

# **Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden- Württemberg (WieWohnen-BW)**

## **Abschlussbericht**


**Prof. Dr. Tilman Steinert**

**Dr. Susanne Jaeger**

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I  
Universität Ulm

**Prof. Dr. Sabine C. Herpertz**

Klinik für Allgemeine Psychiatrie  
Universität Heidelberg

A large white rectangular box is positioned in the bottom right corner of the page, partially overlapping the text area.

## Inhaltsverzeichnis

	Vorwort .....	5
	1. Hintergrund und Ziele .....	7
	1.1 Hintergrund des Forschungsvorhabens .....	7
	1.2 Zielsetzung und Fragestellungen .....	8
	2. Vorgehen: Gesamtstrategie .....	10
	2.1 Überblick über die Untersuchungsschritte .....	10
	2.2 Vorbereitung des Forschungsvorhabens .....	11
	2.2.1 Kooperation der Universitäten und Zusammenstellung des Forschungsteams ....	11
	2.2.2 Ethische Aspekte der Studiendurchführung .....	11
	2.2.3 Arbeits- und Projekttreffen .....	12
	2.3 Aufbau des Berichts und Hinweise zu den Begrifflichkeiten .....	12
2	3. Teilprojekt 1: Basisdaten und Dokumentation „Welche Angebote gibt es und von wem werden sie genutzt?“ .....	14
	3.1 Zielsetzung .....	14
	3.2 Vorgehensweise .....	14
	3.3 Ergebnisse .....	15
	3.3.1 Charakterisierung des Angebots der Stadt- und Landkreise .....	15
	3.3.2 Vergleich der Klientinnen und Klienten in den verschiedenen Versorgungsregionen .....	18
	3.4 Zusammenfassung .....	20
	4. Teilprojekt 2: Experteninterviews „Was wirkt beim unterstützten Wohnen?“ .....	22
	4.1 Zielsetzung .....	22
	4.2 Vorgehen und Methodik .....	22
	4.2.1 Überblick über die allgemeine Strategie .....	22
	4.2.2 Interviews und Transkripte .....	22
	4.2.3 Teilnehmerinnen und Teilnehmer .....	23
	4.2.4 Rekrutierungsprozedere .....	24
	4.2.5 Auswertungsstrategie .....	24
	4.3 Ergebnisse .....	28
	4.3.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer .....	28
	4.3.2 Ergebnisse der Inhaltsanalyse .....	30

Gesellschaft – Was ist förderlich? Was wirkt? .....	33
Unterstützungssystem – Was ist förderlich? Was wirkt? .....	40
Leistungsträger – Was ist förderlich? Was wirkt? .....	44
Leistungserbringer – Was ist förderlich? Was wirkt? .....	52
Leistungsberechtigte – Was ist förderlich? Was wirkt?.....	56
4.4 Zusammenfassung .....	57
5. Teilprojekt 3: Kohortenstudie „Wie wirksam ist unterstütztes Wohnen?“ .....	60
5.1 Zielsetzung .....	60
5.2 Vorgehen und Methodik.....	60
5.2.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	60
5.2.2 Rekrutierungsprozedere.....	61
5.2.3 Untersuchungsinstrumente und Datenerhebung .....	63
5.2.4 Ergänzende Interviews mit Aussteigern und Personen, bei denen sich der Unterstützungsumfang reduzierte .....	64
5.2.5 Auswertungsschritte .....	65
5.3 Ergebnisse .....	66
5.3.1 Repräsentativität der Stichprobe .....	66
5.3.2 Merkmale der Stichprobe .....	69
5.3.3 Zusammenfassung der Ausgangssituation.....	86
5.3.4 Veränderungen im Verlauf .....	87
5.3.5 Zusammenfassung der Veränderung .....	99
5.3.6 Zusammenhänge mit anderen Faktoren.....	100
5.4 Zusammenfassung .....	106
6. Nachtrag: Interviews zum Ausstieg aus der Unterstützung .....	109
6.1 Zielsetzung .....	109
6.2 Methode .....	109
6.3 Ergebnisse .....	109
6.3.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.....	109
6.3.2 Gründe für unterstütztes Wohnen .....	110
6.3.3 Gründe für die Veränderung.....	110
6.3.4 Perspektiven nach dem Ausstieg .....	113
6.4 Zusammenfassung .....	113
7. Das Gesamtbild – Antworten auf die Forschungsfragen.....	115
7.1 Angebotsstruktur, Nutzerinnen und Nutzer .....	116
7.2 Wirksamkeit der Maßnahmen .....	118

7.3 Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität .....	119
7.4 Empirisch begründete Qualitätsstandards für Leistungen im Bereich des unterstützten Wohnens .....	126
8. Zusammenfassung .....	129
Literatur .....	132
Tabellenverzeichnis .....	136
Abbildungsverzeichnis .....	137
Anhang .....	139

## Vorwort

Die Angebotslandschaft in Baden-Württemberg zeichnet sich durch eine Vielfalt an Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung aus. Der Umfang der Angebote, ihre Inanspruchnahme, die Verteilung in den Stadt- und Landkreisen sowie bisherige Entwicklungen sind gut dokumentiert. Seit 2011 gibt die „Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund“ – ein Gemeinschaftsprojekt von Städtetag, Landkreistag und KVJS – alle zwei Jahre einen landesweiten Überblick zur Entwicklung der Zahl der Leistungsberechtigten sowie zu den Angeboten der sozialpsychiatrischen Versorgung. Seit 2005 ermöglichen kommunale Teilhabepäne, häufig mit sozialwissenschaftlicher Unterstützung durch den KVJS, einen differenzierten Überblick über die Strukturen vor Ort.

Gemessen daran, wie viele Menschen Wohnleistungen erhalten, ist über ihre Lebenslagen wenig bekannt. Die Frage nach der Wirksamkeit von Leistungen ist in den letzten Jahren zwar in den Fokus der Fachdiskussion gerückt, systematisches Wissen dazu gibt es aber kaum. Mit der Einführung des Bundesteilhabegesetzes sind Leistungsträger und Leistungserbringer vor die Aufgabe gestellt, den Übergang von einrichtungsbezogenen auf personenzentrierte Leistungen zu gestalten. Umso mehr gilt es, Wirkfaktoren zu identifizieren und sie in Unterstützungsformen für eine gleichberechtigte gesellschaftliche Teilhabe umzusetzen. Gute Gründe für den KVJS, das Thema Wirksamkeit von Wohnleistungen im Rahmen der KVJS-Forschung und damit auch eine Initiative mehrerer Kreise aufzugreifen.

5

Das Forschungsvorhaben „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg“ (WieWohnen-BW) ist systematisch der Frage nachgegangen: Was wirkt beim unterstützten Wohnen und wie wirksam ist es?

WieWohnen-BW deckt einen offenkundigen Wissens- und Forschungsbedarf im Land, denn

- die Zahl der Leistungsberechtigten im Bereich der Eingliederungshilfe mit seelischer Behinderung steigt seit Jahren landes- und bundesweit an,
- empirisch gesichertes Wissen über die Wirksamkeit von Leistungen im unterstützten Wohnen ist bislang nicht verfügbar,
- das Bundesteilhabegesetz erfordert von den Stadt- und Landkreisen künftig noch stärker, die Wirksamkeit von Unterstützungsleistungen zu betrachten, um individuell zugeschnittene Hilfen vorzuhalten und weiterzuentwickeln.

Mit der Durchführung von WieWohnen-BW wurde die Universität Ulm, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I (ZfP Südwürttemberg) beauftragt. Es wurde ein komplexes Forschungsdesign mit mehreren Teilprojekten entwickelt und in vier Kreisen, der Stadt Heidelberg, dem Rhein-Neckar-Kreis, dem Landkreis Ravensburg sowie dem Bodenseekreis umgesetzt. Zugleich erfolgte ein bundesweiter Austausch mit aktuellen und vergleichbaren Untersuchungen zur Wirksamkeit.

### Abschlussbericht

Der KVJS dankt Herrn Professor Dr. med. Tilman Steinert und Frau Dr. rer. nat. Susanne Jaeger von der Universität Ulm herzlich für Projektleitung und Projektkoordination sowie ihrem Forscherteam an den Universitäten Ulm und Heidelberg für die Durchführung dieses ambitionierten und breit angelegten Forschungsvorhabens.

Der KVJS dankt den vier Stadt- und Landkreisen für ihre aktive Mitarbeit. Das Engagement, die Kompetenzen und Erfahrungen der Mitarbeitenden in den Sozialverwaltungen und in den beteiligten Einrichtungen haben die Umsetzung wesentlicher Teilprojekte von WieWohnen-BW möglich gemacht.

Der besondere Dank gilt – auch im Namen der Forscherinnen und Forscher – den Menschen mit seelischer Behinderung. Sie haben sehr persönliche Einblicke in ihre Privatsphäre gewährt – in ihren Werdegang, ihre Wohnsituation, ihre Sorgen und Bedürfnisse sowie ihre Wünsche für ein Leben mitten in der Gesellschaft.

Allen weiteren Beteiligten gilt ebenfalls ein herzlicher Dank: Den Vertreterinnen und Vertretern der Betroffenen- und Angehörigenverbände, der Liga der freien Wohlfahrtspflege in Baden-Württemberg e.V. und der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V., die sich in begleitenden Arbeits- und Projekttreffen engagiert einbrachten sowie den Mitarbeitenden des KVJS. Sie haben eine enge und fruchtbare Zusammenarbeit zwischen Forschung und Praxis gefördert und damit zur Entwicklung praxisnaher Erkenntnisse beigetragen. Erst die Mitarbeit aller Beteiligten hat den Erfolg des Forschungsvorhabens WieWohnen-BW möglich gemacht.

6

Die vorliegenden Ergebnisse und Empfehlungen sind mit den Leitgedanken des Bundesteilhabegesetzes kompatibel: Sie untermauern den Anspruch, dass die Eingliederungshilfe die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft fördert – unabhängig von der Art, der Form und dem Umfang einer bestehenden Beeinträchtigung. Der KVJS freut sich, mit diesem Abschlussbericht eine solide Diskussionsgrundlage zur Bewältigung aktueller und zukünftiger Aufgaben und Herausforderungen vorlegen zu können.

Landrat Gerhard Bauer  
Verbandsvorsitzender

Kristin Schwarz  
Verbandsdirektorin

# 1. Hintergrund und Ziele

## 1.1 Hintergrund des Forschungsvorhabens

Ausgangspunkt des Forschungsvorhabens war zum einen die Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG). Mit diesem Systemwechsel war absehbar, dass sich die Rahmenbedingungen zur Erbringung von Teilhabeleistungen erheblich verändern werden, nicht zuletzt bei der Ausgestaltung von Teilhabeleistungen im Bereich des unterstützten Wohnens. In Zukunft sollte nicht mehr die Wohnform im Fokus der Teilhabeleistung stehen, sondern die Unterstützung zu einem selbstbestimmten Leben. Um passgenaue Unterstützungsformen zu entwickeln, galt es relevante Wirksamkeitsindikatoren zu ermitteln und den Faktoren auf die Spur zu kommen, die eine individuelle Entwicklung der betroffenen Personen in Richtung auf mehr Teilhabe und Selbstbestimmung fördern können.

Zum anderen ist hinlänglich bekannt, dass die Zahl der Menschen mit seelischer Behinderung, die Leistungen zur Teilhabe beziehen, seit Jahren ansteigt. Beispielsweise erhielten in Baden-Württemberg Ende des Jahres 2015 noch 13.554 Personen Leistungen der Eingliederungshilfe zum ambulanten Wohnen (inklusive betreutes Wohnen in Familien) oder stationären Wohnen. Ende 2017 waren dies bereits 14.605 Personen (KVJS 2019). Von dieser Zunahme ist primär der Bereich des ambulanten Wohnens betroffen. Die Erhöhung der Anzahl der Leistungsberechtigten geht einher mit der jährlichen Steigerung des Bruttoaufwands für Wohnhilfen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (KVJS 2018), die sowohl stationäre als auch ambulante Formen betrifft. Gemessen daran, wie viele Menschen mit seelischer Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, ist über ihre Lebenslagen erstaunlich wenig bekannt. Es ist durchaus allgemeiner Konsens, dass eine Wohnung und ein geeignetes Lebensumfeld zentrale Faktoren sind, die zur Genesung und gesundheitlichen Stabilisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen beitragen (Richter 2010, DGPPN 2018). Es gibt eine Menge professioneller Erfahrungen in diesem Bereich, an denen sich die Ausgestaltung von Unterstützung orientiert. Es mangelt jedoch an systematischer Forschung dazu. Wie wirken sich Leistungen der Eingliederungshilfe auf das Leben und den Alltag der Leistungsberechtigten aus? Sind sie geeignet, den Betroffenen ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen oder sie dazu zu befähigen?

In der klinischen Forschung gelten randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) zur Wirksamkeit von Interventionen immer noch als der „Gold-Standard“. Gerade in Bezug auf die Wirkungen verschiedener unterstützter Wohnformen sind aber solche Studien selten. Sie betreffen fast ausschließlich wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen (Gühne et al. 2017). Die Schlussfolgerungen aus diesen Studien sind somit immer unter dem Vorbehalt zu betrachten, dass möglicherweise bereits die Beschaffung einer Wohnung einer der Wirkfaktoren ist, dem die Betroffenen einen Teil ihrer Verbesserung verdanken (McPherson 2018). Menschen mit einer psychischen Erkrankung von der Teilnahme an einer Studie zu überzeugen, in der sie zufällig einem Modell von Wohnunterstützung zugeteilt werden, um Unterschiede in der Wirksamkeit zu erforschen, ist ethisch wie auch forschungspraktisch mit erheblichen Problemen behaftet. Erst kürzlich hat dies eine britische Machbarkeitsstudie von Killaspy et al. (2019) eindrucksvoll belegt: Verglichen werden sollte ambulant betreutes

Wohnen in Wohngemeinschaften (WG) oder als Einzelwohnen mit dem Ziel der Verselbständigung mit einer zeitlich flexiblen, dem Bedarf angepassten Betreuung in privater Umgebung. Klienten und Klientinnen gemeindepsychiatrischer Teams sollten zufällig der Wohnform zugeteilt werden. Nach 15 Monaten schienen von den ursprünglich 1432 Personen gerade einmal 38 geeignet für eine Studienteilnahme. Bei einem Großteil erlaubte die Art des Unterstützungsbedarfs keine zufällige Zuteilung. Vom verbliebenen Rest stimmten zwar 17 der Studienteilnahme zu, aber nur 8 Personen ließen sich letztlich auf die Randomisierung der Unterstützungsform ein. Es verwundert somit wenig, dass randomisiert-kontrollierte Studien in diesem Bereich fehlen, wenn sich keine Teilnehmerinnen und Teilnehmer finden.

Häufiger finden sich die mit einem höheren Risiko für Verzerrungen behafteten Beobachtungsstudien, die zudem oft nur eine mäßige Qualität aufweisen. Die Ergebnisse der internationalen nicht-randomisierten Studien zur Wirksamkeit verschiedener unterstützter Wohnsettings sind inkonsistent, wenn auch mit einer Tendenz zugunsten weniger institutionalisierter Settings (Newman 2001, Rog 2004, Nelson et al. 2007, O'Hara 2007, Kyle & Dunn 2008, Nelson 2010, Pleace & Wallace 2011, Macpherson et al. 2012). Betreutes Wohnen kann offenbar die Wohnstabilität, die Zufriedenheit mit dem Wohnen und die Lebensqualität von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen verbessern. Zu beachten ist aber jeweils, welche Ergebnisparameter unter die Lupe genommen werden (Killaspy et al. 2016). Dies alles erschwert es, Studien wirklich untereinander zu vergleichen. So zeigte auch ein neueres Review inkonsistente Studienergebnisse zu Veränderungen über die Zeit, insbesondere bei nicht-wohnungslosen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Studien, die nach abgeschlossener Enthospitalisierung durchgeführt wurden (McPherson 2018).

8

In Deutschland selbst ist die Studienlage zu „Wohninterventionen“ für psychisch erkrankte Menschen sehr limitiert (Gühne et al. 2017). Es fehlen systematische Untersuchungen zu den Lebenslagen der Betroffenen in unterstützten Wohnformen, aber auch Studien, die die Beziehung zwischen Merkmalen der unterstützten Personen, des Unterstützungssettings und der Unterstützungsleistungen mit dem Unterstützungsverlauf und den Indikatoren von Ergebnisqualität in den Fokus nehmen.

### 1.2 Zielsetzung und Fragestellungen

Entsprechend der spärlichen Forschungslage war es das Anliegen des Forschungsprojekts WieWohnen-BW, das in Anlehnung an das gleichnamige Projekt in Nordrhein-Westfalen (WiEWohnen) konzipiert wurde, sich dieser Forschungslücke anzunehmen. Mehrere Ziele wurden dabei verfolgt:

- Charakterisierung der Angebotsstruktur in vier Stadt- und Landkreisen und der Personengruppen, die dort ambulante, intensiv-ambulante und stationäre Wohnangebote nutzen,
- Ermittlung der Wirksamkeit von Maßnahmen der Eingliederungshilfe beim Wohnen und der Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität für Leistungen beim Wohnen, die im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität stehen,
- Herstellung von Transparenz und Vergleichbarkeit dieser Leistungen sowie



- Entwicklung von empirisch begründeten Qualitätsstandards für Leistungen im Bereich des unterstützten Wohnens.

Die Ergebnisse des Forschungsvorhabens sollten idealerweise dazu beitragen, die Grundlagen für kommunalpolitische Entscheidungen unter Berücksichtigung des BTHG zu verbessern.

## 2. Vorgehen: Gesamtstrategie

### 2.1 Überblick über die Untersuchungsschritte

Zielgruppe des Projekts waren Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen im Sinne des § 53 SGB XII (a.F.) in Verbindung mit § 2 SGB IX in unterstützten Wohnformen. Für eine möglichst breite Datenbasis sollten in vier Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg alle für das Vorhaben relevanten Daten von Leistungsberechtigten mit seelischen Behinderungen in einem Längsschnittdesign erhoben werden. Voraussetzung für die Teilnahme der Stadt- und Landkreise war, dass dort jeweils differenzierte Angebote des unterstützten Wohnens vorhanden waren, damit die Ergebnisse vergleichbar bleiben.

Stellvertretend für die Gesamtsituation in Baden-Württemberg wurde die Situation im Landkreis Ravensburg, Bodenseekreis, Rhein-Neckar-Kreis und in der Stadt Heidelberg erfasst und analysiert.

Das Forschungsvorhaben bestand aus drei Teilprojekten:

1. Beschreibung des Angebotes und seiner Nutzerinnen und Nutzer
  - a. Charakterisierung der vorhandenen Angebotsstruktur der Stadt- und Landkreise (unterstützte Wohnformen und ergänzende Angebote zur Tagesstruktur)
  - b. Charakterisierung der Leistungsberechtigten in den verschiedenen Angeboten
2. Identifikation von potenziell wirksamen Struktur- und Prozessmerkmalen zur Förderung von Teilhabe und Selbstbestimmung in den verschiedenen Formen unterstützten Wohnens
  - a. Interviews mit Leistungsberechtigten sowie mit Mitarbeitenden bei Leistungsträgern und Leistungserbringern
  - b. Inhaltsanalytische Auswertung, Zusammenfassung der identifizierten Aspekte und Rückbezug auf die Angebotsstruktur
3. Evaluation der Wirksamkeit der Maßnahmen der Eingliederungshilfe bei Neufällen und Wohnformwechslern über einen Zeitraum von 18 Monaten mit drei Messzeitpunkten
  - a. Prospektive Kohortenstudie mit zwei Katamnesezeitpunkten unter Einbezug des möglichen Einflusses der ermittelten Struktur- und Prozessmerkmale unterstützten Wohnens und unter Kontrolle eines möglichen Selektionsbias
  - b. Leitfadengestützte Interviews mit Personen, die innerhalb des Katamnesezeitraums in eine Wohnform mit geringerer Unterstützungsintensität wechselten oder ganz aus dem unterstützten Wohnen ausgestiegen sind – Identifikation von Motiven, Ressourcen und Barrieren sowie aktuelle Lebenssituation

Die Ergebnisse werden im hier vorliegenden Abschlussbericht zusammengefasst.

## 2.2 Vorbereitung des Forschungsvorhabens

Die Studie wurde unter der Projektleitung von Herrn Professor Dr. Tilman Steinert (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm, Weissenau) und in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Heidelberg unter der Leitung von Frau Professor Dr. Sabine Herpertz durchgeführt. Die Vorarbeiten des Projekts (Vertragliche Regelungen der Kooperation zwischen den Projektpartnern, Einstellung von Projektmitarbeitenden, Schaffung der ethischen und praktischen Voraussetzungen für die Studie) waren bis zum vorgesehenen Beginn der Datenerhebung im Juni 2017 weitgehend abgeschlossen.

### 2.2.1 Kooperation der Universitäten und Zusammenstellung des Forschungsteams

Die Zuwendungsweiterleitungs- und Kooperationsvereinbarung zwischen dem Universitätsklinikum Ulm und der Universität Heidelberg wurde Mitte April 2017 mit allen notwendigen Unterschriften besiegelt. Die Stellen für die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen beziehungsweise Mitarbeiter im Projekt wurden rechtzeitig ausgeschrieben und konnten vor Start der Datenerhebung besetzt werden.

Das Forschungsteam im engeren Sinne bestand aus drei Personen:

- Frau Dr. Susanne Jaeger (Dipl.-Psych.) (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm, Weissenau) war zuständig für die Gesamtkoordination des Forschungsprojekts, für die anfallenden Aufgaben in den Teilprojekten, die Gesamtauswertung und für die Berichterstattung.
- Frau Marie Kampmann (M.Sc. Psychologie) (Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm, Weissenau) war zuständig für die anfallenden Projektarbeiten im Rahmen von Teilprojekt 3 im Bodenseekreis und Landkreis Ravensburg.
- Herr Johannes Gnauck (M.A. Soziologie) (Universitätsklinikum Heidelberg) war zuständig für alle anfallenden Projektarbeiten im Rhein-Neckar-Kreis und in der Stadt Heidelberg (Teilprojekt 2 und 3) und die Mitarbeit bei der Auswertung (Teilprojekt 2).

11

### 2.2.2 Ethische Aspekte der Studiendurchführung

Das Forschungsvorhaben wurde im Vorfeld der Datenerhebung der Ethikkommission der Universität Ulm zur Begutachtung vorgelegt (Antrag Nr. 75/17). Die Ethikkommission bescheinigte, dass gegen die Durchführung keine ethischen Bedenken bestehen. Auf Hinweis der Kommission der Universität Ulm wurde die Studie im April 2017 beim Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) unter der Nummer DRKS00012334 registriert.

An der Ethikkommission der Universität Heidelberg wurde mit dem Vorlegen des Votums der Ethikkommission Ulm die Begutachtung des Forschungsvorhabens im vereinfachten Verfahren mit gültigem Vorvotum beantragt (AZ S-293/2017). Dem Forschungsvorhaben wurde Ende Juni 2017 stattgegeben.

Die im Laufe des Projekts notwendigen Modifikationen im Forschungsdesign wurden den Ethikkommissionen der Universitäten Ulm und Heidelberg jeweils zur Begutachtung vorge-

legt und erst nach vorliegenden positiven Voten angewendet. In erster Linie betrafen die Veränderungen Modifikationen im Rekrutierungsprozedere für Teilprojekt 3 (Kohortenstudie) (vgl. Kapitel 5). Aber auch übergreifende Veränderungen wie die im Mai 2018 in Kraft getretene Datenschutzgrundverordnung (DGSVO) der Europäischen Union erforderten Anpassungen (unter anderem erweiterte Informationen zum Datenschutz in den Einverständniserklärungen), die jeweils mit den Ethikkommissionen abgestimmt wurden.

### 2.2.3 Arbeits- und Projekttreffen

Im Laufe des Projekts fanden verschiedene Arbeits- und Projekttreffen statt. Den Auftakt machte im März 2017 die Lenkungsgruppe zum Start des KVJS-Forschungsvorhabens „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg“ beim KVJS in Stuttgart.

Mehrfach wurden das Projekt und der Projektverlauf einer breiten Auswahl von Vertreterinnen und Vertretern von Stadt- und Landkreisen, Leistungserbringern, Angehörigen und Betroffenen in den Räumen des KVJS in Stuttgart vorgestellt, zuletzt am 14. Februar 2019.

Es fanden außerdem einige Arbeitstreffen mit Vertreterinnen und Vertretern verwandter Forschungsprojekte statt. Zu nennen ist ein Arbeitstreffen der verschiedenen Forschungsprojekte zum Thema Wohnunterstützung in der Eingliederungshilfe WiEWohnen-NRW (Nordrhein-Westfalen), WiEWohnen-MV (Mecklenburg-Vorpommern) und WieWohnen-BW im April 2018 beim KVJS in Stuttgart, wo auch ein Austausch zum überregionalen Forschungsprojekt ZIPHER („Zwangmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion“) stattfand. Außerdem nahmen die Projektmitarbeitenden unter Beteiligung des KVJS auf Einladung von Bethel.regional (v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel) an einem überregionalen Workshop in Dortmund teil, gemeinsam mit den verschiedenen Forschungsprojekten zum Thema „Wohnunterstützung in der Eingliederungshilfe“ in Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern und in der Schweiz (Bern, Zürich).

12

### 2.3 Aufbau des Berichts und Hinweise zu den Begrifflichkeiten

In dem hier vorliegenden Abschlussbericht werden die drei Teilprojekte jeweils als in sich abgeschlossene Forschungsarbeiten mit Fragestellung, Methode und Ergebnisdarstellung sowie einer Kurzzusammenfassung präsentiert. Im Anschluss daran folgen eine Synthese der Projektergebnisse und ihr Rückbezug auf die eingangs genannten Forschungsinteressen.

Die Wohnformen der Eingliederungshilfe wurden in dem Bericht entsprechend dem zum Zeitpunkt der Datenerhebung geltenden Leistungsrecht nach stationärem und ambulant betreutem Wohnen differenziert. Wenn von stationären Wohnformen oder stationärer Unterstützung die Rede ist, meint dies alle Wohnformen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung in den Geltungsbereich des Gesetzes für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege („Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz“ – WTPG) fielen, von teilweise selbstverantworteten Wohngemeinschaften bis zu vollstationärem Wohnen. Zu ambulant unterstütztem Wohnen

zählten vollständig selbstverantwortete WGs und alle anderen vollständig selbstbestimmten Wohnformen, alleine oder mit Familie, Partnern, Freunden ohne professionelle Unterstützung. Betreutes Wohnen in Gastfamilien (BWF) wurde den ambulant unterstützten Wohnformen zugerechnet. Spätestens mit dem Auslaufen der Übergangvereinbarung zum 01.01.2022 wird es die Trennung im Leistungsrecht nicht mehr geben. Dem Prinzip der Personenzentrierung entsprechend wird die notwendige Unterstützung dann nicht mehr an einer bestimmten Wohnform, sondern ausschließlich am individuellen Bedarf ausgerichtet werden.

Darüber hinaus verwendet der Bericht weitere Begrifflichkeiten, die mit dem neuen Leistungsrecht obsolet geworden sind oder modifiziert wurden (z. B. „Betreuung“, „Hilfekonferenz“ oder „Hilfeplan“). Eine „Übersetzung“ aller bisherigen, nicht nur leistungsrechtlich, sondern auch im Sprachgebrauch verankerten Begriffe hätte das Verfassen und das Verstehen des Berichts erheblich erschwert.

Der Bericht erfasst möglicherweise einen geäußerten Reformbedarf in Hinblick auf Rahmenbedingungen des Leistungsbezugs, der mit der Einführung des BTHG tatsächlich bereits behoben wurde. Nichtsdestotrotz können aus den Ergebnissen etwa im Zusammenhang mit stationären Wohnleistungen auch künftig Erkenntnisse zur Situation von Personen mit einem hohen Assistenzbedarf im Wohnen abgeleitet werden. Aus Sicht der Autoren können die Ergebnisse weiterhin als Grundlage dienen, da sie eine Einschätzung zu verschiedenen Aspekten der Unterstützung erlauben – unabhängig von der konkreten Organisation und Ausgestaltung der Leistung.

## **3. Teilprojekt 1: Basisdaten und Dokumentation „Welche Angebote gibt es und von wem werden sie genutzt?“**

### **3.1 Zielsetzung**

Teilprojekt 1 hatte zum Ziel, die in den vier Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg vorgehaltene Angebotsstruktur für unterstützte Wohnformen zu beschreiben und die Nutzerinnen und Nutzer dieser unterstützten Wohnformen näher zu charakterisieren. Dies ermöglichte zudem, die Repräsentativität der Stichprobe von Teilnehmenden in Teilprojekt 3 einzuschätzen.

Für diesen Schritt wurden öffentlich zugängliche Dokumente und Auswertungen wie zum Beispiel kommunale Teilhabepläne oder Jahresberichte der Gemeindepsychiatrischen Verbände (GPV) genutzt, außerdem Daten der GPV-Basisdokumentation (GPV-BADO) im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis sowie durch den KVJS erhobene Daten zur Teilhabeplanung einzelner Stadt- und Landkreise für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und wesentlicher seelischer Behinderung (Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis 2018; Stadt Heidelberg 2017). Diese Daten werden bezogen auf die jeweiligen Stadt- und Landkreise in einer deskriptiven Statistik präsentiert.

14

### **3.2 Vorgehensweise**

Die Datensätze der GPV-Basisdokumentation der Landkreise Ravensburg und Bodenseekreis sowie die dem KVJS aus einer anderen Untersuchung vorliegenden Strukturdaten (Erstellung einer Teilhabeplanung der Stadt Heidelberg und des Rhein-Neckar-Kreises) sollten zu einem gemeinsamen Datensatz zusammengefügt und ausgewertet werden. Zur Nutzung dieser Daten wurde das Einverständnis aller Leistungserbringer für Wohnleistungen in den beteiligten Stadt- und Landkreisen erbeten. Dieses war seit dem 28.8.2017 vollständig erteilt.

Um zeitlich einander entsprechende, aber auch möglichst die aktuellsten verfügbaren Daten zu nutzen, wurde als Stichtag der 31.12.2015 gewählt. In einem der vier Stadt- und Landkreise wurde aus Gründen der Verfügbarkeit der 30.6.2015 genommen.

Die Datensätze lagen alle in elektronischer Form vor. Die Datensätze wurden hinsichtlich relevanter Daten gefiltert (z. B. nur Einträge, in denen es um Leistungen im Bereich des unterstützten Wohnens ging). Da die Datensätze aus unterschiedlichen Dokumentationen stammten, wurde eine Schnittmenge der Merkmale bestimmt, die in allen Datensätzen gleichermaßen erfasst waren. Teilweise wurden die Daten transformiert (Umrechnung von Geburtsdaten in Alter) oder Angaben mehrerer Items zu einer einzigen Variable zusammengefasst (z. B. komorbide Suchterkrankung, Beschäftigungssituation). Folgende gemeinsame Variablen wurden aus den unterschiedlichen Datensätzen zum Zweck des Vergleichs extrahiert:

- Standort (Standort der Leistungserbringung)
- Alter
- Geschlecht
- Wohnform (stationäres Wohnen – ambulant betreutes Wohnen – intensiv ambulant betreutes Wohnen – betreutes Wohnen in Familien)
- Wohnsetting (alleine – bei Angehörigen – mit Partner und/oder Kind – WG – stationäres Wohnen)
- Dauer (Jahre seit Beginn der Leistung)
- Leistungsträger/Herkunft (Leistungsträger bzw. letzter Wohnort)<sup>1</sup>
- Beschäftigung
- Hauptdiagnose
- Komorbide Suchterkrankung (Nebendiagnosen)<sup>2</sup>

In einem nächsten Schritt wurden die Daten deskriptiv nebeneinander gestellt und mit der vorliegenden Berichterstattung (z. B. GPV-Dokumentation von KVJS, Städte- und Landkreistag) abgeglichen. Es galt dabei, das Angebot der Stadt- und Landkreise in Bezug auf die Eingliederungshilfe zum Wohnen zu skizzieren und die Menschen mit seelischer Behinderung im Leistungsbezug näher zu charakterisieren.

Ein Teil des zusammengeführten Datensatzes wurde später in Teilprojekt 3 als Kontrolldatensatz für eine Einschätzung der Repräsentativität ein weiteres Mal verwendet.

15

### 3.3 Ergebnisse

#### 3.3.1 Charakterisierung des Angebots der Stadt- und Landkreise

Zum Stichtag 31.12.2015 (in der Stadt Heidelberg 30.06.2015) machten in den vier Stadt- und Landkreisen verschiedene Leistungserbringer Versorgungsangebote für unterstütztes Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe, darunter stationäre Angebote (STAT) in verschiedenen Settings (z. B. Wohngruppen in einem Heim, Außenwohngruppen, kleinere WGs in Stadtwohnungen mit täglich mehreren aufsuchenden Kontakten) und ambulante Angebote (Tabelle 1). Neben dem herkömmlichen ambulant betreuten Wohnen (ABW) in einer privaten Wohnung mit einem Unterstützungsumfang unter vier Stunden pro Woche gab es in zwei Kreisen auch ein intensiveres Angebot: „intensiv ambulant betreutes Wohnen“ (IABW) im Rhein-Neckar-Kreis und als Pendant im Landkreis Ravensburg das „ABWplus“ (ABW+).

---

<sup>1</sup> Da in zwei Datensätzen die Leistungsträgerschaft nicht angegeben war, wurde als Annäherung an die Trägerschaft der Land- und Stadtkreis des vorherigen Wohnortes verwendet unter der Annahme, dass die Kosten der Eingliederungshilfe durch diesen getragen werden. Es ist den Forschenden bewusst, dass diese Annahme nur mit einigem Vorbehalt zu treffen ist.

<sup>2</sup> Dies wurde aus der angegebenen Nebendiagnose in den Datensätzen des Rhein-Neckar-Kreises und der Stadt Heidelberg extrahiert, wobei dort nur jeweils eine Nebendiagnose genannt werden konnte.

**Tabelle 1: Angebote der Leistungserbringer und Anzahl der Nutzer zum Stichtag**

Stadt-/Landkreis	Leistungserbringer	STAT	ABW	ABW+ IABW	BWF	Summe
LK Ravensburg	ANODE gGmbH <sup>(1)</sup>	22	47	1		70
	Arkade e. V.	35	231	12	77	355
	Bruderhaus Diakonie	66	37	5		108
	Stephanuswerk Isny	6	2			8
	ZfP Südwürttemberg - Weissenau	55	53	13		121
	Gesamt	184	370	31	77	662
Bodenseekreis	ANODE gGmbH <sup>(1)</sup>	3	5			8
	Arkade e. V.				9	9
	Bruderhaus Diakonie	18	24			42
	Pauline 13 e. V.	28	161			189
	Vianney Hospital		13			13
	ZfP Südwürttemberg - Weissenau	20	5			25
	Gesamt	69	208		9	286
Rhein-Neckar-Kreis	AWO Rhein-Neckar e. V.	39	104	30		173
	Bruno-Fritsch-Haus des AWO Kreisverbandes Mannheim e. V. <sup>(1)</sup>	30	8			38
	Bürgerkreis Sinsheim e. V.		37			37
	BWLV gGmbH (Baden-Württemberg. Landesverband für Prävention und Rehabilitation) <sup>(1)</sup>		16			16
	Caritasverband für den Rhein-Neckar-Kreis e. V.		38	8		46
	Diakonisches Werk im Rhein-Neckar-Kreis		6			6
	GRN Weinheim	101				101
	GRN Sinsheim	175				175
	Psychiatrisches Zentrum Nordbaden (PZN), Wohnheim	95		7		102
	SPHV Rhein-Neckar e. V.	117	137	40 <sup>(2)</sup>	43	337
	St. Thomas e. V.	21	8			29
	Gesamt	578	354	85	43	1060
Stadt Heidelberg	Heidelberger Werkgemeinschaft e.V. (HWG)		76			76
	St. Thomas e.V.	100				100
	Gesamt	100	76			176
<b>Gesamt</b>		<b>929</b>	<b>1005</b>	<b>116</b>	<b>129</b>	<b>2179</b>

Datenbasis: LK Ravensburg/Bodenseekreis: Daten der GPV-Basisdokumentation (Stichtag 31.12.2015); Rhein-Neckar-Kreis: KVJS Leistungserhebung Rhein-Neckar-Kreis zum 31.12.2015; Stadt Heidelberg: KVJS Leistungserhebung in der Stadt Heidelberg zum Stichtag 30.06.2015.

Anm.: <sup>(1)</sup> Angebot für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen; <sup>(2)</sup> darunter 19 Personen im Angebot „Junge Menschen in Wegorientierung (JuMeWego)“ für junge, erwerbsfähige Menschen ab 18 Jahren.

Zum Stichtag boten außerdem drei Kreise das sogenannte „betreute Wohnen in Gastfamilien“ (BWF) an. Die Standorte, an denen die Unterstützung geleistet wurde, verteilten sich



über verschiedene Gemeinden in den drei betreffenden Landkreisen. Dies bietet im Allgemeinen die Chance einer dezentralen Versorgung, die unterschiedlichen Bedürfnissen der unterstützten Personen Rechnung tragen und wohnortnah stattfinden kann.

Die Anteile der verschiedenen Unterstützungsformen variierten über die Stadt- und Landkreise (Tabelle 2). Der Anteil der Personen mit stationärer Wohnunterstützung war zum Stichtag am geringsten im Bodenseekreis (24 Prozent) und am höchsten in der Stadt Heidelberg (57 Prozent). Betreutes Wohnen in Gastfamilien war im Landkreis Ravensburg mit einem Anteil von zwölf Prozent am höchsten. Intensiv ambulant betreutes Wohnen hatte einen Anteil von acht Prozent (Rhein-Neckar-Kreis) und fünf Prozent (Landkreis Ravensburg).

**Tabelle 2: Anzahl und Häufigkeit der Leistungsberechtigten in verschiedenen Formen des unterstützten Wohnens nach Stadt-/Landkreis**

	STAT	ABW	ABW+/IABW	BWF	Gesamt
LK Ravensburg	184 (28%)	370 (56%)	31 (5%)	77 (12%)	662 (100%)
Bodenseekreis	69 (24%)	208 (73%)	0	9 (3%)	286 (100%)
Rhein-Neckar-Kreis	578 (55%)	354 (33%)	85 (8%)	43 (4%)	1060 (100%)
Stadt Heidelberg	100 (57%)	76 (43%)	0	0	176 (100%)

Datenbasis: LK Ravensburg/Bodenseekreis: Daten der GPV-Basisdokumentation (Stichtag 31.12.2015); Rhein-Neckar-Kreis: KVJS Leistungserhebung Rhein-Neckar-Kreis zum 31.12.2015; Stadt Heidelberg: KVJS Leistungserhebung in der Stadt Heidelberg zum Stichtag 30.06.2015. Anm.: Dargestellt ist die jeweilige Anzahl der Leistungsberechtigten (Prozentangaben).

Zwischen den benachbarten Stadt- und Landkreisen bestehen jeweils enge Verflechtungen. Dies zeigt sich auch darin, dass nicht selten der Nachbarkreis als Leistungsträger für die Unterstützung der Leistungsberechtigten der verschiedenen Standorte eine wichtige Rolle spielt. Beispielsweise wurden im Rhein-Neckar-Kreis 56 Prozent der Leistungsberechtigten von Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen durch den Kreis selbst unterstützt, sieben Prozent durch den Stadtkreis Heidelberg. In der Stadt Heidelberg wurden 53 Prozent der dort lebenden Leistungsberechtigten durch den Kreis selbst unterstützt, in 13 Prozent der Fälle war der Leistungsträger der Rhein-Neckar-Kreis. In beiden Stadt- und Landkreisen wurde das restliche Drittel der Leistungsberechtigten durch verschiedene andere Leistungsträger unterstützt. Im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis war keine Information über die Leistungsträger verfügbar. Der Blick auf den letzten gewöhnlichen Aufenthaltsort zeigt jedoch, dass zwölf Prozent der im Landkreis Ravensburg unterstützten Leistungsberechtigten ursprünglich aus dem Bodenseekreis kamen, der so mutmaßlich in vielen Fällen auch als Leistungsträger fungierte. 16 Prozent kamen woanders her. Im Bodenseekreis ist dies ähnlich: 77 Prozent kamen aus dem Bodenseekreis selbst, sieben Prozent aus dem Landkreis Ravensburg und 15 Prozent aus verschiedenen anderen Regionen Deutschlands.

Vor dem Hintergrund dieses regen Austauschs erschien es den Forschenden gerechtfertigt, die Stadt- und Landkreise einer Region zusammenzunehmen und für die folgende Betrachtung nur noch zwischen zwei Versorgungsregionen zu unterscheiden (Nord bzw. Süd). Mit Blick auf die Tabelle der Anbieter in den jeweiligen Kreisen lässt sich festhalten, dass die Regionen hinreichend differenzierte Versorgungsangebote bereitstellen und damit die Aus-

wahl der beiden Regionen für die weiteren Untersuchungen nicht zuletzt hinsichtlich Repräsentativität geeignet scheint.

#### **3.3.2 Vergleich der Klientinnen und Klienten in den verschiedenen Versorgungsregionen**

Ein Blick in die Daten (Tabelle 3) zeigt, dass die Altersstruktur im ambulant betreuten Wohnen und in stationären Wohnformen in Nord und Süd sehr ähnlich ist. Das Durchschnittsalter im ABWplus in der Region Süd ist etwas höher als im IABW im Norden. Dort wirkt sich möglicherweise ein speziell auf die Förderung junger Menschen ausgerichtetes Angebot (JuMeWego im Rhein-Neckar-Kreis) auf den Altersdurchschnitt aus. Im BWF sind die Personen insgesamt älter. Im Norden sind sie durchschnittlich 56 Jahre alt, im Süden 53 Jahre, wobei hier die Streuung breiter ist.

Unabhängig von der Wohnunterstützung sind es (mit Ausnahme vom BWF in den südlichen Landkreisen) generell mehr Männer, die die Unterstützung in Anspruch nehmen. Dabei ist im Norden der Anteil von Männern fast immer höher als im Süden.

Alle Formen der Unterstützung werden am häufigsten von Menschen mit der Hauptdiagnose einer Schizophrenie-Spektrum-Störung in Anspruch genommen. In stationären Wohnformen beträgt ihr Anteil zwei Drittel. In den ambulanten Wohnformen liegt er zwischen 40 und knapp 50 Prozent. Erst mit einigem Abstand finden sich dort Diagnosen von affektiven Störungen oder Persönlichkeitsstörungen, die zusammengenommen in der Region Nord wie im Süden ein Drittel bis ein Viertel aller Diagnosen ausmachen. Im ABW Nord überwiegt der Anteil der affektiven Störungen, im ABW Süd haben die Persönlichkeitsstörungen einen etwas höheren Anteil.

18

Wie leben nun die Betroffenen? Im ambulant betreuten Wohnen lebt annähernd die Hälfte der Personen alleine, 41 bis 45 Prozent leben in einer WG. Das Leben bei Angehörigen, mit einem Partner oder mit Kind ist mit insgesamt sechs Prozent eher selten. Diese Verteilung findet sich im Landkreis Ravensburg auch im ABWplus. Im Rhein-Neckar-Kreis ist wiederum das Leben in einer WG die verbreitetste Wohnform (72 Prozent). In der Region Süd unterscheidet die Dokumentation bei der stationären Unterstützung nach „teilweise selbstverantwortetem ambulant betreuten Wohnen“ (TABeWo) (30 Prozent) und „stationärem Wohnen der Eingliederungshilfe“ (61 Prozent). Im TABeWo leben die Menschen in kleineren WGs und erhalten täglich mehrere aufsuchende Kontakte. Stationäre Wohngemeinschaften in kleineren Einheiten, die ein selbständiges Wohnen ermöglichen, gibt es in gleicher Weise auch in den Kreisen im Norden von Baden-Württemberg. Diese sind jedoch nicht gesondert im Datensatz ausgewiesen, daher lassen sich die entsprechenden Zahlen im Rahmen des Forschungsvorhabens nicht darstellen. Wir möchten hierfür auf die Sozial- und Teilhabeplanung des Rhein-Neckar-Kreises (Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis 2018) und den Teilhabeplan der Stadt Heidelberg verweisen (Stadt Heidelberg 2017).

Hinsichtlich Arbeit und Beschäftigung lässt sich zusammenfassen, dass nur wenige Menschen in unterstützten Wohnformen eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben, am ehesten noch diejenigen in ambulant betreuten Wohnformen (rund 10 Prozent).

**Tabelle 3: Charakteristika der Leistungsberechtigten in den verschiedenen Angeboten**

	ABW Nord	ABW Süd	IABW Nord <sup>(1)</sup>	ABW+ Süd <sup>(2)</sup>	BWF Nord <sup>(3)</sup>	BWF Süd	STAT Nord	STAT Süd
Gesamtzahl	N=430	N=578	N=85	N=31	N=43	N=86	N=678	N=253
Mittleres Alter - Jahre (SD)	45(12,5)	45(12,3)	38(16,7)	44(15,4)	56(11,9)	53(17,1)	48(13,6)	49,3(13,1)
Altersspanne (min-max)	17-82	19-79	18-81	20-67	27-78	18-87	19-90	19-81
Geschlecht								
Männer	55%	57%	65%	55%	67%	50%	68%	61%
Frauen	45%	43%	35%	45%	33%	50%	32%	39%
Hauptdiagnosen								
F1 Sucht	5%	11%	4%	0%	7%	13%	14%	12%
F2 Schizophrenie	49%	43%	39%	48%	47%	45%	65%	69%
F3 Affektive Störung	23%	12%	14%	6%	16%	8%	3%	4%
F4 Neurotische Störung	6%	6%	16%	3%	2%	7%	0%	1%
F6 Persönlich.störungen	13%	24%	13%	29%	12%	10%	7%	10%
F7 Intelligenzstörung	2%	1%	5%	0%	12%	6%	4%	1%
F8 Entwicklungsstörungen	1%	1%	2%	3%	0%	1%	1%	0%
Sonstige / keine Angabe	2%	3%	7%	10%	5%	9%	5%	3%
Co-Diagnose Sucht <sup>(4)</sup>	7%	22%	7%	45%	7%	9%	12%	18%
Lebensform								
alleine	52%	48%	25%	52%	0%	2%	0%	5%
bei Angehörigen	0%	2%	0%	6%	7%	0%	0%	0%
WG	41%	45%	72%	42%	0%	0%	0%	4%
mit Partner / Kind	6%	4%	4%	0%	0%	0%	0%	0%
BWF	-	-	-	-	93%	98%	0%	0%
"TABeWo"	-	-	-	-	-	-	-(6)	30%
stationäre Wohnform	-	-	-	-	-	-	100%	61%
Tagesstruktur								
Werkstatt	18%	43%	18%	52%	12%	31%	6%	34%
LT I.4.5b	13%	0%	22%	0%	12%	0%	91%	9%
Tagesstätte	18%	0%	16%	0%	23%	0%	1%	41%
Allgemeiner Arbeitsmarkt	10%	9%	9%	0%	2%	6%	0%	1%
sonstige <sup>(5)</sup>	41%	48%	34%	48%	51%	63%	2%	15%
Mittlere Verweildauer – Jahre (SD)								
Median	3	4	0	1	5	6	4	3
Maximum	25	27	20	17	15	26	63	40
20 Jahre und länger	1%	1%	1%	0%	0%	14%	10%	6%
unter 20 Jahren	7%	2%	0%	3%	2%	8%	4%	6%
unter 15 Jahren	9%	10%	4%	3%	12%	10%	13%	9%
unter 10 Jahren	23%	28%	12%	0%	44%	21%	18%	16%
unter 5 Jahren	27%	25%	15%	23%	21%	17%	25%	24%
unter 2 Jahren	33%	34%	68%	71%	21%	29%	29%	38%

Datenbasis: LK Ravensburg/Bodenseekreis: Daten der GPV-Basisdokumentation, Stichtag 31.12.2015; Rhein-Neckar-Kreis: Daten der KVJS Leistungserhebung Rhein-Neckar-Kreis, Stichtag 31.12.2015; Stadt Heidelberg: Daten der KVJS Leistungserhebung in der Stadt Heidelberg, Stichtag 30.06.2015.

Anm.: SD: Standardabweichung; (1) IABW Nord: nur im Rhein-Neckar-Kreis, (2) ABW+ nur im Landkreis Ravensburg, (3) BWF nicht verfügbar in der Stadt Heidelberg, (4) unterschiedliche Erfassung in Nord und Süd, (5) selbstorganisierte Tagesstruktur, Ehrenamt, Vereine, Praktika, Mithilfe bei Gastfamilie, (6) verfügbare Daten erlaubten keine Differenzierung nach Heim/TABeWo.

Die Beschäftigung in einer der großen Werkstätten ist in den südlichen Landkreisen durch Personen in den ambulanten Wohnformen stark verbreitet (31 Prozent der Klientel im BWF bis 52 Prozent im ABWplus). Ein nicht unerheblicher Anteil der Beschäftigten ist dort im Berufsbildungsbereich, also in einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme (nicht gesondert aufgeführt). In den südlichen Landkreisen nehmen ambulant betreute Personen keine Leistungen nach Leistungstyp I.4.5b (Tagesstrukturierung und Förderung für psychisch behinderte Menschen) oder Tagesstätten in Anspruch. In den nördlichen Kreisen hingegen ist die Nutzung gerade dieser Leistungen und Angebote auch in ambulanten Wohnformen vergleichsweise verbreitet: Tagesstätten werden von 16 Prozent (IABW) bis 23 Prozent (BWF) der in ambulanten Wohnformen lebenden Personen besucht, Leistungstyp I.4.5b findet sich bei 22 Prozent der Personen im IABW, bei 13 Prozent der Personen im ABW und bei zwölf Prozent der Leistungsberechtigten im BWF.

In den stationären Wohnformen in der Stadt Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis erhalten über 90 Prozent der betreffenden Personen eine solche Tagesstruktur. Im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis besucht die Hälfte der Personen in stationären Wohnformen eine Tagesstätte oder nimmt Leistungstyp I.4.5b in Anspruch, über ein Drittel arbeitet in einer Werkstatt.

20

Es lässt sich festhalten, dass abgesehen von Menschen im BWF teilweise weit über die Hälfte der Personen in unterstützten Wohnformen eine feste Tagesstruktur erhält und sich hinter dem Anteil der „sonstigen“ ebenfalls zu einem hohen Anteil selbst strukturierte Aktivitäten oder die Mithilfe innerhalb des eigenen Haushaltes verbergen, die nicht vergleichbar aufzuschlüsseln sind.

Die Dauer der Unterstützung unterscheidet sich zwischen den Versorgungsregionen nur marginal. IABW und ABWplus sind in beiden Regionen zwei relativ junge Angebote. Dies spiegelt sich in der durchschnittlichen Dauer von nur zwei Jahren wieder. Noch deutlicher wird dies daran, dass in den nördlichen Kreisen die Hälfte der unterstützten Personen diese Unterstützung nicht einmal ein Jahr, im Süden nicht einmal zwei Jahre nutzt (siehe Median). Am längsten sind die Personen jeweils im BWF. Dem Median zufolge leben im Norden mehr als die Hälfte der Personen seit mindestens fünf, im Süden seit mindestens sechs Jahren in einer Gastfamilie. Wie im BWF gibt es auch in der stationären Wohnunterstützung eine Gruppe von Menschen, die bereits seit sehr langer Zeit im Wohnheim oder in Wohngruppen heimisch sind: zehn Prozent leben im Norden seit mindestens 20 Jahren dort, im Süden sind dies sechs Prozent.

### 3.4 Zusammenfassung

Die Gesamtschau der verfügbaren Daten in den nördlichen und südlichen Stadt- und Landkreisen zeigt, dass es in beiden Regionen ein differenziertes Angebot an unterstützten Wohnformen gibt, das insbesondere von der engen Verflechtung und vom Austausch über die Stadt- und Landkreisgrenzen hinweg profitiert. In den beiden nördlichen Stadt- und Landkreisen gibt es zu den untersuchten Stichtagen einen höheren Anteil von Personen in stationären Unterstützungsangeboten als dies im Süden der Fall ist. Der betreffende Personenkreis scheint sich im Norden und im Süden in jeweils vergleichbaren Angeboten nicht auffäl-

lig zu unterscheiden. Ein Schwerpunkt liegt in der Unterstützung von Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie, die vor allem in stationären Wohnangeboten die weitaus größte Gruppe stellen, aber auch in ambulanten Wohnangeboten in der Mehrheit sind. Die durchschnittliche Verweildauer im Heimbereich und beim betreuten Wohnen in Familien ist höher als im ambulant betreuten Wohnen. Welche Beschäftigungsangebote in den verschiedenen Regionen genutzt werden, scheint regional sehr unterschiedlich. Demgegenüber scheint der Anteil der Personen, die keiner oder einer Tagesstruktur außerhalb von Werkstatt, tagesstrukturierenden Angeboten, Tagesstätte oder allgemeinem Arbeitsmarkt nachgehen, überregional weitgehend vergleichbar. Für eine vertiefende Darstellung der Strukturen sei auf die Publikationen des KVJS verwiesen, beispielsweise jüngst die Berichterstattung „Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und dem SGB IX“ (KVJS 2020).

Die Auswertung und Zusammenfassung der vorliegenden Daten hat einen guten Überblick über die Angebotsstrukturen in den jeweiligen Kreisen beziehungsweise Regionen ermöglicht. Die hinter den leistungsrechtlichen Begrifflichkeiten auch jetzt schon vorhandene Vielfalt konnte damit nicht in Gänze abgebildet werden. Insbesondere die Angebote mit höherem Unterstützungsumfang sind sehr unterschiedlich ausgestaltet. So reichen sie etwa von Zweier-WGs in einem normalen Wohnhaus mitten im Stadtzentrum einer Kleinstadt bis hin zu größeren Wohngruppen in einem Wohnheim auf dem Gelände einer Fachklinik am Rande der Stadt. Natürlich erscheint dies einerseits hinfällig vor dem Hintergrund der Einführung des neuen Leistungsrechts, in dem die Assistenzleistung selbst im Zentrum steht und künftig alle Personen Mieter und nicht mehr „Bewohner“ sind. Andererseits charakterisieren diese differenziellen Strukturen des Wohnens in hohem Maße das Leistungsgeschehen, stellen Herausforderungen für die Planung und Steuerung des Angebots dar, prägen die Arbeitsstrukturen der Beschäftigten bei den Leistungserbringern und sind zentraler Bestandteil der Lebenswelt und des Erlebens der Leistungsberechtigten, wie in den folgenden Teilen dieses Forschungsprojekts noch zu zeigen sein wird.

## **4. Teilprojekt 2: Experteninterviews „Was wirkt beim unterstützten Wohnen?“**

### **4.1 Zielsetzung**

Teilprojekt 2 hat zum Ziel, die Erfahrungen von Expertinnen und Experten zu sammeln und zu systematisieren, welche Strukturen und Prozesse sowie Rahmenbedingungen beim unterstützten Wohnen wirksam sind, um Menschen mit seelischer Behinderung hinsichtlich Selbständigkeit und Teilhabe zu fördern. Aus einem multiperspektivischen Blick auf das Unterstützungssystem und auf die Prozesse innerhalb des unterstützten Wohnens sollten am Ende hilfreiche Faktoren identifiziert und zusammengestellt, aber auch Problemzonen und Aufgabenstellungen im Unterstützungssystem beschrieben werden.

### **4.2 Vorgehen und Methodik**

#### **4.2.1 Überblick über die allgemeine Strategie**

22

Das Teilprojekt basiert auf den Erfahrungen von Personen an den drei zentralen Stellen des Unterstützungssystems – Leistungsträger, Leistungserbringer und Leistungsberechtigte. Um diese Erfahrungen zu sammeln, wurde die Methode leitfadengestützter Interviews gewählt, wobei der Interviewleitfaden in erster Linie als eine Art Checkliste zugunsten der Vollständigkeit angesprochener Aspekte diente. Grundsätzlich war es das Anliegen, die Gespräche so offen und frei wie möglich zu führen, um jene Themen zu erfassen, die die Gesprächspartnerinnen und -partner selbst im Zusammenhang mit dem unterstützten Wohnen als relevant erachteten.

Die Interviews wurden aufgezeichnet. Das Material wurde wörtlich transkribiert. Das transkribierte Textmaterial wurde mit der Methode einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003) ausgewertet. Vor allem in den ersten Schritten wurde dabei streng induktiv vorgegangen, also das Analyseschema aus den Texten selbst heraus entwickelt. Es galt das Prinzip der Offenheit, um nicht vorschnell potenziell relevante Aspekte zu übersehen. Am Ende immer weiter zusammenfassender Schritte stand ein Ordnungssystem, das Prozesse und Strukturen auf verschiedenen Ebenen des unterstützten Wohnens umfasste und hilfreiche Faktoren, aber auch Problemzonen und Aufgabenstellungen im Unterstützungssystem beschreibt.

#### **4.2.2 Interviews und Transkripte**

Als erster Schritt wurde ein Interviewleitfaden entwickelt (vgl. Auszug im Anhang). Im Mittelpunkt stand die Frage, welche Struktur- und Prozessmerkmale des unterstützten Wohnens aus der eigenen Wohnerfahrung beziehungsweise der beruflichen Praxis heraus für hilfreich gehalten werden, um Teilhabe und Selbständigkeit zu unterstützen. Dabei wurden auch institutionelle, ökonomische und soziokulturelle Rahmenbedingungen mit einbezogen. Der Interviewleitfaden wurde im Sinne einer Checkliste eingesetzt, um auch Anregung zu geben, über

interessierende Aspekte zu sprechen, die von den Gesprächspartnerinnen und -partnern nicht selbst benannt wurden. Der Interviewleitfaden beschränkte sich dabei auf das Thematisieren bestimmter Ebenen und Kontexte der Leistungserbringung, zum Beispiel Erfahrungen mit dem Prozedere der Unterstützungsgewährung, Erfahrungen mit der Unterstützung selbst, Kontextbedingungen. Generell ging es darum, das Gespräch möglichst offen zu gestalten. Es sollten die Themen erfasst werden, die den Befragten im Kontext des unterstützten Wohnens als wichtig erschienen. Die Interviews konnten im Zweiergespräch, aber auch in Kleingruppen durchgeführt werden. Vor Beginn der Interviews wurden die Teilnehmenden ausführlich über Ziel und Vorgehen der Studie und über die Verwendung der Ergebnisse aufgeklärt (vgl. Auszüge aus den Studieninformationen im Anhang). Nach schriftlich erteilter informierter Einwilligung in die Studie konnte mit den Interviews begonnen werden. Die Interviewdauer war mit 20 bis 30 Minuten angesetzt. Aufgrund des offenen Vorgehens dauerten die Gespräche faktisch meist etwa 30 bis 40 Minuten, in Einzelfällen auch bis zu einer Stunde.

Die Interviews wurden mittels eines Diktiergerätes aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen wurden unter Verwendung der kostenfreien Software easytranscript (softpedia.com) transkribiert. Da es um die reinen Textinhalte der Gespräche ging, wurde nur eine einfache Transkription (z. B. keine wörtliche Übernahme von Dialekt, keine Tonhöhenvariationen oder Pausen) vorgenommen. Zum Schutz der Anonymität der Interviewpartnerinnen und -partner beziehungsweise erwähnter dritter Personen oder Institutionen wurde darauf geachtet, sämtliche Textstellen zu entfernen, aus denen möglicherweise auf die Identität der Befragten geschlossen werden konnte. Eigennamen oder Ortsangaben wurden pseudonymisiert. Nach erfolgter Transkription wurde die Aufnahme gelöscht.

23

#### 4.2.3 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Potenziell geeignete Expertinnen und Experten für die Interviews waren Menschen mit Berufserfahrung auf dem Gebiet des unterstützten Wohnens und Menschen mit längerer eigener Erfahrung hinsichtlich des Lebens in unterstützten Wohnformen. Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden nach dem Gesichtspunkt gesucht, ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungen abzubilden. Es sollten Personen möglichst aus allen vier Stadt- und Landkreisen und aus allen drei Expertengruppen einbezogen werden. Angestrebt waren je Perspektive (Leistungsträger, Leistungserbringer, Leistungsberechtigte) ca. 15 bis 20 Personen. Zugunsten der Vielfalt konnte dies jedoch entsprechend der Gegebenheiten variiert werden. Die Klientinnen und Klienten und die Mitarbeitenden in unterstützten Wohnformen sollten unterschiedliche Formen des unterstützten Wohnens repräsentieren. Es sollten also Erfahrungen sowohl aus Heimkontexten als auch aus ambulant betreuten Wohnformen in der Studie vertreten sein. Die Mitarbeitenden in den Stadt- und Landkreisen waren verschiedenen Funktionen innerhalb der Eingliederungshilfe zuzuordnen. Diese konnten vom Fallmanagement bis zur Sozialplanung reichen.

Zu den im Rahmen von Teilprojekt 2 ausgewählten Interviewpartnerinnen und -partnern kam ein weiterer Personenkreis hinzu. Im Rahmen von Teilprojekt 3, der Kohortenstudie mit Neufällen und Wohnformwechslerinnen und -wechslern (vgl. Kapitel 6) wurden Interviews mit denjenigen Personen geführt, die im Laufe des Studienzeitraums gänzlich aus der Wohnunterstützung ausgestiegen oder in eine weniger intensiv unterstützte Wohnform gewechselt

waren („Aussteiger“). Sie wurden nach ihren Erfahrungen mit der zurückliegenden Wohnunterstützung befragt, um ihre Motive für die Veränderung zu erfassen. Aufgrund ihrer gedanklichen Auseinandersetzung mit der erhaltenen Unterstützung und der hierdurch möglicherweise in Gang gekommenen Veränderung versprachen die Gespräche mit ihnen, eine weitere Perspektive der Leistungsberechtigten kennenzulernen und den Fokus auf das Thema zu erweitern. Daher wurde beschlossen, auch diese Aussteiger-Interviews zugunsten einer breiten Aussagekraft in den Textcorpus für die qualitative Analyse von Teilprojekt 2 mitaufzunehmen. Die Erfahrungen und der Verlauf hatten unmittelbar mit der Frage nach förderlichen Struktur- und Prozessmerkmalen zu tun – nunmehr aus der Perspektive der Personen, die auf diese Unterstützung verzichten konnten oder sie weniger in Anspruch nahmen.

#### 4.2.4 Rekrutierungsprozedere

Die Interviewpartnerinnen und -partner wurden auf unterschiedlichen Wegen gefunden: Die Mitarbeitenden auf der Seite der Leistungserbringer und der Leistungsträger wurden teilweise direkt von den Forschenden angesprochen, teilweise wurden sie den Interviewenden über ihre Vorgesetzten vermittelt. Die Angefragten beziehungsweise ihre Vorgesetzten wurden in einem ausführlichen Schreiben, gelegentlich auch mündlich über das Projekt und das Anliegen an sie informiert. Die Expertinnen und Experten aus eigener Wohnerschaft wurden zum Teil nach dem Schneeballprinzip gefunden („jemand, der jemanden kennt, der...“), zum Teil wurde der Kontakt durch betreuendes Personal beziehungsweise versorgende Ärztinnen und Ärzte vermittelt. Darüber hinaus erfolgte die Rekrutierung auch über Foren wie das Psychose-Seminar, über Selbsthilfegruppen und über Interessensvertretungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

24

Für die zusätzlich in die Analyse mit aufgenommenen Interviews mit Aussteigern, die im Rahmen von Teilprojekt 3 entstanden, wurden die in Frage kommenden Personen von den Studienmitarbeitenden direkt auf eine Teilnahme angesprochen.

#### 4.2.5 Auswertungsstrategie

Das schriftliche Material wurde einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Ziel war es, die Interviews auf ihre wesentlichen Bestandteile zu reduzieren, um zu den Kernaussagen zu gelangen, in einer Weise, dass die wesentlichen Inhalte erhalten blieben (Mayring 2003). Zum Erschließen der Texte und zur Bildung des Kategoriensystems wurde ein induktives Vorgehen gewählt. Die Forschenden entwickelten die Kategorien mittels Extraktion, Paraphrasierung, Codebildung und fortschreitenden Abstraktionsschritten aus dem Material heraus, ohne ein vorgefertigtes Analyseschema auf die Texte anzulegen. Das Vorgehen ist in Abbildung 1 schematisch dargestellt. Zur Unterstützung der qualitativen Auswertung wurde die Software MAXQDA 18.2 (VERBI GmbH) verwendet.

Als relevante Textstellen wurden solche Textabschnitte definiert, in denen über folgende Inhalte gesprochen wird:

- Beschreibung von förderlichen (ggf. auch nicht förderlichen) Aspekten des Lebens in einer unterstützten Wohnform

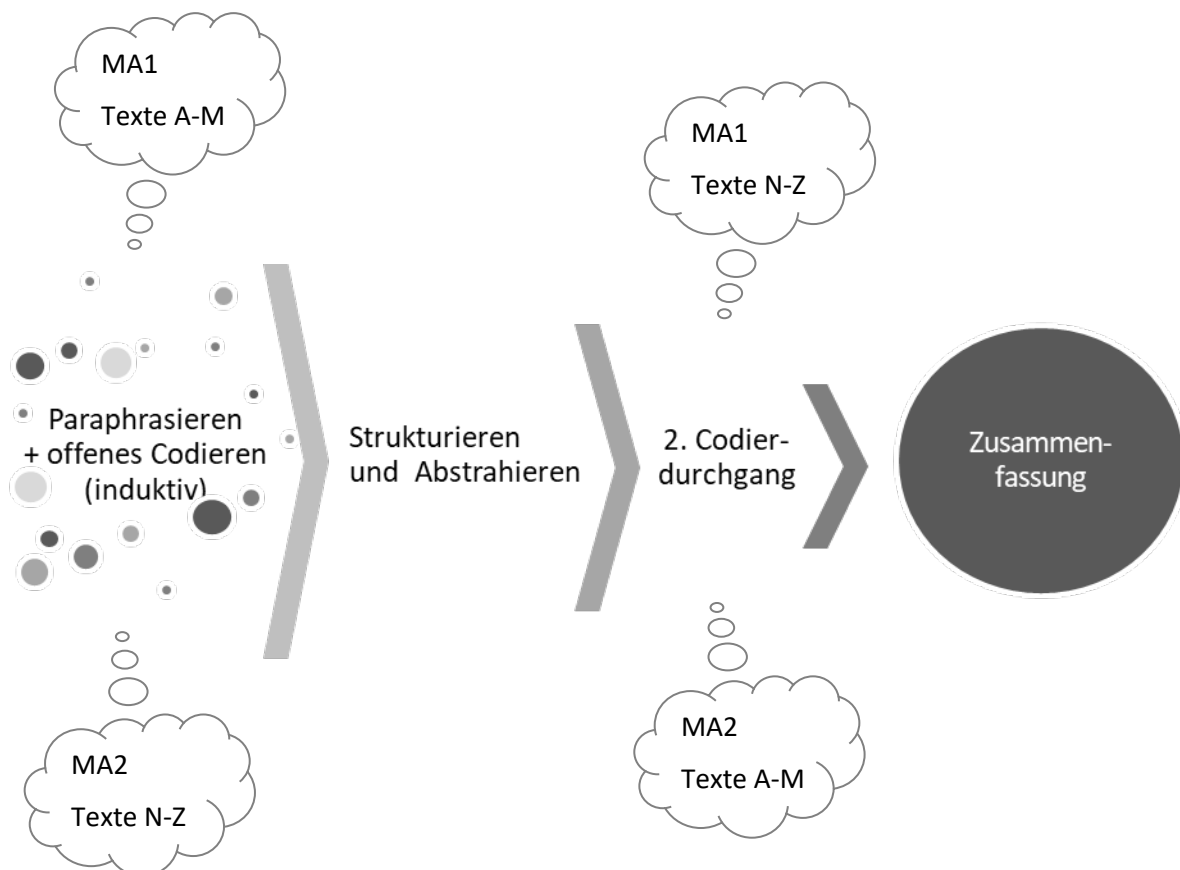


- Beschreibung von förderlichen (ggf. auch nicht förderlichen) Prozessen und Abläufen im Umfeld der Wohnunterstützung
- Beschreibung und Thematisierung von Kontextfaktoren und allgemeineren Umständen, die die Teilhabe und Selbstbestimmung von Klientinnen und Klienten in unterstützten Wohnformen begünstigen beziehungsweise behindern

Die Textstellen umfassten mindestens einen vollständigen Satz. Sie konnten aber auch über mehrere Absätze reichen. Die Textstelle endete dort, wo ein neuer Sinnzusammenhang angesprochen wurde.

Die extrahierten Textstellen wurden paraphrasiert, das heißt in knappen Sätzen wurde der Inhalt der Textstelle zusammengefasst.

**Abbildung 1: Ablaufschema der Inhaltsanalyse**

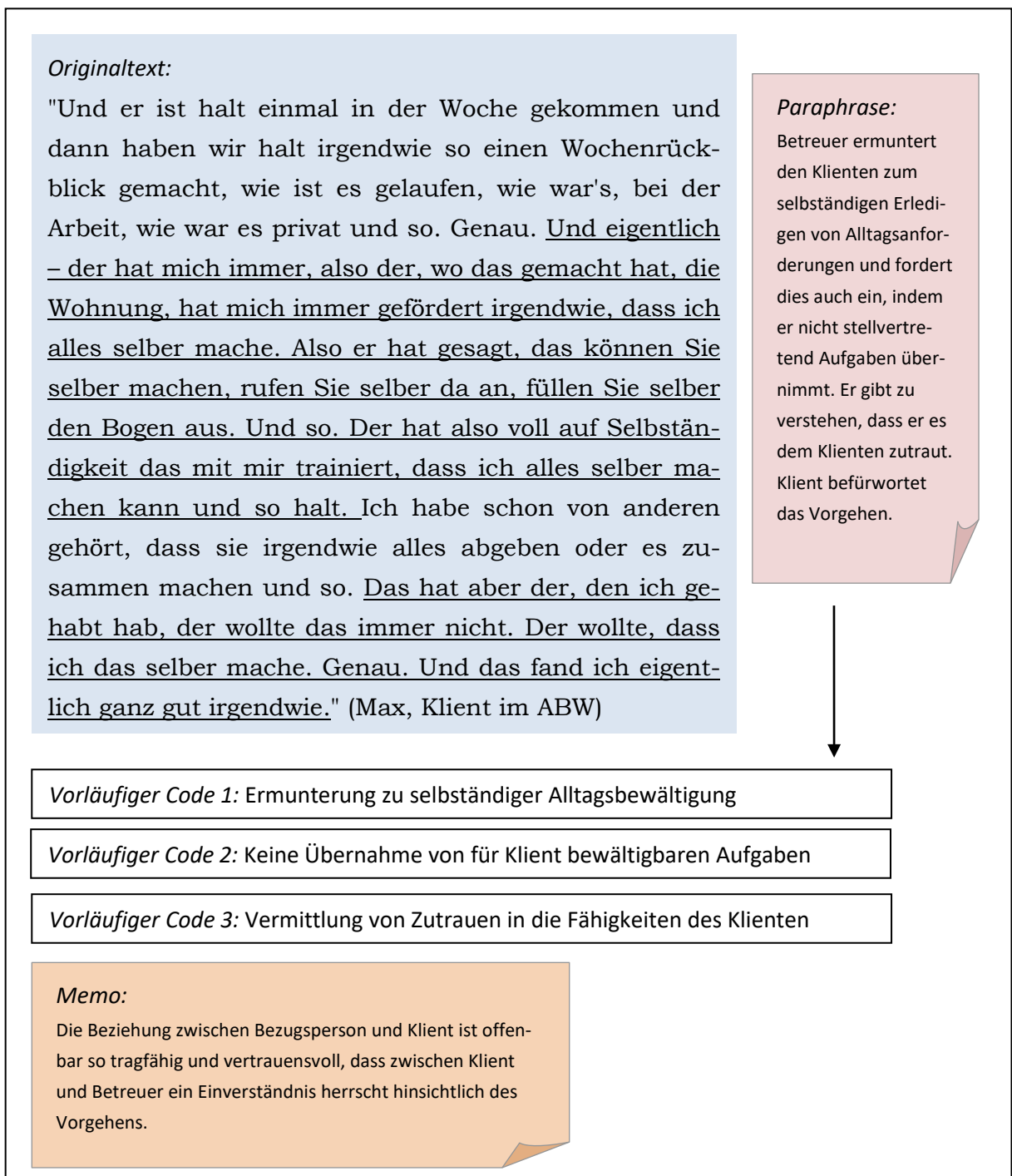


Aus den so erhaltenen Paraphrasen wurden zunächst offene Codes gebildet, das heißt es wurden generalisierende Überschriften für die in der Paraphrase enthaltenen Aspekte geschaffen und diese der Textstelle zugewiesen. In den Textstellen waren oft mehrere Aspekte gleichzeitig enthalten. Daher konnte ein- und dieselbe Textstelle mehrere verschiedene Codes repräsentieren. Während der Auswertung wurden kontinuierlich sogenannte Memos

erstellt, um Gedanken oder Zuordnungsvorschriften zu Codes für die weitere Analyse festzuhalten.

In Abbildung 2 ist beispielhaft dargestellt, wie die Forschenden ausgehend von der Paraphrase (eigene Umschreibung des Inhalts) des Originaltextes zu den ersten (vorläufigen) Codes kamen.

Abbildung 2: Beispiel für die ersten Analyseschritte der qualitativen Auswertung



In einem weiteren Schritt wurden die Codes überprüft, sortiert und zusammenfassenden Überbegriffen (Kategorien) zugeordnet. Auch wenn die Texte aus unterschiedlichen Perspektiven und Regionen stammten, wurde das Material zugunsten einer größtmöglichen Offenheit zunächst als einheitlicher Textkörper analysiert. Das heißt, zur Generierung des Kategoriensystems wurde nicht nach Region oder Perspektive der Befragten unterschieden, so dass alle Aussagen in ein und demselben Kategoriensystem Platz fanden. Nach dem ersten Codierdurchgang, der in gemeinschaftlicher Arbeit durch zwei Mitarbeitende des Forschungsteams erfolgte, wurde das Kategoriensystem gemeinsam gesichtet und überarbeitet. Dabei wechselten sich induktive und deduktive Schritte ab, zumal durch die Beschäftigung mit den Texten immer mehr Wissen generiert wurde, das in die Zuordnung einfließen konnte. Das System wurde in eine logische Struktur gebracht, die Codes wurden weiter abstrahiert und zusammengefasst und falls nötig neu sortiert. Mit diesem nunmehr neu strukturierten Kategoriensystem wurden die Texte erneut untersucht. Der Schritt diente der Überprüfung der Struktur und Konsistenz des neu geschaffenen Kategoriensystems. Dabei wurden anhand des Textmaterials Codes überprüft, gestrichen und falls nötig auch ergänzt.

Als Ergebnis dieser Prozesse sollte am Ende eine Zusammenstellung von Merkmalen und Aspekten der Unterstützung selbst und der förderlichen Rahmenbedingungen für eine gelingende Unterstützung im Sinne der Ziele der Eingliederungshilfe stehen. Dabei ging es nicht um ein Herausarbeiten der Unterschiedlichkeit der Perspektiven, sondern darum, aus möglichst vielfältigen Erfahrungen und Einschätzungen konkrete Hinweise zu gewinnen, wie das Unterstützungssystem zu gestalten ist und welche Faktoren relevant sind, damit die Ziele der Eingliederungshilfe wirksam werden können.

27

Zur Gewährleistung einer intersubjektiven Gültigkeit der Ergebnisse wurde die qualitative Inhaltsanalyse konsequent in enger Zusammenarbeit von zwei Mitarbeitenden des Forschungsprojekts durchgeführt. Alle Schritte wurden miteinander abgestimmt. Jeweils die Hälfte der Texte wurde von den beiden Mitarbeitenden paraphrasiert und codiert. Die geschaffenen Codes wurden in Telefonkonferenzen stets gemeinsam besprochen und nach dem Konsensprinzip in das System aufgenommen und eingeordnet. In gleicher Weise wurden das vorläufige und das endgültige Kategoriensystem erstellt.

### 4.3 Ergebnisse

#### 4.3.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Tabelle 4 zeigt, wie sich die Interviewpartnerinnen und -partner aus den verschiedenen Bereichen auf die Stadt- und Landkreise verteilen.

**Tabelle 4: Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer**

Gruppen	Landkreis Ravensburg	Bodenseekreis	Stadt Heidelberg	Rhein-Neckar-Kreis	Gesamt
Leistungsträger	5 (3)	4 (3)	6 (5)	3 (3)	<b>18 (14)</b>
Leistungserbringer	9 (7)	3 (3)	2 (2)	9 (9)	<b>23 (21)</b>
Leistungsberechtigte	7 (7)	5 (5)	2 (2)	8 (7)	<b>22 (21)</b>
„Aussteiger“ (Teilprojekt 3)	3 (3)	-	3 (3)	8 (8)	<b>14 (14)</b>
<b>Gesamt</b>	<b>24 (20)</b>	<b>12 (11)</b>	<b>13 (12)</b>	<b>28 (27)</b>	<b>77 (70)</b>

28

Anm.: Anzahl der interviewten Personen. In Klammern: Anzahl der geführten Interviews.

Im Laufe des inhaltsanalytischen Auswertungsprozesses zeigte sich, dass in den Interviews zunehmend weniger neue Inhalte auftraten und sich die Kernaussagen in Variationen wiederholten. Dies spricht dafür, dass die Anzahl und Auswahl der Interviewpartnerinnen und -partner ausreichend war und in der Analyse am Ende eine Art theoretischer Sättigung erreicht werden konnte, wie sie auch in der Grounded Theory angestrebt wird (Glaser & Strauss 1967).

Aus Gründen der Anonymität werden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Folgenden nur zusammenfassend charakterisiert:

Für die Gruppe der Leistungserbringer nahmen Mitarbeitende bei 11 verschiedenen Trägern teil, davon sechs in der Region Nord, fünf in der Region Süd. Die Mitarbeitenden waren darüber hinaus meist in unterschiedlichen Diensten und Teams derselben Einrichtung tätig. 23 Personen erklärten sich zu einer Teilnahme bereit. Bei zwei Gelegenheiten wurde ein Gespräch zu dritt geführt (eine Person, die das Interview führte, zwei Befragte). Insgesamt waren die Männer in der Überzahl (14 Männer vs. 9 Frauen). Die Altersspanne reichte von Anfang 30 bis über 60 Jahren. Die Altersgruppen waren in etwa gleich verteilt. Zwei Personen waren über 60. Die meisten hatten Soziale Arbeit oder Sozialpädagogik studiert. Vereinzelt gab es auch Ausbildungen im Bereich der Krankenpflege oder Heilerziehungspflege. Nicht selten hatten die Beschäftigten Zusatzqualifikationen, zum Beispiel in systemischer Therapie. Die Berufserfahrung reichte von drei bis 40 Jahren. Über die Hälfte der Gesprächspartnerinnen und -partner waren mit mindestens einem Stellenanteil in Leitungsfunktionen tätig. Zusätzlich übten manche koordinierende oder übergeordnete Tätigkeiten aus oder waren auch in der Öffentlichkeitsarbeit aktiv. Erfahrungen mit stationären und ambulanten Wohn-

formen waren annähernd gleich verteilt, auch aus dem Bereich des betreuten Wohnens in Gastfamilien gab es Interviewpartnerinnen und -partner. Oft brachte es die Leitungsposition mit sich, gleichermaßen in ambulanten und stationären Settings aktiv zu sein.

In der Gruppe der Mitarbeitenden bei den Leistungsträgern nahmen insgesamt 18 Personen teil. Es fanden zwei Gespräche zu dritt statt, einmal gab es auch ein Gespräch zu viert. Die Altersspanne der Teilnehmenden reichte von Ende 20 bis über 60 Jahren. Der Schwerpunkt lag in den Altersgruppen zwischen 30 und 50 Jahren (13 Personen). Hinsichtlich der Geschlechterverteilung waren Frauen in der Überzahl. Ihr Anteil betrug etwa zwei Drittel. Der berufliche Hintergrund war bei den meisten Personen ein Studium der Sozialen Arbeit. Vertreten waren aber auch Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger oder Verwaltungsfachkräfte beziehungsweise Sozialwirte. Die Mehrheit der Interviewten arbeitete im Fallmanagement der Eingliederungshilfe oder in vergleichbaren Positionen. Außerdem nahmen mehrere Personen aus der Sozialplanung und Verwaltung teil. Einige hatten Leitungsfunktionen inne. Die Berufserfahrung beim Leistungsträger reichte von fünf bis über dreißig Jahre. In nicht wenigen Fällen brachten die Befragten vor ihrer Tätigkeit beim Leistungsträger mehrjährige Berufserfahrung bei Leistungserbringern mit, auch im Bereich des unterstützten Wohnens.

Die Gruppe der Leistungsberechtigten bestand aus 12 Männern und 10 Frauen im Alter von Anfang 30 bis Ende 50. Etwa die Hälfte war zwischen 40 und 50 Jahre alt. Bis auf ein Gespräch zu dritt wurden alle Personen in Einzelinterviews befragt. Mit wenigen Ausnahmen verfügten sie über langjährige Erfahrungen in unterstützten Wohnformen, oft über Jahrzehnte. Ein Drittel der Personen hatte ausschließlich Erfahrungen mit ambulant betreutem Wohnen. Ein Viertel hatte Erfahrungen mit ambulant betreutem Wohnen und stationären Wohnformen. Die anderen Interviewten hatten im Laufe der Jahre verschiedene Varianten des stationären Wohnens kennengelernt. Drei Personen erhielten zum Zeitpunkt des Interviews keine Leistungen der Eingliederungshilfe mehr. Sie wurden durch den Sozialpsychiatrischen Dienst (SpDi) und psychotherapeutisch versorgt beziehungsweise verzichteten gänzlich auf Unterstützung.

Die Gruppe der 14 als Aussteiger bezeichneten Personen setzte sich zusammen aus sechs Männern (bis auf einen Mann fast alle im Alter von Anfang 20 bis Mitte 30) und acht Frauen (Altersspanne von Anfang 20 bis 65 Jahre). Bis auf zwei Personen waren sie zuletzt in ambulant betreuten Wohnformen. Den Aussteigern wurde entsprechend der Auswahlkriterien für diese Zusatzinterviews in Teilprojekt 3 auch eine Person zugerechnet, die nicht aus der Eingliederungshilfe ausstieg, sondern bei der die Intensität der Unterstützung des betreuten Wohnens verringert wurde.

### 4.3.2 Ergebnisse der Inhaltsanalyse

#### Allgemeines

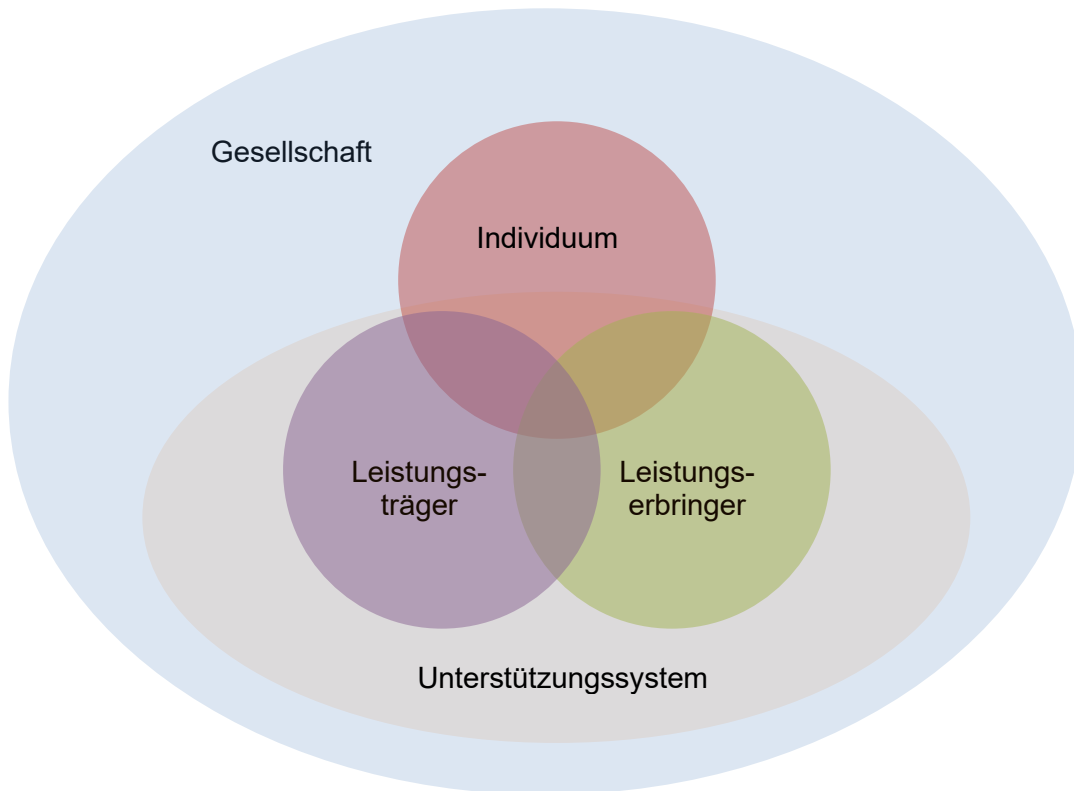
Ziel dieser Analyse war es, aus den Gesprächsinhalten und dem entstandenen Textcorpus ein möglichst umfassendes Bild des Versorgungsgeschehens, seiner Strukturen und Prozesse zu gewinnen, um die Kernelemente einer gelungenen Unterstützung herauszudestillieren. Bereits während der Interviews, spätestens aber beim Sichten des über 600 Druckseiten starken Textmaterials zeichnete sich ab, dass es neben den eigentlichen Strukturen und Prozessen in den Wohnangeboten die Rahmenbedingungen der Unterstützungsleistung sind, die einen bedeutenden Stellenwert für das Gelingen der Stärkung von Teilhabe haben. Den Gesprächspartnerinnen und -partnern aus allen Perspektiven schien es immer auch wichtig, über den Kontext zu sprechen, in dem sich die Unterstützung vollzog. Zum Beispiel wurde regelmäßig die Knappheit von Wohnraum zum Thema. Sie wurde aus allen Perspektiven als ein Faktor erlebt, der die Handlungsspielräume der interviewten Akteure massiv einschränkte und sich auf ihren Alltag auswirkte. Gerade aufgrund ihrer hohen Relevanz für die Interviewpartnerinnen und -partner wurden solche Rahmenbedingungen in die Auswertung mit einbezogen.

30

Zur Strukturierung der Inhalte erwies es sich als sinnvoll, verschiedene Ebenen der Unterstützung zu bestimmen und die Inhalte dann den Ebenen zuzuordnen, auf die sie sich primär bezogen beziehungsweise mit denen sie verknüpft waren. Abbildung 3 demonstriert dies in einem vereinfachten Modell. Der Rahmen, in dem sich die Unterstützung vollzieht, ist die Gesellschaft, in der die leistungsberechtigten Individuen leben und in der sie auf ein Unterstützungssystem treffen. Zu diesem System zählen nicht nur Leistungsträger und Leistungserbringer als Akteure der Eingliederungshilfe im engeren Sinn. Es enthält eine ganze Reihe politischer und finanzieller Rahmenbedingungen, die die Unterstützungsleistung mit beeinflussen und prägen, wie zum Beispiel die Sozialgesetzgebung oder die Psychiatrieplanung in der Region. Natürlich fanden sich auch Aspekte, die sich übergreifend auf verschiedene Ebenen beziehen oder an Schnittstellen angesiedelt sind. Sie wurden den Bereichen zugeordnet, die sie am ehesten betrafen.

Zur Darstellung der Inhalte werden die Aufgaben- und Problemfelder skizziert, die aus den Interviews hervorgingen. Im Anschluss daran folgt eine Aufstellung (potenziell) förderlicher Strukturen und Maßnahmen, die teilweise direkt benannt wurden, teilweise auch aus den Äußerungen abgeleitet werden können.

Abbildung 3: Strukturierungsebenen der Analyse



31

### **Ebene der Gesellschaft**

Auf der Ebene der Gesellschaft zeichneten sich zwei Hauptthemen ab, die die Unterstützung und Förderung von Teilhabe entscheidend prägen: „Inklusive Gesellschaft“ sowie „Vorurteile und Stigma“.

### **Inklusive Gesellschaft**

Unter der Überschrift „Inklusive Gesellschaft“ sammeln sich Aussagen, in denen es um eine Zustandsbeschreibung der Gesellschaft ging. Lässt sie Inklusion und Teilhabe von Menschen mit seelischen Behinderungen überhaupt zu? Wie trägt sie dazu bei, dass Teilhabe verhindert wird? Welche Handlungsoptionen gibt es? In 18 Texten traten Aussagen dazu auf.

Eine inklusive Gesellschaft, in der alle Menschen, auch solche mit Teilhabe Einschränkungen, gleichberechtigt ihren Platz finden, wird als wünschenswert charakterisiert. Stattdessen gebe es eine starke Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Politische Ideale, Inklusion und Teilhabe für möglichst alle Menschen zu verwirklichen, kollidierten dabei mit den Funktionsweisen der Gesellschaft und mit den Bedürfnissen der nicht von psychischer Erkrankung betroffenen Bevölkerung. Die Inklusionsbereitschaft der Bevölkerung sei begrenzt, was zum

Beispiel bei Außenwohngruppen oder WGs in „normalen“ Wohnvierteln zum Problem werden könne.

Es herrsche ein hoher Konformitätsdruck, dem viele Menschen mit Beeinträchtigung oft nicht standhalten könnten. In der normalen Arbeitswelt mit hoher Schlagzahl und der Erwartungshaltung, dass alle an ihrem Platz möglichst reibungslos funktionierten, fielen Menschen mit geringerer oder fluktuierender psychischer Belastbarkeit und hohem Ausfallrisiko besonders auf und eine Integration sei erschwert.

Generell werde nicht-konformes, abweichendes Verhalten sanktioniert oder seitens des Unterstützungssystems teilweise auch aktiv unterbunden, unter anderem mit dem Argument des Schutzes vor sich selbst oder vor drohender gesellschaftlicher Ausgrenzung. Viele Betroffene lebten oder wählten aktiv ein gesellschaftliches „Insel-Dasein“ unter ihresgleichen, wo sie sich eben nicht unter Druck fühlten, sich zu verbiegen, das aber im Grunde aufgebrochen werden sollte. Dafür gebe es immer noch zu wenig inklusive Angebote, etwa von Vereinen. Allerdings sei an manchen Stellen zu hinterfragen, um welchen Preis die Inklusion anzustreben sei. Zum Beispiel sei bei Menschen mit Suchtproblemen das Bestreben nach Anbindung an Vereine fraglich, wenn dort Alkoholkonsum zur Vereinsnorm zähle.

Es gebe zwar durchaus Verständnis oder Nachsicht in der Bevölkerung für Menschen mit psychischen Problemen, zum Beispiel an inklusiven Arbeitsplätzen. Dafür benötige man aber wieder das Label „psychisch krank“, was stigmatisierend sei und womit wiederum Verhaltenserwartungen im Sinne einer Zuschreibung der „Krankenrolle“ verbunden seien.

32

#### **Vorurteile und Stigma**

Der Punkt Vorurteile und Stigma betrifft Aussagen, in denen es um aktive Ablehnung und Ausgrenzung geht, um das Bedürfnis nach sozialer Distanz und Vorverurteilung, um Stigmatisierung und die Gründe dafür. In insgesamt 17 Interviews wurde dies von Vertreterinnen und Vertretern aller Perspektiven angesprochen.

Einig war man sich darin, dass es immer noch ein eklatantes Fehlwissen über psychische Erkrankungen in der Bevölkerung gebe. Dies erzeuge Berührungsängste und Vorurteile sowie aktive Ausgrenzung. Es flossen zahlreiche Beispiele und Beschreibungen in die Texte ein. Ursachen werden unter anderem bei einer wenig problembewussten Presseberichterstattung gesehen, die Vorurteile in der Bevölkerung schüre und zum Bedürfnis nach sozialer Distanz beitrage.



### Gesellschaft – Was ist förderlich? Was wirkt?

- Die Inklusionsbereitschaft von gesellschaftlicher Seite ist aus verschiedenen Gründen immer noch unzureichend. Dies erschwert die Bemühungen um eine Förderung von Teilhabe bei Menschen mit Teilhabeeinschränkungen.
- Dies bedeutet, an allen Stellen in der Öffentlichkeit dafür einzutreten, dass Betroffene nicht aufgrund ihrer Diagnose oder aufgrund ihrer Zugehörigkeit zu einer bestimmten Einrichtung stigmatisiert und ausgegrenzt werden.
- Politisches Engagement seitens aller Beteiligten, insbesondere der Leistungserbringer ist hilfreich, ebenso Engagement zur Vernetzung und Verankerung von Einrichtungen in der Gemeinde, um Sichtbarkeit und Begegnungsmöglichkeiten zu schaffen.
- Was dabei wirkt, ist eine Begegnung der Bevölkerung mit Betroffenen, die Ängste und Vorurteile abbaut. Die Begegnungssituationen könnten aber auch dazu führen, Vorurteile zu bestätigen und zu Stigmatisierung beitragen (z. B. bei Ausflügen in der Gruppe). Es ist wichtig, diese Situationen in einer Weise zu gestalten, die sich dieses Spannungsfelds bewusst ist.
- Mitarbeitende im unterstützten Wohnen sind in einer wichtigen Vermittlerrolle: Durch einen guten Austausch mit dem Wohnumfeld können sie zu mehr Wissen und Entstigmatisierung beizutragen.
- Ein reflektierter Umgang mit Labels in der Öffentlichkeit (z. B. „Inklusionscafé“, „Wohngruppe für psychisch kranke Menschen“) ist aufgrund von damit ausgelösten Verhaltenserwartungen und ihres Stigmatisierungspotenzials wichtig. Wann ist es sinnvoll offenzulegen, dass die anzutreffenden Personen vermutlich eine psychiatrische Diagnose haben, wann ist dies entbehrlich?
- Es besteht die Gefahr, dass sich Menschen mit seelischer Behinderung nur wohl und sicher fühlen können, wenn sie sich auf ihrer „Insel“ bewegen. Im praktischen Handeln im Alltag Inklusion ernst zu nehmen, bedeutet aber auch, gesellschaftlichem Wandel eine Chance zu geben. Dies impliziert, sich den offenen oder unausgesprochenen Forderungen nach Konformität an manchen Stellen eben nicht zu beugen (z. B. den Betroffenen den Rücken zu stärken) und Anders-Sein selbstbewusst zu vertreten, wie dies schon durch Betroffenenverbände geschieht.

### **Ebene des Unterstützungssystems**

Auf der Ebene des Unterstützungssystems finden sich einerseits Aussagen zu konkreten Unterstützungsangeboten und Diensten für Menschen mit Teilhabebeeinträchtigungen. Andererseits wurden hier Aussagen zu grundlegenden Konzepten und Paradigmen der Unterstützung zugeordnet. Sie gliedern sich wie folgt:

- Grundideen
- Unterstützungslandschaft
- Übergänge zwischen den Unterstützungsformen
- Kooperation der Akteure im Unterstützungssystem
- Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen der Eingliederungshilfe

### **Grundideen**

Unter dieser Überschrift wurden Aussagen gesammelt, in denen grundlegende Ideen und Konzepte zur Unterstützung in insgesamt 60 Texten geäußert wurden. Konkret ging es um das Prinzip der Normalität, Personenzentrierung der Unterstützung und ihre Hürden (v. a. Institutionszentrierung) und um die Wirkung von Unterstützung generell.

Ein Leben in „Normalität“ wird von den Befragten für sehr wichtig gehalten. Normalität bezieht sich dabei auf alle möglichen Aspekte des Lebens – unter anderem auf die Wohnform (z. B. Wohnen in einem Mehrfamilienhaus statt im Heim), die Wohnumgebung (z. B. Wohnen mitten in der Stadt statt auf dem Gelände einer Klinik), Alltagsgestaltung (z. B. selbst kochen statt Zentralversorgung) und Sozialkontakte (z. B. Kontakte auch mit Menschen außerhalb der „Psychiatriegemeinde“).

In fast der Hälfte der Texte wurde thematisiert, dass es wichtig sei, die Unterstützung am subjektiven Bedürfnis der Person zu orientieren, also daran, was die Person selbst sich wünscht und für richtig hält. Dies betrifft den Zeitpunkt, den Umfang sowie die Art und Weise der Unterstützung. Auch wenn dies nicht immer möglich ist, beschreiben es die Betroffenen als hilfreich, wenn ein offener Austausch über die Bedürfnisse und die Möglichkeit ihrer Erfüllung stattfindet.

Gelegentlich ging ihnen die Unterstützung auch an den Bedürfnissen vorbei, zum Beispiel Gespräche mit Bezugspersonen, die Betroffene nicht wollten, während sie keine Unterstützung beim Formulieren von Bewerbungsschreiben erhielten. Manche fühlten sich in ihren Anliegen „mit Ausreden“ hingehalten. Manche klagten, der Wunsch nach einer weiblichen Bezugsperson sei nicht realisiert worden oder es sei auf eine gesetzliche Betreuung hingearbeitet worden, ohne dass die betreffende Person die Notwendigkeit dafür sah. Die Betroffenen empfanden dies als enttäuschend, kränkend, zum Teil übergriffig, und es untergrub ihr Vertrauen in die Personen, die so handelten.

Die Unterstützung sollte am individuellen Bedarf und an der individuellen Lebenssituation orientiert werden, also daran, was die Person in ihrer Individualität braucht. Dieser Punkt wurde in fast allen Interviews thematisiert. Es geht dabei um die Abstimmung und Passung der individuellen Ziele der Unterstützung und der Inhalte und Form der geleisteten Unterstützung. Essenzielle Voraussetzung dafür, die „richtige“ Unterstützung zu leisten, ist die Ermitt-

lung des Bedarfs und der persönlichen Ziele der unterstützten Person. Für die Betroffenen war die Übereinstimmung ihrer Ziele mit der erlebten Unterstützung ein zentraler Punkt. In der Gruppe der Aussteiger war der meist genannte Ausstiegsgrund, dass sie sich in ihrem Bedarf nicht unterstützt oder sogar blockiert sahen – zum Beispiel beim Wiedereinstieg in die Berufstätigkeit.

Generell nahmen Befragte aus allen Perspektiven das Unterstützungssystem noch als zu wenig personen-, dafür aber zu sehr institutionenzentriert wahr: Es richte sich zu wenig nach dem individuellen Bedarf der Person und zu sehr danach, welche Unterstützungsangebote bereits bestehen und verfügbar seien. Es herrsche oft immer noch ein „Denken in Maßnahmen“ bei Leistungsträgern und Leistungserbringern vor, mit festen Leistungspaketen und vorgefertigten Verläufen und wenig Flexibilität hinsichtlich individueller Bedarfe.

Das Finanzierungssystem und das Erfordernis wirtschaftlich zu arbeiten begünstigten es, dass manche Leistungserbringer dazu tendierten, stets zuerst hausintern freie Plätze, auch in anderen Leistungsangeboten als dem Wohnen, zu belegen, anstatt für die betreffende Person das gesamte Spektrum verfügbarer Unterstützungsmöglichkeiten, auch außerhalb der Einrichtung, in Betracht zu ziehen. Aus demselben Grund mutmaßten einige Befragte, dass Einrichtungen dazu tendierten, Klientinnen und Klienten „zu behalten“, sobald sie einmal dort angekommen sind, statt ihre Weiterentwicklung und ihren Wiederausstieg zu fördern. Als Konsequenz, nicht die Unterstützung zu erhalten, die die Personen eigentlich bräuchten, werde individuelles Leiden unnötig verlängert, blieben manche Betroffene länger als möglicherweise nötig auf Unterstützung angewiesen oder beendeten sie die Unterstützung vorzeitig, obwohl tatsächlich noch Bedarf bestünde.

35

Was die direkte Wirkung der geleisteten Unterstützung auf die Verbesserung von Selbständigkeit und Teilhabe bei den Betroffenen anbelangt, war es manchen der befragten Mitarbeitenden bei Leistungserbringern und Leistungsträgern wichtig zu betonen, dass zu einem günstigen Verlauf viele nicht unmittelbar beeinflussbare Faktoren beitragen (z. B. Persönlichkeit der Betroffenen, Vorgeschichte, klinischer Verlauf, soziales Umfeld). Es wurde auch davor gewarnt, einen weniger günstigen Verlauf unmittelbar auf die Maßnahmen der Unterstützung zu beziehen. Insbesondere solle die Leistungsgewährung nicht einseitig abhängig gemacht werden von den Ergebnissen einer wie auch immer gearteten Wirkungsmessung.

### **Unterstützungslandschaft**

Unter diesem Punkt finden sich Aussagen, in denen einerseits Grundätze für eine förderliche Unterstützungslandschaft formuliert und andererseits konkrete Angebote benannt werden, die hierbei sinnvoll sind. Es geht nicht nur um unterstütztes Wohnen, sondern in erster Linie um die Gesamtheit der möglichen unterstützenden Maßnahmen.

Grundsätzlich wird betont, dass das Angebot möglichst vielseitig sein müsse, um den individuellen Bedarfen und Interessen gut entsprechen zu können und eine personenzentrierte Unterstützung überhaupt erst zu ermöglichen. Dies gelte nicht nur für Angebote zum unterstützten Wohnen, sondern auch in Hinblick auf Tagesstruktur und Freizeit. In regionaler Anbietervielfalt sehen manche der befragten Mitarbeitenden von Leistungsträgern einen Vorteil für die Ausdifferenzierung der Angebote, so dass Betroffene innerhalb der Region „sozial-

raumnah“ versorgt werden könnten. Andererseits gebe es auch teilweise enge Kooperationen mit den benachbarten Kreisen, um das Angebot zu komplettieren.

Die strikte Trennung zwischen den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit mache die Unterstützung nicht zwangsläufig besser. Es könne durchaus hilfreich sein, wenn die Unterstützungsangebote „aus einer Hand“ geleistet würden, um betroffenen Personen Übergänge in andere Unterstützungsformen zu erleichtern (z. B. von der Tagesstruktur in die Werkstatt) und dabei Synergieeffekte zu nutzen (z. B. Verfügbarkeit der Nachtbereitschaft im Heimbereich). Die größte Hürde bei einem Wechsel sei oft der Wechsel der Bezugsperson. Es wird vielfach darauf hingewiesen, dass Kontinuität an dieser Stelle förderlich sei, um einen Wechsel gut zu begleiten.

Der Prämisse von Angebotsvielfalt entspricht die Forderung nach einem Ausbau zielgruppenspezifischer Wohnangebote. Insbesondere genannt wurden Angebote für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf (z. B. „Systemsprenger“, „stärker chronifizierte Menschen“, „mit herausfordernden Verhaltensweisen“), für Menschen mit komplexen Bedarfen (z. B. seelische Behinderung und Elternschaft, zusätzliche kognitive Einschränkungen) oder spezifischen Bedürfnissen („Junge Menschen“) sowie niederschwellige flächendeckende Beratungs- und Begleitungsangebote mit einer Intensität zwischen SpDi und ABW. Positiv hervorgehoben, gerade vor der Perspektive der Inklusion, wurde von einigen das Angebot des Begleiteten Wohnens in Gastfamilien.

36

Von vielen Interviewpartnerinnen und -partnern wurde die Wichtigkeit von Angeboten der Tagesstruktur und Beschäftigung betont. Sie flankierten und unterstützten den Erfolg von unterstütztem Wohnen durch ihren Beitrag zur Aufrechterhaltung und Stärkung psychischer Stabilität (u. a. durch die dort gepflegten Sozialkontakte, die Vermittlung von Selbstwert, Anerkennung und Sinnhaftigkeit, durch Ablenkung, Aktivierung und Förderung von Selbstreflexion hinsichtlich der eigenen Fähigkeiten). Auch hier wurde häufiger die Notwendigkeit genannt, dass die Beschäftigung zur Person und ihren individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen passen müsse, um ihr unterstützendes Potenzial zu entfalten.

Beklagt wurde von vielen ein Mangel an Vielfalt der Angebote zwischen Werkstatt, Tagesstruktur und Tagesstätte, vor allem aber an Möglichkeiten der Integration in den allgemeinen Arbeitsmarkt. Gerade unter den Gesichtspunkten von Inklusion und Teilhabe seien Beschäftigungsmöglichkeiten mit abgestuften Anforderungsniveaus auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt essenziell. Sie seien wichtige Motivatoren für das Wiedergewinnen von mehr Selbstständigkeit. Das Schaffen „künstlicher Beschäftigungswelten“ sei für viele Betroffene wichtig, könne aber nur die zweitbeste Lösung sein. Der Integration stehen hohe Hürden entgegen, darunter die oft nur geringe oder schwankende Belastbarkeit der Betroffenen, aber auch die hohen Anforderungen in der Arbeitswelt selbst. Wichtig sei dabei zudem ein guter Zugang zu Maßnahmen und Stellen, die die berufliche Rehabilitation oder den Wiedereinstieg in eine passende Beschäftigung fördern können (z. B. RPK-Maßnahmen).

In Bezug auf flankierende Unterstützungsformen wurde neben rechtlichen Betreuern vor allem die Bedeutung einer guten fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Behandlung hervorgehoben. Was die ärztliche Versorgung anbelangt sei ein niederschwelliger Zugang zur Behandlung (u. a. durch die Nähe zu einer Klinik) günstig, außerdem eine gewisse An-

gebotsvielfalt mit Wahlmöglichkeiten. Obwohl alle Betroffenen, die eine psychotherapeutische Fachkraft an ihrer Seite hatten, dies als stützend erlebt hatten, erscheint der Zugang zu Psychotherapie in manchen Fällen erschwert (z. B. wenn die medizinische Behandlung in einer Psychiatrischen Institutsambulanz erfolgt).

Nicht zuletzt zählen zu einer förderlichen Unterstützungslandschaft die Aktivitäten der Kommunen selbst, in Form von inklusiven Angeboten (z. B. Tickettafel, Freiwilligenbörsen) oder barrierefreien öffentlichen Angeboten hinsichtlich Beschäftigung oder Freizeit. Wichtig ist, dass Freizeitaktivitäten mit möglichst geringem Budget nutzbar und attraktiv sind.

### **Übergänge zwischen den Unterstützungsformen**

Viele Befragte thematisierten die Notwendigkeit, Übergänge zwischen den Unterstützungsformen zu erleichtern, um einem veränderten individuellen Bedarf bestmöglich zu entsprechen. Drei Themen tauchten in diesem Zusammenhang auf: Kriterien für hilfreiche Übergänge, die Bedeutung des Übergangs in Richtung Verselbständigung für Betroffene und – als Voraussetzung für den Übergang – die Interaktion zwischen den Akteuren im Unterstützungssystem.

Bei der Frage nach der Verselbständigung von Betroffenen spielte es eine Rolle, wie leicht oder schwer Übergänge zwischen Unterstützungsformen vollzogen werden können. Viele Interviewte forderten eine flexiblere Gestaltung dieser Übergänge, zum Beispiel indem eine neue Unterstützungsform erstmal ausprobiert werden könne oder indem dort anfangs – ohne bürokratische Hürden (Antragstellung etc.) – eine intensivere Betreuung möglich sei, die dann allmählich reduziert werde. Als hilfreich erwies sich in den Augen der Interviewten ein eng abgestuftes Unterstützungssystem mit personeller Kontinuität und einer guten Vorbereitung und Begleitung von Wechseln.

Es wurde von allen Seiten betont, dass Veränderungen für die Betroffenen Stress bedeuten und mit Ängsten verbunden sind, was ihre Stabilität gefährden könne. Dies ließe sich mildern, indem man darauf achte, dass die Veränderungen nicht abrupt erfolgten und nicht alle Lebensbereiche gleichzeitig betreffen (z. B. durch Beibehalten der vertrauten Bezugsperson, Weiterversorgung durch denselben Facharzt oder Beibehalten der Tagesstruktur).

Geeignete Anschlussangebote sollten jedoch auch schlicht verfügbar sein. Einige Interviewte nannten Beispiele, dass Personen länger als nötig in stationären Wohnformen blieben, weil es daran scheiterte, den passenden Wohnraum für eine ambulante Unterstützung zu finden. Auch sei der Schritt zwischen stationären und ambulanten Unterstützungsformen sehr groß, so dass in manchen Kreisen passendere Angebote gebraucht würden, um die Änderung der Unterstützungsintensität abzumildern. Die Erfolge des bereits Erreichten seien ohne passendes Anschlussangebot gefährdet. Oder es habe sich im Zuge eines Klinikaufenthaltes ein erhöhter Unterstützungsbedarf gezeigt, es gebe aber keine freien Plätze in einer stationären Unterstützungsform, so dass nach der Rückkehr ins ABW eine erneute Dekompensation zu befürchten sei. Intensiv betreute ambulante Wohnformen könnten den Bedarf nur teilweise kompensieren.

#### **Kooperation der Akteure im Unterstützungssystem**

Fast in allen Interviews aus den Gruppen der Leistungsträger und Leistungserbringer, gelegentlich auch bei den Leistungsberechtigten taucht das Thema der Kooperation auf. Es wird als ausgesprochen wichtig erachtet, im Dienste einer personenzentrierten Versorgung gut zu kooperieren und in Austausch zu bleiben, sowohl intern als auch mit allen möglichen relevanten Stellen im Bereich der psychosozialen Versorgung (z. B. auch Agentur für Arbeit, Kranken- und Rentenversicherung) bis hin zu ordnungsrechtlichen Institutionen wie Polizei und Justiz. Dabei wurden „kurze Wege“ besonders geschätzt, zum Beispiel die Nähe einer psychiatrischen Klinik.

Als wichtige Voraussetzung für eine gute Kooperation zeigte sich das Bestehen von Strukturen der Zusammenarbeit oder des Austauschs (z. B. Gemeindepsychiatrische Verbände, Arbeitskreise, runde Tische von Anbietern, Hilfeplankonferenzen). Sie erwiesen sich als Gelegenheit, regelmäßig in Dialog miteinander zu treten, die wechselseitigen Perspektiven kennenzulernen, sich zu vernetzen und idealerweise Hand in Hand zu arbeiten. Eine gute Vernetzung sei nicht nur essenziell für die Planung von Angeboten, sondern auch für den Einzelfall, wenn es darum gehe, den betroffenen Personen zeitnah eine geeignete Unterstützung vermitteln zu können.

Auch eine gute interne Kooperation innerhalb der Ämter und Leistungsbereiche in den Stadt- und Landkreisen beziehungsweise der verschiedenen Leistungserbringer untereinander wurde als sinnvoll erachtet. Im Sinne einer passgenauen Hilfe für Menschen mit Beeinträchtigungen sei es geboten, jeweils das gesamte Spektrum der Angebote und Möglichkeiten von Unterstützung im Blick zu haben. Dafür sei es nötig, einander zu kennen und einander nicht als Konkurrenten zu betrachten.

Oft kam das Thema der Interaktion zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern auf. Als günstig empfunden wurden ein Klima der Kooperation und eine engen Zusammenarbeit. Hierfür sei der persönliche Kontakt zwischen Mitarbeitenden der verschiedenen Stellen von Vorteil. Mitarbeitende der Leistungsträger nannten häufiger das Anliegen, frühzeitig in die Weiterplanung mit einbezogen zu werden, wenn bei den Leistungsberechtigten Veränderungen anstanden, um andere Leistungen rasch installieren zu können. Häufig fiel in den Gesprächen auch das Stichwort der Kontrolle. Für eine gute Zusammenarbeit zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern zugunsten der bestmöglichen Unterstützung von Leistungsberechtigten sei eine wichtige Voraussetzung – so ein Mitarbeiter – dass beide Seiten „erstmal die Schabigkeitsvermutung ablegen“. Wenn es gelinge, einander zu vertrauen, die unterschiedlichen Perspektiven und Aufgabenstellungen anzuerkennen und eine Haltung gemeinsamer Verantwortung zu entwickeln, könne eine fruchtbare Zusammenarbeit gelingen. Im Mittelpunkt der Bemühungen müssten die Interessen des Betroffenen stehen.

#### **Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen**

Die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen spielen im Zusammenhang mit dem Bezug von Leistungen eine wichtige Rolle. Sie wurden in knapp der Hälfte der Texte thematisiert.

Was die Finanzierung der Eingliederungshilfe angeht, bestätigten die Interviewpartnerinnen und -partner die mit dem BTHG eingeschlagene Richtung in zweifacher Hinsicht: Die

Anrechnung von Einkommen und Vermögen nach den Grundsätzen der Sozialhilfe wurde vielfach als hinderlich beschrieben, ebenso wie die mangelnde Flexibilität der Finanzierung, die mit ihren verschiedenen „Maßnahme-Schubladen“ („ABW“, „Wohnheim“ etc.) viel zu wenig Raum für eine am individuellen Bedarf orientierte Unterstützung bietet.

Kritisiert wurde vielfach die mangelnde Flexibilität des Finanzierungssystems, das den Grundideen einer personenzentrierten Unterstützung zuwiderlaufe, aber auch Leistungserbringer unter einen hohen Rechtfertigungsdruck bringe. Die Unterstützungsleistung sollte sich unmittelbar an den Bedarf anpassen können, ohne dass man sich damit wirtschaftlichen Risiken aussetze.

Insbesondere die Anrechnung von Einkommen und Vermögen habe nach Aussagen einiger Betroffener dazu geführt, trotz eines bestehenden Bedarfs aus der Unterstützung wieder auszusteigen. Noch schwerer wog es, wenn im Raum stand, die Angehörigen zu einem Teil der Kosten heranzuziehen. Dieser Gedanke war für die betreffenden Personen nur schwer erträglich (vgl. Kapitel 6 zu den Aussteigern). Auch die Motivation, daran zu arbeiten, wieder einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen, wurde nach Angaben einiger Befragter durch die Kostenbeteiligung gedämpft. In der individuellen Kosten-Nutzen-Kalkulation überwog in nicht wenigen Fällen die Überlegung, dass die Risiken, sich bei verminderter Belastbarkeit einer schlecht bezahlten Stelle, hohem Arbeitsdruck und möglicherweise Vorurteilen der Kollegen auszusetzen, es nicht wert seien. Auch in dieser Hinsicht wurde mit dem BTHG ein dringender Reformbedarf erfüllt.

### Unterstützungssystem – Was ist förderlich? Was wirkt?

- Der Kern hilfreicher Unterstützung besteht darin, dass sie sich am Bedarf und an den Bedürfnissen der individuellen Person orientiert. Sie muss flexibel genug sein, sich einem Wechsel des Bedarfs anzupassen.
- Es ist essenziell, die individuellen Ziele und Zukunftsvorstellungen der Person zu erfassen und angemessen in das Unterstützungsangebot einzubeziehen.
- Es ist wichtig, in der Region ein vielseitiges, ausreichend differenziertes Angebot an Unterstützungsmöglichkeiten zu planen, zu gestalten und vorzuhalten, das sich nicht alleine auf unterstütztes Wohnen und Alltagsassistenz beschränkt, sondern auch die Bereiche Beschäftigung und Freizeit mit einbezieht.
- Gerade der Bereich der Beschäftigung hat für die Betroffenen einen hohen Stellenwert. Die gelungene Integration in eine individuell passende Beschäftigung flankiert und unterstützt den Erfolg von unterstütztem Wohnen durch ihren Beitrag zur psychischen Stabilisierung der Betroffenen. Besonders hervorzuheben, aber auch besonders schwer zu realisieren sind angemessene Beschäftigungsmöglichkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.
- Ein differenziertes Angebot verschiedener Unterstützungsangebote in verschiedenen Bereichen vorzuhalten, ist auch in Hinblick auf einen sich verändernden Bedarf der Leistungsberechtigten notwendig, um zu verhindern, dass sich anbahnende Entwicklungsschritte ausgebremst werden.
- Übergänge, vor allem in Richtung auf eine Reduktion von Unterstützung, sind für die Betroffenen oft mit Ängsten und Sorgen verbunden. Wichtig ist es, diese Übergänge auf schonende Weise zu gestalten und zu begleiten. Hierzu kann auch personelle Kontinuität einen wichtigen Beitrag leisten.
- Die gute Gestaltung von Übergängen wird gefördert durch eine gute Vernetzung und Kooperation der Akteure im Unterstützungssystem einer Region mit Fokus auf dem individuellen Bedarf des Leistungsberechtigten. Diese wird unterstützt durch entsprechende Strukturen.
- Als Voraussetzung für die Realisierbarkeit, Nachhaltigkeit und Wirksamkeit einer personenzentrierten Unterstützung in Hinblick auf Teilhabe und Selbstbestimmung sind förderliche rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen unverzichtbar.



## Ebene der Leistungsträger

Auf der Ebene der Leistungsträger wurden drei große Themenkomplexe angesprochen:

- Grundhaltungen
- Hilfeplanung
- Kompetenzen und Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden

### Grundhaltungen

Das Thema Grundhaltungen umfasst zwei Unterthemen. Das erste davon lässt sich mit dem Schlagwort „Entwicklung versus Dauerhaftigkeit“ charakterisieren und bezeichnet die Frage, wie die in der Eingliederungshilfe angelegte Orientierung auf Teilhabe und Selbstbestimmung zu interpretieren sei und ob ein mit Zielvereinbarungen unterfüttertes Hinarbeiten auf eine Veränderung tatsächlich für alle Betroffenen passend sei. Besonders in Interviews mit den Mitarbeitenden von Leistungserbringern wurde problematisiert, in wie weit dies einer personenzentrierten Unterstützung entspricht. Bei vielen Betroffenen gehe es vielmehr um ein Aufrechterhalten des Status Quo und bereits dies stelle ein hohes Ziel dar. Für manche sei es wesentlich wichtiger, ihnen dazu zu verhelfen, einen Platz im Leben zu finden, an dem sie bleiben könnten.

Tatsächlich berichteten fast alle Klientinnen und Klienten, die sich hierzu äußerten, unabhängig ob im ambulant betreuten oder im stationären Wohnen, davon, sich in ihrer Wohnung oder in der WG zuhause zu fühlen und dort auch bleiben zu wollen, mit der Sicherheit, in der von ihnen vertrauten Bezugsperson Unterstützung zu erhalten, wenn welche nötig sei. Es stand außer Frage, dass dies auch ihre Perspektive für die Zukunft war. Allenfalls in zwei Aussteiger-Interviews wurde das Leben in unterstützten Wohnformen als „Abstellgleis“ bezeichnet und ein – so wahrgenommenes – fehlendes Hinarbeiten auf Perspektiven außerhalb des unterstützten Wohnens beklagt.

Auch auf der Seite der Mitarbeitenden bei den Leistungsträgern wurde die Orientierung an zunehmender Verselbständigung und die Sinnhaftigkeit, regelmäßig erneut Entwicklungsziele formulieren zu müssen, bei bestimmten Klientinnen und Klienten in Frage gestellt. Generell wurde aber davor gewarnt, sich frühzeitig darauf zu verständigen, dass das Ende der Weiterentwicklung erreicht sei. Darin liege die Gefahr, den betreffenden Personen die Unterstützung zum Erreichen noch möglicher Entwicklungsschritte vorschnell vorzuenthalten und sie dauerhaft zu hospitalisieren. Ein vertrautes Verhältnis zu einer festen Bezugsperson und die Aussicht, für alle Lebenslagen Ansprechpartnerinnen und -partner verfügbar zu haben, wäre auch für Nicht-Betroffene angenehm. Sie könne aber zu Abhängigkeiten und dem Verlust noch vorhandener Reste von Selbständigkeit führen und die Motivation untergraben, eine neue Perspektive zu entwickeln. Zielorientiertes Arbeiten sei wichtig, um solche Nebenwirkungen von Unterstützung zu vermeiden und regelmäßig für ein kritisches Hinterfragen der Ausrichtung der eigenen Arbeit zu sorgen.

Das zweite, kleinere Thema unter der Überschrift Grundhaltungen betrifft die Folgen rechtlicher und institutioneller Vorgaben. Die rechtlichen Voraussetzungen für eine Leistungsbewilligung zwängen den beteiligten Parteien einen defizitorientierten Blick auf. Dies beginne bei den Klientinnen und Klienten, die sich beeinträchtigt darstellen müssten, als sie wirklich

seien, um eine erwünschte Leistung zu erhalten. Die Leistungserbringer brächten die rechtlichen Vorgaben zu einer Verdoppelung der Perspektiven – nach außen hin habe Ressourcenorientierung und der Blick auf Gelingendes wenig Platz. Um die Interessen ihrer Klientel zu vertreten, richte sich ihr Blick primär darauf, wo noch Bedarf an Unterstützung sei. Aus allen Gruppen wurde berichtet, dass es für die Betroffenen zum Teil sehr unangenehm sei, in Hilfeplankonferenzen der „Verhandlung“ ihres Falles zuzuhören, weil sie es so erlebten, dass dort mit dem Ziel der Feststellung eines Unterstützungsbedarfs die Liste all ihrer Unzulänglichkeiten verlesen würde.

#### Hilfeplanung

Unter diesem Punkt wurden alle Prozesse und Strukturen rund um die Planung der Unterstützung und Leistungsbewilligung subsumiert, von der Feststellung des Bedarfs bis zur Umsetzung von Hilfeplänen.

Am häufigsten sprachen die Interviewten über Prozesse im Zusammenhang mit der Einschätzung des Unterstützungsbedarfs und die Ausarbeitung von passenden Zielen. Als Ideal wurde vor allem empfunden, wenn sichergestellt sei, dass die Ziele von allen Beteiligten geteilt würden und alle sozusagen an einem Strang zögen. Besonderes Augenmerk sollte darauf gelegt werden, dass die Ziele verständlich, konkret und erreichbar seien. Sie sollten sich am individuellen Bedarf und Lebenskontext der Person orientieren, auch gelte es, die Zeithorizonte für die Zielerreichung individuell anzupassen. Problematisch sei es, wenn die Unterstützungsziele von außen vorgegeben würden, so zum Beispiel durch Bezugspersonen oder Vertreterinnen und Vertreter des Leistungsträgers, und die Person diese allenfalls vordergründig mittrage. Manchmal gebe es eine Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung des Unterstützungsbedarfs, aber auch zwischen der Einschätzung von Mitarbeitenden von Leistungsträgern und Leistungserbringern gebe es teilweise Unterschiede.

42

Ein grundlegendes Thema war das Ausmaß der Beteiligung von Leistungsberechtigten am Prozess der Hilfeplanung. Beteiligung wurde vielfach eingefordert, gerade in Hinblick auf eine personenzentrierte Gestaltung der Unterstützung. Um sie zu erleichtern, spiele die Art des Umgangs mit Betroffenen durch Mitarbeitende bei den Leistungsträgern eine wichtige Rolle, da der Kontakt mit dem „Amt“ oftmals hoch belastet sei und Betroffene nicht selten eingeschüchtert seien. Ein sensibler, taktvoller Umgang sei für Mitarbeitende der Leistungserbringer im Kontakt mit Leistungsberechtigten generell wichtig. Es gehe um eine Begegnung auf Augenhöhe, Verständlichkeit und Transparenz hinsichtlich der Schritte und Maßnahmen. Als Vorteil wurde es gesehen, wenn sich Mitarbeitende und Leistungsberechtigte bereits über eine längere Zeit kannten und eine vertrauensvolle Beziehung bestand, so dass es Leistungsberechtigten auch leichter falle, ihre Anliegen zur Sprache zu bringen. Insbesondere personelle Kontinuität wurde positiv hervorgehoben.

Bezüglich der Prozesse rund um die Unterstützungsplanung und Leistungsbewilligung selbst wurde von vielen Interviewten eine zu lange Verfahrensdauer bemängelt, die teilweise auf eine hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeitenden des Leistungsträgers zurückgeführt wurden. Die Folge sei, dass ein Unterstützungsbedarf zu spät oder gar nicht gedeckt werde oder dass die Bedingungen für die Unterstützung sich verschlechterten, indem zum Beispiel die Motivation bei manchen Betroffenen schwinde, sich auf das Angebot einzulassen. Darüber hinaus wurde an mancher Stelle die Notwendigkeit von Hilfeplankonferenzen mit vielen Teil-

nehmenden zur Herausarbeitung eines passenden Angebots hinterfragt, zumal sie für die beteiligten Leistungsberechtigten manchmal eine erhebliche Belastung darstellten.

Zum Thema der Umsetzung von Hilfeplänen äußerten sich viele Befragte dahingehend, dass unbedingt der Dynamik psychischer Erkrankungen Rechnung getragen werden und es möglich sein müsse, die Ziele flexibel an den konkreten Unterstützungsbedarf anzupassen. Aktuelle psychische und alltagsbezogene Probleme stünden der Arbeit an einem vorab vereinbarten Ziel oft entgegen. Auch deshalb sei es hilfreich, die Unterstützungsleistung und ihren zeitlichen Umfang flexibler an den jeweiligen Bedarf anpassen zu können, als dies in der Vergangenheit aufgrund der mangelnden Flexibilität des Unterstützungssystems der Fall war. Auf der anderen Seite wurde die Gefahr thematisiert, dass in der konkreten Arbeit eine langfristige Perspektive und Zielorientierung sehr leicht aus dem Blick gerate. Eine Perspektive zu erkennen sei jedoch auch für die Betroffenen wichtig, was sich in einigen der Aussteigerinterviews bestätigte.

Bezüglich der vereinbarten Bewilligungszeiträume wurde es als positiv hervorgehoben, wenn die Mitarbeitenden des Leistungsträgers diesbezüglich Gestaltungsfreiheiten hatten. Die Zeiträume sollten nicht zu kurz sein; ein halbes Jahr etwa erscheine als zu wenig, um einen nachhaltigen Effekt zu erzielen und weitere Schritte planen zu können.

### **Kompetenzen und Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden**

Aus einem Teil der Interviews ging hervor, dass auch die Kompetenzen der bei den Leistungsträgern Mitarbeitenden, ihre Arbeitsbedingungen, die Organisationsstrukturen und die Gestaltungsmöglichkeiten im Rahmen ihrer Stelle als Rahmenbedingung einen Einfluss auf das Gelingen von Unterstützung hatten. Positiv wurde, auch von Klientenseite, hervorgehoben, wenn Mitarbeitende die Möglichkeit hatten, direkt mit den Betroffenen in Kontakt zu treten und sich ihre Lebenssituation vor Ort anzusehen. Als förderlich wurde eine personelle Kontinuität sowie eine Stabilität im Team betrachtet. Dies begünstige eine gute Kooperation innerhalb der Teams wie auch nach außen mit anderen Stellen. Eine hohe Fluktuation unter den Mitarbeitenden wurde eher kritisch gesehen, da damit Erfahrungen in einem Bereich und ein guter Überblick über die Angebote und Möglichkeiten verloren gingen.

### Leistungsträger – Was ist förderlich? Was wirkt?

- Idealerweise stimmen die mit der Gewährung von Eingliederungshilfe verbundenen Zielsetzungen mit den persönlichen Zielen der Person überein.
- In manchen Fällen erscheint es wichtig, einer Person ohne Ansprüche an ihr Veränderungspotenzial zunächst einmal ohne Zeitdruck eine Heimat zu geben, um eine weitere Verschlechterung ihrer Behinderung zu vermeiden und die Folgen von Behinderung zu mildern. In anderen Fällen scheint es wichtig, von Anfang an eine Move On-Perspektive im Blick zu behalten und Versorgungswünsche und Abhängigkeiten nicht durch einen zu guten Service zu unterstützen, um eine Hospitalisierung zu vermeiden. Dies zu entscheiden und regelmäßig zu prüfen, bleibt eine wichtige Aufgabe und erfordert die nötige Sensibilität.
- Die generelle Orientierung an den Langzeitperspektiven und vereinbarten Zielsetzungen droht oft im Alltag unterzugehen – umso wichtiger erscheint es, sie dennoch regelmäßig zu aktualisieren, zu überprüfen und gegebenenfalls zeitnah zu modifizieren.
- Der besonderen Dynamik psychischer Erkrankungen sollte Rechnung getragen werden durch die Möglichkeit einer flexiblen Anpassung der Unterstützung an den aktuellen Bedarf.
- Beim Prozess der Hilfeplanung ist unabdingbar, die Perspektive des Leistungsberechtigten ausreichend mit einzubeziehen und hierfür den Rahmen und die Atmosphäre in einer Weise zu schaffen, die von Augenhöhe, Wertschätzung und Transparenz geprägt ist.
- Günstig für die passgenaue Organisation von unterstützenden Maßnahmen ist ein von Vertrauen geprägter persönlicher Kontakt zwischen den Leistungsberechtigten und ihren Fallmanagern.
- Nicht nur in Hinblick auf Vertrauen als Voraussetzung für eine gelungene Zusammenarbeit wirkt sich eine möglichst geringe Fluktuation unter den Beschäftigten der Leistungsträger positiv aus. Die Klientinnen und Klienten in unterstützten Wohnformen profitieren auch von der Berufserfahrung, den Kenntnissen der Unterstützungsangebote und -strukturen vor Ort und den geknüpften Netzwerken von längerfristig auf derselben Stelle tätigen Mitarbeitenden.

## Ebene der Leistungserbringer

Auf der Ebene der Leistungserbringer ließen sich die Aussagen vier großen Themen zuordnen:

- Grundlagen der Arbeit
- Aufgaben von Unterstützung
- Mitarbeitende
- Struktur- und Prozessmerkmale von Einrichtungen

Der Überschrift Grundlagen der Arbeit wurden Aussagen zugeordnet, in denen die der Unterstützung zugrundeliegenden Konzepte und Annahmen thematisiert werden. Im darauf folgenden Abschnitt werden die Aufgaben von Unterstützung, aber auch die tatsächlich geleisteten Arbeiten auf dem Weg der Förderung von Teilhabe beschrieben. Das Thema Mitarbeitende umfasst Aussagen zu Qualifikationen und Kompetenzen, zur Haltung und Vorgehensweise sowie zur Persönlichkeit – was sollten diese mitbringen, um unterstützend zu wirken? Zuletzt geht es um unterstützende Strukturen und Prozesse in den Einrichtungen und Teams der Leistungserbringer.

### Grundlagen der Arbeit

Zu den wichtigsten Grundvoraussetzungen von wirksamer Unterstützung zählten viele der Interviewten eine gelungene Beziehung zwischen Mitarbeitenden und betreuten Personen. Hierauf soll unter dem Thema Mitarbeitende näher eingegangen werden.

45

Eine weitere Grundlage wurde unter dem Überbegriff „Strukturierung und Ritualisierung“ zusammengefasst – hierzu wurden Aussagen gerechnet, in denen darauf verwiesen wird, dass ein wesentlicher Wirkfaktor darauf beruhe, den Klientinnen und Klienten Struktur und Halt zu geben. Konkret werde dies realisiert durch einen festen Tages- und Wochenablauf und einen äußeren stabilisierenden Rahmen mit festen Bezugspersonen und Sozialkontakten, verlässlichen Abläufen und überschaubaren Herausforderungen. Routinen sorgten für eine Beruhigung der Person. Sie solle damit befähigt werden, schrittweise wieder selbst ihren Alltag zu strukturieren als eine wichtige Voraussetzung für Teilhabe und Selbständigkeit.

Verselbständigung und Fähigkeiten der Eigenversorgung zu verbessern, sei die zentrale Aufgabe der Unterstützungsarbeit. Gefördert werde dies vor allem durch das Bereitstellen einer strukturierten Trainingsumgebung mit möglichst alltagsnahen Herausforderungen (z. B. Kochen, Einkaufen, regelmäßig eine Arbeitsstelle aufsuchen, Freizeitgestaltung) und den Fähigkeiten der Person angepassten, abgestuften Aufgabenschwierigkeiten. Einige der interviewten Leistungsberechtigten brachten zur Sprache, dass sie sich mit diesem Vorgehen sehr gut fühlten und dass es sie auf dem Weg der Verselbständigung weitergebracht habe. Andere wiederum sahen das Hinarbeiten auf Selbständigkeit in ihrem Fall als zu wenig verwirklicht und ihre eigene Entwicklung durch zu wenig auf das Individuum zugeschnittene, offenbar nicht verhandelbare Routinen und Abläufe ausgebremst (z. B. Teilnahme an bestimmten Terminen und Aktivitäten, zentrale Essensvergabe). Manche Aussteiger beklagten in diesem Zusammenhang eine Diskrepanz zwischen dem nach außen hin propagierten Anspruch des Leistungserbringers und der Realität.

Die Kehrseite der Unterstützung durch eine hochstrukturierte Umgebung mit einem Bestreben, die Herausforderungen überschaubar zu halten und Unterstützung bei Bedarf verfügbar zu machen, sei die Gewöhnung und Abhängigkeit mancher Klientinnen und Klienten von diesen Unterstützungsstrukturen und -angeboten. Diese Nebenwirkung wurde in fast der Hälfte der Texte mindestens kurz thematisiert. Die Entlastung von Mühen und Verpflichtungen trage zwar zu Beruhigung bei. Gleichzeitig wurde an vielen Stellen davor gewarnt, sie führe bei manchen Personen dazu, sich selbst kein Leben mehr ohne diese Unterstützung vorstellen und zutrauen zu können. Der Beistand durch einen starken Leistungserbringer Sorge gerade in Regionen mit hart umkämpftem Wohnungsmarkt für eine existenzielle Sicherheit, die aufzugeben den Betroffenen nicht erstrebenswert erscheine.

Zu den weiteren Gefahren eines „geschützten Rahmens“ wurden Aussagen gezählt, die einen offenen oder versteckten Paternalismus in der Unterstützung, zum Teil in Haltungen der Mitarbeitenden, zum Teil in Form konkreter Handlungen zum Thema machten. Insbesondere in den Aussteigerinterviews wurde über den Eindruck berichtet, von den Mitarbeitenden kontrolliert zu werden und die eigenen Entscheidungen und das Verhalten rechtfertigen zu müssen. Manche Mitarbeitenden nähmen ihre eigenen Vorstellungen von einem guten Leben als alleinigen Maßstab und setzen ihn zur Not auch gegen Widerstand durch. Die Teilnahme an Gruppen und Gemeinschaft würde dogmatisch durchgefochten mit dem Argument, es wäre im besten Interesse der Klientinnen und Klienten. Die Grenzen zwischen dem zugrundeliegenden Konzept des Unterstützungsangebots und dem Eindruck seitens der Betroffenen, das Konzept würde ihnen ohne Berücksichtigung ihres des individuellen Unterstützungsbedarfs aufoktroziert, sind natürlich fließend. In letzter Konsequenz fällt auf, dass es offenbar nicht gelungen war, den Personen, die die Maßnahmen kritisierten, den Hintergrund und die Sinnhaftigkeit ausreichend zu vermitteln. Sie erlebten sie in erster Linie als Eingriff in ihre Autonomie. Besonders invasiv wurde es empfunden, wenn mit dem Argument, sie schonen zu wollen, ohne Absprache mit der betreffenden Person gehandelt oder sie nicht in Entscheidungen einbezogen wurde, wenn ihr Vorhaltungen gemacht oder ungefragt Ratschläge unterbreitet wurden. Hierzu zählte auch, wenn Druck hinsichtlich der Medikamenteneinnahme ausgeübt oder – was aber selten berichtet wurde – eine mögliche Klinikeinweisung in den Raum gestellt wurde.

46

#### **Aufgaben von Unterstützung**

Wobei ist die Unterstützung aus Sicht der interviewten Experten hilfreich, was sind ihre zentralen Aufgaben? Wie wurde „Förderung von Teilhabe und Selbständigkeit“ von den Befragten operationalisiert und realisiert? An vorderster Stelle und von den meisten Interviewpartnerinnen und -partnern wurden Aspekte der Existenzsicherung genannt: Hierzu zählten Unterstützung in Wohnungsangelegenheiten, Absicherung gegen und Unterstützung im Umgang mit Notlagen (finanzielle wie auch alltagspraktische), Unterstützung im Umgang mit Behörden und Institutionen (auch in Hinblick auf den Bezug sozialer Leistungen).

Weitere Aspekte betrafen die Unterstützung beim Zugang zu Therapie und Behandlung und beim Umgang mit der psychischen Erkrankung. Besonders wertgeschätzt wurde es von so gut wie allen befragten Leistungsberechtigten, im Rahmen des unterstützten Wohnens immer jemand ansprechen zu können, wenn es einem schlecht gehe oder man in irgendeiner Angelegenheit nicht mehr weiter wisse. In diesen Gesprächen könne die eigene Perspektive zurechtgerückt und Sorgen könnten zerstreut werden. Die Rückmeldung ver helfe dazu, an

sich selbst zu arbeiten und weiterzukommen. Hilfreich sei es, wenn die Ansprechpersonen das Selbstvertrauen stärkten und zum Verfolgen der eigenen Ziele ermutigten. Kritische Stimmen merkten allerdings an, die Präsenz einer Ansprechperson in jeder Lebenslage vermindere bei manchen Menschen auf Dauer, zunächst die eigenen Ressourcen zu nutzen, selbst nach einer Lösung für auftretende Probleme zu suchen und sich als wirksam zu erleben. Leistungsberechtigten solle eine Chance gegeben werden, ihre Selbständigkeit im „Echtbetrieb“ zu erproben.

Zentral war außerdem die Unterstützung in Hinblick auf Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Arbeit, aber auch auf die Freizeitgestaltung. Die Entfaltung einer strukturierenden und stützenden Wirkung im Leben der Betroffenen, wurde generell als hilfreich erachtet (vgl. oben). Die Unterstützung bei der Aufnahme einer Beschäftigung, bevorzugt auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, und dabei, für sich die beruflichen Perspektiven zu eruieren und zu klären, galt den Befragten als ein wichtiger Bestandteil der gelungenen Förderung von Teilhabe. Wenn bei Betroffenen der Eindruck entstand, dies hätte für die Mitarbeitenden nicht dieselbe Relevanz, sie würden in ungewollten Maßnahmen „geparkt“ oder in ihren eigenen Bemühungen um Wiedereinstieg ins Arbeitsleben ausgebremst, konnte dies bis zum Ausstieg aus der Unterstützung führen.

Als weiterer wichtiger Punkt wurde darüber hinaus die Unterstützung bei der Gestaltung sozialer Beziehungen erachtet. Wie auch in Bezug auf Erwerbstätigkeit verknüpften die Interviewpartnerinnen und -partner diese Aspekte häufig mit einer Kritik an Unterstützungsformen, bei denen sich die Betroffenen fast ausschließlich in einem sozialpsychiatrischen Milieu bewegten. Als hilfreich wurde es entsprechend empfunden, wenn die Unterstützung darauf fokussiert war, die unsichtbaren Grenzen zwischen der Welt der „Normalen“ und der „Kranken“ an verschiedenen Stellen zu überwinden. Konkret bedeutete dies etwa, anstelle einer Beschäftigung in einer Werkstatt zunächst nach Möglichkeiten in der normalen Arbeitswelt zu suchen oder Freizeitangebote nicht immer mit Gruppen von Betroffenen aufzusuchen, sondern sie eher an bestehende Vereine anzubinden, statt an die einrichtungsinterne Tagesstätte. Wo die Zusammenkunft mit anderen Betroffenen dazugehörte, wie etwa bei gemeinschaftlichen Wohnformen, stellte es eine wichtige Aufgabe der Unterstützung dar, das Zusammenleben in einer für alle konfliktfreien Weise zu gestalten und förderliche Formen von Gemeinschaftlichkeit zu ermöglichen.

Ganz generell wurde es als hilfreich erachtet, wenn Mitarbeitende offen gegenüber weiteren Möglichkeiten und Angeboten der Unterstützung im Umfeld der betreffenden Person waren. Es wurde geschätzt, wenn es gelang, mit der betreffenden Person ein tragfähiges soziales Netz zu knüpfen, das über das unterstützte Wohnen hinausreichte. Es ging um die Vermittlung von Kontakten auf privater Ebene (z. B. gegebenenfalls Unterstützung der Kontakte mit der Familie, Einbezug von Bürgerhelfern), aber auch um die Vermittlung weiterer Unterstützungsangebote (z. B. Selbsthilfegruppe, Beratungsstelle). Darüber hinaus wurden vielfältige Beispiele für Maßnahmen genannt, um die gesamte Einrichtung besser im sozialen Kontext und im Wohnumfeld zu verankern (z. B. inklusive Angebote oder Feste). Ein Thema zahlreicher Interviews war die Problematik des fehlenden bezahlbaren Wohnraums, die sich in mehrfacher Hinsicht mittelbar oder unmittelbar auf die Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe auswirkte. Bereits bezüglich der Entscheidung zur Beantragung der Unterstützung spielte für nicht wenige Betroffene die Aussicht eine große Rolle, auf diesem Weg

an bezahlbaren Wohnraum heranzukommen. Und entsprechend, so der Eindruck mancher Befragter, wirke sich dieser Faktor auch hemmend aus auf einen möglichen Ausstieg aus unterstützten Wohnformen zurück in die Selbständigkeit, wenn ein gewisses Maß an persönlicher Stabilität erreicht sei. Doch aufgrund des Wohnraummangels sei selbst im Rahmen von unterstütztem Wohnen nicht gewährleistet, dass die Wohnsituation zur Bedarfslage der Betroffenen passe. Viele wohnten in einem zusätzlich belastenden Wohnumfeld (z. B. in Wohnvierteln mit sozialen Brennpunkten) oder Wohngemeinschaften von Leistungserbringern. Sie teilten die Wohnung mit Personen, die sie sich nicht selbst ausgesucht hatten, obwohl sie lieber eine eigene Wohnung gehabt hätten, die aber einfach nicht verfügbar war. Auch wenn mancherorts der stützende Aspekt von WGs hervorgehoben wurde, erschien dies anderen Befragten vor dem Hintergrund möglichst passgenauer Unterstützungsmaßnahmen als kontraproduktiv. Dies trage dazu bei, dass die betreffenden Personen (wie bereits in Hinblick auf der Ebene „Gesellschaft“ thematisiert) mit zunehmender Dauer auf ihrer sozialpsychiatrischen „Insel“ verharrten und sich ihre Sozialkontakte zunehmend auf Menschen in derselben Situation beschränkten. Die Wohnungsnot und der Wohnraummangel habe es außerdem mit sich gebracht, dass Leistungserbringer in einer Rolle als Vermieter oder Vermittler von Wohnraum mit zusätzlichen Aufgaben konfrontiert seien, die bei Mitarbeitenden Energie und Ressourcen bänden, die für die eigentliche Betreuungsarbeit benötigt würden. Die aus dieser Problematik resultierende Forderung liegt auf der Hand: Aus Sicht der Interviewten sind Städte und Kommunen, aber auch die Einrichtungen in der Pflicht, sich für mehr bezahlbaren Wohnraum stark zu machen.

48

#### **Mitarbeitende**

Wie bereits angemerkt, wurde eine gute Arbeitsbeziehung zwischen Mitarbeitenden und Betreuten in den Augen vieler Befragter als die entscheidende Grundlage dafür gesehen, dass die Unterstützung auf fruchtbaren Boden fallen konnte. Dass die Beziehung zwischen Mitarbeitendem und Betroffenen dafür auf einer stabilen Grundlage stehen müsse, sei naheliegend: Viele Interviewpartnerinnen und -partner betonten, dass unbedingt „die Chemie stimmen“ und ein Vertrauensverhältnis bestehen sollte, damit die Unterstützung hilfreich und nachhaltig sein könne.

Eine fruchtbare Arbeitsbeziehung konnte in den Augen der Interviewten, insbesondere der Leistungsberechtigten, dann gelingen, wenn Mitarbeitende den Betroffenen wertschätzend entgegentraten und versuchten, ihnen auf Augenhöhe zu begegnen. Engagement der Mitarbeitenden für die Anliegen ihrer Klientinnen und Klienten, Klarheit im Umgang, aber auch Fürsorglichkeit und Berücksichtigung individueller Gegebenheiten wurden gleichermaßen geschätzt. Ebenso hielten die Befragten es für wichtig, dass die Mitarbeitenden in der Lage sind, sich selbst und ihr Handeln kritisch zu hinterfragen und mit Kritik und Konflikten konstruktiv umzugehen. Darüber hinaus wurde ein professioneller Umgang der Mitarbeitenden mit Nähe und Distanz als wichtig erachtet. Das Einbringen der eigenen Persönlichkeit in das Betreuungsverhältnis wurde von den Betroffenen meist als hilfreich erlebt und geschätzt, auch, weil dadurch die Asymmetrie in der Beziehung zwischen Betreuer und Betreuten im Ansatz aufgehoben schien. In Einzelfällen erlebten die Betroffenen es aber auch als störend, nämlich dann, wenn Bezugspersonen den Eindruck erweckten, selbst Hilfe zu benötigen oder sich zu wenig ernsthaft für die Anliegen ihrer Klientinnen und Klienten zu interessieren.



Vor dem Hintergrund all dieser Anforderungen wird deutlich, dass eine gelingende Unterstützung auch in hohem Maße mit der Persönlichkeit und den Qualifikationen der Person des Mitarbeitenden verknüpft ist. In punkto Persönlichkeit wurde vor allem darauf hingewiesen, dass sie eine hohe Flexibilität mitbringen müsse, um auf wechselnde Lebenssituationen und Bedarfe von Betroffenen angemessen reagieren zu können. Bedeutsam schien dies auch in Hinblick darauf, sich auf die individuellen Gegebenheiten des jeweiligen Falles einstellen zu können. Fachliche Qualifikationen und soziale Kompetenzen wurden ebenfalls als wichtige Faktoren genannt. Gelegentlich wurde von Betroffenen ein Mangel an Kompetenz im Umgang mit bestimmten psychiatrischen Erkrankungsbildern kritisiert. Noch mehr Bezug jedoch nahmen die Befragten auf die Bedeutsamkeit von Haltung und Vorgehensweisen in der täglichen Arbeit.

Es wurde als notwendig erachtet, dass die Mitarbeitenden ihren Fokus darauf legten, Aktivität, Selbständigkeit und Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten zu ermöglichen und zu fördern; ihnen also nur etwas abzunehmen an Aufgaben und Verantwortlichkeiten, wenn es unumgänglich war. Personenzentrierung bedeutete an dieser Stelle, dass sich Mitarbeitende mit eigenen Vorstellungen, was gut und richtig sei, möglichst zurückhielten (vgl. oben) und ihre Ideen den individuellen Zielen und Vorstellungen des Betroffenen unterordneten. Es gelte, das Handeln von Betroffenen zu begleiten anstatt vorzugeben, in welche Richtung es gehen solle – allerdings auch nicht einfach permissiv, sondern durchaus aus professioneller Sicht kritisch reflektierend. Hierzu sei es auch notwendig, dass in den Teams eine Haltung der strukturierten Reflexion der eigenen Arbeit gefördert werde. Als Mittel wurden zum Beispiel Teambesprechungen und Supervision genannt, aber auch regelmäßige Weiterqualifikation der Mitarbeitenden.

49

### **Struktur- und Prozessmerkmale von Unterstützungseinrichtungen**

Von einigen Befragten wurde gemahnt, die Konzeption müsse zu den Bedürfnissen der Nutzerinnen und Nutzer passen, um wirksam werden zu können und Enttäuschungen zu vermeiden. Hierbei sei auch mehr Transparenz hinsichtlich des Konzepts und der Unterstützungsmöglichkeiten gefragt. Reibungspunkte gab es beispielsweise, wenn Einrichtungen konzeptionell oder methodisch an früher bewährten Ansätzen festhielten, ohne in Rechnung zu stellen, dass sich die Klientel und deren Interessen möglicherweise über die Jahre verändert hat. Die Bereitschaft zur konzeptionellen Weiterentwicklung wurde dementsprechend befürwortet.

Die Anforderung einer personenzentrierten Unterstützung impliziert eine inhaltliche wie auch strukturelle Flexibilität sowie Gestaltungsfreiräume für die Mitarbeitenden, die Art der Unterstützung, die aktuell benötigt wird, auch zu dem entsprechenden Zeitpunkt und in dem erforderlichen Umfang leisten zu können. Wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, wurde es in der Gruppe der Klientinnen und Klienten besonders positiv hervorgehoben, wenn gerade in Krisenzeiten unkompliziert und rasch Unterstützung und Hilfe erreichbar war. Leistungsbeachtigte in Außenwohngruppen profitierten beispielsweise von der Nachtbereitschaft im Heimbereich in unmittelbarer Nachbarschaft. Allerdings kollidiere in anderen Fällen die Idee einer flexiblen personenzentrierten Unterstützung mit den Arbeitsstrukturen der Mitarbeitenden und den Anforderungen an ausreichend Personal. Gespräche und Halt würden eben häufig nicht zwischen 9 und 17 Uhr benötigt, sondern nachts und an den Wochenenden. Je individualisierter gearbeitet werde, desto höher seien die Herausforderungen hinsichtlich

Finanzierung, Koordination und Dienstplanung. Es wurden vereinzelt Beispiele genannt, dass Menschen alleine aufgrund ihres Bedarfs einer Nachtpräsenz nicht in ambulanten Wohnformen wohnten, sondern in einem stationären Setting.

Wie bereits erwähnt, wurde das Bezugsbetreuersystem als wichtiger konzeptioneller Bestandteil erachtet. Voraussetzungen einer hilfreichen Beziehung waren für die Befragten vor allem die Verlässlichkeit, Verbindlichkeit und Vertrauenswürdigkeit der Bezugsperson, ihre Ehrlichkeit und Empathie; außerdem, dass sie signalisierte, an der Person ein ehrliches Interesse zu haben und dass die Interaktionen und Gespräche nicht zu oberflächlich verliefen. Damit sich eine gute Beziehung entwickeln könne, brauche sie Zeit. Auch sei es wichtig, dass die Bezugsperson nicht ständig wechselt. Diese Kontinuität solle auch in Hinblick auf die Regelmäßigkeit der Kontakte allgemein gegeben sein. Die Personen sollten zueinander passen. Dies ist nicht zuletzt eine Frage der Personalausstattung und der Heterogenität im Team. In den Interviews mit Betroffenen wurde die oft fehlende Möglichkeit zur Mitsprache bei der Wahl der Bezugsperson beklagt. Aus den Interviews mit den Aussteigern ging hervor, dass der Auslöser für die Aufkündigung der Unterstützung durch Leistungsberechtigte häufig eine von Konflikten geprägte Beziehung zu den Bezugsmitarbeitenden war.

50

Die enge Bindung zwischen betreuter Person und ihrer Bezugsperson könne enorm zur Stabilisierung beitragen, allerdings auch zu Problemen, insbesondere zu Abhängigkeiten führen. So könne es bei Leistungsberechtigten gerade in guten Arbeitsbeziehungen zu Krisen kommen, wenn die Bezugsperson die Stelle wechsele oder wenn es in der Urlaubszeit zu Vertretungssituationen komme. Um diese Problematik aufzulösen, wurde vorgeschlagen, dass generell immer nach einigen Jahren ein Wechsel der Bezugsperson erfolgen solle, oder dass sich die enge Beziehung auf mehrere Schultern in Form von Bezugstandems verteilen solle. Dies sei auch wichtig, um keine blinden Flecken hinsichtlich des Unterstützungsbedarfs zu entwickeln. Insbesondere stellt es bezüglich Verselbständigung ein Problem dar, nach Jahren der Gewöhnung an die Verfügbarkeit einer Unterstützungsperson wieder ohne diesen Rückhalt auskommen zu müssen. Dementsprechend wurde es als positiv empfunden, wenn Übergänge in weniger intensive Unterstützungsformen oder ein Ausstieg nicht abrupt vollzogen wurden. Hilfreich waren eine gute, langfristige Vorbereitung und Planung mit einem allmählichen Ausschleichen der Unterstützung und vor allem der Option, sie bei Bedarf kurzfristig und ohne bürokratische Hürden (Antragstellung etc.) wieder zu intensivieren.

Generell sei es wichtig, dass Leistungserbringer ihren Mitarbeitenden Strukturen und Angebote zur Verfügung stellten, die eine regelmäßige kritische Reflexion der eigenen Arbeit fördern und eine fachliche und persönliche Weiterentwicklung ermöglichen. Bereits oben genannt wurden Teambesprechungen, Fortbildungen und Supervision. Es sollte eine Sensibilität geschult werden für den Umgang mit Gewalt und Zwang. Auch gelte es, zugunsten einer personenzentrierten Arbeit eine gesunde Fehlerkultur zu entwickeln. Gerade weil in der konkreten Tätigkeit oft alleine mit Menschen mit komplexen Bedürfnissen gearbeitet werde, sei die Möglichkeit eines offenen Austauschs im Team eine wichtige Ressource dafür, gute Arbeit leisten zu können, aber auch im Team Rückhalt zu finden. An einer Stelle wurde auch die Möglichkeit angesprochen, Genesungsbegleiter ins Team zu integrieren, um eine Erweiterung der Perspektiven zu begünstigen. Zur Selbstreflexion zähle auch, Rückmeldungen von außen zu fördern, beispielsweise durch einen regelmäßigen Austausch mit rechtlichen Betreuern und Angehörigen, aber auch, indem die Zufriedenheit der Klientinnen und Klienten

ab und an in strukturierter Form erfragt werde. Von einigen aus der Gruppe der Leistungsberechtigten und Aussteiger wurde hingegen auf ein bereits vorhandenes, aber wenig konstruktives Beschwerdemanagement seitens der Leistungserbringer verwiesen. Es sei schon schwer genug, sich in Konflikten aufgrund der abhängigen Position über Mitarbeitende zu beschweren, weil man negative Konsequenzen befürchtete, aber oft würde man auch bei den Vorgesetzten kein Gehör finden. Manche der Befragten fühlten sich nicht einmal bei Beschwerden direkt beim Leistungsträger ernst genommen.

Insgesamt sei die Etablierung und die Pflege von Strukturen des Austauschs auch ein Ausdruck der Fürsorge des Arbeitgebers gegenüber seinen Mitarbeitenden. Förderlich seien Arbeitsbedingungen, die den Beschäftigten ausreichend Zeit für ihre Arbeit mit den Klientinnen und Klienten ließen, eine unterstützende Verwaltung und Infrastruktur, flache Hierarchien, überschaubare Betreuungseinheiten, Rechtssicherheit und eine gute Bezahlung. Als erschwerend wurden mehrfach die gestiegenen Anforderungen an Dokumentation und der hohe bürokratische Aufwand genannt. Diese Zeit fehle dann für die eigentliche Unterstützungsarbeit.

Bei der Frage nach förderlichen Strukturmerkmalen der Einrichtungen für Teilhabe und Selbstständigkeit kamen die Interviewpartnerinnen und -partner am häufigsten auf räumliche Aspekte zu sprechen. Dazu zählte in erster Linie die Lage der Einrichtung. Die Lage möglichst mitten in der Gemeinde und die Integration der Wohneinheiten in ein normales Wohnumfeld, wie etwa ein Mehrparteienhaus, seien wesentlich für die Unterstützung von Teilhabe. Eine zentrale Lage, zumindest eine gute Verkehrsanbindung ermögliche die Nutzung der örtlichen Infrastruktur und erleichtere den selbständigen Zugang zu allem, was man für ein normales Leben brauche – dies war vor allem unter den Leistungsberechtigten ein wichtiger Aspekt. Die Wohnung solle hinsichtlich der Ausstattung und des Standards attraktiv, barrierefrei und sicher sein. Sie solle die Möglichkeit zur Entfaltung persönlicher Interessen bieten (z. B. Internet, Haustierhaltung, eigene Haushaltsführung, eigenes Zimmer). Aber auch im Fall geschlossener Einrichtungen gelte es, diese so zu gestalten, dass die Bewohnerinnen und Bewohner sich wohl und wertgeschätzt fühlen könnten.

Dezentrale Wohnstrukturen mit einer mobilen, bedarfsorientierten Unterstützung der Klientinnen und Klienten in ihrem eigenen Zuhause seien förderlich; außerdem, dass die Arbeitsbedingungen es den Mitarbeitenden erlaubten, bei Bedarf auch mit der Nachbarschaft oder im Stadtviertel an einem verträglichen Miteinander und einer besseren sozialen Integration der Betroffenen zu arbeiten. Diese entsprechenden Strukturen zu schaffen und den Mitarbeitenden die individualisierte und bedarfsorientierte Unterstützungsarbeit zu ermöglichen, wurde von vielen der Befragten zu den zentralen Merkmalen einer personenzentrierten und wirkungsvollen Unterstützung gezählt. Hierzu gehöre auch, Mitarbeitenden gewisse Freiräume in der Ausgestaltung ihrer Arbeit zu lassen und Betroffene nicht zur Teilnahme an internen Angeboten zu verpflichten oder sie in allzu starre Abläufe (z. B. unverrückbare Präsenzzeiten in der WG) einzubinden, die wiederum eine Teilnahme an Aktivitäten außerhalb des sozialpsychiatrischen Umfeldes (z. B. ein Praktikum in einem Betrieb) erschwerten.

### Leistungserbringer – Was ist förderlich? Was wirkt?

- Förderlich für eine gelingende Arbeit mit Leistungsberechtigten in unterstützten Wohnformen ist eine tragfähige Arbeitsbeziehung. Sie ist unter anderem geprägt von einer personenzentrierten und wertschätzenden Haltung der Mitarbeitenden und einer Begegnung auf Augenhöhe, aber auch von der Orientierung an den längerfristigen Zielen und Perspektiven der unterstützten Personen. Wenn die Beziehung stimmt, kann dies die betreuten Personen enorm stützen und stabilisieren.
- Verlässliche Strukturen und feste Abläufe, zuverlässig verfügbare Ansprechpersonen, und bewältigbare Herausforderungen in einem überschaubaren, sicheren Rahmen gelten als wichtige Mittel, den Klientinnen und Klienten in unterstützten Wohnformen existenzielle Sicherheit und Stabilität zu geben, um so die Voraussetzung für die weitere Entwicklung von Lebensperspektiven zu schaffen.
- Der Aufgabenfokus in unterstützten Wohnformen liegt neben der psychischen Stabilisierung auf der Förderung von Aktivitäten, Selbständigkeit und Selbstbestimmung. Dies impliziert eine Umgebung, die zu Aktivität einlädt und selbständiges Handeln – zumindest in Teilbereichen – ermöglicht und fördert (z. B. durch Wohnen in der Stadt). Es erfordert aber auch Sensibilität für Bereiche, in denen Aufgaben unhinterfragt stellvertretend für die Person übernommen werden, und für vorgegebene Strukturen, die einer individuellen Entfaltung von Potenzialen gegebenenfalls im Wege stehen.
- Besonders wichtig unter Teilhabegesichtspunkten ist die Unterstützung von Beschäftigung und Arbeit. Sie reicht vom Eruiere der beruflichen Perspektiven bis zur Unterstützung der Aufnahme einer Beschäftigung.
- Ebenso als stützend wurden soziale Beziehungen und persönliche Netzwerke der Betroffenen betrachtet. Es ist daher wichtig, ihre Vernetzung untereinander zu ermöglichen und zu fördern, aber auch das Knüpfen sozialer Kontakte außerhalb des sozialpsychiatrischen Umfelds, beispielsweise durch Freizeitaktivitäten, zu unterstützen.
- Im Sinne von Personenzentrierung und angesichts der speziellen Dynamik psychischer Erkrankungen war Unterstützung immer dann besonders wertvoll, wenn sie flexibel auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse einging – sowohl von den Themen her als auch hinsichtlich des zeitlichen Umfangs und der Verfügbarkeit. Es bleibt eine Aufgabe (auch eine politische), die Voraussetzungen zu schaffen, dass die Arbeitsstrukturen und Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden dies möglich machen.
- Als förderlich wurden Mitarbeitende beschrieben, die soziale und fachliche Kompetenzen und Qualifikationen mitbrachten und darüber hinaus persönliche Fähigkeiten wie Empathie, Selbstreflexion und Engagement zeigten. Sie selbst fühlten sich hierin unter anderem durch gute Arbeitsstrukturen wie eine gute Organisation und Planung, fürsorgliche Arbeitgeber, ein tragfähiges Team, die Möglichkeit zu fachlichem Austausch, Supervision und Weiterqualifikationen unterstützt.
- Die existenzielle Sicherheit, die das unterstützte Wohnen gerade Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen bietet, und die Sorge davor, diese Sicherheit zu verlieren, können dazu führen, auch bei schwindendem Unterstützungsbedarf in einer unterstützten Wohnform zu verbleiben. Sinnvoll ist eine gute Ausstiegsplanung mit schrittweisen Übergängen in Richtung Verselbständigung und der Option, die Unterstützung im Bedarfsfall kurzfristig wieder zu reaktivieren.

## Ebene der Individuen

Obwohl sich das Thema der Untersuchung auf Strukturen und Prozessmerkmale einer wirksamen Unterstützung bezog, erachteten es die Forschenden als sinnvoll, die betroffenen Personen hierbei nicht außer Acht zu lassen. Es gab in vielen Interviews Aussagen zu Kontextfaktoren und persönlichen Faktoren auf der Seite des Leistungsberechtigten, die für die konkrete Unterstützung günstige oder weniger günstige Ausgangsbedingungen darstellten. Sie ließen sich folgenden Überschriften zuordnen:

- Psychische Faktoren
- Körperliche Faktoren
- Soziale Faktoren
- Finanzielle Faktoren

### Psychische Faktoren

In wie weit eine Person sich weiterentwickeln kann, wurde häufig in Verbindung gebracht mit motivationalen Faktoren, persönlichen und psychischen Ressourcen: Langfristig größere Chancen für eine Reduktion von Teilhabebeeinträchtigungen wurden jenen Menschen zugesprochen, die grundsätzlich nach Unabhängigkeit streben. Außerdem profitierten jene Menschen, die die Fähigkeit beziehungsweise die Bereitschaft mitbrachten, Unterstützung anzunehmen und für sich umzusetzen, aber auch, sie bei Bedarf einzufordern und das Unterstützungssystem für sich zu nutzen. Autonomiebestrebungen seien eine wichtige Quelle für Weiterentwicklung. Sie sollten nicht vorschnell gebremst werden, um Klientinnen und Klienten vor Misserfolgen zu bewahren, sondern geprüft und nach Möglichkeit unterstützt werden. Es sei wichtig, die vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen aktiv herauszuarbeiten und zu stärken, um sie zur Verbesserung von Teilhabechancen zu nutzen (z. B. soziale Kompetenzen). Als relevant wurden darüber hinaus Vorerfahrungen mit institutioneller Hilfe erachtet, also, welche Erfahrungen jemand bereits früher mit professionellen Unterstützungsleistungen gemacht hat, beispielsweise in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Sie könnten Verhaltensmuster und die Erwartungshaltung gegenüber Personen und Unterstützungsmaßnahmen in positiver oder negativer Hinsicht prägen und wirkten auch in aktuellen Interaktionen nach.

53

Hinsichtlich persönlicher Merkmale wurde vielfach hervorgehoben, dass ein junges Alter und eine kürzere Kranken- und Behandlungsgeschichte gute Voraussetzungen für das (Wieder-) Erlangen von Selbständigkeit biete. Der Bildungshintergrund und das kognitive Leistungsniveau spielten ebenfalls eine wichtige Rolle. Als Barrieren wirkten die Ausprägtheit von Symptomen, ein schwerer Krankheitsverlauf mit möglicherweise bereits irreversiblen Schädigungen und eine generell eingeschränkte psychische Belastbarkeit. In Hinblick auf psychische Ressourcen wurde berichtet, jene Leistungsberechtigte hätten es besonders schwer, deren Fähigkeit, sich auf Beziehungen einzulassen, grundlegend beschädigt sei und denen es schwer falle, Vertrauen zu entwickeln. Schwerer hätten es eindeutig Personen mit wenig Antrieb und geringer Initiative, außerdem Menschen mit geringem Selbstvertrauen. Bei ihnen bestehe die Gefahr, aus Angst vor dem Verlust der Unterstützung keine Schritte in Richtung Ausstieg aus dem unterstützten Wohnen zu wagen.

#### **Körperliche Faktoren**

Körperliche Faktoren wurden nicht als das Kernproblem genannt, wenn es um Teilhabebeeinträchtigungen ging, aber sie erschwerten sie deutlich. Dies betraf Konditionen wie Schwerhörigkeit, Schmerzen, Gehbehinderungen, Lähmung und vieles mehr. Positiv wirkte sich nach Angaben der Personen, die diese Themen nannten, aus, wenn in der Unterstützung das Augenmerk auch auf die Linderung körperlicher Beeinträchtigungen gelegt wurde. Eine gute medizinische Grundversorgung und eine spezielle fachärztliche Versorgung für somatische Probleme wurden daher als wichtige begleitende Maßnahmen hervorgehoben, um Voraussetzungen für eine Förderung von Teilhabe zu schaffen.

#### **Soziale Faktoren**

In vielen Texten wurde die Bedeutsamkeit eines stützenden sozialen Umfelds für das Gelingen von Unterstützung hervorgehoben. Wenn Betroffene darüber verfügten, profitierten sie enorm in Hinblick auf psychische Stabilität und Zufriedenheit. Dementsprechend zielten die Bemühungen der Betreuung darauf ab, dieses Umfeld zu erhalten, zu vergrößern und die Betroffenen im sozialen Raum besser zu verankern – einerseits durch Kontaktmöglichkeiten in der Szene der Betroffenen, andererseits durch die Förderung von Kontakten außerhalb der Einrichtung, zum Beispiel durch Integration in das örtliche Vereinsleben. Es wurde als überaus wichtig erachtet, den Betroffenen diese Freiräume zu geben, Beziehungen zu gestalten beziehungsweise in der Betreuungsarbeit auf das Knüpfen eines Netzwerks von Sozialkontakten hinzuarbeiten. Die sozialen Kontakte mit „Normalen“ wiederum wurden nicht von allen und nicht unbedingt immer als hilfreich erlebt. Sie führten manchen von ihnen ihre vermeintlichen Unzulänglichkeiten und Verluste vor Augen, zum Beispiel höhere Ermüdbarkeit und geringere Konzentrationsfähigkeit. Im sozialen Vergleich schnitten sie schlechter ab, als wenn sie sich nur unter ihresgleichen bewegt hätten, was wiederum das Selbstwertgefühl beeinträchtigen und zu Selbststigmatisierung führen kann.

54

Im Ansatz mit Wohngruppen wird dieser Gedanke, den Betroffenen durch Kontakte mit Menschen in einer ähnlichen sozialen Situation ein stützendes Umfeld zur Seite zu stellen, verwirklicht. Wie bereits erwähnt wurde aber oft beklagt, bei der Wahl der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner kein Mitspracherecht gehabt zu haben, so dass diese Kontakte von den Betroffenen auch zum Teil weniger unterstützend als störend erlebt wurden. Zu einem stützenden sozialen Umfeld zählten einige Befragte auch ihre Haustiere wie zum Beispiel ihre Katze, die ihnen in Krisenzeiten mehr Halt geben könnten als viele Menschen. Es war diesen Personen daher auch besonders wichtig, in unterstützten Wohnsettings die Möglichkeit zu haben, ihr Tier bei sich zu behalten.

Außerdem wurde die Bedeutung der Herkunftsfamilie und der jetzigen Beziehung zu den Angehörigen hervorgehoben. Wenn die Beziehung zur Familie stimmte, war sie eine wichtige Ressource für die Weiterentwicklung der Person. Leider gab es oft problematische frühere und aktuelle Erfahrungen mit der Herkunftsfamilie: Mangelnder Rückhalt, misshandelnde, aber auch vernachlässigende oder überfürsorgliche Eltern beziehungsweise Elternteile hatten dazu beigetragen, dass die Betroffenen in ihren Alltagskompetenzen, aber auch in ihren Fähigkeiten zur Gestaltung sozialer Beziehungen oft nachhaltig beeinträchtigt waren. Oft war dies auch der Hintergrund dafür, sich nur schwer auf eine Unterstützung durch andere Menschen einzulassen. Häufig wurde in den Interviews aber auch betont, wie wichtig eine vertrauensvolle Betreuungsbeziehung dafür sei, um neue, positive Lernerfahrungen in sozialen

Interaktionen machen zu können. Auch aktuelle Partnerschaften spielten eine unterschiedliche Rolle. In manchen Fällen waren es Probleme in der Partnerschaft, die regelmäßig zu Krisen führten oder die psychische Befindlichkeit zusätzlich beeinträchtigten. In anderen Fällen konnte die Partnerschaft der Person Halt geben.

### **Finanzielle Faktoren**

Häufig erzeugte die Knappheit ihrer Finanzen bei den Betroffenen ein Gefühl anhaltender Belastung, zum Teil erzeugte es Existenzängste. Sie erlebten ihre Teilhabe durch eingeschränkte finanzielle Mittel massiv reduziert. Die bisherigen rechtlichen Rahmenbedingungen trugen dazu bei, durch einen geringen Selbstbehalt und das Heranziehen von Vermögen der Angehörigen das Armutsrisiko zu verstärken oder die Angst davor zu fördern. Teilweise wurden Abhängigkeiten unterstützt (das Risiko einer Veränderung war den Betroffenen zu hoch) oder es wurde die Akzeptanz von Unterstützung verringert (Betroffene wollten sich mit ihren begrenzten Mitteln nicht auch noch an den Kosten beteiligen müssen).

Auf der anderen Seite führte das Leben am existenziellen Minimum bei manchen Betroffenen zu einfachen Kosten-Nutzen-Aufstellungen. Ein Leben in einer unterstützten Wohnform mit dem Lohn aus der Werkstatt und einem sicherem Dach über dem Kopf wurde gegenüber einem selbständigen Leben mit einer schlecht bezahlten Arbeitsstelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abgewogen. Hinzu kamen eine möglicherweise teure Wohnung auf dem freien Wohnungsmarkt und die Angst, im Falle einer Wohnungskündigung ohne Mittel in die Obdachlosigkeit zu rutschen. Die Anbindung an ein Unterstützungssystem gab diesen Personen eine existenzielle Sicherheit, die sie so schnell nicht aufs Spiel setzen wollten.

### Leistungsberechtigte – Was ist förderlich? Was wirkt?

- Als förderlich dafür, dass die Unterstützung gelingt, werden unter anderem Faktoren wie Alter, Besonderheiten des Erkrankungsverlaufs, Symptome und kognitive Faktoren beschrieben.
- Besonders wichtig erscheinen vorhandene soziale Kompetenzen (z. B. Fähigkeiten, sich auf Beziehungen einzulassen, die eigenen Bedürfnisse formulieren zu können) und motivationale Faktoren (z. B. die Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen, das Streben nach Unabhängigkeit).
- Es ist wichtig, dass bei unterstützenden Maßnahmen auch mögliche körperliche Einschränkungen, die den Erfolg der Bemühungen beeinträchtigen können, beachtet und angemessen behandelt werden.
- Ein tragfähiges soziales Umfeld, egal ob mit von Behinderung betroffenen Menschen oder mit Menschen außerhalb des Unterstützungssystems kann für die Betroffenen eine große Quelle der Unterstützung sein. Insbesondere spielen Kontakte nach „draußen“ eine Rolle, wenn es um die Vorbereitung eines möglichen Ausstiegs aus dem unterstützten Wohnen geht und ein tragfähiges Netz außerhalb gebraucht wird. Durch Prozesse des sozialen Vergleichs kann es aber auch zu Selbststigmatisierung kommen.
- Die Herkunftsfamilie und die Partnerschaft können für die Betroffenen enorm unterstützend sein, aber auch eine destruktive Rolle spielen. Förderlich kann in der Arbeit mit Betroffenen eine personenzentrierte Haltung sein, die sie darin unterstützt, diese Rollen für sich zu klären und sich gegebenenfalls auch vor destruktiven Einflüssen zu schützen.
- Die finanzielle Lage der Betroffenen spielt eine wichtige Rolle dabei, Unterstützungsmaßnahmen annehmen, aber auch wieder aufgeben zu können. Armut und keine realistische Aussicht auf eine Besserung der eigenen Lage aus eigener Kraft fördern eine Haltung der Perspektivlosigkeit und des Verharrens in einer gerade noch erträglichen Situation, anstelle eine Verschlechterung zu riskieren. Eigene Erwerbstätigkeit, auch im Rahmen der Eingliederungshilfe, sollte keinesfalls verhindert werden. Vielmehr sollten Anreize geschaffen werden, für sich das größtmögliche Maß an Teilhabe zu erreichen.



#### 4.4 Zusammenfassung

In diesem Teilprojekt wurde das Leistungsgeschehen in unterstützten Wohnformen aus drei verschiedenen Perspektiven beleuchtet, mit Hilfe von Experteninterviews, die inhaltsanalytisch ausgewertet wurden. Der spezielle Fokus richtete sich darauf, die Strukturen und Prozesse im unterstützten Wohnen zu identifizieren, die dazu geeignet sind, die Ziele der Eingliederungshilfe zu realisieren, nämlich „...die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern“ (SGB IX § 4 i.d.F. 14.12.2019).

Das umfangreiche Textmaterial, das auf Interviews mit insgesamt 77 Personen basierte, bot eine breite Übersicht über den Alltag und die Arbeit im Kontext der Eingliederungshilfe. Die unterstützenden Aspekte betrafen die konkreten Prozesse von der Erfassung des Unterstützungsbedarfs bis zur konkreten Assistenz im Alltag, aber sie reichten auch darüber hinaus. Das Unterstützungssystem insgesamt, das gesellschaftliche Klima sowie Förderfaktoren und Barrieren auf Seiten des Individuums kamen ebenfalls häufig zur Sprache und boten Anhaltspunkte dafür, welche Aufgaben zu bewältigen sind, damit die konkrete Unterstützung auch wirksam werden kann.

Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, sind in Abbildung 4 eine Reihe von grundlegenden Förderfaktoren und Bereichen dargestellt, die auf den verschiedenen Ebenen als relevant erachtet wurden.

57

Auf der Ebene „Gesellschaft“ sind dies Prozesse und Aktivitäten, die eine Haltung der Offenheit gegenüber Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen fördern. Damit die Unterstützung in Richtung auf Teilhabe wirksam werden kann, benötigt sie einen gesellschaftlichen Boden, auf dem sich Betroffene sicher und frei bewegen können, ohne zu riskieren, sich Verletzungen aufgrund offener oder versteckter Diskriminierung aussetzen zu müssen. Hier leisten Leistungserbringer und Leistungsträger idealerweise eine passgenaue und sensible Vermittlungsarbeit um Menschen mit Beeinträchtigung dazu zu verhelfen, einen gleichberechtigten Platz in der Gesellschaft zu erlangen und zu behaupten.

Auf der Ebene des Unterstützungssystems, das die Gesamtheit aller Prozesse und Strukturen, auch über das unterstützte Wohnen hinaus umfasst, lautet das zentrale Stichwort Personenzentrierung. Nicht die Menschen sollen sich an die Angebote anpassen, sondern die Angebote an die Menschen. Wirksam ist es daher, wenn es in der Region eine differenzierte Unterstützungslandschaft gibt, die mit einer Vielfalt unterschiedlicher Angebote in der Lage ist, auf die sehr individuellen Bedarfskonstellationen und auf die Möglichkeit ihrer Veränderung einzugehen. Besonderes Augenmerk sollte auf die Übergangsmöglichkeiten gelegt werden, damit sich Entwicklungspotenziale bei den Leistungsberechtigten entfalten können und Entwicklungen nicht ins Leere laufen (z. B. selbständigere Wohnmöglichkeiten, Arbeitsmöglichkeiten, niederschwellige psychosoziale Begleitung). Hierfür ist es auch wichtig, dass die Leistungsträger und die Anbieter verschiedener Formen von Unterstützung über die verschiedenen Sozialgesetzbücher hinweg untereinander gut vernetzt sind und miteinander kooperieren. Darüber hinaus gilt es, die gesetzlichen und finanziellen Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit dem Leistungsbezug so auszugestalten beziehungsweise zu modifizie-

ren, dass die Ziele Teilhabe und größtmögliche Selbständigkeit nicht konterkariert, sondern gefördert werden.

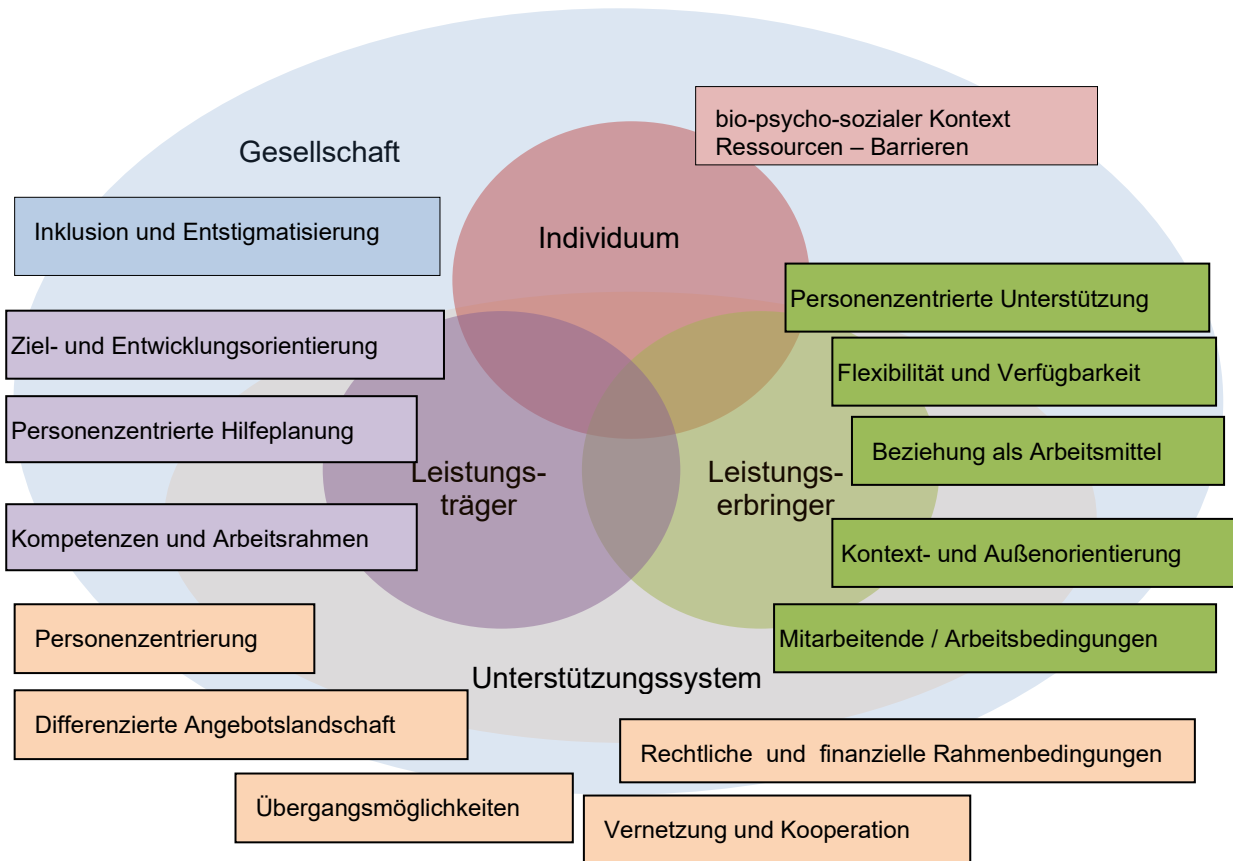
Auch auf der Ebene der Leistungsträger wurde Personenzentrierung als zentraler Wirkfaktor benannt. Eine personenzentrierte Planung von Unterstützung beginnt mit der Erfassung des individuellen Unterstützungsbedarfs und dem Herausarbeiten einer Zielperspektive gemeinsam mit der Person, um wirksam werden. Die grundsätzlich notwendige Zielorientierung der Unterstützung sollte auch im Blick haben, dass es für manche Menschen im Sinne einer Verhinderung von Verschlechterung ihrer Beeinträchtigung essenziell ist, ohne Veränderungsdruck zunächst in einem Setting verbleiben zu können, um einen destruktiven Verlauf zur Ruhe zu bringen. In anderen Fällen ist die Move On-Perspektive von Anfang an wichtig, um nicht Prozessen der Hospitalisierung Betroffener Vorschub zu leisten. Um hier Augenmaß walten zu lassen und die Perspektive des Betroffenen richtig einbeziehen zu können, ist ein persönlicher vertrauensvoller Kontakt mit den Leistungsberechtigten wichtig. Mit Personenzentrierung eng verbunden ist eine gewisse Flexibilität, um Veränderungen in der Unterstützung zeitnah realisieren zu können und Übergänge gut zu gestalten (siehe oben). Die Voraussetzung zur Umsetzung dieser Ansätze sind entsprechende Arbeitsbedingungen und Kompetenzen bei den Mitarbeitenden der Leistungsträger.

58

Die meisten Hinweise zu günstigen Faktoren beziehen sich erwartungsgemäß auf die Arbeit der Leistungserbringer. Die Grundvoraussetzung für eine personenzentrierte Unterstützung ist auch hier Flexibilität. Für die Leistungsberechtigten war es von größtem Wert und sorgte für ein Gefühl von Sicherheit und Stabilität, im Bedarfsfall unkompliziert eine Ansprechperson zur Verfügung zu haben. Generell wurden viele der Aufgaben der Leistungserbringer darin gesehen, den Leistungsberechtigten existenzielle Sicherheit zu vermitteln, was von der Vermittlung von Wohnraum über den Bezug sozialer Leistungen, die Ermöglichung sozialer Beziehungen bis zur Unterstützung der Aufnahme einer individuell passenden Beschäftigung reichte. Besonders häufig wurde – damit die Unterstützung wirksam werden kann – auf die Notwendigkeit einer tragfähigen Beziehung zwischen Bezugsperson und Leistungsberechtigten eingegangen. Zugunsten von Teilhabe wurde die Notwendigkeit der Kontext- und Außenorientierung in der täglichen Arbeit betont, um so zu einer Normalisierung beizutragen. Auch an dieser Stelle wurde die Notwendigkeit förderlicher Arbeitsbedingungen und -strukturen für die Mitarbeitenden genannt, um sie zu befähigen, eine kompetente und reflektierte Unterstützung zu leisten.

Auf der Ebene der Individuen wurden förderliche und hemmende Faktoren gesehen, die die professionelle Unterstützung wirksam werden lassen oder erschweren. Es ist wichtig, den bio-psycho-sozialen Kontext des Leistungsberechtigten umfassend in die Planung von Unterstützungsleistungen mit einzubeziehen. Motivationale Faktoren, aber auch das soziale Umfeld und günstige Vorerfahrungen spielen eine wichtige Rolle, damit Unterstützung wirksam werden kann.

Abbildung 4: Strukturierungsebenen und Kerninhalte der Analyse



## 5. Teilprojekt 3: Kohortenstudie „Wie wirksam ist unterstütztes Wohnen?“

### 5.1 Zielsetzung

In Teilprojekt 3 geht es um die Wirkung unterstützten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe. Ziel dieser prospektiven Kohortenstudie war es, die Entwicklung von Neueinsteigern und Wechslern in verschiedenen Settings des unterstützten Wohnens über einen Zeitraum von 18 Monaten zu erfragen und zu evaluieren. Dabei interessierten insbesondere das soziale Funktionsniveau, die Selbsteinschätzung der Chancen, sich in unterschiedlichen Lebensbereichen zu verwirklichen, der Versorgungsbedarf, die Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen sowie Lebensqualität und Symptomatik. Die Entwicklung sollte in Bezug gesetzt werden zu einem möglichen Einfluss von Struktur- und Prozessmerkmalen der Wohnunterstützung, um daraus gegebenenfalls Schlüsse für das Versorgungsangebot ziehen zu können.

Ergänzt werden sollte diese Längsschnittuntersuchung durch qualitativ auszuwertende Interviews mit denjenigen Personen, die noch vor dem regulären Ende der Studie ganz aus dem unterstützten Wohnen ausstiegen oder in eine weniger intensiv unterstützte Wohnform überwechselten („Aussteiger“). Dabei interessierte insbesondere die Frage nach den Motiven, danach, wie die aktuelle Lebenssituation nun bewertet wird, und welche persönlichen und umweltbezogenen Ressourcen den Betroffenen für diesen Schritt zur Verfügung standen beziehungsweise welche Barrieren den Schritt erschwert hatten.

60

### 5.2 Vorgehen und Methodik

#### 5.2.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Es war geplant, dass von Juni 2017 bis Juni 2018 in den vier Stadt- und Landkreisen jede Person für die Studienteilnahme gewonnen werden sollte,

- die von einer unbetreuten Wohnsituation in eine unterstützte Wohnform wechselte (=“Neufall“) oder
- bei der ein bedeutsamer Wechsel des Unterstützungssettings oder des Unterstützungsumfangs anstand (z. B. von stationärem Wohnen ins ABW, von intensiv betreutem ABW in stationäres Wohnen, vom ABW ins BWF) (=“Wechsler“).

Darüber hinaus galten weitere Voraussetzungen beziehungsweise Einschränkungen:

- Leistungsträgerschaft bei der Eingliederungshilfe des jeweiligen oder des benachbarten Stadt- beziehungsweise Landkreises (z. B. Leistungserbringung im Rhein-Neckar-Kreis mit Leistungsträgerschaft durch den Kreis selbst oder die Stadt Heidelberg)
- keine unterstützte Wohnform im Sinne eines zeitlich limitierten Programms

- Hauptdiagnose einer psychischen Störung der Hauptkategorien F0 bis F6 und F8 nach ICD-10
- Volljährigkeit
- Einwilligungsfähigkeit, ausreichendes Verständnis für Ziel und Inhalt der Studie
- ausreichendes deutsches Sprachverständnis

Nicht eingeschlossen werden sollten Klientinnen und Klienten des unterstützten Wohnens, für die eine Studienteilnahme aufgrund körperlicher oder psychischer Konditionen eine zu große Belastung gewesen wäre.

Im Sinne einer aussagekräftigen Statistik wurde ursprünglich als Zielgröße eine Zahl von insgesamt ca. 240 Teilnehmerinnen und Teilnehmern angestrebt.

### 5.2.2 Rekrutierungsprozedere

Datenschutzrechtliche Gründe erforderten es, dass die Gewinnung von Teilnehmerinnen und Teilnehmern in einem zweistufigen Prozess erfolgte:

1. Screening und Kontaktvermittlung durch Mitarbeitende im Fallmanagement und/oder im Rahmen der Hilfeplankonferenz
2. Aufklärung über die Studie und Einholen der schriftlichen Einwilligung in die Studienteilnahme („informed consent“) durch Studienmitarbeitende

61

Der Kontakt zu den potentiell in Frage kommenden Klientinnen und Klienten wurde vermittelt durch die Stadt- und Landkreise beziehungsweise die Gemeindepsychiatrischen Verbände. Einrichtungen beziehungsweise Mitarbeitende mit unmittelbarem Kontakt zu möglichen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern waren angehalten, die betreffenden Personen über die Möglichkeit einer Studienteilnahme zu informieren und eine Kontaktaufnahme vorzubereiten. Wenn Interesse bestand, konnten die potenziell Teilnehmenden auf einem Abschnitt des Informationsflyers zur Studie ihre schriftliche Erlaubnis zur Weitergabe der Kontaktdaten an die Studienmitarbeitenden erteilen.

Die ausführliche Aufklärung und das Einholen der Zusage zu einer Teilnahme erfolgten in einem persönlichen Gespräch durch die Studienmitarbeitenden selbst. Sie informierten die potenziellen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer über die Ziele der Studie, ihre Durchführung und Aspekte des Datenschutzes. Diese Vorgespräche dauerten in der Regel zehn bis 15 Minuten. Im Anschluss baten die Mitarbeitenden um die freiwillige Studienteilnahme und ließen sich die Zustimmung hierzu mit einer Unterschrift bestätigen („informed consent“). Danach konnte die eigentliche Datenerhebung beginnen. Die erste Befragung sollte möglichst innerhalb von acht Wochen nach Beginn der Maßnahme (Neueinstieg oder Wechsel der Unterstützungsintensität) stattfinden.

Im Laufe des Studienzeitraums wurden in Bezug auf Rekrutierungszeitraum und -prozedere in Absprache mit den entsprechenden Stellen verschiedene Anpassungen vorgenommen. So wurde der Rekrutierungszeitraum von zwölf auf 18 Monate verlängert. Er endete statt im Juni im November 2018. Außerdem wurde der mit dem Screening und der Kontaktvermittlung betraute Personenkreis erweitert. Dies war sinnvoll, weil die Zahl der Studienteilnehmer

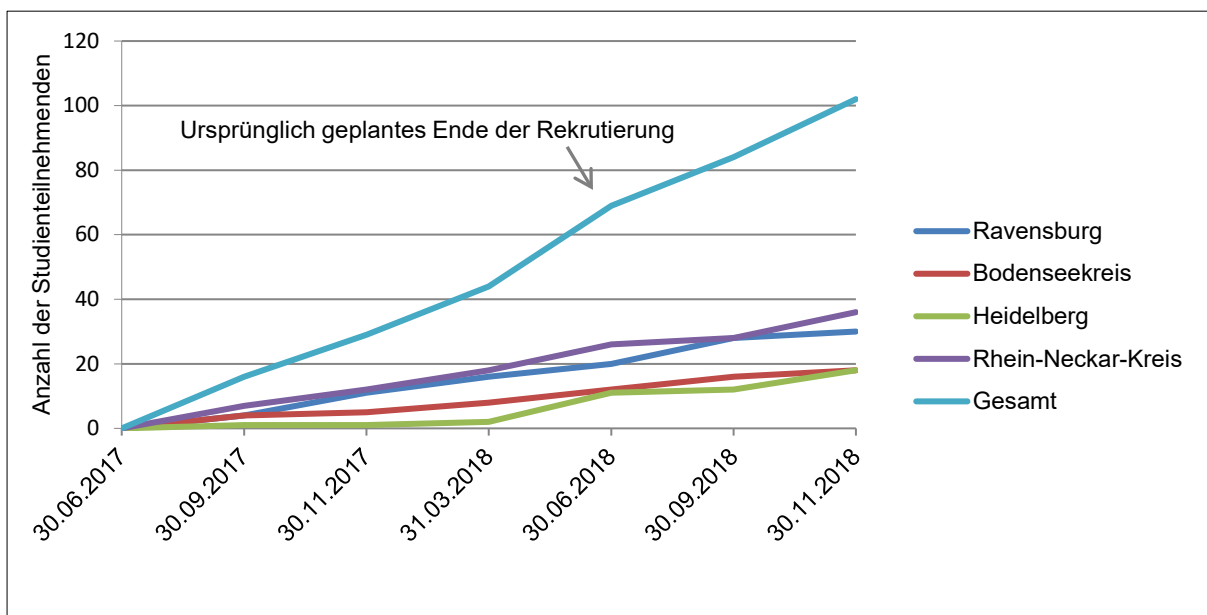
menden von Anfang an hinter den Erwartungen zurück blieb. Andererseits erforderte die unterschiedliche Organisation des Zugangs zur Eingliederungshilfe in den vier Stadt- und Landkreisen ein differenzielles Vorgehen beim Screening und bei der Vermittlung potenzieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer an das Studienteam.

In der Stadt Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis sprachen die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Fallmanagement potenziell geeignete Personen auf die Möglichkeit einer Studienteilnahme an und holten das schriftliche Einverständnis zur Weitergabe der Kontaktdaten an den Studienmitarbeiter ein. Ab November 2017 wurden das Screening und die Kontaktvermittlung auch durch den Sozialdienst des Universitätsklinikums Heidelberg und die dortige Hilfeplankonferenz unterstützt. Ab Anfang 2018 beteiligten sich auch Mitarbeitende der verschiedenen Leistungserbringer in der Stadt Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis. Diese Vorgehensweisen wurden jeweils mit der Ethikkommission der Universität Heidelberg abgestimmt.

Im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis erfolgten aufgrund der organisatorischen Strukturen das Screening und die Information über die mögliche Studienteilnahme durch Mitarbeitende bei den Leistungserbringern. Ab Oktober 2017 ermöglichten die GPV-Trägerkonferenzen beider Landkreise den Studienmitarbeiterinnen außerdem die Teilnahme an den monatlich stattfindenden Hilfeplankonferenzen. Das Studienteam erhielt hierdurch die Möglichkeit, geeignete Personen direkt anzusprechen oder aber ihre koordinierenden Bezugspersonen (z. B. Sozialdienst, rechtliche Betreuer) um eine Vermittlung des Kontakts zu bitten. Dieses Vorgehen wurde von der Ethikkommission der Universität Ulm gebilligt.

62

Abbildung 5: Verlauf der Rekrutierung nach Stadt- und Landkreisen



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Anm.: Der Rekrutierungsstand wurde nicht in gleichen zeitlichen Abständen erfasst.

Aufgrund der Vielzahl involvierter Stellen, aber auch wegen der sensiblen Situation der oft fundamentalen Veränderung im Leben der Betroffenen durch den Umzug gelang es nicht immer, die Befragung tatsächlich innerhalb der vorgesehenen acht Wochen nach Beginn der Wohnunterstützung oder des Umzugs in eine neue unterstützte Wohnform durchzuführen. Zugunsten der Teilnehmerzahlen wurde das Zeitkriterium vom Studienteam mit Augenmaß behandelt und es wurden auch leicht verspätete Meldungen akzeptiert.

Abbildung 5 zeigt den Verlauf der Rekrutierung über den Untersuchungszeitraum. In den einwohnerstärkeren Landkreisen konnten auch mehr Teilnehmende gewonnen werden. Zum Ende des Studieneinschlusses am 30.11.2018 hatten sich 102 Personen zur Studienteilnahme bereit erklärt. Die meisten kamen aus dem Rhein-Neckar-Kreis (N=36), gefolgt vom Landkreis Ravensburg (N=30). Aus der Stadt Heidelberg und dem Bodenseekreis kamen jeweils 18 Personen.

### 5.2.3 Untersuchungsinstrumente und Datenerhebung

Die Datenerhebung war breit angelegt und umfasste verschiedene Outcomes (Abbildung 6), die für die Fragestellung relevant erschienen und Bereiche für mögliche Veränderungen repräsentierten.

Abbildung 6: Untersuchte Bereiche

63



Zur Datenerhebung wurden bewährte, teilweise standardisierte Erhebungsinstrumente eingesetzt (Tabelle 5). Als Hauptoutcome wurden Aktivitäten und Funktionsniveau im Alltag definiert. Dies wurde operationalisiert durch die Social Functioning Scale (Birchwood et al. 1990, deutsche Version: Iffland et al. 2015).

**Tabelle 5: Verwendete Messinstrumente**

Konstrukte	Messinstrumente
Soziale Funktionen, Aktivitäten und Teilhabe (Selbstbeurteilung)	The Social Functioning Scale (SFS) (Birchwood et al. 1990; Iffland et al. 2015)
Verwirklichungschancen (Selbstbeurteilung)	Oxford Capabilities Questionnaire – Mental Health (OxCAP-MH) (Simon et al. 2013)
Versorgungsbedarf (Selbstbeurteilung)	Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) (Phelan et al. 1995; Hegedüs & Abderhalden 2011)
Lebensqualität (Selbstbeurteilung)	Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe et al. 1999)
Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen, Behandlung, Lebenssituation, Tätigkeit (Selbstauskunft)	Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-EU) (Chisholm et al. 2000; Roick et al. 2001)
Symptomatik (Selbstbeurteilung)	Symptom-Checklist-K-9 (SCL-K-9) (Klaghofer & Brähler 2001)
Symptome und Funktionsfähigkeit (Fremdbeurteilung Bezugsmitarbeitende)	Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) (Wing et al. 1997; Andreas et al. 2007)
Kognitives Leistungsvermögen (Test)	Trail Making Test (TMT) (Reitan 1958)
Teilhabe-Perspektiven (Wohnen, Arbeit / Tagesstruktur) (Selbst-/Fremdbeurteilung)	selbst konstruierte Items

64

Je nach den Möglichkeiten oder dem Wunsch der Befragten konnten die meisten Fragebögen mit Unterstützung durch eine Person aus dem Studienteam selbständig ausgefüllt werden. Die Datenerhebung konnte aber auch komplett im Interviewstil durchgeführt werden. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestimmten selbst den Ort, an dem die Datenerhebung stattfinden sollte. Dies konnte zuhause bei den Befragten, aber auch in den Büroräumen der Studienmitarbeitenden sein. Je nach Belastbarkeit der Befragten konnte die Erhebung unterbrochen und zu einem späteren Zeitpunkt fortgesetzt werden. Dementsprechend variierte der zeitliche Umfang für die Befragung von etwa einer bis über drei Stunden. Teilweise ergaben sich bis zu drei Termine.

Bei den Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) (Wing et al. 1997; Andreas et al. 2007) zur Einschätzung der Schwere von Symptomen und der funktionalen Beeinträchtigung sowie zur Einschätzung der Zukunftsperspektive war die Auskunft einer von den Teilnehmenden genannten Betreuungsperson erforderlich. Hierfür wurde diese Person durch den Studienteilnehmer oder die -teilnehmerin schriftlich von der Schweigepflicht entbunden.

**5.2.4 Ergänzende Interviews mit Aussteigern und Personen, bei denen sich der Unterstützungsumfang reduzierte**

Wenn es bei den Teilnehmenden zu einer Statusveränderung in Richtung auf eine Verringerung der Unterstützung kam, sollte die quantitative Studie durch eine (retrospektive) qualitative Untersuchung ergänzt werden: Wenn sie damit einverstanden waren, wurden Leitfadenterviews mit jenen Personen durchgeführt, die innerhalb des Katamnesezeitraumes in eine weniger intensiv unterstützte Wohnform überwechselten oder ganz aus dem unterstützten Wohnen ausstiegen. Die betreffenden Personen wurden der Einfachheit halber als „Ausstei-



ger“ bezeichnet (vgl. Kapitel 6). Bei der Verwendung des Begriffs geht es nicht um Studienaussteiger, sondern um Veränderungen beim Wohnen im Verlauf der Studie.

### 5.2.5 Auswertungsschritte

#### Einschätzung der Repräsentativität der Stichprobe

Aus technischen Gründen war es nicht möglich zu erfassen, wer von den infrage kommenden Personen an der Studie teilnahm beziehungsweise wer die Teilnahme ablehnte oder aus anderen Gründen nicht erreicht wurde. Zur Überprüfung der Repräsentativität musste daher ein anderes Verfahren gewählt werden. Hierfür wurden einige Stichprobenmerkmale mit den Merkmalen von Klientinnen und Klienten verglichen, die in den untersuchten Stadt- und Landkreisen in einem Vergleichszeitraum als Neufälle vermerkt waren. Der Zeitraum sollte dem Rekrutierungszeitraum entsprechen, um den Anteil der mit der Studie erreichten Personen an allen für die Studie in Frage kommenden Personen abschätzen zu können.

Als Referenzdatensatz wurde eine Stichprobe der in Teilprojekt 1 ausgewerteten Daten herangezogen. Die Daten stammten aus der Abfrage der GPV-BADO (Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis) sowie aus den vom KVJS für die kommunale Teilhabeplanung generierten Daten im Rhein-Neckar-Kreis und in der Stadt Heidelberg. Diese Datensätze wurden weiter gefiltert, um sie mit den Auswahlkriterien für die Kohortenstudie vergleichbar zu machen. Auswahlkriterien waren die Leistungsträgerschaft des eigenen Stadt- beziehungsweise Landkreises (Heidelberg, Rhein-Neckar-Kreis) beziehungsweise des jeweiligen Nachbarkreises. Im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis wurde hierfür die Variable „Herkunftsregion (letzter gewöhnlicher Aufenthalt)“ als Indikator für die wahrscheinliche Leistungsträgerschaft herangezogen. Auch hier wurden nur Datensätze mit Herkunftsregion Landkreis Ravensburg oder Bodenseekreis genommen. Entsprechend der Einschlusskriterien für die Studie wurden nur Personen mit einer Hauptdiagnose im Bereich von F0 bis F6 sowie F8 herangezogen. Personen in zeitlich befristeten therapeutischen Wohnangeboten wurden ebenso ausgeschlossen wie im Fachpflegeheim lebende, da in diesen Wohnformen keine Rekrutierung stattfand.

65

Die Unterschiedlichkeit der vorliegenden Datensätze erforderte weitere Anpassungen: Um dem Rekrutierungszeitraum der WieWohnen-BW-Studie von 18 Monaten zu entsprechen, wurden im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis alle Datensätze in den Kontrolldatensatz mit aufgenommen, deren Datum in der Variable „Datum des Beginns der Leistungserbringung“ zwischen 1.7.2014 und 31.12.2015 lag. In den Datensätzen der Stadt Heidelberg und des Rhein-Neckar-Kreises wurde die Variable „Leistungsdauer“ verwendet. Dort waren nur Jahreszahlen vermerkt. Wegen des Stichtags 30.6.2015 in der Stadt Heidelberg wurden für den Zeitraum von 18 Monaten alle Datensätze aus 2014 und 2015 herangezogen. Die Daten des Rhein-Neckar-Kreises von 2015 wurden ergänzt durch eine Stichprobe von 42 Datensätzen, die per Zufallsauswahl aus den insgesamt 83 relevanten Datensätzen des Jahres 2014 gezogen wurde.

Verglichen wurde die Schnittmenge aus allen Merkmalen, die sowohl in den Datensätzen der Versorgungsregionen als auch im Studiendatensatz zur Verfügung standen.

Neben der rein deskriptiven Auszählung wurden mögliche Unterschiede zwischen Studien- und Kontrolldatensatz mittels Chi<sup>2</sup>-Tests oder anderer non-parametrischer Verfahren sowie t-Tests für Mittelwertsunterschiede zweier unabhängiger Stichproben geprüft.

### **Charakterisierung der Stichprobe und Beschreibung der Ausgangssituation**

Zur Charakterisierung der Stichprobe und zur Beschreibung der Ausgangssituation wurden die soziodemografischen und klinischen Merkmale sowie die Angaben in den Untersuchungsinstrumenten bei der Baseline-Erhebung deskriptiv ausgewertet. Außerdem wurde dort, wo es die Daten erlaubten und nach entsprechender Verarbeitung der Daten mittels parametrischer und non-parametrischer Verfahren auf Mittelwertsunterschiede und mögliche Gruppenunterschiede getestet.

### **Umgang mit Missing Data**

Zum Umgang mit fehlenden Werten in Skalen wurden die Richtlinien der einzelnen Skalen beachtet und Gesamtscores nur gebildet, wenn die mindestens notwendige Anzahl der gültigen Werte dies zuließ. War es zulässig, den Score zu berechnen, wurde der in dieser Skala erzielte individuelle Mittelwert der teilnehmenden Person herangezogen. Die Daten waren insgesamt relativ vollständig, nur vereinzelt fehlten Werte.

66

### **Auswertung der Längsschnittdaten**

Zunächst wurden die Merkmale der Personen, die bis zum regulären Ende der Untersuchung in der Studie blieben („Completer“) mit denen jener Personen verglichen, die vorzeitig aus der Studie ausgestiegen waren („Drop Out“). Die Unterschiede zwischen den beiden Teilstichproben wurden je nach der Art der Daten mit parametrischen (Mittelwertsvergleiche) und nonparametrischen Verfahren (Chi<sup>2</sup>-Test, Exakter Test nach Fisher) daraufhin geprüft, ob sie außerhalb des Bereichs zufälliger Schwankungen liegen.

Anschließend wurden zur Überprüfung möglicher Veränderungen die Werte der Completer zu Beginn der Studie (t<sub>0</sub>) und zu Studienende (t<sub>2</sub>) betrachtet. Zur Überprüfung der Bedeutsamkeit von Veränderungen wurden Mittelwertsvergleiche von gepaarten Stichproben beziehungsweise nonparametrische Verfahren verwendet.

Zur Überprüfung von Zusammenhängen mit Merkmalen der Personen oder der Versorgung wurden in einem weiteren Schritt unter Einführen von potenziell relevanten Kovariaten Messwiederholungs-Anovas berechnet. Die Auswahl der Kovariaten und das Vorgehen werden an der entsprechenden Stelle im Text näher erläutert.

## **5.3 Ergebnisse**

### **5.3.1 Repräsentativität der Stichprobe**

Für die hier vorgestellte Studie wurden Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus einem breiten Spektrum von Unterstützungsangeboten zum Wohnen gewonnen. In der Stadt Heidelberg

und im Rhein-Neckar-Kreis bestand die Studienstichprobe aus Leistungsberechtigten, die bei zwölf verschiedenen Leistungserbringern Unterstützung erhielten. Im Landkreis Ravensburg und im Bodenseekreis waren in der Studienstichprobe fünf der sechs möglichen Leistungserbringer repräsentiert.

Zur Einschätzung der Repräsentativität wurde die Stichprobe der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer mit der Kontrollstichprobe von den Einschlusskriterien her vergleichbarer Personen aus den Datensätzen für Teilprojekt 1 verglichen. Aus den Landkreisen Ravensburg und Bodenseekreis gingen in den Kontrolldatensatz 157 beziehungsweise 62 Datensätze ein, aus dem Rhein-Neckar-Kreis und der Stadt Heidelberg 175 beziehungsweise 20. Der Kontrolldatensatz mit Personen, die potenziell in einem Vergleichszeitraum für die Studie hätten rekrutiert werden können, ist mit 414 Personen viermal so groß wie die erreichte Stichprobe von 102 Teilnehmenden.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Kontrolldatensatz auch Daten von Personen enthält, die etwa aus sprachlichen Gründen oder aufgrund einer zu stark eingeschränkten Belastbarkeit nicht an einem derartigen Forschungsprojekt hätten teilnehmen können. Auf der anderen Seite sind im Kontrolldatensatz möglicherweise keine Wechsel der Betreuungsintensität vermerkt (dies war ein weiteres Aufnahmekriterium in die Studie). Es ist denkbar, dass das genannte Eintrittsdatum dem Eintritt in die Inanspruchnahme von Leistungen bei einem bestimmten Leistungserbringer ganz allgemein entsprach, aber ohne Hinweis auf zwischenzeitliche Veränderungen der Unterstützungsintensität innerhalb des gewählten Zeitraums. Daher ist nicht abschließend zu klären, wie viele Datensätze für den Kontrolldatensatz verpasst wurden. Trotzdem lässt sich grob schätzen, dass etwa ein Fünftel bis ein Viertel der potenziellen Kandidatinnen und Kandidaten für die Studie gewonnen werden konnte. Die kleinen Unterschiede in der Verteilung der Teilnehmenden auf die Regionen Süd beziehungsweise Nord und der Verteilung im Kontrolldatensatz bewegen sich im Zufallsbereich.

67

In Tabelle 6 wurden die Merkmale der Personen im Studien- und im Kontrolldatensatz einander gegenüber gestellt. Die Merkmalsverteilung weist nur an wenigen Stellen Unterschiede zwischen der Studien- und der Kontrollgruppe auf, so zum Beispiel hinsichtlich der Verteilung der Hauptdiagnosen: Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie sind in der Untersuchungsstichprobe mit einem Anteil von 27 Prozent vergleichsweise unterrepräsentiert. Dafür ist der Anteil von Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit der Diagnose einer affektiven Störung fast doppelt so hoch wie im Kontrolldatensatz (29 vs. 16 Prozent). Außerdem sind Menschen in stationären Wohnformen in der Studie deutlich unterrepräsentiert (15 vs. 29 Prozent). Beides ist bei der Betrachtung der nachfolgenden Ergebnisse in jedem Fall zu berücksichtigen.

Keine Unterschiede zeigen sich bei den Merkmalen Alter und Geschlecht. Der Wohnkontext (alleine, familiärer oder institutioneller Kontext) unterscheidet sich nicht signifikant. Auch die Unterschiede in der Beschäftigungssituation (im Studiendatensatz zu Beginn der Studie) sind nicht signifikant: Der Anteil der Menschen ohne strukturierte Beschäftigung ist jeweils am höchsten, gefolgt von tagesstrukturierenden Maßnahmen oder Tagesstätte und Arbeit in einer Werkstatt. Eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist generell selten.

Tabelle 6: Vergleich von Studien- und Kontrollstichprobe

		Studienstichprobe N=102	Kontrollstich- probe N=414	Tests auf Unter- schie- de
Alter	MW	41	42	n.s.
	SD	13,4	13,6	
Geschlecht	männlich	55%	64%	n.s.
	weiblich	45%	36%	
Hauptdiagnose	F1	16%	14%	p<0.01
	F2	27%	45%	
	F3	29%	16%	
	F4	9%	6%	
	F6	16%	17%	
	sonstige	3%	3%	
Region	Süd	47%	53%	n.s.
	Nord	53%	47%	
Unterstützungsform	stationäres Wohnen	15%	29%	p<0.01
	ABW	75%	54%	
	IABW / ABW+	8%	12%	
	BWF	3%	5%	
Wohnsetting	alleine	30%	31%	(-)
	bei Verwandten	1%	2%	
	WG	44%	35%	
	mit Partner/Kind	7%	3%	
	BWF	3%	4%	
	dezentrales Wohnen / Außen- WG	8%	4%	
	Heimsetting	7%	21%	
Wohnkontext	alleine	30%	31%	n.s.
	familiärer Kontext	11%	8%	
	institutionell	60%	60%	
Beschäftigungssitua- tion	keine	43%	38%	n.s.
	Tagesstrukturierende Maßnah- men (LT I.4.5b, LT I.4.6, Tages- stätte)	28%	33%	
	WfbM	8%	12%	
	geringfügige Beschäftig. /Zuverdienst/Gelegenh.jobs	7%	3%	
	Berufl. Rehabilitation	9%	7%	
	Ausbildung/Schule/Studium	0%	2%	
	Allg. Arbeitsmarkt	5%	5%	

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102) – Stichprobe des Kontrolldatensatzes (N=414) aus Daten des KVJS und der GPV-BaDo Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis.

Anm.: MW: Mittelwert, SD: Standardabweichung, df: Freiheitsgrade, n.s.: nicht signifikant. Angewandt wurden t-Test für Mittelwertunterschiede und Chi<sup>2</sup>-Test bzw. Exakter Test nach Fisher für kategoriale Daten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass mit der Stichprobe ein erheblicher Teil der Klientinnen und Klienten im unterstützten Wohnen erfasst wurde, die theoretisch in Frage gekommen wären. Die soziodemografischen sowie Merkmale des Wohnsettings stimmen annähernd überein, was für eine repräsentative Stichprobe spricht. Allerdings sind Personen in stationären Wohnformen in der Studie unterrepräsentiert, ebenso Personen mit einer Hauptdiagnose einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis. Dies schränkt die Reichweite der Ergebnisse ein, insbesondere bei Aussagen über Menschen in stationären Settings und mit der Diagnose einer Schizophrenie.

### 5.3.2 Merkmale der Stichprobe

#### Soziodemographische und klinische Merkmale

In Tabelle 7 sind die soziodemographischen und klinischen Merkmale der untersuchten Studienstichprobe, die zum Teil bereits oben abgebildet wurden noch einmal im Überblick aufgelistet. Der Anteil der Männer überwog leicht. Die Altersspanne umfasste ein Spektrum von 20 bis 69 Jahren. Die meisten Teilnehmenden hatten einen Hauptschulabschluss (38 Prozent), fast ebenso viele einen Realschulabschluss (32 Prozent), seltener war Fachabitur oder Abitur (19 Prozent). Jede zehnte Person hatte keinen oder einen Sonderschulabschluss.

Fast zwei Drittel hatten eine abgeschlossene Berufsausbildung oder einen Studienabschluss oder befanden sich aktuell in einer Ausbildung.

69

Bei den Hauptdiagnosen überwogen affektive Störungen (F3: 29 Prozent) und Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2: 27 Prozent), gefolgt von Persönlichkeitsstörungen (F6) und Störungen durch psychotrope Substanzen (F1) (jeweils 16 Prozent). Fast zwei Drittel der Befragten hatten mehr als eine psychiatrische Diagnose, meist waren das Diagnosen aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen oder affektive Störungen (ca. 40 Prozent). 84 Prozent nahmen Psychopharmaka ein. Bei fast der Hälfte der Teilnehmenden war die psychische Erkrankung erstmalig vor dem 21. Lebensjahr aufgetreten. Über 60 Prozent der Befragten waren im Jahr vor der Studie in stationärer oder teilstationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Zusätzlich zu den psychischen Beschwerden hatten die Teilnehmenden auch oft körperliche Probleme: Über 70 Prozent der Befragten gaben zusätzliche somatische Erkrankungen an. Bei knapp der Hälfte der Befragten lag eine rechtliche Betreuung vor.

Tabelle 7: Merkmale der Stichprobe

Variable		N	%
Alter (Jahre)	MW (SD)	41 (13,4)	
	Minimum	20	
	Maximum	69	
Geschlecht	m	56	55
	w	46	45
Schulbildung	Abitur/Fachabitur	19	19
	Mittlere Reife	33	32
	Hauptschulabschluss	39	38
	Sonderschulabschluss	3	3
	Ohne Abschluss/unbekannt	7	7
	unbekannt	1	1
Berufsausbildung	ohne abgeschl. Ausbildung/Studium	36	35
	z.Zt. in Ausbildung/Studium	3	3
	abgeschlossene Berufsausbildung	60	59
Hauptdiagnose	abgeschlossenes Studium	3	3
	F0	1	1
	F1	16	16
	F2	28	27
	F3	30	29
	F4	9	9
	F5	2	2
Anzahl der Diagnosen nach verschiedenen Diagnosegruppen	F6	16	16
	eine	36	35
	zwei	40	39
Im letzten Jahr in (teil-)stationärer psychiatrischer Behandlung	mehr als zwei	26	25
	nein	39	38
Es liegt eine rechtliche Betreuung vor	ja	63	62
	nein	59	58
	ja, für Teilbereiche	20	20
	ja, umfassend	23	22

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

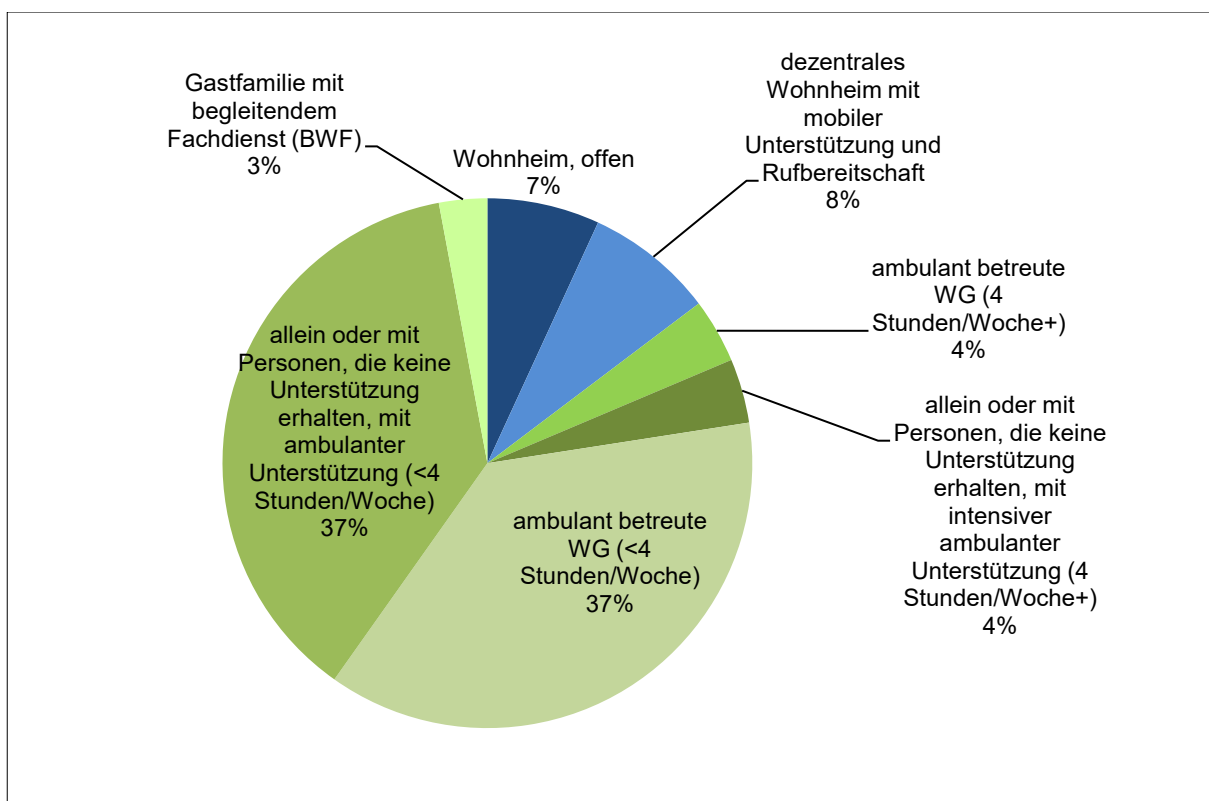
## Wohnsituation

### Wohnsituation, Vorerfahrungen und Zuweisungsindikatoren

Zu Studienbeginn wohnten 85 Prozent der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in ambulant betreuten Wohnformen, meistens mit einer Betreuungsintensität von weniger als vier Stunden/Woche. Die ambulant Unterstützten verteilten sich gleichmäßig auf betreute Wohngemeinschaften und private Wohnsettings (z. B. alleine oder mit der eigenen Familie). Persönliches Budget hatten drei Personen (nicht abgebildet).

Abbildung 7 zeigt, wie sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die verschiedenen Wohnformen verteilten.

Abbildung 7: Wohnformen der Teilnehmenden zu Studienbeginn



71

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Im Jahr vor der Studie (Tabelle 8) hatten die meisten Teilnehmenden zumindest zeitweise in privaten Wohnformen ohne professionelle Unterstützung oder mit privater Unterstützung gelebt. Über zehn Prozent hatten zeitweilig gar keine Wohnung beziehungsweise waren in Notunterkünften untergekommen.

Tabelle 8: Wohnformen vor und bei Studienbeginn

Wohnform	im Jahr vor der Studie (Mehrfachangaben) N (%)	zu Studienbeginn N (%)
Wohnheim fakultativ geschlossen	1 (1%)	-
Wohnheim offen mit Nachtwache	5 (5%)	2 (2%)
Wohnheim offen mit Anwesenheit nachts	2 (2%)	2 (2%)
Wohnheim offen mit Rufbereitschaft	5 (5%)	3 (3%)
Dezentrales Wohnheim mit mobiler Unterstützung und Rufbereitschaft	2 (2%)	8 (8%)
ABW Wohngemeinschaft	4 (4%)	43 (42%)
Alleine oder mit Personen, die keine Unterstützung erhalten, mind. 4h/Woche ambulante Betreuung	1 (1%)	4 (4%)
Alleine oder mit Personen, die keine Unterstützung erhalten <4h/Woche ambulante Betreuung	1 (1%)	37 (36%)
Betreutes Wohnen in Familien	5 (5%)	3 (3%)
Alleine oder mit Personen, die keine Unterstützung erhalten, mit Unterstützung durch Angehörige/Mitbewohner	25 (25%)	-
Alleine in eigener Wohnung, ohne Unterstützung	41 (40%)	-
Wohnungslosigkeit	12 (12%)	-
Sonstiges	18 (18%)	-

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Anm.: Angaben der Wohnform vor Studienbeginn sind Mehrfachangaben.

### Unterschiede nach unterstützter Wohnform

Wie unterscheiden sich die Personen, die in ambulant betreuten oder in stationären Wohnformen leben? Die Alters- und Geschlechterverteilung, Schulbildung und Berufsausbildung waren vergleichbar. Die Diagnoseverteilung war leicht unterschiedlich, mit einem Übergewicht von Personen mit Diagnosen aus dem Schizophreniespektrum in stationären Wohnformen und einem Schwerpunkt von Menschen mit der Diagnose einer affektiven Störung in ambulant betreuten Wohnformen. Diese Unterschiede bewegen sich allerdings im Zufallsbereich. Die Anzahl der Co-Diagnosen und die durchschnittliche Erkrankungsdauer waren ebenso vergleichbar wie der Punkt, ob es im Jahr vor Studienbeginn zu einer stationären oder teilstationären Behandlung gekommen war.

Einer der wenigen signifikanten Unterschiede betrifft die Vorerfahrung mit unterstützten Wohnformen: Über die Hälfte der Personen in stationären Unterstützungsformen waren Wechsler (d. h. bei ihnen kam es im Vorfeld der Studie zu einer bedeutsamen Veränderung der Unterstützungsintensität/-form). Im ambulant betreuten Wohnen waren es nur rund 20 Prozent. Knapp 30 Prozent der Personen im stationären Wohnen waren Wiedereinsteiger im Unterschied zu rund 20 Prozent der ambulant betreuten Personen. Nur ein Fünftel der stati-



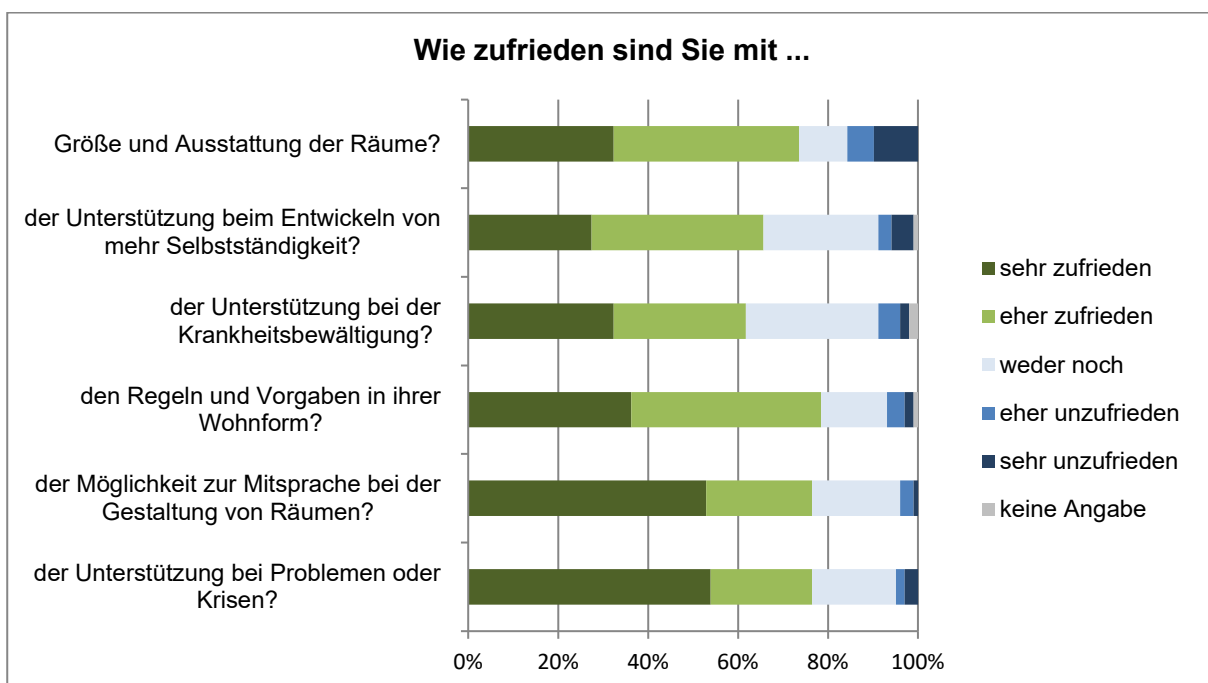
onär Wohnenden hatte noch nie zuvor in einem unterstützten Wohnsetting gelebt. Unter den ambulant Betreuten waren 60 Prozent neu im System. Die Unterschiede sind signifikant ( $p < 0.01$ ).

In stationären Unterstützungsformen hatten 80 Prozent der Menschen einen gesetzlichen Betreuer. Bei Menschen mit ambulanter Unterstützung waren es nur 36 Prozent. Auch diese Unterschiede sind signifikant ( $p < 0.01$ ). Das Ergebnis lässt sich als Beleg dafür verstehen, dass bei Menschen in stationären Wohnformen – in Übereinstimmung mit der Konzeption – ein höherer Unterstützungsbedarf vorliegt als bei Personen in ambulanter Unterstützung.

### Zufriedenheit mit der Wohnform und der Unterstützung

Die Mehrzahl der Befragten äußerte sich zufrieden mit der aktuellen unterstützten Wohnform, auch wenn 25 Prozent der Personen den Eindruck hatten, sie hätten über die Wohnform nicht frei entscheiden können und weitere 20 Prozent meinten, sie hätten nur teilweise frei entschieden. Als Gründe hierfür wurden vor allem mangelnde Verfügbarkeit der bevorzugten Wohnform, drohende oder manifeste Wohnungslosigkeit und ein zu hoher Mietpreis angegeben. Diese drei Faktoren bestimmten zusammen über 75 Prozent der „nein“-Stimmen. Eher selten wurde genannt, dass zum Beispiel gesetzliche Betreuer oder Amtspersonen über die Wohnform entschieden hätten. Doch selbst diejenigen, die angaben, keine Entscheidungsfreiheit gehabt zu haben, äußerten sich zu über 40 Prozent zufrieden mit der Wohnform. Nur ein knappes Viertel war unzufrieden.

Abbildung 8: Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Wohnform



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Abbildung 8 zeigt, in welchen Aspekten sich Zufriedenheit beziehungsweise Unzufriedenheit äußerte. Die Bereiche mit der größten Unentschiedenheit („weder noch“) betrafen die Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und beim Erlangen von Selbstständigkeit, möglicher-

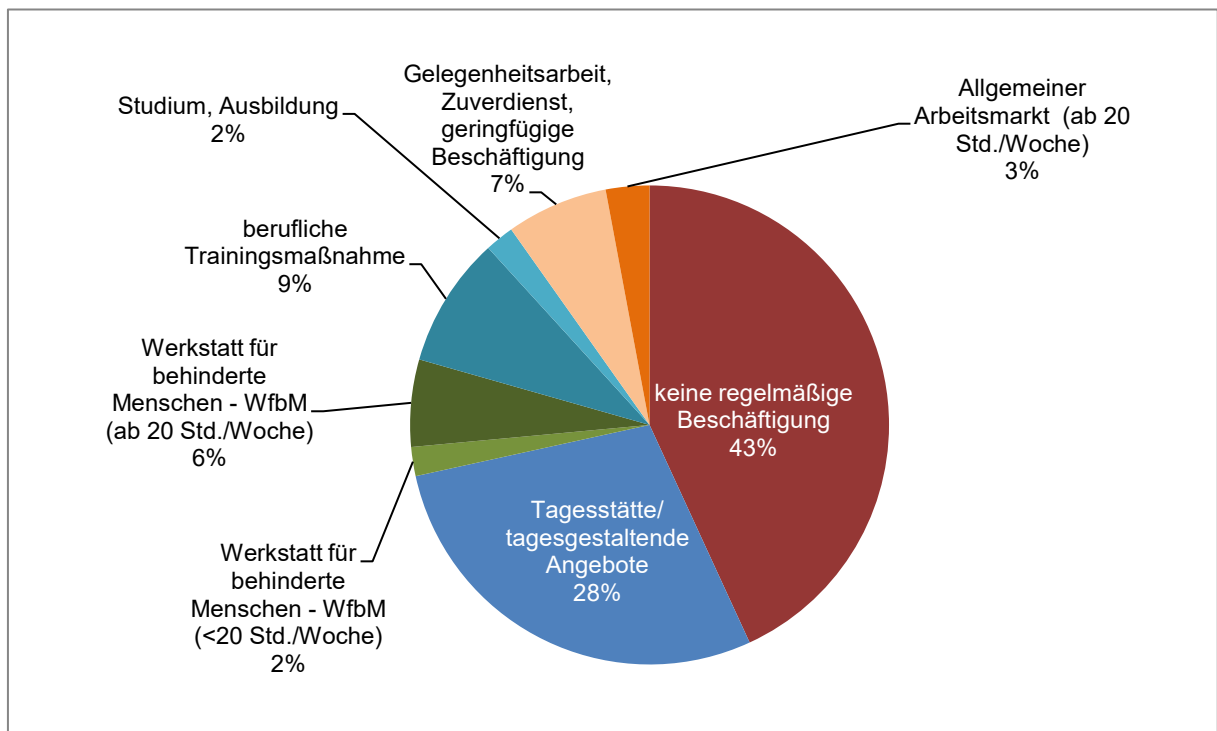
weise auch deswegen, weil den Befragten zu Beginn der Studie noch zu wenig Erfahrungswerte vorlagen. In den anderen Bereichen äußerten sich jeweils über drei Viertel mindestens zufrieden.

**Beschäftigungssituation**

Abbildung 9 zeigt, dass über 40 Prozent zum Zeitpunkt der ersten Befragung, weder einer regelmäßigen Arbeit oder Beschäftigung nachgingen, noch regelmäßige tagesstrukturierende Angebote nutzten („keine regelmäßige Beschäftigung“). Fast 30 Prozent waren in tagesstrukturierende Angebote eingebunden. Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) spielten eine eher geringe Rolle (insgesamt 8 Prozent). Neun Prozent der Befragten gingen einer beruflichen Trainingsmaßnahme nach. Gelegenheitsjobs, geringfügige Beschäftigung oder Zuverdienst nutzten sieben Prozent der Studienteilnehmenden. Verschwindend gering war der Anteil derjenigen, die eine Ausbildung oder ein Studium absolvierten oder einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgingen (zusammen 5 Prozent). Allerdings gaben 87 Prozent an, irgendwann in der Vergangenheit eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeübt zu haben (nicht abgebildet).

74

**Abbildung 9: Beschäftigung und Tagesstruktur der Teilnehmenden**



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Unter den ambulant betreuten Personen war der Anteil derer, die keine regelmäßige Tagesstruktur oder Beschäftigung hatten, wesentlich höher (fast 50 Prozent) als unter den Personen in stationären Unterstützungsformen (20 Prozent). Dort nutzten fast zwei Drittel Tages-

stätten/tagesgestaltende Angebote oder die Werkstatt. Schule, Ausbildung, berufliche Trainingsmaßnahmen oder Berufstätigkeit wurden fast ausschließlich von Menschen mit ambulanter Unterstützung genutzt.

### Komplementäre Unterstützungsformen

Welche Unterstützungsformen wurden im Jahr vor der Aufnahme in die Studie zusätzlich zur Wohnunterstützung oder zur ärztlichen Betreuung genutzt? Tabelle 9 zeigt, dass 87 Prozent der 102 Teilnehmerinnen und Teilnehmer mindestens ein zusätzliches Angebot genutzt hatten. Eindeutiger Schwerpunkt lag auf tagesstrukturierenden Maßnahmen wie Tagesstätte oder ambulanter Ergotherapie, die von 47 Prozent der Befragten angegeben wurden. Außerdem spielten verschiedene berufliche Maßnahmen wie Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) vom Eingangs- bis zum Arbeitsbereich und andere berufliche Trainingsmaßnahmen eine nicht unerhebliche Rolle. Mehr als ein Viertel hatte im vergangenen Jahr nach eigenen Angaben Kontakte zu einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin (27 Prozent). Immerhin ein Fünftel der Befragten hatte Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe. Kontakte zum SpDi oder zur Soziotherapie hatten 16 Prozent der Befragten.

**Tabelle 9: Von den Studienteilnehmenden zusätzlich genutzte Unterstützungsangebote**

Zusätzlich genutzte Unterstützungsformen im vergangenen Jahr (Mehrfachangaben)	N (%)
hat mindestens eine der folgenden Formen genutzt	89 (87%)
Tagestätte/ambulante Ergotherapie	48 (47%)
WfbM Berufsbildungsbereich	6 (6%)
WfbM bis 20 Std/Woche	3 (3%)
WfbM > 20 Std/Woche	7 (7%)
Berufliche Trainingsmaßnahme	8 (8%)
Selbsthilfegruppe	20 (20%)
SpDi / Soziotherapie	16 (16%)
Psychotherapie	28 (27%)
Suchtberatung / Suchtnachsorge	8 (8%)
Beratungsstelle / -telefon	7 (7%)
Physiotherapie	7 (7%)
Sportangebote	4 (4%)
Freizeitangebote / Ehrenamt	7 (7%)
Sonstiges	4 (4%)

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102). Mehrfachnennungen waren möglich.

**Ausgangssituation von Sozialer Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Verwirklichungschancen und psychosozialer Problemstellung**

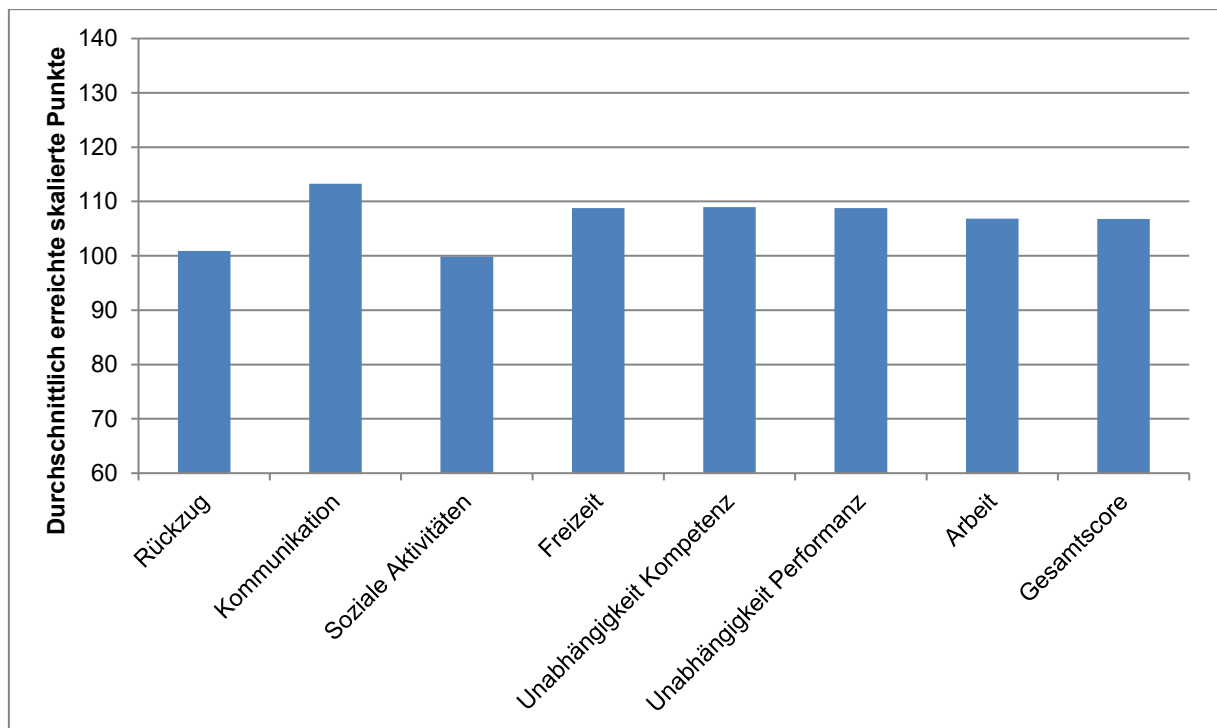
Die Zielgrößen in dieser Studie waren soziale Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Verwirklichungschancen, psychische Belastung, gedeckte und ungedeckte Bedarfe sowie von außen identifizierte psychische und soziale Probleme. Hier soll die Ausgangslage zum Zeitpunkt des Studienstarts skizziert werden.

**Soziale Funktionsfähigkeit**

Die Social Functioning Scale (SFS) von Birchwood (1990) bildet verschiedene Dimensionen sozialer Funktionsfähigkeit ab: soziale Eingebundenheit/Rückzug, interpersonelle Kommunikation, soziale Aktivitäten, Freizeitgestaltung, unabhängige Lebensführung – Kompetenz (Beherrschen von Fähigkeiten), unabhängige Lebensführung – Performanz (Ausübung von Fähigkeiten) sowie Arbeit/Beschäftigung. Die Normstichprobe der Skala waren Menschen mit Schizophrenie, die keiner Arbeit nachgingen (Birchwood 1990). Die Referenz sind also Menschen mit erheblicher funktionaler Beeinträchtigung. Charakteristisch für diese Normstichprobe ist ein Mittelwert von 100 und eine Standardabweichung von 15. Theoretisch können je nach Subskala 49 bis 145 skalierte Punkte erzielt werden. Eine Vergleichsstichprobe von gesunden Personen würde durchschnittlich in jedem Bereich mindestens 115 skalierte Punkte, in einigen Bereichen sogar mehr erreichen (Iffland 2015).

76

**Abbildung 10: Social Functioning Scale (SFS) zu Studienbeginn**



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Anm.: Theoretisch mögliche Spanne der skalierten Punkte: von 49 bis 145. Höhere Werte bedeuten geringere Einschränkung in Bezug auf den Bereich.

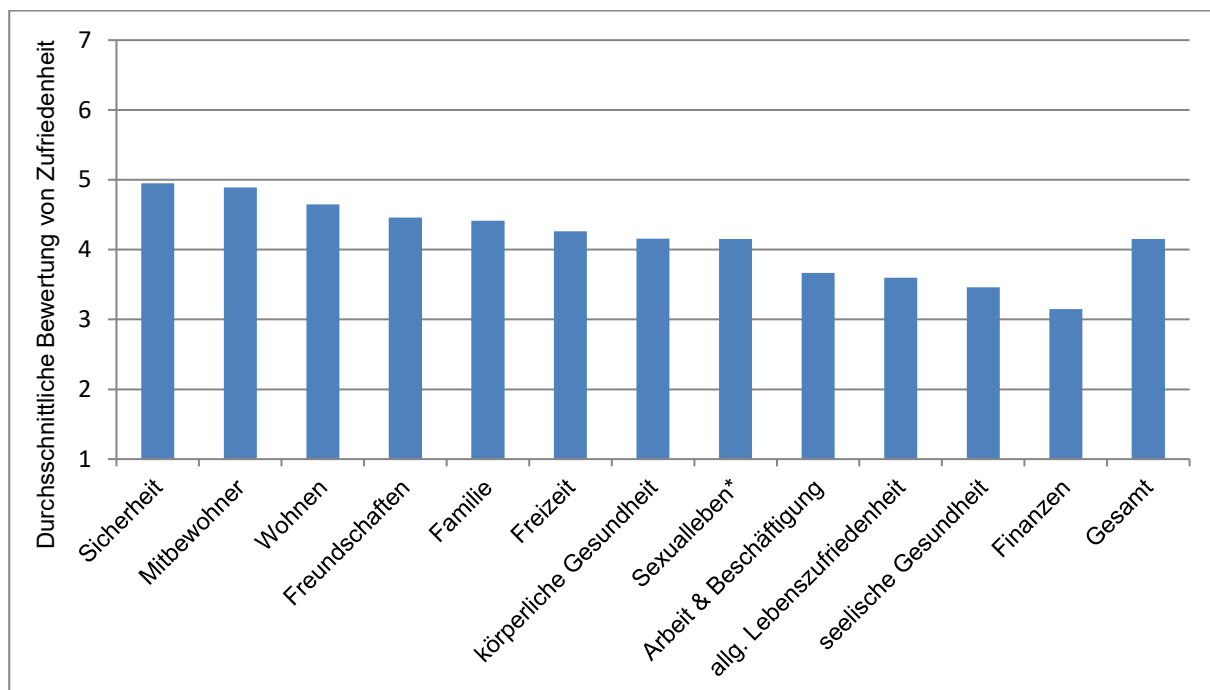
Abbildung 10 zeigt, dass die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in fast allen Subskalen und im Gesamtscore im Durchschnitt bei über 100 Punkten lagen. Diese Mittelwerte liegen noch innerhalb einer Standardabweichung der Normstichprobe (+/-15 Punkte). Dies bedeutet, dass sie sich nicht auffällig von der Normstichprobe schwer eingeschränkter Personen unterscheiden. Die Werte der Teilnehmenden waren eindeutig schlechter als die der gesunden Vergleichsgruppe, die in der Literatur beschrieben wurde (Iffland 2015). Daraus lässt sich schließen, dass die Teilnehmenden an der WieWohnen-BW-Studie massive Einschränkungen der sozialen Funktionsfähigkeit hatten. Am deutlichsten betroffen waren die Bereiche soziale Eingebundenheit/Rückzug (z. B. Fragen nach Häufigkeit des Alleinseins) und soziale Aktivitäten (z. B. Besuche öffentlicher Veranstaltungen, Freizeitgestaltung in der Gruppe). Die höchsten Werte wurden bei interpersoneller Kommunikation (z. B. spontan ins Gespräch kommen) erzielt.

### Subjektive Lebensqualität

Befragt nach ihrer Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen ihres Lebens auf einer Skala von 1 („völlig unzufrieden“) bis 7 („völlig zufrieden“) zeigten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Durchschnitt eher zufrieden (Abbildung 11). Eher unzufrieden waren sie mit ihrer finanziellen Lage, mit den Bereichen Arbeit und Beschäftigung, mit ihrer seelischen Gesundheit und mit dem Leben allgemein. Subjektive Sicherheit, Wohnen, Mitbewohner, freundschaftliche und familiäre Beziehungen wurden im Schnitt als eher zufriedenstellend bewertet.

77

Abbildung 11: Subjektive Lebensqualität und Zufriedenheit



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102, außer\*: N=93)

Anm.: Antworten auf die Frage „Wie zufrieden sind Sie mit ...?“ Theoretisch mögliche Spanne der Antworten: 1 („völlig unzufrieden“) bis 7 („völlig zufrieden“). Gesamt: Durchschnitt über alle Mittelwerte.

**Verwirklichungschancen – Capabilities**

Mit dem Capabilities-Ansatz (Sen 1982, 1993; Nussbaum 2003) wird versucht, die Verwirklichung eines Lebens nach für sich selbst als wichtig erachteten Werten zu erfassen. Capabilities stellen die Möglichkeiten dar, mithilfe derer man etwas Geschätztes verwirklicht. Wie gut schätzt die Person ihre Möglichkeiten ein, ein Leben zu leben, das sie selbst als ein „gutes Leben“ empfindet? Im OxCAP-MH (Oxford Capabilities Questionnaire – Mental Health; Simon et al. 2013) wird zu sehr unterschiedlichen Bereichen des Lebens gefragt, wie sehr die Personen sich dort verwirklichen können (z. B. Mitbestimmung bei kommunalen Entscheidungen, ohne Einschränkung durch die Gesundheit normalen Alltagsaktivitäten nachgehen zu können wie andere Menschen auch, keine Diskriminierung zu erfahren). Im Sinne eines Einbezogeneins in verschiedene Lebenssituationen würde dieses Instrument also näherungsweise die Verwirklichung von Teilhabe erfassen. Ein Wert von 1 deutet auf geringe Verwirklichungschancen hin, ein Wert von 5 hingegen auf die umfängliche Verwirklichung in diesem Bereich. Abbildung 12 zeigt die Ergebnisse.

**Abbildung 12: Verwirklichungschancen – Capabilities**



78

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Anm.: Theoretisch mögliche Spanne der Werte: 1 („geringe Verwirklichungschancen“) bis 5 („umfängliche Verwirklichungschancen“).

Die Verwirklichungschancen werden als hoch eingeschätzt in den Bereichen der Wertschätzung für die Natur („Ich kann Pflanzen, Tiere und die Natur würdigen und wertschätzen“) und

das soziale Umfeld („Ich respektiere, wertschätze und würdige die Menschen in meiner Umgebung“), aber auch darin, kein Opfer von Aggression und Gewalt zu werden. Ebenfalls hoch wurden die Möglichkeiten zur Entfaltung der eigenen Kreativität eingeschätzt, die Freiheit, die eigene Meinung äußern zu können, und die Sicherheit in der Nachbarschaft. Hingegen wurden gesundheitliche Probleme häufig als Einschränkung empfunden, den Alltagsaktivitäten nachzugehen, denen gesunde Gleichaltrige nachgehen würden. Die Mitbestimmungsmöglichkeit bei kommunalen Entscheidungen („Entscheidungen beeinflussen, die sich auf mein Wohngebiet auswirken“) wurde als eher gering wahrgenommen. Es fiel vielen Befragten nicht leicht, Liebe und Fürsorge von Familie und Freunden anzunehmen. Außerdem war der Schlaf häufig aufgrund von Sorgen beeinträchtigt.

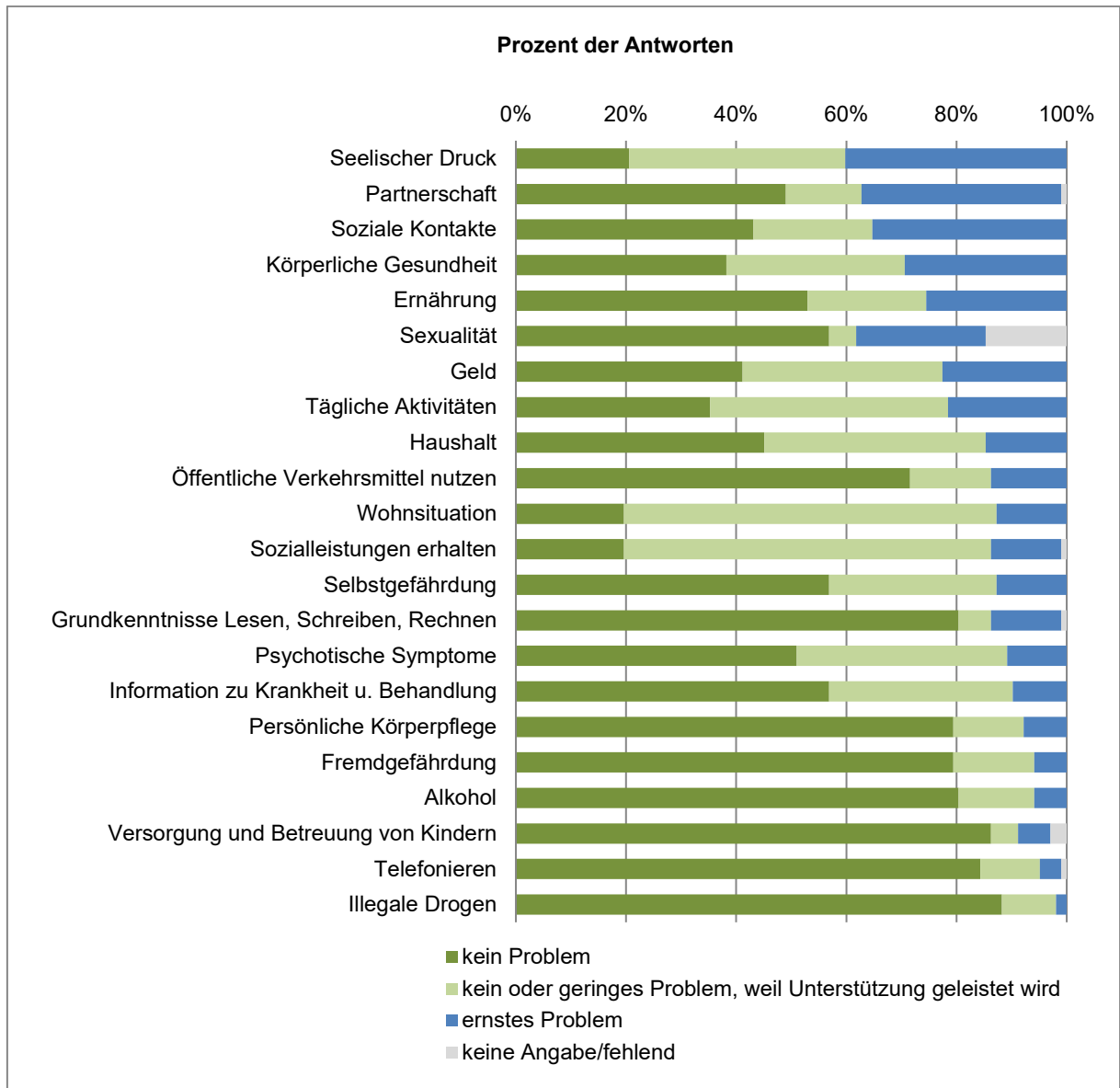
Diese Ergebnisse entsprechen sowohl in ihrer Rangfolge als auch in den Werten den Ergebnissen einer großen Querschnittstudie, die im Rahmen der BAESCAP-Studie bei einer großen Stichprobe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durchgeführt wurde, welche sozialpsychiatrische Leistungen unter anderem in Hamburg, Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern nutzten (Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. et al. 2018). Dies weist einerseits darauf hin, dass mit dieser Studie eine sehr ähnliche Personengruppe erreicht wurde, andererseits, dass die Problemlagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Leistungen zur Teilhabe in Anspruch nehmen, offenbar regionenübergreifend sehr ähnlich sind.

### **Unterstützungs- und Versorgungsbedarf**

Die Einschätzung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs erfolgte auf der Basis teilstandardisierter Interviews, in denen nach Problemen und geleisteter Unterstützung in den verschiedenen Bereichen gefragt wird (Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule – CANSAS; Phelan et al. 1995; Hegedüs & Abderhalden 2011). Es kann sein, dass Klientinnen und Klienten Unterstützungsbedarf in einem bestimmten Bereich sehen, dass dieses Problem aber mit der geleisteten Hilfe kompensiert werden kann. Es kann jedoch auch sein, dass es keine Unterstützung für die Probleme gibt oder die Hilfe nicht ausreicht und die Probleme weiterbestehen („ernstes Problem“).

Abbildung 13 zeigt, dass die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer die meisten ungedeckten Bedarfe in den Bereichen seelischer Druck (Anspannung, Belastung) und im sozialen Bereich (Partnerschaft und soziale Kontakte) hatten, gefolgt von physischer Gesundheit und Ernährung (blaue Balken). Die grünen Balken signalisieren, dass es entweder kein Problem gibt oder dass es hierbei ausreichend Unterstützung gibt. Nur der dunkelgrüne Balken weist auf die Abwesenheit eines Problems. Es lässt sich somit auch ablesen, welchen Bedarf die Befragten überhaupt erkannten (hellgrüne und blaue Balken zusammen). Am meisten Bedarf wurde in den Bereichen seelischer Druck, Wohnsituation und Sozialeleistungen (Anträge stellen etc.) gesehen: Nur jeweils rund 20 Prozent gaben hier „kein Problem“ an. In Hinblick auf die Wohnsituation und den Bezug sozialer Leistungen wurde offenbar umfangreiche Unterstützung geleistet, so dass nur noch wenige Personen damit ein ungelöstes Problem hatten. Anders war dies bei seelischem Druck: Hier gaben 40 Prozent der Befragten einen ungedeckten Unterstützungsbedarf an. Auch hinsichtlich ihrer Partnerschaft und bei sozialen Kontakten bekundeten mehr als ein Drittel ernste Probleme, für die sie keine oder nicht ausreichende Unterstützung erhielten.

Abbildung 13: Unterstützungs- und Versorgungsbedarf



80

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Eher wenige Personen gaben Probleme in den Bereichen Versorgung von Kindern, illegale Drogen, Nutzung von Telefon und schulische Grundkenntnisse an (für mehr als 80 Prozent jeweils kein Problem), gefolgt von Problemen mit Alkohol, Fremdgefährdung und Körperpflege. Insgesamt gaben die Studienteilnehmenden durchschnittlich 3,7 von 22 Bereichen an, in denen sie ein ernstes Problem hatten, ohne ausreichend Unterstützung zu erhalten. In durchschnittlich 5,8 Bereichen gab es ein Problem, in dem die Unterstützung ausreichte, in 12,4 Bereichen sahen sie überhaupt keinen Unterstützungsbedarf.

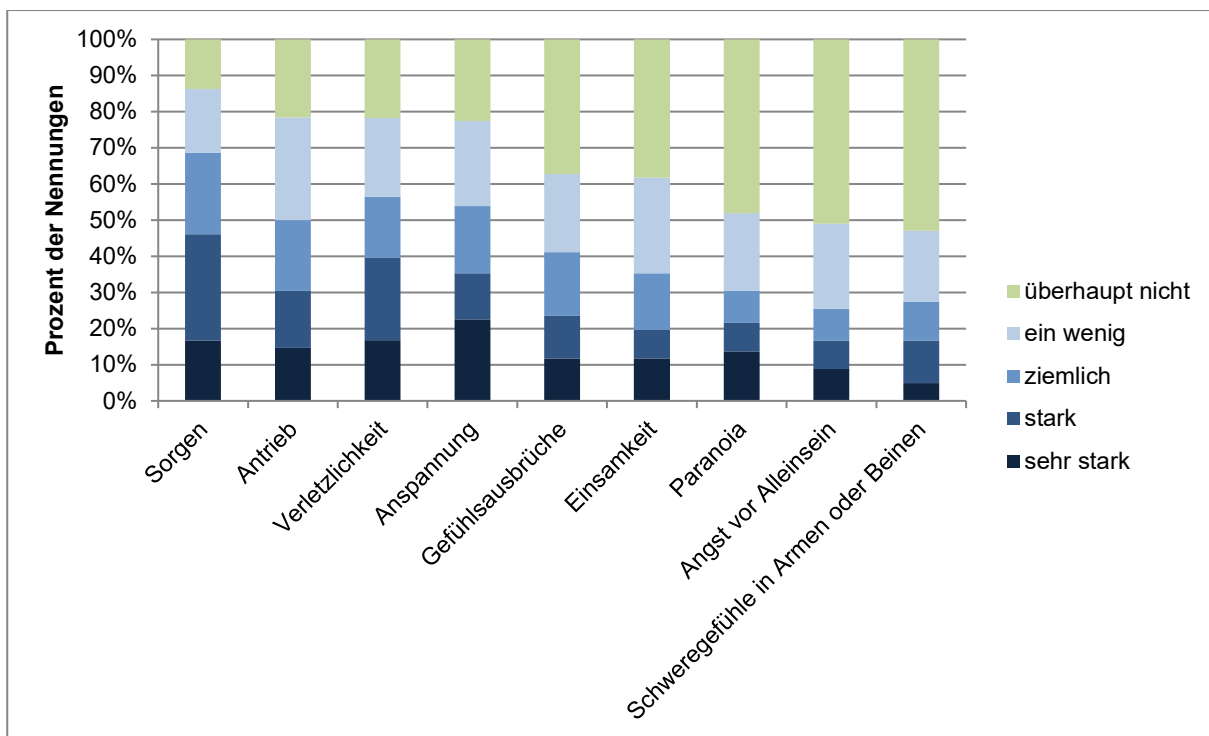


### Psychische Probleme und Symptombelastung

In einem Kurzfragebogen SCL-K-9 (Symptom-Checklist-K-9; Klaghofer & Brähler 2001), einer Kurzform der umfangreichen Symptomskala SCL-90-R (Derogatis 1986), wurde das Ausmaß der Belastung durch eine Reihe psychischer Probleme und Beschwerden abgefragt.

Abbildung 14 unterstreicht, dass sich die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer psychisch stark belastet fühlten. Die häufigsten Beschwerden betrafen das Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen, übermäßig verletzlich zu sein, sich angespannt zu fühlen und Probleme mit dem Antrieb zu haben. Geringer ausgeprägt waren Probleme in den Bereichen Beziehungsideen („Paranoia“), Angst vor dem Alleinsein oder Schweregefühle in Armen oder Beinen (ein möglicher Hinweis auf psychosomatische Probleme).

Abbildung 14: Psychische Belastung

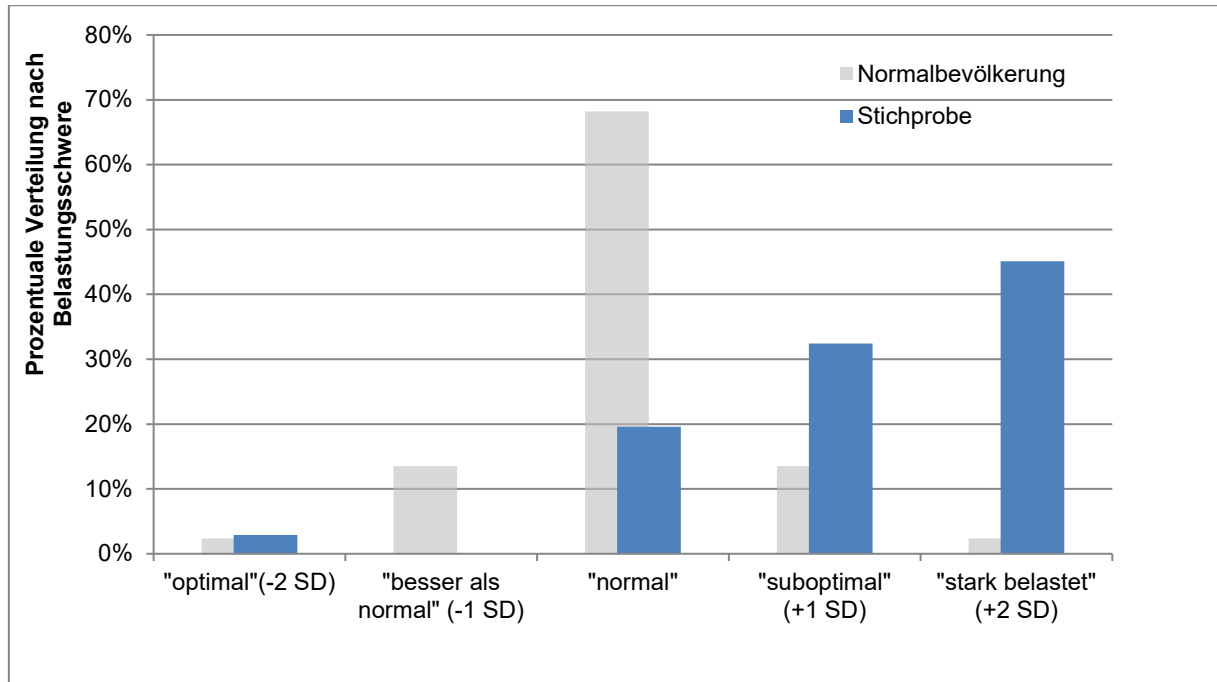


Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Aus den Antwortmöglichkeiten mit Werten von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“), ließen sich für die weiteren Vergleiche jeweils Mittelwerte sowie ein Score zur Gesamtbelastung errechnen. Dieser macht das eigentliche Ausmaß der psychischen Belastung der Betroffenen deutlich. In Analogie zum Verfahren in der Langfassung der SCL-90-R wurde dieser „Gesamtindex“ der Belastung („GSI“) in Normwerte umgewandelt. Die so erhaltene Verteilung der Werte lässt sich dann mit der Normstichprobe aus der Normalbevölkerung vergleichen. In Abbildung 15 zeigen die grauen Balken, wie sich die Antworten der Normalbevölkerung verteilen würden: ca. 68 Prozent hätten eine Belastung, die dem „Normalbereich“ zuzuordnen wäre. Zu den Rändern hin, also in den Bereichen, die auffallend über oder unter einer normalen Belastung liegen, finden sich zunehmend weniger Personen. In der Studienstichprobe ist dies deutlich anders: Fast 50 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer

erweisen sich anhand ihrer Werte als „sehr belastet“. Werte im Normalbereich haben nicht einmal 20 Prozent.

**Abbildung 15: Ausmaß psychischer Gesamtbelastung der Stichprobe im Vergleich zur Normalbevölkerung**



82

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

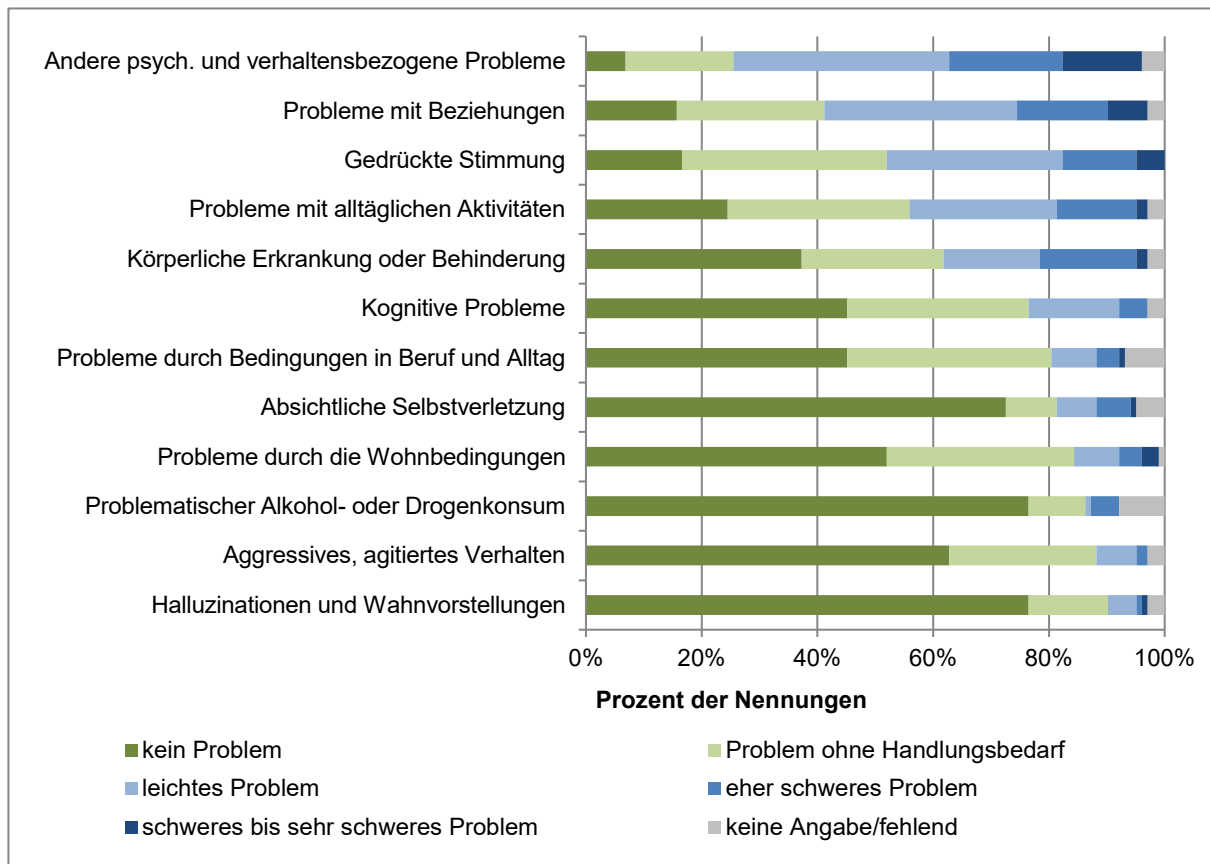
Anm.: Der Summenscore über alle Einzelwerte wurde in Anlehnung an die SCL-90-R den entsprechenden T-Werten des „Gesamtindex“ („GSI“) zugeordnet und entsprechend der Abweichungen vom Normalbereich kategorisiert. Die Bezeichnung „+1SD“ bedeutet, dass die Werte im Bereich von mehr als einer Standardabweichung und weniger als zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der Normstichprobe liegen.

**Externe Einschätzung von Symptomen und funktionaler Beeinträchtigung**

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie nannten den Forschenden eine Bezugsperson, bei der eine externe Einschätzung der Schwere von Symptomen und der funktionalen Beeinträchtigung eingeholt werden durfte. Verwendet wurde dafür die Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS). Es werden darin zwölf verschiedene Bereiche abgefragt.

Als häufigste Problembereiche mit Handlungsbedarf nahmen die befragten Bezugspersonen psychische Probleme (meist Angst, Anspannung oder Probleme mit dem Schlaf) wahr (fast drei Viertel), außerdem Probleme mit Beziehungen (fast 60 Prozent), eine gedrückte Stimmung (knapp 50 Prozent), mit alltäglichen Aktivitäten und Probleme im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen (jeweils rund 40 Prozent). Nur ein kleiner Teil der Teilnehmenden hatte aus Sicht ihrer Bezugspersonen handlungsrelevante Probleme mit Substanzmissbrauch, Halluzinationen, Selbstverletzung oder aggressivem Verhalten (Abbildung 16). Dies entspricht ziemlich genau den bereits in der Selbsteinschätzung benannten Problemfeldern mit Unterstützungsbedarf – einerseits eine hohe psychische Belastung, andererseits Beeinträchtigungen im sozialen Bereich.

Abbildung 16: Externe Einschätzung von Symptomen und funktionaler Beeinträchtigung



Datenbasis: Bezugspersonen der WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Aus den 5-stufig Likert-skalierten Items der HoNOS (0=kein Problem bis 4=schweres bis sehr schweres Problem) lassen sich Mittelwerte und ein Gesamtscore berechnen. Der Mittelwert des Gesamtscores beträgt 11,4 Punkte (SD=5,99, N=99) bei einer theoretisch möglichen Spanne von 0 bis 60 Punkten.

**Teilhabeperspektiven in den Bereichen Wohnen und Beschäftigung**

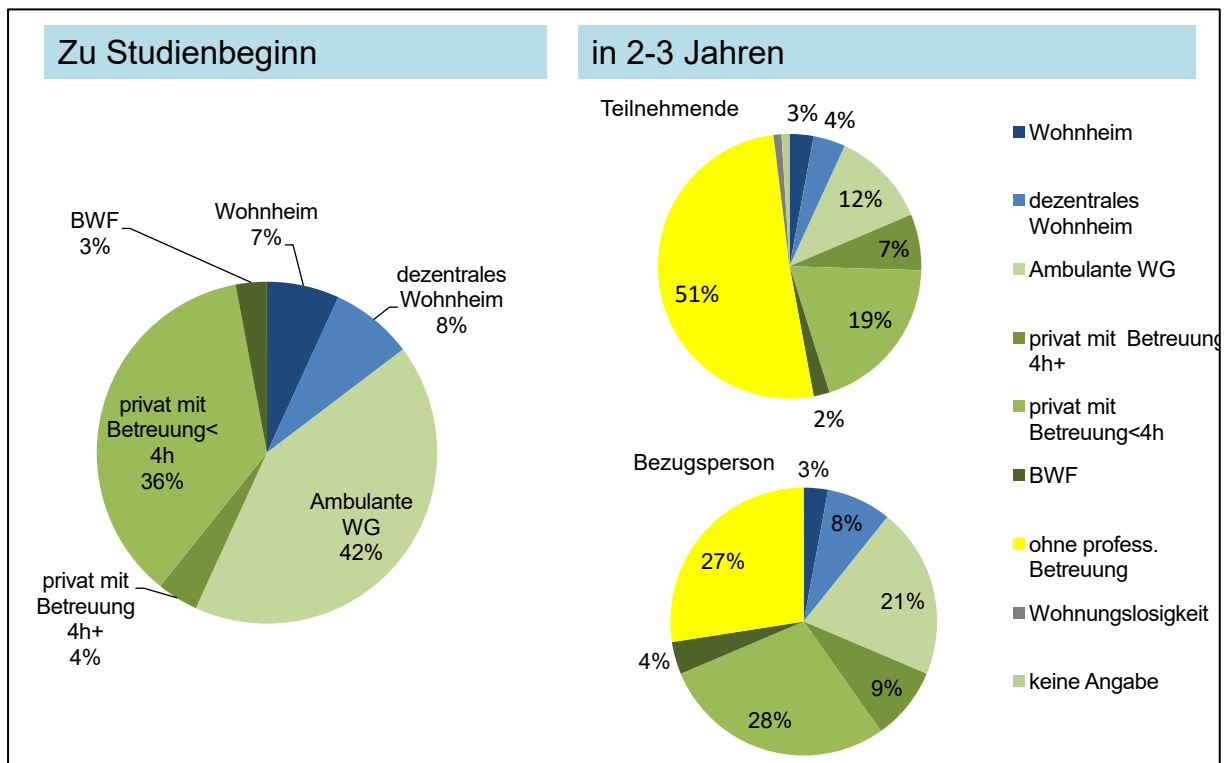
„Wie wird es in zwei bis drei Jahren sein?“ Welche Zukunftsperspektiven sahen die Teilnehmenden und die befragten Bezugspersonen zu Beginn der Studie in Bezug auf Wohnen und Beschäftigung?

**Perspektive im Bereich Wohnen**

Abbildung 17 zeigt links die Wohnform der Teilnehmenden zu Beginn der Studie. Rechts ist die Einschätzung der Betroffenen sowie ihrer Bezugspersonen abgebildet. Es fällt auf, dass sich etwa die Hälfte der Teilnehmenden in Zukunft in einer unbetreuten Wohnform sah. Die Bezugspersonen hatten diese Perspektive für mindestens ein Viertel ihrer Klientinnen und Klienten vor Augen. Menschen in stationären Wohnformen waren in der Stichprobe bereits zu Beginn deutlich in der Minderzahl. Sowohl Betreuende als auch Teilnehmende gingen davon aus, dass ein Teil von ihnen in ambulante Wohnformen überwechseln werde. Auf beiden Seiten wurde die Perspektive geäußert, dass in zwei bis drei Jahren längst nicht mehr so viele Teilnehmende in ambulanten WGs, sondern eher in privaten Settings wohnen würden.

**Abbildung 17: Perspektive im Bereich Wohnen – Ausgangslage und Prognose aus Sicht der Teilnehmenden und ihrer Bezugspersonen**

84



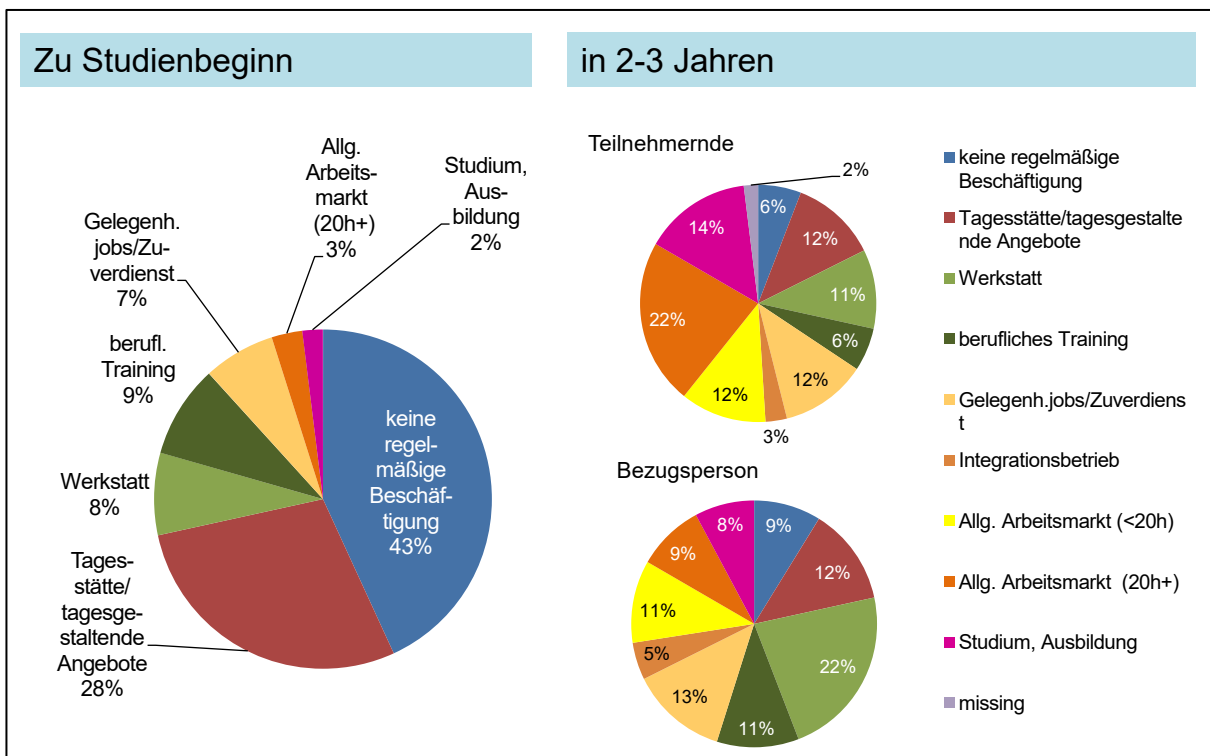
Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102) und Bezugspersonen (N=102)

### Perspektive im Bereich Beschäftigung

Die aktuelle Beschäftigungssituation zu Beginn der Studie ist in Abbildung 18 auf der linken Seite dargestellt. Über 40 Prozent hatten keine Beschäftigung oder geregelte Tagesstruktur (rotes Segment). Über ein Viertel besuchte eine Tagesstätte oder tagesstrukturierende Angebote (blaues Segment). Eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt war selten, allenfalls wurden Gelegenheitsjobs angenommen oder Zuverdienstmöglichkeiten (beige) genutzt.

Was die Entwicklungsmöglichkeiten in den folgenden zwei bis drei Jahren anbelangt (rechte Seite der Abbildung), nahmen sowohl Betreuende als auch die befragten Klientinnen und Klienten an, dass nur noch ein geringer Teil keiner regelmäßigen Beschäftigung nachgehen werde und auch der Anteil der Personen zurückgehen werde, der tagesstrukturierende Angebote nutze. Über ein Drittel der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sah sich in Zukunft einer Tätigkeit in Voll- oder Teilzeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen (gelb und orange). Insgesamt fast zwei Drittel sahen sich entweder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, in Gelegenheits- oder geringfügigen Jobs, in Integrationsfirmen oder in Ausbildung beziehungsweise im Studium (beige bis pinkfarbene Segmente).

**Abbildung 18: Perspektive im Bereich Beschäftigung – Ausgangslage und Prognose aus Sicht der Teilnehmenden und ihrer Bezugspersonen**



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102) und Bezugspersonen (N=102)

Der Anteil der befragten Bezugspersonen, die eine Perspektive auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt oder in einem Ausbildungsverhältnis sahen, ist deutlich geringer. Über 40 Prozent von ihnen gingen immerhin von einem regulären oder stundenweisen Beschäftigungsverhältnis, von Gelegenheitsarbeiten und Zuverdienstmöglichkeiten oder einer Ausbildung aus.

Aus ihrer Sicht werden 30 Prozent der Befragten in Zukunft in einer beruflichen Trainingsmaßnahme sein oder eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen ausüben. In den Zukunftsvisionen der Studienteilnehmenden spielte dieser Weg eine wesentlich geringere Rolle.

### 5.3.3 Zusammenfassung der Ausgangssituation

Mit den 102 Teilnehmenden konnten geschätzt ca. 20 bis 25 Prozent der für diese Studie in Frage kommenden Zielgruppe erreicht werden. Die Studienteilnehmenden nutzten die Dienste von 18 der zum Zeitpunkt der Untersuchung in diesem Bereich aktiven Leistungserbringer. Sie repräsentieren somit ein breites Spektrum an verschiedenen Leistungserbringern.

Der Vergleich mit einer Kontrollstichprobe von Leistungsberechtigten aus denselben Regionen in den Jahren 2014 und 2015 ergibt nur in wenigen Bereichen Unterschiede. Die Versorgungsregionen sind gleichermaßen repräsentiert. In Hinblick auf Alter, Geschlecht, Wohnsetting (privat, institutionell) sowie Beschäftigungsstatus zum Zeitpunkt des Studienbeginns sind die Stichproben vergleichbar. Allerdings sind die Leistungsberechtigten in stationären Wohnformen in der Studie unterrepräsentiert (15 Prozent vs. 29 Prozent). Möglicherweise hängt dies damit zusammen, dass während des Rekrutierungszeitraums aus verschiedenen Gründen weniger Menschen in stationäre Wohnformen vermittelt wurden, die hätten angesprochen werden können. Auch ist zu vermuten, dass diese Personen aus verschiedenen Gründen (z. B. Sprachbarrieren, stark eingeschränkte Belastbarkeit) nicht für die Studie in Frage kamen oder dass hier der Anteil der Studienablehner höher war. Außerdem nahmen weniger Menschen mit der Diagnose einer schizophrenen Erkrankung und mehr mit affektiven Störungen an der Studie teil als dies dem jeweiligen tatsächlichen Anteil im Versorgungsgeschehen entspricht. Diese Einschränkungen gilt es beim Blick in die weiteren Ergebnisse zu berücksichtigen.

86

Drei Viertel der 102 Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer waren völlige Neueinsteiger im Bereich der Wohnunterstützung oder Personen, bei denen die Erfahrung mit unterstützten Wohnformen länger als ein Jahr zurück lag. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten in der Regel Hauptdiagnosen einer affektiven Störung oder einer schizophrenen Erkrankung. Mehrfachdiagnosen und zusätzliche somatische Erkrankungen waren häufig. Viele waren im Jahr vor der Befragung in stationärer beziehungsweise teilstationärer Behandlung gewesen.

Im Vergleich zur Normalbevölkerung waren die Teilnehmenden funktional deutlich eingeschränkt. Am stärksten betroffen waren die Bereiche sozialer Rückzug und soziale Aktivitäten. Ein vorrangiges Problem der Befragten war außerdem die große psychische Belastung, insbesondere Anspannung, Sorgen, Dünnhäutigkeit und Antriebslosigkeit. Sie erlebten ihre seelischen wie auch körperlichen Probleme als einschränkend für ihre Verwirklichungschancen, als eine Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und nicht selten als Bereiche mit ungedecktem Unterstützungsbedarf. Außerdem gab ein großer Anteil der Betroffenen an, ernste Probleme mit Partnerschaften und Beziehungen zu haben. Unterstrichen wurden die Befunde durch die jeweiligen Bezugsmitarbeitenden, die nach ihrer Einschätzung zu Symptomen und zum Funktionsniveau befragt wurden. Auch sie sahen die häufigsten Probleme ihrer

Klientinnen und Klienten in den Bereichen psychische Anspannung, gedrückte Stimmung, Ausübung von Alltagsaktivitäten, Beziehungen und körperlichen Problemen.

Die Teilnehmenden selbst schätzten zwar ihre Wohnsituation als wichtigen Bereich mit hohem Unterstützungsbedarf ein. Abgesehen von Einzelfällen empfanden sie die geleistete Unterstützung jedoch als ausreichend und äußerten sich mit der jetzigen Wohnform zufrieden. Mit wenigen Ausnahmen waren selbst diejenigen, die nach eigenen Angaben nicht selbst über ihre Wohnform entschieden hatten, zumindest teilweise zufrieden.

Insgesamt sahen die Teilnehmenden ihre Zukunft bei der ersten Befragung sowohl in Hinblick auf das Wohnen als auch auf die Beschäftigungssituation mit erheblich mehr Optimismus als ihre Bezugspersonen. Doch selbst die Bezugspersonen prognostizierten zu einem nicht geringen Teil, dass ihre Klientel in zwei bis drei Jahren wieder selbständig leben und (zumindest stundenweise) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig sein oder einer Ausbildung nachgehen würde.

### 5.3.4 Veränderungen im Verlauf

#### Verlauf der Teilnahme

Die erste Katamnese fand rund 6 Monate (+/- 6 Wochen) nach der Erstbefragung statt. Von den anfänglichen 102 Teilnehmerinnen und Teilnehmern nahmen 91 (89 Prozent) erneut teil. Bei der zweiten Katamnese konnten immerhin noch 85 Personen (83 Prozent) der Stichprobe erreicht werden, was einer guten Wiedergewinnungsrate entspricht. Diese Nacherhebung fand aufgrund der Verlängerung des Rekrutierungszeitraums in einer Zeitspanne von zwölf bis 18 Monaten nach der Erstbefragung statt. Über zwei Drittel der Teilnehmenden wurden zum ursprünglich geplanten Katamnesezeitpunkt von 18 Monaten (+/- 6 Wochen) befragt. Die übrigen verteilten sich auf die Zeitspanne zwischen zwölf und 16 Monaten.

87

#### Unterschiede zwischen Completern und Dropout

Der Anteil der Personen, die ihre Teilnahme an der Studie vor dem regulären Ende abbrachen („Dropout“) unterschied sich nicht überzufällig in den verschiedenen Stadt- und Landkreisen (Tabelle 10).

**Tabelle 10: Häufigkeiten von Completern und Dropout in den Stadt- und Landkreisen**

	LK Ravensburg	Bodenseekreis	Stadt Heidelberg	Rhein-Neckar-Kreis	Gesamt
Completer	25 (83%)	17 (94%)	15 (83%)	28 (78%)	85 (83%)
Dropout	5 (17%)	1 (6%)	3 (17%)	8 (22%)	17 (17%)
Gesamt	30	18	18	36	102

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Anm.: In Klammern stehen die relativen Häufigkeiten bezogen auf den jeweiligen Stadt-/Landkreis.

Die Personen, die bis zum Ende blieben („Completer“) und Studienabbrecher („Dropout“) waren auch hinsichtlich der soziodemographischen und klinischen Merkmale Alter, Geschlecht, Schulbildung, Berufsausbildung, Hauptdiagnose, Dauer der Erkrankung sowie stationäre oder teilstationäre Vorbehandlung im vorangegangenen Jahr vergleichbar. Es zeigten sich keinerlei signifikante Unterschiede. Ein kleiner signifikanter Unterschied betrifft das Vorliegen einer gesetzlichen Betreuung. Von den Abbrechern hatten nur 18 Prozent eine gesetzliche Betreuung, von den Completern hingegen 47 Prozent ( $p < 0.05$ ). Studienabbrecher waren außerdem zu Beginn der Studie seltener in tagesstrukturierenden Maßnahmen (12 vs. 32 Prozent) oder in einer Werkstatt (0 vs. 9 Prozent). Hingegen hatten sie häufiger entweder keine Beschäftigung (53 vs. 41 Prozent), oder gingen einer Arbeit (auch Ausbildung oder Studium) mindestens im Umfang von Gelegenheitsjobs nach (36 vs. 7 Prozent).

Von einem Studienabbruch waren der ambulante und der stationäre Bereich annähernd gleich betroffen. In ambulanten Unterstützungssettings beendeten 16 Teilnehmende die Studie vorzeitig, in stationären tat dies nur eine Person. Diese Unterschiede liegen aber im Zufallsbereich. Außerdem zeigten sich keine Unterschiede dahingehend, ob die Abbrecher zum ersten Mal Wohnunterstützung erhielten oder bereits früher Erfahrungen in diesem Bereich gemacht hatten. Hingegen wurden Unterkunft und Unterstützung durch die Studienabbrecher bereits zu Studienbeginn an einigen Stellen anders bewertet als durch die Completer. Dabei unterschied sich die Zufriedenheit mit der Wohnform, mit Größe und Ausstattung, mit Regeln und Vorgaben und der Unterstützung in Krisen nicht. Auf einer Skala von 1 („sehr zufrieden“) bis 5 („sehr unzufrieden“) bewerteten Studienabbrecher aber die Möglichkeiten zur Mitsprache bei der Gestaltung von Zimmern und Räumen als weniger zufriedenstellend (MW = 2,35 vs. 1.64,  $p < 0.01$ ). Ebenfalls unzufriedener zeigten sie sich mit der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung (MW = 2,59 vs. 2,04;  $p < 0.05$ ) und beim Entwickeln von mehr Selbstständigkeit (MW = 2,65 vs. 2,1,  $p < 0.05$ ).

88

Nicht alle Aussteiger aus der Wohnunterstützung verließen damit zugleich auch die Studie. Bei der letzten Befragung lebten von den 85 Teilnehmenden bereits 11 nicht mehr in einer unterstützten Wohnform der Eingliederungshilfe. Der Anteil der Aussteiger war aber bei den Studien-Dropouts deutlich höher (59 Prozent) als bei den Completern (13 Prozent). Der Unterschied ist signifikant ( $p < 0.001$ ).

Bei den Baseline-Werten der Untersuchungsinstrumente zu sozialen Funktionen, Lebensqualität, Verwirklichungschancen oder Bedarfen zeigen sich so gut wie keine Unterschiede zwischen Dropout und Completern.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die Unterschiede zwischen regulär bis zum Ende Teilnehmenden und Studienabbrechern relativ gering sind. Die Variablen, in denen sich Unterschiede zeigen, lassen die vorsichtige Deutung zu, dass bei den Abbrechern möglicherweise eine etwas geringere Bindung an das Unterstützungssystem insgesamt bestand, so zum Beispiel im Bereich Beschäftigung. Und an einigen Stellen wurde offensichtlich auch eine andere Erwartung an die Unterstützung beim Wohnen gerichtet. Die eher geringen Zufriedenheitswerte hinsichtlich Mitsprachemöglichkeiten, dem Hinarbeiten auf Selbstständigkeit und der Krankheitsbewältigung könnten dies andeuten.



## Veränderung der Lebensumstände zwischen erster und letzter Befragung

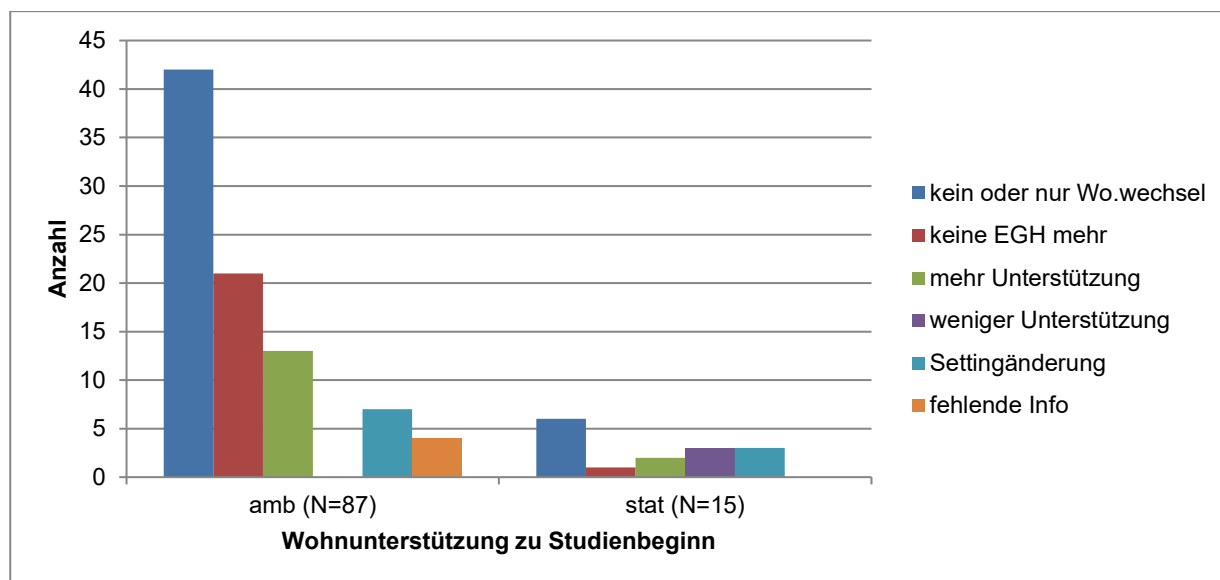
### Veränderung der Wohnsituation

Von den insgesamt 102 Teilnehmenden wohnten zu Beginn 87 Personen ambulant und 15 stationär. Um die Häufigkeit eines Wechsels der Wohnsituation bei Menschen in unterstützten Wohnformen abzuschätzen, wurde der letzte bekannte Aufenthalt herangezogen und mit der Ausgangssituation verglichen, auch bei Personen, die ihre Studienteilnahme vorzeitig beendeten. Bei 98 Personen konnte der letzte bekannte Aufenthalt ermittelt werden. Abbildung 19 zeigt die Veränderungen im Laufe des Studienzeitraums. Insgesamt behielt nur knapp die Hälfte die ursprüngliche Wohnung und den Unterstützungsumfang bei.

Bei rund der Hälfte der Personen, die zu Beginn in den ambulant unterstützten Wohnformen wohnten, blieben der Unterstützungsumfang und die Form gleich, auch wenn es zu einem Wohnungsumzug kam. Bei 13 Personen erhöhte sich die Unterstützungsintensität. Vier davon wechselten in stationäre Unterstützung, die anderen in ABWplus oder intensives ambulant betreutes Wohnen. Eine reine Settingänderung (von der betreuten WG in ein privates Setting alleine oder mit Angehörigen und umgekehrt bei gleichem Unterstützungsumfang) betraf weniger als 10 Prozent. Etwa ein Viertel schied ganz aus der Unterstützung durch die Eingliederungshilfe aus.

Abbildung 19: Veränderung der Wohnsituation im Laufe der Studie

89



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)

Anm.: amb: ambulant betreute Wohnformen; stat: stationäre Wohnformen; kein oder nur Wo.wechsel: es gab keine Veränderung im Unterstützungsumfang, allenfalls Wohnungsumzug; keine EGH mehr: Ausstieg aus der Unterstützung in Form von Eingliederungshilfe; Settingänderung: Wechsel von privater Wohnung in eine WG und umgekehrt bei gleichbleibendem Unterstützungsumfang

Bei über einem Drittel der eingangs in stationären Wohnformen lebenden Personen blieb die Art der Unterstützung vollkommen unverändert. Bei drei Teilnehmenden änderte sich das Setting – es gab einen Wechsel vom dezentralen Wohnen in ein Heimsetting mit nächtlicher

Rufbereitschaft. Zwei Personen erhielten mehr Unterstützung, drei Personen weniger Unterstützung. Nur eine Person verließ das unterstützte Wohnen ganz.

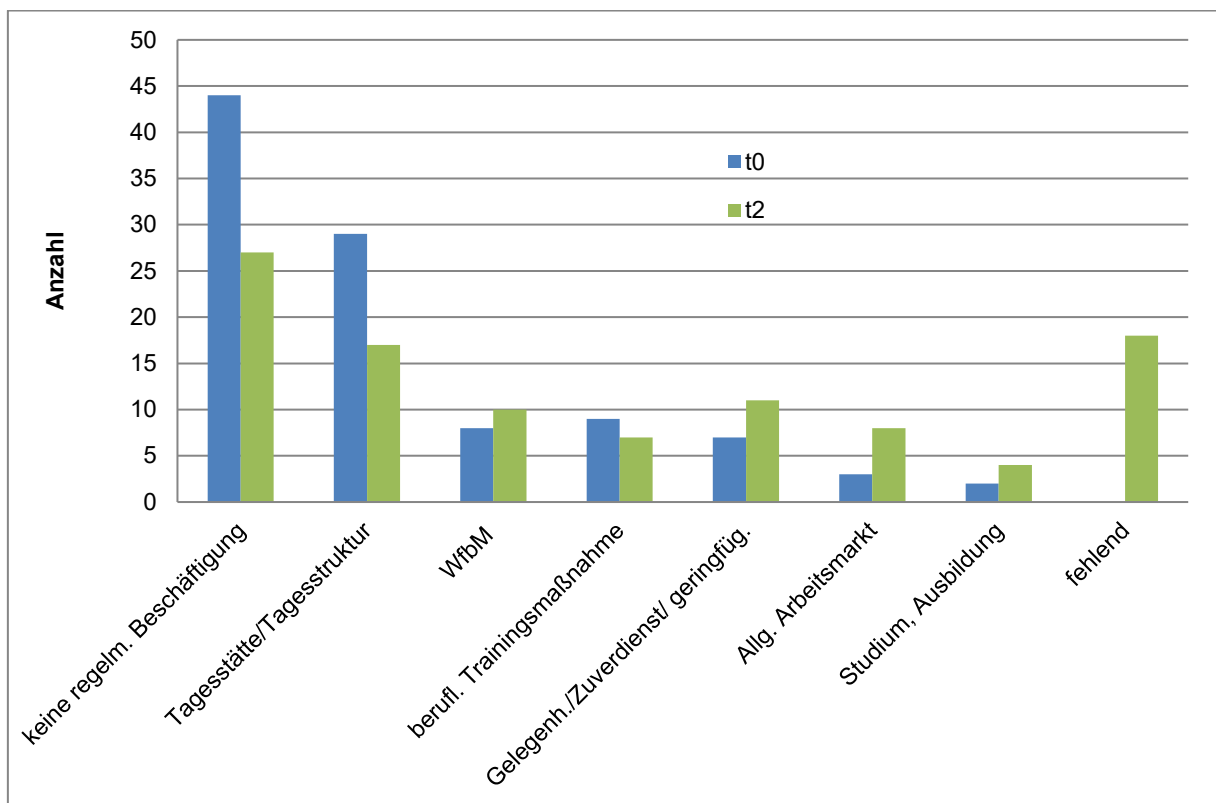
Alles in allem weist die folgende Abbildung darauf hin, dass innerhalb der ersten eineinhalb Jahre relativ viel Fluktuation herrschte. Bei über der Hälfte der Betroffenen fand nochmals eine Anpassung oder Nachjustierung der Unterstützung statt.

**Veränderung der Beschäftigungssituation**

Abbildung 20 zeigt, dass sich die Beschäftigungssituation über die Zeit verändert hat. Die Informationen basieren auf den Angaben der Teilnehmenden bei Studienbeginn und bei der Befragung nach 18 Monaten. Für 18 der ursprünglich 102 Personen (darunter 17 Studienabbrecher) liegt am Ende keine Information mehr vor. Unter den Completern hat sich die Zahl derjenigen verringert, die keiner regelmäßigen Beschäftigung oder Tagesstruktur nachgehen. Es nahmen mehr Menschen das Angebot von Tagesstätten, von tagesstrukturierenden Maßnahmen oder einer Werkstatt wahr. Ebenfalls gestiegen ist die Zahl der Personen, die entweder in geringem Umfang (Gelegenheitsjobs, Zuverdienst, geringfügige Beschäftigung) berufstätig, in Ausbildung (auch Schule oder Studium) waren oder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt eine Tätigkeit fanden. Sie machen insgesamt knapp ein Viertel der ursprünglich Teilnehmenden aus. Ihr Anteil hat sich damit gegenüber dem Beginn der Untersuchung verdoppelt. Es ist anzunehmen, dass unter den Studiendropouts weitere Personen sind, die im Laufe der Zeit eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gefunden haben.

90

**Abbildung 20: Veränderung der Beschäftigungssituation im Laufe der Studie**



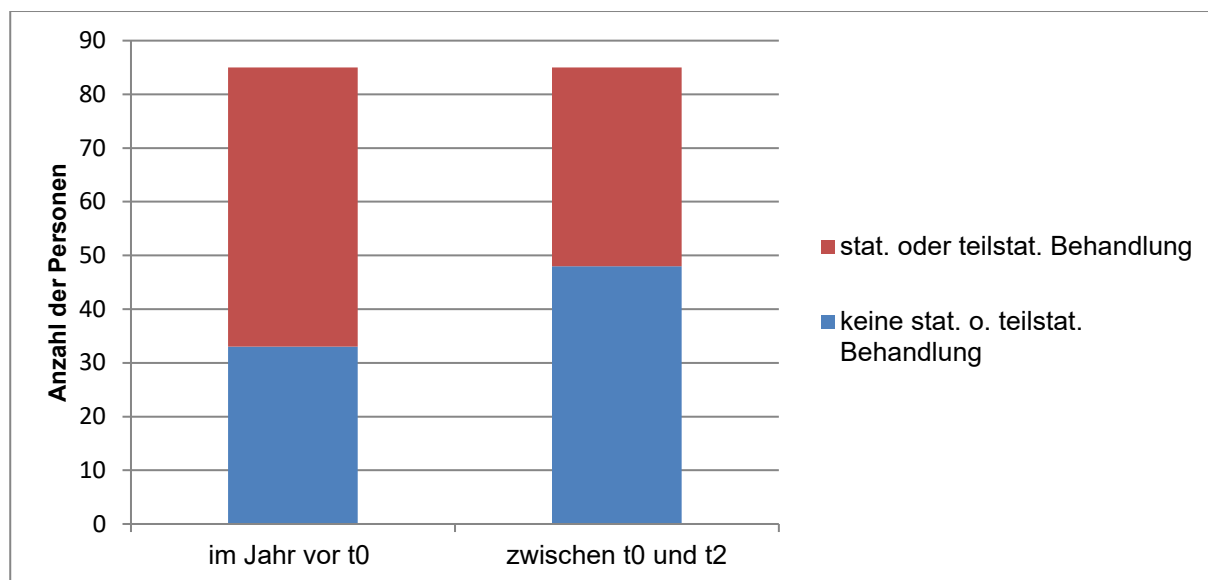
Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe (N=102)  
 Anm.: t0: erste Befragung, t2: Befragung nach zwölf bis 18 Monaten

### Veränderung der Häufigkeit stationärer und teilstationärer Behandlungen

Zu Studienbeginn berichteten 61 Prozent der Befragten, sie seien im Jahr vor der Studie in stationärer oder teilstationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. Im ersten halben Jahr nach Studienbeginn betrug der Anteil der Personen, die inzwischen in stationärer oder teilstationärer Behandlung waren, 30 Prozent, zwischen der zweiten und dritten Befragung lag er bei 34 Prozent.

In Abbildung 21 sind zum direkten Vergleich nur jene Personen abgebildet, die von Anfang bis Ende an der Untersuchung teilgenommen haben. Man erkennt, dass der Anteil von Menschen, die im Jahr vor Studienbeginn in stationärer und teilstationärer Behandlung waren, deutlich höher ist als in den 18 Monaten nach Studienbeginn. Es ist natürlich möglich, dass der vorangegangene Klinikaufenthalt überhaupt der Auslöser für die Initiierung der Unterstützung beziehungsweise die Veränderung des Unterstützungsumfangs war und dass daraus die Häufigkeit von Klinikaufhalten im Jahr vor Studieneinstieg resultiert. Andererseits könnte die geringere Zahl von Klinikaufhalten nach dem Einstieg darauf hinweisen, dass mit dem Wechsel ein Prozess der psychischen Stabilisierung in Gang gekommen ist. Gleichwohl zeigt sich, dass das psychische Gleichgewicht eines Drittels der Stichprobe auch auf Dauer fragil war beziehungsweise dass ihre Grunderkrankungen von phasischen Verläufen gekennzeichnet waren. Die Veränderungen sind signifikant ( $p < 0.05$ ).

Abbildung 21: Klinikaufhalte vor und nach Studienbeginn



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=85)

Anm.: t0: erste Befragung, t2: Befragung nach zwölf bis 18 Monaten.

**Veränderung von Sozialer Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Verwirklichungschancen und psychosozialer Problemstellung**

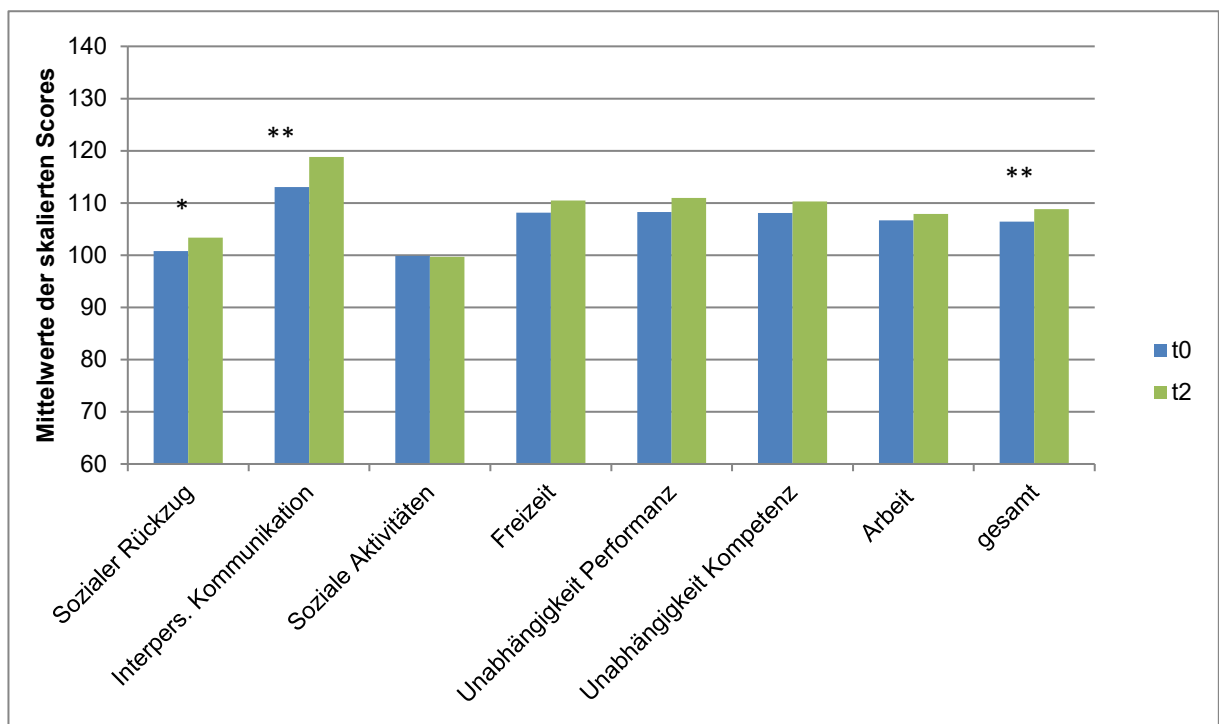
**Soziale Funktionsfähigkeit**

In Abbildung 22 werden die Mittelwerte der verschiedenen SFS-Subskalen („skalierte Scores“) zu Beginn der Untersuchung im Vergleich zur zweiten Befragung nach einem Jahr bis anderthalb Jahren (t2) dargestellt. In fast allen Bereichen schienen die Betroffenen Verbesserungen zu erzielen. Ein Mittelwertsvergleich verbundener Stichproben zeigt, dass die Unterschiede in den Bereichen Rückzug und Kommunikation sowie im Gesamtscore mehr als zufällig sind (Sozialer Rückzug  $p < 0.05$ ; Kommunikation  $p < 0.001$ ; Gesamt  $p < 0.001$ ).

Der Bereich mit den höchsten Werten, interpersonelle Kommunikation, verbesserte sich so weit, dass er am Ende durchaus dem einer Stichprobe nicht erkrankter Personen entspricht (Iffland 2015). Das Schlusslicht bildet der Bereich soziale Aktivitäten. Darunter kann man sich Dinge wie Besuche bei Freunden oder der Familie vorstellen, es fallen jedoch auch viele Aktivitäten in diesen Bereich, die mit finanziellem Einsatz verbunden sind (Kino, Museum, Kurse, Vereine, Kneipe etc.). Angesichts der knapp begrenzten finanziellen Mittel der Menschen, die in der Eingliederungshilfe unterstützt werden, ist es nicht erstaunlich, dass sich hier über die Zeit keine Veränderung abzeichnet.

92

**Abbildung 22: Soziale Funktionsfähigkeit im Studienverlauf**



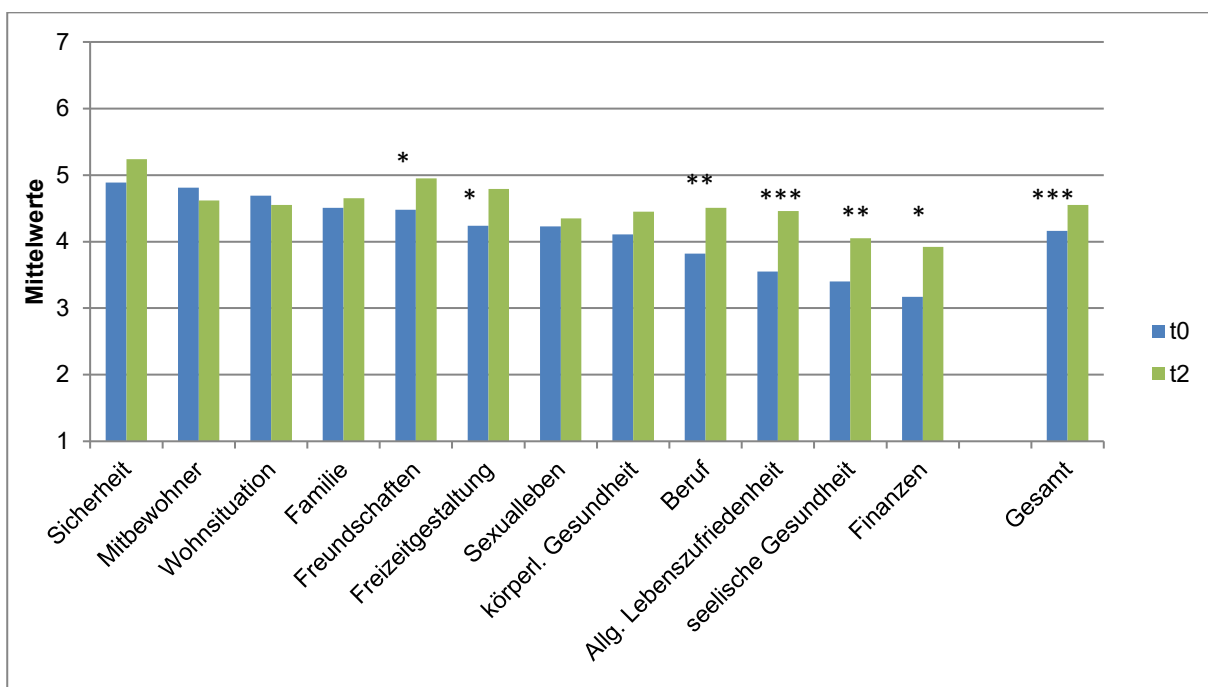
Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=85)

Anm.: \*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ . Theoretisch mögliche Spanne der skalierten Punkte: von 55 bis 145. Höhere Werte bedeuten geringere Einschränkung in Bezug auf den jeweiligen Bereich. t0: erste Befragung, t2: Befragung nach zwölf bis 18 Monaten.

### Subjektive Lebensqualität

Der paarweise Vergleich der Ausgangswerte mit den Endwerten in Abbildung 23 zeigt, dass die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in einigen Bereichen einen deutlichen Zuwachs an Zufriedenheit erzielen konnten. Dies betrifft insbesondere jene Bereiche, in denen zu Beginn die auffälligsten Einschränkungen erlebt wurden: Finanzen, seelische Gesundheit, allgemeine Lebenszufriedenheit und Beruf. Doch auch in den Bereichen Freundschaften und Freizeitgestaltung ergaben sich signifikant höhere Werte. Sie rückten auf Platz zwei und drei, direkt hinter den höchsten Wert (Zufriedenheit mit dem Bereich Sicherheit). Auch der Gesamtscore über alle Bereiche zeigt eine signifikante Steigerung über die Zeit ( $p < 0.001$ ).

Abbildung 23: Subjektive Lebensqualität und Zufriedenheit im Studienverlauf



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=85)

Anm.: Ein Wert von 1 entspricht äußerster Unzufriedenheit, ein Wert von 7 äußerster Zufriedenheit.

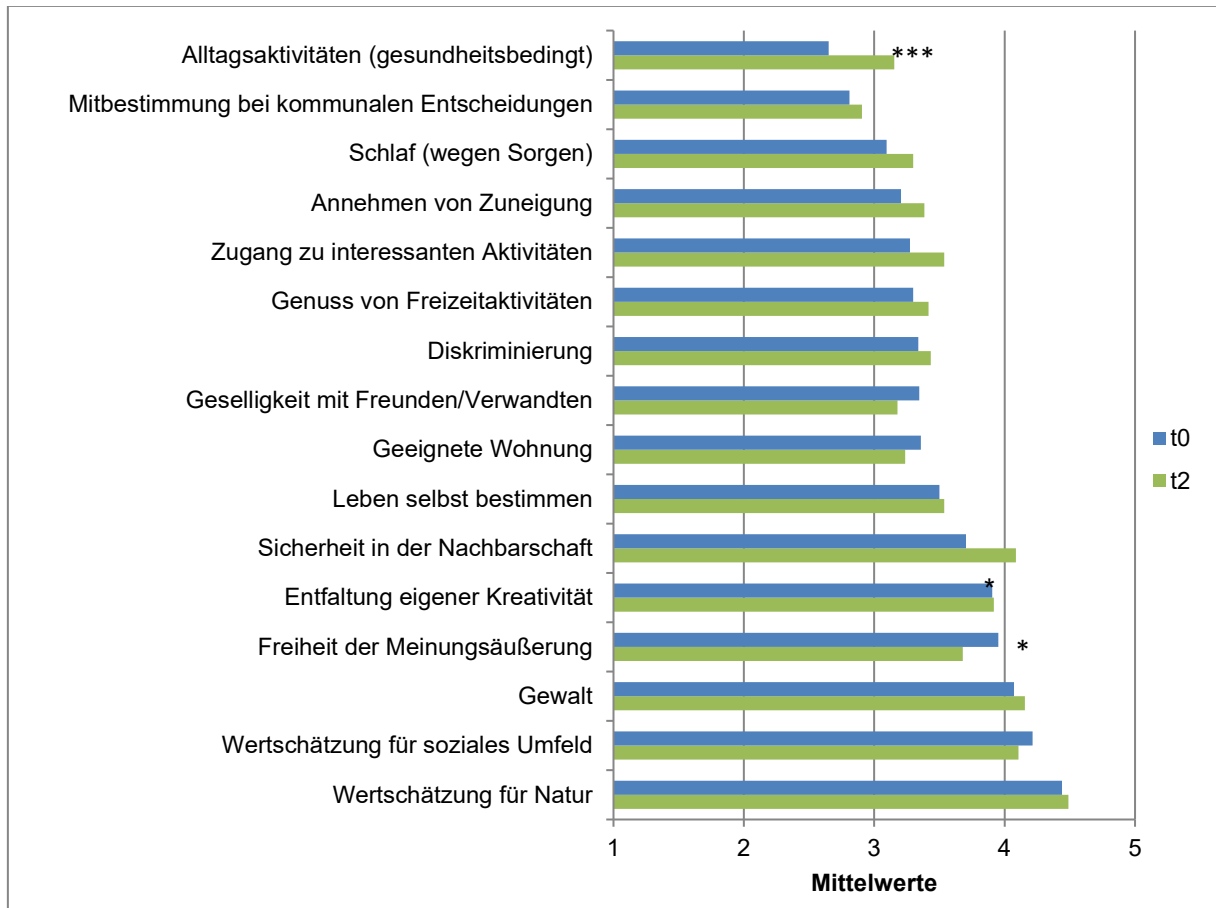
\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$ ; t0: erste Befragung, t2: Befragung nach zwölf bis 18 Monaten.

### Verwirklichungschancen – Capabilities

Was die Verwirklichungschancen in verschiedenen Lebensbereichen anbelangt, ergibt sich ein heterogenes Bild (Abbildung 24). Der Bereich, in dem zu Beginn die meisten Einschränkungen erlebt wurden, erfährt eine deutliche Verbesserung: Die Befragten erlebten sich zum Abschluss der Studie weniger durch ihren Gesundheitszustand in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt, als dies zu Beginn der Studie der Fall war. Auch fühlten sie sich in der Nachbarschaft sicherer. Hingegen nimmt die Einschätzung, die eigene Meinung frei äußern zu können, etwas ab. In den restlichen Bereichen liegen die Veränderungen im Zufallsbereich. Auch der standardisierte Gesamtscore (theoretische Spanne von 0 bis 100) erfährt mit einer Verschiebung von 62,7 (SD=14,51) auf 64,9 (SD=15,30) keine signifikante Veränderung. Die durchschnittlich am häufigsten genannten Einschränkungen von Verwirklichungschancen zum Studienende beziehen sich auf die Lebensbereiche Mitsprache bei kommunalen Entscheidungen, gesundheitsbedingte Einschränkungen der Alltagsaktivitäten, Schlaflosigkeit

wegen Sorgen, Möglichkeiten zu Geselligkeit und auf eine den eigenen Bedürfnissen angemessene Wohnsituation.

Abbildung 24: Verwirklichungschancen – Capabilities im Studienverlauf



94

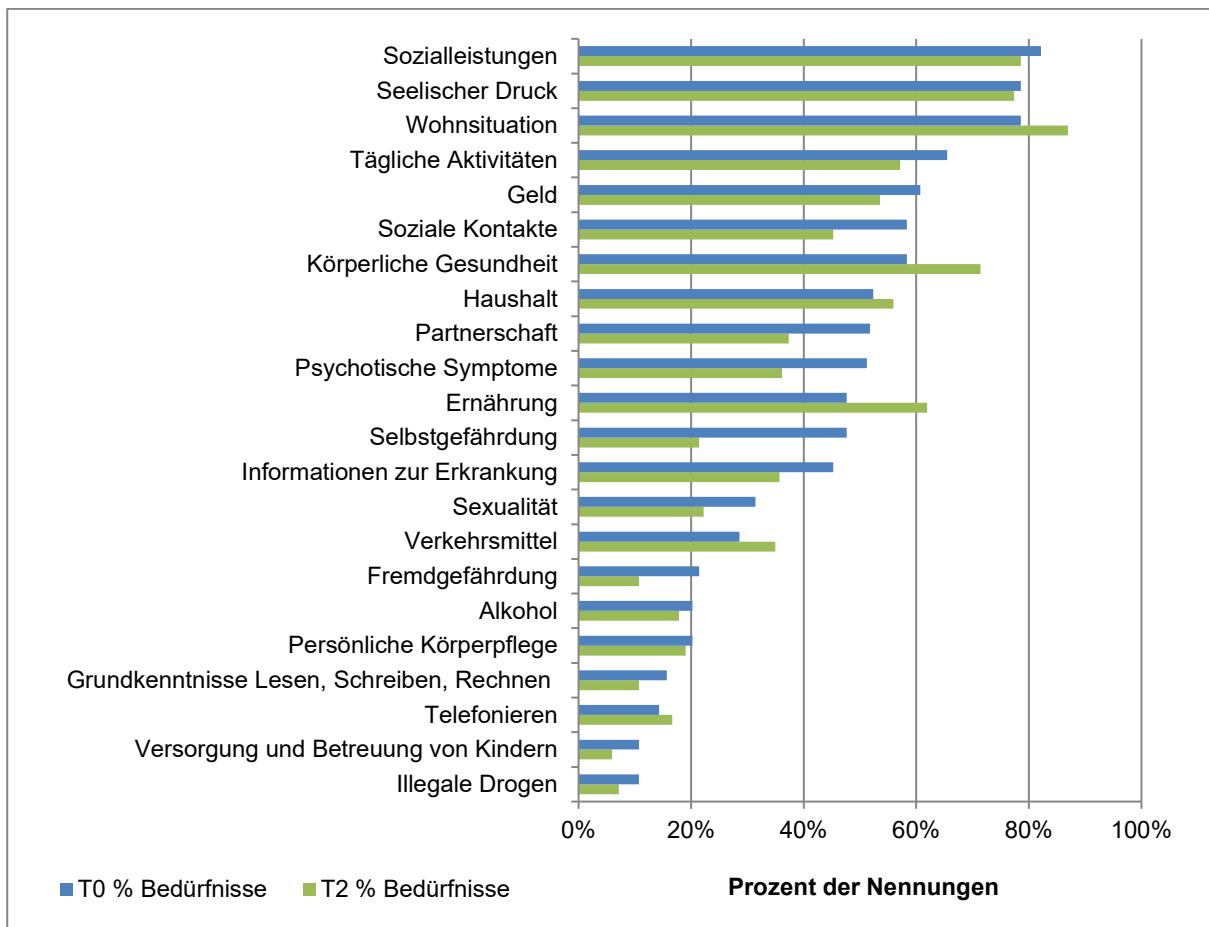
Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=85)

Anm.: Ein Wert von 5 bedeutet hohe Verwirklichungschancen, ein Wert von 1 bedeutet vollkommen eingeschränkte Verwirklichungschancen; \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001; t0: erste Befragung, t2: Befragung nach zwölf bis 18 Monaten.

**Unterstützungs- und Versorgungsbedarf**

In Abbildung 25 sind die verschiedenen Bereiche abgebildet, in denen generell ein Unterstützungsbedarf besteht, unabhängig davon, ob er gedeckt ist oder nicht. An erster Stelle stehen dabei das Erhalten von Sozialleistungen, seelische Belastung und die Wohnsituation. Dies wurde zu Beginn wie auch am Ende der Untersuchung von etwa 80 Prozent der Befragten so benannt. Im Bereich Wohnen zeichnet sich sogar eine leichte Steigerung des Bedarfs ab. In vielen Bereichen nahm der Unterstützungsbedarf über die Zeit ab, am deutlichsten in den Bereichen Selbstgefährdung, psychotische Symptome, soziale Kontakte und Partnerschaft. Neben dem Bedarf im Bereich Wohnen nahmen die Unterstützungsbedürfnisse in den Bereichen körperliche Gesundheit und Ernährung zu. Die Anzahl genannter Bedürfnisse insgesamt (erfüllt oder unerfüllt) verringerte sich im Studienzeitraum signifikant von durchschnittlich 9,5 auf 8,6 Bereiche (p<0.05).

Abbildung 25: Veränderung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs im Studienverlauf

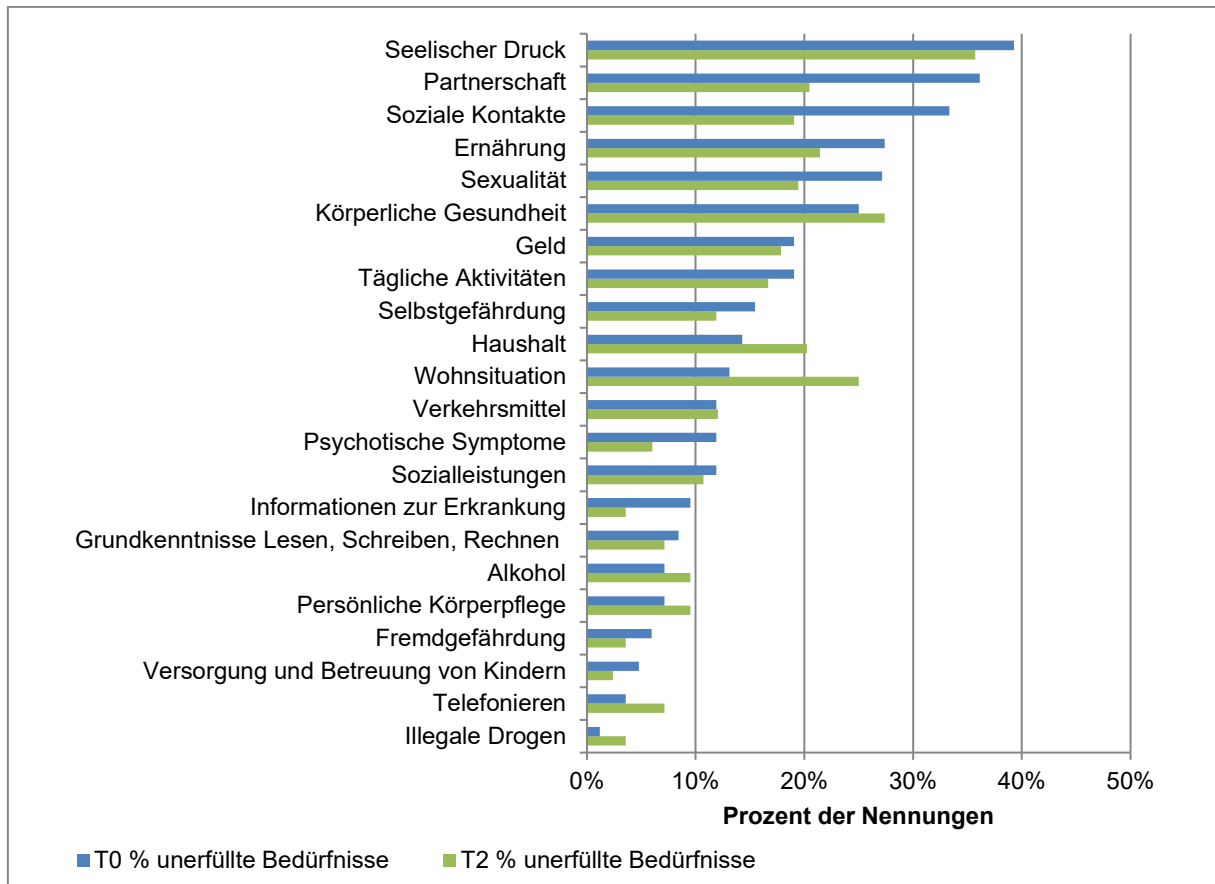


Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=85)  
Anm.: t0: erste Befragung, t2: Befragung nach zwölf bis 18 Monaten.

Welche Bedürfnisse bleiben nun im Laufe der Zeit unerfüllt? Ein detaillierteres Licht hierauf wirft Abbildung 26. Die häufigsten unerfüllten Bedürfnisse zu t0 betrafen seelische Belastung, Partnerschaft und soziale Kontakte. Im Laufe der Zeit reduzierte sich der ungedeckte Bedarf vor allem in den Bereichen Partnerschaft und soziale Kontakte. Auch in den Bereichen angemessene Ernährung und Sexualität verringerte sich der ungedeckte Bedarf. Seelische Belastung blieb bis zum Ende für über ein Drittel der Befragten ein Bereich ohne ausreichende Linderung. In einigen Bereichen vergrößerte sich der ungedeckte Bedarf sogar bis zum Ende des Projekts. Problematisch waren insbesondere die Wohnsituation (für ca. 25 Prozent der am Ende Befragten) und die mangelnde Fähigkeit, sich angemessen um den eigenen Haushalt zu kümmern. Unklar ist, in wie weit es bei dieser Bewertung eine Rolle spielt, dass ein Teil der Befragten zum letzten Untersuchungstermin keine Unterstützung durch die Eingliederungshilfe mehr bezog und sich das Finden eines geeigneten Wohnraums möglicherweise als Problem darstellte.

Die durchschnittliche Zahl der Bereiche mit ungedecktem Unterstützungsbedarf verringerte sich von 3,5 auf 3,1. Allerdings ist dieser Unterschied nicht signifikant.

Abbildung 26: Veränderung der Häufigkeiten ungedeckter Bedarfe im Studienverlauf



96

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=85)  
Anm.: t0: erste Befragung, t2: Befragung nach zwölf bis 18 Monaten.

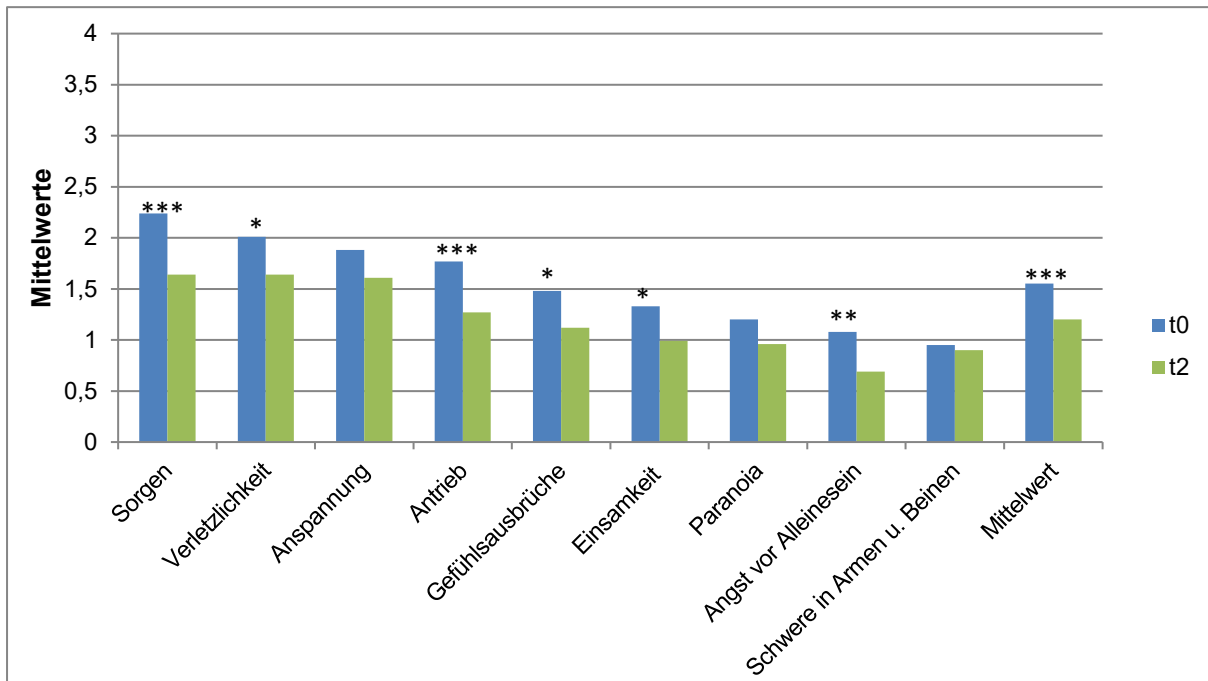
**Psychische Probleme und Symptombelastung**

Abbildung 27 zeigt, dass sich die psychische Belastung im Laufe der Zeit in jedem Problem-bereich verringert hat. Viele dieser Verbesserungen sind signifikant. Ausnahmen sind die Bereiche Anspannung, Paranoia und das Empfinden von Schwere in den Gliedmaßen. Dementsprechend sank auch die Gesamtbelastung, ausgedrückt durch den Mittelwert des Gesamtscores.

Bei einer Umrechnung des Gesamtscores in T-Werte, lässt sich zeigen, dass nicht nur die möglicherweise zu Beginn der Unterstützung aufgrund der Neuorientierung besonders hohe und danach abnehmende Belastung für diese Veränderungen verantwortlich ist, sondern dass auch im Jahr zwischen zweiter und dritter Befragung noch eine Entwicklung stattfindet (Abbildung 28). Es sind nun deutlich mehr Personen, die eine Belastung im Normalbereich angeben. Der Anteil von Personen mit einer extrem hohen Belastung sinkt über die Zeit. In der Normalbevölkerung würden nur zwei Prozent in diesen Bereich entfallen. Hier sind es aber sogar nach eineinhalb Jahren immer noch fast 30 Prozent der Studienteilnehmenden.

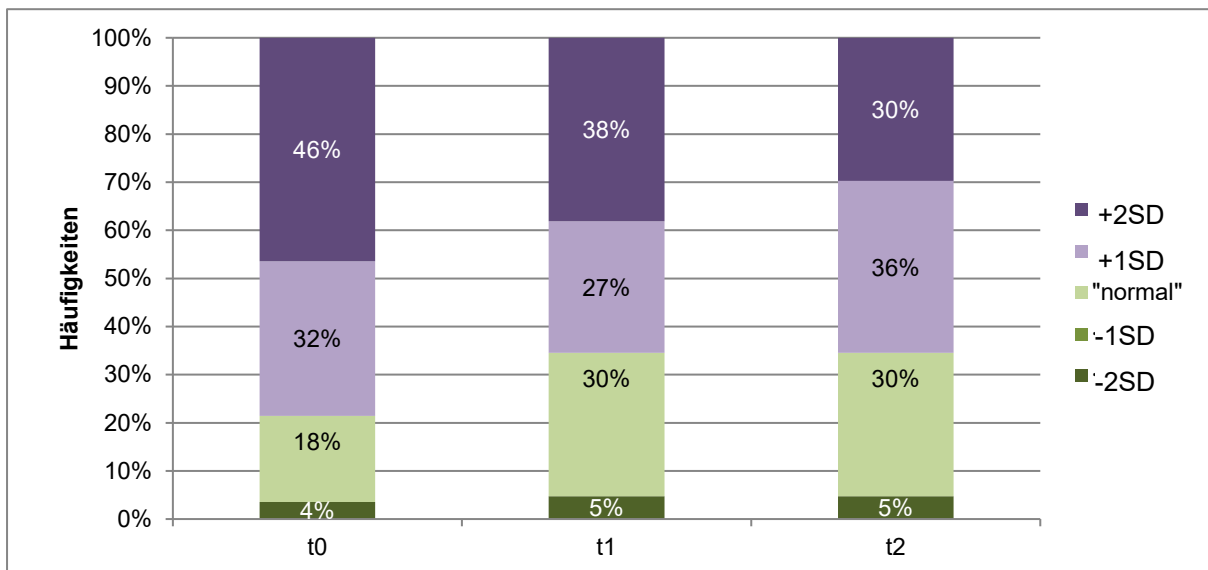


Abbildung 27: Veränderung der psychischen Probleme im Studienverlauf



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=85)  
Anm.: Die theoretisch mögliche Spanne der Werte reicht von 0 („überhaupt nicht“) bis 4 („sehr stark“).  
\* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001; t0: erste Befragung, t2: Befragung nach zwölf bis 18 Monaten.

Abbildung 28: Veränderung des Anteils niedrig, normal und hoch belasteter Teilnehmender im Studienverlauf

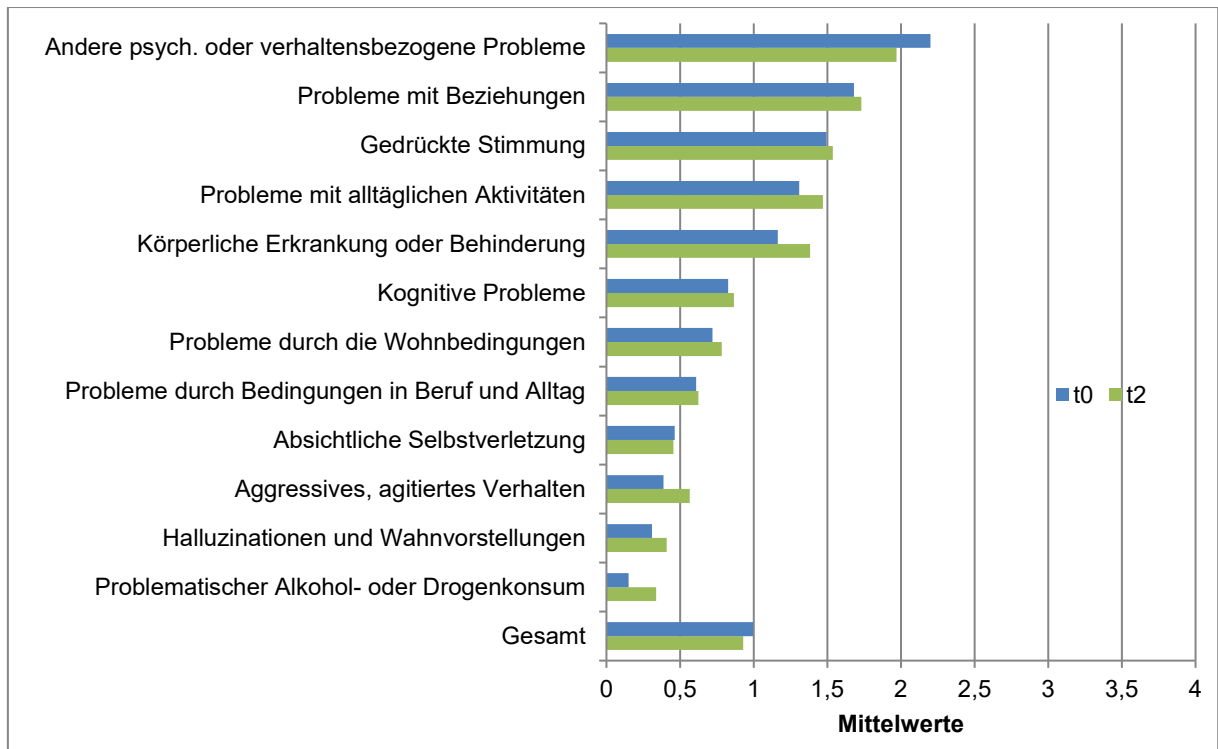


Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=85)  
Anm.: +2SD: sehr hohe Belastung, +1SD: suboptimal, -1SD: geringere Belastung als normal, -2 SD: extrem geringe Belastung; t0: erste Befragung, t1: Befragung nach sechs Monaten, t2: Befragung nach zwölf bis 18 Monaten.

**Externe Einschätzung von Symptomen und funktionaler Beeinträchtigung**

An der Fremdeinschätzung zu t2 nahmen 69 von den Teilnehmenden genannte Bezugspersonen teil. Es waren nicht überall dieselben Bezugspersonen wie zu Beginn, was bei der Interpretation einschränkend zu berücksichtigen ist. Zwischen der externen Einschätzung zu Studienbeginn und der letzten Befragung zeigten sich keine auffälligen Unterschiede, die auf eine Veränderung in der Schwere von Problemen mit Gesundheit und Funktionsniveau hindeuten könnten. Abgebildet sind die durchschnittlichen Werte der Teilstichprobe, bei der zu Beginn und am Ende Einschätzungen vorlagen (Abbildung 29). Die am meisten ausgeprägten Schwierigkeiten liegen auch zu t2 in den Bereichen verschiedener psychischer Belastungen (v. a. Anspannung), gefolgt von Problemen mit Beziehungen.

**Abbildung 29: Veränderung der externen Einschätzung von Symptomen und funktionaler Beeinträchtigung (HoNOS)**



98

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Erreichte Bezugspersonen zu t0 und T2 (N=69)  
 Anm.: t0: erste Befragung, t2: Befragung nach zwölf bis 18 Monaten.

### 5.3.5 Zusammenfassung der Veränderung

Im Laufe des Untersuchungszeitraums zeichneten sich in der untersuchten Stichprobe eine ganze Reihe von Veränderungen und Entwicklungen ab.

- Die Unterstützungsform beziehungsweise das Wohnsetting wurde in dieser Zeit bei vielen Personen nachjustiert. Nur die Hälfte der Teilnehmenden behielt sie bis zum Ende der Studie bei. Ein gutes Fünftel verließ das unterstützte Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe ganz.
- Die Beschäftigungssituation verbesserte sich in dem Sinne, dass am Ende der Untersuchung weniger Personen ganz ohne Beschäftigung waren oder an tagesstrukturierenden Maßnahmen teilnahmen, dafür aber mehr Menschen eine Tätigkeit in einer Werkstatt oder sogar auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt fanden.
- Die Häufigkeit stationärer beziehungsweise tagesklinischer Behandlungen verringerte sich im Vergleich zum Jahr vor der Studie.
- Soziale Funktionen verbesserten sich insgesamt und insbesondere in den Bereichen Kommunikation und sozialer Rückzug.
- Die Zufriedenheit mit vielen Lebensbereichen verbesserte sich, besonders in jenen, in denen zu Beginn besonders große Unzufriedenheit herrschte (z. B. Finanzen, Gesundheit, allgemeine Lebenszufriedenheit, Beruf).
- Die Wahrnehmung der Teilnehmenden, bei Alltagsaktivitäten durch den Gesundheitszustand eingeschränkt zu sein, verringert sich im Laufe der Zeit. Allerdings zeigen sich beim Capabilities-Fragebogen Oxcap-MH (Simon et al. 2013), mit dem die Verwirklichungschancen erfasst wurden, insgesamt keine Veränderungen, die über zufällige Schwankungen hinausweisen.
- Über die Zeit reduzierte sich die Zahl der Problembereiche, in denen Unterstützung benötigt wurde. Vor allem im sozialen Bereich wie Partnerschaft oder soziale Beziehungen allgemein, aber auch beim Umgang mit Symptomen empfanden sich die Betroffenen am Ende häufiger ausreichend unterstützt oder die Probleme verschwanden ganz. Andererseits thematisierten am Ende mehr Personen einen ungedeckten Unterstützungsbedarf in den Bereichen Haushaltsführung und Wohnsituation als zu Beginn.

99

Besonders auffällig ist, dass bei vielen Befragten mit dem Einstieg oder Wechsel in unterstützte Wohnformen ganz offensichtlich ein Prozess der Stabilisierung und Verbesserung der psychischen Befindlichkeit einhergegangen ist, der fast alle Problembereiche betrifft – und zwar nicht nur in der ersten Zeit nach dem Umzug, sondern durchgängig bis zum Ende der Studie. Auch wenn die Klientinnen und Klienten hinsichtlich ihres Befindens auch am Ende der Studie noch deutlich schlechter gestellt sind als die Normalbevölkerung, ist dies für die anfangs hoch belastete Stichprobe eine bemerkenswerte Errungenschaft.

Die optimistische Selbstbeurteilung deckt sich nicht mit den Einschätzungen der Bezugspersonen. Diesbezügliche Veränderungen zwischen Beginn und Ende der Untersuchung liegen allesamt im Zufallsbereich. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass bei der letzten Befragung nur noch ein Teil der Bezugspersonen zu erreichen war, dass Ansprechpartner gewechselt hatten oder dass sie möglicherweise im Laufe der Zeit zu einer differenzierteren Einschätzung der Probleme ihrer Klientinnen und Klienten gelangt waren.

### 5.3.6 Zusammenhänge mit anderen Faktoren

#### Vorgehensweise

Bisher konnte gezeigt werden, dass sich bei Personen, die bis zum regulären Ende in der Studie blieben, über die Zeit signifikante Veränderungen in den Bereichen Soziale Funktionen, Lebensqualität und Zufriedenheit, Symptombelastung und teilweise bei den Bedarfen und bei den Verwirklichungschancen abzeichneten. Dabei wurde noch nicht berücksichtigt, dass die Teilnehmenden bereits zu Beginn unterschiedliche Merkmale aufwiesen und unterschiedliche Arten von Unterstützung erhielten.

Completer unterschieden sich in den Ergebnisparametern so gut wie nicht von Dropouts. Daher wurde für die Untersuchung von möglichen, den Verlauf beeinflussenden Faktoren ein Rechenmodell verwendet, das nur die Daten der Completer einbezieht. Mittels einer Messwiederholungs-Anova (zweifaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung auf einem Faktor) wurde der Einfluss verschiedener Variablen auf die Veränderungen der Werte zwischen Beginn und Ende der Untersuchung geprüft. Ziel war es herauszufinden, welche Variablen einen günstigen Verlauf mitbestimmen.

100 Bereits in Teilprojekt 2 waren von den Expertinnen und Experten potenziell wirksame Faktoren in Hinblick auf die Unterstützung von Teilhabe und Selbstbestimmung beschrieben worden. Auf der Seite der Leistungsberechtigten waren dies zum Beispiel ein junges Alter, eine tragfähiges soziales Umfeld oder eine eher geringe psychische Belastbarkeit aufgrund der Dynamik der zugrundeliegenden Erkrankung. In Hinblick auf die Art der Unterstützung bot der Datensatz die Möglichkeit, zwischen Intensität und Setting zu unterscheiden. Ein häufig genannter Kritikpunkt in Teilprojekt 2 war zum Beispiel das Zusammenleben mit Mitbewohnern, die man sich nicht selbst ausgesucht hatte. Wiederholt gab es dort auch den Hinweis darauf, dass das Setting so alltagsnah wie möglich sein sollte. Neben diesen potenziellen Einflussfaktoren wurde geprüft, ob sich zwischen der Entwicklung der individuellen Studienteilnehmenden und der Prognose aus Sicht der Bezugspersonen ein Zusammenhang zeigte. Tabelle 11 bietet einen Überblick über diese Auswahl potenziell relevanter Einflussfaktoren und darüber, wie diese operationalisiert wurden.

**Tabelle 11: Variablen zur Prüfung möglicher Zusammenhänge mit der Entwicklung im unterstützten Wohnen**

	Merkmale	Operationalisierung
biographische Merkmale	Geschlecht	männlich versus weiblich
	Junges Alter	maximal 30 Jahre alt versus über 30
	Schulbildung	Maximal Hauptschulabschluss versus andere
	Soziale Einbindung	Zufriedenheit mit der Beziehung zu Familie und Freunden - sehr zufrieden/eher zufrieden vs. weder noch/eher unzufrieden/sehr unzufrieden
Krankheitsmerkmale	Hauptdiagnose einer Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum (F2)	Hauptdiagnose F2 – ja versus nein
	Hauptdiagnose einer Affektiven Störung (F3)	Hauptdiagnose F3 – ja versus nein
	Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung (F6)	Hauptdiagnose F6 – ja versus nein
	Längerfristige Unterstützungserfahrung	Neu- und Wiedereinsteiger versus Wechsler
Merkmale der Unterstützung	Unterstützungsintensität	stationäres vs. ambulant betreutes Wohnen
	Unterstützungssetting	„privates Setting“ (Wohnsettings nicht zusammen mit anderen Betroffenen) versus „Gruppensetting“ (betreute WG, Wohngruppe, Heimsetting)
	Move-on Prognose	in 2-3 Jahren voraussichtlich nicht mehr in unterstützter Wohnform versus unterstütztes Wohnen auch in 2-3 Jahren

101

Diese Faktoren wurden hinsichtlich ihres Zusammenhangs mit folgenden Ergebnisparametern überprüft:

- Soziale Funktionsfähigkeit (SFS Skalierter Gesamtscore)
- Lebensqualität (MANSA Mittelwerte Gesamtscore)
- Verwirklichungschancen (OxCAP-MH Standardisierter Gesamtscore)
- Symptombelastung (SCL-K-9 Skalenmittelwert)
- Anzahl der Lebensbereiche ohne Probleme und Unterstützungsbedarf (CANSAS)
- Anzahl der Bereiche mit ungedecktem Unterstützungsbedarf (CANSAS)
- Fremdeinschätzung von Symptomen und funktionaler Beeinträchtigung (HoNOS Summenscore)

### Ergebnisse

#### Geschlecht

In fast allen untersuchten Ergebnismaßen waren die Frauen zu Beginn der Studie signifikant stärker beeinträchtigt als die Männer in der Studie. Nur die Anzahl der Bereiche ohne Bedarf und die Anzahl der Bereiche mit starkem Unterstützungsbedarf war vergleichbar und wies keine signifikanten Unterschiede auf. Im Schnitt verbesserte sich bei Männern wie bei Frauen die soziale Funktionsfähigkeit (SFS) und die Lebensqualität (MANSA). Außerdem verringerte sich die Symptombelastung. Diese Verläufe zeigten sich jedoch unbeeinflusst durch das Geschlecht – die Unterschiede blieben bis zum Ende der Untersuchung konstant erhalten.

Zu berücksichtigen ist, dass Studienteilnehmende mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung fast ausschließlich weiblich waren. Die stärkere Ausprägung bei den Ergebnismaßen ist möglicherweise eher auf die mit dieser Diagnose verbundenen Problemstellungen als auf das Merkmal Geschlecht zurückzuführen (vgl. unten).

#### Junges Alter

Personen über 30 Jahre hatten in allen Maßen vergleichbare Ausgangswerte wie die Jüngeren unter den Befragten, mit Ausnahme einer etwas höheren Symptombelastung. Es zeigte sich kein signifikanter Zusammenhang von Alterszugehörigkeit und der Entwicklung in den Ergebnismaßen.

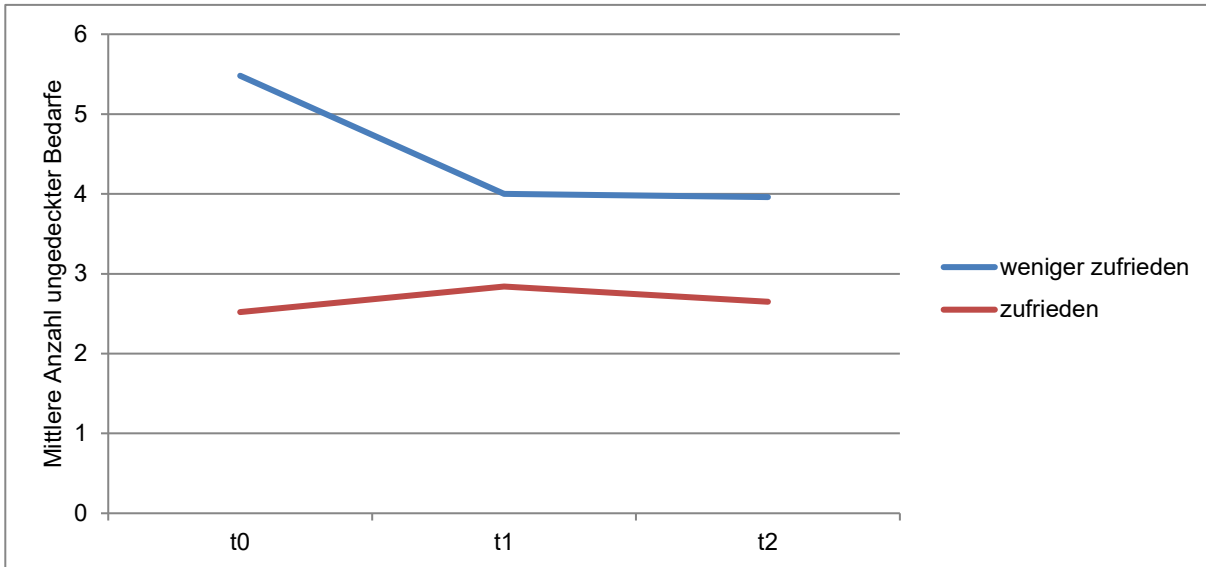
#### Schulbildung

Es gab von Anfang an keinen Unterschied zwischen Personen mit geringerer und höherer Schulbildung. Es zeigte sich auch im weiteren Verlauf kein signifikanter Zusammenhang von Schulbildung und der Entwicklung in den verschiedenen Bereichen.

#### Soziale Einbindung

Die soziale Einbindung, operationalisiert über Zufriedenheit mit der Beziehung zu Familie und Freunden, stand in einem deutlichen Zusammenhang mit dem Ausgangsniveau der verschiedenen Maße (Abbildung 30). Die mit ihren Beziehungen Zufriedenen hatten über die Zeit der Studie hinweg höhere Werte in Bezug auf ihre soziale Funktionsfähigkeit, Lebensqualität und Zufriedenheit sowie Verwirklichungschancen. Es gab bei ihnen mehr Bereiche ohne Unterstützungsbedarf und weniger Bereiche mit ungedecktem Unterstützungsbedarf als bei Personen, die zu Beginn weniger zufrieden waren. Keine Unterschiede gab es in Hinblick auf Symptombelastung und Außeneinschätzung der Problemschwere. Anfängliche Unterschiede zwischen den beiden Personengruppen blieben auch über die Zeit erhalten. Auch die weniger Zufriedenen erzielten Verbesserungen, aber unter Beibehaltung des ursprünglichen Abstands. An einer Stelle zeigte sich allerdings ein Interaktionseffekt: Bei den Unzufriedeneren verringerte sich die Anzahl der ungedeckten Bedarfe über die Zeit deutlich und näherte sich dem niedrigen Niveau der Zufriedenen an. Bei den Zufriedenen blieb die Anzahl ungedeckter Bedarfe durchgehend niedrig.

**Abbildung 30: Entwicklung der Anzahl ungedeckter Bedarfe bei Personen mit zufriedenstellender und mit weniger zufriedenstellender sozialer Einbindung**



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=84).

Anm.: weniger zufrieden: Personen, die sich zu Studienbeginn nicht eindeutig zufrieden über ihre familiären und freundschaftlichen Beziehungen äußerten (N=27); zufrieden: Personen, die mit ihren Beziehungen zufrieden waren (N=57). Theoretisch möglich sind Werte von 0 bis 22 (=in allen Bereichen Probleme ohne ausreichende Unterstützung).

103

### Hauptdiagnose einer Störung aus dem Schizophrenie-Spektrum

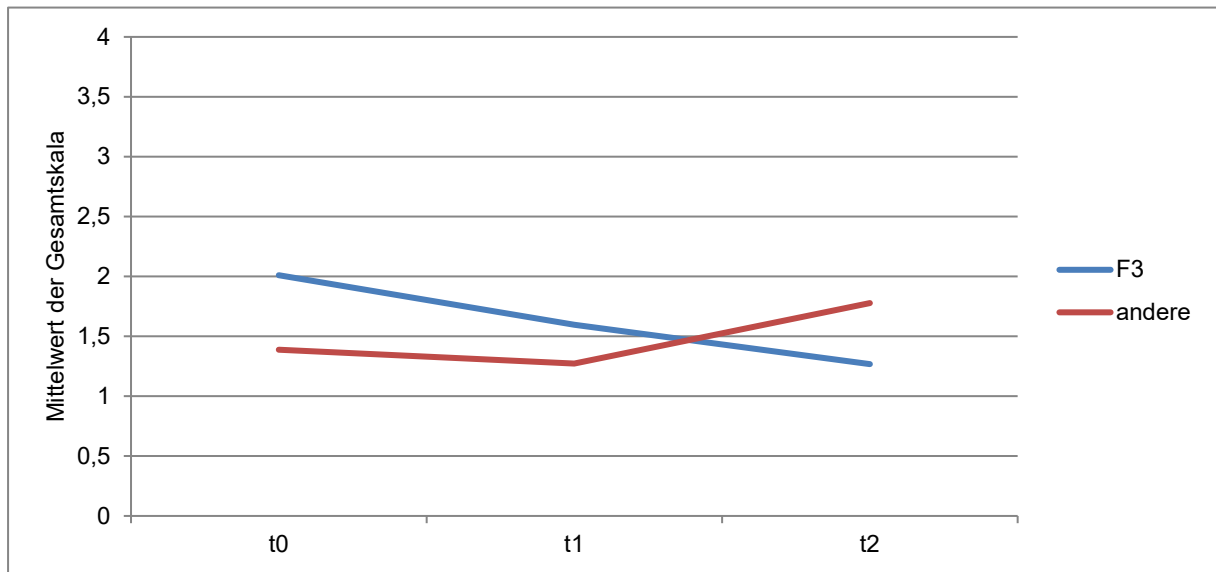
Teilnehmende mit der Hauptdiagnose aus dem Bereich der Schizophrenien hatten zu Beginn höhere Werte in Hinblick auf Lebensqualität und äußerten eine Beeinträchtigung der Befindlichkeit durch psychische Probleme. Sie hatten mehr Bereiche ganz ohne Unterstützungsbedarf und weniger Bereiche mit ungedecktem Unterstützungsbedarf. Auch die Außeneinschätzung ergab bei dieser Gruppe eine geringere Schwere von Problemen als in der (zusammengefassten) Gruppe mit den anderen Diagnosen. Die Unterschiede in den sozialen Funktionen waren vergleichbar, ebenso bei den Verwirklichungschancen. Der Verlauf der Ergebnismaße hing nicht überzufällig mit dieser Diagnose zusammen. Menschen mit F2-Störung behielten ein besseres Niveau in den Ergebnissen über die Zeit hinweg bei.

### Hauptdiagnose einer affektiven Störung

Im Ausgangsniveau unterschieden sich Menschen mit der Hauptdiagnose einer affektiven Störung nur in wenigen Ergebnismaßen: Die psychische Befindlichkeit war signifikant schlechter als in der (zusammengefassten) Gruppe der anderen Diagnosen (Abbildung 31). Es gab signifikant mehr Bereiche mit ungedecktem Unterstützungsbedarf und die Probleme mit der Gesundheit und im Alltag wurden von den Bezugspersonen als schwerer eingestuft. In den Bereichen der sozialen Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Verwirklichungschancen und der Anzahl der Lebensbereiche ohne Probleme waren sie, auch im Zeitverlauf, vollkommen vergleichbar mit der Gruppe ohne eine solche Diagnose. An zwei Stellen zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Diagnose und Verlauf: Menschen mit affektiven Erkrankungen empfanden zu Beginn eine höhere Belastung durch psychische Probleme

als die anderen, konnten sie im Laufe der Zeit aber auch stärker reduzieren. Dies sahen ihre Bezugspersonen ähnlich: Bei Personen mit affektiver Störung erkannten sie eine Verringerung der Schwere von Symptomen und Funktionseinschränkungen, bei Personen mit anderer Diagnose sahen sie eher eine Tendenz zur Zunahme der Probleme.

**Abbildung 31: Entwicklung der Gesamtbelastung durch psychische Probleme bei Personen mit einer affektiven Störung und Personen mit anderer Hauptdiagnose**



104

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=84).

Anm.: F3: Personen mit der Hauptdiagnose einer affektiven Störung (N=22), andere: Personen mit anderen Diagnosen (N=62). Theoretisch möglich sind Werte von 0 (=in keinem Bereich eine Problembelastung) bis 4 (=in allen Bereichen sehr starke Problembelastung).

### Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung

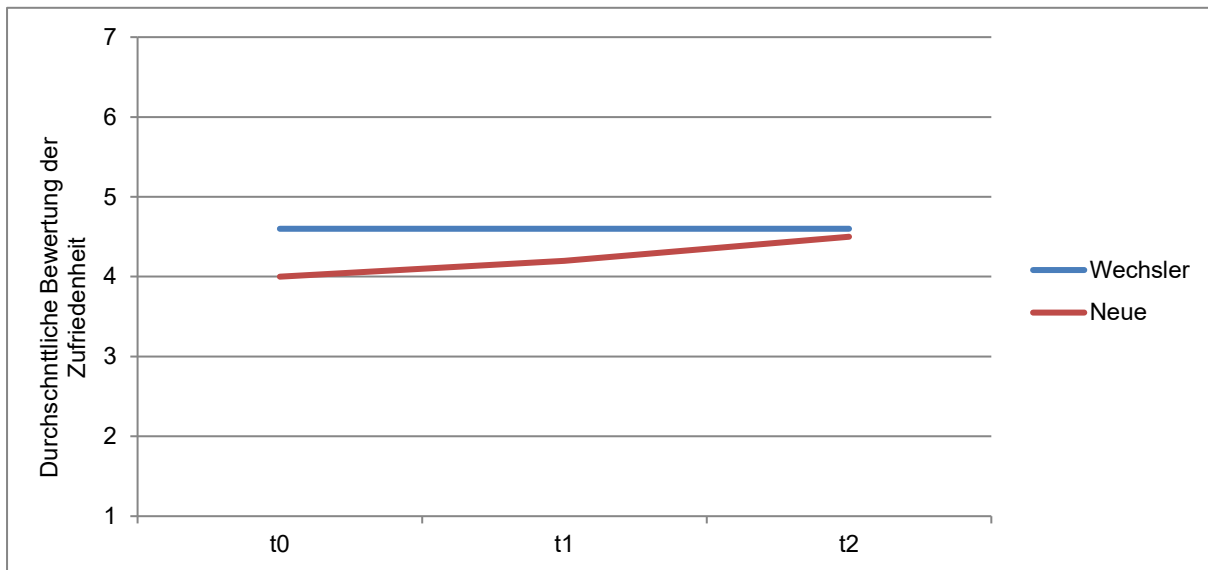
Teilnehmende mit der Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung unterschieden sich im Ausgangsniveau fast aller Ergebnismaße von den anderen Teilnehmenden: Die soziale Funktionsfähigkeit, die Lebensqualität und die Verwirklichungschancen waren geringer, die Belastung durch psychische Symptome war höher, ebenso die Anzahl der Bereiche mit ungedecktem Unterstützungsbedarf. Lediglich in der Außeneinschätzung der Problemschwere und in der Anzahl der Bereiche ohne Probleme waren sie mit den anderen vergleichbar. Es konnte jedoch kein signifikanter Zusammenhang von der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung und dem Verlauf festgestellt werden.

### Neu- und Wiedereinsteiger versus Wechsler

Personen, die neu oder nach langer Pause wieder in ein unterstütztes Wohnangebot kamen, äußerten zu Beginn eine etwas geringere Lebensqualität als Personen, die lediglich die Intensität der Unterstützung wechselten (Abbildung 32). Außerdem war bei ihnen die Anzahl ungedeckter Bedarfe signifikant höher. In den restlichen Ergebnismaßen starteten sie auf vergleichbarem Niveau und hatten auch denselben Verlauf. Die Zahl der ungedeckten Bedarfe blieb über die Zeit hinweg stets etwas höher als bei den Wechslern. Die Zufriedenheit jedoch stieg über die Zeit signifikant an, während sie bei den Wechslern konstant eher hoch blieb.



Abbildung 32: Entwicklung der Lebensqualität und Zufriedenheit von Wechslern und Neufällen



Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=84).

Anm.: Wechsler: Gruppe der Personen, die zu Studienbeginn die Unterstützungsform und/oder - Intensität (N=20) gewechselt hatte; Neue: Gruppe der Personen, die zu Studienbeginn neu in die Unterstützung kamen (N=64). Theoretisch möglich sind Werte von 1 („völlig unzufrieden“) bis 7 („völlig zufrieden“).

105

### Unterstützungsintensität

Menschen in stationären und ambulant betreuten Wohnformen unterschieden sich zu Beginn der Studie in wenigen Bereichen. So waren bei Menschen in stationären Wohnformen lediglich die soziale Funktionsfähigkeit und die Anzahl der Bereiche ohne jeglichen Unterstützungsbedarf etwas geringer. Insgesamt zeigten sich auch über die Zeit keine Zusammenhänge zwischen der Unterstützungsintensität und den Werten in den Ergebnisparametern.

### Privates versus Gruppensetting

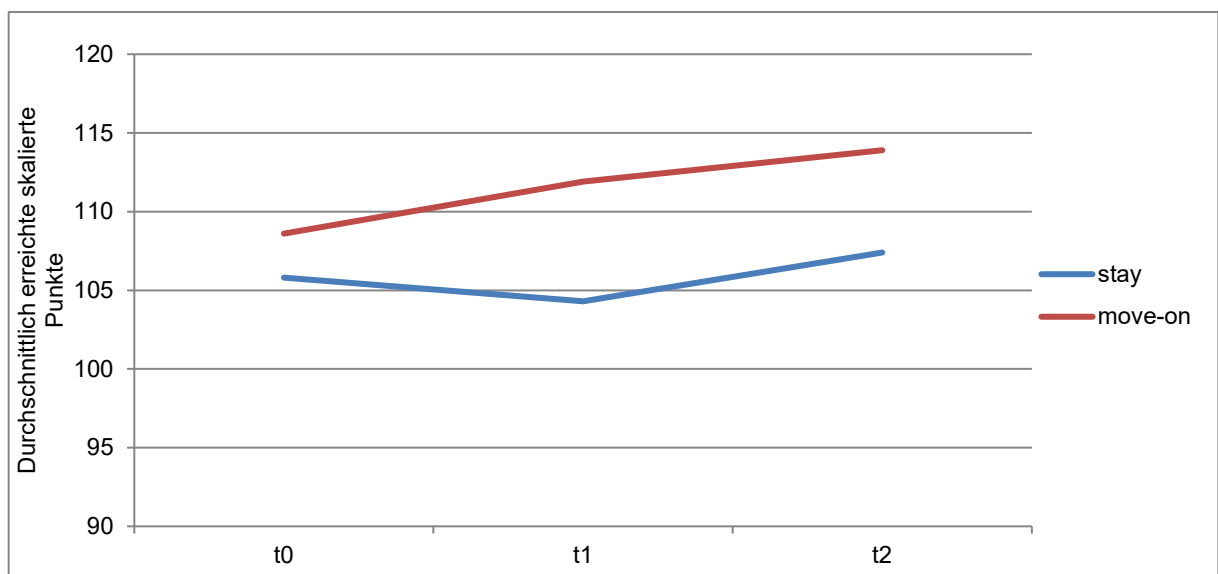
Menschen in privaten Settings unterschieden sich zu Beginn der Untersuchung signifikant in fast allen Ergebnismaßen von Personen in Gruppensettings. Ausnahmen waren lediglich die soziale Funktionsfähigkeit und die Anzahl der Bereiche ohne Unterstützungsbedarf. Hier waren die Gruppen vergleichbar. Generell starteten Teilnehmende in privaten Settings mit einer geringeren Lebensqualität, geringeren Verwirklichungschancen, einer höheren Symptombelastung, mehr Bereichen mit ungedecktem Unterstützungsbedarf und höherer Problemschwere bei der Außeneinschätzung. Es zeigten sich keinerlei Interaktionseffekte, das heißt, bei Menschen in privaten Settings besserten sich zwar die Ergebnismaße, in denen es allgemein über die Zeit eine Verbesserung gab. Sie blieben jedoch konstant etwas beeinträchtigt als Personen im Gruppensetting. Eine Auswirkung des Settings auf den Verlauf ließ sich nicht nachweisen.

### Move-on Prognose der Bezugsperson

Spielt es eine Rolle, wie die Bezugsperson die Chancen ihres Klienten beziehungsweise ihrer Klientin einschätzt, irgendwann wieder ganz ohne Unterstützung zu leben? Die Gruppe mit Move-on Prognose unterschied sich von der Gruppe mit Bleibe-Prognose zu Beginn der

Studie nur dahingehend signifikant, dass die Bezugspersonen bei den letztgenannten eine etwas höhere Problemschwere als bei den anderen feststellten (Abbildung 33). In den anderen Maßen waren sie völlig vergleichbar. Betrachtet man allerdings nur diejenigen, die bis zum regulären Ende an der Studie teilnahmen, so zeichnet sich in Hinblick auf soziale Funktionsfähigkeit bereits zu Beginn ein signifikanter Unterschied ab: die Move-on Gruppe startet auf etwas höherem Niveau. Darüber hinaus gibt es einen Interaktionseffekt von Gruppe und Zeit: In der Move-on Gruppe verbessern sich die Werte für soziale Funktionsfähigkeit stärker als in der Gruppe mit der Bleibe-Prognose.

Abbildung 33: Entwicklung der sozialen Funktionsfähigkeit in den unterschiedlichen Prognosegruppen



106

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=85)

Anm.: stay: Gruppe der Personen, bei denen unterstütztes Wohnen auch als Perspektive nach 2 bis 3 Jahren prognostiziert wurde (N=66); move-on: Gruppe der Personen, bei denen ein Ausstieg aus dem unterstützten Wohnen prognostiziert wurde (N=19). Die Skala ist normiert auf einen Mittelwert von 100 bei einer Standardabweichung von 15 Punkten.

### 5.4 Zusammenfassung

In der Kohortenstudie wurden die Lebenssituation und die Entwicklung von Leistungsberechtigten in unterstützten Wohnformen über einen Zeitraum von zwölf bis 18 Monaten genauer ins Auge gefasst. Die Zahl der Teilnehmenden entsprach 20 bis 25 Prozent der Personen, die theoretisch anhand der Einschlusskriterien für die Studie in Frage gekommen wären. Die Zusammensetzung war nicht ganz repräsentativ, da prozentual weniger Personen aus stationären Wohnformen teilnahmen als es der tatsächlichen Verteilung im Unterstützungssystem entsprochen hätte. Menschen mit affektiven Störungen waren überrepräsentiert, Menschen mit der Diagnose Schizophrenie demgegenüber unterrepräsentiert. Die Teilnahme an der Studie verlangte ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und kommunikativer Kompetenz. Es kann vermutet werden, dass Personen mit geringerer Beeinträchtigung leichter gewonnen

werden konnten und sich Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf eher zurückhielten. Die Aussagekraft der Ergebnisse muss insofern etwas relativiert werden.

Aber obwohl die am schwersten belasteten Personen nicht erreicht wurden, stellte sich heraus, dass die Teilnehmenden in vielerlei Hinsicht an starken Einschränkungen litten. Insbesondere zu erwähnen ist die hohe psychische Belastung, was sich auch in der Einschätzung durch die Bezugspersonen bestätigte. Hinsichtlich funktionaler Einschränkungen bewegen sich die erzielten Werte der hier untersuchten Stichprobe in einem Spektrum, das den Werten von in der Gemeinde lebenden, arbeitslosen Personen mit Schizophrenie entspricht. Die soziale Einbindung und die Teilnahme an sozialen Aktivitäten, wie Treffen mit Freunden, waren dabei die Bereiche mit der höchsten Beeinträchtigung. Probleme im sozialen Bereich waren neben dem psychischen Druck auch die Themen, in denen der Unterstützungsbedarf am seltensten gedeckt war. Die subjektive Lebensqualität erschien den Befragten vor allem durch finanzielle Sorgen, ihre berufliche Perspektive, ihre psychische Gesundheit und eine allgemeine Lebensunzufriedenheit beeinträchtigt.

Zwischen erster und letzter Befragung zeigt sich an vielen Stellen eine Entwicklung zum Positiven. Bei vielen Menschen fand noch einmal eine Anpassung der Unterstützungs- und Wohnsituation statt. Ein Viertel schied ganz aus dem Bezug von Eingliederungshilfe aus, wenn man die vier Personen mit ungeklärtem Verbleib hinzuzählt. Nur bei knapp der Hälfte ergab sich im Laufe der eineinhalb Jahre kein Wechsel. Der Rest, knapp 30 Prozent, wechselte die Unterstützungsform.

107

Die Personen, die die Studie regulär beendeten, empfanden zum Ende eine deutlich geringere Symptombelastung als zu Beginn. Außerdem stieg ihre subjektive Lebensqualität, insbesondere in den Bereichen, die zuvor besonders beeinträchtigt waren. Die soziale Funktionsfähigkeit verbesserte sich ganz allgemein, vor allem aber in den Bereichen sozialer Rückzug und Kommunikation. Die Anzahl der Lebensbereiche, in denen Unterstützung benötigt wurde, verringerte sich. Gerade in Hinblick auf die sozialen Beziehungen verringerte sich der Anteil von Teilnehmenden massiv, die anfangs einen hohen ungedeckten Unterstützungsbedarf signalisierten. Annähernd gleich blieb der Anteil der Personen mit unerfüllten Unterstützungsbedürfnissen in Hinblick auf ihre psychische Belastung. Was die Wohnsituation anbelangt, so gaben am Ende sogar mehr Personen einen ungedeckten Bedarf an als zu Beginn. Dies könnte auch mit dem angespannten Wohnungsmarkt zusammenhängen, der es Menschen mit einem Veränderungswunsch erschwerte, die passende Unterkunft zu finden. Gleichwohl lässt sich sagen, dass die Teilnehmenden alles in allem größtenteils Verbesserungen für sich erreichen konnten.

Die Suche nach potenziellen Einflussfaktoren, die diese Veränderungen bewirkt haben, gestaltete sich eher anspruchsvoll. Mögliche Einflussfaktoren wurden auf der Basis der Ergebnisse von Teilprojekt 2 identifiziert und es wurde ihr Einfluss auf den zeitlichen Verlauf verschiedener Wirksamkeitsindikatoren geprüft. Eine generelle Schwierigkeit resultierte aus der geringen Fallzahl der Teilnehmenden, die zu relativ kleinen Merkmalsgruppen führte; außerdem die hohe Streuung der Werte innerhalb der Vergleichsgruppen, was einen statistischen Nachweis von Zusammenhängen über zufällige Abweichungen hinaus erschwerte. Es wurden nur a priori Einflussfaktoren in die Berechnungen einbezogen. Faktoren, die im Laufe der Zeit hinzukamen, spezifische Anpassungen, wurden bei dieser Analyse noch nicht hin-

zugenommen. Wie vieles im psychosozialen Bereich ist ein günstiger Verlauf vermutlich determiniert vom Zusammenspiel vieler verschiedener Einflüsse. Und natürlich bleibt es eine Frage, wie sensibel die gewählten Maße auf kleinere, aber individuell bedeutsame Veränderungen zu reagieren in der Lage sind und diese auch anzeigen.

Insgesamt lässt sich jedoch feststellen, dass das unterstützte Wohnen mit einer ganzen Reihe von bemerkenswerten und relevanten Verbesserungen einherging, und das auch bei jenen Personen, die aus einer schlechteren Ausgangsposition in die Studie gestartet waren. Zum Beispiel hatten Teilnehmende mit der Hauptdiagnose einer Persönlichkeitsstörung in fast allen Bereichen schlechtere Ausgangswerte. Gerade umgekehrt war es bei Personen mit der Diagnose einer F2-Störung, sie starteten häufig mit besseren Werten als die anderen. Im Vorteil waren zu Beginn in vielerlei Hinsicht Personen mit zufriedenstellendem Kontakt mit Familie und Freunden, außerdem Personen, die in einem Setting unterstützt wurden, wo sie mit anderen Betroffenen zusammenlebten.

Besonders interessant sind die folgenden Ergebnisse und Detailspekte: Dass zum Beispiel die Verbesserung der sozialen Funktionsfähigkeit mit einer guten Prognose zu Beginn zusammenfällt, spricht für aufmerksam beobachtende Bezugspersonen, die in dieser Hinsicht offenbar über ein implizites Wissen verfügen und bereits frühzeitig Potenziale erkennen können. Auch bei Personen mit einer weniger befriedigenden Ausgangslage in Hinblick auf soziale Unterstützung durch die Familie reduzierte sich im Laufe der Zeit die Anzahl ungedeckter Versorgungsbedürfnisse bis sie das geringe Ausmaß erreichten, das Personen mit besseren sozialen Beziehungen auszeichnete. Menschen mit einer affektiven Grunderkrankung profitierten vom Angebot ganz besonders in Hinblick auf ihre Befindlichkeit, die sich im Unterschied zu anderen deutlich besserte. Und die Neufälle im Versorgungssystem erlangten nach einiger Zeit eine ähnlich hohe Zufriedenheit wie Personen, die bereits länger in unterstützten Wohnformen lebten.

108

Dies sind alles Hinweise, die für die Qualität der Versorgung in unterstützten Wohnformen sprechen. Auch wenn keine „harten“ Wirkfaktoren identifiziert wurden, konnten viele Erkenntnisse darüber, was wirkt, gewonnen oder empirisch belegt werden. Gerade vor dem Hintergrund, dass die Stichprobe ein weitgehend repräsentatives Abbild des Leistungsgeschehens in Baden-Württemberg darstellt, dass darin das Wirken vieler unterschiedlicher Leistungserbringer zum Ausdruck kommt und dass es Längsschnittstudien in dieser thematischen Breite bei gleichzeitiger analytischer Tiefe bislang noch nicht gibt, ist mit der Studie eine gute Ausgangsbasis für weitere Forschungsarbeiten geschaffen.

## 6. Nachtrag: Interviews zum Ausstieg aus der Unterstützung

### 6.1 Zielsetzung

Wie bereits an anderer Stelle deutlich geworden ist, verließen im Laufe der Studie einige Personen die Unterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe ganz oder ihre Unterstützungsintensität verringerte sich. Ihre Teilnahme im Rahmen von Teilprojekt 3 der Studie machte es möglich, ihren Fall genauer zu beleuchten und ihre Motive detaillierter in Erfahrung zu bringen.

### 6.2 Methode

Während der gesamten Kohortenstudie wurde darauf geachtet, wer aufgrund solcher Veränderungen für die Zusatzuntersuchung in Frage kam. Diese Personen sollten nach Möglichkeit zu einem Gespräch über ihre Hintergründe eingeladen werden.

Die Gespräche wurden nach ausführlicher Aufklärung und schriftlich unterzeichneter Einwilligung in die Teilnahme offen geführt und aufgezeichnet, um sie dann wörtlich zu transkribieren und auswerten zu können. Sie basierten auf einem skizzenhaften Leitfaden, der dazu diente, alle interessierenden Themen zu erfassen: Wozu war die Unterstützung ursprünglich geplant? Welche Erfahrungen wurden gemacht, wie werden sie im Nachhinein bewertet? Was war die Motivation für den Ausstieg oder die Verringerung von Unterstützung? In welcher Situation leben die Befragten aktuell?

109

### 6.3 Ergebnisse

#### 6.3.1 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Bei 98 der ursprünglich 102 Personen konnte der letzte Aufenthaltsort in Erfahrung gebracht werden. Aus der Eingliederungshilfe ausgestiegen waren insgesamt 22 Personen. Der Unterstützungsumfang im Rahmen von Leistungen der Eingliederungshilfe verringerte sich bei drei Personen. Es kamen somit 25 Personen für eine Zusatzuntersuchung in Frage. Teilweise waren die betreffenden Personen außerhalb der Reichweite der Studie verzogen. Teilweise änderte sich die Art der Leistung und es kam zu einer umfassenderen Unterstützung als zuvor. Bei anderen war der Aufenthaltsort unbekannt, die Personen waren trotz wiederholter Bemühungen nicht erreichbar oder es kam schlicht kein gemeinsamer Termin zustande. Am Ende gelang es, mit 14 Personen ein ausführliches Gespräch über die Motive für die Veränderung, die Erfahrungen mit der Unterstützung und die jetzige Lebenssituation zu führen, davon drei aus den Landkreisen im Süden, elf aus dem Stadt- beziehungsweise Landkreis im Norden.

Von den 14 Befragten waren 13 „echte“ Aussteiger. Bei einer weiteren Person hatte sich lediglich der Unterstützungsumfang verringert. Der Einfachheit halber wurden alle Personen in diesem Projektschritt Aussteiger genannt.

Unter den 14 Aussteigern waren sechs Männer und acht Frauen mit einer Altersspanne von Anfang 20 bis 65 Jahren. Von einer Ausnahme abgesehen waren alle Männer im Alter zwischen Anfang 20 bis Mitte 30. Bei den Frauen waren alle Altersgruppen von Anfang 20 bis 65 Jahre vertreten.

#### 6.3.2 Gründe für unterstütztes Wohnen

Die Umstände für den Beginn der unterstützenden Maßnahmen waren heterogen. Bei den meisten standen im Hintergrund langjährige psychische Probleme oder anhaltende psychische Krisen, oft mit wiederholten Klinikaufhalten. Die Unterstützung sollte zur Stabilisierung beitragen. Bei einigen ging es um eine grundlegende Neuorientierung nach Krise und Klinikaufenthalt. Sechs Personen, darunter fast nur Frauen, nannten explizit eine schwierige vorhergehende Wohnsituation (u. a. häusliche Gewalt, Trennung vom Partner), oft verbunden mit drohender oder manifester Wohnungslosigkeit. Auch thematisiert wurde der Wunsch nach einer altersgerechten Wohnform, um im Notfall versorgt zu sein und nicht alleine leben zu müssen. Bei zwei Personen standen Alkohol- und Drogenprobleme im Vordergrund. Die Unterstützung sollte zu einem abstinenten Leben verhelfen.

110

#### 6.3.3 Gründe für die Veränderung

Die befragten 14 Aussteiger reflektierten ihre Zeit im unterstützten Wohnen überwiegend kritisch. Aus den Gesprächen lassen sich mehrere Motivgruppen zum Ausstieg identifizieren, die die Sicht der Befragten zusammenfassen:

- Wünsche nach Unterstützung in Richtung auf Verselbständigung wurden nicht beziehungsweise nicht ausreichend befriedigt oder sogar abgewehrt.
- Es kam zu Konflikten mit dem Leistungserbringer beziehungsweise zu einem Vertrauensverlust, unter anderem aufgrund von unzureichendem Eingehen auf Anliegen oder Beschwerden.
- Die Beziehung zwischen Bezugsmitarbeitenden und der Person war von Konflikten und mangelndem Vertrauen geprägt.
- Die WG-Zusammensetzung war unpassend und belastend für die Person.
- Es zeigten sich Probleme im Kontext der Kostenbeteiligung der betroffenen Person oder ihrer Angehörigen oder es kam zu einer Rücknahme der Leistungsbewilligung durch den Leistungsträger aufgrund veränderter Voraussetzungen.
- Die Unterstützung wurde nicht (mehr) benötigt.

#### Eindruck mangelnder Unterstützung von Verselbständigung

Von sieben Personen, darunter fünf der sechs Männer, und insgesamt eher den jüngeren Personen wurde beklagt, auf dem Weg in Richtung Verselbständigung keine Unterstützung erhalten zu haben. Von einem Teil der Betroffenen wurde mangelnder Support beim Entwickeln einer weiterführenden Perspektive beklagt, so zum Beispiel in Bezug auf den Wunsch

nach einem selbständigen Wohnen in der Zukunft. Vor allem betraf die Kritik jedoch den unerfüllten Wunsch, bei der Suche einer Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unterstützt zu werden. Bei einigen herrschte der Eindruck, ihre Betreuungspersonen seien wenig engagiert, hierbei zu helfen, indem sie zum Beispiel gemeinsame Termine bei der Agentur für Arbeit versäumten. Auch wurde stellenweise kritisiert, sie hätten zu wenig Wissen zu den rechtlichen Implikationen der Inanspruchnahme von Eingliederungshilfe bei gleichzeitiger Erwerbstätigkeit.

Andere sahen dies als Teil eines „Systemfehlers“. Das Hilfesystem sei auf Menschen mit starker Chronifizierung und wenig Veränderungsmöglichkeiten ausgerichtet. Für Menschen mit solchen Einschränkungen seien Tagesstätten und Werkstätten möglicherweise brauchbare Lösungen, aber sie selbst fühlten sich zu wenig in ihrem Bemühen gefördert, sich beruflich weiter- und aus diesen Einrichtungen wieder hinaus zu orientieren. Problematisch sei dabei auch, dass das Ausüben einer Erwerbstätigkeit von den Strukturen der Betreuung her erschwert sei. Zum Beispiel seien die Teilnahme an bestimmten Gruppenangeboten oder Präsenzzeiten in der Gruppe für Gespräche mit Bezugspersonen nicht mit den normalen Zeiten einer Berufstätigkeit in Einklang zu bringen. Stellenweise wurde das Bemühen der Betreuenden anerkannt, auf die veränderten Umstände einzugehen. Insgesamt aber empfanden die Befragten, dass eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt im unterstützten Wohnen ein Sonderweg sei, der die üblichen Abläufe störe. Manchmal seien sie vor den langfristigen Folgen gewarnt worden, ihre Erwerbsunfähigkeitsrente zugunsten eines Jobs mit schlechtem Gehalt aufzugeben. Eine Person zieht zu diesem Thema das Fazit: „Die haben mich hier aufgehalten, so dass ich es schwerer hatte, wieder in ein normales Leben zu kommen.“ Am Ende hatten aber einige, die die mangelnde Unterstützung beklagt hatten, aus eigener Anstrengung heraus eine Arbeitsstelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gefunden oder sie auch nach dem Ausstieg beibehalten.

111

### **Konflikte mit dem Leistungserbringer**

Bei einem Teil der Befragten war es im Vorfeld des Ausstiegs zu massiven Konflikten mit der unterstützenden Einrichtung gekommen. In mehreren Fällen kam es zu Kündigungen durch die Einrichtung, was von den Betroffenen teilweise als überzogene Reaktion und als ungerecht beurteilt wurde. In ihren Augen hatte ihr Verhalten eine ernst zu nehmende Vorgeschichte, die aber im Konflikt keine ausreichende Berücksichtigung gefunden hatte. Oft ging es bei Konflikten mit dem Leistungserbringer auch um ein so wahrgenommenes inadäquates Verhalten der Beschäftigten gegenüber den Betroffenen. Die Betroffenen sahen sich gegängelt und bevormundet, beklagten grenzüberschreitendes Verhalten und erlebten dennoch, dass ihre Beschwerden ins Leere liefen. Man habe sie aufgrund ihrer psychischen Erkrankung nicht für voll genommen, nicht einmal bei den Leistungsträgern. Im Zweifelsfall habe man den Mitarbeitenden Recht gegeben.

Kritisiert wurde in dieser Hinsicht auch ein Mangel an Kompetenz im Umgang mit Personen mit besonders erschwerenden psychischen Problemkonstellationen. Hierdurch sei ein zusätzliches Konfliktpotenzial entstanden und die Probleme hätten sich eher verstärkt als verbessert. Außerdem wurden von einigen Befragten Mängel im Konzept kritisiert oder angeprangert, dass die Einrichtung im Vorfeld Erwartungen geweckt habe, die sie nicht einlöse. Mehrere thematisierten, beim Zusammenleben in den WGs sei darauf spekuliert worden,

dass die „fitteren“ Personen ein Auge auf die stärker beeinträchtigten Mitbewohnerinnen und Mitbewohner hätten. Zumindest habe man diese Freiwilligendienste billigend in Kauf genommen. Insgesamt wurde bei den Befragten durch solche Konflikte, vor allem in Verbindung mit unzureichenden Beschwerdemöglichkeiten, das Vertrauen in die Einrichtung untergraben.

#### **Konflikte mit der Bezugsperson**

Ein Unterthema bei Problemen mit dem Leistungserbringer betrifft Konflikte mit der zugeordneten Bezugsperson oder das Misslingen einer tragfähigen Arbeitsbeziehung. Hierbei erwies sich als besonders hinderlich, wenn es keine Wahlmöglichkeiten gab, zum Beispiel dass für weibliche Klientinnen keine weibliche Bezugsperson zur Verfügung stand. Einige Personen äußerten, sie hätten ihre Bezugsperson in verschiedener Hinsicht als inkompetent, überfordert oder unengagiert erlebt. Sie hätten sich nicht in ihren Anliegen gefördert gesehen. Sie hätten hingegen Interventionen bei Angelegenheiten in Kauf nehmen müssen, die sie weder gewollt noch gebraucht hätten. Es sei keine Vertrauensbeziehung entstanden. Darüber hinaus kam es in manchen Fällen zu offenen Konflikten, wobei mangelnde Konfliktkompetenz seitens der Mitarbeitenden beklagt wurde. Auf Beschwerden sei nicht adäquat reagiert worden. Stattdessen sei dies zu einem Problem der Betroffenen erklärt oder ihren erkrankungsbedingten Beeinträchtigungen zugeschrieben worden. Bei einigen Befragten hallten die Enttäuschung und der Ärger über die Bezugsperson, manche Mitarbeitende und die Institution im Gespräch noch deutlich nach.

112

#### **Unpassende Wohnsituation**

Obwohl Konflikte innerhalb der WGs oder unpassende WG-Konstellationen in den Interviews häufig thematisiert wurden und dies den Leidensdruck der Betroffenen erhöhte, wurden sie als eigentliche Motive für einen Wechsel oder Ausstieg von eher wenigen Personen benannt. An anderer Stelle wurde bereits thematisiert, dass sich manche Befragte durch die krankheitsbedingten Einschränkungen oder einfach persönlichen Eigenheiten ihrer Mitbewohner stark belastet, darin aber unzureichend von den Mitarbeitenden unterstützt fühlten. In einer WG zu wohnen war für viele Befragte eben nicht die Wunschwohnsituation, sondern schlicht aus der Not fehlender Einzelunterkünfte geboren. Es wurde insgesamt deutlich, dass es nicht WG-Streitigkeiten im eigentlichen Sinne waren, die eine Motivation zum Ausstieg förderten. Aber nicht wenige Befragte wollten nicht mit ihren Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern in der WG oder mit den Kolleginnen und Kollegen in der Werkstatt in einen Topf geworfen werden. Sie hatten Mühe beim Gedanken, sich ihnen zugehörig zu fühlen. Einer sah beispielsweise in seinen genügsamen und wenig ambitionierten Mitbewohnern vor allem abschreckende Beispiele, die seinen Ehrgeiz anstachelten, an sich zu arbeiten, um irgendwann das WG-Wohnen hinter sich lassen zu können und keinesfalls so zu werden wie sie.

#### **Finanzielle Rahmenbedingungen**

Für nicht wenige der Befragten war ein wesentliches Motiv für die Beendigung der Eingliederungshilfe, dass ihre Angehörigen oder sie selbst zu einem Teil der Kosten der Leistung herangezogen wurden oder dass zumindest eine diesbezügliche Befürchtung im Raum stand. Gerade das Heranziehen von Angehörigen war ein Punkt, der diesen Befragten so unange-



nehm war, dass sie lieber gänzlich auf die Unterstützung verzichteten. Es ist gut nachvollziehbar, dass es mit Schuldgefühlen verbunden und enorm beeinträchtigend für das Selbstwertgefühl sein kann, die Angehörigen auch als erwachsener Mensch noch finanziell zu belasten, weil man selbst es offensichtlich nicht geschafft hat, alleine mit seinem Leben zurechtzukommen. Nach den Aussagen einzelner Befragter wurde das Beziehen einer gemeinsamen Wohnung mit der Partnerin oder dem Partner tatsächlich zum Katalysator für die Beendigung der Unterstützung oder das Zusammenziehen war der Auslöser für das Einstellen der Leistungen durch den Leistungsträger. Ein weiteres Thema im Kontext der Kostenbeteiligung war die Bürokratie rund um das Heranziehen eigener Einkünfte, was nicht nur die Motivation zu einer eigenen Erwerbstätigkeit ausbremste, sondern die Betroffenen auch durch wechselnde Kostenforderungen und teilweise zu leistende Rückzahlungen beim Leistungsträger psychisch belastete. Erfreulicherweise wurden in all diesen Punkten rund um die Kostenbeteiligung im BTHG Verbesserungen in die Wege geleitet.

#### **6.3.4 Perspektiven nach dem Ausstieg**

Für die Mehrheit der Aussteiger fällt das Fazit der Unterstützung eher negativ aus beziehungsweise überwiegen die negativen Seiten. Ein Teil jedoch berichtete auch von einer sehr gelungenen Beziehung zu ihrer Bezugsperson, die ihnen Stabilität und Selbstvertrauen gegeben habe. Für einige war diese stabilisierende, vertrauensvolle Beziehung verbunden mit der Möglichkeit des regelmäßigen Austauschs und der gemeinsamen Planung der nächsten Schritte so hilfreich, dass sie sich zunehmend auch ein von Betreuung unabhängiges Leben zutrauten. Für diese kleine Gruppe kam das Ende der Unterstützung durch die Eingliederungshilfe (z. B. wegen im Raum stehender Kostenbeteiligung) zu früh. Dennoch zeigten sich die betreffenden Personen durchaus zufrieden mit dem Erreichten und fühlten sich weiterhin gestützt durch Fachpersonen wie Psychotherapeuten und Ärzte, aber auch durch ein tragfähiges soziales Umfeld.

113

Die Mehrheit lebte zum Zeitpunkt der Befragung alleine. Zwei Personen waren zurück zu Angehörigen gezogen, drei wohnten mit Partnerin oder Partner zusammen, der Rest lebte in WGs. Nicht ganz die Hälfte hatte eine Arbeitsstelle auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gefunden.

#### **6.4 Zusammenfassung**

Viele der Aussteiger standen der erhaltenen Unterstützung sehr kritisch gegenüber. Ihr Ausstieg war nicht motiviert davon, sich nach erhaltener Hilfe bereit für eine weitgehend selbständige Lebensführung zu fühlen, sondern basierte primär auf ihrer Unzufriedenheit und der Enttäuschung über das, was sie im unterstützten Wohnen gesehen und erfahren hatten. Sie hatten für sich etwas anderes erwartet. Bei einer Person verringerte sich die Unterstützungsintensität, sie profitierte dabei auch von einem tragfähigen sozialen Umfeld. Drei weitere Personen waren zufrieden, sahen sich aber aufgrund der äußeren Umstände gezwungen, die bisherige Unterstützung aufzugeben.

Die Ergebnisse müssen unter dem Vorbehalt betrachtet werden, es mit einer selektiven Gruppe zu tun zu haben. Diejenigen, die sich gut unterstützt und gefördert fühlen, verlassen

die Förderung durch die Eingliederungshilfe in der Regel nicht bereits innerhalb der ersten anderthalb Jahre, sondern lassen sich auf einen längeren Unterstützungsprozess ein. Bei den Personen, die die Unterstützung tatsächlich gerne länger in Anspruch genommen hätten, weil sie sie hilfreich fanden, hatte der Ausstieg äußere Gründe. Somit war auch das Übergewicht unzufriedener Stimmen unter den Aussteigern einerseits zu erwarten. Andererseits schmälert dies nicht den Eindruck, dass die Angebote, die im Rahmen der Eingliederungshilfe gemacht werden, mit den Bedürfnissen eines kleinen Teils der Adressaten nur teilweise kompatibel sind oder an ihrem Bedarf ganz vorbei gehen. Selbst wenn ihre Ansprüche in den Augen der Fachleute überzogen sein mögen und von einer Fehleinschätzung des eigenen Vermögens zeugen, ist zumindest davon auszugehen, dass es dabei ein ungelöstes Vermittlungsproblem zwischen Fachkräften und Leistungsberechtigten gibt.

## 7. Das Gesamtbild – Antworten auf die Forschungsfragen

Mit dem Forschungsvorhaben WieWohnen-BW wurde der Versuch unternommen, in die bislang wenig beleuchtete Situation und Entwicklung von Menschen mit seelischer Behinderung in unterstützten Wohnformen im Rahmen der Eingliederungshilfe hineinzublicken und sie unter Nutzung verschiedener wissenschaftlicher Methoden systematisch zu erhellen. Das Ziel war ambitioniert und der thematische wie auch der methodische Bogen breit gespannt: Er reichte von der Nutzung und Auswertung von Routinedaten und der Zusammenstellung der Versorgungsangebote über Interviews mit Expertinnen und Experten, die sich aus verschiedenen Perspektiven mit dem Leistungsgeschehen auseinandersetzten, bis hin zu einer Längsschnitterhebung bei Klientinnen und Klienten zu verschiedenen Bereichen ihres Lebens. Diese Methodenvielfalt war sinnvoll in Hinblick auf die unterschiedlichen, sich ergänzenden Aufgabenstellungen:

- So sollten die Angebotsstruktur in den beteiligten vier Stadt- und Landkreisen beschrieben und die Personengruppen charakterisiert werden, die dort ambulante, intensiv-ambulante und stationäre Wohnangebote nutzen.
- Es sollten die Wirksamkeit von Maßnahmen der Eingliederungshilfe beim Wohnen ermittelt werden und Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität auf die Leistungen beim Wohnen beschrieben werden, die im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität stehen.
- Es sollte darauf hingearbeitet werden, die Leistungen transparent und vergleichbar zu machen.
- Außerdem sollten empirisch begründete Qualitätsstandards für Leistungen im Bereich des unterstützten Wohnens entwickelt werden.

115

Diese Anliegen wurden im Rahmen des Forschungsvorhabens praktisch umgesetzt in Form von drei forschungsleitenden Kernfragen, mit denen auch die drei Teilprojekte betitelt waren:

- Welche Angebote gibt es und von wem werden sie genutzt?
- Was wirkt beim unterstützten Wohnen?
- Wie wirksam ist unterstütztes Wohnen?

Ein Überblick über die Ergebnisse der Teilprojekte ist bereits am Ende der entsprechenden Kapitel zu finden. An dieser Stelle sollen die zentralen Ergebnisse in ihrer Relevanz für die Aufgabenstellung im Sinne einer Synthese der Projektergebnisse zusammenfassend dargestellt und diskutiert werden.

Wie bereits eingangs in Kapitel 2 erwähnt, werden die Wohnformen der Eingliederungshilfe in dem Bericht entsprechend dem zum Zeitpunkt der Datenerhebung geltenden Leistungsrecht beschrieben, also differenziert nach stationärem und ambulant betreutem Wohnen. Diese Trennung wird es spätestens mit dem Auslaufen der Übergangsvereinbarung zum 01.01.2022 nicht mehr geben. Dem Prinzip der Personenzentrierung entsprechend wird die notwendige Unterstützung nicht mehr an einer bestimmten Wohnform, sondern ausschließlich am individuellen Bedarf ausgerichtet werden.

Die Datenerhebung in allen drei Teilprojekten fand zwischen 2017 und 2019 statt. Der Bericht unterscheidet daher noch zwischen Angeboten nach dem alten Leistungsrecht und verwendet an manchen Stellen Begrifflichkeiten, die mit dem neuen Leistungsrecht obsolet geworden sind oder modifiziert wurden (z. B. „Hilfekonferenz“, „Hilfeplan“, „stationäres Wohnen“). In Hinblick auf die Rahmenbedingungen des Leistungsbezugs wird an mancher Stelle ein Reformbedarf deutlich, der mit der Einführung des BTHG tatsächlich bereits behoben wurde. Wenn von stationären Wohnformen oder stationärer Unterstützung die Rede ist, meint dies alle Wohnformen, die zum Zeitpunkt der Untersuchung in den Geltungsbereich des Gesetzes für unterstützende Wohnformen, Teilhabe und Pflege („Wohn-, Teilhabe- und Pflegegesetz“ WTPG) fielen, von teilweise selbstverantworteten Wohngemeinschaften bis zu vollstationärem Wohnen. Zu ambulant unterstütztem Wohnen zählten vollständig selbstverantwortete WGs und alle anderen vollständig selbstbestimmten Wohnformen mit eigenständigem Mietvertrag, alleine oder mit Familie, Partnern, Freunden, aber auch das betreute Wohnen in Gastfamilien (BWF).

Gleichwohl können aus den Ergebnissen im Zusammenhang mit unterstützten Wohnformen auch künftig Erkenntnisse beispielsweise zur Situation von Personen mit einem hohen Assistenzbedarf abgeleitet werden. Aus Sicht der Autoren können die Ergebnisse weiterhin als Grundlage dienen, da sie eine Einschätzung zu verschiedenen Aspekten der Unterstützung erlauben – unabhängig von der konkreten Organisation und Ausgestaltung der Leistung.

116

#### 7.1 Angebotsstruktur, Nutzerinnen und Nutzer

Der Blick auf die Angebotsstruktur in Teilprojekt 1 zeigt, dass die vier untersuchten Stadt- und Landkreise über ein breites Angebot an Unterstützung mit unterschiedlicher Betreuungsintensität verfügen. Insbesondere die engen Verflechtungen, die zwischen den benachbarten Stadt- und Landkreisen bestehen und es ermöglichen, dass ein nicht unerheblicher Anteil der Leistungsberechtigten die Unterstützung im jeweils benachbarten Kreis in Anspruch nehmen kann, dienen der Erweiterung des verfügbaren Angebots. Für die Nutzerinnen und Nutzer erhöht dies die Chance, dass sie wohnortnah und an ihren individuellen Bedarf angepasst unterstützt werden.

In allen Teilprojekten wurde deutlich, dass Arbeit und Beschäftigung neben dem Wohnalltag eine wesentliche Rolle im Leben der Klientinnen und Klienten spielen. Dies wird durch die hohe Integration in Beschäftigungsangebote in den untersuchten Regionen unterstrichen. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden diese nicht im Detail ausgewertet. In der Stadt Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis zeigt sich eine Tendenz zur Beschäftigung im Rahmen tagesstrukturierender Maßnahmen und Tagesstätten. In den südlichen Landkreisen arbeiten die Personen bevorzugt in Werkstätten. Welchen Stellenwert innerhalb dieser Strukturen Angebote des auch in den entsprechenden S3-Leitlinien für Psychosoziale Therapien (DGPPN 2018) propagierte Individual Placement and Support („Unterstützte Beschäftigung“) einnehmen, ist anhand der vorliegenden Daten nicht zu klären. Im Sinne der Ergebnisse aus den Experteninterviews wäre es notwendig, unterstütztes Wohnen in seinen verschiedenen Formen als ein Element von mehreren in einer umfassenden Unterstützungslandschaft zu verstehen. Die anderen Elemente in dieser Landschaft (z. B. Beschäftigung) können sich

ihrerseits positiv auf die mit dem unterstützten Wohnen verbundenen Zielsetzungen auswirken.

Unterstützte Wohnformen verdanken ihre Entstehung der Notwendigkeit der Enthospitalisierung von „klassischen“ Langzeitpatientinnen und -patienten in gemeindenahe Versorgungsangebote – eine Folge der Psychiatrie-Enquete. Ihre Kernklientel war ursprünglich die der chronisch erkrankten Patientinnen und Patienten mit Schizophrenie. In den hier untersuchten Angeboten sind Leistungsberechtigte mit dieser Diagnose immer noch in der Überzahl. In den ambulanten Angeboten haben Menschen mit Persönlichkeits- oder affektiven Störungen stark aufgeholt. In ambulant betreuten Wohnformen haben sie einen Anteil von 30 bis 40 Prozent der Betreuten. Das weist auf neue Dynamiken in den Prozessen des unterstützten Wohnens hin. Dieser veränderten Problemstellung der Klientinnen und Klienten muss Rechnung getragen werden, unter anderem durch konzeptuelle Anpassung. Wie in Teilprojekt 3 gezeigt wurde, waren es gerade die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer mit der Diagnose einer Schizophrenie, die in verschiedenen Lebensbereichen die besseren Ausgangswerte hatten. Personen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung, die in den Landkreisen im Süden ein Viertel der Personen im ambulant betreuten Wohnen ausmachten, schienen hingegen in vielerlei Hinsicht die belastetere Diagnosegruppe. Sie legten die geringere Lebensqualität, die höhere psychische Belastung und den höheren Leidensdruck an den Tag und hatten mehr Bereiche mit einem nicht gedeckten Unterstützungsbedarf. Zugunsten eines personenzentrierten Vorgehens wäre es daher wichtig, dass sich die Unterstützung beim Wohnen auch auf das notwendige medizinische und psychotherapeutische Wissen bei den Mitarbeitenden stützen kann, um zum Beispiel auf die besondere Psychodynamik von Klientinnen und Klienten mit Traumafolgestörungen oder emotionaler Instabilität wirksam und hilfreich reagieren zu können.

117

Die Unterstützungsformen Intensiv Ambulant Betreutes Wohnen (IABW), ABWplus und Betreutes Wohnen in Gastfamilien (BWF) spielten in den Datensätzen eine so untergeordnete Rolle, dass eine Charakterisierung ihrer Nutzerinnen und Nutzer nur in Hinblick auf Teilprojekt 1 sinnvoll erschien, nicht aber später im Zusammenhang mit der Langzeitstudie. In der Langzeitstudie in Teilprojekt 3 wurden die betreffenden Personen alle dem ambulant betreuten Wohnen zugeordnet. Trotz ihres zahlenmäßig vergleichsweise geringen Anteils ist festzuhalten, dass diese Unterstützungsformen zur Angebotsvielfalt beitragen. Gerade diese Angebotsvielfalt wurde als einer der wesentlichen wirksamen Faktoren der Unterstützung identifiziert. Nicht nur werden hierdurch Übergänge bei verändertem Bedarf erleichtert. Die Besonderheit von BWF, aber auch der intensiv betreuten Formen des ambulanten Wohnens liegt darin, den betreffenden Personen trotz eines hohen Unterstützungsbedarfs das Leben mitten in der Gemeinde zu ermöglichen. IABW und ABWplus bieten die Möglichkeit, eine höhere Unterstützungsintensität auch in der eigenen Wohnung zu erhalten, also ohne in Kauf nehmen zu müssen, in einer WG mit anderen Betroffenen zusammenzuwohnen. Es gab viele Befragte in der Studie, die sich nach einer eigenen Wohnung sehnten.

Alles in allem qualifizierten die vielseitigen Unterstützungsstrukturen und der Umfang ihres Versorgungsgeschehens die ausgewählten Stadt- und Landkreise gut für die Studie. Im Weiteren gelang es, einen nicht unerheblichen Anteil der in Frage kommenden Leistungsberechtigten dafür zu gewinnen, an der Längsschnittstudie oder an Experteninterviews teilzunehmen.

## 7.2 Wirksamkeit der Maßnahmen

Wie wirksam war nun das unterstützte Wohnen? Bewirkte es bei den Studienteilnehmenden am Ende die erwünschten Veränderungen? Die Studie operationalisierte Wirksamkeit im Sinne einer Veränderung in Hinblick auf eine Reihe vorher definierter Ergebnisparameter, darunter Soziale Funktionsfähigkeit, Verwirklichung von Teilhabechancen, Lebensqualität, psychische Belastung oder gedeckter beziehungsweise ungedeckter Unterstützungsbedarf in verschiedenen Bereichen. Tatsächlich ließen sich im Studienverlauf eine ganze Reihe messbarer positiver Effekte bei den Teilnehmenden feststellen. Streng genommen erlaubt das hier verwendete Studiendesign keine Rückschlüsse darauf, dass diese Veränderungen kausal auf die Unterstützung zurückzuführen sind. Hierfür wäre eine randomisiert kontrollierte Studie (zufällige Zuteilung zu Gruppen mit und ohne Unterstützung) nötig gewesen. Dennoch ist evident, dass sich in der Zeit zwischen Beginn und Ende der Studie bei der Mehrheit der Teilnehmenden eine positive Entwicklung abzeichnete. Die Klinikaufenthalte nahmen ab, das Ausüben einer tagesstrukturierenden Beschäftigung nahm zu. Die soziale Funktionsfähigkeit und die Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen des Lebens stiegen. Die Zahl der Lebensbereiche ohne Unterstützungsbedarf nahm zu. Vor allem aber verringerte sich die psychische Belastung bei den Teilnehmenden ganz erheblich. Diese Ergebnisse sind unter der Einschränkung zu betrachten, dass die Teilnehmenden in der Studie vermutlich bereits zu den besser integrierten und weniger beeinträchtigten Personen in unterstützten Wohnformen zählten. Dennoch liefern sie empirische Anhaltspunkte dafür, welche Bereiche auch in Zukunft näher zu beleuchten sind.

118

Bereits zu Beginn ließen sich Gruppen mit besserer oder schlechterer Ausgangslage unterscheiden. Besonders beeinträchtigt schienen Personen mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung (fast ausschließlich Frauen). Personen mit einer Erkrankung aus dem Schizophrenie-Spektrum waren in einigen Bereichen deutlich weniger beeinträchtigt. Personen mit guten familiären und freundschaftlichen Kontakten hatten günstigere Werte als Personen mit weniger guten Beziehungen. In WG-Settings erschien die Ausgangslage der Teilnehmenden vergleichsweise besser als in privaten Wohnsettings – möglicherweise ein Selektionseffekt, der Personen unterscheidet, die sich auf die komplexen sozialen Anforderungen des Lebens einer WG mit anderen Betroffenen gut oder weniger gut einlassen können. Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus stationären Wohnsettings waren nur in wenigen Bereichen stärker beeinträchtigt als solche in ambulanten Settings, mit Ausnahme der sozialen Funktionsfähigkeiten und des etwas höheren Unterstützungsbedarfs.

Diese Gruppenunterschiede blieben in vielen Fällen auch im Laufe der Studie erhalten. Eine Besserung verlief in allen Untergruppen weitgehend parallel, mit wenigen Ausnahmen. Diese Ausnahmen ließen auf eine Interaktion zwischen dem Gruppenmerkmal und dem Verlauf schließen und damit möglicherweise auch auf einen Einfluss. Statistisch signifikante Zusammenhänge zeigten sich in folgenden Fällen:

- Die Neufälle starteten mit geringerer Lebensqualität als die Wechsler. Sie erreichten aber am Ende dasselbe Ausmaß an Zufriedenheit. Dies könnte darauf hinweisen, dass bei ihnen zu Beginn eine größere Diskrepanz zwischen äußeren Bedingungen und ihren Bedürfnissen bestand als bei den Wechslern. Am Ende ist es ihnen aber gelungen, hier ein besseres Gleichgewicht herzustellen.

- Menschen mit der Diagnose einer affektiven Störung hatten zu Beginn eine höhere psychische Belastung als andere. Sie konnten sich aber auch deutlicher psychisch stabilisieren. Dies deckt sich auch mit der Einschätzung der befragten Bezugspersonen.
- Menschen mit weniger guten familiären und freundschaftlichen Kontakten hatten anfangs deutlich mehr Bereiche mit Unterstützungsbedarf. Über die Zeit sank die Zahl der unerfüllten Bedürfnisse auf das Maß der sozial besser eingebundenen Personen.
- Die anfängliche Einschätzung der Bezugsperson, wie die Klientin oder der Klient wohl in einigen Jahren wohnen würde, erwies sich als ein Prädiktor für die tatsächliche Entwicklung im Bereich der sozialen Funktionsfähigkeit.

Die Ergebnisse der Längsschnittstudie zeigen, dass viele der Leistungsberechtigten sich in der Zeit des unterstützten Wohnens stabilisieren konnten. Dies belegen auch die mit Leistungsberechtigten und Aussteigern geführten Experteninterviews. Gerade die Zufriedenen unter den Aussteigern konnten ihre positive Entwicklung würdigen, die sie neben anderen Faktoren auch auf eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung zu ihrer Bezugsperson zurückführten, von der sie sich auf ihrem Weg verlässlich begleitet und gestützt fühlten.

### **7.3 Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität**

Welche Indikatoren für die Struktur- und Prozessqualität im unterstützten Wohnen lassen sich identifizieren, die mit einem qualitativ guten Ergebnis in Zusammenhang stehen? Hierfür gaben vor allem die Experteninterviews Anhaltspunkte.

119

#### **Personenzentrierung**

Wenn es um die Struktur- und Prozessqualität im unterstützten Wohnen geht, ist an vorderster Stelle eine Ausrichtung an der Person des Leistungsberechtigten zu nennen. Eine personenzentrierte Unterstützung impliziert eine Beteiligung und Mitsprache an allen Prozessen und in allen Stufen der Unterstützungsplanung – vom Erfassen des wahrgenommenen Unterstützungsbedarfs bis zur konkreten Umsetzung des Unterstützungsplans. Die Unterstützungsplanung basiert darauf, die möglichen individuellen Förderfaktoren und Barrieren seitens des Leistungsberechtigten, also seinen individuellen Lebenskontext ins Zentrum zu stellen. Als hilfreich in diesem Prozess hat sich ein strukturiertes Vorgehen erwiesen, damit keine relevanten Informationen übersehen werden. Bereits vor der Einführung des jetzigen Erfassungsbogens „BEI\_BW“ (Bedarfsermittlungsinstrument Baden-Württemberg) nutzten die Verantwortlichen strukturierte Erfassungsinstrumente zur Einschätzung des Unterstützungsbedarfs.

Um eine personenzentrierte Unterstützung zu gewährleisten, sind bestimmte Voraussetzungen erforderlich, wie etwa entsprechende Organisationsstrukturen, ein ausreichender Personalschlüssel, Arbeitsbedingungen, die den Mitarbeitenden auch die entsprechenden Gestaltungsspielräume für ein individuelles Vorgehen lassen, Qualifikationen und Haltungen der Mitarbeitenden. Von Vorteil zeigten sich beispielsweise Arbeitsbedingungen, die den Mitarbeitenden ausreichend Flexibilität für ihre Tätigkeit ließen; außerdem die Möglichkeit und die entsprechenden Strukturen, die eigene Arbeit auch einmal aus kritischer Distanz zu reflektieren und eine Haltung der Offenheit und Augenhöhe zu kultivieren.

#### **Zielorientierung**

Befürwortet wurde eine zielorientierte Unterstützung. Dies impliziert, neben einer Beschäftigung mit den tagesaktuell dringlich zu lösenden Problemen, die Unterstützung an den langfristigen individuellen Zielen und Potenzialen der leistungsberechtigten Person auszurichten, mit ihr Perspektiven zu erarbeiten und die Zukunft im Auge zu behalten. Hierfür ist auch der langfristige individuelle Unterstützungsschwerpunkt zu klären: Je nach Problemkonstellation und biographischem Hintergrund geht es für manche Leistungsberechtigte tatsächlich um Beheimatung, also darum, ihnen die Möglichkeit zu verschaffen, in einem sicheren Setting bleiben zu können. In den Experteninterviews wurde diese existenzielle Sicherheit, einen Platz im Leben mit einem stabilen sozialen Umfeld zu finden und vor allem, ihn auch behalten zu dürfen, als ein zentraler Wirkfaktor für psychische Stabilisierung beschrieben. Dies abzuerkennen und pauschal eine Move On-Orientierung zu verfolgen, würde einer personenzentrierten Unterstützung zuwiderlaufen. Gleichzeitig gilt es zu verhindern, dass bei Personen durch die Entlastung von Alltagsproblemen und die Sicherheit, die unterstütztes Wohnen ihnen bietet, auch die Bereitschaft und Fähigkeit verkümmert, die eigenen Ressourcen zu nutzen, auf ihre eigenen Fähigkeiten zu vertrauen, Lösungen zu finden und für sich eine Zukunft in der „normalen“ Welt mit all ihren Anforderungen zu entwerfen. Gerade bei jungen Menschen, die noch nicht lange im Unterstützungssystem sind, ist es wichtig, keine Versorgungswünsche und Abhängigkeiten zu fördern, die langfristig zu einer Hospitalisierung im System führen könnten. Auch in diesem Zusammenhang soll auf die zentrale Bedeutung von Strukturen und Prozessen verwiesen werden, die Mitarbeitende darin unterstützen, das eigene Wirken selbstkritisch zu hinterfragen und aus einer Meta-Perspektive betrachten zu können. Weder sollten Leistungsberechtigte beständig unter Druck geraten und damit überfordert werden, unrealistische Entwicklungsziele formulieren zu müssen, um ihren stabilisierenden Rahmen erhalten zu können. Noch sollten vorschnell Entwicklungspotenziale abgesprochen und dadurch nötige Schritte in die Verselbständigung erschwert werden.

120

Es bleibt eine Gratwanderung für die Mitarbeitenden, diese individuelle langfristige Zielorientierung und die damit verbundenen Risiken im Auge zu behalten, sie gemeinsam mit der leistungsberechtigten Person offen zu klären und regelmäßig zu überprüfen. Die Überprüfungen im Zuge der früheren Hilfeplankonferenzen wurden von manchen Betroffenen als sehr belastend erlebt. Sie fühlten sich wie in einer Prüfung, in Verbindung mit Versagensängsten, oder vor einem „Tribunal“, wo ihr Fall verhandelt würde. Manche ließen sich von Bezugspersonen oder Betreuern vertreten, um sich dem nicht aussetzen zu müssen. Dabei bedeutet eine persönliche Teilnahme auch die Wahrnehmung des Rechts auf Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Es ist daher sinnvoll, für solche Klärungsgespräche einen einladenden Rahmen und eine empathische Gesprächsatmosphäre zu schaffen, die den Betroffenen signalisiert, dass sie und ihre Bedürfnisse im Zentrum stehen, nicht ihre Defizite, die mit der Unterstützung verbundenen Kosten oder die Frage, welche Angebote überhaupt verfügbar sind.

#### **Bedarfsorientierte Unterstützung**

Die Unterstützung sollte sich am individuellen Bedarf der leistungsberechtigten Person orientieren. Sie sollte unkompliziert verfügbar sein, dann, wenn sie benötigt wird, und im Umfang und auf die Weise, wie sie benötigt wird. Dies ging aus vielen Interviews hervor. Immer wieder wurde betont, dass es gerade diese Flexibilität ist, die Unterstützung wertvoll macht. Vor allem ist dies vor dem Hintergrund der oft in Phasen verlaufenden psychischen Grunderkrankung zu sehen, die den Teilhabeeinschränkungen der Leistungsberechtigten zugrunde



liegt und die es ihnen aufgrund der Diskontinuität oft zusätzlich schwer macht, ein „normales“ Leben zu führen.

Um flexibel Unterstützung anbieten zu können, bedarf es einer grundlegenden Revision der vorhandenen Strukturen, die diese Beweglichkeit bislang nicht ausreichend gefördert haben. Es wurde mehrfach die Forderung laut, das „Maßnahmindenken“ zu überwinden, da das regelhafte Durchlaufen der damit verbundenen Programme den individuellen Zielperspektiven nicht gerecht werde. Stattdessen sollte auf die Verwirklichung der individuellen Teilhabeperspektiven und -ziele der leistungsberechtigten Person mit individuellen Mitteln hingearbeitet werden. Um die Voraussetzungen für eine bedarfsorientierte Unterstützung zu schaffen, bedarf es veränderter Arbeitsstrukturen und einer Anpassung der Organisation des Dienstes. Zum Beispiel benötigen manche Menschen insbesondere nachts die Möglichkeit, mit jemandem sprechen zu können. Wichtig wären Strukturen, die es einer sonst sehr selbständigen Person erlauben, ihr Leben außerhalb eines Wohnheims beziehungsweise einer besonderen Wohnform zu leben und trotzdem die Sicherheit einer Nachtbereitschaft zu haben. Somit ist das Entwickeln sinnvoller Ansätze gefragt, um Bedarfe gerade außerhalb der Regelzeiten zu befriedigen und um zu verhindern, dass der Bedarf sich an der Verfügbarkeit orientieren muss. Es steht zu hoffen, dass mit dem BTHG hier entscheidende Verbesserungen angeschoben werden.

Wie bereits bei den Themen Personenzentrierung und Zielorientierung erwähnt, spielen die Qualifikationen und Kompetenzen der Mitarbeitenden auch bei der bedarfsorientierten Unterstützung eine wichtige Rolle. Häufig genannte unterstützende Maßnahmen waren Weiterbildungen, fachliche Unterstützung der Teams von außen, Supervision, Teambesprechungen. Als hilfreich erwies es sich, wenn Mitarbeitende und Bezugspersonen spezielle Kompetenzen und Kenntnisse in Hinblick auf bestimmte Erkrankungsbilder hatten oder erwarben, um ihre Klientinnen und Klienten sensibel und empathisch begleiten zu können.

121

### **Struktur, Halt und Verlässlichkeit**

Sowohl in der Längsschnittstudie als auch bei den Interviews war ein zentraler Indikator für Ergebnisqualität, dass es den Leistungsberechtigten im Laufe der Unterstützung gelungen ist, ihre psychische Stabilität zu verbessern und ihren Stress zu reduzieren. Eine wichtige Voraussetzung hierfür war nach Einschätzung der Expertinnen und Experten, einen überschaubaren und sicheren Rahmen zur Verfügung zu stellen, auch, um die häufigen Krisen im Leben vieler Betroffener und ihre existenzielle Verunsicherung abzumildern. Dieser sichere Rahmen beginnt mit einer angemessenen Unterkunft, in der sich die Leistungsberechtigten geschützt fühlen und entfalten können. Ein weiterer Faktor ist ein strukturierter Tagesablauf, der die Betroffenen vor Aufgaben stellt, die sie bewältigen und mit denen sie ihre Leistungsfähigkeit trainieren können, der ihnen soziale Begegnungen mit andern Menschen ermöglicht und sie gegebenenfalls auch vor destruktivem Grübeln schützt. Dies beinhaltet auch eine Balance aus Anforderungen und Entspannung in Form der Anleitung zu einer sinnvollen Freizeitgestaltung. Halt geben kann zudem eine konstante, persönliche Bezugsperson, die für die Problemstellungen im Leben der Betroffenen Strukturierungshilfe leistet, als verlässliche Ansprechpartnerin zur Verfügung steht und sie auf ihrem Weg stützend begleitet (vgl. unten).

Im Sinne einer bedarfsorientierten Unterstützung mit einer Abkehr vom Denken in Maßnahmen bedeutet ein geregelter Tagesablauf mit festen Programmpunkten zur Entlastung der Betroffenen nicht, die Teilnahme an Gruppen und festgelegten Programmen absolut zu setzen. Zur Verlässlichkeit trägt auch Vermittlung und Transparenz bei, nicht zuletzt das Klären von Erwartungen an die Unterstützung – Was kann geleistet werden? Was voraussichtlich nicht? Welche Anforderungen werden an den Leistungsberechtigten gestellt? Worauf kann er sich verlassen? Die offene Klärung dieser Vorstellungen dient auch dazu, Enttäuschungen aufgrund unrealistischer Erwartungen zu vermeiden.

#### **Beziehungsorientierung**

In der Untersuchung stellte sich empirisch heraus, dass eine vertrauensvolle, tragfähige Arbeitsbeziehung zwischen Klientin beziehungsweise Klient und Bezugsperson für eine Weiterentwicklung der Leistungsberechtigten von zentraler Bedeutung ist. Gerade Personen, die erfolgversprechende Ausstiege aus der Eingliederungshilfe bewältigt haben, berichteten immer auch von einer konstruktiven Zusammenarbeit mit ihrer Bezugsperson, mit der sie einen Umgang auf Augenhöhe pflegen konnten, die sie durch Krisenzeiten begleitete und die unkompliziert erreichbar war. Sie fühlten sich von ihrer Bezugsperson empathisch und engagiert bei ihren Schritten in Richtung auf Verselbständigung begleitet und ermutigt, neue Erfahrungen zu machen. Sie erhielten die Anleitung und Begleitung in einer Weise, die sie gut annehmen konnten. Sie erlebten sich wahrgenommen als Person mit einer individuellen Problemkonstellation, ohne darauf reduziert zu werden. Sie erlebten in der Beziehung eine differenzierte professionelle Gestaltung von Nähe und Distanz, die sich auch der Notwendigkeit bewusst war, keine Abhängigkeiten zu fördern. Die Voraussetzung für die Entwicklung einer solchen Beziehung ist Kontinuität und Zeit. Häufige Wechsel in der Zuständigkeit und eine aufgrund der Arbeitsorganisation nur gelegentliche Präsenz der Bezugsperson erschweren dies.

122

Beziehungsorientierung bedeutet aber auch einen Abschied von der paternalistischen Vorstellung, besser zu wissen, was das Beste für die betreffende Person ist oder in ihrem besten Interesse zu handeln. Manche Leistungsberechtigten erlebten Letzteres als entlastend und hilfreich. Dennoch gab es auch andere, die sich vielmehr als Objekte der Unterstützung wahrnahmen. Sie sahen sich mit dem Argument eines für sie noch nicht verständlichen therapeutischen Nutzens gezwungen, an Programmen und Abläufen teilzunehmen, die sie mit ihrem Unterstützungsbedarf nicht in Einklang bringen konnten. Sie fühlten sich von den Mitarbeitenden bei Leistungserbringern und Leistungsträgern in ihren Anliegen und ihren Beschwerden nicht ernst genommen. Sie hatten den Eindruck, keine Mitsprache zu haben, weder bei den WG-Mitbewohnern, noch bei ihrer Bezugsperson oder bei den Maßnahmen zu ihrer Unterstützung.

Darüber hinaus beschränkt sich die positive Wirkung von Beziehungsorientierung nicht nur auf Mitarbeitende bei den Leistungserbringern. Auch in Hinblick auf die Arbeit der Mitarbeitenden bei den Leistungsträgern wurde der persönliche Kontakt und eine Kontinuität der Beziehung als ein wichtiges Qualitätsmerkmal hervorgehoben, um eine auf den Bedarf der Person zugeschnittene Unterstützung organisieren und zeitnah realisieren zu können.

### Ein- und Ausstiegsmanagement

Auf der organisatorischen Ebene erwies sich als relevant, dass bürokratische Hürden rund um den Bezug der Unterstützungsleistungen verringert werden. Dies würde auch einen zeitnahen Beginn der Unterstützung begünstigen. Hier gilt es entsprechend den Aussagen einiger Expertinnen und Experten an manchen Stellen nachzubessern. Verzögerungen handhabten einige Leistungserbringer in der Weise, dass sie in Vorleistung traten, bis der Fall geprüft war. Damit hatten sie das Risiko, möglicherweise ihre Leistungen nicht erstattet zu bekommen. Auf der anderen Seite befanden sich die Leistungsberechtigten manchmal in einer ungünstigen Warteposition in wenig zur Genesung beitragenden Wohnkonstellationen oder sogar noch in einer Klinik. Hierdurch wuchs die Gefahr einer erneuten Dekompensation, bevor die Unterstützung begann, oder eines Verpuffens der Motivation bei den Klientinnen und Klienten, die Unterstützung annehmen zu können.

Für manche der leistungsberechtigten Personen stellte selbst das Ausfüllen von Formularen, insbesondere wenn sie umfangreich waren, eine Überforderung und damit eine Hürde dar. Im Sinne des oben genannten personenzentrierten Ansatzes wäre es wichtig, hier auf die nötige Barrierefreiheit zu achten und den Prozess der Leistungsgewährung inklusive der erforderlichen Formalien so zu gestalten, dass er für die Beteiligten zu bewältigen ist.

Wie bereits beim Thema Zielorientierung erwähnt, gilt es die langfristigen Perspektiven der Person zu klären. Dabei sollten auch die Perspektiven und Anreize für eine möglicherweise vollständig selbständige Lebensführung herausgearbeitet und mögliche Hindernisse identifiziert und bearbeitet werden, die ihr im Weg stehen. Unter den analysierten Interviews waren auch Gespräche, aus denen klar hervorging, dass eine vollkommen selbständige Lebensführung für die Betroffenen keine Option wäre. Sie hatten keine finanziellen Reserven und große Sorge davor, den möglicherweise auf sie zukommenden Problemen alleine nicht gewachsen zu sein (z. B. Wohnungskündigung). Hingegen fühlten sie mit ihrer Anbindung an einen Leistungserbringer auf einem aggressiven Wohnungsmarkt einen starken Partner an ihrer Seite, der auch Schutz vor Obdachlosigkeit bot. Aus vielen Interviews ging als zentrale Aufgabe von Unterstützung hervor, den Betroffenen erst einmal existenzielle Sicherheit zu bieten, bevor die weiteren Einschränkungen in den einzelnen Teilhabebereichen angegangen werden konnten. Auch in der Längsschnittstudie stellte sich heraus, dass ein Grundproblem der Leistungsberechtigten neben ihrer psychischen Belastung darin bestand, dass ihre Fähigkeit, selbständig für den Bezug von Sozialleistungen und für eine geeignete Unterkunft zu sorgen, stark eingeschränkt war. Es gilt also zu überlegen, welche sonstigen Anreize bei Personen geschaffen werden könnten, für die ein Ausstieg eine realistische Perspektive wäre. Grundsätzlich erscheint es auch in dieser Hinsicht sinnvoll, flexible, niederschwellige Hilfen (z. B. Beratung und Unterstützung auf Abruf im Umfang zwischen SpDi und dem bisherigen ambulant betreuten Wohnen) zur Verfügung zu stellen beziehungsweise solche Angebote zu schaffen.

Abrupte Ausstiege aus der Wohnleistung, die es bei den Studienteilnehmenden zum Teil aufgrund äußerer Umstände gab, könnten gegebenenfalls vermieden werden – durch eine längerfristige Vorbereitung (vgl. Zielorientierung), ein graduelles Vorgehen bei der Ausstiegsplanung, mit einer ausschleichenden Unterstützung und entsprechenden Trainingsmöglichkeiten sowie unbürokratischen Rückkehroptionen. Mehrfach wurde benannt, dass zur Vorbereitung auf die weitere Verselbständigung darauf hingearbeitet werden sollte, ein alter-

natives tragfähiges Unterstützungsnetzwerk für die Zeit nach dem Ausstieg zu knüpfen, um diese Phase zu mildern und Sicherheit zu schaffen. Zur Förderung eines solchen Netzwerks ist es wichtig, kontext- und sozialraumorientiert zu arbeiten. Das kann bedeuten, die betreffende Person dabei zu unterstützen, soziale Kontakte über die unterstützte Wohnform hinaus zu erhalten oder neue zu knüpfen, sei es durch Unterstützung konstruktiver familiärer Beziehungen, Einbezug von Bürgerhelfern, Integration in Vereine oder Förderung einer Beschäftigung außerhalb der einrichtungseigenen Tagesstruktur.

#### **Vielseitige Unterstützungslandschaft zur Erleichterung von Übergängen**

Es ist wichtig, dass die Unterstützungsform rechtzeitig und unbürokratisch nachjustiert werden kann, wenn sich der Bedarf verändert. Für solche Übergänge sollten ausreichend differenzierte Unterstützungsangebote in einer Region beziehungsweise einer Gemeinde vorhanden sein, die auch über das unterstützte Wohnen hinausreichen, unter anderem in Form von Beschäftigungsangeboten, Zugang zu medizinischer, psychiatrischer und psychologischer Versorgung, Selbsthilfegruppen, Beratungsstellen oder Peer-Unterstützung. Das gesamte Feld an Angeboten sollte in die Erkundung der Möglichkeiten für die leistungsberechtigte Person mit einbezogen werden, um eine bedarfsorientierte Unterstützung sicherzustellen und Vernetzung im Sozialraum zu fördern. Bei den Übergängen selbst wird vor abrupten Wechseln gewarnt und ein Vorgehen propagiert, bei dem sich die Veränderung immer nur in einem Teilbereich des Lebens der Betroffenen vollzieht, während in den anderen Bereichen Kontinuität gewahrt wird. Dies könnte beispielsweise bedeuten, dass trotz einer Verringerung der Unterstützungsintensität oder eines Umzugs in eine neue WG die Bezugsperson konstant bleibt.

124

Wenn die Unterstützung rechtzeitig nachjustiert wird, könnte eventuell auch verhindert werden, dass Leistungsberechtigte trotz ihres weiterbestehenden Unterstützungsbedarfs die Unterstützung komplett aufkündigen. Leistungsberechtigte sollten es leichter haben, im Falle von Beschwerden angehört zu werden und auf Stellen zu treffen, die sich ihrer Anliegen annehmen (vgl. oben).

#### **Erleichterung des Zugangs zu Erwerbstätigkeit**

Eine sinnvolle Beschäftigung und Aufgabe im Leben ist ein essenzieller Baustein im Bereich der Teilhabe. Damit verknüpft sind soziale Beziehungen, persönlicher Sinn, Selbstwirksamkeit, Ablenkung, im Fall von Erwerbstätigkeit auch eine Verbesserung der finanziellen Situation und die gesellschaftliche Anerkennung durch Teilhabe in einem prestigeträchtigen gesellschaftlichen Bereich. Ein häufig genanntes Ziel von Menschen mit psychischen Erkrankungen ist es, wieder am Arbeitsleben teilzunehmen, so auch bei den Befragten in der vorliegenden Studie. Manche sahen sich hierbei wenig unterstützt, wenn nicht sogar gebremst. Für andere fiel die individuelle Kosten-Nutzen-Bilanz so aus, dass eine Erwerbstätigkeit mit hohen individuellen Kosten verbunden und daher weniger attraktiv erschien als der Bezug von Grundsicherung. Ein integraler Bestandteil einer gelungenen Assistenz im Alltag ist es daher, diesbezügliche Wünsche und Vorstellungen gemeinsam mit der leistungsberechtigten Personen zu thematisieren, die beruflichen Perspektiven zu eruieren und Zukunftsoptionen zu erarbeiten, und zu einem gemeinsamen Verständnis zu gelangen, welche Optionen im Bereich des Erreichbaren sind.

Darüber hinaus geht es darum, bestehende rechtliche, institutionelle oder organisatorische Hürden für die Aufnahme oder das Ausüben einer Erwerbstätigkeit zu verringern. Personenzentrierung bedeutet in diesem Bereich, dass sich die Unterstützung von Tagedstrukturierung und Beschäftigung an der Agenda des Betroffenen orientieren sollte. Strukturen und Abläufe, die dieser Integration ins Arbeitsleben im Wege stehen (z. B. Anwesenheitszeiten für WG-Besprechungen), sollten individuell angepasst beziehungsweise hinterfragt werden. Die Grenze für die Heranziehung von Einkünften wurde mit der Einführung des BTHG bereits zugunsten der Leistungsberechtigten verändert, so dass für die, die dazu in der Lage wären, auch der Anreiz höher sein dürfte, sich um eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu bemühen.

### **Kooperation und Vernetzung**

In vielen Experteninterviews wurde betont, dass es wichtig ist, dass sich die verschiedenen Akteure im Unterstützungssystem (Leistungsträger, Leistungserbringer, Leistungsberechtigte) gut vernetzen, um miteinander fruchtbar zusammenarbeiten zu können und einen regelmäßigen Austausch zu pflegen. Eine gute, am Ziel orientierte Kooperation der Mitarbeitenden kann eine personenzentrierte, passgenaue Unterstützung für die individuellen Betroffenen begünstigen, Prozesse beschleunigen und Abläufe verkürzen. Kooperation wird unter anderem gefördert durch regelmäßige Treffen in lokalen Vernetzungsgremien (z. B. Gemeindepsychiatrischer Verbund). Entscheidend sind dabei die gemeinsame Zielsetzung und die konstruktive Zusammenarbeit. Es geht darum, eine gemeinsame Sprache zu sprechen und trotz möglicherweise unterschiedlicher Perspektiven und partieller Interessen Kommunikationskanäle zu schaffen und offenzuhalten – zugunsten der Wahrnehmung einer gemeinsamen Verantwortung für die bestmögliche Förderung von Menschen mit Teilhabeeinschränkungen und das Schaffen und Aufrechterhalten sinnvoller Unterstützungsangebote. Gerade im Zuge der künftig noch wichtiger werdenden Flexibilisierung von Hilfe bieten lokale Vernetzungsgremien einen Raum, in dem alle Informationen zusammenlaufen und die nötige Transparenz in der Angebotslandschaft geschaffen werden kann.

125

### **Entstigmatisierung und Inklusionsorientierung**

Entstigmatisierung und Inklusion bilden den gesellschaftlichen Hintergrund, auf dem Prozesse und Strukturen im unterstützten Wohnen eine positive Wirkung entfalten können. In vielen Interviews wurde darauf hingewiesen, dass Leistungsträger und Leistungserbringer sich darum bemühen sollten, dass Menschen mit psychischer Behinderung ausreichend Schutz vor Ausgrenzung und Stigmatisierung erhalten. Schutz darf aber nicht gleichbedeutend sein mit einem Leben in einer eingehegten beschützenden Sonderumgebung und damit außerhalb der gesellschaftlichen Wahrnehmung. Es ist wichtig, dass die Betroffenen in der Gesellschaft präsent und sichtbar sind, um für sich einen Platz zu behaupten beziehungsweise überhaupt zu erlangen. Das Risiko von Selbststigmatisierung verbunden mit dem Verlust an Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten und einem negativen Selbsterleben ist beim sozialen Vergleich mit einer gesunden Referenzgruppe höher, als wenn man nur von Menschen umgeben ist, die ebenfalls an Einschränkungen leiden. Umso notwendiger ist es, bei den Betroffenen ein positives Selbstkonzept zu stärken und Strukturen zu schaffen beziehungsweise zu unterstützen, die auf Inklusion und Entstigmatisierung hinarbeiten. Bereits jetzt gibt es vielerorts Initiativen zur Förderung des Austauschs und der Normalisierung der Beziehungen zwischen Menschen ohne und mit Teilhabeeinträchtigungen. Darüber hinaus wäre es wichtig, auch

politisch auf günstigere gesellschaftliche Rahmenbedingungen für einen gemeinsamen Alltag hinzuwirken, als sie derzeit vorherrschen.

#### **7.4 Empirisch begründete Qualitätsstandards für Leistungen im Bereich des unterstützten Wohnens**

Im Rahmen des Forschungsvorhabens WieWohnen-BW mit seinen drei Teilprojekten wurden die Prozesse und Strukturen rund um das unterstützte Wohnen genauer in den Fokus genommen. Die Ziele des Forschungsvorhabens waren es, einerseits herauszufinden, wie sich unterstütztes Wohnen auf ein breites Spektrum von Ergebnisparametern auswirkt, andererseits – gestützt auf die Erfahrungen aus drei verschiedenen Perspektiven – zu beforschen, welche Strukturen und Prozesse im Zusammenhang mit der Förderung von Selbstständigkeit, Selbstbestimmung und Teilhabe besonders wirksam sind. Auf der Basis dieser umfangreichen Ergebnisse können folgende Qualitätsstandards für Leistungen im Bereich des unterstützten Wohnens formuliert und empirisch abgesichert werden, die keinesfalls Anspruch auf Vollständigkeit erheben:

##### **Personenzentrierung**

Eine personenzentrierte Unterstützung bedeutet, dass die konkrete Unterstützung orientiert wird an der individuellen Lebenssituation, dem individuellen Kontext mit Ressourcen und Barrieren sowie den individuellen Lebensperspektiven der leistungsberechtigten Person. Personenzentrierung betrifft alle Prozesse von der konkreten Unterstützungsplanung und der Gestaltung des Settings, in dem diese stattfindet, bis zur Assistenz im Alltag. Sie ist die Voraussetzung dafür, dass die Person eine für sie passende Unterstützung erhalten kann, sie annehmen und für sich nutzen kann.

##### **Zielorientierung**

Zielorientierung bei der Unterstützung bedeutet, in Form länger- und kurzfristiger Ziele zu definieren, was durch die Unterstützung erreicht werden soll sowie diese regelmäßig zu überprüfen und zu überdenken. Sie dient der leistungsberechtigten Person dazu, Perspektiven für die Zukunft zu entwickeln, sorgt für Transparenz bei den Leistungen und ermächtigt die Person, über ihre Entwicklung selbst zu bestimmen. Zielorientierung ist prinzipiell in ihrer Richtung offen: Je nach der individuellen Ausgangssituation der Person bedeutet sie nicht zwangsläufig eine langfristige Move On-Orientierung, sondern das Ziel kann bei manchen auch sein, dass jemand in einer stabilisierenden Umgebung ein Zuhause findet.

##### **Bedarfsorientierung**

Die Orientierung am tatsächlichen Bedarf der Person bedeutet, dass sie konkrete Unterstützung in den Bereichen erhält, in denen sie Unterstützung benötigt, auf die Art und Weise, wie sie diese annehmen kann, in dem Umfang, in dem sie diese benötigt, und zu den Zeiten, wenn sie nötig ist. Sie führt idealerweise dazu, Bedarfe zu verringern.

##### **Beziehungsorientierung**

Eine gute Arbeitsbeziehung mit einer zur leistungsberechtigten Person passenden Bezugsperson kann bewirken, dass sich die Person öffnen und entlasten kann, dass Krisen schneller aufgefangen werden und soziale Lernprozesse stattfinden können. Eine tragfähige Be-

ziehung benötigt Kontinuität und Zeit, damit sich ein entsprechendes Vertrauen entwickeln kann. Wichtig dabei ist außerdem eine Haltung, die auf Partnerschaft und Augenhöhe beruht.

### **Fehlerkultur**

Eine gesunde Fehlerkultur in Organisationen begünstigt ein personenzentriertes Vorgehen sowie die Ziel- und Bedarfsorientierung in der Unterstützung. Sie schafft für die Leistungsberechtigten Vertrauen und Transparenz und fördert die Selbstbestimmung. Sie sorgt dafür, dass eine Organisation qualitativ hochwertige Arbeit leisten und sich weiterentwickeln kann. Sie wird unterstützt durch ein Organisationsklima, in dem Selbstreflexion und Weiterbildung der Beschäftigten gefördert werden.

### **Unterstützung von Autonomiebestrebungen**

Das Streben nach Autonomie seitens der Leistungsberechtigten ist eine wichtige Ressource und Antriebskraft für ihre Weiterentwicklung. Es ist daher wichtig, Autonomiebestrebungen seitens der Leistungsberechtigten nicht zu unterlaufen oder zu blockieren, sondern gegebenenfalls zu strukturieren und für das Hinarbeiten auf die Ziele und Perspektiven der Person zu nutzen.

### **Transparenz**

Transparenz hinsichtlich der Leistungen, Prozesse und Strukturen sorgt für Verlässlichkeit und Vertrauen auf der Seite der leistungsberechtigten Personen, so dass ihre Fähigkeit gefördert wird, selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen.

127

### **Normalität, Kontextbezug, Sozialraumorientierung, Vernetzung**

Normalität bedeutet, die Unterstützung beziehungsweise deren Strukturen und Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass die Leistungsberechtigten ihren Alltag weitestgehend so leben können wie andere Menschen auch. Der Kontextbezug in der Arbeit mit Leistungsberechtigten ist wichtig, um Prozesse der Inklusion und Entstigmatisierung voranzutreiben und darüber hinaus mit den Betroffenen zusammen ein tragfähiges soziales Umfeld zu schaffen. Dieses soll über die unterstützende Institution hinaus in die Gemeinde hineinreichen, so dass ein Hospitalisieren im Unterstützungssystem verhindert wird.

### **Wahlmöglichkeiten**

Wahlmöglichkeiten zu eröffnen ist ein Ausdruck von Bedarfsorientierung und Personenzentrierung der Unterstützung. Keine Wahl zu haben, birgt das Risiko von Passivität und den Verlust einer Perspektive. Deshalb ist es wichtig, die Mitbestimmung der leistungsberechtigten Personen zu fördern, von der Wahl der Wohnung sowie der Mitbewohnerinnen und Mitbewohner bis zu individuellen Unterstützungsmaßnahmen.

### **Flexibilität**

Flexibilität in den Prozessen und Strukturen der Unterstützung ist die Voraussetzung für eine bedarfsorientierte Unterstützung, nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund der besonderen Dynamik des Krankheitsgeschehens bei psychischen Erkrankungen und einem wechselnden Bedarf. Flexibilität beginnt bei der Berücksichtigung der individuellen Konditionen der Leistungsberechtigten im Rahmen der Unterstützungsplanung und reicht bis zur zeitnahen Anpassung der Unterstützungsmaßnahmen, wenn der individuelle Bedarf sich ändert. Sie er-

fordert entsprechende Rahmenbedingungen und Arbeitsstrukturen, die eine solche Reagibilität erlauben.

#### **Zugang zu einem vielseitigen Unterstützungssystem**

Ein vielseitiges Unterstützungssystem in einer Region führt dazu, dass passgenaue Unterstützungsmöglichkeiten für die individuellen Bedarfe zur Verfügung stehen und die leistungsberechtigte Person die Unterstützung in dem Umfang und in den Bereichen bekommen kann, für die sie sie benötigt. Dies reicht über Unterstützung beim Wohnen weit hinaus und umfasst unter anderem auch den Zugang zu Beschäftigung, zu Freizeitangeboten, zu ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung. Insbesondere der Zugang zu Arbeit und Beschäftigung als ein wesentlicher Bestandteil gesellschaftlicher Teilhabe sollte durch entsprechende Angebote und eine Verringerung formaler Hürden erleichtert werden.

#### **Gestaltung von Übergängen**

Übergänge und Veränderungen sind im Leben von Menschen mit seelischer Behinderung oft mit Krisen und Ängsten verbunden. Eine gute Gestaltung von Übergängen ist notwendig, damit die leistungsberechtigte Person ermutigt wird, Entwicklungsschritte zu machen und sich neue Trainingsfelder zu erschließen. Diese Herausforderung zu meistern stärkt das Selbstwertgefühl. Die gute Gestaltung von Übergängen bedarf einer gründlichen Vorbereitung und fein abgestufter Veränderungen bei gleichzeitiger Beibehaltung von Kontinuität in anderen Bereichen.

128

#### **Ein- und Ausstiegsmanagement**

Ein zeitnaher, mit möglichst wenig Bürokratie beschwerter Einstieg in die Unterstützung durch die Eingliederungshilfe entspricht dem Prinzip der Bedarfsorientierung. Er sorgt dafür, dass die leistungsberechtigte Person rasch an die Unterstützung gelangt, die sie benötigt, und eine weitere Verfestigung ihrer Probleme unterbunden wird. Diesbezügliche Prozesse und Verfahren sollten deshalb auf den Prüfstand, da gerade das Gefühl, einer ungewissen Situation ausgeliefert zu sein, die betreffende Person einem hohen psychischen Druck aussetzt und ihr Befinden unnötig verschlimmern kann. Ebenso wichtig ist es, einen möglichen Ausstieg zusammen mit der leistungsberechtigten Person langfristig und in ausreichendem Maße vorzubereiten. Hierzu zählen unter anderem das Knüpfen eines tragfähigen Netzes von privaten oder professionellen Unterstützungsmöglichkeiten, um auf Krisen vorbereitet zu sein, sowie unbürokratische Rückkehroptionen, die die Angst vor einem Verlust der mit der Eingliederungshilfe verbundenen existenziellen Sicherheit verringern können.



## 8. Zusammenfassung

Mit dem Forschungsvorhaben WieWohnen-BW wurde die Wirksamkeit des unterstützten Wohnens im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit seelischer Behinderung untersucht. Drei Ziele wurden verfolgt: 1) ein umfassendes Bild zu gewinnen, welche Angebotsstrukturen in den untersuchten Regionen vorliegen und wer die Angebote nutzt, 2) herauszufinden, welche Ergebnisse bei Neufällen und Wechslern unterstützter Wohnformen über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren in Hinblick auf Soziale Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Verwirklichung von Teilhabe, Unterstützungsbedarfe und Belastungen durch psychische Symptome zu erwarten sind, und 3) zu beleuchten, welche Prozesse und Strukturen des unterstützten Wohnens in Hinblick auf Teilhabe, Selbstbestimmung und Selbständigkeit förderlich sind. Exemplarisch wurde hierfür das Leistungsgeschehen in vier Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg (Stadt Heidelberg, Rhein-Neckar-Kreis, Bodensee-Kreis, Landkreis Ravensburg) untersucht.

Das Forschungsvorhaben bediente sich entsprechend der verschiedenen Fragestellungen unterschiedlicher Methoden. Sie reichten von der deskriptiven Auswertung der Basisdokumentation in Teilprojekt 1 über die qualitative Inhaltsanalyse von 70 Experteninterviews (mit 77 Personen) aus verschiedenen Perspektiven (Leistungsberechtigte, Leistungserbringer und Leistungsträger) in Teilprojekt 2 bis hin zu einer Kohortenstudie (Teilprojekt 3) mit 102 Klientinnen und Klienten in unterstützten Wohnformen, mit drei Messzeitpunkten über einen Zeitraum von eineinhalb Jahren. Gemessen wurde die Entwicklung in verschiedenen Bereichen, darunter soziale Funktionsfähigkeit, Verwirklichung von Teilhabechancen, subjektive Lebensqualität, psychische Belastung, gedeckter und ungedeckter Unterstützungsbedarf, Entwicklung in den Bereichen Gesundheit, Wohnen und Arbeit sowie eine Fremdeinschätzung zu psychischen Problemen und Funktionieren im Alltag. Hierfür wurden bewährte, zum Teil standardisierte Erhebungsinstrumente verwendet. Im Rahmen dieser Längsschnittuntersuchung wurden zusätzlich Interviews geführt mit Personen, die während des Untersuchungszeitraums aus der Unterstützung ausstiegen oder deren Unterstützungsbedarf sich maßgeblich verringerte.

129

Die Voraussetzung für die Teilnahme der Stadt- und Landkreise war ein differenziertes Versorgungssystem, das Angebote mit verschiedener Intensität bereithielt. Regionale Unterschiede zeigten sich darin, dass in den nördlichen Stadt- und Landkreisen zum Zeitpunkt der Untersuchung der Anteil von Angeboten mit höherer Intensität größer war als im Süden. Personen mit den Diagnosen einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis stellten den Großteil der Klientinnen und Klienten in Angeboten mit intensiver Unterstützung. Ein Teil der Personen lebt bereits seit Jahrzehnten dort. In den Angeboten mit geringerer Unterstützungsintensität findet man nicht selten auch Menschen mit Persönlichkeitsstörungen oder affektiven Störungen. Etwa die Hälfte der Personen in Angeboten mit geringerer Unterstützungsintensität lebt nicht in Wohngemeinschaften, sondern alleine oder in anderen privaten Settings. Insbesondere Personen in Angeboten mit hoher Unterstützungsintensität nutzen regelhaft auch tagesstrukturierende Angebote oder Beschäftigungsangebote in Werkstätten. Eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt war generell selten.

Als Kernelemente einer wirksamen Förderung von Teilhabe, Selbstbestimmung und Selbstständigkeit wurden Personenzentrierung, Ziel- und Bedarfsorientierung, Beziehungsorientierung und das Vermitteln von Struktur und Halt identifiziert. Darüber hinaus wurde deutlich, dass es wichtig ist, Prozesse des Ein- und Ausstiegs aus der Eingliederungshilfe zu optimieren und Übergänge in andere Unterstützungsangebote zu erleichtern (unter anderem durch flexiblere Abläufe und die Schaffung bedarfsgerechter Angebote). Zur Förderung von Teilhabe ist es notwendig, auch die beruflichen Perspektiven zu klären und mögliche Hürden für eine Integration auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt und den Einstieg in eine Erwerbstätigkeit gegebenenfalls zu beseitigen. Darüber hinaus ist es generell günstig, wenn die Unterstützung regional- und kontextbezogen stattfindet und die Vernetzung und Einbindung der Betroffenen mit außerinstitutionellen Angeboten gefördert wird. Zur Förderung einer personenzentrierten sowie ziel- und bedarfsorientierten Versorgung der Leistungsberechtigten ist eine gute Vernetzung und konstruktive Zusammenarbeit aller in diesem Zusammenhang relevanten Stellen wichtig, auch, um Versorgungslücken zu identifizieren und Transparenz hinsichtlich möglicher Förderangebote für die Betroffenen zu schaffen. Schließlich benötigt die Förderung von Teilhabe ein gesellschaftliches Umfeld, das bereit ist, Menschen mit Teilhabebeeinträchtigung zu inkludieren und Stigma und Vorurteile abzubauen. Dies zu fördern und an einer förderlichen gesellschaftlichen Umgebung mit zuarbeiten, bleibt eine Aufgabe aller relevanten Akteure.

130 Die Längsschnittuntersuchung mit Leistungsberechtigten, die entweder neu in eine unterstützte Wohnform kamen oder bei denen die Intensität der Unterstützung wechselte, zeigte, dass Personen, die unterstütztes Wohnen nutzten, eine ganze Reihe von Problemen aufwiesen, die ihre Teilhabe beeinträchtigten. Am deutlichsten betroffen waren die soziale Funktionsfähigkeit und die psychische Belastbarkeit und Symptomatik. Im Vergleich zu privaten oder Einzel-Unterkünften hatten Personen in einem institutionellen Setting (Wohngemeinschaft, Wohngruppe) in vielen Bereichen bessere Ausgangswerte. Studienteilnehmende mit der Diagnose einer Schizophrenie hatten die besseren, solche mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung die schlechteren Ausgangswerte. Generell begünstigt waren Personen mit besseren familiären oder freundschaftlichen Beziehungen. Unterschiede in der Intensität der Unterstützung machten sich nur in wenigen Bereichen bemerkbar. Innerhalb der ersten eineinhalb Jahre wurde die Art der Unterstützung bei vielen Personen nachjustiert, wobei nur die Hälfte die ursprüngliche Unterstützungsform beibehielt und ein gutes Fünftel ganz aus der Unterstützung ausschied (fast immer aus Unterstützungsformen mit geringer Intensität). Im Laufe der Untersuchung zeichneten sich insgesamt bei vielen Teilnehmenden Veränderungen ab. Insbesondere die soziale Funktionsfähigkeit, die psychische Stabilität und die subjektive Lebensqualität verbesserten sich. Die Anzahl der Bereiche mit Unterstützungsbedarf verringerte sich. Die Zahl der Menschen mit einer Beschäftigung stieg. Die Personen, die im Laufe der Untersuchung aus dem Leistungsbezug ausstiegen, nannten als Gründe überwiegend Unzufriedenheit mit der angebotenen Unterstützung. Häufig wurden Konflikte mit Leistungserbringern und Mitarbeitenden genannt, außerdem Konflikte in der Wohngemeinschaft sowie Motive rund um eine Kostenbeteiligung an der Unterstützung. Demgegenüber gaben manche der Ausgestiegenen an, gerade durch eine tragfähige Beziehung zu ihrer betreuenden Bezugsperson viel Stabilität gewonnen zu haben.

Das Forschungsvorhaben lässt sich zur zentralen Kernaussage verdichten, dass der Einstieg in das unterstützte Wohnen im Rahmen der Eingliederungshilfe für viele Menschen mit seeli-

scher Behinderung besonders in Hinblick auf psychische Stabilität, soziale Funktionen und Lebensqualität eine ganze Reihe positiver Veränderungen mit sich bringen kann. Die Unterstützung sollte die einzelne Person mit ihrer Biographie und ihrem individuellen Lebenskontext ins Zentrum nehmen und sich an ihren individuellen Zielen und ihrem individuellen Bedarf orientieren. Hierfür sind Vielfalt, Flexibilität, Transparenz und Vernetzung der Strukturen des Unterstützungssystems unabdingbare Voraussetzungen.

## Literatur

Andreas S, Harfst T, Dirmaier J, Kawski S, Koch U, Schulz H (2007). A Psychometric evaluation of the German version of the 'Health of the Nation Outcome Scales, HoNOS-D': on the feasibility and reliability of clinician-performed measurements of severity in patients with mental disorders. *Psychopathology* 40: 116-125

Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S (1990). The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Brit J Psychiat* 157(6): 853-859

Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaite L, van Wijngaarden B (2000). Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory--European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. *Brit J Psychiat Suppl.* 39: 28-33

Derogatis LR (1986). SCL-90-R. Self-Report Symptom Inventory. In: *Collegium Internationale Psychiatric Scalarum (Hrsg.), Internationale Skalen der Psychiatrie*. Weinheim: Beltz

132 DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg.) (2018). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie (2. Aufl.). Springer: Berlin

Glaser B, Strauss A (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Mill Valley, CA: Sociology Press

Gühne U, Stein J, Weinmann S, Becker T, Riedel-Heller SG (2017). Wohninterventionen für Menschen mit schweren psychischen Störungen - Internationale Evidenz aus RCTs. *Psychiat Prax* 44(4): 194-205

Hegedüs A, Abderhalden C (2011). Versorgungsbedarf von Klienten in der ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern. *Psychiat Prax* 38: 382–388

Iffland JR, Lockhofen D, Gruppe H, Gallhofer B, Sammer G, Hanewald B (2015). Validation of the German Version of the Social Functioning Scale (SFS) for Schizophrenia. *PLOSone*. Online: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0121807>

Killaspy H, Priebe S, Bremner S, McCrone P, Dowling S, et al. (2016). Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: a national survey. *Lancet Psychiatry* 3: 1129–1137

Killaspy H, Priebe S, McPherson P, Zenasni Z, McCrone P, et al. (2019). Feasibility Randomised Trial Comparing Two Forms of Mental Health Supported Accommodation (Supported Housing and Floating Outreach); a Component of the QuEST (Quality and Effectiveness of Supported Tenancies) Study. *Front Psychiatry* 10:258. Online: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00258>

Klaghofer R, Brähler E (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 49: 115-124

KVJS (Kommunalverband Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Soziales) (Hrsg.) (2020). KVJS Berichterstattung: Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII und dem SGB IX. Planungs- und Steuerungsunterstützung für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg 2018. Online: [https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2018-Bericht\\_Leistungen\\_EGH\\_.pdf](https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2018-Bericht_Leistungen_EGH_.pdf)

KVJS (Kommunalverband Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Soziales) (Hrsg.) (2018). KVJS Berichterstattung: Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII. Planungs- und Steuerungsunterstützung für die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg 2016. Online: <https://www.kvjs.de/fileadmin/dateien/soziales/egh/2018-01-23-bericht-leistungen-egh-2016.pdf>

KVJS (Kommunalverband Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Dezernat Soziales) (Hrsg.) (2019). Dokumentation Gemeindepsychiatrischer Verbund Baden-Württemberg 2017/18. Ergebnisse einer Datenerhebung bei den Stadt- und Landkreisen zum 31.12.2017. Online: [https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2019-02-04\\_GPV-Doku.pdf](https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2019-02-04_GPV-Doku.pdf)

Kyle T, Dunn JR (2008). Effects of housing circumstances on health, quality of life and healthcare use for people with severe mental illness: a review. *Health Soc Care Community* 16: 1-15

133

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Speck A, Steinhart I (Hrsg.) (2018). *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und-risiken von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen*. Köln: Psychiatrie Verlag

Landratsamt Rhein-Neckar-Kreis (Hrsg.) (2018). *Sozial- und Teilhabeplanung für den Rhein-Neckar-Kreis für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und wesentlicher seelischer Behinderung. Fortschreibung 2015 bis 2025*. Online: [https://www.rhein-neckar-kreis.de/site/Rhein-Neckar-Kreis-2016/get/params\\_E1529111057/2343740/Teilhabeplanung\\_Fortschreibung.pdf](https://www.rhein-neckar-kreis.de/site/Rhein-Neckar-Kreis-2016/get/params_E1529111057/2343740/Teilhabeplanung_Fortschreibung.pdf)

Macpherson R, Shepherd G, Thyarappa P (2012). Supported accommodation for people with severe mental illness: An update. *Adv Psychiatric Treatment* 18: 381-391

Mayring P (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 8. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz UTB

McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry* (2018) 18:128. Online: <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1725-8>

Nelson G (2010). Housing for people with serious mental illness: Approaches, evidence and transformative change. *J Sociology Soc Welfare* 37: 123-146

Nelson G, Sylvestre J, Aubry T, George L, Trainor J (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Adm Policy Ment Health* 34: 89-100

Newman SJ (2001). Housing attributes and serious mental illness: implications for research and practice. *Psychiatr Serv* 52: 1309-1317

Nussbaum M (2003). Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice. *Fem Econ* 9(2-3): 33-59

O'Hara A (2007). Housing for people with mental illness: update of a report to the President's New Freedom Commission. *Psychiatr Serv* 58: 907-913

Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, et al. (1995). The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Brit J Psychiat* 167: 589-595

Pleace N, Wallace A (2011). *Demonstrating the Effectiveness of Housing Support Services for People with Mental Health Problems: A Review*. York: University of York

134 Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry* 45: 7-12

Reitan RM (1958). Validity of the trail making test as an indication of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills* 8: 271-276

Richter D (2010). Evaluation des stationären und ambulant betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbänden des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe. *Psychiat Prax* 37: 127-133

Rog DJ (2004). The evidence on supported housing. *Psychiatr Rehabil J* 27: 334-344

Roick C, Kilian R, Matschinger H, Bernert S, Mory C, Angermeyer MC (2001). Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten. German Adaptation of the Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory - An Instrument for the Cost of Mental Health Care. *Psychiat Prax* 28: 84-90

Sen A (1982). *Choice, welfare and measurement*. Cambridge: Harvard University Press

Sen A (1993). *Capability and Well-Being*. In: Nussbaum M, Sen A (Hrsg.) *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press

Simon J, Anand P, Gray A, Rugkåsa J, Yeeles K, Burns T (2013). Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Soc Sci Med* 98: 187-196

Stadt Heidelberg (Hrsg.) (2017). Teilhabeplan für Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und wesentlicher seelischer Behinderung in der Stadt Heidelberg.

Wing JK, Beevor AS, Curtis RH, Park SB, Hadden S, Burns A (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *Brit J Psychiat* 172: 11-18

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Angebote der Leistungserbringer und Anzahl der Nutzer zum Stichtag .....	16
Tabelle 2: Anzahl und Häufigkeit der Leistungsberechtigten in verschiedenen Formen des unterstützten Wohnens nach Stadt-/Landkreis .....	17
Tabelle 3: Charakteristika der Leistungsberechtigten in den verschiedenen Angeboten .....	19
Tabelle 4: Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer .....	28
Tabelle 5: Verwendete Messinstrumente .....	64
Tabelle 6: Vergleich von Studien- und Kontrollstichprobe .....	68
Tabelle 7: Merkmale der Stichprobe .....	70
Tabelle 8: Wohnformen vor und bei Studienbeginn.....	72
Tabelle 9: Von den Studienteilnehmenden zusätzlich genutzte Unterstützungsangebote ....	75
Tabelle 10: Häufigkeiten von Completern und Dropout in den Stadt- und Landkreisen .....	87
Tabelle 11: Variablen zur Prüfung möglicher Zusammenhänge mit der Entwicklung im unterstützten Wohnen.....	101



## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablaufschema der Inhaltsanalyse.....	25
Abbildung 2: Beispiel für die ersten Analyseschritte der qualitativen Auswertung .....	26
Abbildung 3: Strukturierungsebenen der Analyse.....	31
Abbildung 4: Strukturierungsebenen und Kerninhalte der Analyse.....	59
Abbildung 5: Verlauf der Rekrutierung nach Stadt- und Landkreisen .....	62
Abbildung 6: Untersuchte Bereiche .....	63
Abbildung 7: Wohnformen der Teilnehmenden zu Studienbeginn .....	71
Abbildung 8: Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten der Wohnform.....	73
Abbildung 9: Beschäftigung und Tagesstruktur der Teilnehmenden.....	74
Abbildung 10: Social Functioning Scale (SFS) zu Studienbeginn.....	76
Abbildung 11: Subjektive Lebensqualität und Zufriedenheit .....	77
Abbildung 12: Verwirklichungschancen – Capabilities.....	78
Abbildung 13: Unterstützungs- und Versorgungsbedarf .....	80
Abbildung 14: Psychische Belastung .....	81
Abbildung 15: Ausmaß psychischer Gesamtbelastung der Stichprobe im Vergleich zur Normalbevölkerung.....	82
Abbildung 16: Externe Einschätzung von Symptomen und funktionaler Beeinträchtigung....	83
Abbildung 17: Perspektive im Bereich Wohnen – Ausgangslage und Prognose aus Sicht der Teilnehmenden und ihrer Bezugspersonen.....	84
Abbildung 18: Perspektive im Bereich Beschäftigung – Ausgangslage und Prognose aus Sicht der Teilnehmenden und ihrer Bezugspersonen.....	85
Abbildung 19: Veränderung der Wohnsituation im Laufe der Studie .....	89
Abbildung 20: Veränderung der Beschäftigungssituation im Laufe der Studie.....	90
Abbildung 21: Klinikaufenthalte vor und nach Studienbeginn .....	91
Abbildung 22: Soziale Funktionsfähigkeit im Studienverlauf.....	92
Abbildung 23: Subjektive Lebensqualität und Zufriedenheit im Studienverlauf .....	93
Abbildung 24: Verwirklichungschancen – Capabilities im Studienverlauf .....	94
Abbildung 25: Veränderung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs im Studienverlauf.....	95
Abbildung 26: Veränderung der Häufigkeiten ungedeckter Bedarfe im Studienverlauf.....	96
Abbildung 27: Veränderung der psychischen Probleme im Studienverlauf.....	97
Abbildung 28: Veränderung des Anteils niedrig, normal und hoch belasteter Teilnehmender im Studienverlauf.....	97

Abbildung 29: Veränderung der externen Einschätzung von Symptomen und funktionaler Beeinträchtigung (HoNOS) .....	98
Abbildung 30: Entwicklung der Anzahl ungedeckter Bedarfe bei Personen mit zufriedenstellender und mit weniger zufriedenstellender sozialer Einbindung .....	103
Abbildung 31: Entwicklung der Gesamtbelastung durch psychische Probleme bei Personen mit einer affektiven Störung und Personen mit anderer Hauptdiagnose.....	104
Abbildung 32: Entwicklung der Lebensqualität und Zufriedenheit von Wechslern und Neufällen .....	105
Abbildung 33: Entwicklung der sozialen Funktionsfähigkeit in den unterschiedlichen Prognosegruppen .....	106

# Anhang

**Studieninformation für Interviews mit Mitarbeitenden bei Leistungsträgern und Leistungserbringern (Teilprojekt 2)**

Studie „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg“

- Teilstudie zu Wirksamkeitsfaktoren -

INFORMATION FÜR PROBANDINNEN UND PROBANDEN

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir bitten Sie, an einer Interview-Studie zum Thema „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens“ teilzunehmen.

Wir sind ein kleines Team von Forschern und Forscherinnen der Universitätskliniken Ulm und Heidelberg und untersuchen, wie wirksam die verschiedenen Formen des betreuten Wohnens dabei sind, dass Menschen mit seelischen Schwierigkeiten im Alltag wieder besser zurechtkommen. Wie viel und welche Art von Unterstützung hilft welchen Menschen am besten?

Um dies herauszufinden, suchen wir Menschen, die uns von ihren Erfahrungen mit unterstützten Wohnformen berichten können - als Nutzende dieser Wohnformen, aber auch als professionell Tätige in der Betreuung von Klientinnen und Klienten unterstützter Wohnformen oder als Mitarbeitende der Stadt- und Landkreise, die in diesem Bereich tätig sind. In dieser Teilstudie geht es um Wirksamkeitsfaktoren.

Uns interessiert, welche Bereiche und Aspekte des unterstützten Wohnens aus Ihrer Sicht und nach Ihrer Erfahrung besonders wirksam und hilfreich sind, um die Teilhabe von Menschen mit schwerer seelischer Behinderung zu fördern. Z.B. Welche Rolle spielen die Räumlichkeiten und der Ort? Welche Rolle spielen die Ansprechpartner der Betroffenen, die Verfügbarkeit und die Häufigkeit der Kontakte? Welche Bedürfnisse werden nach Ihrer Erfahrung durch die Unterstützung beim Wohnen erfüllt, welche bleiben gelegentlich offen? Wo sehen Sie hinsichtlich der Strukturen Verbesserungsbedarf?

Ziel der Studie ist es, für Menschen mit psychischen Problemen geeignete Unterstützungsangebote beim Wohnen zu schaffen. Mit Ihren Antworten können Sie dazu beitragen.

## Studieninformation für Interviews mit Leistungsberechtigten (Teilprojekt 2)

Studie „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg“

- Teilstudie zu Wirksamkeitsfaktoren -

### INFORMATION FÜR PROBANDINNEN UND PROBANDEN

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir laden Sie ein, an einer Studie zum Thema „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens“ teilzunehmen, und möchten Sie hier über diese Studie informieren.

Wir sind ein kleines Team von Forschern und Forscherinnen der Universitätskliniken Ulm und Heidelberg und untersuchen, wie wirksam die verschiedenen Formen des betreuten Wohnens dabei sind, dass Menschen mit seelischen Schwierigkeiten im Alltag wieder besser zurechtkommen. Wie viel und welche Art von Unterstützung hilft welchen Menschen am besten? Um dies herauszufinden, suchen wir Menschen, die uns von ihren Erfahrungen mit unterstützten Wohnformen berichten können.

In dieser Teilstudie geht es um Wirksamkeitsfaktoren. Uns interessiert, welche Unterstützungsangebote des betreuten Wohnens Sie als wirksam und hilfreich erleben und wie Sie persönlich davon profitieren. Zum Beispiel: Welche Rolle spielen die Räumlichkeiten und der Ort? Welche Rolle spielen Ihre Ansprechpartner, die Verfügbarkeit und die Häufigkeit, mit der Sie sich sehen? Welche Ihrer Bedürfnisse sehen Sie durch die Unterstützung erfüllt, welche sind offen geblieben? Welche Eigenschaften Ihrer Wohnform schätzen Sie ganz besonders? Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf?

Ziel dieser Studie ist es, für Menschen mit psychischen Problemen geeignete Unterstützungsangebote beim Wohnen zu schaffen.

Mit Ihren Antworten können Sie dazu beitragen.

....

### Leitfaden für Interviews mit Mitarbeitenden (Teilprojekt 2)

(...)

Gesprächseinführung (*sinngemäß*)

„In dieser Untersuchung geht es um die Wirksamkeit von unterstützten Wohnformen. Wir würden gerne Ihre Erfahrungen dazu hören, welche Eigenschaften des betreuten Wohnens dafür wichtig sind, dass Klientinnen und Klienten ein möglichst selbständiges Leben führen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Ähnliche Interviews sollen mit insgesamt 15 bis 20 Klientinnen und Klienten sowie mit Mitarbeitenden der betreuten Wohnformen und der Landkreise durchgeführt werden. Wir möchten möglichst viele Faktoren erfassen, die aus Sicht von Ihnen und den anderen Experten zur Verbesserung der Unterstützung beitragen könnten.“

Das Interview folgt keinem starren Ablauf, sondern soll als offenes Gespräch gestaltet sein, so dass Sie alle Punkte einbringen können, die Ihnen zu diesem Thema wichtig sind. Es wird insgesamt ca. 20 Minuten in Anspruch nehmen und wird mit einem Rekorder aufgezeichnet. Die Tonaufnahme wird nach Abschluss der Studie gelöscht. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt; die Mitarbeitenden des Studienteams unterliegen der Schweigepflicht. Die Daten werden so weiterverarbeitet, dass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person oder auf Institutionen gezogen werden können.“

Gesprächsablauf

- Was trägt dazu bei, dass Ihre Klientinnen und Klienten selbständiger werden und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können?

*(Erzählen lassen, ggf. den Fokus auf folgende Punkte richten:*

- *(LE:) Art des Unterstützungsangebots (räumlich/zeitlich/personell) (z.B. Kontakthäufigkeit mit der Bezugsmitarbeiterin / dem Bezugsmitarbeiter, welche Unterstützung wird von ihm / ihr konkret geleistet, wie groß ist die Einrichtung und wo liegt sie, welche Fähigkeiten haben die Beteiligten, Mitbewohner)*
- *(LT:) Konzeptioneller Ansatz und Eigenschaften der Unterstützungsangebote (z.B. Art und Intensität der Unterstützung, Größe der Einrichtung, Verfügbarkeit weiterer Unterstützungsangebote vor Ort, Qualifikationen und Kompetenzen der Beteiligten bei der Hilfeplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe (z.B. Bedeutung des Hilfeplans)*
- *Vorgaben und Strukturen der Eingliederungshilfe (z.B. Art, Umfang und Fortschreibung der Hilfeplanung, Strukturen und Abläufe in der Verwaltung)*
- *sozialräumliche und materielle Rahmenbedingungen (z.B. Wohnumfeld, soziales Umfeld, Lebensunterhalt)*
- Was könnte besser sein zur Ermöglichung von Selbständigkeit und Teilhabe? An welchen Punkten sehen Sie Verbesserungsbedarf?
- Gibt es zum Abschluss noch etwas, das Sie zu diesem Thema gerne sagen würden? Wurde etwas Wichtiges noch nicht angesprochen?
- Herzlichen Dank für das Gespräch!

## Leitfaden für Interviews mit Leistungsberechtigten (Teilprojekt 2)

(....)

Gesprächseinführung (*sinngemäß*)

„In dieser Untersuchung geht es um die Wirksamkeit von unterstützten Wohnformen. Wir würden gerne Ihre Erfahrungen dazu hören, welche Eigenschaften des betreuten Wohnens dafür wichtig sind, dass Betroffene ein möglichst selbständiges Leben führen und am Leben in der Gemeinschaft teilnehmen können. Ähnliche Interviews sollen mit insgesamt 15 bis 20 Betroffenen, aber auch mit Mitarbeitenden der betreuten Wohnformen und der Landkreise durchgeführt werden. Dabei geht es aber niemals um Sie persönlich oder um andere konkrete Personen. Wir möchten allgemein möglichst viele Faktoren erfassen, die aus Sicht von Ihnen und den anderen Experten zur Verbesserung der Unterstützung beitragen könnten.“

Das Interview folgt keinem starren Ablauf, sondern soll als offenes Gespräch gestaltet sein, so dass Sie alle Punkte einbringen können, die Ihnen zu diesem Thema wichtig sind. Es wird insgesamt ca. 20 Minuten in Anspruch nehmen und wird mit einem Rekorder aufgezeichnet. Die Tonaufnahme wird nach Abschluss der Studie gelöscht. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt; die Mitarbeitenden des Studienteams unterliegen der Schweigepflicht. Die Daten werden so weiterverarbeitet, dass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person oder auf Institutionen gezogen werden können.“

Gesprächsablauf

- Sie leben ja derzeit im ..... Bitte beschreiben Sie kurz, in welchen Bereichen Sie dort Unterstützung erhalten.
- Was daran empfinden Sie als besonders wichtig und hilfreich, damit Sie möglichst selbständig leben und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können?

*(Erzählen lassen, ggf. den Fokus auf folgende Punkte richten:*

- *Art des Unterstützungsangebots (räumlich/zeitlich/personell)*
- *(z.B. Kontakthäufigkeit mit der Bezugsmitarbeiterin / dem Bezugsmitarbeiter, welche Unterstützung wird von ihm / ihr konkret geleistet, wie groß ist die Einrichtung und wo liegt sie, welche Fähigkeiten haben die Beteiligten, Mitbewohner)*
- *Hilfeplanung im Rahmen der Eingliederungshilfe (z.B. Bedeutung des Hilfeplans)*
- *sozialräumliche und materielle Rahmenbedingungen (z.B. Wohnumfeld, soziales Umfeld, Lebensunterhalt)*
- Gibt es etwas an Ihrer betreuten Wohnform, das besser sein könnte, damit Sie selbständiger leben und noch mehr am gesellschaftlichen Leben teilhaben können?
- Was fehlt, was müsste anders sein?
- Gibt es zum Abschluss noch etwas, das Sie zu diesem Thema gerne sagen würden? Wurde etwas Wichtiges noch nicht angesprochen?
- Herzlichen Dank für das Gespräch!

**Studieninformation für Interviews mit Wechslern und Aussteigern (Teilprojekt 3)**

INFORMATION FÜR PROBANDINNEN UND PROBANDEN

Studie „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg“

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

Sie haben bisher an der Studie zum Thema „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens“ teilgenommen und wir möchten Ihnen vielmals für Ihre Teilnahme danken. Konkret interessiert uns ja, wie viel und welche Art von Unterstützung welchen Menschen am besten hilft?

Da sich bei Ihnen nun eine Veränderung ergibt oder ergeben hat (Ausstieg aus dem unterstützten Wohnen oder Wechsel in eine weniger intensiv betreute Wohnform), wäre es für unsere Studie ganz besonders interessant zu erfahren, was Sie zu diesem Schritt bewogen hat. Welche Erfahrungen haben Sie mit Ihrer bisherigen Unterstützung gemacht? Was erlebten Sie als hilfreich für Ihre Entwicklung, was weniger?

Um darüber etwas mehr zu erfahren, möchten wir mit Ihnen ein ca. 20- bis 30minütiges Interview durchführen. Um das Gesprochene möglichst wortgetreu auswerten können, möchten wir es mit einem Rekorder aufzeichnen. Nach Abschluss der Studie wird diese Aufzeichnung gelöscht.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Die Mitarbeitenden des Studienteams unterliegen der Schweigepflicht, gehören nicht zu Ihrem Behandlungs- und Betreuungsteam und werden keine Informationen dorthin weiterleiten. Die gewonnenen Daten werden so weiterverarbeitet, dass keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden können.

....



### Leitfaden für Interviews mit Wechslern und Aussteigern (Teilprojekt 3)

Interviewleitfaden für Wechsler und Aussteiger

Kurzinterviews mit Probanden, die nach Teilnahme in die Follow-Up Studie (Teilprojekt 3) wieder aus dem betreuten Wohnen aussteigen ODER die in eine weniger intensiv betreute Wohnform wechseln

Das Interview soll möglichst offen geführt werden. Der Leitfaden dient zum Gesprächseinstieg bzw. als eine Art Checkliste, um Themen nicht zu verpassen.

Nur Personen, die bereits an der Studie teilnehmen

Vor der Bandaufnahme:

- Klären von Sinn und Ziel der Untersuchung sowie Ablauf des Interviews
- Klären von Vertraulichkeit und Datenschutz
- Einholen der schriftlichen Einwilligungserklärung in die Studie

Leitfragen (*als Anhaltspunkte*)

- Aus welchem Grund wurde damals die Unterstützung begonnen?
- Was hat sich seit dem Beginn der Unterstützung bei Ihnen verändert?
- Wie kam es dazu, dass die Unterstützung nun verringert / beendet wird?
- Welche Unterstützung erhalten Sie im Moment und wie kommen Sie nun im Alltag zurecht?
- Wie sehen Sie rückblickend die Unterstützung? Fokus auf:
  - Einrichtung (z.B. Inhalt und Umfang der Unterstützung, Räumlichkeiten, Lage, Arbeitsbeziehung zum / zur Bezugsmitarbeitenden)
  - Kostenträger (z.B. Dauer und Ablauf des Hilfeplanverfahrens, Zielvereinbarung, Kommunikation mit den zuständigen Personen)
- Hat die Unterstützung Ihre Erwartungen erfüllt? Haben Sie die vereinbarten Ziele erreicht? Wenn ja, inwiefern? Wenn nein, warum nicht?
- Herzlichen Dank für das Gespräch!

### Studieninformation für Leistungsberechtigte zur Kohortenstudie (Teilprojekt 3)

**Studie „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg“ - Teilstudie zum Verlauf -**

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir bitten Sie, an einer Studie zum Thema „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens“ teilzunehmen.

Wir sind ein kleines Team von Forschern und Forscherinnen der Universitätskliniken Ulm und Heidelberg. Wir möchten untersuchen, wie wirksam die verschiedenen Formen des betreuten Wohnens dabei sind, dass Menschen mit seelischen Schwierigkeiten im Alltag wieder besser zurechtkommen. Wie viel und welche Art von Unterstützung hilft welchen Menschen am besten?

Um dies herauszufinden, suchen wir Menschen, die ganz neu in einer unterstützten Wohnform leben. Und wir suchen Menschen, die bereits Erfahrungen mit betreutem Wohnen haben, die aber nun die Wohnform wechseln (zum Beispiel vom Wohnheim ins ambulant betreute Wohnen).

Uns interessiert, wie es nach diesem Neueinstieg oder Wechsel der Wohnform in verschiedenen Bereichen bei Ihnen weitergegangen ist. Z.B. Wie verbringen Sie Ihren Tag? Nehmen Sie mehr teil am Leben in der Gesellschaft als vorher? Welche Ihrer Bedürfnisse sehen Sie durch die Unterstützung bei Wohnen erfüllt, welche sind offen geblieben? Geht es Ihnen psychisch besser? Und welche Eigenschaften Ihrer Wohnform sind es, die dazu beitragen?

Ziel der Studie ist es, für Menschen mit psychischen Problemen geeignete Unterstützungsangebote beim Wohnen zu schaffen. Mit Ihren Antworten können Sie dazu beitragen.

**Was kommt auf Sie zu, wenn Sie mitmachen?**

Um eine Entwicklung zu erkennen, würden wir Sie gerne insgesamt dreimal befragen - zu Beginn Ihrer Teilnahme, nach einem halben Jahr und zuletzt nach 18 Monaten.

Eine Mitarbeiterin bzw. ein Mitarbeiter des Studienteams wird mit Ihnen eine Reihe von Fragebögen durchgehen und einen kurzen Aufmerksamkeitstest durchführen. Die Fragen betreffen verschiedene Themen: Ihr Alltagsleben, Ihre Einschätzung, wie sehr Sie an der Gesellschaft teilhaben, Ihre Sicht, wo Sie für sich Unterstützungsbedarf sehen, Ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten des Lebens, Ihre aktuelle Behandlung etc.

Sie können die Bögen für sich alleine ausfüllen. Das Ausfüllen kann jedoch auch in Form eines Interviews mit einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter des Studienteams geschehen. Diese Person gehört nicht zu Ihrem Behandlungs- oder Betreuungsteam. Sie wird keine Informationen aus der Befragung an das Behandlungs- oder das Betreuungsteam weiterleiten.

- Jede Befragung dauert etwa 45 bis 60 Minuten.
- Die Befragungen finden zu Beginn der Studienteilnahme, nach 6 und nach 18 Monaten statt.
- Die Befragungen können an einem Ort Ihrer Wahl durchgeführt werden (z.B. in einem Besprechungsraum oder bei Ihnen zu Hause).
- Wenn Sie anreisen müssen, erstatten wir Ihnen die Fahrtkosten für Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln.
- Für die Teilnahme erhalten Sie eine kleine Aufwandsentschädigung in Form eines Einkaufsgutscheines. (1. Befragungstermin in Höhe von 10€, 2./3. Befragungstermin je in Höhe von 20€).

Für eine externe Einschätzung Ihrer Gesundheit werden die Studienmitarbeitenden Kontakt mit einer von Ihnen benannten Bezugsperson in Ihrer Wohneinrichtung aufnehmen und sie bitten, einen Fragebogen zu möglichen Problemen im Alltag auszufüllen. Außerdem interessiert uns, welche Erwartungen mit dem unterstützten Wohnen verbunden werden.

Falls Sie während des Untersuchungszeitraums aus dem betreuten Wohnen aussteigen oder in eine Wohnform mit weniger intensiver Betreuung wechseln, wäre für uns ganz besonders interessant zu erfahren, was Sie bei diesem Schritt unterstützt oder behindert hat, und wie es Ihnen nun geht. Wir würden Sie dann gerne noch einmal für ein ausführliches Interview kontaktieren.

(...)

Überblick über Haupteffekte, Interaktionseffekte und Gruppenunterschiede von Outcomes und Kovariaten

	SFS	MANSA	OxCAP	SCL-K-9	CANSAS kein Bedarf	CANSAS: unged. Bedarf	HoNOS
amb vs. stat	Haupteffekt	*	-	***	*	-	-
	Interaktion	-	-	-	-	-	-
privat vs. inst	zwischen Individuen	** (a>s)	-	-	*(a>s)	-	-
	Interaktion	***	-	***	*	-	-
move vs. stay	zwischen Individuen	-	*	*** (p>i)	*	*** (p>i)	*** (p>i)
	Haupteffekt	***	-	***	-	-	-
m vs. w	Interaktion	* Move steigt, stay bleibt	-	-	-	-	-
	zwischen Individuen	** (move>stay)	-	-	-	-	-
bis 30 vs. älter	Haupteffekt	***	-	***	*	-	-
	Interaktion	*** (w<m)	*** (w<m)	*** (w>m)	-	** (w>m)	-
HS vs. höher	zwischen Individuen	*	-	***	-	-	-
	Interaktion	-	-	-	-	-	-
Soz. Bez. gut vs. andere	Haupteffekt	***	-	***	**	*	-
	Interaktion	-	-	-	-	** (Soz. gut niedrig, andere sinkt)	-
HD F2 vs. neih	zwischen Individuen	** (Soz>andere)	** (soz>andere)	-	** (Soz>andere)	*** (Soz<andere)	-
	Interaktion	***	-	**	-	-	-
HD F6 vs. neih	zwischen Individuen	*** (F2>andere)	-	*** (F2<andere)	-	** (F2<andere)	*(F2<andere)
	Interaktion	**	-	***	**	-	-
Neu vs. Wechsel	zwischen Individuen	*(F6<andere)	** (F6<andere)	*(F6>andere)	-	** (F6>andere)	-
	Interaktion	*	-	**	-	-	-
HD F3 vs. neih	zwischen Individuen	***	-	***	*	** (n>w)	-
	Interaktion	-	-	** (F3 höher, sinkt stärker)	-	-	*(F3 sinkt, neih steigt)
	zwischen Individuen	-	-	-	-	*(F3>neih)	-

Datenbasis: WieWohnen-BW Stichprobe – Teilstichprobe der Completer (N=85)  
Anm.: \* p<0.05, \*\* p<0.01, \*\*\* p<0.001

## *Für Ihre Notizen*

*Für Ihre Notizen*

## *Für Ihre Notizen*

**Juli 2020**

**Herausgeber:**

**Kommunalverband für Jugend  
und Soziales Baden-Württemberg**

Postfach 10 60 22

70049 Stuttgart

www.kvjs.de

**Geschäftsführung KVJS-Forschung:**

Anke Rammig

Telefon: 0711 6375-716

Anke.Rammig@kvjs.de

Ralf Steiger

Telefon: 0711 6375-715

Ralf.Steiger@kvjs.de

**Verantwortlich:**

**Projektleitung KVJS-Dezernat Soziales**

Dr. Gerrit Grünes

Telefon: 0711 6375-215

Gerrit.Gruenes@kvjs.de

**Universität Ulm – ZfP Südwürttemberg**

**Abteilung Versorgungsforschung**

**Projektleitung / Projektkoordination:**

Prof. Dr. Tilman Steinert

tilman.steinert@zfp-zentrum.de

Dr. Susanne Jaeger (Dipl.-Psych.)

susanne.jaeger@zfp-zentrum.de

**Projektpartnerin:**

Prof. Dr. Sabine C. Herpertz

Klinik für Allgemeine Psychiatrie

Universität Heidelberg

**Forschungsteam:**

Johannes Gnauck (M.A. Soziologie)

Marie Kampmann (M.Sc. Psychologie)

**Bestellung/Versand:**

Manuela Weissenberger

Telefon 0711 6375-307

Sekretariat21@kvjs.de

**Redaktioneller Hinweis:**

Wir bitten um Verständnis, dass aus Gründen der Lesbarkeit auf eine durchgängige Nennung der weiblichen und männlichen Bezeichnung verzichtet wird. Selbstverständlich beziehen sich die Texte in gleicher Weise auf Frauen, Männer und Diverse.

# KVJS

**Kommunalverband  
für Jugend und Soziales  
Baden-Württemberg**

**Postanschrift:**

Postfach 10 60 22  
70049 Stuttgart

**Hausadresse:**

Lindenspürstraße 39  
70176 Stuttgart (West)  
Telefon 07 11 63 75-0

[www.kvjs.de](http://www.kvjs.de)  
[info@kvjs.de](mailto:info@kvjs.de)