



Michael Konrad, Jo Becker, Reinhold Eisenhut (Hg.)

Inklusion leben

Betreutes Wohnen in Familien
für Menschen mit Behinderung

LAMBERTUS

Michael Konrad, Jo Becker, Reinhold Eisenhut (Hg.)

Inklusion leben

Betreutes Wohnen in Familien für Menschen mit Behinderung

LAMBERTUS

Michael Konrad, Jo Becker,
Reinhold Eisenhut (Hg.)

Inklusion leben

Betreutes Wohnen in Familien
für Menschen mit Behinderung

LAMBERTUS

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2011 Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau

Umschlaggestaltung: Nathalie Kupfermann, Bollschweil

Umschlagfoto: Ernst Fessler

Herstellung: Franz X. Stückle, Druck und Verlag, Ettenheim

ISBN: 978-3-7841-2096-6

eISBN: 978-3-7841-2154-3

Inhalt

Vorwort: Klaus Dörner	9
-----------------------------	---

Grundsätzliches

Betreutes Wohnen in Familien – Die Umsetzung des Inklusions- anspruchs für Menschen mit schweren Behinderungen	13
<i>Michael Konrad, Jo Becker, Reinhold Eisenhut</i>	

Institutionelle oder offene Versorgung. Zur Geschichte des Betreuten Wohnens in Familien als Gegenstand einer nie enden wollenden Kontroverse der Psychiatrie	36
<i>Thomas Müller</i>	

Familie ist auch nicht mehr das was sie einmal war. Von der selbstverständlichen Matrix zum Balanceakt	47
<i>Heiner Keupp</i>	

Aus der Sicht von Betroffenen

Der Wechsel von der eigenen Familie in eine Gastfamilie – Eine Mutter berichtet	61
<i>Käte Hentrey</i>	

Betreutes Wohnen in Familien – Chancen und Probleme. Die Sicht einer Psychiatrie-Erfahrenen	69
<i>Sybille Prins</i>	

Fremde Menschen mit Behinderung in die Familie integrieren: Die Sicht einer Gastfamilie	75
<i>Hannelore und Julian Hamann</i>	

Zentrale Fragen der praktischen Arbeit

Kosten sparen – Leistung verbessern. BWF aus Sicht des Leistungsträgers	83
<i>Marion Martin</i>	
Rechtliche Aspekte und Finanzierungsformen des Betreuten Wohnens in Familien	94
<i>Reinhold Eisenhut</i>	
Die Chancen für Inklusion erweitern. Erfahrungen im Aufbau eines BWF-Teams	104
<i>Andreas Liehner</i>	
Zu dritt! Die Funktion des begleitenden Fachdienstes im Betreuten Wohnen in Familien	113
<i>Katrin Wermuth, Michael Konrad, Reinhold Eisenhut, Manfred von Bebenburg</i>	
Betreutes Wohnen in Familien. Realistische Alternative der Inklusion für Menschen mit geistiger Behinderung oder Risiko?	134
<i>Kirsten Lüking</i>	
Die gute Familie. Aspekte zur Auswahl geeigneter Gastfamilien	148
<i>Renate Neuenfeldt-Spickermann</i>	
Vernachlässigung, Misshandlung und Missbrauch im BWF	159
<i>Jo Becker</i>	
Qualitätssicherung des BWF – warum und wie	178
<i>Jo Becker</i>	

Besondere Gruppen

Angehörigenfamilien als Gastfamilien für Menschen mit geistiger Behinderung	185
--	-----

Heinrich Mayer

BWF für Eltern und Kind – Unterstützung an der Schnittstelle zwischen Eingliederungshilfe und Jugendhilfe	191
--	-----

Monika Bachmaier

Betreutes Wohnen in Familien als lebenswerte Alternative für Menschen mit Alkoholdemenz	205
--	-----

Kornelia Sommer, Claudia Dondalski, Thomas Schmitt

Die Rehabilitation forensischer Patientinnen und Patienten im BWF	213
--	-----

Jo Becker

Betreutes Wohnen in Gastfamilien – für Menschen mit Behinderung im Alter	228
---	-----

Petra Roelofs, Walburga Bram-Kurz, Eva Handschuh

Menschen mit Borderline-Störung in Gastfamilien	240
---	-----

Katrin Matt, Kornelia Röscheisen

Literatur	255
------------------------	-----

Die Autorinnen und Autoren	263
---	-----

Vorwort

Die Verrücktheit, in der das Leben aller Menschen auch heute sich bewegt, ist der Rahmen, in dem das Thema Familienpflege beziehungsweise mittlerweile Betreutes Wohnen in Familien (BWF) mir begegnet ist. In meiner eigenen beruflichen Erfahrung kritisch und skeptisch, danach aber perspektivisch und sympathisch – teilweise zu meiner eigenen Überraschung.

Ist BWF überflüssig? Wo Profis doch noch Bedarf für Gastfamilien sehen, – so könnte man meinen – haben sie den Fehler gemacht, nicht für genug Arbeitsmöglichkeiten, insbesondere in Zuverdienstfirmen, gesorgt zu haben. Denn dort können psychisch Kranke ihr Bedürfnis befriedigen, nach Beziehung, Sicherheit, Betriebsidentifizierung, Abhängigkeit oder durch eigenes (bezahltes) Tun hinreichend Bedeutung für Andere zu haben, ohne dabei auf ihr anderes Grundbedürfnis nach Selbstbestimmung verzichten zu müssen.

Heute kommt für psychisch kranke Menschen Betreutes Wohnen in Familien vor allem dann in Betracht, wenn das Ambulant Betreute Wohnen nicht reicht. Als Alternative zum Heim. Die Familie bekommt dann als Ausgleich für ihr Engagement nicht eine Arbeitsleistung, wie ich dies in der klassischen Anstalts-Familienpflege 1980 im Landeskrankenhaus in Gütersloh vorgefunden habe, sondern Geld.

Wir haben die Familienpflege immer wieder ausprobiert und sind fast immer gescheitert, weil regelmäßig der jeweilige psychisch Kranke sagte: „Das ist mir da zu eng, die sitzen mir auf der Pelle, ich bin da zu abhängig, zu fremdbestimmt, will mehr Freiheit und Selbstbestimmung.“

Nun muss ich aber, wenn ich mich nicht realitätsblind machen will, zur Kenntnis nehmen, dass BWF boomt – ganz gegen den Zeitgeist der Moderne. In einigen neu-englischen Staaten etwa leben bis zu 70 Prozent der geistig Behinderten in Gastfamilien, und dies in einem durchaus an Community Care orientierten Sozialraum-Konzept. Offensichtlich hat die Familie heute wieder zunehmende Bedeutung, von der dann auch psychisch Kranke profitieren könnten.

In all den Jahrhunderten vor der Moderne, die man mit 1800 beginnen lässt, gab es keine sozialen Institutionen, keine Sozialprofis, und selbst die Ärzte kümmerten sich in der Regel nur um die kleine Schicht der Besitzenden. Bei überdurchschnittlichem Sorge- oder Hilfsbedarf konnten die Bürger sich also nur gegenseitig helfen, waren auf eine mal mehr, mal weniger funktionierende bürgerschaftliche Basissolidarität angewiesen.

Mit Beginn der Moderne, also der Vermarktlichung der Wirtschaft und der Industrialisierung der Arbeit, wurde das Arbeiten, das bis dahin typischerweise dort geschah, wo man auch wohnte, in das flächendeckende System von Fabriken, später Büros ausgelagert. Und weil die leistungsfähigen Haushaltsmitglieder nun tagsüber anderswo waren, musste zwangsläufig auf der anderen Seite ein flächendeckendes System sozialer Institutionen geschaffen werden. So entstand das Hilfesystem der Moderne, ab 1880 durch die Sozialgesetze funktionsfähig gemacht.

Damit waren die vier solidaritäts-stabilisierenden Institutionen Haushalt/Familie, Nachbarschaft, Kommune und Kirchengemeinde immer überflüssiger und überholter. Den größten Funktions-, Bedeutungs- und Autoritätsverlust hatte der Haushalt: das Arbeiten war an die Fabriken und Büros abgegeben, das solidarische Helfen an die professionellen sozialen Institutionen, Erziehung und Bildung an das Schulsystem. blieb als Aufgabe der Familie nur noch die Kultivierung intimer Gefühle, die, weil nicht mehr sozial geerdet, einen bis heute zunehmenden Psychotherapiebedarf auslösten.

Aber nach ziemlich genau 100 Jahren, nämlich nach 1980 begann das Ende dieser Erfolgsstory der Moderne, zumindest in Form des sozialen Hilfe-Systems: Die sich immer weiter öffnende Kostenschere zwischen wachsendem Bedarf und sinkenden Einnahmen führte zur Diagnose des Staatsversagens. Es blieben die Bürger als Hoffnungsträger. Die Botschaft an die Bürger musste nun, wenn die Verantwortlichen sich trauten, etwa so lauten: „Da es grundsätzlich nur zwei Wege für das Helfen gibt, entweder man gibt Geld oder Zeit, seid Ihr nun aufgefordert, zwar weiterhin Geld, aber nunmehr auch wieder Zeit zu geben.“ Wie also aus ökonomischen Gründen einst das vormoderne solidarische Zeit-Helfen zerlegt wurde, so wird es ebenfalls aus ökonomischen Gründen in der Postmoderne wieder notwendig.

Auf der normativen Ebene heißt das, dass neben dem scheinbar einzigen obersten Wert der Moderne, nämlich der Selbstbestimmung, jetzt wieder ein anderer Grundwert genauso notwendig wird, den ich am liebsten „Bedeutung für andere“ nenne. Weil normale Bürger nur widerwillig helfen können, bedarf es jetzt auch wieder mehr der solidaritäts-stabilisierenden Institutionen.

Das aber scheint mir der wichtigste Grund dafür zu sein, warum ausgerechnet und unerwartet die psychiatrische Familienpflege oder, nach Ausweitung auf Menschen mit geistiger und Mehrfachbehinderung, das Betreute Wohnen in Familien boomt und wirksam ist. Während der Weg über den personenzentrierten Ansatz bis zum persönlichen Budget vermutlich die weniger Kranken begünstigt, ist wohl für die schwerer Kranken der Weg über die Integration in eine Gastfamilie angemessener. Mit Förderung auch des anderen Grundbedürfnisses nach Bedeutung für andere: Sicherheit, Bindung, Fremdbestimmung. Diesem Weg gehört dann die Zukunft, wenn wir kein markt-, sondern ein solidaritäts-gesteuertes Gesundheits- und Sozialsystem wollen. Durch den Rückgriff auf den Mix von Traditionsbeständen der Vormoderne und dem Erhalt zukunftsfähiger Fortschritte der Moderne kann BWF für die Bewältigung der schwierigen Bedingungen der Postmoderne hilfreich sein. Wir sollten darum kämpfen, dass der Gesetzgeber nicht so sehr das persönliche Budget, sondern stattdessen das Sozialraumbudget auch für die Belange der erwachsenen psychisch Kranken, der geistig Behinderten und vor allem auch der Alterspflegebedürftigen als verbindlich vorschreibt.

Wegen dieser aufregenden epochalen Bedeutung lohnt es sich, in ihren Ressourcen auszuschöpfen, welche menscheitsgeschichtlichen Haushaltselemente in dem degenerierten Moderne-Rest namens Familie immer noch enthalten sind und damit nutzbar gemacht werden können. Die Autoren des vorliegenden Buches – nahezu alle Praktiker des Betreuten Wohnens in Familien – haben dies getan und präsentieren damit einen Erfahrungsschatz, der nicht nur den Praktikern des BWF, sondern allen mit sozialen Hilfesystemen Befassten interessante Einblicke bietet. Die vielen Fallbeispiele zeigen die Vielfalt des heutigen Familienlebens und wirken oft eher wie Passagen eines Familienromans anstatt trockener Fachlektüre. Nicht nur Menschen mit seelischen und geistigen Behinderungen erscheinen in einem neuen, ungewöhnlichen Licht, auch bei den Gastfamilien stößt man auf besondere Charaktere, die das eigene Leben

und das Zusammenleben mit behinderten Menschen mutig und kreativ meistern. Neben fachlichen Abhandlungen erhält der Leser vielschichtige Einblicke in das schillernde Leben des Gemeindewesens.

Gütersloh, im Juni 2012

Prof. Dr. Klaus Dörner

Grundsätzliches

Betreutes Wohnen in Familien

Die Umsetzung des Inklusionsanspruchs für Menschen mit schweren Behinderungen

Michael Konrad, Jo Becker, Reinhold Eisenhut

Im August 1806 erreicht die Mutter des Dichters Friedrich Hölderlin eine Aufforderung, sie solle ihren Sohn abholen, „dessen Wahnsinn eine sehr hohe Stufe erreicht“. Hölderlin wird am 15. September gegen seinen heftigen Widerstand in das Authenriethsche Klinikum in Tübingen eingeliefert und verbleibt dort acht Monate. In den 1970er Jahren entbrannte eine heftige Debatte darüber, ob Hölderlin wirklich psychisch krank gewesen war. Eine psychiatrische Diagnose retrospektiv über zwei Jahrhunderte zu beurteilen ist ein müßiges Geschäft. Mit Sicherheit kann die Aussage getroffen werden, dass Hölderlin von den Ärzten und seiner Umwelt aufgegeben worden war. Authenrieth hielt ihn für unheilbar krank und erklärte, dass er nur noch drei Jahre zu leben habe.

„Im Klinikum wurde es aber mit ihm noch schlimmer. Damahls habe ich seinen Hipperion mit der Frau Hoffbuchbinder Bliefers gelesen welcher mir ungemein wohl gefiel. Ich besuchte Hölderlin im Klinikum und bedauerte ihn sehr, dass ein so schöner herlicher Geist zu Grund gehen soll. Da im Klinikum nichts weiter mit Hölderlin zu machen war, so machte der Canzler Authenrieth mir den Vorschlag Hölderlin in mein Hauß aufzunehmen, er wüsste kein besseres Lokal ... Ich willigte ein und nahm ihn auf.“ Dieser Bericht wurde verfasst von Schreinermeister Ernst Friedrich Zimmer, der Hölderlin in seinen Haushalt aufnahm und damit eine persönliche Form Betreuten Wohnens in Familien (BWF) praktizierte, lange bevor diese Versorgungsform in Deutschland eingeführt wurde. Der ärztlichen Prognose zum Trotz starb Hölderlin keineswegs nach drei Jahren, sondern lebte noch 36 Jahre in Obhut der Familie Zimmer; nach dem Tod Ernst Zimmers in Obhut dessen Tochter. Nach ersten unruhigen Jahren lebte er ein eher beschauliches Leben – allerdings immer wieder unterbrochen von unruhigen und vermutlich wahnhaften Phasen – spielte auf dem Klavier, schrieb einfache Gedichte unter dem Pseudonym Scardanelli und erhielt Besuch von jungen Literaten,

die, fassungslos über sein Schicksal, zu dem großen Dichter „pilgerten“.¹ Im Alter von 74 Jahren stirbt er im Beisein von Zimmers Tochter und Zimmers Frau.

Das Schicksal Hölderlins wirkt auch nach 200 Jahren nicht fremd. Der jähe Absturz aus der Position des hoffnungsvollen, in weiten Kreisen bereits anerkannten Dichters in die verwirrende Situation einer chronischen psychischen Krankheit ist nicht nur für den Betroffenen selbst irritierend, sondern vor allem für seine Angehörigen und Bekannten. Die plötzlich auftauchende Hoffnungslosigkeit nach hochfliegenden Erwartungen an persönliches Glück und gesellschaftliche Anerkennung wird verstärkt durch ein professionelles Hilfesystem, in dessen Schablone das persönliche Einzelschicksal nicht hineinpassen will und das lediglich den Eindruck der Angehörigen und Bekannten bestärkt: nämlich dass es keine Hoffnung gibt.

Dass der berühmte Dichter, dessen Leben und Werk in der Folge der Studentenbewegung vermehrte Aufmerksamkeit genoss, die zweite Hälfte seines Lebens in einer fremden Familie zubrachte, die ihn auf Grund seiner psychischen Erkrankung aufgenommen hat, verhinderte nicht, dass die Psychiatrische Familienpflege – so die frühere Bezeichnung des Betreuten Wohnens in Familien – als Hilfesystem für chronisch psychisch kranke Menschen in Vergessenheit geriet. Insbesondere in der Reformära der deutschen Nachkriegspsychiatrie wurde sie als zwar interessante, gleichwohl nicht realisierbare Versorgungsform betrachtet (vgl. Böcker 1985).

In der Psychiatrie-Enquête, die das Ziel verfolgte, die Anstaltspsychiatrie in ein gemeindepsychiatrisches Versorgungssystem umzugestalten, fand sich lediglich eine marginale Erwähnung. Im Bereich der Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung verhielt es sich nicht anders. Bis auf wenige Einzelfälle war die in der Weimarer Republik noch verbreitete Hilfeleistung (Schmidt-Michel 1993) vollkommen von der Bildfläche in Deutschland verschwunden. Das über Leistungen der Eingliederungshilfe finanzierte Behindertenheim mit angeschlossener Werkstatt war zum vorherrschenden professionellen Hilfeangebot für Menschen mit geistiger Behinderung geworden.

¹ Alle Zitate aus Volke (1978).

BWF – Exot unter den Unterstützungsleistungen für Menschen mit Behinderung

Unter Betreutem Wohnen in Familien wird die Integration eines Menschen mit Behinderung in eine nicht mit ihm in aufsteigender oder absteigender Form verwandte Familie² verstanden, die dafür eine materielle Entschädigung und Begleitung durch einen Fachdienst erhält. Bis zum Jahre 2005 wurde BWF in Deutschland meist unter dem Begriff Psychiatrische Familienpflege praktiziert (s.u.). Der Ursprung liegt in dem belgischen Ort Geel, in dem seit dem 13. Jahrhundert „irre gewordene“ Menschen in Gastfamilien aufgenommen werden und dieses gewachsene „familiäre System“ von der institutionellen Psychiatrie im späten 19. Jahrhundert übernommen wurde.³ Ein Blick in die Frühgeschichte der psychiatrischen Familienpflege in Deutschland zeigt, dass die Frage der Betreuung psychisch kranker Menschen in Gastfamilien die psychiatrische Fachwelt immer schon stark polarisiert hat. Die Diskussion der familiären Versorgung, die sich im Verein deutscher Irrenärzte entwickelt hatte, endete Mitte des 19. Jahrhunderts in zwei gegenläufigen Positionen.⁴

Als Vertreter der Befürworter sei Griesinger (1868) zitiert: „Die familiäre Kranksinnigenpflege gewährt den Kranken das, was die prachtvollste und bestgeleitete Anstalt der Welt niemals gewähren kann, die volle Existenz unter Gesunden, die Rückkehr aus einem künstlichen und monotonen in ein natürliches, soziales Medium, die Wohltat des Familienlebens“. Während Griesinger die Qualität der Gastfamilie in Bezug auf die Erfahrungen in Geel hervorhebt, sahen die Gegner des BWF bestenfalls den Einspareffekt, wie das Zitat von Wiedemeister (1864) zeigt: „Ob für absolut unheilbar Kranke das Geeler System anderswo ins Leben gerufen zu werden verdient, und ob das anderswo ausführbar ist, scheint mir weniger eine Frage der wissenschaftlichen Psychiatrie, als der Nationalökonomie“. Fachlich wurde die Anstalt mit ihrer professionell fundierten Ausrichtung als einzige legitime Form der Behandlung psychisch kranker Menschen betrachtet. Lediglich für die Versorgung von Langzeit-

² Zu Geschwisterfamilien siehe Mayer i.d.B. S. 185ff.

³ Eine hervorragende Darstellung der Familienpflege in Geel wurde von dem Journalisten Egon Erwin Kisch unter dem Titel: Belgisches Städtchen mit 3000 Irren verfasst. Nachgedruckt in: Konrad & Schmidt-Michel (1993).

⁴ Zur Geschichte der Familienpflege in Deutschland siehe Schmidt-Michel (1993).

patienten⁵, bei denen die Hoffnung auf einen Behandlungserfolg nicht mehr bestand, wurde BWF als akzeptable – weil Kosten sparende – Versorgungsform betrachtet. Diese Ambivalenz prägt die fachliche Diskussion bis heute.

Dabei konnten sich die Befürworter des BWF auf einen breiten Erfahrungsschatz stützen. Zum Zeitpunkt der Diskussion über die Familienpflege in Deutschland lebten mehr als 1.000 psychisch kranke und geistig behinderte Menschen aller Schweregrade in Geeler Gastfamilien. Das Zusammenleben von behinderten Menschen und Gastfamilien hatte im Laufe der Jahrhunderte eine Tradition herausgebildet, in der die Verrücktheit sich als Teil des Gemeindelebens etabliert hatte.⁶ Den Kontrast zwischen den Verhaltensweisen in der Anstalt und in der Gastfamilie hat Edmund Neuschler nach einem Besuch in Geel emphatisch zusammengefasst und damit der Hospitalismuskussion weit vorgegriffen: „Wer von uns, der jahrelang in einer öffentlichen Anstalt gelebt hat, war nicht oft von Mitgefühl ergriffen gegenüber den traurigen Bedingungen ihrer Insassen und den vielfältigen Einschränkungen, die sie zu ertragen haben – nicht als unvermeidliche Konsequenz ihrer Krankheit, sondern ausschließlich aufgrund des Behandlungssystems, dem sie unterworfen sind“ (Neuschler 1867, S.32).

Die Gemeinde Geel war gleichsam zu einer riesigen, offenen Anstalt geworden, in der die Gastfamilien wie spezialisierte Stationen eingesetzt wurden. Der Anspruch war, alle Langzeitkranken in dem familialen System zu versorgen. Den Verantwortlichen für die „Irrenfürsorge“ in Geel gelang das unter anderem dadurch, dass sie die Region wie eine psychiatrische Anstalt organisierten. Die ruhigen Patienten wurden in Gastfamilien der Innenstadt untergebracht, motorisch unruhige und laute Patienten in Weilern des Umlandes, Patienten, die disziplinarisch zu überwachen waren, vermittelte man auf kleine Gehöfte in einem ausgedehnten Heideland mit einer großen Entfernung zwischen den einzelnen Höfen. Die Auswahl von Gastfamilien war einfach. Die Aufnahme eines

⁵ Menschen mit seelischer Behinderung in der heutigen Terminologie.

⁶ Dies ist das wesentliche Ergebnis einer teilnehmenden Beobachtung von Roosens (1983), das er so zusammenfasst: „Das Besondere für Geel scheint uns gerade darin zu liegen, dass nahezu alle Menschen mit denen die Patienten in Kontakt kommen, aus ihrem Inneren heraus zu der Überzeugung gelangt sind, dass ein Zusammenleben mit Geistesgestörten durchaus möglich, ungefährlich und nicht ansteckend sowie alles in allem viel weniger schlimm ist, als ‚naive‘ und ‚unerfahrene‘ Außenstehende denken.“ (S.83).

Erkrankten war einerseits eine Selbstverständlichkeit, andererseits ökonomisch und sozial lukrativ. Dadurch etablierte sich ein soziales Kontrollsystem, in dem sich die Gastfamilien gegenseitig überwachten und den Missbrauch eines Bewohners bei den Verantwortlichen der „Irren-Kolonie“ meldeten (Roosens 1983).

BWF – ein „Opfer“ des Missverständnisses über die Funktion der modernen Familie

Aufgrund des Strukturwandels der Familie wurde in der Zeit nach dem 2. Weltkrieg unterstellt, dass BWF keinen quantitativ bedeutenden Beitrag in der psychiatrischen Versorgung zu leisten vermag. In dem Wandel von der Großfamilie zur Kleinfamilie wurde die Ursache gesehen, dass ein Mensch mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung nicht mehr in das Familiensystem integriert werden kann. Selbst 20 Jahre nach Einführung des BWF in Deutschland bestanden in der psychiatrischen Fachwelt große Bedenken und Vorbehalte gegenüber den „Eigenheiten“ bei diesem Betreuungsangebot. Dies ist das Ergebnis einer Delphi-Studie über Enthospitalisierungsprozesse psychisch kranker und geistig behinderter Langzeitpatienten (vgl. Ingenleuf 2004). Experten, die kein Projekt in ihrer Region hatten, äußerten sich sehr skeptisch gegenüber dem therapeutischen Nutzen und sahen BWF ausschließlich als Mittel zur Kosteneinsparung.

Inhaltlich wurde von den Experten in der Delphi-Studie vor allem das Risiko der bloßen Verwahrung und die Ausnützung der Arbeitskraft in bäuerlichen Familien von Menschen mit Behinderung gesehen. Solche Formen von Missbrauch sind nicht von der Hand zu weisen, wie der Beitrag von Becker (S. 159ff. i.d.B.) zeigt. Auch im BWF in Italien wird das als ernsthaftes Risiko diskutiert (vgl. Aluffi 2011). Die bloße Verwahrung von Menschen mit Behinderung betrifft jedoch nicht allein das BWF, sondern alle als komplementär bezeichneten Unterstützungsleistungen. Seit geraumer Zeit wird auch bei betreuten Wohngemeinschaften das Phänomen des „ambulanten Hospitalismus“ diskutiert. Neuere Überblicksarbeiten zum Effekt betreuten Wohnens kommen zu dem Schluss, dass der Prozess der Enthospitalisierung häufig in einer Transinstitutionalisierung geendet habe (z.B. Bitter et al. 2009); nämlich der Transferierung von einem Verwahrungsort zum anderen, ohne dass damit die Inklusion in das Gemeinwesen sich verbessert habe.

Professor Reimer, ehemaliger ärztlicher Direktor am PLK Weinsberg und Vorstandsmitglied der Aktion Psychisch Kranke sah das Risiko der Verwahrung in Gastfamilien bereits in der Frühphase der Wiedereinführung des BWF in Deutschland in der Problematik der Qualitätsprüfung: „Schwierig ist vor allem die Kontrolle der einzelnen Familien im Gegensatz zu kleineren Heimen, bei denen wenigstens das therapeutische Angebot zu kontrollieren ist“ (Reimer 1986). Hinter dieser Befürchtung stand offensichtlich ein verbreitetes Misstrauen gegenüber der (klein-) bürgerlichen Familie, die nach innen konfliktbeladen und nach außen abgeschottet ist und daher als Gastfamilie nicht zur Integration von Menschen mit Behinderung beitragen kann. Der Wandel der Familienformen zwischen 2. Weltkrieg und Jahrtausendwende wurde als Aussterben der Familie in den modernen Industriegesellschaften missinterpretiert. Die Verabsolutierung der bürgerlichen Kleinfamilie als höchste Form von Familie hatte außer Acht gelassen, dass sich die Familienformen immer gewandelt und den gesellschaftlichen Anforderungen angepasst haben (vgl. Levi-Strauss 2008). Die in den westlichen Industrieländern bestehende Pluralisierung der Familienformen mit der Fähigkeit, flexibel auf die ständigen Veränderungen einzugehen, passt daher zu Versorgungskonzepten, die Inklusion, Diversität und Selbstbestimmung in den Fokus rücken (vgl. dazu Keupp, S. 47f. i.d.B.).

Das Konzept des Betreuten Wohnens in Familien konnte sich daher nicht nur in sozialstrukturell vollkommen verschiedenen Regionen wie dem Landkreis Ravensburg und der Region um Bonn etablieren, sondern erlebte kontinuierlich eine Vergrößerung und Erweiterung der in Gastfamilien vermittelten Gruppen von Menschen mit Behinderung. Die Entwicklung verlief jedoch nicht linear. Im Gegensatz zu Versorgungskonzepten wie dem Ambulant Betreutes Wohnen vergrößerte sich das Betreute Wohnen in Familien nicht gleichmäßig in allen Bundesländern. BWF verbreitete sich in manchen Regionen sehr stark und wurde zum quantitativ größten ambulanten Betreuungsangebot für chronisch psychisch kranke Menschen, während es in einigen Bundesländern bislang überhaupt nicht angeboten wird (S. 31ff.).

Die ersten Erfahrungen mit der Platzierung von Menschen mit seelischer Behinderung nach der Wiedereinführung von BWF wurden in verschiedenen Publikationen beschrieben: die Erfahrungen in Ravensburg und im Rheinland in der Monographie „Die zweite Familie“ (Konrad & Schmidt-Michel 1993), die Erfahrungen im Landkreis Dahme-Spree-

wald in Brandenburg in der Reihe „Psychosoziale Arbeitshilfen“ 22 als „Handbuch für die Praxis“ (Schönberger & Stolz 2003). Insbesondere in letzterer Publikation finden sich viele Hinweise für die praktische Arbeit. Sie kann als pdf-Datei angefordert werden von der Redaktion des Rundbriefes „bwf aktuell“ (bwfaktuell@spix-ev.de). Die Bücher sind im Buchhandel nicht mehr erhältlich.

In der Phase der Wiederbelebung des BWF wurde die Platzierung von Menschen mit seelischer Behinderung nahezu ausschließlich als geeignetes Mittel zur Enthospitalisierung psychisch kranker Langzeitpatienten betrachtet. Im Rheinland war BWF dementsprechend an der Psychiatrischen Klinik angesiedelt und wurde von dort aus betrieben. Auch neu beginnenden Projekten, die unabhängig von der Klinik arbeiteten, wurde die Erkenntnis von Tilo Held aus seiner Studie in Paris mit auf den Weg gegeben, Gastfamilien seien mit der Integration jüngerer, grenzüberschreitender chronisch psychisch kranker Patienten überfordert (Held 1989). Die Beschränkung auf Langzeitpatienten korrespondierte mit einer Vorstellung geeigneter Gastfamilien, die sich an dem Modell der traditionellen Familie orientierte und mit den Attributen stabil, beständig etc. beschrieben werden kann. Diese Vorstellungen geeigneter Gastfamilien sind immer noch wirksam, korrelieren jedoch nicht mit der Fähigkeit, verhaltensauffällige Menschen mit Behinderung zu integrieren (vgl. Neuenfeldt-Spickermann i.d.B. S. 148ff.). Zwischenzeitlich werden selbst Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung und nicht-abstinenzfähige Suchtkranke in Gastfamilien vermittelt (vgl. Matt & Röscheisen, S. 240ff. i.d.B.). BWF hat sich als Standardangebot der Eingliederungshilfe in Deutschland etabliert und trägt zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen bei.⁷ Auch Psychiatrie-Erfahrenen ist es ein Anliegen, die Integration in eine Gastfamilie zu einem frühen Zeitpunkt der Erkrankung nutzen zu können (vgl. Prins, S. 69ff. i.d.B.).

Im Hinblick auf die Inklusion von Menschen mit Behinderung bietet das Betreute Wohnen in Familien ein Alleinstellungsmerkmal. In keinem anderen Unterstützungsangebot ist ein Integrationsprozess in das Gemeinwesen zu finden, das der Integration in eine Gastfamilie gleicht. Die Gastfamilie ist kein abgeschottetes System, wie das meist im Heim, teilweise aber leider auch im Ambulant Betreuten Wohnen der Fall ist. Durch die Integration in eine Gastfamilie erschließt sich dem Menschen mit Behin-

⁷ Der Titel der Jahrestagung 2011 lautete konsequenterweise: Inklusion leben.

derung gleichzeitig der Zugang zu Verwandten der Gastfamilie, Freunden, Nachbarn und Arbeitskollegen (vgl. Neuenfeldt-Spickermann, Roeloffs et. al., Matt & Röscheisen; Hamann & Hamann i.d.B.). In besonderem Maße scheint dieser Effekt auch bei Menschen mit geistiger Behinderung zum Tragen zu kommen (vgl. Lüking i.d.B. S. 134ff.). BWF ist ein praktiziertes Anti-Stigma-Programm. Die Sicht auf Menschen mit Behinderung wandelt sich durch die „natürliche“ Begegnung von dem Blickwinkel auf einen Außenseiter zu dem Blickwinkel auf einen Mitmenschen. Durch das langfristige Zusammenleben normalisiert sich die Kommunikation; dem Menschen mit Behinderung wird nicht pädagogisch begegnet, wie Sibylle Prins (S. 71f. i.d.B.) bei Professionellen kritisch anmerkt, sondern auf gleicher Augenhöhe. Der positive Effekt dieser nicht-pädagogischen Form der Begegnung zeigt sich vor allem in der Integration von Menschen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen (BPS; vgl. Matt & Röscheisen i.d.B.). Dass Konflikte mit der Umwelt im Gegensatz zu Erfahrungen im ABW nicht zum Ausschluss führen, ist durch den Schutz der familiären Zugehörigkeit gewährleistet. Der behinderte Gast von Familie Meier hat einen anderen Status als der behinderte Nachbar im anonymen ABW.

BWF – ein Unterstützungsangebot zwischen Heim und ABW

BWF kann als Betreuungsangebot zwischen Stationär Betreutem Wohnen (Heim) und Ambulant Betreutem Wohnen angesiedelt werden. Hinsichtlich der Intensität und dem Grad der Beschützung entspricht BWF einem Heim, ist aber gleichzeitig ein ambulantes Angebot inmitten der Gemeinde. Dementsprechend können in Gastfamilien nicht nur ruhige, leicht integrierbare Personen erreicht werden; vielmehr bietet das Leben in einer Gastfamilie eine echte Alternative zu der intensiven Rund-um-die-Uhr-Betreuung in einem Heim. Es ist daher durchaus sinnvoll, dass BWF von einem Träger angeboten wird, der gleichzeitig in der Heimversorgung engagiert ist. Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe hat diese Strategie bei der Implementierung des BWF mit Erfolg praktiziert (vgl. Martin, S. 89 i.d.B.). Dabei ist allerdings zu beachten, dass die Übertragung der Logik der Heimbetreuung auf die Integration in Gastfamilien vermieden werden muss. Die in der Heimversorgung notwendige Regulierung, die sich institutionell durch die Heimaufsicht manifestiert, zerstört die inklusive Wirksamkeit der Gastfamilie, die im Wesentlichen aus

der Spontaneität einer sich selbst organisierenden sozialen Gemeinschaft besteht.

BWF ist in diesem Verständnis ein Unterstützungsangebot, das für die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) hilfreich ist. Artikel 19 regelt: „Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu ermöglichen“. Da die Regierungen Deutschlands, Österreichs und der Schweiz das Abkommen unterzeichnet haben, müssen sie in den kommenden Jahren Maßnahmen treffen, um das hochgesteckte Ziel der Inklusion **aller** Menschen mit Behinderung umzusetzen. Dass hierzu ein Umdenken von institutioneller Betreuung auf ambulante Unterstützung notwendig ist, verdeutlichen die Beiträge des Handbuchs Betreutes Wohnen (Rosemann & Konrad 2011).

Das Leben in einer Gastfamilie ermöglicht Menschen mit Behinderung eine individuell zugeschnittene Lebens- und Betreuungsform, die sich durch einen professionellen Einrichtungstyp weder ökonomisch noch organisatorisch umsetzen lässt. Insbesondere im Bereich der Menschen mit geistigen oder Mehrfachbehinderungen stellt die Integration in eine Gastfamilie ein adäquates Angebot zur Inklusion dar (vgl. Lüking i.d.B. S. 134ff.) und unterstützt die Ablösung aus dem Elternhaus (vgl. Hentrey, S. 61ff. i.d.B.). In diesem Bereich bestehen noch ein starkes Übergewicht an stationären Angeboten und eine Mentalität der Fürsorge und Versorgung.

Bei den meisten Menschen mit einer seelischen oder geistigen Behinderung betrifft das Handicap vor allem den zwischenmenschlichen Bereich. Die Fähigkeit, eine Partnerschaft, eine Familie zu gründen oder enge und stabile Beziehungen zu Freunden zu unterhalten, ist häufig stark eingeschränkt. Professionelle Betreuungsbeziehungen ersetzen dann die sozialen Kontakte. Durch die beruflichen Wechsel der Fachkräfte erleiden daher Menschen mit einer stärkeren Behinderung im Laufe ihres Lebens zahlreiche Beziehungsabbrüche. Außerdem sind professionelle Betreuungsbeziehungen asymmetrisch, das Handicap steht im Mittelpunkt: Der eine ist im Dienst, der andere empfängt Hilfe.

Im Gegensatz dazu schafft BWF eine Beziehung mit umfassender Begleitung eines behinderten Menschen, über Dienstzeiten und erlerntes Berufsfeld hinaus. Die Hauptlast der Betreuung tragen Bürger, die keine Fachkenntnisse und entsprechende „professionelle Haltung“ haben. Zwischen Gastgeber und Gast entsteht eine Interessengemeinschaft und partnerschaftliche Beziehung, mit gegenseitigem Geben und Nehmen zwischen dem auf Hilfe angewiesenen Menschen und den dafür bezahlten Betreuern. Hier ist weniger wichtig, ob der Kranke Stimmen hört, sondern ob er Kartoffeln schälen kann und ob er sauber ist und gut riecht. In der Selbst- und Fremdwahrnehmung eines Menschen mit Behinderung erscheint die Vermittlung in BWF eher als Erweiterung einer schon anässigen Familie, mitsamt ihrem sozialen Netzwerk.

Die Gastfamilie als milieutherapeutische Einheit

Nach Aron Gurwitsch ist die Milieuwelt „das Insgesamt der Alltagsphären, in denen Menschen fraglos, undistanziert und unreflektiert handeln, die sie unmittelbar und langfristig beleben“ (Hitzler & Honer 1984). Dieser Milieubegriff umfasst nicht Institutionen, in denen die Umweltfaktoren konzeptionell geplant werden, sondern die Beziehungsqualität zwischen den Personen, die in einer „natürlichen“ Umwelt agieren. Die Ebene des Zusammenlebens und der spontanen Interaktion mitsamt ihrem Konfliktpotential gerät in den Vordergrund. Die Aushandlung alltäglicher Konflikte zwischen Unterstützer und Unterstütztem wird zum biographisch bedeutsamen Lernfeld und damit zum therapeutischen Wirkfaktor. Dass die Konflikte nicht künstlich hergestellt sind wie in einer Institution, sondern die „normalen“ Probleme des Alltags gemeinsam angegangen werden, ist der normalisierende Effekt des milieuweltlichen Ansatzes. Therapeutische Konzepte seitens der Gastfamilie sind bei der Problembewältigung hinderlich. Die entstehenden Konflikte müssen spontan angegangen werden; sie lassen den Umweg über Teamkonflikte, Teamsupervisionen und Festlegung von Regeln nicht zu. Christine Schönberger, die in ihrer Dissertation über Gastfamilien in einer ländlichen Region Ostdeutschlands das komplexe Motivbündel und seine Verankerung in den individuellen Familiengeschichten nachzeichnet, hat dies die „diskrete Arbeit der Transformation“ genannt (Schönberger 2007).

Dass die Milieuthherapie weniger von Umweltfaktoren geprägt ist als von den Beziehungen in einem Raum, setzt sich in der sozialpsychiatrischen Theoriebildung immer mehr durch. Trotz zahlreicher Studien über den Einfluss der Architektur psychiatrischer Stationen auf die Befindlichkeit der in ihnen behandelten psychisch kranken Menschen konnten keine konsistenten Zusammenhänge gefunden werden (Richter & Hoffmann 2011). Ehrgeizige sozialpsychiatrische Projekte wie die Soteria postulieren denn auch, dass die Umwelt, in der die therapeutischen Prozesse stattfinden, so normal als möglich gestaltet sein sollen. Wie Luc Ciompi, der Gründungsvater der Soteria, mit seiner Theorie der Affektlogik psychischer Störungen gezeigt hat, ist die „Beziehungsarbeit“ die wirksamste Form des Umgangs mit psychischen Beeinträchtigungen, und „normale“ Lebensbedingungen sind die beste Grundlage für gelingende Beziehungsarbeit. Interessanterweise hat Ciompi in einem neueren Beitrag den Zusammenhang zwischen der in der Soteria praktizierten Milieuthherapie und der Integration in Gastfamilien hergestellt: „Bereits die mittelalterliche Tradition der Familienpflege im belgischen Dorf Geel kann als eine Frühform der Milieuthherapie mit dem Ziel einer möglichst weitgehenden Selbstständigkeit und sozialen Eingliederung verstanden werden“ (Ciompi 2011, S. 19).

In modernen Konzepten sozialer Einrichtungen ist es verbreitet, Elemente des normalen Alltags aufzunehmen oder Gruppen in einem Heim als familienähnlich strukturiert zu bezeichnen. Die Absurdität dieses Unterfangens hat der französische Philosoph Jean Baudrillard in einem Vergleich treffend charakterisiert: „Man kann sagen (...) dass es sich mit dem Sozialen ähnlich wie mit dem Geschmack in der amerikanischen Küche (...) verhält. Es gibt geradezu ein gigantisches Unternehmen zur Entwendung und Abschreckung des Geschmacks der Lebensmittel. Die Würze wird zunächst isoliert und aus den Lebensmitteln herausgezogen, anschließend wieder eingezogen, hinzugefügt in Form von Flavor oder Burlesken oder künstlichen Soßen (...). So wird das Soziale, dessen lebendige Determinierung sich in einer verzweiferten Programmierung verliert, als Überdeterminierung neu erfunden ...“ (Baudrillard 1982).

Strukturwandel der „Familie“

Angeichts der hohen Akzeptanz der Theorie der Affektlogik in sozialpsychiatrischen Kreisen ist es erstaunlich, dass die Beziehungsqualität

von Gastfamilien nicht in Verbindung mit milieuthérapeutischen Ansätzen gebracht wurde. Die Familie der Jahrtausendwende ist strukturell keine von Harmonie geprägte Familie, selbst wenn ihr Zusammenleben durchaus harmonisch sein kann. Die Gesellschaft befindet sich in einem Prozess, der die Individuen zunehmend zur Individualisierung zwingt. Auf der Grundlage nie da gewesener Bildung für einen Großteil der Bevölkerung, der im Gegensatz zu der Nachkriegszeit auch die Frauen umfasst, wird die Suche nach dem individuellen Glück zum bestimmenden Lebensinhalt des modernen Menschen (Beck 1986). Individuen übergreifende Sinnzusammenhänge wie Religion oder politische Ideologien verlieren an sinnstiftender Kraft, identitätsstiftende Bewegungen wie Gewerkschaften und Vereine werden für den Einzelnen immer unbedeutender. Individualität und Selbstentfaltung sind der bestimmende Faktor der biographischen Entwicklung. Die (eheliche) Partnerschaft ist in dieser gesellschaftlichen Situation ein Ort, an dem zwei Erwachsene mit unterschiedlichen Sinnhorizonten zusammenkommen und nicht nur einen neuen Sinnzusammenhang konstruieren, sondern auch ständig reparieren müssen (Berger & Kellner 1965).

In dieser Perspektive stellen die Konstitution und der Erhalt des Familienlebens eine permanente Konstruktion der natürlichen Selbstverständlichkeit dar (siehe Keupp, S. 49 i.d.B.). Die zwangsläufige Aushandlung einer gemeinsamen Perspektive durch die Gastfamilie ist für den psychisch beeinträchtigten Bewohner ein Modell, das er zunächst beobachten kann, um sich im Laufe der Integration praktisch damit auseinanderzusetzen.

Ein wesentlicher Unterschied zwischen BWF und anderen Angeboten der Wohnbetreuung liegt in der Einzigartigkeit der jeweiligen Gastfamilie und der Nicht-Austauschbarkeit der Personen. Familiäre Lebensgemeinschaften sind auf Dauer angelegt – auch wenn das nicht immer gelingt – und bilden damit eine stabile Lebenskultur aus. Jede Familie hat eine spürbar andere Wohnatmosphäre, ihre eigenen Tagesabläufe, Umgangsformen und Erwartungen an ihre Mitglieder. Darin liegt eine Begrenzung gegenüber professionell betreuten Wohnformen – man kann nicht einfach „ein freies Bett belegen“ – aber vor allem eine besondere Chance. Je besser ein Fachteam jene Kunst beherrscht, die auch von guten Eheinstuten erwartet wird – eine zutreffende Einschätzung von Persönlichkeit, Umgangsformen, offenen und versteckten Erwartungen an die geplante Beziehung – desto eher lassen sich individuell passende Lebensnischen für Menschen mit einem Handicap finden (s. Wermuth et al. i.d.B., S. 130ff. Neuenfeldt-Spickermann i.d.B., S. 154ff.).

Zwischenzeitlich hat sich in der Praxis der Platzierung von Menschen mit Behinderungen viel verändert. In den meisten Bundesländern Deutschlands wird dieses Angebot seit einigen Jahren vorgehalten, in drei Bundesländern sogar flächendeckend. Wurden bei der Wiedereinführung des BWF ausschließlich Menschen mit psychischen Erkrankungen in Gastfamilien vermittelt, dehnt sich das Angebot inzwischen immer stärker auf Menschen mit geistigen und Mehrfachbehinderungen aus. Die Platzierung von Menschen mit Behinderungen in Gastfamilien ist in den Regionen, in denen sie praktiziert wird, zu einer fachlich anerkannten Alternative zur Heimversorgung geworden, in einigen Regionen sogar als qualifiziertes Angebot zur Betreuung von psychisch kranken beziehungsweise geistig behinderten Kindern und Jugendlichen (Roth 2004; Schulze-Temming 2009), zur psychiatrischen Akutversorgung (Lötscher et al. 2009), zur Rehabilitation von forensischen Patienten (Becker 2008 und S. 213ff. i.d.B.) und als Alternative zum Altenpflegeheim für Senioren (Hotz 1997).

In Österreich und der Schweiz ist die Entwicklung des BWF seit den 1980er Jahren rückläufig, viele Projekte sind wieder beendet worden. Der Traditionsstandort Graz in der Steiermark besteht aber weiterhin mit derzeit ca. 140 Patienten in 100 Gastfamilien. Ausgehend von der Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz entwickelte sich die Familienpflege dort ähnlich wie in anderen europäischen Ländern. Zunächst wurden chronisch psychisch Kranke und Menschen mit geistigen Behinderungen gegen „Kost und Quartier“ als Arbeitskräfte in bäuerlichen Familien untergebracht. Seit 1989 erhalten die Gastfamilien ein Entgelt und werden durch ein Fachteam begleitet (vgl. Grössl 2004). In der Schweiz hat die Familienpflege eine lange Tradition, vor allem im legendären Burghölzli in Zürich, wo es Usus war, dass die leitenden Ärzte die Betreuung der Patienten in Gastfamilien übernahmen, zum Beispiel der Psychoanalytiker C.G. Jung. Nach dem Krieg setzte eine zunehmende Entwicklung in Richtung Familienheime ein; nach der Beobachtung von Ambros Uchtenhagen in den kritischen Stichworten zur Sozialpsychiatrie führte die „zunehmende Tendenz zur Kernfamilie“ zu einer „Professionalisierung“ einzelner Pflegefamilien, mit der Konsequenz, dass die „Familienpflege“ durch Heimstrukturen ersetzt wurde (Uchtenhagen 1977). Erst nach der Jahrtausendwende gab es wieder Ansätze, BWF für chronisch psychisch kranke Menschen einzuführen, und zwar gleichzeitig von zwei unabhängigen Trägern in Bern. Als Gastfamilien werden zu einem nicht geringen Teil die landwirtschaftlich traditionellen, familiensoziologisch sich jedoch modernisierenden Bauernfamilien des Emmentals genutzt.

Die unendliche Suche nach Alternativen zu dem Begriff „Familienpflege“

Es gibt wohl keine institutionalisierte Lebensform für Menschen mit einer psychischen Erkrankung oder geistigen Behinderung, bei der der Name derart irreführend ist wie bei dem Begriff „Familienpflege“, der sich Anfang des 20. Jahrhunderts in der deutschen Psychiatrie etablierte. Er entsprach der damaligen Sichtweise: Im Vordergrund standen die Familie und deren Pflege eines Kranken, „Irren“ oder Behinderten. Auch aufgrund der stark nachlassenden Bedeutung dieser Betreuungsform nach 1945 folgte ein interessanter Wechsel des Begriffes in der Bevölkerung. Heute wird die Versorgung und die „Pflege“ einer Familie bei Erkrankung des für den Haushalt zuständigen Mitglieds durch Dorfhelferinnen oder krankenkassenfinanzierte Familienhelferinnen unter diesen Begriff gefasst. Erst mit der Neuetaблиerung der (psychiatrischen) Familienpflege ab 1984 tauchte der Begriff Familienpflege wieder in der psychiatrischen Fachöffentlichkeit auf und hatte sofort das Problem des Missverständnisses. Das lag einerseits daran, dass er zwischenzeitlich für eine andere Form der sozialen Betreuung verwandt wurde. Andererseits nahmen viele Bewerberfamilien den Begriff „Pflege“ wörtlich und mussten dann die eigentlichen Inhalte ihrer Aufgabe erst erklärt bekommen.

Die Unzufriedenheit mit dem Begriff „Familienpflege“ korrespondierte allerdings mit dem Mangel an eingehend klingenden Alternativen. Die Übersetzung des Begriffes *accueil familial*, der in Frankreich verwendet wird, schien nicht besser tauglich. Im Lauf der Zeit wurden diverse Vorschläge diskutiert. Einzelne Kostenträger kreierten Begriffe wie „Begleitetes Wohnen in Familien“, um es vom Ambulant Betreuten Wohnen abzugrenzen (Baden). Im Rahmen der Tagung 2002 in Linz machte der Fachausschuss eine Umfrage unter den Teilnehmern. Das Ergebnis waren 18 verschiedenen Namensvorschläge, aber kein eindeutiger Trend. Die Vorschläge lauteten von „Leben in Gastfamilien für . . .“ bis zum „Betreuten Familienwohnen“. Der Begriff „Betreutes Wohnen in Familien“ löst die begriffliche Problematik immer noch nicht, geht mit diesem Begriff doch das Besondere der Platzierung in einer Gastfamilie unter, nämlich das Eingebettetheit des Menschen mit Behinderung in einem familiären Milieu. Der Vorteil besteht darin, dass er an der in der Eingliederungshilfe eingeführten Begrifflichkeit des Betreuten Wohnens (vgl. Konrad & Rosemann 2011) ansetzt, die zwischenzeitlich in Form des stationär betreuten Wohnens auch für Heime angewandt wird. Im Jahr 2005 wurde