII- Rechtsgrundlage) zu minimieren.

Diese Regelung gilt solange, bis im HAG/SGB XII eine Neubestimmung der sachlichen Zuständigkeit für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen getroffen wurde. Das Begleitete Wohnen wird nach der gegenwärtigen Sachlage zusammen mit dem Betreuten Wohnen für behinderte Menschen in die sachliche Zuständigkeit der örtlichen Träger der Sozialhilfe mit Ablauf des 31.12.2008 übergehen.

Bis dahin erbringt der LWV Hessen das Begleitete Wohnen behinderter Menschen in Familien aus einer Hand und übernimmt folgerichtig bei Bedarf die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bzw. Hilfen zum Lebensunterhalt nach SGB XII für den in eine Familie aufgenommenen behinderten Menschen im Rahmen dieser „Richtlinien...“, soweit nicht vorrangig Anspruch auf Grundsicherung für Arbeitsuchende nach SGB II besteht.

Begleitetes Wohnen als ambulante Leistung ist eine Form ambulant betreuter Wohnmöglichkeiten im Sinne des § 98 (5) SGB XII.

2. **Aufgabe des Begleiteten Wohnens**

- 2.1. Begleitetes Wohnen bedeutet die Aufnahme und Betreuung von behinderten Menschen in Familien anstelle einer sonst erforderlichen stationären Betreuung gegen angemessene Erstattung der Aufwendungen.
- 2.2. Der behinderte Mensch und die Familie werden währenddessen durch Fachkräfte des Trägers des Begleiteten Wohnens (im nachfolgenden Fachdienst genannt - Ziffer 6.3 -) professionell beraten und unterstützt.

3. **Ziel des Begleiteten Wohnens**

Das Begleitete Wohnen soll auf Wunsch der behinderten Menschen eine ihren Bedürfnissen entsprechende, familienbezogene und individuelle Lebensform ermöglichen. Ziel ist die Förderung der sozialen Integration und der Verselbständigung entsprechend den Möglichkeiten des Einzelnen, insbesondere durch

- Stabilisierung und Weiterentwicklung von lebenspraktischen Fähigkeiten/ Fertigkeiten,
- selbständige Lebensführung und weitest gehende Unabhängigkeit von Betreuung,
- Hinführung zu einer angemessenen Tagesstruktur, Ausbildung oder Erwerbsfähigkeit sowie Freizeitgestaltung,
- Stabilisierung der physischen und psychischen Gesundheit,
- Erhaltung und Verbesserung von Mobilität und Orientierung,
- Bewältigung von Konflikt- und Krisensituationen,
- Bewältigung von behinderungs-, alters- und krankheitsbedingten Abbauprozessen,
- Aufrechterhaltung und Verbesserung der Teilhabe am Leben im sozialen Umfeld

4. **Personenkreis**

- 4.1 Das Begleitete Wohnen kommt für erwachsene behinderte Menschen im Sinne des § 100 Abs. 1 Nr. 1 BSHG in Betracht, die **nicht**

- allein in einer Wohnung bzw. im Betreuten Wohnen leben können,
- von ihren Familien betreut werden (können)

und ansonsten stationär in einer Einrichtung versorgt werden müssten.

Dasselbe gilt für behinderte Menschen, die bereits in stationären Einrichtungen leben und dieser Form der Hilfe nicht (mehr) bedürfen.

Voraussetzung für die Aufnahme in das Begleitete Wohnen ist der Wunsch des Menschen mit Behinderung, in einer Familie zu leben. In eine Familie können selbstverständlich nur diejenigen aufgenommen werden, die ihre Einwilligung erteilen. Für die Einwilligung ist die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit - unabhängig von einer ggf. zusätzlich erforderlichen Einwilligung des gesetzlichen Vertreters - ausreichend.

In der Regel kommen für die Aufnahme in eine Familie keine Personen in Betracht, die z. B.

- akut suchtmittelabhängig,
- akut suizidal
- erheblich aggressiv

sind und/ oder deren

- Verhaltensauffälligkeit sich nicht in einem sozial zumutbaren Rahmen bewegt.

- 4.2 Über die Aufnahme und Betreuung in einer Familie entscheidet der Kostenträger des Begleiteten Wohnens nach vorheriger Empfehlung der Belegungs- und Hilfeplan-konferenz. Bis zu einer endgültigen Bestimmung der sachlichen Zuständigkeit gemäß § 97 Abs. 3 SGB XII i. V. m. dem HAG/SGB XII ist dies bis zum 31.12.2008 in Hessen der LWV Hessen.

Der LWV Hessen ist bereits der zuständige Kostenträger gemäß § 100 Abs. 1 Nr. 1 BSHG für die stationäre Betreuung des behinderten Menschen oder er wird künftig der zuständige Kostenträger für eine sich abzeichnende stationäre Betreuung werden, wenn eine Integration des behinderten Menschen in eine Familie nicht möglich sein sollte. Aufnahme in das Begleitete Wohnen in Familien können auch die behinderten Menschen finden, für die zurzeit ein anderer Sozialhilfeträger örtlich zuständig ist. Dessen Anerkennung über seine anhaltende Leistungspflicht für das Begleitete Wohnen des behinderten Menschen in einer Familie als ambulant betreute Wohnmöglichkeit gemäß § 98 (5) SGB XII ist ebenfalls vor Aufnahme einzuholen.

5. Familie

- 5.1 Die Familien sollen „Laien“ auf dem Gebiet der Versorgung des in Frage kommenden Personenkreises sein.

Mitglieder der Familie dürfen wegen möglichem Interessenwiderstreit keine Betreuung nach den §§ 1896 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) für die in ihren Haushalt aufgenommenen behinderten Menschen übernehmen.

Das Begleitete Wohnen bei den Eltern oder den Kindern des behinderten Menschen ist auf der Grundlage dieser Richtlinien ausgeschlossen.

In einer Familie sollen höchstens zwei behinderte Menschen betreut werden können. Im Einzelfall kann eine andere Entscheidung getroffen werden.

- 5.2 Die Familien werden vom Fachdienst des Trägers des Begleiteten Wohnens betreut.
- 5.3 Die Familie soll den behinderten Menschen nicht nur einfach beherbergen, sondern ihn in seiner Entwicklung zu mehr Selbständigkeit fördern und in die Familie integrieren. Dazu gehört dessen Einbeziehung in den Familienalltag z. B. mit der gemeinsamen Einnahme der Mahlzeiten.

Die Familie kann das neue Familienmitglied im üblichen familiären Rahmen an hauswirtschaftlichen Arbeiten beteiligen, soweit sie bzw. er dazu in der Lage ist.

- 5.4 Die Familie stellt mindestens ein möbliertes Zimmer in einem für Familienmitglieder üblichen Rahmen zur Verfügung. Der behinderte Mensch hat das Recht, auf eigene Kosten das Zimmer anders zu gestalten (mit Ausnahme baulicher Veränderungen).
- 5.5 Hausbesuche durch den Fachdienst müssen möglich sein, so oft sie für erforderlich gehalten werden. Die Familie kann sich in Problemsituationen jederzeit an den Fachdienst wenden.

Der Träger des Begleiteten Wohnens benennt deshalb auch für Krisensituationen außerhalb der üblichen Dienstzeiten einen qualifizierten Ansprechpartner für die Familien.

6. Träger des Begleiteten Wohnens

6.1 Träger des Begleiteten Wohnens für behinderte Menschen in Familien können sein:

- Träger von Einrichtungen der stationären Eingliederungshilfe oder des Betreuten Wohnens, mit denen der LWV Hessen eine Vereinbarung nach § 75 Abs. 3 SGB XII abgeschlossen hat,
- Krankenhausträger
- Sonstige Träger, die über geeignete Fachkräfte verfügen und die Gewähr für eine kontinuierliche und qualifizierte Betreuung behinderter Menschen bieten.

Über die Anerkennung entscheidet der LWV Hessen aufgrund des Antrages und der vorgelegten Konzeption. Der zuständige örtliche Sozialhilfeträger wird über die Anerkennung von Trägern des Begleiteten Wohnens in seinem Zuständigkeitsbereich unter Beifügung des Antrags und der Konzeption unterrichtet.

6.2 Das Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien stellt einen Angebotsbaustein in einer Versorgungsregion dar. Die Mitarbeit in und die Vernetzung mit örtlichen Gremien und Diensten der Behindertenhilfe ist zwingende Voraussetzung für die Anerkennung als Träger des Begleiteten Wohnens. Daher wird bereits beim Anerkennungsverfahren berücksichtigt, ob ein Träger auch im Sinne dieses Vernetzungsgedankens mit seinem Angebot in der Region integriert werden kann und ob der Träger die Vernetzung mit den übrigen Angeboten sicherstellen wird. Die Zusammenarbeit soll den in einer Familie lebenden behinderten Menschen bei einer Beendigung der Betreuung die Sicherheit bieten, bei weiterhin notwendigem Hilfebedarf in die bekannte stationäre Einrichtung oder eine andere geeignete Einrichtung aufgenommen werden zu können, ohne die vertraute Umgebung wechseln zu müssen.

6.3 Der Träger des Begleiteten Wohnens richtet einen Fachdienst zur professionellen Unterstützung der Familien ein, die einen behinderten Menschen aufnehmen. Das Nähere wird in den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen gemäß § 75 (3) SGB XII geregelt. Davon ausgenommen ist das Begleitete Wohnen behinderter Menschen in Familien am Zentrum für soziale Psychiatrie Kurhessen, dessen Personalschlüssel gemäß Ziffer 4.1 der bisher geltenden "Richtlinien für die Familienpflege für psychisch Behinderte -psychiatrische Familienpflege" festgelegt ist.

6.4. Der Fachdienst wählt geeignete Familien durch Überprüfung der häuslichen und familiären Verhältnisse zur Aufnahme von behinderten Menschen aus. Dem einzelnen behinderten Menschen wird eine Familie, in der er künftig leben könnte, empfohlen.

Der Fachdienst hat die Aufgabe, den behinderten Menschen und die Familie in allen sich aus dem Begleiteten Wohnen ergebenden fachlichen, rechtlichen und finanziellen Fragen zu unterstützen.

Dazu gehören insbesondere:

- Regelmäßige und qualifizierte Beratung in Form von Hausbesuchen
- Gewährleistung der Betreuungskontinuität durch zugeordnete Ansprechpartner
- Erstellung eines Integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplans -IBRP-/ Integrierter Hilfeplan -IHP- und dessen Fortschreibung
- Förderung der Ressourcen des neuen Familienmitgliedes und der Familie und ihre Einbeziehung in den Alltag
- Vermittlung ergänzender Hilfsangebote

- Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen Kostenträger, Familie, gesetzlichem Vertreter und behindertem Menschen
- Krisenintervention
- Regelmäßige Teilnahme an Supervision
- Dokumentation

Des Weiteren hat der Fachdienst die Aufgabe, Maßnahmen zu ergreifen, die der Vernetzung der Angebote in der Region dienen.

- 6.5 Der Kostenträger überweist das Betreuungsgeld an die Familie; die Leistungen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes und der Unterkunft werden an den Leistungsberechtigten, ersatzweise seinen gesetzlichen Betreuer ausbezahlt. Der Leistungsberechtigte oder dessen gesetzlicher Betreuer sind verpflichtet, die Leistungen zur Sicherstellung des Lebensunterhaltes (ohne den Barbetrag und die Bekleidungs-pauschale) und der Unterkunft an die Familie weiterzuleiten. Dies gilt auch, soweit Anspruch auf ein Pflegegeld nach § 37 SGB XI/§ 64 SGB XII zur Sicherstellung der erforderlichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung besteht. Abweichende Regelungen sind im Vertrag nach Ziffer 8.2 zu berücksichtigen.

7. Finanzierung der Maßnahme

- 7.1 Die Familien erhalten ein monatliches Betreuungsgeld von in Höhe von 358,61 € (ab 01.07.2009), sofern Leistungen aus der Pflegeversicherung gezahlt werden. Besteht kein Leistungsanspruch gegenüber der Pflegeversicherung, wird das Betreuungsgeld auf einen Betrag von 573,61 € aufgestockt.

Kürzungen des Betreuungsgeldes aus Anlass eines Besuches einer ambulanten oder teilstationären Einrichtung werden nicht vorgenommen

- 7.2 Für die Sicherstellung des Lebensunterhaltes und der Unterkunft des behinderten Menschen werden bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen Hilfen zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung nach SGB XII durch den LWV Hessen in Höhe des Regelsatz eines Haushaltsangehörigen (80% des Eckregelsatzes) von zur Zeit monatlich 287,00 € bewilligt. In diesem Betrag sind gleichzeitig der Barbetrag und die Bekleidungs-pauschale nach § 35 (2) Satz 1 SGB XII in Höhe von 96,93 € und 30,50 € berücksichtigt worden. Die Bekleidungs-pauschale und der Barbetrag stehen dem behinderten Menschen entsprechend ihrer Bestimmung zur freien Verfügung zu.

Die Mietpauschale beträgt 111,00 € monatlich.

Mehrbedarf wird unter den Voraussetzungen des § 30 SGB XII bewilligt.

Damit sind alle laufenden Aufwendungen für den Lebensunterhalt einschl. der Unterkunft gedeckt.

- 7.3 Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung und Pflegeversicherung sowie für eine angemessene Haftpflichtversicherung (Die Frage der Haftung für Schäden ist mit dem Servicebereich Versicherungswesen des LWV Hessen noch abschließend zu klären.) werden bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen für den behinderten Menschen übernommen.

Bei nicht gesetzlich oder freiwillig Krankenversicherten erfolgt eine Anmeldung bei der Krankenkasse gemäß § 264 (2) SGB V; bei Vorliegen der Voraussetzungen wird Hilfe zur Pflege nach Kapitel 7 SGB XII bewilligt.

- 7.4 Die Fahrtkosten einer Ferienreise, die der behinderte Mensch mit der Familie antritt, werden jährlich auf Nachweis und bei sozialhilferechtlicher Bedürftigkeit bis zu einem

Betrag von 154 € übernommen. Über hiervon abweichende Rahmenbedingungen einer Ferienreise wird auf Antrag im Einzelfall entschieden.

- 7.5 Soweit die Familie den Urlaub allein verbringt, wird der Betreuung des behinderten Menschen in einer geeigneten Ersatzfamilie der Vorzug vor einem ansonsten erforderlich werdenden stationären Aufenthalt gegeben.

Wird die Betreuung während der urlaubsbedingten Abwesenheit der Familie durch eine andere Familie gewährleistet, wird an die aufnehmende Familie pro Betreuungstag 1/30 des Betreuungsgeldes nach Ziffer 7.1. und als Hilfe zum Lebensunterhalt/Grundsicherung bewilligten Pauschale mit je 1/30 täglich gezahlt. Über eine analoge Anwendung dieser Regelung bei einer Unterbrechung der Betreuung aus anderen als urlaubsbedingten Gründen wird im Einzelfall durch den Kostenträger eine Entscheidung getroffen.

- 7.6 Das Betreuungsgeld nach Ziffer 7.1 wird bei einem Urlaub der Familie, in dem keine Betreuungsleistungen erbracht werden, für längstens 21 Tage weitergezahlt. Bei einem längeren, über 21 Tage hinausgehenden Urlaub, wird das Betreuungsgeld für den Restmonat anteilig in Höhe von 1/30 ab dem Tag gezahlt, an dem die Betreuung durch Rückkehr des behinderten Menschen in die Familie wieder aufgenommen wird

Die nach Ziffer 7.2 als Hilfe zum Lebensunterhalt bzw. Grundsicherung nach SGB XII bewilligte Pauschale wird abzüglich des dem behinderten Menschen zustehenden Barbetrages und der Bekleidungspauschale ab Urlaubsbeginn der Familie in Höhe von 1/60 pro Urlaubstag gekürzt.

- 7.7 Bei vorübergehendem stationären Krankenhausaufenthalt des behinderten Menschen, der länger als 3 Tage dauert, werden die Beträge nach den Ziffern 7.1. und 7.2 bis zur Dauer von kalenderjährlich 60 Tagen weitergezahlt, um den Aufwand der Familie, der mit der Aufrechterhaltung von Betreuungsleistungen verbunden ist (z. B. Fahrtkosten, Zeitaufwand für regelmäßige Besuche, Regelung von Angelegenheiten im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt usw.), angemessen abzugelten.

Verlängerungen sind im Einzelfall auf Antrag möglich. Anträge müssen rechtzeitig vor Ablauf der Frist begründet werden. Werden die kalenderjährlich festgelegten Höchstwerte überschritten, ohne dass vorher die Verlängerung rechtzeitig begründet worden ist, kann die Überschreitung der Frist nachträglich nur dann genehmigt werden, wenn eine vorherige Antragstellung unmöglich war.

Für die Zeit der Abwesenheit, für die Beträge weitergezahlt werden, ist der Betreuungsplatz freizuhalten und eine Rückkehr muss möglich sein. Sobald erkennbar wird, dass der behinderte Mensch nicht in die Familie zurückkehrt, ist das Betreuungsverhältnis unverzüglich zu beenden. Der Träger des Begleiteten Wohnens dokumentiert die Zeiten der Abwesenheit und legt sie auf Anforderung dem LWV Hessen vor.

- 7.8 Mit den geeigneten Trägern des Begleiteten Wohnens nach Ziffer 6.1 dieser Richtlinien wird eine Vereinbarung nach § 75 (3) SGB XII geschlossen. Die Personal- und Sachkosten des Fachdienstes werden über eine Maßnahmepauschale abgegolten. Das Nähere wird in den Leistungs- und Vergütungsvereinbarungen geregelt.

8. Beginn und Ende der Leistung

- 8.1 Die Leistung wird frühestens vom Tag des Bekanntwerdens beim LWV Hessen, grundsätzlich jedoch nach Antragseingang (wirtschaftlicher Fragebogen, ärztliche Stellungnahme sowie - IBRP / IHP- mit Empfehlung der Belegungs- bzw.

Hilfeplankonferenz) vom Tag der Aufnahme des behinderten Menschen in die Familie, bewilligt.

8.2 Vor Beginn des Betreuungsverhältnisses ist ein Vertrag (Der Mustervertragstext, der regionalspezifischen Gegebenheiten angepasst werden kann, ist beim zuständigen Zielgruppenmanagement erhältlich) zwischen den Beteiligten (behinderter Mensch/und ggf. gesetzliche/r Betreuer/in, Familie, Träger des Begleiteten Wohnens) zu schließen, der die Rechte und Pflichten regelt. Der Kostenträger, dessen Einwilligung in die Maßnahme vorliegen muss, erhält eine Ausfertigung des Vertrages. Veränderungen sind dem Kostenträger vor Vertragsabschluss zur Genehmigung vorzulegen.

8.3 Endet das Betreuungsverhältnis

- in der ersten Hälfte eines Monats, werden die Leistungen nach Ziffer 7.1 zum 15. des betreffenden Monats eingestellt;
- nach dem 15. eines Monats, werden Leistungen nach Ziffer 7.1 bis zum Monatsende bewilligt.

9. Einsatz von Einkommen und Vermögen

9.1 Für den Einsatz von Einkommen und Vermögen zur Deckung der Sozialhilfearwendungen im Bereich der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen gelten die Regelungen entsprechend der Heranziehung im Betreuten Wohnen für behinderte Menschen. Der Leistungsberechtigte hat 75% des Einkommens über der Einkommensgrenze nach § 85 Abs. 1 Nr .1 und 2 SGB XII von zurzeit 829,00 € (2-facher Eckregelsatz in Höhe von zurzeit 359,00 € zuzüglich Miete in Höhe von zurzeit 111,00 €) einzusetzen.

9.1.1 Für den Einsatz von Einkommen und Vermögen zur Deckung der Kosten des Lebensunterhalts finden die Vorschriften zu den Kapiteln 3 und 4 in Verbindung mit dem Kapitel 11 des SGB XII Anwendung.

10. Dokumentation

Der Träger des Begleiteten Wohnens von behinderten Menschen in Familien legt jährlich einen Erfahrungsbericht über seine Arbeit unter Verwendung des maßgebenden Vordrucks dem LWV Hessen vor. Dieser bildet aus Gründen der Vergleichbarkeit die Grundlage für diesen Erfahrungsbericht.

11. Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 01.01.2007 in Kraft.

Auszug Muster Betreuungsvertrag (Stand Juli 2009)

Quelle: LWV Hessen – LWV Fachbereich 201 "Recht und Koordination"

Betreuungsvertrag

Stand Juli 2009 - Präambel -

Begleitetes Wohnen bedeutet die Aufnahme und Betreuung eines Menschen mit Behinderung in einer durch den Fachdienst des Begleiteten Wohnens vorgeschlagenen Familie.

Das Begleitete Wohnen in Familien soll behinderte Menschen durch das gemeinsame Leben mit der aufnehmenden Familie und mit professioneller Unterstützung des zuständigen Fachdienstes zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft befähigen. Durch diese familienbezogene und individuelle Betreuung wird die soziale Integration und weitest gehende Verselbstständigung des behinderten Menschen angestrebt.

Um diese Ziele zu erreichen, ist die partnerschaftliche Kooperation zwischen dem behinderten Menschen, der Familie und dem Fachdienst sowie ggf. dem/der gesetzlichen Betreuer/in wichtige Voraussetzung, die auch alle weiteren im Hilfeprozess Beteiligten einschließt.

II

Aufgaben der Familie

1. Die Familie hat die Aufgabe, orientiert an den persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen des/der Leistungsberechtigten, die Entwicklung zu einer selbständigeren Lebensführung zu fördern.

Dazu gehören insbesondere

- die Unterstützung bei der Bewältigung von Alltagsproblemen
 - die gemeinsame Einnahme der Mahlzeiten,
 - Leistungen, die in einem Rahmen zur Verfügung zu stellen sind, wie sie üblicherweise von allen anderen Familienmitgliedern in Anspruch genommen werden (z.B. Bereitstellung sauberer Kleidung, Zimmerreinigung usw.)
 - die Beteiligung an (ggf. einschl. der Anleitung zu) hauswirtschaftlichen Arbeiten im üblichen familiären Rahmen, soweit er/sie dazu in der Lage ist
 - die Einbeziehung in Freizeitaktivitäten der Familie
 - die Beaufsichtigung bei der Einnahme der verordneten Medikamente
 - Hausbesuche des Fachdienstes zu ermöglichen und Beratungsangebote anzunehmen
 - notwendige Besuche beim Arzt durch den/die Leistungsberechtigte/n zu gewährleisten. (optional z. B. Facharzttermine beim Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie sind mindestens einmal im Quartal (wenn vom Arzt nicht anders verordnet) wahrzunehmen.)
 - den/die Leistungsberechtigte/n während eines Krankenhausaufenthaltes regelmäßig zu besuchen, insbesondere deren/dessen Versorgung mit frischer Wäsche zu gewährleisten sowie alle im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt stehenden Angelegenheiten, die üblicherweise der Familie obliegen, zu regeln.
2. Die Familie stellt dem/der Leistungsberechtigten in ihrer Wohnung bzw. ihrem Haus ein eigenes möbliertes Zimmer in einem für Familienmitglieder üblichen Rahmen zur Verfügung.

3. Die Familie hat insbesondere eine Hausratversicherung und (wenn sie Eigentümer ist) eine Feuerversicherung für das Gebäude, in dem sie mit dem/der Leistungsberechtigten lebt, (auf eigene Kosten) abzuschließen. Im Falle des Vorhandenseins einer solchen Versicherung ist mit dem jeweiligen Versicherer die veränderte Risikosituation durch Aufnahme eines Menschen mit Behinderung in den Haushalt zu besprechen und abzuklären. Diese Information muss dem Fachdienst mitgeteilt werden. Der Abschluss weiterer Versicherungen zum Ausgleich von möglicherweise entstehenden Schäden bei besonderen Risiken wird durch die Familie geprüft.
4. Am Ende eines jeden Kalenderjahres gibt die Familie einen Erfahrungsbericht über das Zusammenleben mit dem/der Leistungsberechtigten gegenüber dem Fachdienst ab, der an den Landeswohlfahrtsverband Hessen weitergeleitet wird.
- 5 Die Familie informiert den Fachdienst unverzüglich über Änderungen der persönlichen oder wirtschaftlichen Verhältnisse des/der Leistungsberechtigten oder besondere Vorkommnisse (z. B. Beurlaubung, Erkrankung) und über wesentliche Schwierigkeiten in dem Zusammenleben mit dem/der Leistungsberechtigten. Dies gilt insbesondere, wenn Verpflichtungen aus diesem Vertrag nicht erfüllt werden. Darüber hinaus ist der Fachdienst durch die Familie über Änderungen der persönlichen Verhältnisse innerhalb der Familie zu informieren, sofern diese für das Vertragsverhältnis von Bedeutung sind.
6. Die Familie verpflichtet sich, über alle im Zusammenhang mit diesem Vertragsverhältnis erhaltenen Informationen über den/die Leistungsberechtigte/n, insbesondere über dessen/deren persönliche Verhältnisse auch nach Beendigung der vertraglichen Beziehung Stillschweigen zu bewahren (Schweigepflicht).
7. Familienmitglieder übernehmen aufgrund ihrer Rechte und Pflichten aus diesem Vertragsverhältnis keine Betreuung nach den §§ 1896 ff. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) für die/den in ihrem Haushalt aufgenommene/n Leistungsberechtigte/n.

III

Verpflichtungen bzw. Rechte des/der Leistungsberechtigten

In finanzieller Hinsicht:

1. Der/die Leistungsberechtigte ist verpflichtet, aus seinem Einkommen und Vermögen die Leistungen
 - a) zur Sicherung seines/ihrer Lebensunterhaltes einschließlich der Unterkunft nach Ziffer 7.2. der Richtlinien
 - b) der aufnehmenden Familie durch ein Betreuungsgeld entsprechend Ziffer 7.1. der Richtlinien
 - c) des Fachdienstes durch eine Vergütung entsprechend Ziffer 7.8 der Richtlinien und der mit dem LWV Hessen abgeschlossenen Vergütungsvereinbarung, jeweils in Höhe der aktuell durch den LWV Hessen festgesetzten Beträge, zu finanzieren.
2. Soweit der/die Leistungsberechtigte nicht selbst vollständig die Leistungen nach der Ziffer
 - a) 7.2 zur Sicherung des eigenen Lebensunterhalt und der Unterkunft,
 - b) 7.1. für seine/ihre Betreuung durch die Familie (Betreuungsgeld),
 - c) 7.8 zur fachlichen Begleitung durch den Fachdienst (Vergütung),aus Einkommen oder Vermögen finanzieren kann, verpflichtet er/sie (bzw. dessen/deren gesetzliche/r Betreuer/in) sich, einen Antrag auf Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch

(SGB) Zwölftes Buch (XII) beim Landeswohlfahrtsverband Hessen (optional: bei erwerbsfähigen Leistungsberechtigten ist zusätzlich für die Bewilligung von Leistungen nach III, Ziffer 2a.) ein Antrag auf ALG II bei der zuständigen ARGE bzw. optierenden Kommune) zu stellen.

3. Der/die Leistungsberechtigte erklärt sich bereit, die für den Lebensunterhalt und die Unterkunft bewilligten Beträge an die Familie (ggf. zuzüglich des aus dem Einkommen und Vermögen zu finanzierenden Kostenbeitrags, aber abzüglich des ihm/ihr zustehenden Barbetrages und der Bekleidungs pauschale nach Ziffer 7.2. der Richtlinien in Verbindung mit Ziffer III. 2.a) dieses Vertrags in der aktuell festgesetzten Höhe) zweckentsprechend weiterzuleiten. Gleiches gilt für die Leistungen nach Ziffern III.2.b) und c) dieses Vertrags, wenn sie aus eigenem Einkommen und Vermögen durch den/die Leistungsberechtigte/n finanziert werden können.
4. Soweit Anspruch auf Pflegegeld nach § 37 SGB XI bzw. nach § 64 SGB XII besteht, erklärt sich der/die Leistungsberechtigte bereit, diese Leistung beim zuständigen Sozialleistungsträger zu beantragen und im Falle der Bewilligung ungekürzt an die Familie zur Sicherung der erforderlichen Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung (optional bei ALG II: zur Sicherung des Lebensunterhaltes einschl. der Unterkunft) weiterzuleiten)
5. Dem/der Leistungsberechtigten verbleibt monatlich ein Barbetrag zur freien Verfügung und eine Bekleidungs pauschale in der aktuell vom LWV Hessen aufgrund gesetzlicher Regelungen festgesetzten Höhe.

Damit sind alle laufenden Aufwendungen für den Lebensunterhalt und den Mietanteil nach Ziffer 7.2 der Richtlinien abgegolten.

Der/ die Leistungsberechtigte schließt eine Privathaftpflichtversicherung mit einer Versicherungssumme für Personenschäden in Höhe von 1.000.000 € und für Sachschäden in Höhe von 100.000 € ab. Eine Deliktunfähigkeitsklausel kann vereinbart werden. Der Familie, dem Fachdienst und dem Kostenträger ist eine Bestätigung des Versicherers vorzulegen, dass Schadensersatzansprüche dieser Familie nicht deshalb ausgeschlossen sind, weil der/die Leistungsberechtigte mit ihr in häuslicher Gemeinschaft lebt.

6. Der/die Leistungsberechtigte, ggf. der/die gesetzliche Betreuer/in überweist die Beträge nach den Ziffern 7.1. und 7.2. der Richtlinien abzüglich des Barbetrages und der Bekleidungs pauschale auf das Konto der Familie

Konto-Nr.: _____

bei der _____

(Name der Bank/BLZ)

zum Datum bitte einsetzen (Vorschlag 10.) eines jeden Monats.

das familiäre Zusammenleben betreffend:

1. Der/die Leistungsberechtigte verpflichtet sich, die in gemeinsamer Absprache getroffenen Regelungen (z.B. Raucherregelung, Geldeinteilung, Medikamenteneinnahme) zu akzeptieren und einzuhalten.

2. Der/die Leistungsberechtigte beteiligt sich nach Absprache und unter Berücksichtigung seiner/ihrer individuellen Fähigkeiten an den anfallenden Tätigkeiten im Haushalt der Familie (z.B. Sauberkeit und Ordnung in den selbst genutzten Räumlichkeiten)

IV

Aufgaben des Fachdienstes des Trägers des Begleiteten Wohnens

1. Der Fachdienst verpflichtet sich, die aufnehmende Familie nach der Befreiung von der Schweigepflicht durch den /die Leistungsberechtigte/n über alle im Zusammenhang mit der Behinderung stehenden wichtigen Aspekte der Betreuung und mögliche Risiken im Zusammenleben und die zu beachtenden Sorgfaltspflichten aufzuklären. Die Befreiung von der Schweigepflicht und die Art und der Umfang der Aufklärung sind durch Unterschrift des /der Leistungsberechtigten (nur in Bezug auf die Befreiung von der Schweigepflicht) bzw. der Familie (nur in Bezug auf die Aufklärung) zu dokumentieren.
2. Der Fachdienst unterstützt die Familie und den/die Leistungsberechtigte/n bei der Erfüllung des Vertrages in allen sich aus dem Vertragsverhältnis ergebenden fachlichen, rechtlichen und finanziellen Fragen.

Dazu gehört insbesondere die

- regelmäßige und qualifizierte Beratung in Form von Hausbesuchen
 - Gewährleistung der Betreuungskontinuität durch zugeordnete Ansprechpartner
 - Erstellung eines Integrierten Behandlungs-/Rehabilitationsplanes - IBRP -/ (optional: Integrierter Hilfeplan - IHP) und dessen Fortschreibung
 - Förderung der Ressourcen des neuen Familienmitgliedes und der Familie und ihre Einbeziehung in den Alltag
 - Vermittlung ergänzender Hilfsangebote
 - Zusammenarbeit mit den in der Region tätigen Leistungsanbietern von ambulanten und teilstationären Angeboten
 - Unterstützung der Zusammenarbeit zwischen Kostenträger, Familie, gesetzlichem Vertreter und dem/ der Leistungsberechtigten
 - Krisenintervention
 - Regelmäßige Teilnahme an Supervision
 - Dokumentation
 - Berechnung finanzieller Leistungen, insbesondere nach Abschnitt III, die die/der Leistungsberechtigte aus Einkommen und Vermögen an die aufnehmende Familie, bei deren Urlaub auch an die Familie, bei der er/sie wegen Abwesenheit der aufnehmenden Familie vorübergehend lebt, zu zahlen hat einschl. Information des/der Leistungsberechtigten und der Familie/n über deren Höhe sowie Unterstützung des/der Leistungsberechtigten bei der Weitergabe dieser Leistungen
3. Der Fachdienst ist verpflichtet, für den/die Leistungsberechtigte/n eine Haftpflichtversicherung abzuschließen, wenn dieser nicht selbst eine Privathaftpflichtversicherung abgeschlossen hat. Die Versicherungssummen müssen für Personenschäden 1.000.000 € und für Sachschäden 100.000 € betragen. Eine Deliktunfähigkeitsklausel kann vereinbart werden. Anderweitig bestehender Versicherungsschutz ist vorrangig. Der Fachdienst legt der Familie und dem/der Leistungsberechtigten eine Bestätigung des Versicherers vor, dass Schadensersatzansprüche nicht deswegen ausgeschlossen sind, weil der Leistungsberechtigte mit der Familie in häuslicher Gemeinschaft lebt. Schadensfälle sind dem Fachdienst unverzüglich zu melden.

4. Außerhalb der üblichen Dienstzeiten steht in Krisensituationen jederzeit als Ansprechpartner seitens des Fachdienstes

Herr/Frau _____ Tel.: _____

für den/die Leistungsberechtigte/n und /oder die Familie zur Verfügung.

(Optional: „Außerhalb der üblichen Dienstzeiten steht in Krisensituationen als Ansprechpartner vonseiten des Fachdienstes Herr/Frau
Tel..... für den/die Leistungsberechtigte/n und/oder die Familie zur Verfügung.“)

V

Gesetzliche/r Vertreter/in bzw. Betreuer/in

1. Den Vertragspartnern ist bekannt, dass ein/e Betreuer/in

Herr/Frau
(Adresse / Tel. siehe Seite 2)

bestellt wurde, der/die in folgenden Rechtsgeschäften des täglichen Lebens für den/die Leistungsberechtigte/n rechtsverbindliche Erklärungen abgeben darf:

.....
.....

In allen Fragen, die diesen Wirkungskreis betreffen, ist der/die Betreuer/in im Vorfeld zu informieren bzw. seine/ihre Einwilligung einzuholen.

2. Der/die Betreuer/in verpflichtet sich, im Interesse und zum Wohl des/der Leistungsberechtigten mit der Familie und dem Fachdienst zusammenzuarbeiten.

Auszug Richtlinien des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe für die Familienpflege erwachsener behinderter Menschen in der Fassung vom 20.04.2005

3. Personenkreis, für den Leistungen im Rahmen der Familienpflege erbracht werden kann

3.1 Aufnahmevoraussetzungen

Erwachsene nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behinderte Menschen, die bislang Hilfe durch den Landschaftsverband Westfalen- Lippe in stationären Wohneinrichtungen erhalten und nicht zur selbstständigen Lebensführung fähig sind, können in der Familienpflege betreut werden.

Die Aufnahme in die Familienpflege ist auch für diejenigen erwachsenen nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behinderten Menschen möglich, die wegen Art und Schwere der Behinderung einer stationären Wohneinrichtung bedürfen und mit dieser Form der Hilfe eine stationäre Unterbringung verhindert werden kann. Sie ist auch für diejenigen erwachsenen nicht nur vorübergehend körperlich, geistig oder seelisch wesentlich behinderten Menschen möglich, für die eine Maßnahme im Ambulant Betreuten Wohnen nicht bedarfsdeckend ist. Leistungen der Jugendhilfe nach § 41 SGB VIII gehen den Leistungen nach diesen Richtlinien vor.

8. Abwesenheit der Klientin oder des Klienten von der Gastfamilie

8.4 Probewohnen in der Familie

Probewohnen im Sinne dieser Richtlinien sind kurzfristige Aufenthalte während eines Erprobungszeitraums von bis zu zwei Wochen, in denen die Geeignetheit sowohl des behinderten Menschen als auch der Gastfamilie zur Durchführung der Familienpflege geprüft wird. Kosten für ein Probewohnen werden vom Landschaftsverband Westfalen- Lippe übernommen. Sie betragen 1/30 der Entschädigung für den Betreuungsaufwand nach Ziffer 6.2.1 Buchstabe b) täglich.

Auszug aus den Kurzinformation über das Betreute Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege nach den Richtlinien des LWL (Stand 01.07.2009)

Welcher Personenkreis kommt für das Betreute Wohnen in Gastfamilien/Familienpflege nach den Richtlinien infrage:

- behinderte erwachsene Menschen, die vor Aufnahme in der Gastfamilie in stationären Behinderteneinrichtungen gelebt haben (**Enthospitalisierung**)
- behinderte Jugendliche, die im Rahmen der Jugendhilfe in Pflegefamilien leben und bei denen die Leistungen der Jugendhilfe aufgrund des Alters ausgeschöpft sind. Durch die Familienpflege ist ein weiterer Verbleib in der Pflegefamilie gesichert und damit die stationäre Aufnahme verhindert (**Anschlußfinanzierung an Leistungen nach SGB VIII**)
- behinderte erwachsene Menschen, bei denen das Ambulant Betreute Wohnen nicht mehr ausreichend bzw. sehr kostenintensiv ist und mit dem Betreuten Wohnen in Gastfamilien eine stationäre Betreuung hinausgezögert bzw. verhindert werden kann. (**Verhinderung stationärer Betreuung**)

Auszug Betreutes Wohnen in Familien/Familienpflege
Familienpflegevereinbarung des LWL
(Stand 01.07.2009)

§ 6 Finanzielle Leistungen an die Familie und die Klientin/den Klienten

I. Finanzielle Leistungen an die Familie

Die Familie erhält vom Landschaftsverband Westfalen-Lippe über das Familienpflegeteam folgende finanzielle Leistungen:

1. eine Leistung für den Betreuungsaufwand in Höhe von 376,25 € 175 % des Pflegegeldes nach § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB XI von 215,00 €
2. Regelsatzanteile der Klientin/des Klienten zum Lebensunterhalt der Klientin/des Klienten 172,20 € 60 % des Regelsatzes von 287,00 € 48,79 € 17 % Mehrbedarf des Regelsatzes (abweichende Absprachen über die Auszahlung an die Gastfamilie können getroffen werden)
3. eine Mietpauschale in Höhe von 306,00 € durchschnittliche Warmmiete nach § 42 Satz 1 Nr. 2 SGB XII eines 1-Personen Haushaltes in Westfalen-Lippe Insgesamt ergibt sich damit ein Betrag in Höhe von 903,24 €

Das an die Familie zu zahlende Betreuungsgeld ist nach § 3 Nr. 10 Einkommenssteuergesetz als steuerfrei anzusehen.

Die finanziellen Leistungen an die Familie werden gekürzt,

1. wenn die Klientin/der Klient eine Tagesstätte/WfbM besucht, an tagesstrukturierenden Maßnahmen teilnimmt oder in einem anderen Beschäftigungsverhältnis steht.

Die an die Familie zu zahlende Leistung für den Betreuungsaufwand (376,25 €) ist bei ganztägiger Abwesenheit (8 Stunden) um maximal 20 % (75,25 €) zu kürzen.

bei 1 Std.: 75,25 € : 8 Std. = 9,41 €

bei 2 Std.: = 18,81 €

bei 3 Std.: = 28,22 €

bei 4 Std.: = 37,63 €

bei 5 Std.: = 47,03 €

bei 6 Std.: = 56,44 €

bei 7 Std.: = 65,84 €

bei 8 Std.: = 75,25 €

2. wenn die Klientin/der Klient Geld- oder Sachleistungen nach dem PflegeVG erhält. Die an die Familie zu zahlende Leistung für den Betreuungsaufwand wird um einen Betrag in Höhe von mtl. 53,75 € (25 % des Pflegegeldes gem. § 37 Abs. 1 Satz 3 Nr.1 SGB XI) gekürzt.

Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien (BWF) in Hessen - Fachbereich 206 Menschen mit geistiger Behinderung



LANDESWOHLFAHRTSVERBAND
HESSEN

Stand: 30.06.2009

● Standorte von
Leistungsanbietern



Abb. 8, Soziale Landkarte Fachbereich 206, eigene Darstellung

Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien (BWF) in Hessen - Fachbereich 207

Menschen mit seelischen Behinderungen und mit Abhängigkeitserkrankungen



LANDESWOHLFAHRTSVERBAND
HESSEN

Stand: 30.06.2009

● Standorte von Leistungsanbietern



Abb. 9, Soziale Landkarte Fachbereich 207, eigene Darstellung

Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien (BWF)
Leistungsanbieter in Hessen
 Leistungsanbieter mit Leistungs-, Vergütungs- und
 Prüfungsvereinbarungen (30.06.2009)

Versorgungsregion Kassel

Tabelle 8: Leistungsanbieter
Versorgungsregion Kassel, eigene Darstellung

Versorgungsregion	Personenkreis								
	Kassel	geistig behinderte Menschen			seelisch behinderte Menschen			Suchtkranke	
Darmstadt	Plätze	Fälle	Plätze	Fälle	Plätze	Fälle	Plätze	Fälle	
Wiesbaden									
Landkreis Kassel	Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des FED Hofgeismar Erlenweg 2A 34369 Hofgeismar	5 (01.06.2008)		Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des ZSP Kurhessen Landgraf-Philipp-Str. 9 34308 Bad Emstal	50 (01.03.2007)	42			
	Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen der Baunataler Diakonie e.V. Kirchbaunaer Str. 19 34225 Baunatal								
Stadt Kassel	Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des aha e.V. Wilhelmshöher Allee 300a 34131 Kassel	5 (01.06.2008)							
	Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen der Lebenshilfe Schäfergasse 6 34117 Kassel	5 (01.06.2008)							
Landkreis Waldeck-Frankenberg	Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des Bathildisheims e.V. Emilie-Engelmann-Str. 1 34454 Bad Arolsen	3 (01.09.2008)		Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des Kreisverbandes der Treffpunkte e.V. Untermarkt 13/Osterweg 22 35066 Frankenberg/Eder	3 (01.10.2008)				
	Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des Lebenshilfe-Werkes Waldeck-Frankenberg Flechtdorfer Straße 2 34497 Korbach	3 (01.07.2008)	2	Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des Lebenshilfe-Werkes Waldeck-Frankenberg Flechtdorfer Straße 2 34497 Korbach	3 (01.07.2008)	1			
Schwalm-Eder Kreis	Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen der Baunataler Diakonie e.V. Pfadwiesen 83 a-c 34590 Wabern			Begleitetes Wohnen in Familien des Psychosozialen Zentrums Schwalm-Eder-Nord gGmbH Burgstr. 19 – 21 34212 Melsungen	6 (01.12.2008)		Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen im Schwalm-Eder-Kreis des Hessischen Diakoniezentrums Hephata Marburger Str. 25 34613 Schwalmstadt		
Landkreis Marburg Biedenkopf				Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen der BI Sozialpsychiatrie e.V. Hainstr. 39 35216 Biedenkopf	12 (01.04.2008)				
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	Begleitetes Wohnen in Familien der Sozialen Förderstätten Fröbelweg 2 36179 Bebra						Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen im Kreis Hersfeld-Rotenburg Hessischen Diakoniezentrums Hephata Lindenweg 2 36287 Breitenbach		
Werra-Meißner Kreis							Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen im Werra-Meißner Kreis des Hessischen Diakoniezentrums Hephata Marburger Str. 25 34613 Schwalmstadt	6 (01.03.2009)	1
Landkreis Fulda									
		21	2		74	43		6	1

Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien (BWF)
Leistungsanbieter in Hessen
 Leistungsanbieter mit Leistungs-, Vergütungs- und
 Prüfungsvereinbarungen (30.06.2009)

Versorgungsregion Darmstadt

Tabelle 9: Leistungsanbieter Versorgungsregion
Darmstadt, eigene Darstellung

Versorgungsregion	Personenkreis								
	geistig behinderte Menschen	Plätze	Fälle	seelisch behinderte Menschen	Plätze	Fälle	Suchtkranke	Plätze	Fälle
Kassel									
Darmstadt									
Wiesbaden									
Offenbach									
Landkreis Offenbach				Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen der Psychosozialen Dienstleistungen Bergstraße gGmbH Werner-Hilpert-Str. 14 63128 Dietzenbach	10 (01.04.2008)				
Main-Kinzig Kreis				Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des Behinderten-Werkes Main-Kinzig e.V. Hailerstraße 24 63571 Gelnhausen	18 (01.03.2008)	1			
Wetteraukreis				Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des Diakonischen Werkes Wetterau Bahnhofstr. 26 / Hanigraben 3a 63667 Nidda / 61169 Friedberg					
Vogelsbergs- kreis				Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen der Vogelsberger Lebensräume Fuldaer Str. 12 36341 Lauterbach	10 (01.02.2008)	1	Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen der Vogelsberger Lebensräume Fuldaer Str. 12 36341 Lauterbach	10 (01.04.2009)	
							Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen im Vogelsbergkreis des Hessischen Diakoniezentrums Hephata Marburger Str. 25 34613 Schwalmstadt	6 (01.03.2009)	
Landkreis Darmstadt-Dieburg				Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen der Psychosozialen Dienstleistungen Bergstraße gGmbH Eberstädter Str. 38 64319 Pfungstadt	10 (01.03.2008)				
Landkreis Groß- Gerau				Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des Sozial-psychiatrischen Vereins Groß-Gerau Dammstr. 4 64684 Biebesheim	12 (21.06.2007)	4			
Darmstadt									
Odenwaldkreis									
Landkreis Bergstraße				Begleitetes Wohnen in Familien des Diakonischen Werkes Bergstraße Kirchgasse 5 64668 Rimbach					
		0	0		60	6		16	0

Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien (BWF)
Leistungsanbieter in Hessen
 Leistungsanbieter mit Leistungs-, Vergütungs- und
 Prüfungsvereinbarungen (30.06.2009)

Versorgungsregion Wiesbaden

Tabelle 10: Leistungsanbieter Versorgungsregion
Wiesbaden, eigene Darstellung

Versorgungsregion	Personenkreis								
	geistig behinderte Menschen	Plätze	Fälle	seelisch behinderte Menschen	Plätze	Fälle	Suchtkranke	Plätze	Fälle
Kassel									
Darmstadt									
Wiesbaden									
Frankfurt a.M.									
Wiesbaden									
Hochtaunuskreis				Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des Verein für psychosoziale Hilfe Taunus e.V. Industriestr. 8b 61273 Wehrheim		1			
Landkreis Limburg-Weilburg	Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen Lebenshilfe Limburg gGmbH Wiesbadener Str. 15 65549 Limburg a.d. Lahn	5 (01.01.2008)							
Landkreis Gießen				Begleitetes Wohnen behinderter Menschen der Profile gGmbH Löberstr. 8 35390 Gießen	6 (01.12.2008)				
				Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des Fördervereins für seelische Gesundheit e.V. Ludwigstr. 14 35390 Gießen	6 (01.01.2008)	1			
				Begleitetes Wohnen in Familien des ZSP Mittlere Lahn Licher Str. 106 35394 Gießen	6 (01.06.2009)	2			
Lahn-Dill-Kreis				Begleitetes Wohnen für behinderte Menschen des Stephanuswerkes Wetzlar Obertorstraße 10-12 35578 Wetzlar	10 (01.11.2006)	2			
Rheingau-Taunus-Kreis									
Main-Taunus-Kreis									
		5	0		28	6		0	0

Datenanalyse - Leistungsdaten der Klienten

1. Zielsetzung

Die Auswertung der Daten der Klienten dient dem Überblick über wichtige Aspekte zu den Klienten und ihren individuellen Ansprüchen. Die Daten werden für eine vergleichende Betrachtung mit dem Pilotprojekt Merxhausen genutzt.

2. Datenbasis

Am Stichtag 30.06.2009 waren in Hessen für das BWF 61 Fälle (LWV-Stabsstelle Controlling) registriert. Davon entfielen zwei Fälle auf den Personenkreis von Menschen mit geistiger Behinderung und 59 Fälle auf den Personenkreis mit seelischer Behinderung und Suchterkrankungen.

Wegen der geringen Anzahl der Klienten der Menschen mit geistiger Behinderung kommt nur eine Betrachtung des Personenkreises der Menschen mit seelischer Behinderung und Suchterkrankungen in Betracht.

Als Basis der Datenanalyse wurden 50 Klienten ausgewählt. Diese Anzahl ergab sich aus drei Gründen:

Von 59 zu betrachtenden Fällen für den genannten Personenkreis

- wohnten drei Klienten im BWF außerhalb von Hessen,
- vier Klienten beendeten oder brachen die Leistungsform im 1. Halbjahr 2009 ab und
- bei zwei Klienten fanden zum Stichtag Prüfungen der Leistungsvoraussetzungen statt.

3. Datenanalyse

a. Vorgehensweise:

Die Datenanalyse erfolgte über die Auswertungen der Einzelfälle aus der Sachbearbeitung. Folgende Daten wurden für die Klienten ermittelt und ausgewertet:

Tabelle 1:

- Anzahl der Klienten mit Anspruch auf finanzielle Leistungen im Rahmen der Leistungsform
- Anzahl der Klienten mit einer Pflegestufe
- Anzahl der Klienten mit Anspruch auf Erstattung der KV/PV-Beiträge

Tabelle 2:

- Struktur der Klienten (Geschlecht, Alter, Altersstruktur)
- Beschäftigung in einer WfbM oder Tagesstätte
- Anzahl der Klienten, die aus dem Betreuten Wohnen in das BWF wechselten. (in der Klammer Anteil der FLS im Betreuten Wohnen)
- Anzahl der Klienten, bei denen individuelle Leistungen im Rahmen einer Urlaubsreise beantragt oder gewährt wurden (Zeitraum vom 01.07.2008 bis 30.06.2009).

Die Datenanalyse der monatlichen Aufwendungen pro Klient erfolgte für Juni 2009. Modellhaft wurde aus diesen Daten ein Jahreswert der Aufwendungen errechnet, der unter der Annahme von 365 Tagen/pro Jahr auf die täglichen Aufwendungen umgerechnet wurde.

Bis 30.06.2009 galt der Eckregelsatz in Höhe von 351,00 €. Der Regelbedarf betrug 392,00 €. (Anhang A, S. 46, 7.)

b. Darstellung und Auswertung der Datenbasis (Tabelle 1)

Die Darstellung in Tabellenform erfolgt ohne die Einbeziehung personenbezogener Daten.

Tabelle 1: Versorgungsregion Kassel							
Klient	Regelbedarf	Familie	Pflegestufe	Mehrbedarf	KV/PV	Fachdienst	Gesamt
1	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
2	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.187,56 €
3	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
4	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
5	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	ja/ja	563,61 €	1.207,64 €
6	392,00 €	358,61 €	215,00 €	47,77 €	nein/nein	563,61 €	1.217,13 €
7	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
8	392,00 €	358,61 €	215,00 €	47,77 €	ja/ja	563,61 €	1.527,53 €
9	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.529,22 €
10	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.227,27 €
11	0,00 €	358,61 €	0,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	922,22 €
12	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.529,22 €
13	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
14	0,00 €	358,61 €	0,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	922,22 €
15	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
16	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
17	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	ja/ja	563,61 €	1.683,00 €
18	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
19	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.514,22 €
20	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.529,22 €
21	0,00 €	358,61 €	0,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	922,22 €
22	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
23	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.491,22 €
24	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.356,95 €
25	0,00 €	358,61 €	0,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	922,22 €
26	392,00 €	358,61 €	430,00 €	47,77 €	nein/nein	563,61 €	1.791,99 €
27	0,00 €	358,61 €	0,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	922,22 €
28	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
29	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
30	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.201,18 €
31	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.510,22 €
32	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
33	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.502,22 €
34	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
35	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
36	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
37	0,00 €	358,61 €	0,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	922,22 €
38	392,00 €	358,61 €	215,00 €	47,77 €	nein/nein	563,61 €	1.576,99 €
39	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
40	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
41	0,00 €	358,61 €	0,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	922,22 €
42	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	geprüft	563,61 €	1.529,22 €

Tabelle 1: Versorgungsregion Darmstadt

Klient	Regelbedarf	Familie	Pflegestufe	Mehrbedarf	KV/PV	Fachdienst	Gesamt
43	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
44	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
45	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.529,22 €
46	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.529,22 €
47	392,00 €	358,61 €	0,00 €	190,00 €	ja/ja	563,61 €	1.679,63 €

Tabelle 1: Versorgungsregion Wiesbaden

Klient	Regelbedarf	Familie	Pflegestufe	Mehrbedarf	KV/PV	Fachdienst	Gesamt
48	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.529,22 €
49	0,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	nein/nein	563,61 €	1.137,22 €
50	392,00 €	358,61 €	215,00 €	0,00 €	ja/ja	563,61 €	1.712,57 €

Legende:

- Regelbedarf: Leistungen der Sozialhilfe (HLU, KdU) - Stand Juni 2009 -
 - 392,00 € fett:** entspricht einem vollen Anspruch des Klienten auf den Regelbedarf.
 - 392,00 € normal: Anrechnung vom Einkommen des Klienten auf den Regelbedarf. Dieses Einkommen wurde beim Gesamtbetrag der Leistungen berücksichtigt.
 - 0,00 € kein Anspruch für den Klienten auf den Regelbedarf
- Familie: Betreuungsentgelt für die aufnehmende Familie in Höhe von 358,61 €.
- Pflegestufe: Angabe des zusätzlichen Betreuungsentgeltes für die aufnehmende Familie in Höhe von 215,00 €, wenn keine Pflegestufe für den Klienten vorlag.
- Mehrbedarf nach § 30 SGB XII: Anzahl der Klienten mit einem Mehrbedarf.
- KV/PV: Anspruch der Klienten auf Erstattung der Leistungen der Kranken- und Pflegeversicherung
- Fachdienst: Entgelt für den Fachdienst des BWF in Höhe von 563,61 €.
- Gesamt: Darstellung der Aufwendungen des LWV für den Klienten. Die Aufwendungen stellen Leistungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Verhältnisse des Klienten dar. Individuelle Leistungen im Rahmen einer Urlaubsreise wurden nicht berücksichtigt.

Auswertung Tabelle 1:

Leistungen im BWF	Betrag	n	Anzahl	Anteil in %
gesamter Regelbedarf (HLU + KdU)	392,00 €	50	12	24%
anteilige Einkommensanrechnung	individuell	50	10	20%
kein Anspruch auf Regelbedarf	individuell	50	28	56%
Mehrbedarf § 30 SGB XII	47,77 €	50	4	8%
Betreuungsentgelt Familie	358,61 €	50	50	100%
zusätzliches Betreuungsentgelt Familie	215,00 €	50	42	84%
Fachdienst Träger BWF	563,61 €	50	50	100%
KV/PV-Beiträge	individuell	50	5	10%
Aufwendungen pro Klient im Juni 2009 (Mittelwert ohne Leistungen für Urlaub): 1.265,84 € monatlich (41,61 €/täglich) Spannweite: 922,22 € bis 1.712,57 € monatlich (30,31 € bis 56,30 €/täglich)				

c. Darstellung und Auswertung der Datenbasis (Tabelle 2)

Tabelle 2: Versorgungsregion Kassel							
Klient	Urlaub	m/w	geb	Alter	Betreutes Wohnen	Eintritt	WfbM
1	keine	w	1964	45		2009	
2	keine	m	1963	46		2005	
3	keine	m	1981	28	X (99 FLS)	2009	
4	x	w	1967	42		2004	Antrag
5	x	w	1944	65		2003	
6	x	w	1947	62		2002	
7	x	w	1965	44		2007	
8	x	m	1954	55		2007	Antrag
9	keine	m	1949	60		2004	
10	keine	m	1960	49		2008	
11	keine	m	1938	71		2003	
12	x	w	1969	40		2007	
13	keine	m	1962	47		2002	x
14	x	w	1963	46		2005	
15	keine	m	1981	28		2008	
16	keine	m	1948	61		2007	TS
17	keine	m	1965	44	X (198 FLS)	2009	
18	keine	m	1963	46		2007	x
19	keine	m	1954	55		2007	x
20	keine	w	1957	52		2009	
21	x	m	1944	65		2007	
22	keine	m	1962	47		2007	Antrag
23	x	m	1952	57		2005	x
24	keine	m	1984	25		2008	Antrag
25	x	w	1959	50	X (147 FLS)	2006	
26	x	m	1956	53		1999	
27	x	m	1940	69		2007	
28	x	m	1943	66		2007	
29	keine	m	1979	30		2004	
30	keine	m	1950	59	X (198 FLS)	2007	Antrag
31	x	m	1971	38		2007	x
32	x	w	1948	61		2008	Antrag (TS)
33	x	w	1979	30		2007	x
34	keine	w	1952	57	X (198 FLS)	2007	x
35	x	w	1984	25		2008	
36	keine	m	1964	45		2007	
37	x	w	1947	62		2007	
38	x	m	1960	49		2007	
39	x	m	1951	58	X (198 FLS)	2008	
40	keine	m	1960	49		2006	
41	keine	m	1953	56		2005	
42	keine	w	1957	52	X (288 FLS)	2009	

Tabelle 2: Versorgungsregion Darmstadt

Klient	Urlaub	m/w	geb	Alter	Betreutes Wohnen	Eintritt	WfbM
43	keine	w	1968	41	X (288 FLS)	2009	
44	keine	m	1953	56	X (198 FLS)	2008	
45	x	w	1968	41		2007	TS
46	keine	m	1964	45	X (288 FLS)	2008	
47	keine	w	1949	60		2007	

Tabelle 2: Versorgungsregion Wiesbaden

Klient	Urlaub	m/w	geb.	Alter	Betreutes Wohnen	Eintritt	WfbM
48	keine	m	1947	62		2004	
49	x	w	1967	42	X (198 FLS)	2007	
50	x	w	1974	35		2007	

Legende:

1. Urlaub: Gewährung von individuellen Leistungen für den Klienten und/oder die Familie im Rahmen einer Urlaubsreise. Mit Kennzeichnung „x“ wird dargestellt, ob im Zeitraum vom 01.07.2008 bis 30.06.2009 diese individuellen Leistungen beantragt oder gewährt wurden.
2. Geschlecht (m/w): Darstellung der Anzahl der männlichen und weiblichen Klienten.
3. geb. – Geburtsjahr
4. Alter der Klienten: Es wird das Alter auf volle Jahre dargestellt.
5. Betreutes Wohnen: Mit der Kennzeichnung „x“ wurde die Anzahl der Klienten ermittelt, die aus dem Betreuten Wohnen in das BWF wechselten. In Klammern finden sich die zuvor gewährten FLS im Betreuten Wohnen.
6. Eintritt: Eintrittsjahr des Klienten in das BWF (fett gekennzeichnet 2008/2009 – 14 Klienten)
7. WfbM : Anzahl der Klienten, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt sind. TS steht als Kürzel für den Besuch der Tagesstätte.

Auswertung Tabelle 2:

Leistungsbeträge BWF	Betrag	n	Anzahl	Anteil in %
Leistungen für den Urlaub (jahresbezogen)	individuell	50	23	46%

Klienten	männlich	Durchschnittsalter	weiblich	Durchschnittsalter		
Anzahl	30 (60%)	50,6 Jahre	20 (40%)	47,6 Jahre		
Alter	20 - 30	31 - 40	41 -50	51 - 60	über 60	Gesamt
Männer	4	1	10	10	5	30
Frauen	2	1	9	4	4	20
Gesamt	6	2	19	14	9	50
in Prozent	12 %	4 %	38 %	28 %	18 %	100%

Das Durchschnittsalter der Klienten betrug 49,42 Jahre. Der jüngste Klient ist 25 Jahre, der Älteste ist 71 Jahre. Der Anteil der männlichen Klienten beträgt 60%. Die Altersgruppe der 41 bis 60-Jährigen bildet den größten Personenkreis mit einem Anteil von 66 %.

11 Klienten wechselten aus dem Betreuten Wohnen in das BWF und wurden zuvor im Mittel mit 208,9 FLS durch die Leistungsanbieter ambulant betreut.

Darstellung der Klienten sowie der FLS im Betreuten Wohnen zur Feststellung des Mittelwertes:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	FLS
99	198	147	198	198	198	288	288	198	288	198	208.9

In einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) arbeiteten 7 Klienten (14%), bei weiteren 6 läuft derzeit ein Antragsverfahren. Tagesstätten betreuten 3 Klienten (6%).

Modell finanzieller Vergleich verschiedene Wohnformen

1. Zielsetzung:

Der Vergleich der finanziellen Aufwendungen des BWF mit dem Betreutem Wohnen und dem Wohnen im stationären Bereich soll einen Überblick vermitteln, welche täglichen Kosten dem LWV entstehen. Hessenweite Daten für das Wohnen im stationären Bereich konnten durch die LWV-Stabsstelle Controlling nicht zur Verfügung gestellt werden. Eine modellhafte Berechnung wird deshalb für die Versorgungsregion Kassel durchgeführt.

2. Ermittlung der Datenbasis

Die Aufwendungen für das BWF und das Betreute Wohnen standen als Grunddaten zur Verfügung. Für die ambulanten Wohnformen gelten einheitliche hessenweite Leistungssätze.

a. Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien

Für das BWF wurden die Grunddaten der Finanzierung der Leistungsangebote verwendet (Vgl. 4.3.3) Die Leistungen der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe wurden addiert. Die wirtschaftlichen Verhältnisse der Klienten (Einkommens- und Vermögenseinsatz) wurden nicht berücksichtigt. Zusätzliche Leistungen im Rahmen einer Urlaubsreise blieben außer Betracht.

b. Aufwendungen Betreutes Wohnen:

Das Betreute Wohnen ist eine aufsuchende Form sozialpädagogischer und sozialtherapeutischer Betreuung bzw. Begleitung von Menschen, die wesentlich behindert oder von einer Behinderung bedroht sind und deshalb Anspruch auf Eingliederungshilfe haben. Umfang und Dauer der zu erbringenden Leistungen sind einzelfallbezogen und richten sich nach dem individuellen Hilfebedarf. Die Hilfe erfolgt in Form von Fachleistungsstunden. Diese Leistung wird mit 52,29 €/h brutto abgegolten. Als Spannweite für die Fachleistungsstunden wurden 99 bis 347 h pro Jahr gewählt.

Für Investitionen bzw. Re-Investitionen des Leistungsanbieters wird jährlich ein Betrag von 30,00 € pro Platz zur Verfügung gestellt. Grundlage der Gewährung sind die vereinbarten Plätze im Betreuten Wohnen nach der Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarung zum Stichtag 01.10. eines Jahres. Auf den Klienten umgerechnet, entstehen Aufwendungen von ca. 0,08 €/täglich.

c. Wohnheim im stationären Bereich

Die Einrichtungen im stationären Bereich erhalten durch den LWV ihre Vergütung nach den jeweiligen Vergütungsvereinbarungen. Für die Modellberechnung wurde jeweils ein Wohnbereich im stationären Bereich in der Stadt Kassel, im Landkreis Kassel und im Landkreis Waldeck-Frankenberg für die Personengruppen Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit seelischer Behinderung ausgewählt. Die Vergütungen für die Modelleinrichtungen wurden den Vereinbarungen des LWV mit den jeweiligen Einrichtungen entnommen. Aus Datenschutzgründen werden die Einrichtungen nicht genannt. Betrachtet wurden die Vergütungen für die Hilfebedarfsgruppe (HBG) 1 – 3. Die HBG repräsentieren in der Regel den Personenkreis, der für einen Wechsel in eine ambulante Betreuungsform in Frage kommt.

3. Datenanalyse und Auswertung

a. Vorgehensweise

Für jede Wohnbetreuungsform wurden die entsprechenden Leistungen saldiert. Sofern monatliche Leistungen erbracht wurden, erfolgte eine Hochrechnung auf Jahreswerte. Dieser Jahreswert wurde unter Annahme von 365 Tagen/pro Jahr auf tägliche Aufwendungen umgerechnet.

b. Auswertung der Datenbasis

BWF	
1. Leistungen der Sozialhilfe	398,00 €
2. Leistungen der Eingliederungshilfe	1.137,22 €
gesamte Aufwendungen monatlich	1.535,22 €
gesamte Aufwendungen jährlich	18.422,64 €
gesamte Aufwendungen täglich	50,47 €
Der tägliche Gesamtaufwand beträgt pro Klient 50,47 € .	

Betreutes Wohnen	
Fachleistungsstunden gesamte Aufwendungen jährlich (99 – 347 h/pro Jahr)	5.167,71 € bis 18.144,63 €
Investitionsbetrag pro Klient täglich	0,08 €
Gesamte Aufwendungen täglich	14,23 € bis 49,79 €
Der tägliche Gesamtaufwand beträgt je nach Anteil der Fachleistungsstunden pro Klient 14,23 € bis 49,79 € .	

Wohnen im stationären Bereich	
Wohnheime Modellregion Nordhessen 1 (Menschen mit seelischer Behinderung)	
HBG 1 – Aufwendungen täglich (Mittel ca. 54 €)	49,23 € - 55,65 € - 57,03 €
HBG 2 – Aufwendungen täglich (Mittel ca. 62 €)	56,54 € - 63,71 € - 66,75 €
HBG 3 – Aufwendungen täglich (Mittel ca. 90 €)	81,00 € - 90,67 € - 99,15 €
Wohnheime Modellregion Nordhessen 1 (Menschen mit geistiger Behinderung)	
HBG 1 – Aufwendungen täglich (Mittel ca. 51 €)	49,23 € - 51,82 € - 52,56 €
HBG 2 – Aufwendungen täglich (Mittel ca. 58 €)	56,54 € - 59,05 € - 59,46 €
HBG 3 – Aufwendungen täglich (Mittel ca. 82 €)	81,00 € - 82,51 € - 83,15 €
Barbetrag und Bekleidungs pauschale monatlich	127,43 €
Barbetrag und Bekleidungs pauschale täglich	4,18 €
Der tägliche Gesamtaufwand beträgt pro Klient je nach Hilfebedarfsgruppe beim Personenkreis der seelisch Behinderten ca. 58 € bis 94 € .	
Der tägliche Gesamtaufwand beträgt pro Klient je nach Hilfebedarfsgruppe beim Personenkreis der seelisch Behinderten ca. 55 € bis 86 € .	

c. Auswertung

Wohnform	Betreutes Wohnen	BWF	stationäres Wohnen
Aufwendungen	ca. 15 € - 50 €	ca. 50 €	ca. 55 € - 94 €

Die Modellbetrachtung zeigt, dass sich das BWF in die individuellen, ambulanten Wohnhilfen einreicht, die nicht nur den Wünschen der Menschen mit Behinderung entsprechen, sondern die kostengünstiger als das stationäre Wohnen sind.

„Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ in Hessen

- Implementierung der Hilfeart, Erfahrungen der Beteiligten, Perspektiven und Handlungsfelder für den LWV Hessen

-Fragebogen an die Leistungsanbieter in Hessen-

A. Organisation des Trägers/der Einrichtung

1. Name des Trägers/der Einrichtung:

.....

2. Leistungsangebot des Trägers/der Einrichtung

Leistungsangebote für ambulante und stationäre Wohnangebote bestehen in folgenden Bereichen

- Wohnen für Menschen mit Behinderung (stationär)*
 mit dem LWV Hessen vereinbarte Plätze - Anzahl der Plätze:
- Betreutes Wohnen für Menschen mit Behinderung*
 mit dem LWV Hessen vereinbarte Plätze - Anzahl der Plätze:
- Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien*
 mit dem LWV Hessen vereinbarte Plätze - Anzahl der Plätze:
- Personenkreis geistig behinderte Menschen - Anzahl der Plätze*
- Personenkreis seelische behinderte Menschen - Anzahl der Plätze....*
- Personenkreis Suchtkranke – Anzahl der Plätze.....*

3. Kooperationen mit anderen Trägern/Einrichtungen

- a. Bestehen mit anderen Trägern/Einrichtungen Kooperationen zur Koordinierung oder Umsetzung der Hilfeart „Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“?

Ja *Nein*

Wenn ja, beschreiben Sie kurz welche Kooperationen (z.B. der Form der Zusammenarbeit; Gründe; vertragliche Beziehungen, etc.) bestehen.

.....

- b. Gibt es weitere Träger/Einrichtungen für das „Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ im Versorgungsgebiet?

Ja *Nein*

Wenn ja, findet mit diesen Trägern/Einrichtungen im Versorgungsgebiet ein spezieller Informationsaustausch bezogen auf die Hilfeart statt?

Ja *Nein*

4. Mitgliedschaft in Organisationen

Ist der Träger/die Einrichtung Mitglied einer Organisation, die in Zusammenhang mit der Hilfeart steht?

- Landesarbeitsgemeinschaft Wohnen für behinderte Menschen e.V. (LAG Wohnen e.V.)
- Fachausschuss Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Sonstige relevante Organisationen oder Arbeitskreise bitte benennen:

.....

B. Implementierung der Hilfeart im Träger/der Einrichtung

1. Implementierung der Hilfeart – Hintergründe, Motive und Zielsetzung

a. Welche Motive spielten für den Träger/die Einrichtung bei der Entscheidung zur Einführung des Angebotes „Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ eine Rolle? (Bitte eines der vier Felder ankreuzen.)

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Eigene Initiative des Trägers/der Einrichtung zum Ausbau des Betreuungsangebotes				
Initiative des LWV Hessen, diese ambulante Wohnform im Versorgungsgebiet anzubieten.				
Vernetzung verschiedener Betreuungsangebote (z.B. Wohnen im Verbund)				
Umsetzung der Forderung des Sozialgesetzbuches „ambulant vor stationär“				
Flexibler Einsatz von Hilfsangeboten als Grundlage einer personenzentrierten Hilfe				
Senkung von Personal- und Sachkosten durch flexible Erweiterung des Angebotes				

Sonstige wesentliche Motive bitte benennen:

.....

- b. Wie wurde der Träger/die Einrichtung auf das „Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ aufmerksam?

- durch den LWV Hessen (Informationen, Pilotprojekt „Psychiatrische Familienpflege“ im ZSP Kurhessen)
- durch Informationen des Fachausschusses Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)
- durch die Fachpresse (z.B. der Behindertenhilfe)
- durch Konzepte und Hilfsangebote anderer Träger/Einrichtungen

Sonstige Informationsquellen oder Ergänzungen bitte benennen:

.....

.....

2. Nutzung von externen Informationsquellen für die Implementierung

- a. War das Modellprojekt („Psychiatrische Familienpflege im ZSP Kurhessen“) des LWV Hessen bei der Entscheidung zum „Begleiteten Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ dem Träger/der Einrichtung bekannt?

- Ja Nein

Wenn ja, wurden die Erkenntnisse/Erfahrungen des Modellprojektes bei der Implementierung genutzt?

- Ja Nein

Wenn ja, welche aus Ihrer Sicht wichtigen Erkenntnisse/Erfahrungen wurden genutzt?

Bitte kurz benennen:

.....

.....

- b. Welche Unterstützung gab es seitens des LWV Hessen für den Träger/die Einrichtung bei der Implementierung der Hilfeart?

- spezielle Beratung durch den LWV Hessen bei Einreichung der Konzeption im Rahmen des Anerkennungsverfahrens
- spezielle Informationsveranstaltung des LWV Hessen für Einrichtungen und Träger außerhalb der Antragstellung
- Informationen des LWV Hessen (einschließlich Richtlinie „Begleitetes Wohnen in Familien“)
- Keine Unterstützung durch den LWV Hessen

Sonstige wesentliche Unterstützung bitte benennen:

.....

.....

c. Wie wird die Unterstützung des LWV Hessen bei der konzeptionellen Umsetzung des Angebotes „Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ bewertet? (Bitte eines der vier Felder ankreuzen.)

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Der LWV Hessen hat die Einführung der Hilfeart als Angebotsbaustein in der Versorgungsregion von Anfang an intensiv und positiv unterstützt.				
Die Richtlinien des LWV Hessen für das „Begleitete Wohnen in Familien“ sind als Handlungsanweisung für die Implementierung der Hilfeart ausreichend.				
Die konzeptionelle Umsetzung hängt insbesondere von dem Leitgedanken, der Struktur/Organisation und der Gesamtstrategie des Trägers/der Einrichtung ab.				
Der LWV Hessen als überörtlicher Sozialhilfeträger ist bestrebt, diese ambulante Hilfeart flächendeckend in Hessen einzuführen.				

C. Interne konzeptionelle Umsetzung des Angebotes im Träger/ in der Einrichtung

1. Strategie zur internen konzeptionellen Umsetzung

a. Gibt es eine interne Strategie bzw. Konzeption des Trägers/der Einrichtung zur konzeptionellen Umsetzung der neuen Hilfeart, die über das im Anerkennungsverfahren vorzulegende Konzept hinausgeht?

Ja Nein

Wenn ja, wurde diese interne Konzeption für den Träger/die Einrichtung schriftlich festgelegt?

Ja Nein

Wenn ja, enthält diese schriftliche Konzeption z.B. folgende Inhalte:

- Aussagen zur internen Zusammenarbeit im Träger/der Einrichtung
- Aussagen zur Arbeitsweise des Fachdienstes
- Aussagen zu Fragen der Finanzierung
- Aussagen zu Fragen der regionalen und überregionalen Zusammenarbeit

Bitte weitere Inhalte kurz benennen:

.....

.....

2. Anlauffinanzierung der Hilfeart durch den Träger/die Einrichtung

- a. Wurde ein Budget durch den Träger/die Einrichtung zur Anlauffinanzierung bis zur kostendeckenden Implementierung der Hilfeart festgelegt?

Ja Nein

Wenn ja, gibt es eine Zielvereinbarung innerhalb des Träger/der Einrichtung, zu welchem Zeitpunkt die Finanzierung der Leistungen durch die Kostenübernahme des LWV Hessen kostendeckend erfolgen soll?

Ja Nein

3. Arbeit des Fachdienstes (Ausgangssituation, personelle Ausstattung, Arbeitsweise, Zielvereinbarungen)

- a. Wie viele Mitarbeiter arbeiten für den eingerichteten Fachdienst zur Umsetzung der Hilfe „Begleitetes Wohnen in Familien“ in dem Träger/der Einrichtung?

Bitte Anzahl der Mitarbeiter angeben:

- b. Wurde Personal durch den Träger/die Einrichtung für den zu bildenden Fachdienst neu eingestellt?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele Personen wurden eingestellt?

Bitte Anzahl der Mitarbeiter angeben:

Wenn nein, wurde Mitarbeitern des Trägers/der Einrichtung die Aufgabe zu ihrem bisherigen Aufgabengebiet bzw. Verantwortungsbereich zusätzlich übertragen?

Ja Nein

- c. Wurde durch den Träger/die Einrichtung mit dem Fachdienst eine Zielsetzung für die nächsten Jahre vereinbart, in der eine gewünschte Belegungsquote der vereinbarten Plätze im Begleiteten Wohnen deutlich wird?

Ja Nein

4. Welche positiven und negativen Erfahrungen sind Ihnen bei der konzeptionellen Umsetzung der Hilfeart besonders in Erinnerung?

(z.B. Akzeptanz für die Hilfeart in den Hilfeplankonferenzen, im Versorgungsgebiet allgemein, bei potentiellen Klienten; z.B. Zusammenarbeit mit anderen Träger/Einrichtungen der Behindertenhilfe; etc.)

Positiv:

.....

Negativ:

.....

D. Umsetzung des Hilfeangebotes in dem Träger/der Einrichtung

1. Belegung der vereinbarten Plätze

- a. Wurde durch den Träger/die Einrichtung Klienten in Gastfamilien vermittelt?

Ja Nein

Wenn ja, bitte geben Sie die Anzahl der belegten Plätze an.

Anzahl der belegten Plätze:

- b. Geben Sie bitte eine Auskunft über mögliche weitere Belegung im Jahr 2009.

Wie viele Plätze können in diesem Jahr ggf. durch Klienten belegt werden? Bitte nur Plätze angeben, die mit hoher Wahrscheinlichkeit belegt werden können.

Anzahl weiterer möglicher Nutzung von Plätzen in 2009:

- c. Wie viele potentielle Klienten konnten durch ihren Träger/die Einrichtung bisher erfasst werden? Bitte Anzahl der Klienten benennen?

Anzahl potentieller Klienten:

2. Gastfamilien

- a. Wie viele potentielle Gastfamilien konnten durch den Träger/die Einrichtung bisher geworben werden? Bitte Anzahl der Familien benennen?

Anzahl potentieller Gastfamilien:

- b. In welcher Form wurden Gastfamilien für das „Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ durch den Träger/die Einrichtung geworben?

- Anzeigen in Tageszeitungen, Anzeigeblätttern, Amtsblättern
 Anzeigen in Fachzeitschriften (z.B. der Behindertenhilfe)
 Werbung auf regionalen Messen
 Tag der Offenen Tür oder andere Veranstaltungen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Trägers/der Einrichtung

Ergänzungen bitte kurz benennen:

.....

- c. Welche Methoden eignen sich um Gastfamilien kennen zu lernen?

- Fragebogen
 Persönlicher Eindruck
 Gespräche
 Besuch bei der Gastfamilie

Ergänzungen bitte kurz benennen:

.....

E. Ausblick zur Umsetzung der Hilfeart in Hessen

1. Zukünftige Entwicklung der Hilfeart

Wie bewerten Sie die Zukunftschancen des „Begleiteten Wohnens von behinderten Menschen in Familien“ in Hessen? (Bitte eines der vier Felder ankreuzen.)

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Die Hilfeart als zusätzlicher Angebotsbaustein in der Versorgungsregion ist für eine zielgerichtete personenzentrierte Hilfe notwendig.				
Die Hilfeart wird bei den Trägern/Einrichtungen in Hessen an Bedeutung gewinnen.				
Der Ausbau der bisher vereinbarten Plätze im Begleiteten Wohnen wird durch den Träger/die Einrichtung angestrebt.				
Die Anzahl von 300 bis 400 vermittelten Klienten im BWF in Hessen als Zielsetzung in den nächsten Jahren ist realistisch.				

2. Sachliche Zuständigkeit

Die sachliche Zuständigkeit für die Hilfeart liegt bis 31.12.2012 gesetzlich beim LWV Hessen.

	Ja	Eher ja	Eher nein	Nein
Die sachliche Zuständigkeit für die Hilfeart sollte gesetzlich beim überörtlichen Träger der Sozialhilfe bleiben?				

„Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ in Hessen

- Implementierung der Hilfeart, Erfahrungen der Beteiligten,
Perspektiven und Handlungsfelder für den LWV Hessen

- Evaluation der Fragebögen an die Leistungsanbieter in Hessen-

1. Zielsetzung der Befragung

Die Befragung der Leistungsanbieter diente dem Ziel, zu erfahren, wie auf der Ebene der Leistungsanbieter die Umsetzung BWF erfolgte. Neben einer statistischen Abfrage der Grunddaten des Trägers, sollten Fragen zur konzeptionellen Strategie, zur Kooperation mit anderen Leistungserbringern und zur Umsetzung des BWF beantwortet werden. Abschließend waren Fragen zur Perspektive des BWF in Hessen zu beantworten.

2. Vorgehensweise der Befragung

Anfang Juni 2009 wurden 18 Leistungsanbieter für das BWF der Personenkreise Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit seelischer Behinderung sowie Suchterkrankung angeschrieben und um Mitwirkung gebeten. Die Auswahl erfolgte aufgrund bestehender Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsvereinbarungen mit dem LWV (Stand Februar 2009).

Fünf Leistungsanbieter des Personenkreises der Menschen mit geistiger Behinderung hatten zu dem Zeitpunkt der Befragung einen Fachdienst für das BWF aufgebaut. Für den Personenkreis Menschen mit seelischer Behinderung und Suchterkrankung waren es 15 Leistungsanbieter. Zwei Leistungsanbieter erbrachten Leistungen für beide Personenkreise.

3. Datenbasis der Befragung

Von 18 Leistungsanbietern beantworteten 14 Anbieter den Fragebogen. Die Rücklaufquote der Befragung betrug 77,8 %.

Aufgeschlüsselt nach Personenkreisen wurde folgende Rücklaufquoten ermittelt:

- Personenkreis Menschen mit geistiger Behinderung : 3 von 5 (Rücklauf 60,0%)
- Personenkreis Menschen mit seelischer Behinderung sowie Suchterkrankung: 13 von 15 (Rücklauf 86,6%)

Als Basis der Auswertung dienten die Leistungsanbieter (n=14). Eine Auswertung bezogen auf alle 16 Fachdienste für das BWF hätte das Bild bezogen auf die einzelnen Träger verfälscht.

4. Auswertung der Befragung

Die Auswertung erfolgte in Anlehnung an den verschickten Fragebogen (Anhang C, S. 67).

A. Organisation des Trägers/der Einrichtung

1. Organisation (Plätze, Fallzahlen)

Die 14 Leistungsanbieter repräsentierten 16 Fachdienste für das BWF für die verschiedenen Personenkreise mit 170 vereinbarten Plätzen. Sie betreuten im Jahr 2009 53 Fälle (Stand 30.06.2009). Bezogen auf die hessenweit 58 Fälle (ohne die drei Klienten außerhalb Hessens) wurde eine Fallquote von 91,4% durch die Befragung abgedeckt.

Es wurde analysiert, wie viele Plätze die Leistungsanbieter mit dem LWV für das BWF vereinbart hatten:

Analyse der vereinbarte Platzzahlen und Fallzahlen bei diesen Leistungsanbietern

14 Leistungsanbieter (16 Fachdienste für das BWF für FB 206 und FB 207)								
vereinbarte Plätze	3	5	6	10	12	18	50	
Anzahl Anbieter	4x	2x	1x	5x	2x	1x	1x	16x
Anteil in % (n=16)	25%	12,5%	6,25%	31,25	12,5	6,25%	6,25%	100%
Plätze insgesamt	12	10	6	50	24	18	50	170
Fallzahlen 2009	4	0	1	2	4	1	42	54

In der Mehrzahl (75%) vereinbarten die Leistungsanbieter 3 bis 10 Plätze für ihre jeweiligen Fachdienste BWF. Dieser Korridor erscheint in der schwierigen Anlaufphase der Leistungsform sinnvoll. Der Fachdienst in Merxhausen mit 50 vereinbarten Plätzen nimmt durch seine über 10-jährige Erfahrung im BWF eine Sonderstellung ein.

2. Leistungsangebote

Es wurde analysiert, welche Betreuungsangebote neben dem BWF angeboten werden. Zielsetzung war, zu erfahren, welche Leistungsanbieter für die Leistungsform potenziell in Frage kommen.

Wohnangebote der 14 Leistungsanbieter								
Stationär/ambulant	4x			2x	1x	1x	1x	9x
Anteil in % (n=9)	44,4%			22,3%	11,1%	11,1%	11,1%	100%
nur ambulant		2x	1x	3x	1x			7x
Anteil in % (n=7)		28,6%	14,3%	42,8%	14,3%			100%

Von 14 Leistungserbringern bieten sieben Anbieter (50%), mit 9 Fachdiensten BWF, alle Wohnformen an. Die Anderen beschränken sich auf ambulante Angebote (Betreutes Wohnen, BWF sowie Tagesstätten und Beratungsstellen). Eine eindeutige Beantwortung der Frage, welche Anbieter von ihrer Struktur für das BWF in Frage kommen, lässt diese Analyse nicht zu.

3. Kooperationen mit anderen Trägern/Einrichtungen

a. Bestehen mit anderen Trägern/Einrichtungen Kooperationen zur Koordinierung oder Umsetzung der Hilfeart „Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“?

7x geantwortet mit Ja	7x geantwortet mit Nein
-----------------------	-------------------------

Leistungsanbieter die mit ja geantwortet haben, gaben folgende Kooperationsformen an:

- Zwei Leistungsanbieter aus Südhessen kooperierten mit Anbietern BWF aus Baden-Württemberg (u.a. Wissenstransfer, Unterstützung, Hospitation).
- Einige Leistungsanbieter gaben an, dass sie mit Sozialdiensten der Krankenhäuser, Tageskliniken, Institutsambulanzen, Betreuungsvereinen und Gesundheitsämtern der Versorgungsregion zusammenarbeiten.

Einge Leistungsanbieter verwiesen auf regionale Netzwerke mit anderen Akteuren des BWF (z.B. Nordhessentreffen) oder Netzwerke innerhalb ihrer Organisation (Diakonie, Lebenshilfe-Werk)

Eine Kooperation in Form von schriftlichen Vereinbarungen wurde von keinem der Leistungsanbieter genannt. Vielmehr handelte es sich um Netzwerke auf regionaler/überregionaler Ebene.

- b. Gibt es weitere Träger/Einrichtungen für das „Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ im Versorgungsgebiet?

7x geantwortet mit Ja	7x geantwortet mit Nein
-----------------------	-------------------------

Wenn ja, findet mit diesen Trägern/Einrichtungen im Versorgungsgebiet ein spezieller Informationsaustausch bezogen auf die Hilfeart statt?

Von den sieben Leistungserbringern mit weiteren regionalen Anbietern antworteten:

5x geantwortet mit Ja	2x geantwortet mit Nein
-----------------------	-------------------------

Bei sieben Leistungsanbietern (50%) bestehen im Versorgungsgebiet weitere regionale Anbieter. Ist dies der Fall, so findet in der Regel (72% der Leistungsanbieter) ein Informationsaustausch statt.

4. Mitgliedschaft in Organisationen

Ist der Träger/die Einrichtung Mitglied in Organisation, die in Zusammenhang mit der Hilfeart steht?

Anzahl der Nennungen:

- 7x Landesarbeitsgemeinschaft Wohnen für behinderte Menschen e.V. (LAG Wohnen e.V.)
- 6x Fachausschuss Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

Zwei Leistungsanbieter sind Mitglied in beiden Organisationen. Vier Leistungsanbieter gaben an, in keiner der beiden Organisationen Mitglied zu sein.

Als sonstige relevante Organisationen oder Arbeitskreise wurden angegeben:

- Arbeitsgemeinschaft Diakonisches Werk, Regionaltreffen der Träger BWF in Nordhessen, hessenweiter Arbeitskreis BWF, Der Paritätische (Landesverband Hessen), Bundesvereinigung Lebenshilfe





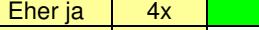



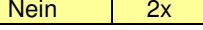


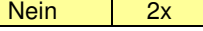





Zwei Drittel der befragten Leistungsanbieter sind Mitglied in mindestens einer der oben genannten Organisationen. Bis auf einen Leistungsanbieter verfügen alle Anbieter über einen Austausch in regionalen/überregionalen Arbeitskreisen oder Organisationen.

B. Implementierung der Hilfeart im Träger/der Einrichtung

1. Implementierung der Hilfeart – Hintergründe, Motive und Zielsetzung

- a. Welche Motive spielten für den Träger/die Einrichtung bei der Entscheidung zur Einführung des Angebotes „Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ eine Rolle? (Bitte eines der vier Felder ankreuzen.)

Auswertung der Beantwortung (Anzahl der Nennungen, Anteil in %)

Eigene Initiative des Leistungsanbieters zum Ausbau des Betreuungsangebotes	Ja	10x		71,4%
	Eher ja	2x		14,3%
	Eher	2x		14,3%
	Nein	0x		
Initiative des LWV Hessen, diese ambulante Wohnform im Versorgungsgebiet anzubieten.	Ja	7x		50,0%
	Eher ja	4x		28,5%
	Eher	0x		
	Nein	3x		21,5%
Vernetzung verschiedener Betreuungsangebote (z.B. Wohnen im Verbund)	Ja	9x		64,2%
	Eher ja	3x		21,4%
	Eher	0x		
	Nein	2x		14,2%
Umsetzung der Forderung des Sozialgesetzbuches „ambulant vor stationär“	Ja	10x		71,4%
	Eher ja	0x		
	Eher	2x		14,3%
	Nein	2x		14,3%
Flexibler Einsatz von Hilfsangeboten als Grundlage einer personenzentrierten Hilfe	Ja	13x		92,8%
	Eher ja	1x		7,2%
	Eher	0x		
	Nein	0x		
Senkung von Personal- und Sachkosten durch flexible Erweiterung des Angebotes.	Ja	2x		14,3%
	Eher ja	0x		
	Eher	5x		35,7%
	Nein	7x		50,0%

Sonstige wesentliche Motive bitte benennen:

- Ein Leistungserbringer gab zusätzlich als Hinweis an, dass im BWF immer eine Einzelfallbetrachtung für jeden Klienten durchzuführen ist.

12 Leistungsanbieter (85%) hielten es von sich aus für wichtig, das Angebot BWF in der Versorgungsregion zu etablieren. Nur zwei Leistungserbringer (14%) bewerteten, dass die Initiative eher nicht von Ihnen ausging. In der Regel ging der Aufbau auch auf Initiative des LWV zurück. Drei Leistungserbringer (21%) verneinen dies und verweisen auf die eigenen Bestrebungen.

Der Großteil der Leistungsanbieter hielt die Vernetzung der Wohnangebote für wichtig. Zwei rein ambulant ausgerichtete Leistungsanbieter (14%) verneinen dies. Zehn Leistungsanbieter (71%) hielten im Zusammenhang mit dem BWF die Forderung „ambulant vor stationär“ für richtig. Die restlichen vier Anbieter (29%) verweisen auf den Einzelfall des Betroffenen und lehnen diesen Grundsatz als Motiv für die Einführung des BWF ab. Eine Flexibilisierung der Leistungsangebote sehen alle Leistungsanbieter als gegeben. Bis auf zwei Leistungsanbieter (14%) war die Senkung von Personal- und Sachkosten kein Motiv für die Einführung der Leistungsform.

- b. Wie wurde der Träger/die Einrichtung auf das „Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ aufmerksam?

Anzahl der Nennungen:

- 12x durch den LWV Hessen (Informationen, Pilotprojekt „Psychiatrische Familienpflege“ im ZSP Kurhessen)
- 4x durch Informationen des Fachausschusses Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für soziale Psychiatrie e.V. (DGSP)

- 6x durch die Fachpresse (z.B. der Behindertenhilfe)
 - 8x durch Konzepte und Hilfsangebote anderer Träger/Einrichtungen
- zu sonstigen Informationsquellen oder Ergänzungen wurde angegeben:

- Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, LAG Wohnen e.V.

Nur zwei Leistungsanbieter (14%) gaben an, nicht durch den LWV auf das BWF aufmerksam geworden zu sein. Beide Anbieter geben Konzepte anderer Anbieter des BWF an.

2. Nutzung von externen Informationsquellen für die Implementierung

- a. War das Modellprojekt („Psychiatrische Familienpflege im ZSP Kurhessen“) des LWV Hessen bei der Entscheidung zum „Begleiteten Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ dem Träger/der Einrichtung bekannt?

Anmerkung: Vitos Klinik KPPM bleibt bei der Auswertung außer Betracht.

<i>10x geantwortet mit Ja</i>	<i>3x geantwortet mit Nein</i>
-------------------------------	--------------------------------

Wenn ja, wurden die Erkenntnisse/Erfahrungen des Modellprojektes bei der Implementierung genutzt?

<i>7x geantwortet mit Ja</i>	<i>2x geantwortet mit Nein</i>
------------------------------	--------------------------------

1x keine Antwort

Wenn ja, welche aus Ihrer Sicht wichtigen Erkenntnisse/Erfahrungen wurden genutzt?

Einige Leistungsanbieter gaben an, dass sie in Merxhausen hospitiert haben. Andere sprechen von einem regen Erfahrungsaustausch in den regionalen/überregionalen Netzwerken. Wichtig waren vor allem folgende Informationen: Erkenntnisse aus der Startphase (Öffentlichkeitsarbeit, Gewinnung von Klienten/Familien, Hausbesuche, Konzeption und Gewinnung von Kooperationen)

Zehn Leistungsanbieter (76%) kannten das Pilotprojekt „Psychiatrische Familienpflege am ZSP Kurhessen“. Von diesen nutzen sieben Leistungsanbieter (70%) Erkenntnisse aus dem Pilotprojekt. Erfahrungen wurden über Hospitationen und den Informationsaustausch in regionalen/überregionalen Netzwerken weitergegeben.

- b. Welche Unterstützung gab es seitens des LWV Hessen für den Träger/die Einrichtung bei der Implementierung der Hilfeart?

Anmerkung: Vitos Klinik KPPM bleibt bei der Auswertung außer Betracht.

Anzahl der Nennungen:

- 6x spezielle Beratung durch den LWV Hessen bei Einreichung der Konzeption im Rahmen des Anerkennungsverfahrens
- 4x spezielle Informationsveranstaltung des LWV Hessen für Einrichtungen und Träger außerhalb der Antragstellung
- 11x Informationen des LWV Hessen (einschließlich Richtlinie „Begleitetes Wohnen in Familien“)
- 2x keine Unterstützung durch den LWV Hessen






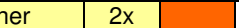






Anmerkung: Ein Leistungsanbieter gab an, dass es selbst zu einer Informationsveranstaltung eingeladen hat. Dazu wurden Vertreter des LWV und Vertreter aus Pilotregionen in Baden-Württemberg eingeladen.

Ein Leistungsanbieter verwies darauf, dass der LWV keine finanzielle Unterstützung in der Anlaufphase erbringt.

Informationen des LWV gaben 11 Leistungsanbieter (84%) als Unterstützungsleistung an. Sechs Leistungsanbieter (46%) erhielten zusätzlich eine spezielle Beratung durch den LWV. Nur ein Leistungsanbieter (7%) antwortete, dass er überhaupt keine Unterstützung vom LWV erhielt. Bis auf diesen Leistungserbringer gab der LWV allen anderen Leistungsanbietern allgemeine oder spezielle Unterstützung.

- c. Wie wird die Unterstützung des LWV Hessen bei der konzeptionellen Umsetzung des Angebotes „Begleitetes Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ bewertet? (Bitte eines der vier Felder ankreuzen.)

Auswertung der Beantwortung (Anzahl der Nennungen, Anteil in %)

Der LWV hat die Einführung BWF als Angebotsbaustein in der Versorgungsregion von Anfang an intensiv und positiv unterstützt.	Ja	7x		50,0%
	Eher ja	6x		42,8%
	Eher	1x		7,2%
	Nein	0x		
Die Richtlinien des LWV für das BWF sind als Handlungsanweisung für die Implementierung der Hilfeart ausreichend.	Ja	4x		28,5%
	Eher ja	7x		50,0%
	Eher	2x		14,3%
	Nein	1x		7,2%
Die konzeptionelle Umsetzung hängt von dem Leitgedanken, der Struktur/ Organisation und der Gesamtstrategie des Leistungsanbieters ab.	Ja	7x		50,0%
	Eher ja	5x		35,8%
	Eher	2x		14,2%
	Nein	0x		
Der LWV als überörtlicher Sozialhilfeträger ist bestrebt, diese ambulante Hilfeart flächendeckend in Hessen einzuführen.	Ja	11x		78,5%
	Eher ja	2x		14,3%
	Eher	0x		
	Nein	0x		

In der Regel wird die Unterstützung des LWV als positiv bewertet. Nur ein Leistungsanbieter antwortet mit „eher nein“. Vier Leistungserbringer (28%) halten die Richtlinien des LWV für ausreichend. Weitere 50% der Leistungsanbieter antworteten mit „eher ja“, 14 % mit „eher nein“ und ein Leistungsanbieter (7%) mit „Nein“.

In der Regel befürworteten die Leistungsanbieter (86%) die These, dass die konzeptionelle Umsetzung von der Struktur und Organisation des Leistungsanbieters abhängt. Zwei Leistungsanbieter (14%) sehen dies eher nicht so. Gründe für diese Sichtweise liegen nicht vor.

Alle Leistungsanbieter erkennen die Bestrebungen des LWV zur Einführung des Angebotsbausteines an. Ein Leistungsanbieter antwortete auf diese Frage nicht.

C. Interne konzeptionelle Umsetzung des Angebotes im Träger/ in der Einrichtung

1. Strategie zur internen konzeptionellen Umsetzung

- a. Gibt es eine interne Strategie bzw. Konzeption des Trägers/der Einrichtung zur konzeptionellen Umsetzung der neuen Hilfeart, die über das im Anerkennungsverfahren vorzulegende Konzept hinausgeht?

<i>10x geantwortet mit Ja</i>	<i>4x geantwortet mit Nein</i>
-------------------------------	--------------------------------

Wenn ja, wurde diese interne Konzeption für den Träger/die Einrichtung schriftlich festgelegt?

<i>6x geantwortet mit Ja</i>	<i>4x geantwortet mit Nein</i>
------------------------------	--------------------------------

Wenn ja, enthält diese schriftliche Konzeption z.B. folgende Inhalte:

Anzahl der Nennungen:

- 5x Aussagen zur internen Zusammenarbeit im Träger/der Einrichtung
- 6x Aussagen zur Arbeitsweise des Fachdienstes
- 6x Aussagen zu Fragen der Finanzierung
- 4x Aussagen zu Fragen der regionalen und überregionalen Zusammenarbeit

Zehn Leistungsanbieter (71%) gaben an, dass sie über das vorzulegende Konzept BWF im Rahmen des Antragsverfahrens hinaus, eine interne Strategie bzw. Konzeption zur Umsetzung des BWF besitzen. Sechs Leistungsanbieter (60%) haben diese interne Konzeption schriftlich festgelegt.

Im Ergebnis verfügen 42 % der Leistungsanbieter über eine schriftliche Konzeption.

Anzumerken ist, dass zwei Leistungsanbieter (14%) angeben, dass sie eine schriftliche Konzeption während der Implementierungsphase erstellen wollen.

2. Anlauffinanzierung der Hilfeart durch den Träger/die Einrichtung

Wurde ein Budget durch den Träger/die Einrichtung zur Anlauffinanzierung bis zur kostendeckenden Implementierung der Hilfeart festgelegt?

<i>9x geantwortet mit Ja</i>	<i>5x geantwortet mit Nein</i>
------------------------------	--------------------------------

Wenn ja, gibt es eine Zielvereinbarung innerhalb des Trägers/der Einrichtung, zu welchem Zeitpunkt die Finanzierung der Leistungen durch die Kostenübernahme des LWV Hessen kostendeckend erfolgen soll?

<i>5x geantwortet mit Ja</i>	<i>4x geantwortet mit Nein</i>
------------------------------	--------------------------------

Neun Leistungsanbieter (64%) haben ein Budget zur Anlauffinanzierung festgelegt. Von diesen Leistungsanbietern haben 55% eine Zielvereinbarung getroffen, ab welchem Zeitpunkt kostendeckend gearbeitet werden soll.

3. Arbeit des Fachdienstes (Ausgangssituation, personelle Ausstattung, Arbeitsweise, Zielvereinbarungen)

- a. Wie viele Mitarbeiter arbeiten für den eingerichteten Fachdienst zur Umsetzung der Hilfe „Begleitetes Wohnen in Familien“ in dem Träger/der Einrichtung?

Die Anzahl der Mitarbeiter beim Leistungsanbieter hängt von den vereinbarten Plätzen ab. Bei acht Leistungsanbietern (57%) ist ein Mitarbeiter für das BWF zuständig. Die Angaben über die Beschäftigung differieren zwischen stundenweiser Beschäftigung (5h/Woche), Teilzeit- (0,25 - 0,5 VK) und Vollzeitbeschäftigung. Bei fünf Leistungsanbietern (35%) arbeiten 2 Mitarbeiter zum größten Teil stundenweise im Fachdienst BWF. Das etablierte

BWF-Team in Merxhausen verfügt über 5 Vollzeitkräfte zur Betreuung von 50 vereinbarten Plätzen.

- b. Wurde Personal durch den Träger/die Einrichtung für den zu bildenden Fachdienst neu eingestellt?

<i>4x geantwortet mit Ja</i>	<i>10x geantwortet mit Nein</i>
------------------------------	---------------------------------

Wenn ja, wie viele Personen wurden eingestellt?

Die Leistungserbringer, die mit ja antworteten, gaben jeweils einen Mitarbeiter an.

Wenn nein, wurde Mitarbeitern des Trägers/der Einrichtung die Aufgabe zu ihrem bisherigen Aufgabengebiet bzw. Verantwortungsbereich zusätzlich übertragen?

<i>8x geantwortet mit Ja</i>	<i>2x geantwortet mit Nein</i>
------------------------------	--------------------------------

Vier Leistungsanbieter (28%) stellten jeweils eine Person ein. In den Fällen, wo dies nicht geschah, wurde diese Aufgabe in der Regel zusätzlich den bisherigen Mitarbeitern übertragen. Nur zwei Leistungsanbieter erhöhten den Stundenanteil von Mitarbeitern, um diese Aufgabe zu übernehmen.

- c. Wurde durch den Träger/die Einrichtung mit dem Fachdienst eine Zielsetzung für die nächsten Jahre vereinbart, in der eine gewünschte Belegungsquote der vereinbarten Plätze im Begleiteten Wohnen deutlich wird?

<i>7x geantwortet mit Ja</i>	<i>7x geantwortet mit Nein</i>
------------------------------	--------------------------------

Sieben Leistungsanbieter (50%) trafen mit dem zuständigen Fachdienst BWF eine Zielvereinbarung für eine gewünschte Belegungsquote.

4. Welche positiven und negativen Erfahrungen sind Ihnen bei der konzeptionellen Umsetzung der Hilfeart besonders in Erinnerung?

(z.B. Akzeptanz für die Hilfeart in den Hilfeplankonferenzen, im Versorgungsgebiet allgemein, bei potentiellen Klienten; z.B. Zusammenarbeit mit anderen Trägern/Einrichtungen der Behindertenhilfe; etc.)

Positiv:

- Informationsaustausch über die Netzwerke (Regionaltreffen Nordhessen)
- kollegiale Beratung durch andere Anbieter (insbesondere Vitos Kurhessen)
- Akzeptanz bei den Hilfeplankonferenzen
- Vereinzelt gute Zusammenarbeit mit den regionalen Akteuren (z.B. Sozialdienste Krankenhäuser)

Negativ:

- teilweise Widerstände auf der örtlichen Ebene (z.B. Einrichtungen stationäre Wohnformen, Sozialdienste)
- fehlende Akzeptanz für die Hilfeart bei Fachleuten und möglichen Kooperationspartnern in der Region
- Gewinnung von Familien und Klienten (langwieriger Prozess mit vielen Rückschlägen)

D. Umsetzung des Hilfeangebotes in dem Träger/der Einrichtung

1. Belegung der vereinbarten Plätze

a. Wurden durch den Träger/die Einrichtung Klienten in Gastfamilien vermittelt?

<i>6x geantwortet mit Ja</i>	<i>8x geantwortet mit Nein</i>
------------------------------	--------------------------------

Sechs Leistungsanbieter (42%) gaben an, dass sie bereits Klienten in Familien vermittelt haben. Von den verbleibenden acht Leistungsanbietern verwiesen zwei Anbieter darauf, dass sie gerade mit einer Implementierung beginnen.

Geben Sie bitte eine Auskunft über die mögliche weitere Belegung im Jahr 2009.

Acht Leistungsanbieter (57%) antworteten, dass sie eine Belegung in 2009 aus ihrer Sicht für möglich halten. Fünf Leistungsanbieter hielten eine Zahl von zwei Klienten für realistisch. Drei Leistungsanbieter schätzen das Potential auf 5 Klienten ein. Im Ergebnis wäre durch die befragten Leistungsanbieter ein Potential von 25 zusätzlich belegbaren Plätzen möglich.

b. Wie viele potentielle Klienten konnten durch ihren Träger/die Einrichtung bisher erfasst werden? Bitte Anzahl der Klienten benennen?

Auf diese Frage antworteten acht Leistungsanbieter. Da die Angaben sehr differieren, wurde keine Auswertung vorgenommen.

2. Gastfamilien

a. Wie viele potentielle Gastfamilien konnten durch den Träger/die Einrichtung bisher geworben werden? Bitte Anzahl der Familien benennen?

Acht Leistungsanbieter (57%) geben an, dass sie einen Pool von Gastfamilien besitzen. Die Spannweite reicht von 2 bis 45 Familien. Vitos Kurhessen gab 45 Familien an und meinte damit belegte und belegbare Gastfamilien.

b. In welcher Form wurden Gastfamilien für das „Begleitete Wohnen von behinderten Menschen in Familien“ durch den Träger/die Einrichtung geworben?

Anzahl der Nennungen:

- 11x Anzeigen in Tageszeitungen, Anzeigeblättern, Amtsblättern
- 2x Anzeigen in Fachzeitschriften (z.B. der Behindertenhilfe)
- 2x Werbung auf regionalen Messen
- 5x Tag der Offenen Tür oder andere Veranstaltungen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit des Trägers/der Einrichtung

Folgende Ergänzungen wurden benannt:

- Persönliche Ansprache
- Homepage im Internet
- Verschicken von Flyern und Informationsmaterial an regionale Akteure
- Werbung auf Hilfeplankonferenzen

Die Öffentlichkeitsarbeit als wichtiges Instrument zur Gewinnung von Familien wird von allen Leistungsanbietern erkannt. Dabei werden unterschiedliche Instrumente genutzt.

c. Welche Methoden eignen sich, um Gastfamilien kennenzulernen?

Anzahl der Nennungen:

- 9x Fragebogen
- 10x Persönlicher Eindruck
- 11x Gespräche
- 11x Besuch bei der Gastfamilie

Als Ergänzungen wurde genannt:

- Einladung zum persönlichen Kennenlernen des Leistungserbringers





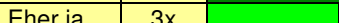



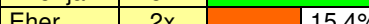





Durch die Leistungsanbieter werden verschiedene Methoden zum Kennenlernen von Familien genutzt. Ein Leistungsanbieter machte keine Angaben.

E. Ausblick zur Umsetzung der Hilfeart in Hessen

1. Zukünftige Entwicklung der Hilfeart

Wie bewerten Sie die Zukunftschancen des „Begleiteten Wohnens von behinderten Menschen in Familien“ in Hessen? (Bitte eines der vier Felder ankreuzen.)

Auswertung der Beantwortung (Anzahl der Nennungen, Anteil in %)

Die Hilfeart als zusätzlicher Angebotsbaustein ist für eine zielgerichtete personenzentrierte Hilfe notwendig	Ja	8x		57,1%
	Eher ja	5x		35,7 %
	Eher	0x		
	Nein	1x		7,2%
Die Hilfeart wird bei den Leistungsanbietern an Bedeutung gewinnen.	Ja	9x		69,2%
	Eher ja	3x		23,3%
	Eher nein	1x		7,5%
	Nein	0x		
Der Ausbau der bisher vereinbarten Plätze im BWF wird durch den Leistungsanbieter angestrebt.	Ja	5x		38,5 %
	Eher ja	5x		38,5%
	Eher	2x		15,4%
	Nein	1x		7,6%
Die Anzahl von 300 bis 400 vermittelten Klienten im BWF in Hessen als Zielsetzung in den nächsten Jahren ist realistisch.	Ja	1x		7,2%
	Eher ja	7x		50,0%
	Eher	4x		28,6%
	Nein	2x		14,2%

Für einen wichtigen zusätzlichen Angebotsbaustein in der Versorgungsregion halten 13 Leistungsanbieter (92%) das BWF. An eine zunehmende Bedeutung des BWF glaubten 12 Leistungsanbieter (85%). Ein Leistungsanbieter beantwortete diese Frage nicht.

Einen weiteren Ausbau der vereinbarten Plätze konnten sich 71% der Leistungserbringer vorstellen. Für drei Leistungsanbieter kommt dies derzeit nicht in Frage. Ein Leistungsanbieter antwortete nicht.

Die Anzahl von 300 bis 400 vermittelten Klienten im BWF in Hessen in den nächsten Jahren halten 57% der Leistungsanbieter für realistisch.

2. Sachliche Zuständigkeit

Die sachliche Zuständigkeit für die Hilfeart liegt bis 31.12.2012 gesetzlich beim LWV Hessen. Bis auf einen Leistungsanbieter votieren die alle anderen (92%) für einen Verbleib der sachliche Zuständigkeit des BWF über den 31.12.2012 hinaus beim LWV.

Experteninterview Frau Dondalski und Herr Schmitt, Fachdienst für das BWF, Vitos Kurhessen

Ort: Merxhausen Datum: 02.07.2009 Zeit: 11:00 - 13:00 Uhr

1. Zielsetzung

Der Fachdienst für das BWF bei Vitos Kurhessen in Merxhausen nimmt aufgrund seiner über 10-jährigen Erfahrung für die Leistungsform eine besondere Stellung als Leistungsanbieter in Hessen ein. Das Interview diente dem Zweck, vor Ort durch Mitarbeiter dieses Fachdienstes für das BWF persönliche Erfahrungen aus dem Pilotprojekt und der jetzigen Tätigkeit zu erfahren.

Frau Dondalski ist Leiterin des Fachdienstes für das BWF. Herr Schmitt ist Dipl. Sozialarbeiter und Dipl. Supervisor. Er hat an wissenschaftlichen Publikationen mitgewirkt und übernimmt Teile der Öffentlichkeitsarbeit des Fachdienstes.

2. Zusammenfassung des Gesprächsinhalts

Es wurden zu verschiedenen Themenkomplexen Fragen an die beiden Mitarbeiter des Fachdienstes gestellt. Wichtige Bestandteile des Gesprächs sollen wiedergegeben werden.

a. Pilotprojekt Psychiatrische Familienpflege Merxhausen

Herr Schmitt führte zum Pilotprojekt aus, dass es in den 1990er Jahren sehr schwierig war, die Psychiatrische Familienpflege zu implementieren. Es gelang nach seiner Auffassung nur, weil mit dem ärztlichen Direktor des Psychiatrischen Krankenhauses, Prof. Dr. H. Kunze, an der Spitze des Krankenhauses jemand stand, der die Idee dieser Leistungsform schätzte und sie unbedingt umsetzen wollte.

Zum Pilotprojekt sagte Herr Schmitt, dass es anfänglich nicht gelang, die potenziellen Klienten aus dem Kreis der langfristig hospitalisierten Patienten zu gewinnen. Die Entwicklung der Enthospitalisierung dieser Patienten hatte Anfang der 1990er Jahre eine derartige Dynamik gewonnen, dass sie für das Pilotprojekt Psychiatrische Familienpflege zu schnell verlief. Die Klienten wurden nach Aussage von Herrn Schmitt in freie Heim- und Wohneinrichtungen vermittelt. Herr Schmitt verwies auf den Umstand, dass das Pilotprojekt von den Klienten mit amnestischem Syndrom (Korsakow Syndrom) profitierte. Aus diesem Personenkreis konnten die ersten Klienten in Familien untergebracht werden. In der Folgezeit konnten auch Menschen mit chronischen psychischen Erkrankungen in Gastfamilien vermittelt werden. Die Mehrheit bilden jedoch Klienten mit einer Alkoholabhängigkeit und einem amnestischen Syndrom.

Herr Schmitt ging auf die Zielsetzung der Psychiatrischen Familienpflege ein. Er betonte, dass es nicht um eine Heilung der Klienten ginge, sondern vielmehr um das Leben in der Normalität des Alltags begleitet durch die aufnehmende Familie.

Herr Schmitt sprach von Vorurteilen gegenüber der Psychiatrischen Familienpflege bis in die eigene Einrichtung hinein. Diese Vorbehalte ließen sich nur durch die Unterstützung der Klinikleitung ausräumen. Herr Schmitt betonte, dass die Anbindung an das Krankenhaus den Vorteil hatte, dass der Zugang zu den Patienten erleichtert wurde. Die Nichtbelegung von Kapazitäten im stationären Bereich wurde von der Klinikleitung für eine erfolgreiche Implementierung der Psychiatrischen Familienpflege akzeptiert.

Abschließend meinte Herr Schmitt, dass das Pilotprojekt eine umfassende Vorbereitung für das spätere BWF gewesen sei. Man konnte von den positiven wie negativen Erfahrungen profitieren.

b. Einführung des BWF durch den Leistungsträger

Herr Schmitt verwies darauf, dass die hessenweite Einführung des BWF vor allem Frau Spohr vom LWV-Fachbereich „Recht und Koordination“ zu verdanken sei. Sie hätte mit ihrer

positiven Grundeinstellung zur Leistungsform den Weg geebnet, so dass die verantwortlichen Entscheidungsträger beim LWV von der Fortführung des Projektes überzeugt wurden.

c. Aktueller Stand BWF bei Vitos Kurhessen

Betreut werden nach Aussage beider Gesprächspartner 44 Klienten (zwei Selbstzahler) in 32 Familien. Es wurden die Qualitätsstandards zur Gewinnung von Familien vorgestellt. Für die Arbeit des Fachdienstes ist es wichtig, dass ein Austausch unter den einzelnen Familien stattfindet. Frau Dondalski berichtete von Netzwerken der Familien, die seit Jahren bestehen. Über diese Netzwerke läuft die Aufnahme der Klienten in einer anderen Familie während des Urlaubs der eigentlich aufnehmenden Familie. Die Familien werden nach Information des Fachdienstes zu einem Jahrestreffen eingeladen. Bei diesem Pflichttermin (Frau Dondalski) werden Erfahrungen aller Beteiligten ausgetauscht. Zudem findet auf Initiative der Familien ein Sommerfest statt.

d. Gewinnung von Familien in Städten

Beide Gesprächspartner berichteten, dass man im März 2009 über eine Pressemitteilung versucht habe, aufnehmende Familien in der Stadt Kassel zu finden. Auf die Berichte in der lokalen Presse hätte sich keine Familie gefunden. Als Begründung führt Frau Dondalski aus, dass sich das Familienleben in ländlichen Strukturen von dem in Städten unterscheidet. Die Alltagsbedingungen in Städten wären andere. Den Familien stehen infrastrukturell stärker ausgeprägte Bildungs-, Kultur- und Konsumangebote zur Verfügung. Die modernen Rahmenbedingungen begrenzen die zeitlichen Ressourcen der Familien, die für die Aufnahme eines Klienten notwendig wären. Beide Gesprächspartner zeigten sich enttäuscht von den Schwierigkeiten, aufnehmende Familien in Kassel zu gewinnen.

e. Organisatorische Struktur des Fachdienstes

Beide Gesprächspartner betonten, dass die Arbeit des Fachdienstes nur mit viel „Herzblut“ zu leisten sei. Bei der Umsetzung des BWF könne man nicht auf die Uhr schauen. Gerade in der Anlaufphase muss man mit hohem Engagement und visionärem Denken auf Klienten, aufnehmende Familien und Kooperationspartner in der Versorgungsregion zugehen. Beide Gesprächspartner sprachen davon, dass mindestens eine 0,5 VK für den Fachdienst eingestellt bzw. beschäftigt werden muss. Sie waren der Überzeugung, dass eine erfolgreiche Implementierung des Fachdienstes und des Leistungsangebotes sonst nicht möglich sei.

f. Zusammenarbeit mit dem LWV

Beide Gesprächspartner betonten die kollegiale und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit dem für sie zuständigen Regionalmanagement in der Einzelfallsachbearbeitung sowie auf den Hilfeplankonferenzen. Die Mitarbeiter würden jederzeit mit Rat und Tat zur Seite stehen.

g. Öffentlichkeitsarbeit

Frau Dondalski und Herr Schmitt sagten, dass das BWF als kleiner Angebotsbaustein der ambulanten Wohnformen immer wieder in das Bewusstsein der Öffentlichkeit zu bringen ist. Aus ihrer Sicht ist es notwendig, eine aktive Öffentlichkeitsarbeit zu betreiben.

h. Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern BWF

Frau Dondalski sprach von einer fairen und kollegialen Zusammenarbeit mit den anderen Leistungsanbietern für das BWF. Man sei sich der Verantwortung bewusst, dass der Fachdienst mit seiner über 10-jährigen Erfahrung im BWF eine besondere Verantwortung in Hessen besitzt. Die Unterstützung lief bisher über direkte Hospitation, Vorträge bei Leistungsanbietern oder in den Versorgungsregionen und dem Erfahrungsaustausch in regionalen/überregionalen Netzwerken. Neben diesen Leistungen wurde an den LHW Kreis Waldeck-Frankenberg e.V. eine potentielle Familie aus dem eigenen Familienpool abgegeben. Daraus entstand das erste Betreuungsverhältnis dieses Leistungsanbieters. Frau Dondalski verwies in diesem Zusammenhang aber auch auf wirtschaftliche Grenzen. Als Leiterin eines Fachdienstes betonte sie: Jeder Anbieter muss kostendeckend agieren.

Experteninterview Frau Lingelmann, LWV

Ort: Kassel Datum: 14.07.2009 Zeit: 10:00 – 10:30 Uhr

1. Zielsetzung

Zielsetzung dieser Befragung war es, zu erfahren, weshalb der LWV für den Personenkreis der Menschen mit einer körperlichen oder Sinnesbehinderung bisher keine Aktivitäten entwickelte, Plätze für das BWF mit Leistungsanbietern zu vereinbaren.

Frau Lingelmann ist LWV-Mitarbeiterin des Fachbereichs „Recht und Koordination“ und Ansprechpartnerin für das BWF.

2. Zusammenfassung des Gesprächsinhalts

Der LWV hat mit seinen Richtlinien für das BWF die Voraussetzungen geschaffen, allen Menschen mit Behinderung den Angebotsbaustein als individuelle Wohnform zu erschließen. Für die heterogene Gruppe der Menschen mit einer körperlichen oder Sinnesbehinderung kann nach Auffassung des LWV ein Bedarf für das BWF weitestgehend ausgeschlossen werden.

Als Gründe gab Frau Lingelmann folgendes an:

1. Schwer- oder schwerstpflegebedürftige Menschen benötigen rund um die Uhr Pflege, die in der Regel eine Familie ohne professionelle Unterstützung ambulanter Pflegekräfte nicht sicherstellen kann.
2. Menschen dieses Personenkreises, die nicht auf professionelle Hilfe angewiesen sind, versorgen sich im Allgemeinen im eigenen häuslichen Umfeld selbst und nehmen ggf. ergänzende Hilfe, wie Betreutes Wohnen oder die Unterstützung ambulanter Hilfen in Anspruch.

Frau Lingelmann verwies darauf, dass im Einzelfall für den Personenkreis der Menschen mit einer körperlichen oder Sinnesbehinderung ein Anspruch auf das Leistungsangebot besteht. Auch wenn keine vereinbarten Plätze mit Leistungsanbietern dieses Personenkreises in Hessen vorliegen, können Einzelvereinbarungen für die Klienten mit Trägern getroffen werden.

Experteninterview Frau Mankel, Fachdienst für das BWF, LHW Kreis Waldeck-Frankenberg e.V.

Ort: Korbach Datum: 17.07.2009 Zeit: 10:00 – 12:30 Uhr

1. Zielsetzung

Der LHW Kreis Waldeck-Frankenberg e.V. ist einer der Träger, der das BWF für die Personenkreise Menschen mit geistiger Behinderung und Menschen mit seelischer Behinderung anbietet. In beiden Personenkreisen wurden durch den Fachdienst Klienten in Familien vermittelt. Insgesamt hat dieser Fachdienst, welcher seine Tätigkeit zum 01.07.2008 aufnahm, drei Klienten in Familien vermittelt.

Zielsetzung dieser Befragung war es, zu erfahren, welche positiven und negativen Erfahrungen durch diesen neuen Leistungsanbieter in der Anlaufphase gemacht wurden. Es sollten - ergänzend zum Fragebogen - Erkenntnisse erlangt werden, wie die Mitarbeiterin des Fachdienstes konzeptionell in der Anlaufphase vorgeht.

Frau Mankel ist in Vollzeitbeschäftigung allein im Fachdienst für das BWF tätig. Sie wurde durch den Träger für diese Aufgabe neu eingestellt.

3. Zusammenfassung des Gesprächsinhalts

Der Gesprächsinhalt wird anhand von Themenschwerpunkten wiedergegeben.

a. Vorbereitung auf die Einführung des BWF in der Versorgungsregion

Frau Mankel erzählte, wie sie bei der Einführung der Leistungsform vorgeht. Sie berichtete, dass sie eine interne Konzeption für die Arbeitsweise des Fachdienstes erstellte. Wichtig war für sie, dass darin Handlungsprozesse und Vorstellungen für die Umsetzung der Leistungsform formuliert wurden. Sie sagte, dass diese gedanklichen Vorüberlegungen ihr halfen, strukturiert vorzugehen. Frau Mankel betonte zudem, dass ihr die schriftliche Festlegung deshalb wichtig war, weil darauf aufbauend, später ein Qualitätsmanagement implementiert werden soll. Frau Mankel sprach von der Beschäftigung mit wissenschaftlicher Literatur zum Begleiteten Wohnen und hielt dies für eine wichtige Grundlage, um argumentativ den ihr entgegengebrachten Vorbehalten der Kooperationspartner zu begegnen.

b. Organisatorische Eingliederung des BWF beim LHW Kreis Waldeck-Frankenberg e.V.

Der Fachdienst für das BWF ist im LHW direkt mit den anderen Wohnangeboten vernetzt. Frau Mankel nimmt nach ihrer Aussage mit dem BWF eine eigene Leitungsebene wahr. Sie sagte, dass sie dadurch die notwendige Anerkennung für den Angebotsbaustein in der schwierigen Anlaufphase erhielt. Frau Mankel ist zudem in das Netzwerk der Leitungsrunde Fachbereich Wohnen/Offene Hilfen des Trägers eingebunden. Sie sprach von einer Aufwertung ihrer Position innerhalb des Trägers. Die Vernetzung des BWF innerhalb der Organisation erleichtert aus ihrer Sicht den Zugang zu potentiellen Klienten. Frau Mankel verwies darauf, dass die Unterstützung der Führungsebene und die Kooperation in der eigenen Einrichtung ihre Arbeit in der Anlaufphase erleichtert hat. Des Weiteren sprach Frau Mankel an, dass der Träger derzeit dabei ist, ein Case Management zu implementieren. Vorteil dieser Vorgehensweise ist nach ihrer Ansicht die bessere Vernetzung der Wohnbetreuungsangebote im Sinne einer personenzentrierten Steuerung der Leistungsangebote für potenzielle Klienten.

c. Finanzierung in der Anlaufphase

Frau Mankel berichtete, dass der Träger mit dem Fachdienst für das BWF ein Budget für die Anlaufphase eingerichtet hat. Damit verbunden ist die Vorstellung, dass der Fachdienst nach der Anlaufphase kostendeckend arbeitet. Es wurde nach ihrer Aussage eine entsprechende Zielvereinbarung getroffen. Frau Mankel erzählte, dass für den Fachdienst BWF eine Teilfinanzierung durch die „Aktion Mensch“ erfolgte. Auf die Frage nach einer Anlauffinanzierung durch den LWV, sagte Frau Mankel, dass dies wünschenswert wäre, aber es von Anfang an klar war, dass der LWV diese Finanzierung nicht gewähren würde.

d. Gewinnung von Klienten

Frau Mankel berichtete über die Schwierigkeit, Klienten bei Kooperationspartnern zu finden. Aussagen, wie: „Das können jetzt Laien. Wie soll das passieren!“ belegten ihre Erfahrungen. Bei der Suche nach potentiellen Klienten stellte Frau Mankel fest, dass mögliche Kooperationspartner im regionalen Versorgungssystem (z.B. Sozialdienste der Krankenhäuser und der WfbM, Betreuungsstellen des Landkreises, Betreuungsvereine, gesetzliche Betreuer, etc.) den Zugang zum BWF für Menschen mit geistiger Behinderung eher weniger problematisch einschätzten als für den Personenkreis mit seelischer Behinderung. Sie sagte, dass die Kooperationspartner für den Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung weniger Schwierigkeiten der aufnehmenden Familie im Umgang mit dem Klienten vermuten.

e. Gewinnung von Menschen mit einer geistigen Behinderung

Die zwei Klienten im Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung in Hessen wurden durch Frau Mankel vermittelt. Sie betonte, dass es für diesen Personenkreis durchaus ein Potential gibt. Frau Mankel berichtete, dass es viele Menschen mit einer geistigen Behinderung gebe, die auch im Alter noch bei ihren Eltern zu Hause wohnen. Ein Problem entsteht, wenn die betagten Eltern ausfallen oder zum Pflegefall werden. Auf die Schnelle muss dann eine Wohnform für den Klienten gefunden werden. Frau Mankel betonte, dass sich hier eine Chance für das BWF bietet. Frau Mankel führte aus, dass sie in Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst der WfbM Klienten registriert hat, die in der Altersgruppe ab 40 Jahre zu Hause wohnen und deren betagte Eltern jederzeit ausfallen oder zum Pflegefall werden können. Diese wurden von ihr als potentielle Klienten registriert.

f. Gewinnung von Familien

Frau Mankel äußerte, dass die Gewinnung von aufnehmenden Familien durchaus gelang. Sie berichtet von bisher 11 Familien, die nach bestimmten Qualitätsstandards aus einem größeren Pool ausgewählt wurden. Frau Mankel verwies darauf, dass auch sie die Erfahrung machte, dass eine Familie eher in ländlichen Strukturen zu finden sein. Sie berichtete von einer Familie mit einem Bauernhof, bei der sich einer der vermittelten Klienten sehr wohl fühle. Hier herrschten optimale Bedingungen für die Gestaltung einer Tagesstruktur des Klienten.

g. Zusammenarbeit mit dem LWV

Frau Mankel bewertete die Zusammenarbeit mit dem LWV als äußerst positiv. Auf der Hilfeplankonferenz wurde das Konzept des BWF nach ihrer Aussage gemeinsam vertreten. Die Mitarbeiter des zuständigen Regionalmanagements des LWV seien jederzeit bereit, zu helfen und bei Fragestellungen zu unterstützen.

Frau Mankel verwies darauf, dass die intensive Unterstützung durch den LWV in der Versorgungsregion sehr wichtig ist. Die Stimme des LWV hat auf den Hilfeplankonferenzen sowie den regionalen Planungskonferenzen Gewicht. Sie konnte sich vorstellen, dass mit Hilfe des LWV und der gemeinsamen Bewerbung des BWF in den Versorgungsregionen die Implementierung der Leistungsform zukünftig noch besser zu gestalten sei.

h. Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern des BWF

Frau Mankel hat den Erfahrungsaustausch in den regionalen Netzwerken (Regionaltreffen Nordhessen BWF) als sehr positiv empfunden. Sie berichtete über einen intensiven Erfahrungsaustausch, von dem sie und andere profitierten. Zudem wurde sie durch Vitos Kurhessen unterstützt, als ein Betreuungsverhältnis für einen Klienten scheiterte, weil die aufnehmende Familie kurzfristig absprang. Der Fachdienst Vitos Kurhessen hatte in seinem Familienpool eine Familie aus dem Kreis Waldeck-Frankenberg, die zum Klienten des LHW passte. Man gab diese Familie an den Fachdienst für das BWF ab. Es entstand das erste Betreuungsverhältnis beim LHW Kreis Waldeck-Frankenberg e.V..

Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Werken wörtlich oder sinngemäß übernommenen Gedanken sind unter Angabe der Quellen gekennzeichnet.

Ich versichere, dass ich bisher keine Prüfungsarbeit mit gleichem oder ähnlichem Thema bei einer Prüfungsbehörde oder anderen Hochschule vorgelegt habe.

Ort, Datum

Unterschrift