

„Wirksamkeit der Eingliederungshilfe  
Wohnen für Menschen mit seelischen  
Behinderungen in Nordrhein-Westfalen“  
– Projekt WiEWohnen NRW

---

Prof. Dr. Günther Wienberg |

Prof. Dr. Ingmar Steinhart

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. Thomas Beblo, Dr. Lorenz Dehn, Prof. Dr. Martin Driessen, Julia Grochtmann, Dr. Georg Kremer, Dr. Dirk Richter, Ilka Scholl, Prof. Dr. Michael Schulz

## Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Zusammenfassung</b> .....  | <b>6</b>  |
| <b>A Projektgrundlagen und Projektumsetzung</b> .....   | <b>12</b> |
| A.1 Hintergrund und Ausgangslage .....  | 12        |
| A.1.1 Entwicklungslinien und Stand der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.....                              | 12        |
| A.1.1.1 Historisches .....  | 12        |
| A.1.1.2 Transinstitutionalisierung.....   | 12        |
| A.1.1.3 (Fehl-)Platzierung in Pflegeheimen .....  | 13        |
| A.1.1.4 Aktuelle Kennzahlen der Wohnunterstützung.....  | 14        |
| A.1.1.5 Nutzenden-Präferenzen und Nutzenden-Zufriedenheit.....  | 16        |
| A.1.1.6 Soziale Teilhabe von psychisch beeinträchtigten Menschen heute .....  | 18        |
| A.1.1.7 Fazit .....   | 20        |
| A.1.2 Die Zukunft der Teilhabeleistungen .....  | 21        |
| A.1.2.1 Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK).....  | 21        |
| A.1.2.2 Das Bundesteilhabegesetz (BTHG).....  | 21        |
| A.1.2.3 Zur Umsetzung des BTHG in Nordrhein-Westfalen .....   | 23        |
| A.1.2.4 Fazit .....   | 24        |
| A.2 Ergebnisse zur Wirksamkeit der Wohnunterstützung .....  | 25        |
| A.2.1 Methodische Probleme.....   | 25        |
| A.2.2 Stand der Forschung in Deutschland .....  | 28        |
| A.2.3 Stand der Forschung international .....   | 30        |
| A.2.5 Qualitätsindikatoren für Leistungen des Unterstützten Wohnens.....  | 34        |
| A.2.5.1 Gesetzliche Grundlagen im SGB IX und vertragliche Grundlagen in Nordrhein-Westfalen .....   | 34        |
| A.2.5.2 Qualitätsindikatoren für Unterstütztes Wohnen im englischsprachigen Raum .....  | 36        |
| A.2.5.3 Fazit .....   | 38        |
| A.3 Zielgruppe, Zielsetzung und Hauptfragestellungen des Projekts .....   | 40        |
| A.4 Projektstruktur und Projektbeteiligte .....   | 42        |
| A.4.1 Projektstruktur .....   | 42        |
| A.4.1.1 Teilprojekt 1: Beschreibung der Struktur- und Prozessqualität wohnbezogener Unterstützungsleistungen .....                                      | 42        |
| A.4.1.2 Teilprojekt 2: Evaluation unterschiedlicher Wohnformen mit hoher Unterstützungsintensität aus der Perspektive von Klientinnen und Klienten..... | 42        |

---

|   |           |
|---|-----------|
| A.4.1.3 Teilprojekt 3 (Hauptstudie): Prospektive Evaluation wohnbezogener<br>Unterstützungsleistungen ..... | 42        |
| A.4.1.4 Teilprojekt 4: Ableitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der<br>Wohnunterstützung.....       | 43        |
| A.5 Ethische Prüfung und Datenschutz .....  | 48        |
| <b>B. Projektumsetzung und Projektergebnisse.....</b>   | <b>49</b> |
| B.1 Teilprojekt 1: Differentielle Beschreibung von Wohnunterstützungsangeboten .....                        | 49        |
| B.1.1 Fragestellung und Ergebnisindikatoren .....   | 49        |
| B.1.2 Methodisches Vorgehen.....  | 49        |
| B.1.3 Ergebnisse .....  | 51        |
| B.1.4 Diskussion.....   | 52        |
| B.2. Teilprojekt 2: Teilhabeerwartungen und ihre Verwirklichung.....  | 55        |
| B.2.1 Fragestellung und Ergebnisindikatoren .....   | 55        |
| B.2.2 Methodisches Vorgehen.....  | 55        |
| B.2.2.1 Qualitatives Vorgehen .....   | 55        |
| B.2.2.2 Vorgeschaltete quantitative Befragungen .....   | 56        |
| B.2.2.3 Interview-Leitfaden.....  | 57        |
| B.2.2.4 Durchführung der Interviews .....   | 57        |
| B.2.2.5 Stichprobenbeschreibung.....  | 58        |
| B.2.2.6 Auswertungsmethode.....   | 60        |
| B.2.3 Ergebnisse .....  | 61        |
| B.2.3.1 Kategorie 1: Zugang zur (aktuellen) Wohnunterstützung.....  | 61        |
| B.2.3.2 Kategorie 2: Ziele in Bezug auf die Wohnunterstützung .....   | 63        |
| B.2.3.3 Kategorie 3: Sicherheit und Unsicherheit.....   | 64        |
| B.2.3.4 Kategorie 4: Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit.....   | 75        |
| B.2.4 Diskussion.....   | 89        |
| B.3 Teilprojekt 3 Prospektive Evaluation wohnbezogener Unterstützungsleistungen.....                        | 93        |
| B.3.1 Fragestellung .....   | 93        |
| B.3.2 Methodik .....  | 93        |
| B.3.2.1 Studienablauf .....   | 93        |
| B.3.2.2 Messinstrumentarium .....   | 94        |
| B.3.2.3 Ergebnisindikatoren.....  | 95        |
| B.3.2.4 Statistische Auswertungen .....   | 96        |
| B.3.3 Ergebnisse .....  | 99        |
| B.3.3.1 Rekrutierung und Einschluss.....  | 99        |

---

|   |            |
|---|------------|
| B.3.3.3 Wohnformbezogene Merkmale .....   | 104        |
| B.3.3.4 Klinische Merkmale .....  | 106        |
| B.3.3.5 Hauptfragestellung .....  | 108        |
| B.3.3.6 Nebenfragestellung .....  | 112        |
| B.3.4 Zusammenfassung.....  | 115        |
| B.3.4.1 Beschreibung der Stichprobe .....   | 115        |
| B.3.4.2 Hauptfragestellung: ambulant vs. stationär.....   | 115        |
| B.3.4.4 Methodische Einschränkungen .....   | 116        |
| B.4 EXKURS: Pflegegradeinstufungen der Studienteilnehmenden.....  | 118        |
| B.4.1 Hintergrund und Ausgangslage.....   | 118        |
| B.4.2 Fragestellung .....   | 119        |
| B.4.3 Methodisches Vorgehen.....  | 119        |
| B.4.4 Ergebnisse .....  | 119        |
| <b>C      <i>WiEWohnen NRW – Schlussfolgerungen aus den Projektergebnissen und<br/>Empfehlungen für Praxis, Forschung und Sozialpolitik</i> .....</b> | <b>124</b> |
| C.1 Fragestellung .....   | 124        |
| C.2 Methodisches Vorgehen .....   | 124        |
| C.2.1 Praktische Perspektive.....   | 124        |
| C.2.2 Wissenschaftlich-sozialpolitische Perspektive .....   | 125        |
| C.3.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus Perspektive der Praxis .....  | 126        |
| C.3.2 Herausforderungen für Politik, Leistungsträger und Leistungsanbieter.....   | 128        |
| <b>Literatur .....</b>  | <b>137</b> |
| <b>Anhang .....</b>   | <b>146</b> |

---

## Verzeichnis der Abbildungen

|                 |   |     |
|-----------------|---|-----|
| Abbildung B.3.1 | Studienein- und -ausschluss im Verlauf (Flow-Chart).....  | 100 |
| Abbildung B.3.2 | Verteilung der Wohnstandorte in Westfalen-Lippe (mit Beispielstädten)..   | 101 |
| Abbildung B.3.3 | Vorhandene Pflegegradeinstufungen zu Studienbeginn (%) .....  | 104 |
| Abbildung B.3.4 | Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnform im Vergleich zur vorherigen Wohnsituation .....  | 106 |
| Abbildung B.3.5 | Lebensalter bei erstmaligem Auftreten der psychischen Erkrankung (%)  | 108 |
| Abbildung B.3.6 | Veränderungen der Fragebogenmittelwerte zwischen Erst- (t0) und Abschlussbefragung (t2) .....   | 111 |
| Abbildung B.3.7 | Veränderung des Auftretens stationär-psychiatrischer Behandlungen (Prävalenz) in den letzten 12 Monaten zwischen Erst- (t0) und Abschlussbefragung (t2) ..... | 112 |

## Verzeichnis der Tabellen

|                       |  |     |
|-----------------------|--|-----|
| <i>Tabelle A.1.1</i>  | Kennzahlen der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen im Bereich des LWL .....   | 15  |
| <i>Tabelle A.1.2</i>  | Soziale Teilhabe von Klientinnen/Klienten der Eingliederungshilfe Wohnen in verschiedenen Stichproben und der Allgemeinbevölkerung.....                    | 19  |
| <i>Tabelle A.4.1</i>  | Projektbeteiligte WiEWohnen NRW.....   | 44  |
| <i>Tabelle A.4.2</i>  | Projekt-Beirat WiEWohnen NRW .....   | 47  |
| <i>Tabelle B.1.1</i>  | Kennwerte im Vergleich von Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung und in besonderen Wohnformen .....   | 53  |
| <i>Tabelle B.2.1</i>  | Sozio-demografische Merkmale der Interviewten TP2 .....  | 59  |
| <i>Tabelle B.3.1</i>  | Erfasste Konstrukte und verwendete Messverfahren .....   | 96  |
| <i>Tabelle B.3.2</i>  | Wohnformen der Eingliederungshilfe zu Studienbeginn .....  | 101 |
| <i>Tabelle B.3.3</i>  | Soziodemografische Merkmale der Gesamtstichprobe zu Studienbeginn .....  | 103 |
| <i>Tabelle B.3.4</i>  | Beschäftigungsstatus bei Studienbeginn (Selbstauskunft) .....  | 104 |
| <i>Tabelle B.3.5</i>  | Gesamtanzahl bisheriger Jahre im betreuten Wohnen bis heute.....   | 105 |
| <i>Tabelle B.3.6</i>  | Wahrgenommene Wahlfreiheit bei der Wohnform .....  | 105 |
| <i>Tabelle B.3.7</i>  | Psychiatrische Hauptdiagnosen .....  | 106 |
| <i>Tabelle B.3.8</i>  | Soziodemografische und klinische Merkmale der Per Protocol-Stichprobe nach Propensity Score-Matching.....  | 109 |
| <i>Tabelle B.3.9</i>  | Ergebnisse für den Messwiederholungsvergleich der numerischen (ANOVA) bzw. dichotomen (McNemar) Outcomevariablen .....                                     | 111 |
| <i>Tabelle B.3.10</i> | Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalysen zur Überprüfung von potenziellen Einflussfaktoren auf den primären Outcomeparameter (SFS-Gesamtwert) ..... | 114 |
| <i>Tabelle B.4.1</i>  | Pflegegradeinstufung nach Wohnform (n=254) .....   | 120 |
| <i>Tabelle B.4.2</i>  | Pflegegrad und Diagnosen.....  | 121 |

## Zusammenfassung

Das Projekt WiEWohnen NRW (2017 - 2020) bezieht sich auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen und besteht aus mehreren Teilstudien<sup>1</sup>.

In der **Hauptstudie** wurden Nutzende verschiedener westfälischer Anbieter der Eingliederungshilfe Wohnen, die neu in eines von drei verschiedenen Unterstützungssettings (ambulante, intensiv-ambulante, stationäre) aufgenommen wurden oder die das Setting wechselten, dreimal im Verlauf von zwei Jahren mittels standardisierter Verfahren befragt: zu Beginn, nach ca. einem Jahr und nach ca. zwei Jahren.

Erhoben wurden

- soziodemografische Daten und Angaben zum bisherigen Krankheits- und Unterstützungsverlauf sowie
- Daten zur sozialen Funktionsfähigkeit, zur psychopathologischen Symptomschwere, zur Lebensqualität, zu den subjektiven Teilhabechancen sowie zur kognitiven Leistungsfähigkeit. Diese wurden durch international gebräuchliche Forschungsinstrumente erfasst.

Neben den Angaben der Nutzenden selbst wurden auch Angaben von Bezugsmitarbeitenden zur sozialen Funktionsfähigkeit und Symptomatik erhoben.

Als **Hauptkriterium** für die Wirkung der Eingliederungshilfe Wohnen wurde die **Soziale Funktionsfähigkeit** nach zwei Jahren definiert. Dies entspricht der sozialrechtlichen Zielsetzung der Eingliederungshilfe.

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (Baseline) wurden 257 (104 stationär, 25 intensiv-ambulante und 128 ambulante), zum zweiten 207 und zum dritten 165 Nutzende<sup>2</sup> befragt.

### 1. Welche Merkmale charakterisieren aktuell Nutzende der Eingliederungshilfe Wohnen?

In der Baseline-Erhebung wurde unter anderem festgestellt:

Die Nutzenden hatten im Schnitt insgesamt 2,5 Jahre Vorerfahrungen mit Angeboten der Wohnunterstützung.

- 78 % der ambulante und 55 % der stationär unterstützten Nutzenden gaben an, dass sie frei entscheiden konnten, in welcher Wohnform sie aktuell unterstützt werden. Dieser Unterschied ist statistisch signifikant<sup>3</sup>.
- 82 % der ambulante und 61 % der stationär unterstützten Nutzenden waren sehr oder eher zufrieden mit der aktuellen Unterstützungsform. Der Unterschied ist ebenfalls signifikant.
- Ca. 50 % aller Nutzenden haben keine abgeschlossene Berufsausbildung (kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen).

<sup>1</sup> Erste Veröffentlichungen aus dem Projekt: Dehn L, Beblo T, Richter D et al. Effectiveness of Supported Housing versus Residential Care in Severe Mental Illness: A Multicenter, Quasi-Experimental Study. Zur Veröffentlichung eingereicht. Richter D, Adamus C, Mötteli S et al. Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung – Entwicklung und Erprobung der „Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen“ (MSSW) für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Artikel: <https://psyarxiv.com/maqcf/> Skala: <https://osf.io/ztj6d/>

<sup>2</sup> Da die Gruppe der intensiv-ambulante unterstützten Nutzenden relativ klein war, wurde diese in den folgenden Auswertungen der ambulanten Gruppe zugeschlagen.

<sup>3</sup> Das bedeutet, dass der Unterschied nur mit einer sehr geringen Wahrscheinlichkeit von 5 % oder weniger per Zufall zustande gekommen sein kann.

- 41 % der stationär und 64 % der ambulant unterstützten Nutzenden sind aktuell ohne irgendeine regelmäßige Beschäftigung oder Tagesstruktur (signifikant).
- Das Diagnosespektrum der Nutzenden ist sehr heterogen: in der ambulanten Unterstützung sind affektive Störungen mit 31 % und schizophrene Störungen mit 15 % die häufigsten Haupt-Diagnosen, es folgen neurotische Störungen mit 13 % und Persönlichkeitsstörungen mit 12 %. In der stationären Unterstützung entfallen 40 % auf Substanzbedingte Störungen und 35 % auf Schizophrenien. Bundesweite Vergleichszahlen dazu liegen nicht vor.
- 61 % der Nutzenden weisen außerdem mehr oder weniger schwere somatische Erkrankungen auf (kein signifikanter Unterschied zwischen stationär und ambulant).
- Das Ersterkrankungsalter unterscheidet sich in den beiden Gruppen: Bei den stationär unterstützten Personen waren 16 % der bei Ersterkrankung 14 Jahre oder jünger, während dieser Anteil im ambulanten Setting mit 36 % der Personen mehr als doppelt so groß war. Dagegen war der Anteil derjenigen, die im jungen Erwachsenenalter zwischen 15 und 20 Jahren erstmals erkrankt waren, bei den stationär Unterstützten mit 32 % höher als bei den ambulanten Klientinnen und Klienten mit 19 %.
- Die Symptomschwere war bei den stationär unterstützten Personen signifikant höher als bei den ambulant unterstützten.
- Auch die Häufigkeit psychiatrischer Krankenhausbehandlungen in den vorangegangenen 12 Monaten war in der Gruppe der stationär Unterstützten mit 71 % signifikant höher als bei den ambulant Unterstützten mit 50 %.

## 2. Ist die Eingliederungshilfe Wohnen wirksam?

Nicht nur bezüglich der Diagnose, sondern auch bei Merkmalen wie Ersterkrankungsalter, Symptomschwere und Häufigkeit früherer psychiatrischer Krankenhauseinweisungen unterschieden sich ambulant und stationär unterstützte Nutzende in der Baseline-Erhebung. Um valide Aussagen über die Wirkungen der EGH Wohnen treffen zu können, wurden die beiden Gruppen mittels eines statistischen Verfahrens (Propensity Score-Matching) retrospektiv vergleichbar gemacht. Damit wurden zwei neue Gruppen (stationär und ambulant) mit insgesamt 102 Nutzenden gebildet, die sich in den genannten Merkmalen nicht mehr voneinander unterschieden und die zwei Jahre Wohnunterstützung in Anspruch genommen haben. Damit ist die methodische Qualität und Aussagekraft der quantitativen Studie des Projekts WiEWohnen NRW hoch.

Im Hinblick auf die Wirkungen der Eingliederungshilfe Wohnen über zwei Jahre wurde festgestellt:

- Die Nutzenden der Wohnunterstützung zeigten nach zwei Jahren im Vergleich zur Baseline **signifikante** Verbesserungen ihrer sozialen Funktionsfähigkeit (Haupt-Kriterium) sowie der psychischen Belastung und der subjektiven Lebensqualität (Neben-Kriterien).
- Im Vergleich zu dem Jahr vor der Baseline-Erhebung kam es danach zu einer **signifikanten** Reduzierung von psychiatrischen Krankenhausbehandlungen, und zwar von 72 % auf 19 % in der stationär und von 62 % auf 28 % in der ambulant unterstützten Gruppe.
- Es gab keine signifikanten Unterschiede der Wirkungen nach zwei Jahren zwischen **ambulant und stationär** unterstützten Nutzenden, die beiden Unterstützungsformen waren also **bei vergleichbarer Klientel gleich wirksam**.



Ähnliche Ergebnisse zeigten sich in dem WiEWohnen-Schwesterprojekt in Baden-Württemberg. Auch hier ergaben sich signifikante Verbesserungen des sozialen Funktionsniveaus, der subjektiven Lebensqualität und der psychischen Belastung, außerdem eine signifikante Reduzierung der Anzahl der psychiatrischen Krankenhausbehandlungen. Die Nachuntersuchungszeit betrug hier jedoch nur ein Jahr, und wegen der geringeren Probandenzahl von insgesamt 100 wurde in der Datenanalyse nicht zwischen ambulant und stationär unterschieden. Allerdings zeigte sich auch hier kein Zusammenhang zwischen Unterstützungsintensität zur Baseline (ambulant/stationär) und Verbesserungen der sozialen Funktionsfähigkeit nach zwei Jahren.

### 3. Lassen sich die Wirkungen der Eingliederungshilfe vorhersagen?

Baseline-Merkmale der Nutzenden wurden in Beziehung gesetzt zu den Wirkungen der Eingliederungshilfe Wohnen nach zwei Jahren. Dabei zeigte sich:

- Nutzende mit hoher psychischer Belastung zur Baseline zeigten eine größere Verbesserung ihrer sozialen Funktionsfähigkeit nach zwei Jahren als Nutzende mit geringerer psychischer Belastung.
- Frauen zeigten im Durchschnitt eine größere Verbesserung ihrer sozialen Funktionsfähigkeit als Männer.
- Nutzende mit weniger Vorerfahrungen in der Wohnunterstützung (bis zu einem Jahr) zeigten größere Verbesserungen ihrer sozialen Funktionsfähigkeit als Nutzende mit längeren Vorerfahrungen.
- In stationärer Unterstützung zeigten ältere, in ambulanter dagegen jüngere Nutzende größere Verbesserungen der sozialen Funktionsfähigkeit.
- In der ambulant unterstützten Gruppe zeigten Nutzende mit einer regelmäßigen Beschäftigung die höchsten und ohne eine regelmäßige Beschäftigung die niedrigsten Werte der sozialen Funktionsfähigkeit.
- Nutzende, deren Gesundheit und Funktionsfähigkeit zur Baseline von den Bezugsmitarbeitenden besser eingeschätzt wurden, zeigten größere Verbesserungen ihrer sozialen Funktionsfähigkeit nach zwei Jahren als solche mit schlechteren Fremd-Einschätzungen ihrer Gesundheit und Funktionsfähigkeit.

Diese Zusammenhänge sind zwar **statistisch signifikant**, beziehen sich jedoch auf **Gruppenmittelwerte**. Am Anfang eines individuellen Unterstützungsprozesses lässt sich dessen Wirksamkeit anhand dieser Merkmale nicht verlässlich vorhersagen.

Kein Zusammenhang besteht zwischen den Baseline-Merkmalen Berufsausbildung, psychiatrische Krankenhausbehandlung in den letzten 12 Monaten, Zufriedenheit mit der Wohnform einerseits und Verbesserungen der sozialen Funktionsfähigkeit nach zwei Jahren andererseits.

### 4. Wie beurteilen Nutzende selbst die Wirkung intensiver Formen der Wohnunterstützung?

Hierzu wurde im Rahmen des Projekts eine qualitative Studie durchgeführt. Es wurden 13 Nutzende (7 in stationärer und 6 in intensiv-ambulanter Unterstützung) in Einzelinterviews zu ihren Erwartungen und Erfahrungen bezüglich der Wohnunterstützung befragt. In einer Vorstudie wurden die Probanden so ausgewählt, dass sie ein möglichst breites Spektrum von Nutzenden mit unterschiedlichen Merkmalen abdeckten. Im Hinblick auf das Geschlecht (11 Männer, zwei Frauen) ist dies nicht gelungen, weil letztlich deutlich mehr ausgewählte Frauen als Männer

die Teilnahme an den Interviews ablehnten. Die Teilnehmenden sind also nicht repräsentativ für Nutzende von intensiv-unterstützten Angeboten der Wohnunterstützung. Die Interviews bestanden aus einer Mischform von offenen narrativen und strukturierten Teilen, dauerten zwischen 15 und 105 Minuten, wurden aufgezeichnet, transkribiert und nach aktuellen methodischen Standards der qualitativen Sozialforschung ausgewertet.

Die wichtigsten Ergebnisse:

- (Potenzielle) Nutzende sind über das System der Wohnunterstützung mit seinen unterschiedlichen Optionen nur **unzureichend informiert**. Sie können nur sehr begrenzt Auskunft darüber geben, weshalb sie in dieses System und warum sie in dieses spezielle Setting aufgenommen wurden. Zuweisungen durch andere Dienste scheinen nach ihrem Eindruck eher zufällig oder nach freien Kapazitäten zu erfolgen. Betroffene verlassen sich dann eher darauf, dass dabei die richtige Entscheidung getroffen wird. Unklar bleibt, ob sie unzureichend informiert wurden oder ob es für sie zum Zeitpunkt der Aufnahme keine Rolle spielte, um welche Form der Unterstützung es sich handelte.
- Nutzende intensiver Angebote der Eingliederungshilfe Wohnen verbinden **unterschiedliche Zielsetzungen** mit dieser Form der Unterstützung. Dabei lassen sich drei Subgruppen unterscheiden:
  - *Langfristige Unterstützung*: Diese Gruppe wünscht sich Beständigkeit und eine langfristige Unterstützung. Deren Aufrechterhaltung ist langfristiges Ziel und Bedingung für die Teilnahme.
  - *Vorübergehende Unterstützung*: Diese Gruppe erwartet von der Wohnunterstützung die Hinführung zu einem möglichst selbstständigen Leben. Ein langsames Zurücknehmen der Unterstützung soll zu schrittweise mehr Selbstständigkeit verhelfen.
  - *Unpassende Unterstützung*: Diese Gruppe, in der alle Personen stationär unterstützt wurden, fühlt sich in der intensiven Wohnunterstützung falsch verortet und verfolgt das Ziel, diese zugunsten eines eigenständigen Wohnens zu verlassen. Sie empfindet die Wohnunterstützung nicht als Hilfe bei der Umsetzung persönlicher Ziele, sondern als Belastung.

Welcher Gruppe die unterstützte Person angehört, dürfte sich erst im zeitlichen Verlauf der Unterstützung klären und sollte insbesondere in den Gruppen eins und drei bei der Gestaltung der Unterstützung berücksichtigt werden.

Bei den Erwartungen und Erfahrungen bezüglich der Wohnunterstützung zeigten sich zwei zentrale, bipolare Kategorien:

- **Sicherheit und Unsicherheit**

Die Nutzenden erleben innerhalb der Wohnunterstützung *Sicherheit*, in elementarer Form von sicherer Unterkunft, von sozialen Kontakten und Gemeinschaft sowie von Unterstützungssicherheit rund um die Uhr. Aber auch als Sicherheit im Umgang mit basalen Aktivitäten des Alltagslebens, z. B. beim Umgang mit Behörden, mit finanziellen Angelegenheiten sowie mit der eigenen Gesundheit/Erkrankung und dem Gesundheitssystem. Die Nutzenden geben Verantwortlichkeiten in diesem Zusammenhang vorübergehend oder dauerhaft ab. Das entlastet, freiwerdende Ressourcen können dann für andere bedeutsame Aspekte des Lebens genutzt werden.

Mit der Wohnunterstützung können aber auch *Unsicherheiten* verbunden sein, die als belastend empfunden werden. Ein Faktor ist hier das Verhalten von Mitarbeitenden, z. B.,

dass diese als nicht erreichbar wahrgenommen werden, Desinteresse vermitteln oder Distanz herstellen. Als Gründe dafür werden Überlastung oder Spannungen im Team wahrgenommen. Unsicherheit entsteht auch, wenn der Grad der Unterstützung nicht den eigenen Bedürfnissen entspricht oder durch (Gedanken an) einen bevorstehenden Wechsel oder die Beendigung der Unterstützung.

#### ▪ **Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit**

Die zentrale Erwartung der Nutzenden an die Wohnunterstützung ist *Selbstständigkeit*. Dieses Bedürfnis kann sich auf verschiedene Aspekte beziehen wie Tagesstrukturierung, Umgang mit Behörden, Arbeit und Beschäftigung, Gesundheitsfragen etc. und ist ein zentrales *Ziel* der Nutzenden. Zugleich wird Selbstständigkeit von diesen aber auch als *Voraussetzung* dafür thematisiert, von der Wohnunterstützung profitieren zu können, z. B. in Form von der Bereitschaft/Fähigkeit, selbst Verantwortung zu übernehmen. Nutzende wollen also so weit wie möglich selbstständig und selbstbestimmt leben und zugleich beim Selbstständig(er)-Werden unterstützt werden.

Die Wohnunterstützung kann aber aus Sicht der Nutzenden auch mit *Unselbstständigkeit* verbunden sein. Dazu werden folgende Aspekte benannt:

- Kontrollen oder Vorgaben durch Mitarbeitende.
- Nutzende unterdrücken ihre Meinung oder passen sich an Vorgaben an, um nicht anzuecken.
- Institutionell begründete Abläufe und Zeitpläne des Wohnsettings beeinflussen und bestimmen den eigenen Tagesablauf.
- Verhaltensweisen von Mitarbeitenden, z. B. ständiges Nachfragen oder ungefragtes/unerwünschtes Rauchen beim Besuch.
- Begrenzte finanzielle Mittel, die Beschränkung der Verfügbarkeit über eigenes Geld durch Mitarbeitende oder das Knüpfen der Verfügbarkeit an institutionell gesetzte Bedingungen.

Hinzu kommt, dass die in der Wohnunterstützung empfundene *Sicherheit* das Risiko erlernter *Unselbstständigkeit* mit sich bringt.

Nutzende müssen also subjektiv abwägen zwischen den Potenzialen, die intensive Wohnunterstützung für die Realisierung eines selbstbestimmten Lebens bietet, und Einschränkungen der Selbstständigkeit, die damit verbunden sind.

#### **5. Wie lassen sich Strukturen und Prozesse von Wohnunterstützungsangeboten vergleichbar beschreiben?**

Ein erhebliches methodisches Problem der Wohnforschung besteht darin, dass national und international ein einheitliches Klassifikationssystem fehlt, das es ermöglicht, bestehende Praxisformen der Wohnunterstützung nach einheitlichen Kriterien zu beschreiben und zu skalieren. Im Projekt WiEWohnen NRW wurden deshalb Merkmale der Struktur- und Prozessqualität in Form einer Skala definiert, die *im optimalen Fall* erfüllt sein sollten, um ein möglichst selbstbestimmtes Wohnen von Nutzenden zu gewährleisten. Dabei ist das Verständnis von „Selbstbestimmt Wohnen“ leitend, wie es sich aus der UN-BRK und dem SGB IX ergibt.

Die „**Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen**“ (**MSSW**) ist eine Rating-Skala mit 31 Kriterien in vier Subskalen:

- Wohnbedingungen
- Mitarbeitende/Team
- Unterstützungsbedingungen
- Inklusionsbedingungen.

Der Umsetzungsgrad jedes Kriteriums wird auf einer 5-Punkte-Skala eingeschätzt und mit einem entsprechenden Punktwert versehen, der zu einem Gesamtwert aufsummiert werden kann (s. Anhang).

Insgesamt 72 Angebote des unterstützten Wohnens in Bethel.regional und in der Schweiz wurden auf der Basis von Telefon-Interviews mit den zuständigen Leitungspersonen mittels der MSSW eingestuft. Dabei zeigte sich bei insgesamt recht hohen Gesamtwerten, dass **ambulante Settings signifikant höhere Werte** aufwiesen als stationäre. Dies gilt auch für die Subskalen Wohnbedingungen und Inklusionsorientierung.

Dies war zu erwarten, denn Wohnen mit Unterstützung in der eigenen Wohnung erlaubt tendenziell mehr Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und Inklusion als ein Leben in besonderen Wohnformen. Dagegen stehen die Umfänglichkeit und Unterstützungssicherheit der Versorgung (etwa Erreichbarkeit 24/7) in besonderen Wohnformen, die viele aufsuchende Dienste bisher nicht in dem gleichen Maße sicherstellen können. Deutlich wurde zudem, dass vor allem im Bereich Mitarbeitende/Team Verbesserungsbedarf unabhängig vom Wohnsetting besteht. Dies betrifft etwa die Mitarbeit von Expertinnen und Experten aus Erfahrung oder die Qualifikation von Mitarbeitenden hinsichtlich bestimmter Grundfertigkeiten wie Motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing) und Deeskalation. Vieles deutet somit darauf hin, dass es nicht die physische Wohnform an sich ist, die hier den Unterschied macht, sondern bestimmte Qualitäten der Wohnunterstützung wie etwa die Wahlfreiheit.

Aus den Ergebnissen von WiEWohnen NRW wurden sowohl aus praktischer als auch aus wissenschaftlicher und politischer Perspektive Schlussfolgerungen und Empfehlungen abgeleitet.

## **A Projektgrundlagen und Projektumsetzung**

### **A.1 Hintergrund und Ausgangslage**

#### **A.1.1 Entwicklungslinien und Stand der gesellschaftlichen Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen**

##### **A.1.1.1 Historisches**

Seit der Entwicklung des öffentlichen und später des gemeinnützigen und privaten Anstaltswesens im Verlauf des 19. Jahrhunderts war die Separierung auch in Deutschland das herrschende Paradigma im Umgang mit Menschen, die schwer und langandauernd psychisch erkrankt waren. Diese wurden in besonderen Institutionen außerhalb der Gesellschaft untergebracht. Zunächst noch einem humanitären Anspruch folgend, wurden die „Heil- und Pflegeanstalten“ mehr und mehr zu Orten der perspektivlosen Verwahrung und Disziplinierung unter prekären räumlichen, personellen und hygienischen Bedingungen. In den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg erreichte die Belegung dieser Anstalten im Deutschen Reich mit ca. 320.000 Personen einen ersten Höhepunkt.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts erfuhr das Separationsparadigma eine ungeheure Radikalisierung. Schon während des ersten Weltkrieges starben weit mehr als die Hälfte der Anstaltsbewohnerinnen und -bewohner an den Folgen von Mangelernährung, wobei die Übersterblichkeit im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bei über 70.000 Personen lag. Rassenhygienische Maßnahmen und die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ wurden mit Beginn der 1920er Jahre Thema der sozialpolitischen Debatte. Unter der nationalsozialistischen Herrschaft wurden zwischen 1934 und 1945 zwischen 300.000 und 400.000 psychisch kranke und behinderte Menschen zwangssterilisiert. Ab 1940 wurden im Rahmen verschiedener „Euthanasie“-Aktionen allein in Deutschland mehr als 200.000 Menschen umgebracht, bei Kriegsende hatten in den öffentlichen Anstalten nicht mehr als ca. 40.000 Menschen überlebt. Die Psychiatrie hatte jegliches Vertrauen der Bevölkerung verloren, zog sich hinter die Mauern der Anstalten zurück und verwaltete klaglos den Mangel. Bis 1950 stieg die Bettenzahl in den Anstalten wieder auf über 120.000 an (Wienberg 2013).

Die „brutale Realität“ in den psychiatrischen Anstalten wurde erst mit der vom Deutschen Bundestag 1971 in Auftrag gegebenen Enquete „Zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland“ Gegenstand breiter öffentlicher Debatten. Schon in ihrem Zwischenbericht 1973 konstatierte die Kommission, dass „eine sehr große Zahl psychisch Kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen“ leben musste. Dabei unterschieden sich die Umstände in den öffentlichen und gemeinnützigen bzw. privaten Anstalten allenfalls graduell. Zum Stichtag 30. Mai 1973 befanden sich in den öffentlichen psychiatrischen Anstalten 94.200 Personen, fast 60 % länger als zwei Jahre (Deutscher Bundestag 1975).

##### **A.1.1.2 Transinstitutionalisierung**

Einer der wichtigsten von der Psychiatrie-Enquete ausgehenden Impulse war der zur Enthospitalisierung von Langzeitpatientinnen und -patienten. Die psychiatrischen Anstalten sollten auf diesem Wege zu Fachkrankenhäusern für die psychiatrisch-psychotherapeutische Akutbehandlung werden, soweit diese nicht in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern erfolgte. Die bisherigen Langzeitbewohnerinnen und -bewohner sollten in möglichst

„normale“, geschützte Wohnformen außerhalb der Anstalten umziehen. Dieser Prozess begann bereits in den 1970er Jahren und gilt heute als weitestgehend abgeschlossen. Zumindest bis in die frühen 1990er Jahre hinein handelte es sich dabei jedoch weniger um einen Prozess der Deinstitutionalisierung als um einen der Transinstitutionalisierung. So wird schon 1977 kritisch berichtet, dass in Baden-Württemberg Patientinnen und Patienten im großen Stil aus anderen Bundesländern in Heime im Schwarzwald verlegt wurden (Kunze 1977, 1981). Auch die Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen verlegten große Zahlen chronisch psychisch kranker Menschen in Großeinrichtungen außerhalb ihrer Grenzen. Eine ähnliche Entwicklung vollzog sich in Nordrhein-Westfalen (NRW) mit der Verlegung von zahlreichen Menschen in Großheime. Diese „liegen bevorzugt auf dem Lande. Sie bieten ihren Insassen Essen und ein Dach über dem Kopf, aber an Beschäftigungs- und Kontaktmöglichkeiten in der Regel überhaupt nichts, so dass sich das Hospitalismusproblem der Anstalten – über das Land verteilt – reproduziert“ (Kunze 1977, S. 86 f).

Anstaltspatientinnen und -patienten, die man für nicht verlegbar hielt, wurden in Heimbewohnerinnen und -bewohner umdefiniert und an den Standorten und in Gebäuden der psychiatrischen Anstalten untergebracht. Eine Vollerhebung in den Heimverbänden des LWL ergab, dass 28 % geschlossen untergebracht waren (Richter 2010). In Hessen gab es 2010 noch acht Heimbereiche auf Krankenhausgeländen mit zusammen 24 Stationen. Dort lebten nicht nur „alte“ Langzeitpatientinnen und -patienten, sondern auch knapp ein Drittel neu aufgenommene Personen. Gründe für die Aufnahme waren nicht eine besonders ausgeprägte Psychopathologie oder kognitive Störungen, sondern funktionale Beeinträchtigungen, die einen erhöhten „Kontroll- und Hilfebedarf“ bedingten. Diese Heime verfügten über längere Wartelisten mit regionalen und überregionalen Aufnahmegesuchen (Franz et al. 2010).

Auch eine Auswertung von Studien zur Enthospitalisierung chronisch psychisch kranker Menschen aus den Jahren 1997 bis 2007 kommt zu dem Ergebnis, dass die Enthospitalisierung meist nicht eine Integration in die Gemeinde zur Folge hatte, sondern eine Form der umfassenden Betreuung (der des Krankenhauses) gegen eine andere (der eines Heimes) ersetzt wurde (Bitter et al. 2009). Mir et al. (2013) stellen diese in einen größeren Kontext und belegen anhand verschiedener Indikatoren über die Jahre 1989 bis 2009, dass Transinstitutionalisierungsprozesse nicht nur von Krankenhäusern in Richtung Heime stattfinden, sondern auch Justiz- und Maßregelvollzug sowie die Wohnungslosenhilfe in die Betrachtung einzubeziehen sind. Sie kommen zu dem Fazit, „dass die Verringerung konventioneller psychiatrischer Krankenhausbetten mit einer insgesamt eher zunehmenden Institutionalisierung der Versorgung chronisch psychisch Kranker einher geht“ (ebenda, S. 849).

Es war ein Teilziel der Enthospitalisierung, die Leistungen der Wohnunterstützung künftig gemeindenah bzw. gemeindeintegriert anstatt in gemeindefernen Großeinrichtungen anzubieten. Auch dieses Ziel ist nur zum Teil erreicht. Eine aktuelle Studie kommt zu einer Minimalschätzung von 7,9 % Fremdunterbringungen im stationären Bereich (offen oder geschlossen). Besonders hoch waren diese Quoten mit gut 30 % in Mecklenburg-Vorpommern und Bayern (Steinhart et al. 2020).

### **A.1.1.3 (Fehl-)Platzierung in Pflegeheimen**

Ein bisher nicht flächendeckend untersuchtes Thema ist die Unterbringung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Pflegeheimen. Größer angelegte Studien gibt es dazu lediglich aus zwei Bundesländern. Bereits 1987 erschien eine Studie, in der alle unter 65-jährigen Be-

wohnerinnen und Bewohner von 25 Altenpflegeheimen des damaligen Berliner Bezirks Charlottenburg untersucht worden waren. Es handelte sich um 77 Personen, 8 % der damaligen Heimpopulation. Von diesen waren 86 % psychisch krank, die häufigsten Diagnosen waren Schizophrenien und Suchterkrankungen. Der Anteil psychisch Kranker war in Heimen in privater Trägerschaft höher als in solchen in kommunaler und freigemeinnütziger. Hochgerechnet auf das damalige West-Berlin ergab sich, dass 728 jüngere psychisch kranke Menschen in Altenpflegeeinrichtungen lebten. Die Autoren untersuchten auch die Betreuungsbedingungen und kommen zu dem Schluss: „Angesichts der [...] beschriebenen Mängel ist davon auszugehen, dass die meisten jüngeren psychisch Kranken [...] sowohl von der Alters- wie Morbiditätsstruktur in Einrichtungen der geschlossenen Altenhilfe fehlplatziert sind und dort in der Regel weder die psychiatrische [...] noch die soziotherapeutische und soziale Betreuung erfahren, deren sie eigentlich bedürften“ (Lehmkuhl et al. 1987, S. 197).

Mitte der 2000er Jahre wurden dann in Berlin alle Pflegeheime schriftlich befragt, der Rücklauf betrug 26 %. Zentrales Ergebnis: 13 % der dort lebenden Bewohnerinnen und Bewohner waren „im engeren Sinne psychisch krank“ und 7 % abhängigkeitskrank. Hochgerechnet auf alle ca. 29.000 Berliner Pflegeheimplätze ergibt sich, dass dort zum damaligen Zeitpunkt mehr als 3.500 psychisch kranke Menschen lebten. In Heimen der Eingliederungshilfe lebten innerhalb Berlins zur gleichen Zeit 370 und außerhalb 700 Menschen. Mehr als die Hälfte der psychisch kranken Pflegeheimbewohnerinnen und -bewohner waren jünger als 65 Jahre. Die Autoren sprechen auch von einer „Schattenpsychiatrie“. In einem qualitativen Teil der Studie wurden Expertinnen und Experten sowie Akteurinnen und Akteure der psychiatrischen Versorgung Berlins befragt. Die Autoren resümieren, „dass es keine systematische und fachlich bewusst gesteuerte Vermittlung von Klienten in Richtung Heime gab, sondern dass diese in der Regel ... aus einer situativen *Not* heraus entstand“ (Zimmermann 2012, S. 32). Häufig genannt wurden ein Mangel an ambulanten Angeboten, problematische Verhaltensweisen und ein erhöhter somatischer Pflegebedarf der Klientinnen und Klienten.

In Baden-Württemberg fand 2011 eine Erhebung in 17 von 24 Stadt- und Landkreisen statt. Demnach erhielten 1643 Personen unter 65 Jahren Hilfe zur Pflege in einer stationären Einrichtung, davon waren 70 % psychisch oder abhängigkeitskrank. Eine Hochrechnung auf das Bundesland ergibt ca. 5.200 Personen, ca. 3.500 davon hatten lediglich eine Pflegestufe 0 oder 1, könnten also vom Pflegebedarf her auch in einer qualifizierten Einrichtung der Eingliederungshilfe unterstützt werden. Dabei unterscheidet sich die Häufigkeit von (Fehl-) Platzierungen in Pflegeheimen zwischen den Regionen z. T. erheblich, was nach Ansicht der Autoren den jeweiligen Entwicklungsstand der regionalen Versorgungsstrukturen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen spiegelt (Blankenfeld et al. 2017).

Aus den Ergebnissen der genannten Studien lässt sich die Hypothese ableiten, dass die Zahl der unter 65-jährigen psychisch kranken und abhängigkeitskranken Menschen in Pflegeheimen in Deutschland im niedrigen bis mittleren fünfstelligen Bereich liegt.

#### **A.1.1.4 Aktuelle Kennzahlen der Wohnunterstützung**

Der letzte bundesweite Kennzahlenvergleich der überörtlichen Sozialhilfeträger liegt für 2018 vor (BAGüS 2020). Danach erhielten insgesamt 207.000 (diese und folgende Zahlen auf volle Tausend gerundet) Personen mit seelischen Behinderungen Leistungen der Wohnunterstützung, davon 61.000 stationär und 146.000 ambulant. Die sogenannte Ambulantisierungsquote

(Zahl der Leistungsberechtigten in ambulanter Betreuung dividiert durch die Zahl der Leistungsberechtigten in stationärer Betreuung plus der in ambulanter Betreuung) beträgt bundesweit 72,5 % - mit großen regionalen Unterschieden.

Die am weitesten zurückreichenden Vergleichszahlen zur Wohnunterstützung kommen aus dem Jahr 2005 (BAGüS 2011). Damals erhielten 49.000 seelisch behinderte Personen mit psychischen Beeinträchtigungen stationäre Leistungen, was einer Steigerungsrate nach 2018 von 24,5 % entspricht. Ambulante Leistungen erhielten im selben Jahr 45.000, dies entspricht einer Steigerungsrate von 227 %. Insgesamt stieg die Zahl der psychisch beeinträchtigten Menschen, die Wohnunterstützung in Anspruch nahmen, zwischen 2005 und 2018 um 120 %.

Zur Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Westfalen Lippe hat der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) Kennzahlen zur Verfügung gestellt.

**Tabelle A.1.1:** Kennzahlen der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen im Bereich des LWL

|  | <b>2007</b> | <b>2018</b> | <b>Steigerung (%)</b> |
|--|-------------|-------------|-----------------------|
| Leistungsempfänger stationär                             | 6.255       | 7.125       | 13,9                  |
| Leistungsempfänger ambulant                              | 9.025       | 22.825      | 152,9                 |
| ambulant + stationär                                     | 15.280      | 29.952      | 96,0                  |
| Ambulantisierungsquote (%)                               | 59,1        | 76,2        |                       |
| Aufwand stationär<br>(in Mio. EURO)                      | k. A.       | 366,6       |                       |
| Aufwand ambulant<br>(in Mio. EURO)                       | k. A.       | 170,6       |                       |
| Stationär + ambulant                                     | k. A.       | 537,2       |                       |
| durchschnittliche Fallkosten stationär<br>(in Tsd. EURO) | k. A.       | 51.450      |                       |
| Durchschnittliche Fallkosten ambulant<br>(in Tsd. EURO)  | k. A.       | 7.475       |                       |

Die Zahl der Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger ist also sowohl im Bund als auch in Westfalen-Lippe in den letzten 11 Jahren massiv angestiegen, wobei die Zahl der Empfängerinnen und Empfänger ambulanter Leistungen weit überproportional zugenommen hat, das verdeutlicht auch der Anstieg der Ambulantisierungsquote. Aber auch im stationären Bereich ist ein Anstieg um fast 14 % zu verzeichnen. Die Kosten für die Eingliederungshilfe Wohnen von Menschen mit seelischen Behinderungen beliefen sich 2018 auf mehr als eine halbe Milliarde EURO.

Wie ist dieser massive Anstieg der Leistungen für die Eingliederungshilfe Wohnen in Deutschland und Westfalen-Lippe innerhalb von gut einem Jahrzehnt zu erklären? Bis in die Fachöffentlichkeit findet sich die Auffassung, dass psychische Störungen in der Bevölkerung stark zugenommen hätten. Einschlägigen epidemiologischen Quer- und Längsschnittstudien zufolge ist in den letzten Jahren jedoch weder in Europa noch in Deutschland ein signifikanter Anstieg psychischer Störungen in der Population zu verzeichnen, mit Ausnahme der altersbedingten psychischen Störungen (vergleiche Richter et al. 2008, Wittchen et al. 2011, Richter & Berger 2013, Kilian & Becker 2013, Jacobi et al. 2014, Hapke 2019). Nicht die Prävalenz



psychischer Störungen hat also zugenommen, wohl aber die Inanspruchnahme entsprechender Leistungen.

Dazu dürften u. a. folgende Faktoren beigetragen haben:

- Die Enthospitalisierung ist inzwischen weitgehend abgeschlossen: Nach einem jahrzehntelangen Prozess haben die psychiatrischen Krankenhäuser ihre Asylfunktion fast komplett verloren, damit einher ging ein Anstieg der Plätze in der Eingliederungshilfe.
- Leistungen wurden immer niedrigschwelliger: Ambulante, wohnortnahe Angebote sind für potenzielle Nutzende akzeptabler und attraktiver als stationäre und wohnortferne.
- Die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen ist bei psychischen Erkrankungen „normaler“ und weniger stigmatisierend geworden.
- Angebot schafft Nachfrage: Vor allem die Zahl der Anbieter von ambulanten Leistungen ist im letzten Jahrzehnt massiv angestiegen, und es gibt einen zunehmenden Wettbewerb um „Kundinnen/Kunden“. So hat z. B. in der Großstadt Bielefeld zwischen 2008 und 2019 die Zahl der Leistungserbringer des Ambulant Betreuten Wohnens (ABW) für Menschen mit psychischen Erkrankungen von 7 auf 35 und für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen von 8 auf 19 zugenommen (LWL 2019).
- Neue Zielgruppen wurden „entdeckt“: War das ABW in den Anfangsjahren auf die Kerngruppe der Menschen mit schizophrenen Psychosen fokussiert, so ist diese heute bei den ambulant unterstützten Klientinnen und Klienten in der Minderheit, während die Zahl der Personen mit substanzbedingten, affektiven und Persönlichkeitsstörungen deutlich zugenommen hat. Darauf weist ein Teilergebnis der BAESCAP-Studie hin, in der 1897 Empfängerinnen und Empfänger von ambulanten oder stationären Leistungen der Wohnunterstützung aus vier Bundesländern mit einem umfangreichen Instrument zu ihrer Teilhabesituation befragt wurden. Die Ausschöpfungsquote betrug 31 %. Nur 22 % der ambulant unterstützten Personen in der BAESCAP-Studie schrieben sich die Diagnose Schizophrenie zu, dagegen 55 % die einer Depression (Steinhart et al. 2017).

Mit den Fallzahlen stiegen bundesweit und in NRW die Kosten der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen.

#### **A.1.1.5 Nutzenden-Präferenzen und Nutzenden-Zufriedenheit**

Die Unterstützungsleistungen im Lebensbereich Wohnen haben in den letzten beiden Jahrzehnten einen dramatischen Wandel durchgemacht. Bei steigenden Fallzahlen werden nur noch knapp 30 % der Klientinnen und Klienten stationär unterstützt. Im Hinblick auf die zentrale Bedeutung, die Selbstbestimmung und Wahlfreiheit der Nutzenden im Hinblick auf Art und Ort von Leistungen zur sozialen Teilhabe zukommt (vergleiche A.1.1.6), stellt sich die Frage, inwieweit diese Verteilung den tatsächlichen Präferenzen der Nutzenden entspricht.

Eine Metaanalyse auf der Basis von 8 internationalen Studien mit mehr als 3.100 Personen ergab, dass 84 % der Befragten das „Independent Housing“ vorziehen (Richter & Hoffmann 2017 a). Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass heute immer noch weniger Personen ambulant unterstützt werden als gewünscht. Diese Hypothese wird gestützt durch ein weiteres Teilergebnis der BAESCAP-Studie. So gaben 80 % der ambulant, aber nur 45 % der stationär unterstützten Befragten an, dass sie ihre Wohnsituation selbstbestimmt ausgewählt hatten (Speck et al. 2017). Es könnte eingewendet werden, dass die gegen ihren Wunsch stationär Unterbrachten unrealistische Erwartungen haben und ihr hoher Unterstützungsbedarf nicht ambulant abgedeckt werden kann. Dem widerspricht das Ergebnis einer Studie, indem in einer

ländlichen bayrischen Region 250 Nutzende aus sechs Wohnsettings mit unterschiedlicher Unterstützungsdichte im Hinblick auf die Schwere der Erkrankung und das Ausmaß ihrer funktionellen Beeinträchtigungen verglichen wurden. Dabei fand sich kein Zusammenhang zwischen Unterstützungsdichte einerseits und Ausmaß der psychischen und funktionalen Beeinträchtigungen andererseits. Das bedeutet auch, dass die finanziellen Aufwendungen für die Wohnunterstützung den Unterstützungsbedarf der Nutzenden nicht widerspiegeln (Valdes-Tauber & Kilian 2015).

Im Hinblick auf die Wirkungen von Wahlfreiheit referieren Richter & Steinhart (2017) Studienergebnisse, die auf positive Veränderungen des subjektiven Wohlbefindens, der psychopathologischen Symptomatik und der Lebensqualität hindeuten. Dennoch ist eine gravierende Einschränkung der Wahlmöglichkeiten bei der Wohnunterstützung, und damit der Selbstbestimmung der Nutzenden, in Deutschland immer noch dadurch gegeben, dass Unterstützungsbedarf und Unterstützungsdichte eng miteinander verknüpft sind. Menschen mit komplexen Beeinträchtigungen und hohem Unterstützungsbedarf, die auch nachts und an Wochenenden eine Ansprechperson benötigen, können diesen Bedarf in den meisten Regionen bis heute nur in einem stationären Setting decken. Menschen im ABW erhalten dagegen im Mittel lediglich zwischen drei und vier Fachleistungsstunden wöchentlich.

Um die Wahlmöglichkeiten auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf zu erweitern, wurde in den v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel in Zusammenarbeit mit dem LWL das Modell des Intensiv Betreuten Wohnens (IBW) entwickelt und ab 2008 umgesetzt. Dieses bietet eine Heimalternative mit hoher Unterstützungsdichte und -sicherheit auf der Basis eines Miet- statt eines Heimvertrags. Zugangsvoraussetzung ist, dass im Hilfeplanverfahren die Notwendigkeit einer Heimunterbringung festgestellt wurde. Mit dem IBW kann die Klientin/der Klient dann eine Alternative zum Heim wählen. Damit verbunden ist ein Unterstützungsbudget in Höhe von 90 bis 95 % des Budgets für die stationäre Leistung, abzüglich der Kosten für Wohnung und Lebensunterhalt. Die sich aus diesem Budget ergebende Zahl an Fachleistungsstunden hat sich in den ersten Jahren bei etwa 10 pro Woche eingependelt. Die Fachleistungsstunden können über die im IBW unterstützten Nutzenden „gepoolt“ werden, sofern deren Einverständnis vorliegt. Aus dem so entstehenden Gesamtbudget können für eine Gruppe von jeweils ca. 12 Nutzenden ergänzende Leistungen finanziert werden: Eine Servicewohnung, die als Treffpunkt, Kommunikationszentrum und Ort der gemeinsamen Tagesgestaltung sowie als Anlaufstelle in Krisensituationen genutzt wird und die als Stützpunkt dient, von dem aus für 24 Stunden an 7 Tagen Unterstützungssicherheit organisiert wird. Die Nutzenden haben Wohnungen in zumeist fußläufiger Entfernung zur Servicewohnung und sind selbst Mieterinnen und Mieter, Vermieter sind in der Regel gemeinnützige Wohnungsunternehmen. Über die Wohnunterstützung hinaus können bei Bedarf tagesstrukturierende Leistungen oder ein Platz in einer Werkstatt für behinderte Menschen (WfbM) in Anspruch genommen werden. Dieses Angebotspaket kann die Zahl der Heimunterbringungen deutlich reduzieren. Dies gilt vor allem dann, wenn sie in einem durchlässigen Verbundsystem mit dem klassischen Betreuten Wohnen und Heimplätzen mit sehr hoher Unterstützungsdichte bis hin zur fakultativ geschlossenen Unterbringung aus einer Hand angeboten werden (Steinhart 2014, Richter & Steinhart 2017). Dieses Modell ist als Regelleistung in den Leistungskatalog des LWL übernommen worden, aktuell (31.10.2020) werden in Westfalen-Lippe 186 Nutzende mit seelischen Behinderungen durch Bethel.regional auf dieser Grundlage unterstützt.

#### **A.1.1.6 Soziale Teilhabe von psychisch beeinträchtigten Menschen heute**

Bis vor kurzem lagen kaum Daten aus größeren Stichproben zur sozialen Teilhabe von psychisch kranken Menschen aus dem deutschsprachigen Raum vor. Mit der BAESCAP-Studie (LV Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Speck A, Steinhart I 2018) wurde diese Lücke zumindest teilweise geschlossen. Die Stichprobe umfasst immerhin etwa 1 % aller seelisch behinderten Nutzenden von Wohnunterstützung in Deutschland, ihre Repräsentativität ist jedoch nicht gesichert. Ein Teil der Fragen wurde aus dem Sozioökonomischen Panel (SOEP), einer regelmäßigen Befragung einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung, übernommen, sodass entsprechende Vergleichsmöglichkeiten bestehen. Inzwischen liegt eine Replikation der BAESCAP-Studie mit dem gleichen Erhebungsinstrument vor (Heim & Walther 2020). Die Stichprobe besteht ausschließlich aus Klientinnen und Klienten des Erthal-Sozialwerks in Würzburg. Diese waren im Durchschnitt jünger, häufiger männlich und wiesen eine abweichende diagnostische Zusammensetzung sowie einen deutlich höheren Anteil an WfbM-Nutzenden auf. Vergleichbare Daten liefert auch die „Schwester-Studie“ von WiEWohnen in Baden-Württemberg (Steinert et al. 2020).

Tabelle A.1.2 (nächste Seite) gibt einen Überblick über die in diesen Studien erhobenen Daten zur sozialen Teilhabe, die letzte Spalte enthält die Vergleichswerte aus dem Sozioökonomischen Panel. Die Ergebnisse belegen, dass die soziale Teilhabe von Nutzenden der Eingliederungshilfe Wohnen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erheblich eingeschränkt ist. Dies gilt übereinstimmend für die Bereiche Partnerschaft/Familie, Schul- und Berufsbildung, aktuelle Beschäftigungssituation und Freundschaften. Die abweichenden Daten bezüglich der Beschäftigungssituation in der Stichprobe von Heim & Walther (2020) sind bedingt durch den hohen Anteil von WfbM-Nutzenden in dieser Studie.

Eine Schweizer Studie ergänzt diese Befunde. Richter & Hoffmann (2017 b) verwendeten Daten des Swiss Health Survey 2012, einer repräsentativen Querschnittstudie. Dabei wurden vier Subgruppen verglichen:

**Tabelle A.1.2:** Soziale Teilhabe in verschiedenen Stichproben von Klientinnen/Klienten der Eingliederungshilfe Wohnen und der Allgemeinbevölkerung

| <b>Studie</b><br><b>Merkmal</b>                         | <b>BAESCAP<br/>(Speck &amp;<br/>Steinhart<br/>2018)</b> | <b>BAESCAP-<br/>Replikation<br/>(Heim &amp;<br/>Walther 2020)</b> | <b>WiEWohnen<br/>B-W (Steinert,<br/>Jaeger &amp; Her-<br/>pertz 2020)</b> | <b>Deutsche All-<br/>gemeinbe-<br/>völkerung (SOEP)</b> |
|---|---|---|---|---|
| Stichprobe n =  | 1897  | 217   | 102   |   |
| feste Partnerschaft                                     | 24,0 <sup>4</sup>                                       | 27,7  | k. A.   | 80,1  |
| ohne feste Partner-<br>schaft                           | 76,0  | 72,3  | k. A.   | 19,9  |
| Kinder  | 37,4  | 14,8  | k. A.   | 70,8  |
| kein Schulab-<br>schluss                                | 11,6  | 9,5   | 6,9   | 2,6   |
| Hauptschulab-<br>schluss                                | 37  | 44,8  | 26,8  | 20,5  |
| Realschulabschluss                                      | 31  | 19,5  | 32,3  | 31,4  |
| (Fach-)Abitur   | 17,2  | 15,7  | 18,6  | 30,9  |
| Kein Berufsab-<br>schluss                               | 42  | 39,6  | 35,3  | 18  |
| (Fach-)Hochschul-<br>abschluss                          | 6   | 5,8   | 2,9   | 23  |
| reguläre Beschäfti-<br>gung                             | 11  | 1,9   | 3   | 69  |
| geschützte Be-<br>schäftigung                           | 32  | 78,2  | 45  | k. A.   |
| keine Beschäftigung                                     | 57  | 19,9  | 43  | k. A.   |
| bekommen nie Be-<br>such von Freundin-<br>nen/ Freunden | 18,5  | 16,6  | k. A.   | 2,5   |

1. Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (definiert durch „in Behandlung wegen einer psychischen Störung“ und „Rentenempfänger wegen einer Behinderung“)
2. Personen mit einer schweren körperlichen Erkrankung (analog definiert)
3. Personen mit einer psychischen Erkrankung (definiert ohne das Merkmal Rentenempfang)
4. Allgemeinbevölkerung.

Erhoben wurden Daten zu 10 Exklusions-Merkmalen. Bei 9 dieser Merkmale ergab sich ein klarer Gradient: Personen der Gruppe eins zeigten die stärkste Exklusion gefolgt von den Gruppen zwei bis vier in absteigender Reihenfolge. Lediglich der Indikator „schwere Einschränkungen der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens“ war bei Gruppe 2 am stärksten ausgeprägt.

<sup>4</sup> Diese und alle weiteren Zahlen in dieser Tabelle in Prozent.

Einige Werte für die Gruppe mit schweren psychischen Erkrankungen:

- 71 % waren ohne Beschäftigung
- 40 % lebten allein
- 53 % hatten keine feste Partnerschaft
- 61 % nahmen nie an sozialen Events teil
- 35 % fühlten sich ziemlich oder sehr oft einsam und
- 16 % hatten niemanden, mit dem sie reden konnten.

In diesen Daten spiegelt sich besonders das hohe Ausmaß an sozialer Isolation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Stärke dieser Studie besteht in der Repräsentativität der Daten. In die Studie waren jedoch keine Personen einbezogen, die sich nicht in Behandlung befanden oder die stationär untergebracht waren.

#### **A.1.1.7 Fazit**

Der gesellschaftliche Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen ist in Deutschland seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts geprägt von Separierung und Disziplinierung außerhalb der Gesellschaft in öffentlichen und privaten Großanstalten. Im 20. Jahrhundert wurden diese Menschen zu Hunderttausenden dem Hungertod preisgegeben, zwangssterilisiert oder ermordet. Nach dem Zweiten Weltkrieg stieg die Population in den Anstalten wieder an und die Psychiatrie verwaltete den Mangel. Mit der Psychiatrie-Enquete wurden die zum Teil menschenunwürdigen Zustände in den Anstalten aufgedeckt und ein tiefgreifender Reformprozess eingeleitet. Damit verbunden waren Prozesse der Enthospitalisierung der schwer und chronisch Kranken und ihre Überleitung in möglichst „normale“ Wohnformen. Diese Prozesse gelten heute als abgeschlossen, haben im Ergebnis jedoch weniger zu einer Deinstitutionalisierung als zu einer Transinstitutionalisierung geführt.

Im Jahr 2018 erhielten 207.000 Menschen Leistungen der Eingliederungshilfe Wohnen, davon 72,5 % ambulant. Gegenüber 2005 ist die Zahl der Leistungsempfängerinnen und -empfänger um ca. 120 % angestiegen. In Westfalen betrug der Anstieg zwischen 2007 und 2018 96 %. Dies kann nicht auf eine Zunahme der Häufigkeit schwerer psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung zurückgeführt werden, gestiegen ist vielmehr die Zahl der Menschen, die Leistungen der Wohnunterstützung in Anspruch nehmen. Dabei wünschen sich fünf von sechs (potenziellen) Nutzenden die Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit. Die Bedarfe und Präferenzen von Nutzenden decken sich also nur unvollständig mit der tatsächlich in Anspruch genommenen Unterstützungsform. Modelle wie das IBW können die Wahlmöglichkeiten auch für Nutzende mit hohem Unterstützungsbedarf nachhaltig erweitern.

Mehr als 40 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete ist die Teilhabesituation von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Deutschland also immer noch in hohem Maße von Exklusion gekennzeichnet. Deshalb ist ein Maß für die soziale Teilhabe das Hauptergebniskriterium von WiEWohnen NRW.

## **A.1.2 Die Zukunft der Teilhabeleistungen**

### **A.1.2.1 Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)**

Die UN-BRK gilt seit 2009 in Deutschland und bezieht sich explizit auch auf Menschen mit seelischen Behinderungen (Art. 1) und gilt „einschließlich derjenigen, die intensive Unterstützung benötigen“. Zu den zentralen Grundsätzen der Konvention zählen „die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit“ und die „volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft und Einbindung in die Gesellschaft“ (Art. 3).

Für die sozialpsychiatrische Versorgung bedeutete dies, die persönlichen Bedürfnisse, die Wünsche und den Willen der Klientinnen und Klienten zu achten und ihnen Entscheidungs- und Wahlmöglichkeiten zu eröffnen. Darüber hinaus gilt es, die soziale Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen zu fördern und immer wieder neu zu klären, welches Maß an sozialer Einbindung und Teilhabe die jeweilige Person anstrebt, welche sozialen Rollen sie einnehmen will und welche Ressourcen dazu erforderlich sind.

Daraus folgt für den Lebensbereich Wohnen, dass eine selbstbestimmte, unabhängige Lebensführung möglich sein muss und die Einbeziehung in die Gemeinschaft zu unterstützen ist. Nach Art. 19 ist insbesondere zu gewährleisten, dass

- „a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschließlich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinde notwendig ist.“

Damit definiert die UN-BRK den Rahmen und die Messlatte für die Reform der bisher im Sozialgesetzbuch XII geregelten Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen.

### **A.1.2.2 Das Bundesteilhabegesetz (BTHG)**

Das BTHG, das zum 1.1.2017 in Kraft trat, wird die Zukunft der Wohnunterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erheblich beeinflussen. So wurde die Eingliederungshilfe per 1.1.2020 aus dem Sozialhilferecht des SGB XII herausgelöst und als eigenständiges Leistungsrecht als Teil 2 in das SGB IX integriert. Damit werden Leistungen der Eingliederungshilfe zu Rehabilitationsleistungen und deren Träger wie Kranken- oder Rentenversicherung zu Rehabilitationsträgern.

Die Systematik des SGB IX zielt dabei auf eine integrierte Leistungserbringung der separaten Leistungsbereiche „Behandlung“, „Rehabilitation“ und „Teilhabe“ ab. Im Bereich Rehabilitation sind es vor allem Leistungen der medizinischen und beruflichen Rehabilitation, die Menschen mit seelischen Behinderungen in der Vergangenheit nicht in der erforderlichen Art oder dem erforderlichen Umfang zur Verfügung standen, sodass die Eingliederungshilfe faktisch Ausfallbürge für fast alle Leistungen außer der Behandlung nach dem SGB V war. In Zukunft soll Eingliederungshilfe als Maßnahme zur sozialen Rehabilitation denjenigen psychisch kranken

Menschen zur Verfügung stehen, denen es trotz Behandlung und medizinischer oder beruflicher Rehabilitation nicht gelungen ist, ihre Lebensplanung und -führung eigenverantwortlich wahrzunehmen.

In § 1 SGB IX wird unmittelbar auf Formulierungen der UN-BRK Bezug genommen:

„Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch (...), um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken.“

Als *Ziel* der Leistungen zur sozialen Teilhabe wird festgelegt:

„Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern [...]. Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen“ (§ 113 Abs. 1 SGB IX).

Demzufolge werden die *Aufgaben* der Eingliederungshilfe wie folgt definiert:

„Aufgabe der Eingliederungshilfe ist es, Leistungsberechtigten eine individuelle Lebensführung zu ermöglichen, die der Würde des Menschen entspricht, und die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Die Leistung soll sie befähigen, ihre Lebensplanung und -führung möglichst selbstbestimmt und eigenverantwortlich wahrnehmen zu können“ (§ 90 SGB IX).

Im Hinblick auf den Lebensbereich Wohnen musste das BTHG vor allem die Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten und ihre Wahlmöglichkeiten stärken. Den Wünschen der Nutzenden, selbstbestimmt in der eigenen Häuslichkeit zu leben, ist auch dann zu entsprechen, wenn die Leistung teurer ist als z. B. die Leistung in einem Heim:

„Dem Wohnen außerhalb von besonderen Wohnformen ist der Vorzug zu geben, wenn dies von der leistungsberechtigten Person gewünscht wird“ (§ 104 Abs. 3, SGB IX).

Die Wünsche der/des Leistungsberechtigten nach Wohnen außerhalb besonderer Wohnformen stehen allerdings unter den Vorbehalten der „Angemessenheit“ und „Zumutbarkeit“, die an die Stelle des bisherigen Mehrkostenvorbehalts treten. Die Auslegung dieser unbestimmten Rechtsbegriffe wird im Zuge der Umsetzung des Gesetzes spätestens durch Sozialgerichte erfolgen (Conty 2018).

Zur individuell passgenauen Abstimmung und personenbezogenen Integration der Leistungen verschiedener Akteure muss auf Vorschlag der/des Leistungsberechtigten bzw. der beteiligten Rehabilitationsträger eine *Teilhabe-Konferenz* durchgeführt werden (§ 19 SGB IX), an der alle infrage kommenden Leistungsträger und Leistungserbringer zu beteiligen sind. Damit ist das Recht auf individuelle Teilhabeplanung unter Beteiligung des Leistungsberechtigten gesetzlich verankert. Es wird verbindlich vorgeschrieben, dass die Teilhabeplanung partizipativ im fortlaufenden Dialog mit dem Leistungsberechtigten durchzuführen ist, seine Wünsche stehen also „ganz oben“ (Conty 2018).

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe werden im SGB IX als *Assistenzleistungen* bezeichnet und in § 78 wie folgt definiert:

„Zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags einschließlich der Tagesstrukturierung werden Leistungen der Assistenz erbracht. Sie umfassen insbesondere Leistungen für die allgemeine Erledigung des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen. Sie beinhalten die Verständigung mit der Umwelt in diesen Bereichen“.

Der Begriff „Assistenz“ ist neu im Recht der Eingliederungshilfe. Diese Leistungen umfassen, was häufig etwas verkürzt unter den Oberbegriffen „Eingliederungshilfe Wohnen“, „Betreutes Wohnen“ oder „Wohnunterstützung“ subsumiert wird. In der detaillierten Bestimmung des § 78 wird jedoch klar, dass es dabei um mehr geht als die Unterstützung in wohnbezogenen Fragen. Aufgefächert wird fast das gesamte Spektrum der sozialen Teilhabe mit Ausnahme der Teilhabe an Bildung und an Arbeit. Die Assistenzleistung umfasst damit die bisherigen „Hilfen zu selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten“ und „zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben“ (Conty 2017).

Der Begriff „Assistenz“ wurde vom Gesetzgeber mit Bedacht gewählt. Er „bringt in Abgrenzung zu förderzentrierten Ansätzen der Betreuung, die ein Über-/Unterordnungsverhältnis zwischen Leistungserbringern und Leistungsberechtigten bergen, auch ein verändertes Verständnis von professioneller Hilfe zum Ausdruck. Die Leistungsberechtigten sollen dabei unterstützt werden, ihren Alltag selbstbestimmt zu gestalten. Vor diesem Hintergrund wird konsequenterweise auch die Beziehungsgestaltung zwischen Leistungserbringern und Leistungsberechtigten neu bestimmt“ (Begründung zum Gesetzentwurf, S. 269).

Die Assistenzleistungen ersetzen die bisherigen institutionszentrierten Leistungen des ABW und des stationären Wohnens. Für Assistenzleistungen mit Wohnbezug sollte künftig von „Unterstütztem Wohnen“ gesprochen werden. Sofern ein individueller Rechtsanspruch besteht, können ergänzend Leistungen der Grundsicherung bzw. Hilfe zum Lebensunterhalt in Anspruch genommen werden. Da die Leistungserbringung nicht an einen bestimmten Ort gebunden ist, kann sie nur von einem *mobilen Assistenz- bzw. Teilhabedienst* erbracht werden (vergleiche Konrad 2019, S. 89).

Neben die Assistenzleistungen können weitere Leistungen nach den SGB V, IX und XI treten. Die *personenbezogene Koordination* unterschiedlicher Leistungen, verschiedener Leistungserbringer und verschiedener Bezugspersonen ist und bleibt eine außerordentlich wichtige Aufgabe der beteiligten Akteure und gehört auch zum Aufgabenspektrum der Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe.

„Wie die Leistungen der sozialen Teilhabe im Vollzug ab 2023 dann tatsächlich aussehen werden, ist nicht nur vom festgestellten Unterstützungsbedarf des Leistungsberechtigten abhängig, sondern maßgeblich vom länderspezifischen Rahmen“ (Conty 2017, S. 6).

### **A.1.2.3 Zur Umsetzung des BTHG in Nordrhein-Westfalen**

Die Ausfüllung des mit dem BTHG gesetzten neuen Rahmens für die Eingliederungshilfe von Menschen mit Behinderung vollzieht sich nach den Vorgaben von länderspezifischen Rahmenverträgen nach § 131 SGB IX. In Nordrhein-Westfalen ist der Rahmenvertrag am 29.07.2019 unterzeichnet worden und befindet sich seitdem in der Umsetzung.

Das „*Leistungssystem Soziale Teilhabe für Volljährige*“ enthält folgende Komponenten:



- *Assistenzleistungen*, differenziert nach den Modulen „*qualifizierter Assistenz*“ und „*unterstützender Assistenz*“. Die „*unterstützende Assistenz*“ ist eine Leistung, „die die vollständige und teilweise Übernahme von Handlungen zur Alltagsbewältigung sowie zur Begleitung der Leistungsberechtigten zum Ziel hat“ (vergleiche B.4.2 Landesrahmenvertrag). Die qualifizierte Assistenz hat dagegen „die Befähigung zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenständigen Alltagsbewältigung insbesondere durch Anleitungen und Üben zum Ziel“ (ebenda, 4.3).
- *Fachmodule*, die den „kontextbezogenen Aspekt“ der jeweiligen Leistungssituation abbilden. Hier ist vor allem das Fachmodul Wohnen von Bedeutung, das die Aufwendungen für „Gemeinsame Assistenzleistungen zur Lebensgestaltung und Gemeinschaftsförderung in Gemeinschaftswohnformen“, einschließlich der „Tages- und Nachtpräsenz“ abdeckt. Letztere kann sich aber auch auf Personen, die in einer eigenen Wohnung leben, beziehen und so die „Erreichbarkeit einer Ansprechperson“ nach § 78 Abs. 6 sicherstellen.
- *Das Organisationsmodul*, das alle Aufwendungen enthält, die zur Erbringung der Assistenzleistungen und der in Fachmodulen erbrachten Leistungen notwendig sind, dazu gehören Personalaufwendungen für Leitung und Verwaltung sowie die räumlichen, sächlichen und betriebsnotwendigen Aufwendungen (siehe Landesrahmenvertrag NRW, Anlage H).

Sofern der individuelle Bedarf gegeben ist, kann als fünfte Komponente das Modul „Existenzsicherung II“ hinzutreten, das die Kosten der Unterbringung abdeckt.

#### **A.1.2.4 Fazit**

Mit der UN-Behindertenrechtskonvention wurde das Fundament für die Reform des Rehabilitations- und Teilhaberechts für Menschen mit Behinderungen durch das BTHG gelegt. Leitende Prinzipien sind Autonomie und Selbstbestimmung sowie das Recht auf Partizipation und eigene Entscheidungen im Unterstützungsprozess. Die leistungsrechtliche Umsetzung hat zu tiefgreifenden gesetzlichen Veränderungen insbesondere des SGB IX geführt, deren Umsetzung sich gegenwärtig auf den unterschiedlichen Handlungs- und Entscheidungsebenen vollzieht. Dabei geht es um nichts weniger als um einen Paradigmenwechsel: Von der institutionsbezogenen „Eingliederungshilfe Wohnen“ zum *selbstbestimmten Wohnen mit individueller Assistenz durch mobile Dienste*. Die institutionelle Unterscheidung zwischen dem ambulant betreuten und dem stationären Wohnen entfällt, und die Assistenzleistungen zur sozialen Teilhabe müssen in dem Wohnumfeld erbracht werden, das die leistungsberechtigte Person wünscht. Für die Sozialpsychiatrie ergibt sich daraus die Anforderung, zusammen mit der psychisch beeinträchtigten Person individuell passgenaue Assistenzleistungen zu bestimmen, effektive Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Wohnformen mit hoher Unterstützungssicherheit zu gewährleisten und die Assistenz mit anderen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen wirksam zu verknüpfen.

Die Ergebnisse von WiEWohnen NRW werden daraufhin zu analysieren und zu diskutieren sein, welche Schlussfolgerungen und Empfehlungen sich für eine „volle und wirksame Teilhabe“ von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ergeben.

## A.2 Ergebnisse zur Wirksamkeit der Wohnunterstützung

### A.2.1 Methodische Probleme

Die Fallzahlen und Aufwendungen für die Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Deutschland sind hoch und steigen weiter. Trotz der Vorgaben der UN-BRK und des BTHG leben in Deutschland immer noch 61.000 Nutzende in stationären Einrichtungen (NRW 10.600) und ihre Wahlfreiheit und Selbstbestimmung sowie ihre soziale Teilhabe sind mehr oder weniger deutlich eingeschränkt. Angesichts dieser Umstände kann es nur verwundern, dass bis heute auch in Fachkreisen kaum über die Wirkungen von Leistungen der Eingliederungshilfe bzw. ihre Ergebnisqualität diskutiert wird und diese noch wenig evaluiert wurden. Seit Jahren gibt es immer wieder kritische Anmerkungen in diese Richtung.

Schon 2003 stellte Priebe fest: „Die Verdienste vieler Einrichtungen des betreuten Wohnens sollen keinesfalls bestritten werden, aber es ist doch festzuhalten, dass es hier eine große Grauzone gibt, die wenig Transparenz aufweist und praktisch nicht überprüft und evaluiert wird. Kaum jemand weiß, wie viele Plätze im betreuten Wohnen es in einer Stadt wie Berlin oder London gibt, welche Patienten über welche Zeiträume und wegen welcher Indikationen in diesen Plätzen betreut werden, was das genaue Ziel der jeweiligen Versorgung ist und ob dieses Ziel irgendwann erreicht wird“ (Priebe 2003, Suppl. S. 551).

Und Kallert et al. (2005) kommen in einer ersten Übersichtsarbeit zur Evidenzbasierung gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote im Hinblick auf betreute Wohnformen zu folgender Schlussfolgerung:

„In den letzten Jahren und Jahrzehnten sind... viele kostenintensive Versorgungsentscheidungen getroffen worden. Diese erfolgten vorwiegend unter der absolut gerechtfertigten humanen Zielstellung, Institutionalisierung und Hospitalismus von Langzeitpatienten in ehemaligen psychiatrischen Großkrankenhäusern zu minimieren. Chronologisch betrachtet war die Steuerung dieses sehr schwierigen Umwandlungsprozesses aber nicht von bereits zuvor etablierten empirischen Resultaten geleitet. Qualitativ hochwertige Studien sollten... Befunde vorlegen, die bisher getroffene Versorgungsentscheidungen kritisieren oder legitimieren. Dabei müssen insbesondere klare Ziel- oder Erfolgskriterien der Wohnbetreuungsansätze a priori definiert und insbesondere Kosten-Effektivitäts-Analysen vorgelegt werden. Weitere versorgungspolitische Entscheidungen, die insbesondere die inhaltliche Ausgestaltung dieser Angebote betreffen werden, sollten sich an den Ergebnissen solcher Studien orientieren; die unkritische Fortschreibung etablierter Angebote muss aus fachlicher Sicht als obsolet bezeichnet werden“ (S. 350).

Nun ist im Hinblick auf Fallzahlen, Behinderungsart und Kosten der Eingliederungshilfe im letzten Jahrzehnt durch den Kennzahlenvergleich der BAGüS in Deutschland die Transparenz dieses Versorgungssektors deutlich erhöht worden. Außerdem wurde insbesondere in der Eingliederungshilfe von Menschen mit seelischen Behinderungen mit der flächendeckenden und verbindlichen Einführung von Instrumenten für die individuelle Hilfeplanung, meist auf der Basis des Integrierten Behandlungs- und Rehabilitationsplans (IBRP, vergleiche Gromann 1997), im Hinblick auf die Zielorientierung der Wohnunterstützung einiges erreicht, auch wenn die diesbezügliche Praxis regional sehr unterschiedlich gestaltet ist. Trotz des postulierten personorientierten Ansatzes reduziert sich in der Praxis die „Indikationsstellung“ in der Wohnun-

terstützung noch weitgehend auf die Entscheidung „Heim“ oder „nicht Heim“, und die Umsetzung und Evaluation von individuell passgenauen Unterstützungssettings ist nicht die Regel. Nach wie vor weithin unüblich ist die Orientierung an Leitlinien oder fachlichen Standards für bestimmte Interventionen und Angebotstypen, die auf wissenschaftlicher Evidenz basieren.

An der Forschungslage hat sich in Deutschland in den letzten Jahren wenig geändert, und Studien, die die Wirkungen unterschiedlicher Wohnunterstützungsangebote systematisch und an größeren Stichproben evaluieren, fehlen bis heute fast völlig.

Die Gründe dafür dürften vielfältig sein:

- Während es z. B. in der medizinischen und psychologischen Forschung selbstverständlich ist, nach empirischer Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen zu streben, und die entsprechende methodische Qualifikation in der Ausbildung vermittelt wird, ist dies bei den Professionen, die die Eingliederungshilfe prägen, kaum der Fall. Dort herrscht dann auch eine eher skeptische Grundhaltung gegenüber empirischer Forschung vor, insbesondere gegenüber quantitativen Ansätzen.
- Während es im Bereich der Behandlung nach dem SGB V seit langem üblich ist, die Aufnahme von neuen Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung an entsprechende Wirksamkeitsnachweise zu knüpfen, ist dies bei Leistungen, die von der Sozialhilfe finanziert werden, bisher völlig unüblich. Mit dem BTHG taucht das Stichwort Wirkungskontrolle erstmals in der entsprechenden Gesetzgebung auf. Damit sind die in der Sozialversicherung üblichen Kriterien der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen auch in diesem Versorgungssektor komplett verankert (siehe unten A.2.5.1).

Hinzu kommen forschungsmethodische Gründe: In evidenzbasierten Fächern gelten randomisierte, kontrollierte Studien als „Goldstandard“. Hierbei wird eine oder werden mehrere Interventionen mit einer oder mehreren Kontrollbedingungen über mindestens zwei Messzeitpunkte verglichen, vor und nach der Intervention. Dabei dürfen die Vergleichsgruppen vor der Intervention keine systematischen Unterschiede aufweisen, nur dann kann ein Unterschied in den Ergebnisindikatoren bei der zweiten Messung auf die unterschiedlichen Interventionen zurückgeführt werden. Das Mittel der Wahl, um gleiche Ausgangsbedingungen herzustellen, ist die zufällige Zuordnung der Probanden auf Interventions- und Kontrollgruppen (Randomisierung). Diese ist jedoch nicht immer möglich oder sinnvoll:

- Die zufällige Zuordnung kann sich aus ethischen Gründen verbieten, z. B. wenn damit gravierende Einschränkungen für Probanden verbunden sind. Dies wäre gegeben, wenn ein Proband, der in der eigenen Wohnung lebt, zufällig der Bedingung Heim zugeordnet würde und damit seinen bisherigen Lebensmittelpunkt aufgeben müsste.
- Zufallszuteilungen zu Studiengruppen sind für Probanden nur dann attraktiv, wenn mindestens eine Intervention bisher nicht in der Routineversorgung verfügbar ist. Wenn dies nicht der Fall ist, kann der Zugang nicht an die Bedingung der Teilnahme an der Studie gebunden werden (vergleiche Richter & Jäger 2017).
- In Fällen, in denen die Zufallszuteilung gegen eindeutige Präferenzen von Probanden ausfällt, kommt es häufig dazu, dass diese die Studie verlassen. Dies würde bei weniger attraktiven Interventionen, wie z. B. der Heimunterbringung, zu erheblichen Rekrutierungsproblemen führen. Dies hat eine englische Studie verdeutlicht, in der zwei Wohnunterstüt-

zungsformen verglichen werden sollten. Von 1.432 potenziellen Probanden hielt das Betreuungspersonal nur 38 für geeignet, an der Studie teilzunehmen. Von diesen ließen sich letztlich nur 8 auf eine Randomisierung ein (Killaspy et al. 2019).

- Der Versuch, alle potenziellen Störfaktoren durch Randomisierung und andere methodische Maßnahmen zu kontrollieren, führt in ein Dilemma: Je größer die Kontrolle der Studienbedingungen (interne Validität), desto stärker wird die Generalisierbarkeit der Befunde auf die Klientinnen/Klienten und Interventionsbedingungen in der Versorgungsrealität eingeschränkt (externe Validität).

Darüber hinaus wird die Forschung dadurch erschwert, dass es bisher kaum möglich ist, die Ergebnisse verschiedener empirischer Studien der Wohnforschung aus unterschiedlichen Ländern zu vergleichen. Denn die Ausgangsbedingungen in der Wohnunterstützung – wer bekommt unter welchen Bedingungen welche Art von Leistungen? – sind in unterschiedlichen Ländern und selbst innerhalb ein und desselben Landes sehr unterschiedlich. Das Gleiche gilt für die verwendeten Begriffe. Selbst innerhalb Deutschlands gibt es bisher keine ein-eindeutige Sprachregelung für die Bezeichnung unterschiedlicher Wohnsettings bzw. Unterstützungsformen, im internationalen Vergleich potenziert sich dieses Problem (Siskind et al. 2013, McPherson et al. 2018 a). Ganz ähnlich sieht es bei den verwendeten Wirksamkeitsindikatoren und den entsprechenden Messinstrumenten aus, auch hier gibt es eine kaum überschaubare Vielfalt, die die Vergleichbarkeit von Studienergebnissen, und damit die Schaffung einer aussagekräftigen Datenbasis für evidenzbasiertes Handeln massiv erschwert.

Aufgrund dieser Probleme ist die Forderung nach quantitativen, randomisierten Studien in der Wohnforschung bei psychisch kranken Menschen weithin aufgegeben worden. Stattdessen wird gefordert, auf naturalistische und quasi-experimentelle Studien-Designs zu setzen und dabei verstärkt auf vergleichbare Indikatoren und Instrumente sowie eine eindeutige Taxonomie der Wohnangebote zu setzen (Richter & Jäger 2017). Ein aktueller Vorschlag für eine solche Taxonomie liegt vor (McPherson et al. 2018 a).

Es gibt aber auch Vorschläge, die in eine ganz andere Richtung gehen. Dabei wird die „Fixierung auf den naturwissenschaftlichen Evidenzbegriff“ kritisiert und festgestellt: „Bei den Leistungen zur sozialen Teilhabe werden... nicht mehr die Wohnformen, sondern die Assistenzleistungen der Wirkfaktor sein. Es werden also individuelle Unterstützungssituationen wissenschaftlich erforscht werden müssen, bei denen Methoden der evidenzbasierten Medizin an ihre Grenzen kommen“ (Konrad & Rosemann 2017, S. 32 f).

Die Fokussierung individueller Assistenzleistungen bei der Evaluation entspricht der gesetzlichen Regelung des § 121, Abs. 2 SGB IX. Denn bei der Evaluation individueller Assistenzleistungen muss es ja darum gehen festzustellen, ob die in der Teilhabeplanung vereinbarten Ziele der Assistenzleistungen erreicht wurden. Dies bringt aber ebenfalls nicht geringe methodische Probleme mit sich. Denn individuelle Teilhabeziele müssen bestimmten formalen Kriterien genügen, damit die Zielerreichung hinreichend genau überprüft werden kann. Sie müssen z. B. spezifisch, konkret und eindeutig formuliert sein, außerdem messbar (d. h. möglichst quantifizierbar), realistisch (d. h. erreichbar) und mit konkreten Handlungsschritten zur Umsetzung verbunden sein (vergleiche die SMART-Kriterien).

Diese Voraussetzungen sind aber nach aller Erfahrung in der aktuellen Versorgungspraxis nicht annähernd erfüllt. So berichten Steinhart & Höptner (2016) aus ihrer Studie zur Ergebnisqualität, die auch die Auswertung individueller Zielvereinbarungen einbezogen hat: „Die

Mitarbeitenden haben sich über einen längeren Zeitraum schwergetan, die Ziele ...durchgehend konkret und eindeutig zu formulieren oder auszuhandeln. Hier ist ein kontinuierliches Training für alle Berufsgruppen ...und nicht nur für neue Mitarbeitende erforderlich“ (ebenda, S. 16).

Und Eikermann (2017) konstatiert in ihrem Handbuchartikel zur personenzentrierten Hilfeplanung eine „ernüchternde Diskrepanz zwischen Wunsch und Wirklichkeit. Sie sticht mir immer dann besonders ins Auge, wenn ich die gleichen allgemein gehaltenen Zielformulierungen in den Hilfeplänen unterschiedlicher Klienten über viele Jahre vorfinde oder aber bei ein- und demselben Klienten über viele Jahre hinweg, ohne jegliche Veränderung. Hilfeplanung, die sich individuell und prozessorientiert nennt, sollte wohl anders aussehen“ (ebenda, S. 187).

Sicherlich können und müssen auch qualitative Studien zur wissenschaftlichen Erforschung von Teilhabeleistungen beitragen. Der Verzicht auf quantitative, kontrollierte Studien ist jedoch weder nötig noch möglich. Nicht nötig, weil es vielfältige methodische Ansätze zwischen den Polen „rein qualitativ“ und „randomisiert kontrolliert“ gibt. Und nicht möglich, weil Leistungsträger und Gesetzgeber absehbar auf Ergebnissen methodisch solider empirischer Studien hinwirken werden. Eines sollte dabei vor dem Hintergrund von BRK und BTHG allerdings bei jeglichen Varianten der Teilhabe-Forschung selbstverständlich sein: die verbindliche Einbeziehung der subjektiven Perspektive der Nutzenden, ihre Präferenzen, Bewertungen und ihre Zufriedenheit in Bezug auf die Unterstützungsleistungen.

### **A.2.2 Stand der Forschung in Deutschland**

In einer Übersichtsarbeit referiert Walther (2015) die Ergebnisse von 7 Evaluationsstudien zum ABW. Es wurden insgesamt 16 verschiedene Indikatoren der Ergebnisqualität untersucht. Daraus ergibt sich ein lückenhaftes und z. T. widersprüchliches Muster aus positiven, negativen und keinen Effekten (vergleiche ebenda, S. 105). Bei den einbezogenen Studien handelt es sich fast ausschließlich um Prä-Post-Erhebungen ohne Kontroll- oder Vergleichsgruppe. Die methodisch bisher ambitionierteste Studie führten Kallert et al. (2007) in Dresden durch. Es handelte sich um eine prospektive Studie über zwei Jahre mit einem quasi-experimentellen Design, in der 244 Personen mit ausschließlich chronischen schizophrenen Störungen in fünf verschiedenen Wohnsettings bezüglich Psychopathologie, soziale Behinderungen, subjektiver Lebensqualität und Hilfebedarf verglichen wurden. Bei den ersten drei dieser Kriterien zeigten sich in den institutionellen Settings (Wohn- oder Pflegeheim) schlechtere Ergebnisse als in gemeindeintegrierten Unterstützungsformen (Wohngruppe, allein in eigener Wohnung, in Familie).

Insgesamt ist die Aussagekraft der Studien aber begrenzt. Walther (2015) resümiert, dass die Wohnforschung in Deutschland sowohl inhaltlich als auch methodisch noch ganz in den Anfängen steckt, und fordert fundierte Wirksamkeitsforschung mit kontrollierten Studien (ebenda S. 106). Und weiter: „Es scheint, dass nach der Enthospitalisierung das ambulant betreute Wohnen kein Thema mehr in der psychiatrischen Versorgungsforschung ist. Dies kann auch damit zusammenhängen, dass diese Hilfeform nach Feststellung des Bedarfs juristisch gesehen zu leisten ist. Ob sie auch wirksam und zielgenau ist, ist dabei von nachrangiger Bedeutung“ (ebenda, S. 104).

Nach dem Review von Walther sind weitere deutsche Studien zur Wirksamkeit der Eingliederungshilfe erschienen, zwei davon im Prä-Post-Design ohne Kontroll- bzw. Vergleichsgruppen.

Steinhart & Höptner (2016) untersuchten den Rehabilitationsverlauf von Eingliederungshilfempfeängerinnen und -empfängern aus dem gemeindepsychiatrischen Verbund der Stadt Rostock mit Erst- oder Weiterbewilligung. Die Ausgangsstichprobe bestand aus 408 Klientinnen und Klienten, gut die Hälfte (208 Klientinnen und Klienten) konnte nach 6 bis 12 Monaten nachuntersucht werden. Dabei wurden Indikatoren für die Zielerreichung und das allgemeine Funktionsniveau (mittels Goal Attainment-Scaling), die subjektive Lebensqualität, die Zufriedenheit mit der Leistung und die Symptombelastung einbezogen. Bei zwei Dritteln der Nutzenden wurden die Ziele gut bis sehr gut erreicht, die Lebensqualität und Symptombelastung besserten sich signifikant, wobei Geschlecht, Diagnose, Hilfeform und Bewilligungszeitraum Prädiktoren waren. Knapp 10 % der Leistungsempfeängerinnen und -empfänger benötigten nach Abschluss keine weiteren Leistungen der Eingliederungshilfe.

Vertheim et al. (2017) untersuchten 244 neu oder wieder in die Eingliederungshilfe Wohnen eingetretene Klientinnen und Klienten mit Abhängigkeitserkrankungen in Hamburg zu Beginn und nach durchschnittlich vier Monaten erneut (Erreichungsquote 58 %). Davon wurden 90 % stationär und 10 % teilstationär unterstützt. Aus Sicht der Betreuerinnen und Betreuer konnte die Mehrheit der suchtbezogenen Zielsetzungen vollständig oder überwiegend erreicht werden, und 96 % der Nutzenden stellten diesbezüglich eine Verbesserung fest. Mindestens die Hälfte der Nutzenden berichtete außerdem eine Verbesserung in 5 von 8 Teilhabebereichen. Es fanden sich zudem signifikante Verbesserungen bei Teilaspekten der psychischen Belastung, der Lebensqualität, der sozialen Aktivitäten, der Selbstwirksamkeit und der Beeinträchtigungen nach ICF.

In der BAESCAP-Studie wurden Ergebnis-Indikatoren evaluiert, die man der Dimension „Subjektive Bewertung“ zuordnen kann. Dabei wurden die Nutzenden verschiedener Wohnsettings nach ihrer Zufriedenheit mit der Unterstützung gefragt. Es zeigte sich, dass Heimbewohnerinnen/-bewohner eine signifikant höhere Zufriedenheit gegenüber ambulant unterstützten Klientinnen/Klienten in den Bereichen Freizeitgestaltung, Gesundheit, Zugang zu Gesundheitsleistungen, Arbeit/Beschäftigung und beim Lebensstandard insgesamt äußerten. Sie berichteten darüber hinaus weniger Einsamkeitsempfinden und ein geringeres Maß an Stigma-Erleben. Lediglich bei der Zufriedenheit mit dem Wohnen ließen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen. Auf der anderen Seite gaben 69 % der Klientinnen/Klienten im ABW aber nur 39 % im Heim an, dass sie ihren Alltag immer selbstbestimmt gestalten können (Steinhart et al. 2017, Speck et al. 2017). Die Autoren resümierten ihre Ergebnisse dahingehend, dass die „Ambulantisierung“ kein Selbstzweck sei. Vielmehr ginge es darum, die Qualität ambulanter Leistungen kritisch zu diskutieren und die positiven Funktionen der Heime auf die ambulante Arbeit in den Quartieren durch verbesserte Integration in die Freizeit-, Kontakt und Beschäftigungsangebote sowie die Gesundheitsversorgung im Sozialraum zu übertragen.

Angesichts des insgesamt eher prekären Forschungsstandes bleiben zentrale Fragen weiter offen: „Was aber sind die wirksamen Faktoren und werden sie flächendeckend in der Arbeit umgesetzt? Wie unterschiedlich oder einheitlich ist die Praxis des betreuten Wohnens in Deutschland? Diese Fragen sind derzeit nicht zu beantworten“ (Albers 2015, S. 20). Und Steinhart & Höptner ergänzen: „Insbesondere die Frage, ob die getätigten Ausgaben in irgendeinem Zusammenhang mit Effekten und Nutzen für die Leistungsempfeänger stehen oder ob man für die getätigten Ausgaben wirksamere Hilfen hätte erbringen können, bleibt bundesweit unbeantwortet“ (2016, S. 12).

### A.2.3 Stand der Forschung international

Da die Studienlage im deutschsprachigen Raum sowohl quantitativ als auch qualitativ unbefriedigend ist, stellt sich die Frage, ob es aussagekräftige Ergebnisse aus anderen Ländern gibt. Die entsprechende Evidenz wird in mehreren aktuellen Reviews zusammengefasst und diskutiert.

Gühne et al. (2017) greifen ausschließlich auf RCT-Studien zurück. Sie identifizieren neun solcher Studien, von denen sich acht auf wohnungslose psychisch kranke Personen beziehen, eine Studie untersuchte schwer psychisch Kranke mit einem hohen Risiko für Wohnungslosigkeit. Bei diesen ist eine Randomisierung ethisch unproblematisch, praktisch durchführbar und für die Klientel akzeptabel, da ja allen eingeschlossenen Klientinnen und Klienten eine – wenn auch unterschiedliche – verbesserte Wohnperspektive geboten wird. Die methodische Qualität dieser Studien wurde überprüft und als „mäßig bis mangelhaft“ eingeschätzt, und die jeweiligen Interventions- und Kontrollbedingungen waren nur eingeschränkt miteinander vergleichbar. Bei der Interventionsbedingung handelte es sich aber immer um eine Variante des „Supported Housing“ bzw. „Housing First“. Entsprechende Programme wurden in Nordamerika entwickelt, so z. B. das Pathways Housing First-Programm in New York (Tsemberis 1999) und das darauf aufbauende At Home/Chez Soi-Programm in Kanada (Aubry et al. 2015). Housing First stellt die traditionelle Reha-Kette, bei der es um das stufenweise Erlernen von Fähigkeiten geht und an dessen Ende dann möglicherweise das Wohnen in der eigenen Wohnung steht, auf den Kopf: Am Anfang steht der Einzug in eine eigene Wohnung, es folgt die personenbezogene Unterstützung bei der selbstständigen Lebensführung. Dabei wird die Zugangsschwelle bewusst niedrig gehalten: Die Bereitschaft, sich behandeln zu lassen oder zur Abstinenz sind z. B. keine Bedingung dafür, eine Wohnung zu erhalten, können aber Ziel der individuellen Assistenz sein.<sup>5</sup>

Nach Gühne et al. (2017) zeigt die Evidenz zur Wirksamkeit des Supported Housing eine deutliche Reduktion von Wohnungslosigkeit bzw. eine verbesserte Wohnstabilität. Effekte auf die psychopathologische Symptomatik und Lebensqualität lassen sich nicht sicher ableiten, ein Effekt hinsichtlich reduzierter Inanspruchnahme von Behandlung deutet sich an. Es gibt Hinweise auf eine Verbesserung psychosozialer Funktionen, eine Reduktion von Straffälligkeit und Kostensenkungen.

Was die Übertragbarkeit der Ergebnisse von Studien mit wohnungslosen Menschen auf die Situation von Menschen in der Eingliederungshilfe angeht, ist festzustellen: Es gibt seit Jahren eine Reihe von Studien aus dem deutschsprachigen Raum, die mit Raten von mehr als zwei Dritteln eine sehr hohe Prävalenz von psychischen Störungen unter wohnungslosen Menschen belegen (Wienberg 2008). Ein hoher Anteil davon dürfte schwere psychischen Beeinträchtigungen aufweisen und damit zur Zielklientel der Eingliederungshilfe gehören. Umgekehrt leben viele Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in prekären und instabilen Wohnungsverhältnissen und sind von Wohnungslosigkeit bedroht.

---

<sup>5</sup> Damit wird das gleiche Prinzip umgesetzt wie bei dem schon seit vielen Jahren im englischsprachigen Raum erprobten und gut evaluierten Modell der Unterstützten Beschäftigung (Supported Employment), bei dem die Klientin/der Klient zunächst auf einen seinen Wünschen entsprechenden Arbeitsplatz platziert und dann dabei unterstützt wird, diesen Arbeitsplatz zu erhalten (first place, then train). Für dieses Modell gibt es auch im europäischen und deutschsprachigen Raum inzwischen überzeugende Wirksamkeitsbelege (Burns et al. 2007, Hoffmann et al. 2014).

Richter & Hoffmann (2017 c, vergleiche auch 2017 d, e; Richter & Jäger 2017, 2020) beschränken sich in ihrem aktuellen Review nicht auf RCT-Studien, sondern schließen auch naturalistische Beobachtungsstudien mit Vergleichsgruppen ein und führten ebenfalls ein Qualitäts-Assessment durch. In die Auswertung gingen 32 Studien ein, davon 24 mit wohnungslosen Probanden. Bei der Analyse der Ergebnisse wurde stets selbstständiges bzw. unabhängiges Wohnen (allein, mit Personen nach Wahl, in der Familie) gegen alle sonstigen Settings verglichen. Die Heterogenität der Interventionen und der Ergebnisindikatoren schlossen eine Metaanalyse der Daten aus. Die Ergebnisindikatoren konnten aber folgenden Dimensionen zugeordnet werden:

- Wohnindikatoren
- Soziale Integration
- Gesundheitsstatus
- Subjektive Evaluation
- Kosten.

„Im Ergebnis zeigte sich, dass das unabhängige Wohnen in den meisten Indikatoren ebenbürtig und oft sogar überlegen war. Nur zwei von 32 Indikatoren wiesen auf eine Überlegenheit von eher institutionellen Settings hin“ (Richter & Hoffmann 2017 e, S. 240).

McPherson et al. haben 2018 einen weiteren systematischen Review zur Wirksamkeit von „supported accomodation services“ vorgelegt. Nach einem rigorosen Auswahlprozess wurden 82 Studien mit moderater oder hoher methodischer Qualität einbezogen. Ein valider Vergleich unterschiedlicher Unterstützungs-Settings erwies sich aufgrund unklarer oder sehr unterschiedlicher Beschreibungen und Definitionen der Settings als unmöglich. „Service models ranged from independent tenancies with outreach support to high-staffed, congregate residential settings“ (McPherson et al. 2018 b, S. 11). Statt nach Wohnsettings erfolgte eine Differenzierung der Ergebnisse nach den eingeschlossenen Probanden-Gruppen: wohnungslose Personen, Personen nach Deinstitutionalisierung und andere Personen mit schweren psychischen Erkrankungen. Hier interessiert besonders Gruppe drei, die im Fokus des Projekts WiEWohnen NRW steht. In dieser Gruppe erfüllten nur 17 Studien die methodischen Mindestanforderungen<sup>6</sup>, 23 wurden ausgeschlossen. Die Auswertung erfolgte in vier Ergebnis-Kategorien:

- Hospitalisierung (12 Studien berichteten hierzu Ergebnisse): In der Mehrzahl der Studien zeigte sich eine Verringerung der Krankenhausaufnahmen und der Krankenhaustage
- Symptome (9 Studien): unklare Ergebnislage („mixed“)
- Soziales Funktionsniveau (12 Studien): unklare Ergebnislage
- Lebensqualität (6 Studien): unklare Ergebnislage.

Die Autoren kommentieren: „This study group had the fewest number of studies overall, the fewest number of high-quality papers and the largest number of omitted low-quality studies, yet this population is growing rapidly... This observation highlights an urgent need for increased research in this area“ (ebenda, S. 11).

Im Hinblick auf die Gruppe der wohnungslosen psychisch Kranken bestätigt auch der Review von McPherson et al. die generell positiven Wirkungen des Housing First/Supported Housing-

---

<sup>6</sup> Darunter als einzige deutsche Studie die von Kallert et al. (2007)



Modells, warnen aber zugleich davor, diese Ergebnisse ungeprüft auf andere Gruppen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu übertragen.

Bezüglich des Ergebnis-Kriteriums Lebensqualität von psychisch kranken Klientinnen/Klienten in „supported accomodation“ liegt eine aktuelle Meta-Analyse vor (Harrison et al. 2020). Eingeschlossen wurden 13 Studien mit mehr als 3.000 Probanden, die drei Wohnunterstützungs-Settings zugeordnet wurden: „high support“ (institutionelle Unterstützung, Mitarbeiterpräsenz 24/7), „supported housing“ (Wohngruppen mit Unterstützungssicherheit bis zu 24/7), „floating outreach services“ (mobile Unterstützung mehrmals in der Woche in der Mietwohnung der Nutzenden). Die Lebensqualitäts-Daten wurden in drei Ergebniskategorien zusammengefasst:

- Allgemeines Wohlbefinden: keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Unterstützungs-Settings
- Lebensbedingungen (Wohnen, Arbeit, Finanzen, Sicherheit): Zufriedenheit in Gruppe 3 größer als in Gruppen 1 und 2, in Gruppe 2 größer als in Gruppe 1
- Soziales Funktionsniveau (Familie, Partnerschaft, Freizeit- und soziale Aktivitäten, körperliche und psychische Gesundheit): Zufriedenheit in Gruppe 2 höher als in Gruppe 1; keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen 2 und 3.

Richter & Jäger (2020) resümieren in ihrem Überblick über den Stand der internationalen Wohnforschung wie folgt:

„Unabhängiges Wohnen in der eigenen Wohnung ist auch bei Menschen mit schweren psychischen Störungen und mit massiven sozialen Beeinträchtigungen wie etwa Obdachlosigkeit mindestens ebenso erfolgreich wie die Versorgung in Heimen oder heimähnlichen Einrichtungen. Aktuelle Forschungsergebnisse lassen sogar auf eine leichte Überlegenheit schließen“ (S. 74 f).

Und weiter:

„Allerdings darf – auch im Hinblick auf die UN-Behindertenrechtskonvention – in der modernen Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen nicht allein auf Wirkungen geschaut werden, es müssen auch die Wünsche der Klientinnen und Klienten berücksichtigt werden. Und in diesem Zusammenhang ist die Forschungslage eindeutig: Die Präferenzen liegen bei der eigenen Wohnung und nicht bei Heimen und heimähnlichen Wohnungen“ (ebenda, S. 75; vergleiche oben A.1.1.5).

Richter et al. (2016) fordern folgerichtig einen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Rehabilitation nach dem Motto „real life first“. Sie beziehen sich dabei sowohl auf den Forschungsstand zu Arbeit/Beschäftigung als auch auf den zur Wohnunterstützung, in beiden Bereichen müsse es künftig vorrangig um „unterstützte Inklusion“ gehen.

#### **A.2.4 Die Empfehlungen der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ zum Unterstützten Wohnen**

Anfang 2019 erschien die 2. Auflage der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ (S3-LL, DGPPN 2019). Deren Empfehlungen zum Unterstützten Wohnen basieren auf der Evaluierung der internationalen Evidenz von Gühne et al. (2017) und beziehen außerdem die Ergebnisse von Richter & Hoffmann (2017 c) sowie jüngere Einzelstudien mit ein. Die Umsetzung der vorhandenen Evidenz in Empfehlungen für die Versorgungspraxis erfolgt dabei auf Grundlage von Art und Umfang der vorliegenden Studienergebnisse, wobei A den stärksten *Empfehlungsgrad* darstellt („Soll-Empfehlung“). Hinzu kommt eine kritische Bewertung der methodischen Qualität der zugrundeliegenden Studien, die sich in der *Evidenzebene* niederschlägt (wobei I a die beste Bewertung darstellt und I b die zweitbeste).

Die S3-LL gibt zwei Empfehlungen zum Unterstützten Wohnen, beide sind neu gegenüber der ersten Auflage 2013:

##### **„Empfehlung 16 (NEU)**

Mit Zunahme des Institutionalierungsgrades nehmen unerwünschte Effekte zu. Deshalb soll eine Dauerinstitutionalisierung vermieden werden. **Empfehlungsgrad: A**

Hinweis: Dieser Empfehlungsgrad wurde vergeben, da die Mitglieder der Leitliniengruppe davon ausgehen, dass es für die bekannten und umfänglich dokumentierten negativen Effekte der Institutionalisierung aus ethischen Gründen in der Zukunft keine randomisierten und kontrollierten Studien geben wird“.

##### **„Empfehlung 17 (NEU)**

Schwer psychisch kranke Menschen sollen selbstbestimmt in der Gemeinde wohnen und entsprechend ihren individuellen Bedarfen und Präferenzen mobil unterstützt werden. **Empfehlungsgrad: A, Evidenzebene Ib**

Darüber hinaus gibt die Leitliniengruppe folgende

##### **„Ergänzende Hinweise (NEU)**

Wichtige Ziele des unterstützten Wohnens sind die Teilhabe am sozialen Leben und die Selbstbestimmung der psychisch kranken Menschen. Die mobile Unterstützung in selbstbestimmten Wohnformen ist die erste Wahl, die Versorgung in teilweise selbstverantworteten oder stationären Wohngruppen bzw. -formen sollte immer mit dem Ziel der Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnform eingesetzt werden. Entscheidend hierbei sind die Präferenzen der Betroffenen; Betroffene sollten in ihrer Wahlfreiheit unterstützt werden. Bei der Inanspruchnahme von stationären Hilfen sollen diese stets mit fördernden Angeboten und Kontaktmöglichkeiten in die Gemeinde hinein kombiniert sein. Priorität sollte der Verbleib in der bestehenden Wohnform mit all ihren sozialen Bezügen vor der Unterstützungsbedürftigkeit sein. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, welche in einer institutionalisierten Wohnform wohnen, sollte bei entsprechender Präferenz der Wechsel in eine selbstbestimmte, eigenverantwortete Wohnform ermöglicht werden“ (DGPPN 2019, S. 156 f).

## A.2.5 Qualitätsindikatoren für Leistungen des Unterstützten Wohnens

Bisher zu wenig beachtete Konsequenzen des insgesamt noch unbefriedigenden Forschungsstands zur Wirksamkeit des Unterstützten Wohnens im deutschsprachigen Raum sind zum einen, dass versorgungspolitische Entscheidungen noch immer auf unsicherer Grundlage getroffen werden müssen. Zum anderen ist es bisher kaum möglich, *empirisch begründete Qualitätsstandards* für entsprechende Angebote zu definieren. Falls es valide Indikatoren für die Wirkungen bzw. die Ergebnisqualität für Leistungen des Unterstützten Wohnens gäbe, könnten diese in Beziehung gesetzt werden zu Merkmalen der Angebote bzw. zu Indikatoren von deren Prozess- und Ergebnisqualität.

### A.2.5.1 Gesetzliche Grundlagen im SGB IX und vertragliche Grundlagen in Nordrhein-Westfalen

Im Vorfeld des Gesetzgebungsprozesses zum BTHG hatte das Stichwort *Wirkungskontrolle* der Eingliederungshilfeleistungen in den Bund-Länder-Beratungen eine große Rolle gespielt. Dieses war möglicherweise mit der Erwartung aufseiten der Leistungsträger verknüpft, die Ergebnisorientierung bei der Leistungserbringung zu fördern und ggf. eine Handhabe gegenüber Anbietern zu haben, die nicht ziel- und ergebnisorientiert arbeiten.

Im SGB IX findet sich von diesem sozialpolitischen Impuls jedoch eher wenig wieder. Die Stichworte „Wirkungskontrolle“ und „Wirksamkeit“ tauchen lediglich je zweimal im Gesetz auf. Im Kapitel 7 Gesamtplan heißt es in § 121 Abs. 2:

„Der Gesamtplan dient der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses.“

Und in Absatz 4:

„Der Gesamtplan enthält... 1. Die im Rahmen der Gesamtplanung eingesetzten Verfahren und Instrumente sowie die Maßstäbe und Kriterien der Wirkungskontrolle einschließlich des Überprüfungszeitpunkts“.

In Absatz 2 geht es recht eindeutig um die Kontrolle der Umsetzung der im Rahmen der Teilhabeplanung definierten individuellen Teilhabeziele und damit der Wirksamkeit der Assistenzleistungen. Demgegenüber ist nicht ganz klar, was mit „Maßstäben und Kriterien der Wirkungskontrolle“ in Absatz 4 gemeint ist.

Das Stichwort „Wirksamkeit“ kommt im Kapitel 8, Vertragsrecht in § 125, Abs. 1 vor:

„In der schriftlichen Vereinbarung zwischen dem Träger der Eingliederungshilfe und dem Leistungserbringer sind zu regeln:

1. Inhalt, Umfang und Qualität einschließlich der Wirksamkeit der Leistungen...“.

Und in § 128, Abs. 1 heißt es:

„Soweit tatsächlich Anhaltspunkte dafür bestehen, dass ein Leistungserbringer seine vertraglichen oder gesetzlichen Pflichten nicht erfüllt, prüft der Träger der Eingliederungshilfe oder ein von ihm beauftragter Dritter die Wirtschaftlichkeit und Qualität einschließlich der Wirksamkeit der vereinbarten Leistungen...“.

Hier kommt erkennbar das Motiv zum Tragen, eine Handhabe gegenüber weniger leistungsfähigen Leistungserbringern zu haben. Es geht nicht um die individuelle Leistung für einen

einzelnen Leistungsberechtigten/eine Leistungsberechtigte, sondern um „die Leistungen“. Ob damit die Überprüfung der Umsetzung aller individuellen Teilhabepläne gemeint ist oder ein individuell gestaltetes Verfahren hinsichtlich des einzelnen Teilhabeplans, bleibt im Gesetzestext offen und war im weiteren Umsetzungsprozess des Gesetzes näher zu bestimmen.

In Nordrhein-Westfalen ist dies im Rahmenvertrag nach § 131 SGB IX geschehen, der im Juli 2019 von Vertreterinnen/Vertretern der Leistungsträger und Leistungserbringer unterzeichnet wurde. Welche Festlegungen gibt es dort zu Qualität und Wirksamkeit der Leistungen? Sind diese konkreter als im SGB IX und ggf. sogar skalierbar?

Im Allgemeinen Teil A des Rahmenvertrages finden sich unter 7.2 Aussagen zu „Grundsätzen und Maßstäben der Qualität“. Diese sind sehr allgemein gehalten. Es wird auf den „allgemein anerkannten Stand der fachlichen Erkenntnisse der Eingliederungshilfe“ Bezug genommen und der Leistungserbringer verpflichtet sich, ein Qualitätsmanagement sicherzustellen. Es folgen konkretisierende Aussagen zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die jeweils so gehalten sind, dass dem Leistungserbringer auferlegt wird, welche Gesichtspunkte bei der Beschreibung des jeweiligen Qualitätsaspekts zu berücksichtigen sind. Inhaltliche Festlegungen fehlen dagegen weitgehend oder bleiben sehr allgemein wie z. B. „Achtung der Würde des Leistungsberechtigten“, „professionelle Ausgestaltung der Arbeitsbeziehung“.

Im Abschnitt 7.2.3 „Ergebnisqualität, Wirkung und Wirksamkeit“ wird es etwas konkreter. Hier heißt es unter (1) u. a.:

- „Erhalt und/oder Ausbau der erreichbaren Teilhabeziele ... unter Berücksichtigung der Erreichung der im Gesamtplan dokumentierten Ziele“. Abgesehen von der umständlichen Formulierung ist hier klar worum es geht: Sind die im Gesamtplan festgeschriebenen Teilhabeziele erreicht worden?
- „Verwirklichung einer möglichst selbstbestimmten und eigenständigen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie im Sozialraum“; hier ist schon weniger klar, woran sich dies festmachen soll.
- „Zufriedenheit/Bewertung der Leistungsberechtigten“. Die unterstützte Person soll also auch selbst das Ergebnis des Unterstützungsprozesses bewerten.

Unter (2) wird dann allerdings festgestellt, dass die Feststellung der „Wirkungen im Einzelfall“ nicht Gegenstand von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen ist, sondern im Rahmen des individuellen Gesamtplanverfahrens erfolgen soll. Ein Instrument, das es erlauben würde, die individuellen Wirkungen zu aggregieren und damit zu Aussagen zur generellen Wirksamkeit der Unterstützung zu gelangen, ist nicht vorgesehen.

In den Leistungsbeschreibungen der Assistenzmodule in Anlage A zum Rahmenvertrag erfolgt keine weitere Konkretisierung der Wirkungskontrolle, sondern es wird auf den Allgemeinen Teil (7.2) zurückverwiesen.

Letzter und entscheidender Baustein des Vertragswerkes rund um die Neugestaltung der Eingliederungshilfe sind die Leistungsvereinbarungen gemäß § 123 ff SGB IX. In der *Muster-Vereinbarung zum „Ambulant betreuten Wohnen für Menschen mit Behinderungen“* (Stand 04.12.2019) werden die Vorgaben im Hinblick auf die Struktur- und Prozessqualität z. T. deutlich konkreter und liefern einige Anhaltspunkte, um zu einer skalierbaren Bewertung der Qualität zu kommen. Anders bei der Ergebnisqualität. Hier wird zunächst wieder auf den „Errei-

chungsgrad der im individuellen Hilfeplan vereinbarten Ziele“ rekuriert, der ja nicht Gegenstand einer übergreifenden Qualitätsprüfung sein soll (s. o.). Dann werden einige allgemeine „Bewertungsmaßstäbe für Ergebnisqualität“ beispielhaft aufgelistet:

- „Soziale Integration im Sinne des Lebens in einer normalen Nachbarschaft mit Kontakten zu anderen Menschen nach den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen
- Berufliche Integration im Sinne von Arbeit und Beschäftigung
- Eigenständige Lebensgestaltung in größtmöglicher Unabhängigkeit von Pflege und Betreuung
- Entwicklung einer angemessenen Lebensperspektive, akzeptierender Umgang mit der eigenen Behinderung
- Weiterentwicklung und Erhalt von Mobilität und lebenspraktischen Fähigkeiten
- Vorbeugung und Bewältigung von Krisen und Konflikten
- Verringerung des anfänglichen Betreuungsumfang“.

Diese Kriterien sind ganz überwiegend einer operationalisierten Erfassung und Skalierung zugänglich, entsprechende Instrumente und Verfahren werden jedoch nicht vorgegeben.

Von einer systematischen Überprüfung der Qualität von Leistungen der Wohnunterstützung auf der Basis von validen Indikatoren kann also in Deutschland bisher keine Rede sein. Ein Beleg dafür, wie wenig Aufmerksamkeit dieses Thema bis heute findet, ist auch, dass in der zweiten Auflage des „Handbuches“ zum „Selbstbestimmten Wohnen“ von Rosemann & Konrad (2017) ein Kapitel dazu fehlt.

#### **A.2.5.2 Qualitätsindikatoren für Unterstütztes Wohnen im englischsprachigen Raum**

In England wurde von der Arbeitsgruppe um Helen Killaspy der „Quality Indicator for Rehabilitative Care“ entwickelt (QuIRC, Killaspy et al. 2011). Diese Skala bezieht sich jedoch auf Langzeiteinrichtungen der psychiatrischen Rehabilitation und ist deshalb für Angebote des Unterstützten Wohnens nicht geeignet. Im Rahmen des QuEST-Forschungsprogramms zum Unterstützten Wohnen in England wurde deshalb die QuIRC-SA-Skala entwickelt, wobei SA für „Supported Accomodation“ steht (Killaspy et al. 2016). Die QuIRC-SA ist das erste standardisierte Instrument zur Qualitätsmessung für psychiatrische Angebote des Unterstützten Wohnens in Europa.

Bei der Entwicklung der Skala wurden professionelle Expertinnen und Experten sowie Expertinnen und Experten aus Erfahrung einbezogen. Die Skala umfasst 143 Items (einige davon mit Sub-Items) in sieben Subskalen:

- Living Environment
- Therapeutic Environment
- Treatment and Interventions
- Self-Management and Autonomy
- Social Interface
- Human Rights
- Recovery-based practice.

In einer Studie mit 87 Diensten des Unterstützten Wohnens wurde die inhaltliche Validität der Subskalen bestätigt. Die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) erwies sich jedoch als niedrig, was auf die geringe Stichprobengröße zurückführen sein könnte.

„An alternative explanation is that although items were grouped into coherent, logical domains, individual items within these were not designed to assess exactly the same construct but to collect information about specific aspects of care which may or may not be correlated statistically. In other words, internal consistency may not be as relevant for this kind of tool as it would be for, say, a psychological test“ (ebenda, S. 6).

Die Skala diskriminiert gut zwischen verschiedenen Settings der Wohnunterstützung, wobei „Supported Housing“ in der Regel bessere Werte aufwies als „Residential Care“ und „Floating Outreach“.

Eine prospektive Beobachtungsstudie mit 619 Nutzenden von Angeboten der Wohnunterstützung zeigte, dass der Anteil von Nutzenden, die im Laufe von 30 Monaten unabhängiger von Unterstützung wurden, mit zwei Qualitätsdimensionen positiv korrelierte: „Human Rights“ und „Recovery-based practice“ (Killaspy et al. 2020).

Dalton-Locke et al. (2018) untersuchten in einer großen Stichprobe von 150 Wohnunterstützungsangeboten mögliche Prädiktoren der QuIRC-SA-Servicequalität. Es wurden sieben Merkmale einbezogen:

- Übliche Aufenthaltsdauer: negative Zusammenhänge mit allen QuIRC-SA-Dimensionen mit Ausnahme von „Human Rights“.
- Personal-Dichte: positive Zusammenhänge mit „Therapeutic Environment“ und „Treatment and Interventions“, negative mit „Human Rights“.
- Größe des Dienstes: negative Zusammenhänge mit „Therapeutic Environment“, „Treatment and Interventions“ und „Recovery Based Practice“.
- Anteil männlicher Nutzer: negativer Zusammenhang mit „Human Rights“ und positiver mit „Treatments and Interventions“.
- Assistenzbedarf der Nutzenden: keinerlei Zusammenhänge mit QuIRC-SA Dimensionen.

Darüber hinaus wurden die QuIRC-SA-Dimensionen in Beziehung gesetzt zu einem Rang-Index der Region, in der der jeweilige Dienst sich befindet<sup>7</sup>. Mit Ausnahme von „Self- Management“ und „Social Interface“ korrelierten alle QuIRC-SA-Dimensionen positiv mit diesem Index.

Es ist also gelungen, eine Reihe von Belegen für die inhaltliche, diskriminierende und prädiktive Validität der QuIRC-SA und ihrer Dimensionen zu erbringen. Für eine Nutzung in der Versorgungspraxis im deutschsprachigen Raum ist diese Skala allerdings vor allem aus zwei Gründen nur bedingt geeignet: Sie ist mit über 140 Items sehr umfangreich und damit aufwendig umzusetzen, und sie weist mit ca. einem Drittel immer noch einen sehr hohen Anteil an Merkmalen auf, die sich auf infrastrukturelle Aspekte der Angebote beziehen; dies betrifft die gesamte Dimension „Living Environment“ und einige weitere Items. Die QuIRC-SA-Skala hat außerdem einen eher a-theoretischen, deskriptiven Charakter, basiert also nicht auf einem expliziten Modell für „gutes“ Wohnen.

Demgegenüber basieren die in Nord-Amerika entwickelten Skalen zur Beschreibung und Evaluation der Struktur- und Prozessqualität von Wohnunterstützungs-Angeboten inhaltlich auf dem Housing First-Paradigma in der Versorgung von psychisch kranken Wohnungslosen. Sie wurden in den 2010er Jahren entwickelt. Dabei konnte auf Vorläufer aus anderen Bereichen

---

<sup>7</sup> Dabei werden Merkmale von regionalem Versorgungsbedarf und -angebot in Beziehung gesetzt. Je besser sich diese entsprechen, desto höher der Rang.

der psychiatrischen Versorgung zurückgegriffen werden, z. B. Arbeiten zum Assertive Community Treatment (ACT, vergleiche Teague et al. 1998) oder zum Supported Employment (vergleiche Bond et al. 1997). Bei diesen und ähnlichen Ansätzen geht es um *Modelltreue*, die entsprechenden Skalen werden als *Fidelity Scales* bezeichnet, und es wird angestrebt, Zusammenhänge zwischen der Modelltreue von Versorgungsangeboten und deren Ergebnisqualität herzustellen.

Relativ gut untersuchte Skalen auf Basis des Housing First-Modells sind:

- Das Permanent Supporting Housing (PSH) Fidelity Scoresheet mit 27 Items in sieben Subskalen (SAMSHA 2010, Brown et al. 2018),
- das Housing Program Measure (HPM) mit 76 Items in fünf Subskalen (Clark et al. 2012, 2016) und
- die Pathways to Housing Fidelity Scale (PHF) mit 38 Items in fünf Subskalen (Stefancic et al. 2013, Goering et al. 2016).

Der Aufbau dieser Skalen ist ähnlich: Je Item wird eine Mehr-Punkte-Skala definiert (mit vier oder fünf Ausprägungen), wobei der eine Endpunkt das angestrebte Optimum der Modelltreue beschreibt/operationalisiert und die Abstufungen mehr oder weniger große Abweichungen von diesem Optimum. Die Punktwerte können je Subskala und für die gesamte Skala aufsummiert werden. Diese Instrumente erlauben es, verschiedene Varianten der Wohnunterstützung anhand eines gemeinsamen Maßstabs zu beschreiben und zu evaluieren. Vor dem Hintergrund von UN-BRK, BTHG und den Empfehlungen der S3-LL erscheinen Instrumente, die sich auf das Housing first-Modell mit seiner Betonung von Wahlmöglichkeiten und Selbstbestimmung der Nutzenden beziehen, auch für die Evaluation von Wohnunterstützungsangeboten im deutschen Sprachraum gut geeignet.

### **A.2.5.3 Fazit**

Vor dem Hintergrund der Bedeutung, die der Versorgungsbereich Unterstütztes Wohnen in den letzten Jahrzehnten erlangt hat, und angesichts der dafür aufgewendeten finanziellen Mittel ist es erstaunlich, dass nur wenige methodisch anspruchsvolle Studien hierzu vorliegen. Dies gilt vor allem für den deutschsprachigen Raum. International leisten die Forschungsanstrengungen zum Housing First einen wichtigen und methodisch herausragenden Beitrag, der auf Studien mit wohnungslosen Menschen beruht. Da unter diesen jedoch ein hoher Anteil psychisch beeinträchtigt ist, sind diese Ergebnisse auch für die psychiatrische Versorgung relevant. Insgesamt deuten die bisherigen Befunde der internationalen Forschung darauf hin, dass die direkte Platzierung und mobile Unterstützung in der eigenen Wohnung bei den meisten Indikatoren gleich gute oder bessere Ergebnisse erzielt als die Unterstützung in institutionellen Settings. Weitere Studien an größeren Stichproben und über längere Zeiträume sind allerdings auch im deutschsprachigen Raum erforderlich, um diesen Paradigma-Wechsel zu untermauern. Das gilt vor allem für das selbstbestimmte Wohnen mit mobiler Unterstützung.

Die seriöse Evaluation von Teilhabeleistungen im Bereich Wohnen stellt die Forschung allerdings vor hohe methodische Anforderungen. Eine Orientierung am „Goldstandard“ randomisierter, kontrollierter Studien ist in diesem Feld aus einer Reihe von Gründen unrealistisch. Anzustreben sind gleichwohl naturalistische und quasi-experimentelle Ansätze, die verschiedene Wohninterventionen prospektiv über mehrere Messzeitpunkte idealerweise über drei bis fünf Jahre vergleichen und multiperspektivische Ergebnisindikatoren einschließlich der subjektiven Perspektive der Nutzenden verwenden.

Das umfangreiche Vertragswerk zur Umsetzung des BTHG in Nordrhein-Westfalen enthält in Teilen konkrete Kriterien zur Bewertung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, die Grundlage für eine operationalisierte und skalierbare Erfassung sein könnten. Entsprechende Instrumente liegen allerdings bisher nicht vor und sind offenbar auch nicht vorgesehen. Damit ist auch absehbar keine Grundlage für eine vergleichende Messung der Wirkungsqualität von Assistenzleistungen bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gegeben. Zur Beschreibung und Evaluation der Struktur- und Prozessqualität von Angeboten der Wohnunterstützung kann auf Modelle aus dem nordamerikanischen Raum zurückgegriffen werden. Dabei sind jedoch die unterschiedlichen Zielgruppen und Sozialsysteme im deutschsprachigen Raum zu berücksichtigen.

Vor diesem Hintergrund strebt WiEWohnen NRW an, mit einer quasi-experimentellen, kontrollierten und prospektiven Studie einen bisher im deutschsprachigen Raum nicht erreichten methodischen Standard zu realisieren. Darüber hinaus sollen erstmals operationalisierte und skalierbare Standards der Struktur- und Prozessqualität von Wohnunterstützung entwickelt werden.



### A.3 Zielgruppe, Zielsetzung und Hauptfragestellungen des Projekts

Im Abschnitt A.2.2 wurde ausführlich dargelegt, dass es im deutschsprachigen Raum ein eklatantes Forschungsdefizit zu den Wirkungen von Wohnunterstützungsleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen gibt. Das hat forschungsmethodische Gründe, aber auch in der Versorgungspraxis ist es weithin unüblich, das eigene Tun und dessen Ergebnisse als Gegenstand Outcome-orientierter Forschung zu sehen und zu reflektieren. Weil keine belastbaren Daten dazu vorliegen, welche Ergebnisse mit welchen Mitteln in der Eingliederungshilfe Wohnen erzielt werden, gleicht diese bis heute weitgehend einer *Black Box*.

Das Projekt „Wirkungen der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen“ (WiEWohnen-NRW) leistet einen Beitrag dazu, diesem Defizit abzuhelpfen. Fast zeitgleich wurden verwandte Projekte in Mecklenburg-Vorpommern, Baden-Württemberg und der Schweiz durchgeführt, mit denen WiEWohnen-NRW vernetzt ist.

Die *Zielgruppe des Projekts* sind Menschen mit seelischen Behinderungen im Sinne von § 2, Abs. 1 SGB IX, die Leistungen der Eingliederungshilfe im Lebensbereich Wohnen in Anspruch nehmen. Dabei handelt es sich um eine Teilgruppe der „Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“, die wie folgt definiert ist:

„Menschen mit jeder psychiatrischen Diagnose, welche über längere Zeit, d. h. über mindestens zwei Jahre, Krankheitssymptome aufweisen bzw. in Behandlung sind, die mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einhergehen sowie häufig mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden sind“ (S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“, DGPPN 2019, S. 7 f).

Schätzungen zufolge umfasst diese Gruppe ca. 1 bis 2 % der Bevölkerung zwischen 18 und 65 Jahren, das wären für Deutschland ca. 0,5 bis 1 Million Menschen (ebd., S. 7).

Zur Zielgruppe gehören auch Menschen, die infolge einer Abhängigkeitserkrankung seelisch behindert sind und Eingliederungshilfe erhalten.

Die *wissenschaftliche Zielsetzung* des Projektes ist:

- Messung des Rehabilitationserfolges, das heißt der *Ergebnisqualität* von Eingliederungshilfeleistungen im Bereich Wohnen im Rahmen einer zweijährigen prospektiven Beobachtungsstudie.
- Identifizierung von *Prädiktoren* (verlaufsbeeinflussenden Bedingungsfaktoren) der Ergebnisqualität als Grundlage für die empirisch begründete Zuweisung von/Empfehlungen für Menschen mit seelischen Behinderungen bezüglich der Art der Eingliederungshilfe-Leistung im Wohnbereich: ambulant, intensiv-ambulant und stationär.
- Identifizierung von *Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität*, die im Zusammenhang stehen mit der Ergebnisqualität.
- Ableitung von *empirisch begründeten Standards* für unterschiedliche Wohnunterstützungsangebote für Menschen mit seelischen Behinderungen.
- Schaffung von *empirischen Grundlagen* für künftige Evaluations- sowie sozialpolitische Planungs- und Entscheidungsprozesse.

Zur Identifizierung von möglichen verlaufsbeeinflussenden Faktoren und relevanten Ergebnis-Kriterien wurden ergänzend zur quantitativen, prospektiven Studie qualitativ ausgerichtete Erkundungsstudien durchgeführt, die die Perspektive von Klientinnen und Klienten sowie von

professionellen Expertinnen und Experten bezüglich der vorgesehenen Indikatoren und Prädiktoren einbezogen. Der Aspekt der psychiatrischen Pflege wurde durch die Einbeziehung von relevanten Aspekten des Grades der Pflegebedürftigkeit berücksichtigt.

Umgesetzt wurde so ein *Mixed-Method-Design*, in dem sich Quer- und Längsschnittdaten sowie quantitative und qualitative Methoden der Evaluationsforschung wechselseitig ergänzten.

Vor diesem Hintergrund waren die Hauptfragestellungen von WiEWohnen NRW:

1. Wie entwickelt sich die Ergebnisqualität im Vergleich von ambulanten, intensiv-ambulanten und stationären Leistungen der Eingliederungshilfe Wohnen bezüglich des Hauptkriteriums „Soziales Funktionsniveau“ und anderer Indikatoren über ca. zwei Jahre?
2. Welche Personen-bezogenen Prädiktoren gibt es für die Ergebnisqualität von Leistungen der Eingliederungshilfe Wohnen? Welche intervenierenden Moderator-Variablen beeinflussen die Ergebnisqualität?
3. Wie lässt sich die Struktur- und Prozessqualität ambulanter, intensiv-ambulanter und stationärer Leistungen beschreiben und reliabel quantifizieren?
4. Welche Aspekte der Ergebnisqualität sind aus Sicht von Klientinnen und Klienten von Bedeutung und welche Struktur- und Prozessmerkmale sind hilfreich und welche nicht?
5. Welche Standards der Struktur- und Prozessqualität der Eingliederungshilfe Wohnen lassen sich aufgrund der Projektergebnisse zu 1. bis 4. definieren?
6. Welche Qualifizierungsmaßnahmen sind geeignet, um die definierten Qualitäts-Standards für Leistungen der Eingliederungshilfe Wohnen in der Praxis umzusetzen? Welche Rolle kommt in diesem Zusammenhang den Pflegeberufen zu?

## **A.4 Projektstruktur und Projektbeteiligte**

### **A.4.1 Projektstruktur**

Das Projekt gliedert sich in vier Teilprojekte (TP), für die jeweils bestimmte Mitglieder des Projekt- bzw. Forschungsteams zuständig waren.

#### **A.4.1.1 Teilprojekt 1: Beschreibung der Struktur- und Prozessqualität wohnbezogener Unterstützungsleistungen**

Hier geht es um die differentielle Beschreibung der Struktur- und Prozessqualität der wohnbezogenen Unterstützungsleistungen Ambulant Betreutes Wohnen (ABW), Intensiv Ambulant Betreutes Wohnen (IBW) und Heim. Auf Grundlage des Paradigmas „Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung“ und Einbeziehung von Vorarbeiten aus Nordamerika und der Schweiz wurden entsprechende Indikatoren gesichtet, ausgewählt und operational definiert. Diese wurden in einer Expertinnen- und Experten-Befragung sowie in Fokusgruppen-Interviews mit Klientinnen und Klienten aus unterschiedlichen Unterstützungssettings zur Diskussion gestellt und überprüft.

Die Ergebnisse mündeten im *Entwurf einer Modelltreue-Skala*, die in einer Pilotstudie mittels Rating-Daten auf der Basis von strukturierten Interviews überprüft wurde. Die Entwicklung der Skala war ursprünglich dem TP 4 zugeordnet worden. Sie wurde jedoch im TP 1 und nicht erst am Ende des Gesamtprojektes bearbeitet, um bereits im Verlauf Daten zur Überprüfung von Reliabilität und Validität erheben und auswerten zu können.

#### **A.4.1.2 Teilprojekt 2: Evaluation unterschiedlicher Wohnformen mit hoher Unterstützungsintensität aus der Perspektive von Klientinnen und Klienten**

In diesem TP ging es um die Identifizierung von Qualitätsmerkmalen der Wohnunterstützung aus Sicht der Klientinnen und Klienten und die Differenzierung von wirksamen und weniger wirksamen wohnbezogenen Unterstützungsleistungen mit hoher Intensität (IBW und Heim). In semi-strukturierten Interviews wurde erhoben, wie Klientinnen und Klienten aus dem klassischen Setting Heim und der Heim-Alternative IBW die Wirkungen der Unterstützung auf ihre Lebensverläufe unter den Aspekten Teilhabechancen und Lebenszufriedenheit beschreiben. Auf inhaltsanalytischem Wege wurden daraus subjektive Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Wohnunterstützungsleistungen abgeleitet.

#### **A.4.1.3 Teilprojekt 3 (Hauptstudie): Prospektive Evaluation wohnbezogener Unterstützungsleistungen**

In einer qualitativen Vorstudie wurden zunächst im Rahmen von Fokusgruppen-Interviews subjektive Indikatoren der Prozess- und Ergebnisqualität erhoben. Diese wurden abgeglichen mit den für die Hauptstudie geplanten Indikatoren. Das zur Erhebung dieser Indikatoren vorgesehenen Instrumenten-Set wurde anhand der inhaltsanalytisch gewonnenen Ergebnisse der ersten Teilstudie überprüft, und es wurden einige Ergänzungen vorgenommen.

Die quantitative Hauptstudie bestand in einer prospektiven Kohorten-Studie, an der Probanden aus den Unterstützungs-Settings ABW, IBW und Heim teilnahmen. Diese wurden mit strukturierten Interviews, Fragebögen und einem kurzen kognitiven Leistungstest zu drei Zeitpunkten untersucht: Zu Beginn der Aufnahme in das jeweilige Setting (t0), nach ca. einem Jahr (t1) und nach ca. zwei Jahren (t2). Es wurden Daten zu Personen-bezogenen Merkmalen, dem Krankheits- und Unterstützungsverlauf, kritischen Lebensereignissen, zu Unterstützungsleistungen

im Verlauf (Eingliederungshilfe und psychiatrische Behandlung) sowie zu subjektiven und objektiven Ergebnis-Indikatoren erhoben und mittels multivariater statistischer Verfahren ausgewertet. In einem weiteren Schritt wurden die Ergebnisse mittels eines retrospektiven Fall-Kontrollgruppen-Designs überprüft und vertieft. Dabei wurden auch mögliche Prädiktoren für die Ausprägung der Ergebnis-Indikatoren untersucht sowie intervenierende Variablen, die den Zusammenhang zwischen Prädiktoren und Ergebnis-Indikatoren beeinflussen.

#### **A.4.1.4 Teilprojekt 4: Ableitung von Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Wohnunterstützung**

In diesem Teilprojekt sollte es ursprünglich um die „Definition von Standards der Struktur- und Prozessqualität von Unterstützungsleistungen in Wohnsettings in Form von sogenannten ‚Fidelity Scales‘ und die Ableitung von Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeitende“ gehen (siehe Konzept WiEWohnen NRW, S. 23).

Methodisch waren themenzentrierte Workshops unter Beteiligung von Praktikerinnen und Praktikern der am Forschungsnetzwerk beteiligten Dienste und Einrichtungen, Expertinnen und Experten aus dem wissenschaftlichen Beirat sowie aus der Erwachsenenbildung vorgesehen.

Von dieser Planung wurde früh im Verlauf des Projektes abgewichen. Zunächst wurde die Entwicklung einer Modelltreueskala zeitlich vorgezogen, um schon im Projektverlauf mit einer ersten Version der Skala Daten erheben zu können. Diese Aufgaben wurden im Teilprojekt 1 abgearbeitet. Der Skalenentwurf wurde unter Beteiligung von professionellen Expertinnen und Experten sowie Expertinnen und Experten aus Erfahrung entwickelt und erfolgreich erprobt (siehe B.2).

Danach blieb von den für Teilprojekt 4 vorgesehenen Aufgaben lediglich die Ableitung von Qualifizierungsmaßnahmen für Mitarbeitende der Eingliederungshilfe. Die Bearbeitung hätte einen intensiven fachlichen Austauschprozess mit einer Reihe von Akteurinnen und Akteuren vorausgesetzt: Praktikerinnen und Praktiker, Leistungsanbieter und Leistungsträger, Expertinnen und Experten aus Erfahrung sowie Vertreterinnen und Vertreter von einschlägigen Fachschul-, Hochschul- und universitären Ausbildungsgängen. Ein solcher Prozess wäre nur durch eine Abfolge von mehreren Workshops zielführend gewesen, in denen schrittweise Vorschläge für die Weiterentwicklung bestehender und eventuell für die Entwicklung neuer Ausbildungsgänge zu erarbeiten gewesen wären. Dies hätte zumindest in Teilen Formate erforderlich gemacht, die einen direkten persönlichen Austausch ermöglicht hätten. Solche Formate waren jedoch seit Spätsommer 2020 bis Ende der Projektlaufzeit wegen der Corona-Pandemie ausgeschlossen.

Deshalb wurde in der Projektsteuerungsgruppe entschieden, die Zielsetzungen des Teilprojekts 4 zu modifizieren und folgendes Arbeitspaket zu planen und umzusetzen:

*Aus den Ergebnissen der Teilprojekte 1 bis 3 werden Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe Wohnen abgeleitet. Dabei werden zwei sich ergänzende Perspektiven einbezogen: die von Expertinnen und Experten aus der Praxis der Wohnunterstützung sowie die von Expertinnen und Experten, die sich wissenschaftlich mit Themen der Wohnunterstützung auseinandergesetzt haben. Die Bearbeitung dieser Aufgabe erfolgt weitgehend mithilfe von Videokonferenzen.*

## A.4.2 Projektbeteiligte

Tabelle A.4.1 gibt einen Überblick über die Projekt-Funktionen sowie die am Projekt beteiligten Personen.

**Tabelle A.4.1** Projektbeteiligte WiEWohnen NRW

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Gesamtprojekt-Leiter:</b></p> <p>Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart,<br/>Vorstand v. Bodenschwingsche Stiftungen<br/>Bethel</p>   | <p><b>Leiter Forschung:</b></p> <p>Prof. Dr. med. Martin Driessen,<br/>Chefarzt Klinik für Psychiatrie und Psycho-<br/>therapie,<br/>Evangelisches Klinikum Bethel</p>  |
| <p><b>Leiter Projekt-Team:</b></p> <p>Dr. p. h. Georg Kremer,<br/>Geschäftsführung Stiftungsbereich<br/>Bethel.regional,<br/>v. Bodenschwingsche Stiftungen Bethel</p>  | <p><b>Leiter Forschungs-Team:</b></p> <p>Prof. Dr. rer. nat. Thomas Beblo,<br/>Dipl. Psychologe,<br/>Leiter Forschungsabteilung, Klinik für Psy-<br/>chiatry und Psychotherapie, Evangelisches<br/>Klinikum Bethel</p>  |
| <p><b>Projekt-Koordinator:</b></p> <p>Prof. Dr. p. h. Günther Wienberg,<br/>Bethel.regional,<br/>v. Bodenschwingsche Stiftungen Bethel</p>  |   |
| <p><b>Projekt-Team:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ilka Scholl, Gesundheits- und Kran-<br/>kenpflegerin,<br/>B. A. Anleitung und Mentoring im<br/>Gesundheitswesen,<br/>M. Sc. Pflegewissenschaft</li> <li>• Rilana van Endern, Rehabilitations-<br/>pädagogin,<br/>M. A. Soziale Arbeit (bis 02/2019)</li> <li>• Franziska Myszor,<br/>M. A. Rehabilitationspädagogik (ab<br/>03/2019)</li> <li>• Sabine Vogt, Assistentin.</li> </ul> | <p><b>Forschungs-Team:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dr. rer. nat. Lorenz Dehn, M. Sc.<br/>Psychologie</li> <li>• Julia Grochtmann,<br/>M. Sc. Gesundheitswissenschaften</li> <li>• Dr. phil. Elke Prestin,<br/>M. A. Linguistik (bis 03/2019)</li> <li>• Philipp Schulz,<br/>M. Sc. Psychologie (bis 08/2019)</li> <li>• Sebastian Bödecker,<br/>M. Sc. Psychologie (ab 08/2019)</li> </ul> |

Zwischen der Geschäftsführung des Stiftungsbereichs Bethel.regional und dem Evangeli-  
schen Klinikum Bethel (EvKB) wurde am 01.04.2017 eine „Vereinbarung über die Durchfüh-  
rung eines Forschungsprojektes“ geschlossen, die unter anderem die Aufgabenteilung und  
Zusammenarbeit bei der Bearbeitung des Projekts WiEWohnen NRW zum Gegenstand hatte.  
Im Sinne dieser Vereinbarung erfolgte die Zusammenarbeit zwischen den Projektverantwor-  
tlichen im Stiftungsbereich und in der Forschungsabteilung des EvKB im Verlauf der gesamten  
Projektlaufzeit vertrauensvoll und konstruktiv.

Vom Projekt-Team Bethel.regional wurden insbesondere folgende Aufgaben bearbeitet:

- Mitarbeit bei der Erstellung des Instrumenten-Sets zur Befragung der Probanden in TP 3.
- Arbeitstägliche Identifikation der die Einschlusskriterien der Hauptstudie (TP 3) erfüllenden Klientinnen und Klienten innerhalb des Stiftungsbereiches und bei den Projektpartnern.
- Terminvereinbarung über die zuständige Leitungsperson mit den Klientinnen und Klienten.
- Mündliche und schriftliche Aufklärung der Klientinnen und Klienten und Einholen der schriftlichen Einverständniserklärung zur Teilnahme, ggf. unter Einbeziehung der gesetzlichen Betreuungsperson.
- Vereinbarung von Terminen zur Durchführung der Interviews zu t0.
- Recherche zu und Mitarbeit bei der Entwicklung der Modelltreue Skala in TP 1.
- Durchführung und Auswertung der Expertinnen- und Expertenbefragung zur Modelltreue-Skala.
- Durchführung und Auswertung von Fokusgruppen-Interviews mit Klientinnen und Klienten zu den Inhalten der Skala.
- Durchführung der Interviews mit den zuständigen Leitungspersonen zum Rating der Modelltreue der Wohnunterstützungs-Teams.
- Auswahl, Kontaktaufnahme und Aufklärung der Klientinnen und Klienten, die für das TP 2 gewonnen werden sollten.
- Prüfung der Pflegegradeinstufung der Teilnehmenden von TP3 Befragung der Bezugspersonen; Mitwirkung am Berichtsteil B.4.

Vom Forschungsteam wurden folgende Aufgaben bearbeitet:

- Mitarbeit an der Erstellung des Instrumenten-Sets zur Befragung der Probanden in TP 3.
- Durchführung von Fokusgruppen-Interviews im Rahmen der Pilot-Studie zu subjektiven Qualitätsindikatoren in TP 3.
- Vereinbarung von Terminen für die Interviews zu den Messzeitpunkten t1 und t2 in TP 3.
- Durchführung von mehr als 600 Interviews zu den Messzeitpunkten t0, t1 und t2.
- Erfassung und Auswertung der erhobenen Daten zur Hauptstudie, Abfassung von Berichtsteil B.3 (Lorenz Dehn).
- Durchführung und Auswertung der Interviews im TP 2 zu den subjektiven Indikatoren der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in den Settings IBW und Heim, Abfassung von Berichtsteil B.2 (Julia Grochtmann)

Die Erhebung sämtlicher Klientinnen- und Klienten-bezogener qualitativer und quantitativer Daten in den TP 2 und 3 erfolgte demnach durch Mitarbeitende des Forschungs-Teams und unabhängig von Mitarbeitenden von Bethel.regional.

Die *wissenschaftlichen Berater* und der *Projekt-Koordinator* nahmen schwerpunktmäßig folgende Aufgaben wahr:

- Dr. habil. Dirk Richter: Beratung in forschungsmethodischen und inhaltlichen Fragen; Mitarbeit in TP 1; Mitwirkung am Berichtsteil B.1.
- Prof. Dr. Schulz: Beratung in forschungsmethodischen und inhaltlichen Fragen, Schwerpunkt psychiatrische Pflege; Mitwirkung an Berichtsteil B.4.
- Prof. Dr. Wienberg: Koordination der Projektarbeit an der Schnittstelle von Bethel.regional und der Forschungsabteilung des EvKB; Mitarbeit in TP 1; Abfassung von Berichtsteil A, Mitwirkung an den Berichtsteilen B.1, B.2, B.4 und C; Schlussredaktion.

Die im Laufe der Projektarbeit erforderlichen Absprachen und Entscheidungen erfolgten in den etwa monatlich unter Vorsitz des Gesamtprojektleiters stattfindenden Sitzungen der *Projekt-Steuerungsgruppe*, der alle Projektbeteiligten angehörten.

Es konnten drei weitere westfälische Anbieter von Eingliederungshilfe-Leistungen im Bereich Wohnen als *Projekt-Partner* gewonnen werden:

- *Das Dach*, Verein für psychosoziale Hilfen e. V., Detmold, Volker Schubach, Stellvertretender Geschäftsführer.
- *FSP – Für soziale Teilhabe und psychische Gesundheit e. V.*, Münster, Jörg Balsen, Vorstand.
- *LWL-Wohnverbände Hemer und Dortmund*, LWL Ralf Borchert, Einrichtungsleitung.

Die Partner sprachen Klientinnen und Klienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, auf das Projekt an und motivierten sie zur Teilnahme.

Im Frühstadium des Projektes wurde ein *Projekt-Beirat* mit Vertreterinnen und Vertretern kooperierender Institute, des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe sowie Interessenvertreterinnen und -vertretern von Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen psychisch kranker Menschen berufen (siehe Tabelle A.4.2, nächste Seite).

Der Beirat tagte zweimal im Verlauf des Projektes. Ihm wurden die Projekt-Planung bzw. die aktuelle Zwischenstände der Projektarbeit präsentiert und zur Diskussion gestellt.

Darüber hinaus wurden Projekt-übergreifende Themen im **Konsortium Wohnforschung** diskutiert und abgestimmt. Neben dem Projekt WiEWohnen NRW gehören psychiatrische Wohnforschungsprojekte folgender Institute dem Konsortium an:

- Zentrum für Psychiatrie Süd-Württemberg, Abteilung Versorgungsforschung, Prof. Dr. Tilman Steinert, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm.
- Universitäre Psychiatrische Dienste der Universität Bern (CH), Zentrum Psychiatrische Rehabilitation, Dr. habil. Dirk Richter.
- Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik Zürich, Prof. Dr. Matthias Jäger, Direktor Erwachsenenpsychiatrie.
- Institut für Sozialpsychiatrie, An-Institut der Universität Greifswald, Vorstand Prof. Dr. Hans Grabe, Instituts-Direktor Prof. Dr. Ingmar Steinhart.
- An allen Instituten des Konsortiums laufen bzw. liefen Wohnforschungs-Projekte mit ähnlichen Fragestellungen wie im TP 3 von WiEWohnen NRW. Die Konsortial-Partner haben deshalb Vereinbarungen getroffen, um vergleichbare Einschreibe-Kriterien von Probanden sowie identische Instrumente der Datenerhebung zu gewährleisten. Auf diese Weise ist es möglich, Datenbestände der verschiedenen Projekte in einem gemeinsamen Datenpool zusammenzuführen und übergreifend auszuwerten.

**Tabelle A.4.2** Projekt-Beirat WiEWohnen NRW

|   |
|---|
| <b>Prof. Dr. med. Holger Hoffmann</b> , ehem. Chefarzt Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Direktion Psychiatrische Rehabilitation  |
| <b>Dr. rer. nat. Susanne Jaeger</b> , Dipl. Psychologin, Abteilung Versorgungsforschung, Zentrum für Psychiatrie Südwürttemberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I Universität Ulm  |
| <b>Prof. Dr. med. Georg Juckel</b> , Chefarzt LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin   |
| <b>Dr. Michael Konrad</b> , Dipl. Psychologe, Referent zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes, Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg   |
| <b>Sibylle Prins (†)</b> , Verein Psychiatrie-Erfahrener Bielefeld e. V.  |
| <b>Gudrun Schliebener (†)</b> , Vorstand Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker e. V. (BApK)   |
| <b>Prof. Dr. rer. hum. Andreas Speck</b> , Dipl. Psychologe, Hochschule Neubrandenburg, Vorstand Institut für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V. (ISP)<br>(Vertretung: Anja Höptner, wissenschaftliche Mitarbeiterin ISP) |
| <b>Prof. Dr. med. Katarina Stengler</b> , Chefarztin Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, HELIOS Park-Klinikum Leipzig, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Leipzig                                     |
| <b>Dr. rer. medic. Caroline Trautmann</b> , Geschäftsführerin BApK  |
| <b>Anette Schmidt</b> , Dezernat Soziales, Landschaftsverband Westfalen-Lippe   |



## A.5 Ethische Prüfung und Datenschutz

Unter Berücksichtigung der Teilprojekte 2 und 3 wurde nach Projektbewilligung durch die Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen ein Ethikantrag bei der Gemeinsamen Ethikkommission der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster und der Ärztekammer Westfalen-Lippe gestellt. Die Ethik-Kommission beschied dem Forschungsvorhaben WiE-Wohnen NRW mit Schreiben vom 18.07.2017, dass „keine grundsätzlichen Bedenken ethischer oder rechtlicher Art gegen die Durchführung des Forschungsvorhabens“ bestehen. Ein gleichlautender Bescheid, der sich auf die Weitergabe pseudonymisierter Projektdaten an Partner-Projekte bezog, wurde mit Datum vom 09.04.2019 von der Kommission ebenfalls positiv beschieden.

Für beide Teilprojekte wurden separate Aufklärungsschreiben und Einverständniserklärungen erstellt. Befragungen von Klientinnen und Klienten wurden erst durchgeführt, nachdem das schriftliche Einverständnis nach schriftlicher und mündlicher Aufklärung vorlag. Bei Klientinnen und Klienten, die unter gesetzlicher Betreuung standen, wurde außerdem das Einverständnis der Betreuungsperson eingeholt. Klientinnen und Klienten, die nicht einwilligungsfähig waren oder bei denen begründete Zweifel an der Einsichtsfähigkeit bestanden, wurde von der Teilnahme am Projekt ausgeschlossen. Im Zweifelsfall wurde ein fachärztliches Zeugnis eingeholt. Teilnehmende konnten ihr Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Die Auswertung personenbezogener Daten erfolgt pseudonymisiert. Ein Rückschluss auf einzelne Personen ist nicht möglich.

## B. Projektumsetzung und Projektergebnisse

### B.1 Teilprojekt 1: Differentielle Beschreibung von Wohnunterstützungsangeboten<sup>8</sup>

#### B.1.1 Fragestellung und Ergebnisindikatoren

Die Aufgabenstellung für Teilprojekt 1 ist im Projektantrag wie folgt beschrieben: „Beschreibung und Differenzierung der Struktur- und Prozessqualität (Ist-Situation) der unterschiedlichen wohnbezogenen Unterstützungsleistungen Ambulant Betreutes Wohnen, Intensiv Betreutes Wohnen sowie stationär betreutes Wohnen... Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede weisen sie auf? Können über einfache Klassifikationen wie ambulant/stationär oder Mietvertrag/Heimvertrag hinausgehende, reliabel operationalisierbare Unterscheidungsmerkmale identifiziert werden?“ (vergleiche dort, S. 14).

Diese Merkmale sollten ursprünglich im Rahmen von Teilprojekt 4 in die „Definition von Standards der Struktur- und Prozessqualität von Unterstützungsleistungen in Wohnsettings“ in Form einer sogenannten „Fidelity Scale“ oder Modelltreue-Skala einmünden. Die Entwicklung einer entsprechenden Skala erfolgte jedoch im Rahmen von TP 1 und damit recht früh und nicht erst am Ende des Gesamtprojektes, um bereits Vergleichsdaten auswerten zu können.

Ergebnis-Indikatoren von Teilprojekt 1 sind also *differenzielle Struktur- und Prozessmerkmale von Wohnunterstützungsformen in Form einer Modelltreue-Skala*.

#### B.1.2 Methodisches Vorgehen

Auf Basis einer Literaturrecherche wurden vorliegende Modelltreue-Skalen zur Wohnunterstützung gesichtet. Die Vorauswahl (vergleiche A.2.5.2) umfasste drei nordamerikanische Skalen, die sich am Housing First-Paradigma orientieren: The Pathways Housing First Fidelity Scale (PHFFS), The Permanent Supported Housing Fidelity Scale (PSHFS) und das Housing Program Measure – Veterans Version (HPM-V). Die darin abgedeckten Themen wurden systematisch abgeglichen. Dabei erwies sich die PHFFS als das umfassendste Instrument, für das auch bereits eine deutschsprachige Übersetzung mit 38 Items zur Verfügung stand<sup>9</sup>. Diese wurden in einem mehrstufigen Diskussionsprozess auf 28 reduziert. Hauptkriterien dabei waren die Übertragbarkeit auf die Situation in Deutschland sowie eine möglichst eindeutige Operationalisierbarkeit. Drei Themen wurden ergänzt: „Unterstützung bei der Mobilität“, „Eigenes Geld“ und „Digitale Teilhabe“.

Die 31 Items bestehen aus Aussagesätzen und werden auf einer fünfstufigen Likertskala als Rating eingeschätzt („trifft voll zu – trifft eher zu – teils/teils – trifft eher nicht zu – trifft gar nicht zu“). Sie sind endpunktbenannt, wobei die Endpunkte ein Optimum und ein Pessimum verbalisieren, jeweils bezogen auf das Konstrukt „Selbstbestimmtes Wohnen“. Beispielsweise lautet das Optimum (trifft voll zu) bei der Variablen „Wahlfreiheit der Wohnform“: „*Dies bedeutet: alle Nutzenden haben volle Wahlfreiheit bei der Auswahl der Wohnform*“. Für das Pessimum (trifft gar nicht zu) lautet die Benennung der Ausprägung: „*Dies bedeutet: Keine Nutzenden haben*“.

---

<sup>8</sup> Der Berichtsteil zu TP1 wurde von Dirk Richter und Günther Wienberg verfasst.

<sup>9</sup> Wir danken Dirk Richter und Holger Hoffmann für die Überlassung der Übersetzung.

*volle Wahlfreiheit bei der Auswahl der Wohnform*“: Maximal könnten auf der Summenskala 155 Punkte erzielt werden.

Diese Entwurfsfassung wurde in zwei Schritten überprüft. Im Februar 2018 erhielten 18 Expertinnen und Experten der Wohnunterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz den Skalen-Entwurf mit Erläuterungen zu Hintergrund, Aufbau und Bearbeitung der Skala. Es gingen Rückmeldungen von 11 Personen oder Gruppen ein, die insgesamt 140 Anmerkungen zu einzelnen Items sowie 29 generelle Stellungnahmen zur Skala umfassten.

Im zweiten Schritt wurden Relevanz und Vollständigkeit der Themen aus Sicht von Klientinnen und Klienten erhoben. Dazu wurden im Frühjahr 2018 vier Fokusgruppen-Interviews mit Nutzenden der Wohnunterstützung in Bielefeld, Dortmund und Hagen durchgeführt, die seit mindestens einem Jahr ein solches Angebot in Anspruch nahmen. Die Rekrutierung erfolgte über Ansprechpartner in den Teams. Insgesamt nahmen 27 Personen (12 w, 15 m) im Alter zwischen 18 und 60 Jahren teil. Davon erhielten 16 ambulante, 5 intensiv-ambulante und 6 stationäre Wohnunterstützung. Die Gruppeninterviews erfolgten anhand eines Leitfadens, der sich an den Themenbereichen des Skalenentwurfs orientierte. Die Teilnehmenden konnten die Aspekte ansprechen, die sie mit dem jeweiligen Thema verbinden und dessen Bedeutsamkeit diskutieren. Anschließend wurden spezielle Items angesprochen, sofern diese im bisherigen Gespräch noch nicht aufgetaucht waren. Auch nicht enthaltene Themen wurden abgefragt. Zentrale Aspekte wurden während der Interviews auf Flip-Charts festgehalten und der Gesprächsverlauf wurde in einem zusammenfassenden Verfahren nach Mayring (2003, S. 427) protokolliert. Nach der dritten Gruppe lag eine theoretische Sättigung der Ergebnisse vor.

Die Auswertungen von Expertinnen/Experten-Befragung und Gruppeninterviews ergab bei einem insgesamt hohen Maß an inhaltlicher Zustimmung eine Vielzahl von Aspekten, die zu Umformulierungen von Items und Erläuterungen führten. Insgesamt gaben die Rückmeldungen jedoch keinen Anlass, die Grundstruktur der Skala zu ändern. Es wurde lediglich jeweils ein Item gestrichen („Trennung von Wohnsetting und Diensträumen“) und eines hinzugefügt („Transparente Kommunikation“). In den Fokusgruppen tauchten drei Aspekte auf, die in der Entwurfsskala nicht explizit genannt wurden: Barrierefreiheit, Unterstützung bei der Haltung von Haustieren sowie Diskretion bezüglich des Klientinnen-/ Klienten-Status. Die im weiteren Verlauf der Studie verwendete Skala umfasste weiterhin 31 Items mit den Subskalen Wohnbedingungen (6 Items), Mitarbeitende/Team (4), Unterstützungsbedingungen (15) und Inklusionsbedingungen (6).

Diese Fassung wurde im Rahmen von WiEWohnen NRW und einem Partnerprojekt in der Schweiz weiter erprobt. In Westfalen wurden Interviews mit 46 Personen geführt, die insgesamt 75 Teams des unterstützten Wohnens in Westfalen leiten (31 stationär, 27 ambulant, 17 intensiv-ambulant). Zwischen Juni und Oktober 2019 wurde je Team ein Telefon-Interview von ca. 50 bis 70 Minuten Dauer geführt. Interviewerin war eine im Praxisfeld erfahrene Fachkraft mit Masterabschluss. Mit einer krankheitsbedingten Ausnahme konnten mit allen angesprochenen Personen Interviews geführt werden. In der Schweiz wurden insgesamt 12 Interviews geführt, zwei im ambulanten Sektor und 10 im stationären Bereich. Die Interviews wurden von erfahrenen Wissenschaftlerinnen geführt. Insgesamt wurden also 87 Teams der Wohnunterstützung anhand der Skala untersucht.

Die zugesicherte Anonymität der Auswertung dürfte einer Tendenz zur Sozialen Erwünschtheit entgegengewirkt und dazu beigetragen haben, dass die meisten Probanden aufgeschlossen

waren, die eigenen Arbeitsumstände kritisch hinterfragten und offen auch problematische Umstände thematisierten. Die Skala samt Erläuterungen wurde den Probanden vor dem Interview zugeschickt. Im Gespräch wurden die Items nacheinander besprochen und die Skalierung wurde von der Interviewerin unmittelbar vorgenommen (Fremdrating). Die statistischen Analysen erfolgten mit R, Version 4.0.3.

Vor der Ergebnisdarstellung sei noch auf einen terminologischen Aspekt hingewiesen. Aufgrund der Änderung der gesetzlichen Grundlage der Eingliederungshilfe im Rahmen des Bundessteilhabegesetzes, das zu großen Teilen Anfang 2020 wirksam wurde, entstand im Rahmen des Gesamt-Projekts WiEWohnen NRW die Problematik eines veränderten „Wording“ bezüglich der Wohnunterstützungsformen. Da die Modelltreueskala auf zukünftige Unterstützungsformen angewendet werden soll, verwenden wir nachfolgend diese Begriffe:

- Ambulant bzw. intensiv ambulant betreutes Wohnen wird als „Unterstützung in der eigenen Wohnung“ (UEW) bezeichnet.
- Stationäres Wohnen wird als „Unterstützung in einer besonderen Wohnform“ (UBW) bezeichnet.

### **B.1.3 Ergebnisse**

Die finale Version der „*Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen*“ (MSSW) umfasste 31 Items in vier inhaltlich definierten Subskalen (vergleiche Anhang B.1.1). Die Items sind wie folgt benannt:

#### *Subskala 1: Wohnbedingungen*

- 1: Wahlfreiheit bei der Wohnform
- 2: Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Wohnraums
- 3: Inklusives Wohnen
- 4: Privatsphäre
- 5: Keine Vorbedingungen für Aufnahme
- 6: Standard-Mietvertrag

#### *Subskala 2: Mitarbeitende/Team*

- 7: Qualifizierte Mitarbeitende
- 8: Fachpersonal
- 9: Regelmäßige Teambesprechungen
- 10: Peerarbeit

#### *Subskala 3: Unterstützungsbedingungen*

- 11: Mobile Unterstützung
- 12: Wahlfreiheit bei Unterstützung
- 13: Transparente Kommunikation
- 14: Wahlmöglichkeiten bei Bezugsmitarbeitenden
- 15: Keine Verpflichtung zur Behandlung
- 16: Schadensbegrenzung
- 17: Krisenprävention/-bewältigung
- 18: Kein Zwang
- 19: Partizipative personenzentrierte Unterstützungsplanung
- 20: Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung
- 21: Somatisch-medizinische und pflegerische Versorgung

- 22: Unterstützung rund um die Uhr
- 23: Stabilität der Unterstützung
- 24: Nutzenden-Beteiligung
- 25: Move on-Orientierung

*Subskala 4: Inklusionsbedingungen*

- 26: Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung
- 27: Eigenes Geld
- 28: Digitale Teilhabe
- 29: Soziale Beziehungen
- 30: Teilhabe am gesellschaftlichen Leben
- 31: Mobilität.

Diese Subskalen sind aufgrund inhaltlicher Überlegungen entstanden. Eine Faktorenanalyse wurde geprüft, aber aus methodischen Gründen verworfen. Hintergrund für diese Entscheidung war die inkonsistente Beantwortung einzelner Items. So wurden etwa im Bereich Mitarbeitende/Team viele eher negative Aussagen gemacht, wodurch einzelne Items negativ mit dem Gesamtscore korrelierten und die Möglichkeit der Bildung statistischer Faktoren zunichtemachten.

Von besonderem Interesse war die Beantwortung der Frage, ob die Skala und ihre Subskalen zwischen den Unterstützungsformen UEW und UBW unterscheidet. Die Summenskala war nicht normalverteilt (Shapiro-Wilk-Test  $w=0,9644$ ,  $p=0,017$ ), daher wurden die Tests auf Gruppenunterschiede mit dem non-parametrischen Wilcoxon-Rangsummen-Test durchgeführt. Unterstützungsangebote in der eigenen Wohnung (UEW) wiesen insgesamt eine leicht bessere Modelltreue auf als Angebote in Besonderen Wohnformen (UBW) (Mittelwerte: UEW 128,8 vs. UBW 124,6; Mediane: UEW 130 vs. UBW 125). Auf der Basis des 95-Prozent-Konfidenzintervalls sind diese Unterschiede statistisch signifikant (siehe Tabelle B.1.1, nächste Seite). Hinsichtlich der vier inhaltlich definierten Subskalen zeigte sich, dass UEW-Angebote bei den Wohnbedingungen und der Inklusionsorientierung eine signifikant höhere Modelltreue aufwiesen, nicht jedoch im Bereich Mitarbeitende/Team sowie im Bereich der Unterstützungsbedingungen, wo sich keine Unterschiede ergaben. Die Testung auf Unterschiede erfolgte wiederum mit dem 95-Prozent-Konfidenzintervall im Wilcoxon-Rangsummen-Test. Zu beachten ist dabei, dass die gebildeten Subskalen nicht durch psychometrische Verfahren gebildet wurden, sondern aufgrund fachlich-theoretischer Überlegungen.

#### **B.1.4 Diskussion**

Die in Teilprojekt 1 entwickelte Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen/MSSW beschreibt erstmalig für den deutschsprachigen Raum operational definierte Kriterien der Modelltreue für selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen.

Das erste standardisierte Instrument zur Qualitätsmessung für psychiatrische Angebote des Unterstützten Wohnens in Europa wurde im Rahmen eines Forschungsprogramms zum

**Tabelle B.1.1:** Kennwerte MSSW im Vergleich von Unterstützungsangeboten in der eigenen Wohnung und in besonderen Wohnformen.

|  | <b>Unterstützung<br/>in der eigenen<br/>Wohnung<br/>(UEW)</b><br><br>(n = 54) | <b>Unterstützung<br/>in besonderen<br/>Wohnformen<br/>(UBW)</b><br><br>(n = 33) | Wilcoxon-Rangsummen-Test ** (95%-Konfidenzintervall) |
|--|---|---|--|
| <b>Gesamtskala</b> (Mittelwert/Median)               | 128,8/130   | 124,6/125   | -4,99 (-7,99 - -1,99)                                |
| <b>Wohnbedingungen</b><br>(Mw/Md 6 Items) *          | 4,1/4,3   | 3,5/3,5   | -0,66 (-0,99 - -0,50)                                |
| <b>Mitarbeitende/Team</b><br>(Mw/Md 4 Items)         | 3,5/3,5   | 3,7/3,5   | 0,25 (-0,00003 - -0,49)                              |
| <b>Unterstützungsbedingungen</b><br>(Mw/Md 15 Items) | 4,2/4,2   | 4,3/4,3   | 0,06 (-0,06 - -0,19)                                 |
| <b>Inklusionsbedingungen</b><br>(Mw/Md 6 Items)      | 4,5/4,5   | 4,2/4,2   | -0,33 (-0,49 - -0,00001)                             |

\* jeweils dividiert durch die Anzahl der Items

\*\* Difference in location

Unterstützten Wohnen in England entwickelt und erprobt. Es handelt sich um die QuIRC-SA-Skala, wobei SA für „Supported Accomodation“ steht (Killaspy et al. 2016, vergleiche A 2.5.2). Auch die QuIRC-SA diskriminiert gut zwischen verschiedenen Settings der Wohnunterstützung, wobei „Supported Housing“ in der Regel bessere Werte aufwies als „Residential Care“ und „Floating Outreach“.

Für diese Skala wurden die internen Konsistenzen der Subskalen berechnet (Cronbachs Alpha). Sie erwiesen sich jedoch als niedrig, was von den Autorinnen/Autoren auf die geringe Stichprobengröße zurückgeführt wurde.

„An alternative explanation is that although items were grouped into coherent, logical domains, individual items within these were not designed to assess exactly the same construct but to collect information about specific aspects of care which may or may not be correlated statistically. In other words, internal consistency may not be as relevant for this kind of tool as it would be for, say, a psychological test“ (ebd. S. 6).

Wenn inhaltlich zusammenhängende Items nicht exakt das gleiche Konstrukt messen sollen, kann die interne Konsistenz also beeinträchtigt sein. Modelltreue-Skalen sind auch dann nicht notwendigerweise intern konsistent, wenn, wie auch im Falle der MSSW, zahlreiche Dienste einzelnen Kriterien nicht entsprechen. Während bei anderen Skalen dann in der Regel über den Ausschluss dieser Items nachgedacht wird, stellt sich diese Frage bei Modelltreue-Skalen eher nicht, da gerade diese Items aus fachlich-inhaltlicher Sicht von Bedeutung sind.

Eine methodische Besonderheit von Modelltreue-Skalen besteht außerdem darin, dass die Analyseeinheit (unit of analysis) nicht eine Person, sondern ein Angebot psychiatrischer

Dienstleistungen ist. Dadurch fallen die Stichproben in der Regel recht klein aus, was die statistischen Möglichkeiten erheblich einschränkt. Für Fidelity-Studien kann die in Teilprojekt 1 zugrunde gelegte Stichprobengröße allerdings als recht hoch betrachtet werden, was sicherlich eine der Stärken dieser Studie ist.

Eine weitere Limitation dieses Teilprojekts bestand darin, dass aus Ressourcengründen nur ein Interview pro Einrichtung oder Dienst geführt werden konnte, was eine Überprüfung der Interrater-Reliabilität unmöglich machte.

Abweichend von anderen Modelltreue-Skalen in der psychiatrischen Rehabilitation wurden die Items der MSSW endpunktbenannt, während in anderen Skalen oftmals jede Ausprägung beschriftet wird. Endpunktbenannte Fidelity-Skalen sind jedoch beispielsweise in der Überprüfung der Modelltreue bei psychotherapeutischen Verfahren nicht unüblich.

Die Resultate hinsichtlich der Unterschiede zwischen UEW und UBW fallen in etwa in der erwarteten Richtung aus. Das UEW erlaubt mehr Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und Inklusion als ein Leben in besonderen Wohnformen. Dagegen stehen die Umfänglichkeit und Unterstützungssicherheit der Versorgung (etwa Erreichbarkeit 24/7) in besonderen Wohnformen, die viele aufsuchende Dienste bisher nicht in dem gleichen Maße sicherstellen können. Deutlich wurde zudem, dass vor allem im Bereich Mitarbeitende/Team Verbesserungsbedarf unabhängig vom Wohnsetting besteht. Dies betrifft etwa die Mitarbeit von Expertinnen und Experten aus Erfahrung oder die Qualifikation von Mitarbeitenden hinsichtlich bestimmter Grundfertigkeiten wie Motivierender Gesprächsführung (Motivational Interviewing, vergleiche Kremer & Schulz 2020) und Deeskalation. Es bestätigt sich auch in diesen Daten, dass nicht die physische Wohnform an sich den Unterschied macht, sondern bestimmte Qualitäten der Wohnunterstützung, hier etwa die Wahlfreiheit.

Generell könnten die beiden hier verglichenen Formen der Wohnunterstützung voneinander lernen. Wahlfreiheit und Inklusionsorientierung ist – etwa bedingt durch die UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen – ein Ziel, das für alle Bereiche der Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gilt. Besondere Wohnformen werden sich in diesem Zusammenhang zweifelsohne in den kommenden Jahren in diese Richtung entwickeln müssen. Aufsuchende Unterstützungsdienste hingegen müssen sicherstellen, dass sie (mehr) Unterstützungssicherheit bieten und auch außerhalb üblicher Dienstzeiten erreichbar sind.

Das zentrale Ergebnis dieses Teilprojekts ist eine unter Mitwirkung von zahlreichen professionellen Expertinnen und Experten sowie Expertinnen und Experten aus Erfahrung entwickelte und in der Anwendung auf 87 Organisationseinheiten erprobte Skala zur vergleichenden Beschreibung der Struktur- und Prozessqualität von Angeboten der Wohnunterstützung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die MSSW bedarf zweifelsohne weiterer Anwendungen und Überprüfungen ihrer psychometrischen Eigenschaften sowie ihrer Validität. In einem weiteren Schritt könnten die Skalenwerte in Beziehung gesetzt werden zu Indikatoren der Ergebnisqualität von Wohnunterstützungsangeboten. Dazu werden weitere Studien im deutschsprachigen Raum empfohlen.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Die Skala, inklusive aller Materialien, steht der interessierten Öffentlichkeit frei zur Verfügung und kann über folgende Webseite heruntergeladen werden: <http://osf.io/zjt6d/>. Ein Paper mit den Ergebnissen von Teilprojekt 1 ist bei einer deutschen Fachzeitschrift zur Veröffentlichung eingereicht worden.

## **B.2. Teilprojekt 2: Teilhabeerwartungen und ihre Verwirklichung<sup>11</sup>**

### **B.2.1 Fragestellung und Ergebnisindikatoren**

Das Teilprojekt 2 *Teilhabeerwartungen und ihre Verwirklichung* befasst sich laut Projektantrag mit den folgenden Forschungsfragen:

*Wie beschreiben Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger in der „Heimalternative“ Intensiv Betreutes Wohnen und im klassischen Heimsetting die Beeinflussung ihrer persönlichen Lebensverläufe unter den Aspekten Teilhabe bzw. Teilhabechancen und Lebenszufriedenheit? Welche Strukturmerkmale und Prozessmerkmale der Unterstützungsleistungen sind bzw. waren aus Sicht der Betroffenen hilfreich, welche nicht? Welche Bedeutung hat der aktuelle Status der Beeinträchtigungen?*

Dazu wurden Klientinnen und Klienten des stationär betreuten (SBW) und des intensiv betreuten Wohnens (IBW), die mindestens seit zwölf Monaten durch die Eingliederungshilfe Wohnen unterstützt werden, mittels qualitativer Einzelinterviews befragt. Ziel war es, verschiedene Ausprägungen des Phänomens „hohe Unterstützungsintensität“ bzw. der Erfahrungen der Klientinnen und Klienten damit zu beschreiben.

### **B.2.2 Methodisches Vorgehen**

Aufgrund von Veränderungen des Projektablaufs wurde das Konzept von Teilprojekt 2 präzisiert und gegenüber dem Projektantrag abgewandelt: Die detaillierte und tiefgehende qualitative Analyse von Fällen erfordert nicht notwendigerweise eine hohe Fallzahl (z. B. Schreier 2019, S. 2). Um möglichst vielfältige Informationen zu erhalten, ist es vielmehr entscheidend, mithilfe einer reflektierten und bewussten Fallauswahl (ebenda, S. 1) sogenannte informationshaltige Fälle auszuwählen (ebenda, S. 6). Dadurch kann auch ein höherer Grad an theoretischer Verallgemeinerbarkeit erreicht werden, als dies beispielsweise durch ein Schneeballverfahren der Fall wäre (ebenda, S. 6). Deshalb wurde der eigentlichen qualitativen Studie ein quantitativer Teil vorgeschaltet, der die Basis für die Festlegung der Samplestruktur der qualitativen Interviews darstellt (Flick 2012). Die dafür erforderlichen Informationen lagen zum Teil bereits durch die in Teilprojekt 3 im Rahmen von Messzeitpunkt 1 erhobenen Daten vor und wurden durch weitere quantitative Erhebungen um 50 Fälle erweitert (siehe Abschnitt B.2.2.2). Auch wenn im Teilprojekt 2 keine Repräsentativität der Ergebnisse angestrebt wird, ermöglicht dieses Vorgehen eine Minimierung grober Verzerrungen und eine größere Aussagefähigkeit der Ergebnisse und erlaubt darüber hinaus die detaillierte Beschreibung der qualitativen Stichprobe.

#### **B.2.2.1 Qualitatives Vorgehen**

Das offene Vorgehen des qualitativen Designs ermöglicht es, Zusammenhänge und Kausalketten aus Sicht der Klientinnen und Klienten zu ermitteln und dabei neue bzw. weiterführende Erkenntnisse zu generieren (Brüsemeister 2000). Dieses Vorgehen lässt keine Aussagen zur Verteilung der Merkmale oder Stärke der Zusammenhänge in der Grundgesamtheit zu (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014). Die vielfältigen Alltagserfahrungen der Klientinnen und Klienten können jedoch eingehend und zusammenhängend beleuchtet werden, ohne dass dafür Variablen vorgegeben wären. Im Vergleich zur quantitativen Forschung (Teilprojekt 3) ist das Teilprojekt 2 dadurch offener und näher an der Sichtweise der Klientinnen und Klienten (Flick et

---

<sup>11</sup> Dieser Berichtsteil zu TP2 wurde von Julia Grochtmann verfasst.



al. 2009), wodurch es zu einer umfassenden wissenschaftlichen Evaluation der Eingliederungshilfe Wohnen im Rahmen des Gesamtprojekts WiEWohnen NRW beiträgt.

### **B.2.2.2 Vorgeschaltete quantitative Befragungen**

Die Stichprobe des quantitativen Teils, die die Grundlage für die Auswahl der potenziellen Teilnehmenden der qualitativen Befragung darstellt, setzt sich aus zwei Gruppen (je n=50) zusammen:

- Gruppe 1 besteht aus den ersten 50 anfallenden Studienteilnehmenden aus dem Stationär Betreuten Wohnen (SBW) und dem Intensiv Betreuten Wohnen (IBW), die seit Beginn der t1-Erhebung im Juli 2018 bis zum Dezember 2018 erneut für Teilprojekt 3 befragt wurden. Diese Personen verfügen somit über mindestens einjährige Erfahrung mit der entsprechenden Wohnunterstützung.
- Gruppe 2 besteht aus Klientinnen und Klienten mit mindestens 2,5-jähriger Erfahrung mit Wohnunterstützung, die zuvor nicht in das Teilprojekt 3 eingeschlossen wurden. Diese Gruppe sollte so zusammengesetzt sein, dass sie mit Charakteristiken der ersten Gruppe möglichst parallelisiert ist, wobei als Schichtungsmerkmale der stratifizierten Stichprobenziehung Alter, Geschlecht, Region und Wohnform ausgewählt wurden.

Als Grundlage der Stichprobenziehung diente das elektronische Dokumentationssystem „DoSys“ von Bethel.regional, womit entsprechend der Schichtungsmerkmale jeder/jedem Teilnehmenden der ersten Gruppe eine passende Person für die zweite Gruppe zugewiesen werden konnte. Die spezifische Personenauswahl war dabei an das Vorkommen entsprechender Merkmalskombinationen gebunden, erfolgte an sich aber grundsätzlich zufällig.

Während von der ersten Gruppe bereits die erforderlichen empirischen Daten aus den Befragungen zu Teilprojekt 3 vorlagen, fand die Erhebung quantitativer Daten der zweiten Gruppe in Form von „Kurzinterviews“ im Zeitraum von November 2018 bis Februar 2019 statt. Sie wurde durchgeführt von den Projektmitarbeiterinnen von Bethel.regional. Das Fragebogen-Set des quantitativen Kurzinterviews umfasst die folgenden Instrumente: Basisdaten-Fragebogen<sup>12</sup>, SCL-K-9 (Symptom-Check-Liste, 9-Item-Kurzform) und OxCAP-MH (Oxford Capabilities-Mental Health).

Auf Grundlage dieser insgesamt 100 Fälle fand eine systematische Fallauswahl für die qualitativen Befragungen durch die Mitarbeitenden der Forschungsabteilung des EvKB statt. Diese orientierte sich als erstes Kriterium an den OxCAP-Scores, die die Verwirklichungschancen der Individuen im Sinne des Capability Approaches nach Nussbaum und Sen (OxCAP-MH; Baumgardt et al. 2017; Nussbaum 2010) abbilden. So entstand eine möglichst stark kontrastierende Fallauswahl, die ein vielseitiges Bild der Klientinnen und Klienten darstellt. Als zweitrangige Kriterien waren sozio-demographische Daten wie Alter, Geschlecht, Hauptdiagnose, Schulabschluss, Beschäftigungssituation, Wohnort und Dauer der Unterstützung durch die Eingliederungshilfe Wohnen von Bedeutung. Es wurde darauf geachtet, dass sich die ausgewählten Fälle der Gruppen IBW und SBW ähneln.

---

<sup>12</sup> Der hier verwendete Basisdaten-Fragebogen ist nicht identisch mit dem in Teilprojekt 3 verwendeten Bogen „Demografie/Basisdaten“. Er setzt sich aus Fragen der folgenden in Teilprojekt 3 verwendeten Fragebögen zusammen: Demografie/Basisdaten-Fragebogen, Einzel-Items des SFS-II, CSSRI und Teilhabe-Erwartung der Klientinnen und Klienten (siehe ausführlich Beschreibung zu Teilprojekt 3).

Diese systematische Vorab-Auswahl von potenziellen Interviewteilnehmenden anhand einer Vielzahl von Variablen machte ein effizientes Vorgehen bei der Zusammenstellung des Samples möglich. So sind deutlich weniger Fälle nötig, um eine theoretische Sättigung zu erreichen (Schreier 2019, S. 9), als im Projektantrag beschrieben. Auch lassen die quantitativen Daten eine detaillierte Beschreibung der qualitativen Stichprobe zu, die so im Rahmen der Interviews in diesem Ausmaß nicht hätten erhoben werden können.

### **B.2.2.3 Interview-Leitfaden**

Das Instrument des Leitfadens eignet sich als Erhebungsmethode, um dem Prinzip der Offenheit im Sinne der qualitativen Datenerhebung gerecht zu werden und die subjektive Sicht der interviewten Personen zu rekonstruieren. Es erleichtert die spätere Auswertung, indem es die inhaltliche Struktur des Erzählten standardisiert (Flick et al. 2009; Helfferich 2011). Für die Interviews wurde eine Mischform des narrativen und des strukturierten Interviews gewählt. Bei diesem teilnarrativen Interview werden narrative Teilerzählungen durch die Strukturierung des Fragebogens vor allem zu Beginn des Interviews induziert (Helfferich 2011). Im Interview kann dadurch flexibel auf die interviewte Person eingegangen werden.

Der Leitfaden wurde nach dem sogenannten SPSS-Prinzip (Sammeln, Prüfen, Sortieren, Subsummieren) von Helfferich (2011) erarbeitet. In den Schritten *Sortieren* und *Subsummieren* wurden die vier Phasen eines narrativen Interviews berücksichtigt: Erzählaufforderung, von der interviewten Person autonom gestaltete Haupterzählung, erzählgenerierende Nachfragen und Interviewabschluss (Hopf 2005). Der Leitfaden wurde von Mitarbeitenden der Forschungsabteilung des EvKB in Zusammenarbeit mit Mitarbeiterinnen der Projektkoordination von Bethel.regional entwickelt. Einzelne Fragen wurden nach der Durchführung der ersten Interviews ergänzt bzw. modifiziert. So wurde die Frage nach dem Zugang zur Wohnunterstützung hinzugefügt. Die allgemeine Struktur des Leitfadens stellte sich nach Durchführung dieser Interviews jedoch als geeignet dar, sodass sie nicht verändert wurde (der Leitfaden findet sich in Anhang B.2.1).

### **B.2.2.4 Durchführung der Interviews**

Die Interviews fanden in verschiedenen Wohnheimen von Bethel.regional bzw. in den Wohnungen von Klientinnen und Klienten statt, die zum Zeitpunkt der Befragung von Bethel.regional intensiv betreut wurden. Die Organisation der Termine erfolgte durch Mitarbeitende von Bethel.regional.

In der Praxis gestaltete sich der Zugang zu den als Interviewpartnerinnen und -partnern auf Grundlage der quantitativen Vorerhebung ausgewählten Personen teilweise schwierig. So konnten sechs ausgewählte Klientinnen und Klienten nicht befragt werden. Gründe für die Nichtteilnahme waren: Ablehnung gegenüber der Tonbandaufnahme (n=2), Klientin bzw. Klient konnte nach anfänglichem Kontakt nicht mehr erreicht werden (n=2) und akut schlechte psychische Verfassung der Klientin bzw. des Klienten (n=1). In einem Fall konnte der Grund nicht ermittelt werden.

Wegen der Nichtteilnahme von ausgewählten Klientinnen und Klienten konnte die Befragung nicht vollständig im Sinne der vorab geplanten Auswahl durchgeführt werden. Eine Nachjustierung war notwendig, sodass nicht wie geplant alle Faktoren bei der Fallauswahl berücksichtigt werden konnten. Vor allem gestaltete es sich schwierig, weibliche Klientinnen zu befragen. Dennoch war es möglich, typische Fälle und Extremfälle auszuwählen und dabei ein hohes Maß an Heterogenität der Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern zu erreichen (Schreier

2019). Insgesamt wurden 13 Interviews geführt<sup>13</sup>, wobei das erste Interview als Testinterview geführt, in die Analyse aber soweit wie möglich eingeschlossen wurde.

Durchgeführt wurden die Interviews von einer Mitarbeiterin der Forschungsabteilung des EvKB. Die interviewten Klientinnen und Klienten waren sowohl den Fragen des Leitfadens als auch der Forschung im Allgemeinen gegenüber interessiert. Außer in einem Fall standen immer geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung, die Störungen ausschlossen. Die Dauer der Interviews variierte stark, von circa 15 Minuten bis circa 105 Minuten. Während einzelne Personen eher einsilbig antworteten, berichteten andere sehr ausführlich bis ausschweifend.

Im Anschluss an jedes Interview wurde ein Interviewprotokoll (Post Script) durch die Interviewerin angefertigt. Es beinhaltete Informationen zum Setting (Uhrzeit und Dauer des Interviews, Art - SBW bzw. IBW - und Ort des Dienstes/der Einrichtung), Informationen zur Kontaktaufnahme und ggf. zu besonderen Vorkommnissen, zum Gesprächsverlauf und zur Atmosphäre/personalen Beziehung sowie Anregungen für weitere Interviews. Die gewonnenen Erkenntnisse wurden bei der Durchführung der nachfolgenden Interviews genutzt, insbesondere zur Ergänzung und Umformulierung von Fragen des Leitfadens.

Um die Interviews auswertbar zu machen, wurden sie mit Aufnahmegeräten aufgezeichnet und anschließend nach den erweiterten Transkriptionsregeln von Dresing und Pehl (2015) mithilfe der Software *F4* transkribiert.

Grundsätzlich wurde wörtlich transkribiert und die Grammatik nicht angepasst. Besonders betonte Wörter oder Teile von Wörtern wurden durch Großschreibung gekennzeichnet (z. B.: *trotzDEM*). Unverständliche Wörter oder Passagen wurden mit (*unv.*) markiert, vermutete Wörter oder Passagen wurden ebenfalls in Klammern gesetzt, z. B.: (*finde ich gut*). Wortunterbrechungen für zwei Sekunden wurden mit (..) markiert, für drei Sekunden mit (...) und mit (*Zahl*) für die jeweilige Länge der Pause, angegeben in Sekunden (ausführlich siehe Anhang B.2.2).

Bei der Darstellung der Ergebnisse wurden einzelne Textpassagen leicht geglättet und unter Kenntlichmachung durch eckige Klammern z. T. gekürzt und grammatikalisch angepasst.

Alle von den Befragten benannten Namen von Personen, Einrichtungen, Diensten, Orten etc. wurden im Transkript pseudonymisiert. Die Zuordnungen sind einer verschlüsselten Datei zu entnehmen, die nur den Projektmitarbeitenden der Forschungsabteilung zugänglich ist.

#### **B.2.2.5 Stichprobenbeschreibung**

Insgesamt wurden 13 Interviews geführt. Eine Übersicht zu den demografischen Merkmalen der Interviewten liefert die folgende Tabelle.

---

<sup>13</sup> In der Literatur herrscht Uneinigkeit über die optimale Fallzahl in der qualitativen Forschung (Schreier, 2019, S. 8 f.) In Anlehnung an die Grounded Theory-Methodologie wird meist das Kriterium der theoretischen Sättigung zu Grunde gelegt (Schreier, 2019, S. 9). Untersuchungen konnten zeigen, dass diese Sättigung nach einer Fallzahl von 10 bzw. 12 Interviews erreicht ist (Guest et al., 2006; Francis et al., 2010).

**Tabelle B.2.1.:** Sozio-demografische Merkmale der Interviewten TP2

|                                    |                               |   |            |
|------------------------------------|-------------------------------|---|------------|
| Wohnform                           | SBW                           | n | 7          |
|                                    | davon stat. Einzel-<br>wohnen | n | 1          |
|                                    | IBW                           | n | 6          |
| Geschlecht                         | männlich                      | n | 11         |
|                                    | weiblich                      | n | 2          |
| Alter in Jahren                    | M ± SD                        |   | 42,6 ± 9,5 |
|                                    | Min-Max                       |   | 25 - 59    |
| Hauptdiagnose                      | F10-F19                       | n | 5          |
|                                    | F20-F29                       | n | 4          |
|                                    | F30-F39                       | n | 3          |
|                                    | F60-F69                       | n | 1          |
| Geburtsland                        | Deutschland                   | n | 12         |
|                                    | anderes                       | n | 1          |
| Wohnort                            | Bielefeld                     | n | 5          |
|                                    | Dortmund                      | n | 4          |
|                                    | Lünen                         | n | 1          |
|                                    | Gevelsberg                    | n | 3          |
| Höchster erreichter Schulabschluss | ohne                          | n | 1          |
|                                    | Hauptschulabschluss           | n | 4          |
|                                    | Mittlere Reife                | n | 4          |

|  |                    |         |           |
|--|--------------------|---------|-----------|
|  | (Fach-)Abitur      | n       | 4         |
|  | Allg. Arbeitsmarkt | n       | 1         |
|  | WfbM <sup>14</sup> | n       | 2         |
| Aktuelle Arbeitssituation                                | TGA <sup>15</sup>  | n       | 7         |
|  | Studium/Ausbildung | n       | 1         |
|  | keine              | n       | 2         |
|  |                    | M ± SD  | 4,5 ± 4,5 |
| Vorerfahrung mit Eingliederungshilfe<br>Wohnen in Jahren |                    | Md      | 2         |
|  |                    | Min-Max | 0 - 13    |

Die interviewten Personen werden im weiteren Verlauf als Herr A, Herr B, Frau C, Herr D, Herr E, Herr F, Herr G, Herr H, Herr I, Herr J, Herr K, Herr M und Frau N bezeichnet. Die Abkürzungen lassen nicht auf ihre Namen schließen.

### B.2.2.6 Auswertungsmethode

Die Auswertung der transkribierten Interviews fand nach der strukturierten Inhaltsanalyse von Mayring (2005, 2020) statt. Sie ist eine Form der qualitativen Inhaltsanalyse, die die systematische Analyse des Materials zum Ziel hat. Im Zentrum steht die Bildung eines Kategoriensystems, das die Zuordnung der Textstellen zu den einzelnen Kategorien festlegt. Im Hinblick auf die Forschungsfrage wurden die Kategorien im Teilprojekt 2 induktiv aus dem Material herausgebildet (Mayring 2020). Anschließend erfolgte die deduktive Anwendung des Kategoriensystems auf das Material. Ähnlich wie in der Grounded Theory-Methodologie sind auch in der qualitativen Inhaltsanalyse Rückkopplungsschleifen bei der Feststellung der Kategoriendefinition zentral (Mayring 2020). Dieses zirkuläre Verfahren ergab die folgenden zentralen Hauptkategorien:

- Zugang zur (aktuellen) Wohnunterstützung
- Ziele in Bezug auf das Wohnen
- Sicherheit
- Selbstständigkeit.

Die Kategorien werden im folgenden Kapitel inklusive der Subkategorien der Kategorien 3 und 4 ausführlich beschrieben. Unterstützt wurde die qualitative Auswertung durch die Software MAXQDA.

<sup>14</sup> WfbM = Werkstatt für behinderte Menschen

<sup>15</sup> TGA = Tagesgestaltende Angebote

### **B.2.3 Ergebnisse**

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse anhand der oben genannten Kategorien beschrieben. Diese Kategorien umfassen die wesentlichen Aussagen der Befragten im Hinblick auf die Frage nach ihren Teilhabe-Erwartungen und -präferenzen bezüglich der Settings IBW und SBW. Die Ergebnisse der Kategorien 1 und 2 werden nach Fällen einzeln beschrieben, ehe die Kernaussagen zusammenfassend dargestellt werden. Die Kategorien 3 und 4 werden zusammenfassend durch die Darstellung der Subkategorien beschrieben. In der Ergebnisdarstellung werden die Textpassagen innerhalb der jeweiligen Transkripte angegeben, in denen die Aussagen zu finden sind.

#### **B.2.3.1 Kategorie 1: Zugang zur (aktuellen) Wohnunterstützung**

Es zeigt sich, dass der Zugang zu Wohnunterstützung individuell ist und durch diverse Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Zum Teil haben die Befragten langjährige Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen der Wohnunterstützung gemacht. In den Interviews wurde zum Teil auch über vorherige Erfahrungen und Übergänge gesprochen, weil diese oftmals den Zugang zur aktuellen Wohnunterstützung beeinflussten. Deshalb fanden Einzelfallanalysen statt (siehe ausführliche Darstellung in Anhang B.2.3).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es unterschiedliche Motive sowohl für den erstmaligen Zugang und die Wiederaufnahme der Eingliederungshilfe (EGH) Wohnen als auch für den Wechsel zwischen den unterschiedlichen Wohnsettings oder Einrichtungen gibt. Die beschriebenen Übergänge der befragten Personen, teilweise auch mehrere Übergänge pro Person, werden im Folgenden zusammengefasst.

Ein Motiv für die Aufnahme der EGH Wohnen ist die Empfindung, nicht ohne Unterstützung wohnen zu wollen (explizit geäußert von Herr F, Herr G, Herr H, Herr I, Herr J, Herr K) und erfolgte zum Teil aus einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt heraus (Herr E, Herr F, Herr H, Herr M). Dabei scheint es so, dass das Klinikpersonal einen Bedarf festgestellt und auch alle weiteren Schritte eingeleitet hat, während Patientinnen und Patienten auf diese Expertise vertrauten. Die Betroffenen schreiben den Mitarbeitenden damit die Expertise zu, entscheiden zu können, ob die EGH Wohnen für sie geeignet ist. Sie überlassen ihnen außerdem die Wahl des Anbieters und des Wohnsettings (Herr H, Herr M). Der Grund dafür könnte darin liegen, dass den Betroffenen nicht alle Möglichkeiten der EGH Wohnen bekannt sind (Frau N). Einen Einfluss auf den Übergang von der Klinik in die EGH Wohnen kann auch der Verlust der Wohnung und die Schwierigkeit, eine neue zu finden, haben (Herr H). Auch aus der Haft kann ein Übergang in die EGH Wohnen erfolgen. In dem beschriebenen Fall bestand der Wunsch nach Unterstützung im Umgang mit der Erkrankung nach Ende der Haft, sodass die Mitarbeitenden der Justiz den Übergang in die EGH Wohnen organisierten (Herr G). Dass die von Mitarbeitenden psychiatrischer Kliniken oder der Justiz vorgeschlagenen Wohnformen und Dienste von den Betroffenen angenommen werden, liegt auch daran, dass nicht immer freie Plätze in bevorzugten oder potenziell besser geeigneten Wohnsettings zur Verfügung stehen. Die Wartezeiten sind oftmals sehr lang, sodass nahezu jedes Angebot angenommen wird (Herr M, Herr D).

Zum Teil erfolgt die Wahl der Einrichtung jedoch auch auf Grundlage von zuvor selbst eingeholten Informationen. Das gilt sowohl für Klientinnen und Klienten, die nie EGH Wohnen in Anspruch genommen haben (Herr D, Herr K) als auch für Klientinnen und Klienten, die aus

einer anderen Wohnform bzw. Einrichtungen wechseln wollen (Herr J, Frau N). Vorherige Kontakte zu Mitarbeitenden bzw. Einrichtungsleitungen, anderen Klientinnen und Klienten oder potenziellen Nachbarinnen und Nachbarn begünstigen einen Wechsel (Herr B, Herr F, Herr J, Frau N). Es kommt auch vor, dass eine Person sich vorstellt, den Umzug eigenständig zu bewältigen (Frau C).

Die Aufnahme der EGH Wohnen kann auch durch das soziale Umfeld beeinflusst sein. So wurde davon berichtet, dass ein Angehöriger die Aufnahme der EGH Wohnen erpresst habe (Frau C). Außerdem stellt die EGH Wohnen unter Umständen eine Entlastung für die Familie bzw. die Beziehung zur Familie dar. Bei den Eltern bzw. den Angehörigen zu wohnen kann aufgrund der Erkrankung unmöglich sein oder aber bedeuten, nicht die notwendige Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung zu erhalten (Herr E, Herr F).

Ein Wechsel kann stattfinden, wenn Klientinnen und Klienten mit ihrem Wohnsetting bzw. Dienst unzufrieden sind oder wenn sich die Bedürfnisse an Unterstützung ändern; entweder zu einer intensiveren oder zu einer geringeren Unterstützungsintensität. Diese Motive gelten sowohl für den Wechsel zwischen verschiedenen Wohnheimen, der auch durch einen Klinikaufenthalt unterbrochen sein kann (Herr F, Herr G), als auch für den Wechsel vom stationär betreuten ins intensiv betreute Wohnsetting (Herr E, Herr K, Herr N).

Der Wechsel vom SBW zum IBW wurde von Klientinnen und Klienten teilweise als normaler Prozess beschrieben (Frau N, Herr K). Er kann als Schritt in Richtung Normalität begriffen werden (Herr K). Einschränkungen der eigenen Tagesabläufe im Wohnheim und Belastungen, die dort durch das Zusammenleben mit anderen Klientinnen und Klienten bestanden, können durch den Wechsel ins IBW aufgelöst werden (Frau N, Herr E). Ähnlich wie beim Eintritt von einem Klinikaufenthalt in die EGH Wohnen wird auch beim Übergang vom SBW ins IBW zum Teil auf die Expertise der Mitarbeitenden vertraut. Nach der Verbalisierung des Wunsches der Klientinnen/Klienten organisieren diese den Übergang (Herr B, Frau N). Ein selbstständiges Vorgehen ist aber nicht ausgeschlossen (Herr K).

Der Wechsel von der Wohnungslosenhilfe in die EGH Wohnen (Herr B, Herr I, Herr J) wird offenbar erleichtert, wenn es sich um denselben Träger handelt (Herr B, Herr I). In einem beschriebenen Fall wird außerdem deutlich, dass der Wechsel durch einen Zufall erfolgte (Herr B).

Ein Wechsel aus der Haft ist, wie oben beschrieben, ebenfalls möglich. Im skizzierten Fall wurde ähnlich wie beim Übergang von einem Klinikaufenthalt davon berichtet, dass der Wunsch nach weiterer Unterstützung und einer Wohnung geäußert wurde und die Mitarbeitenden die weiteren Schritte einleiteten (Herr G). Auch ist es möglich, den Maßregelvollzug innerhalb der EGH Wohnen auszugestalten (Herr D, Herr K). Als Grund wurde der Wunsch nach Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung angeführt (Herr K).

In einigen Fällen waren die Motive für den Eintritt in die EGH Wohnen bzw. der Wechsel nicht eindeutig. Offenbar sind den Klientinnen und Klienten diese selbst nicht immer bekannt bzw. sie wurden nicht reflektiert. So wurden Übergänge z. B. von gesetzlichen Betreuern geplant (Herr E).

Insgesamt zeigt sich also, dass Motive des Wechsels innerhalb der EGH Wohnen benannt werden können, das gleiche aber für den erstmaligen Zugang in die EGH Wohnen nicht gilt. Dieser wird zumeist von außen gesteuert und richtet sich nach freien Kapazitäten.

### B.2.3.2 Kategorie 2: Ziele in Bezug auf die Wohnunterstützung

Die individuellen Ziele von Klientinnen und Klienten im SBW und IBW sind sehr vielschichtig. Wie der Zugang in die Wohnunterstützung, so sind auch die Ziele in Bezug auf das Wohnen durch die bisherige Wohnhistorie geprägt. Deshalb fanden auch hier Einzelfallanalysen statt (siehe ausführliche Darstellung in Anhang B.2.4). Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse der Einzelfallanalysen in drei Gruppen unterteilen:

- *Gruppe 1* wünscht sich von der EGH Wohnen, *beständig unterstützt* zu werden, ohne dass dafür ein Ende definiert wird. So wird der Wunsch geäußert, Wohnunterstützung bis zum Lebensende erhalten zu können bzw. diese nur dann zu beenden, wenn die körperliche Verfassung es erforderlich macht (Herr B). Ein Teil der Befragten (Herr B, IBW; Herr E, IBW; Herr F, SBW; in Teilen Frau N, IBW) möchte auch an der aktuellen Wohnform festhalten, wobei ein Umzug innerhalb der Wohnform in eine andere Wohnung bzw. ein anderes Wohnheim denkbar ist. Andere Befragte (Herr D, IBW; Herr G, SBW) möchten hingegen unter der Voraussetzung in eine Wohnform mit niedrigerem Unterstützungsgrad wechseln, dass durch diesen Wechsel bestehende Kontakte zu Mitarbeitenden aufrecht erhalten bleiben. Unsicherheiten entstehen durch zeitlich befristete Wohnverträge und dadurch, dass Hilfeplangespräche stattfinden müssen, deren Ergebnisse nicht vorhersehbar sind und Leistungsträger die Finanzierung der Wohnunterstützung möglicherweise nicht fortführen. Mündliche Zusagen der Mitarbeitenden, weiter unterstützt zu werden, schaffen für Betroffene nicht die notwendige Verbindlichkeit. Insgesamt ist die Wohnunterstützung inklusive ihrer Ausgestaltungsmöglichkeiten für Personen dieser Gruppe zur langfristigen Wohnoption und Bedingung von Teilhabe geworden. Selbstständiges Wohnen wird zum aktuellen Zeitpunkt nicht oder nicht mehr in Betracht gezogen. Gleichzeitig bestehen jedoch Unsicherheiten hinsichtlich der Beständigkeit bedingt durch unsichere Finanzierungszusagen.
- *Gruppe 2* erlebt die Wohnunterstützung mit ihren Ausgestaltungsmöglichkeiten als *Hinführung in ein eigenständiges Leben* und erwartet die dafür notwendige Unterstützung (Herr H, SBW; Herr I, IBW; Herr J, SBW; Herr K, IBW; Herr M, stationäres Einzelwohnen). Die Wohnunterstützung wird als temporär erlebt, sie soll die Eingliederung in ein eigenständiges Leben zunächst ermöglichen und später begleiten. Die verschiedenen Wohnformen mit ihren unterschiedlichen Graden an Selbstständigkeit sind weitestgehend bekannt und werden den eigenen Bedürfnissen entsprechend in Anspruch genommen. Dafür werden Ressourcen der Dienste bzw. der Mitarbeitenden eingefordert oder von den Mitarbeitenden vorgeschlagene Unterstützungsangebote angenommen. Das jeweilige Setting wird als vorübergehende Option betrachtet, die von einer Form mit niedrigerem Unterstützungsgrad abgelöst wird. Dabei können auch Wohnformen „übersprungen“ werden. So finden auch Wechsel vom SBW zum ABW statt, ohne dass z. B. zunächst ins stationäre Einzelwohnen oder IBW gewechselt wird. So wird das Ziel des selbstständigen Wohnens ohne Unterstützung nicht durch einen abrupten Übergang, sondern eine langsame Reduzierung von Unterstützung bei gewonnener Selbstständigkeit erreicht. Die Sorge, die Wohnunterstützung bzw. das jeweilige Setting nach einer längeren Inanspruchnahme aufgrund von erlernter Unselbstständigkeit und Sozialisation in das System nicht mehr verlassen zu können, kann ein treibender Faktor sein, möglichst frühzeitig den nächsten Schritt in Richtung Selbstständigkeit zu tun (siehe Herr J, SBW). Insbesondere beim Einstieg in die Wohnunterstützung wird aber auch die Möglichkeit eines längeren Verweilens auf einer Stufe als Teil des Rehabilitationsprozesses akzeptiert, sofern ein entsprechender Bedarf besteht.



- *Gruppe 3* fühlt sich in der Wohnunterstützung *falsch verortet* und verfolgt das Ziel, diese zugunsten des eigenständigen Wohnens zu verlassen. Sie versteht die Eingliederungshilfe nicht als Unterstützung, um ihre Ziele zu erreichen, sondern ausschließlich als Belastung. Ihr fehlt das Verständnis für die individuellen Möglichkeiten, die Wohnunterstützung bieten kann. Eventuell überschätzt sie ihre Fähigkeiten. Dieser Gruppe können Herr A und Frau C zugeordnet werden. Sie werden seit sieben bzw. zwei Jahren unterstützt, aktuell im SBW. Beide geben an, die Einrichtung bereits seit ihrem Einzug verlassen und selbstständig wohnen zu wollen. Ihre Meinung haben sie seitdem auch nicht geändert. Frau C nahm Wohnunterstützung in Anspruch, weil sie vom Ex-Lebenspartner dazu gezwungen wurde, mit der Arbeitsweise der Mitarbeitenden ist sie unzufrieden. Die Wohnunterstützung ist für sie Vehikel, um das Ziel zu erreichen, ihren Sohn sehen zu können. Danach kann sie die Einrichtung nach ihrer Einschätzung verlassen und ihre frühere Selbstständigkeit wieder leben. Die ihr von den Mitarbeitenden aktuell abgenommenen Aufgaben wird sie dann wieder selbst übernehmen. Auch Herr A ist mit der Arbeit bzw. der Zusammensetzung des Mitarbeitenden-Teams unzufrieden, warum er Wohnunterstützung in Anspruch nimmt, ist unbekannt. Das Agieren in Bezug auf einen Wechsel ist bei den Befragten unterschiedlich, wengleich diffus. Während Frau C konkrete Pläne zum Zeitpunkt ihres Auszugs macht und die Wohnungssuche ohne Unterstützung der Mitarbeitenden selbst gestalten will, scheint der Wunsch nach einer Veränderung der von Herrn A ungewollten Wohnsituation von ihm nicht in konkreten Handlungen zu münden. Fragen nach Wohnwünschen und -zielen bezieht er nicht auf sein Ziel des eigenständigen Wohnens, sondern auf die aktuelle Wohnsituation (insbesondere die Qualifikation der Mitarbeitenden und sein Zimmer). Sein Wunsch nach Umzug in eine eigene Wohnung bzw. eine Wohngemeinschaft ohne Wohnunterstützung scheint Ausdruck seiner Unzufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation zu sein. Möglicherweise kann er seine Wünsche gegenüber der Einrichtung nicht kommunizieren oder es werden keine (ausreichenden) Gespräche geführt, in denen Handlungsoptionen und Hilfestellungen, aber auch Erwartungen an ihn sowie die Grenzen der Wohnunterstützung aufgezeigt werden.

### **B.2.3.3 Kategorie 3: Sicherheit und Unsicherheit<sup>16</sup>**

Die Wohnunterstützung bietet Klientinnen und Klienten mit psychischen Beeinträchtigungen, wie schon in den Kategorien 1 und 2 angeklungen, Stabilität, die sich auf unterschiedlichen Ebenen zeigt.

Teilweise wurde der Begriff Sicherheit von den Klientinnen und Klienten selbst geäußert: „Früher war die Spielhalle meine Burg, meine Festung, meine Sicherheit. Ne, und jetzt ist es hier (lacht).“ (Herr B, IBW, 484), oder:

*I: [...] wie beeinflusst die Wohnunterstützung Ihr Leben?*

*IP: (..) Also diese Unterstützung hier?*

*I: Mhm.*

*IP: Gibt mir Sicherheit. Enorm. (Herr B, IBW, 124-127).*

---

<sup>16</sup> Einige Klientinnen bzw. Klienten werden in dieser Kategorie häufiger zitiert. Das ist darin begründet, dass diese für die Veranschaulichung der in den Subkategorien beschriebenen Aspekte besonders verständliche und eindeutige Aussagen getroffen haben.

An anderen Stellen ergaben sich aus dem Sinnzusammenhang der Aussagen, dass es sich dabei um Sicherheit handelt. Untergliedert ist die Kategorie in 8 Subkategorien, die nachfolgend ausführlich beschrieben werden.

#### ▪ **Sichere Unterkunft**

„Ja man kriegt erstmal ein Dach überm Kopf.“ (Herr B, IBW, 8). Eine Wohnung oder ein Zimmer in einem Wohnheim sowie Möbel und Inventar zu haben, bedeutet für Klientinnen und Klienten Sicherheit auf einer fundamentalen Ebene. Die Unterkunft selbst – ohne die Tätigkeit der Mitarbeitenden – sorgt bereits dafür, dass Sicherheit und Stabilität erlebt wird:

*„Ich hab gar nicht Erwartungen [an die Wohnunterstützung] gestellt eigentlich so. Ich war nur froh, dass ich hier ein Zimmer hab und mich zurückziehen konnte. Und davor war ich irgendwie so ein PAAR MAL in ner Psychiatrie sogar. Ja jedes Mal/ Zweimal drei Monate, einmal nur ein paar Wochen und so.“ (Herr H, SBW, 120).*

Sie stellt einen Rückzugsort dar, an dem sich Klientinnen bzw. Klienten „wohl fühlen“ können (Herr G, SBW, 12). Teilweise ist der Anspruch, eine Unterkunft zu haben, durch negative Erfahrungen der Wohnungslosigkeit begründet: „Erstmal ist es gut, dass es sowas gibt. Also sonst kannte ich ja nur Wald [..]“ (Herr B, IBW, 4).

#### ▪ **Sicherheit durch soziale Kontakte und Strukturen**

Mit anderen zusammen zu leben oder auch Kontakt zu Mitarbeitenden zu haben, schafft Geborgenheit und das Gefühl von Zugehörigkeit. Dadurch wird Sicherheit begünstigt.

Das Zusammenleben mit anderen kann von stationär betreuten Klientinnen und Klienten als essentiell empfunden werden: „Dass ich hier unter Menschen bin, das ist für mich sehr wichtig. Ich hab vorher auch nur in WGs gelebt, also ich brauch immer Menschen um mich rum“ (Herr A, SBW, 12). Deutlich wird es auch bei der Antwort von Herrn E auf die Frage, wie das Leben durch das IBW beeinflusst wird: „Dass ich nicht alleine bin ist schon mal wichtig. Weil meine Freundin arbeitet ja auch ne ganze Zeit“ (Herr E, IBW, 64). Besonders zu Beginn der Wohnunterstützung kann dies das Gefühl von Alleinsein vermeiden: „Wohnheim ist gut, dass man nicht alleine ist halt (.) fürn Anfang“ (Herr K, IBW, 266).

Wohnunterstützung ermöglicht es, Kontakte zu knüpfen (Herr A, SBW, 80; Herr G, SBW, 30). Diese werden mitunter zu Freundschaften, die über einen Wechsel hinaus fortbestehen (Herr B, IBW, 121). Auch für Personen, die keinen engen Kontakt wünschen, kann die Anwesenheit anderer Klientinnen und Klienten als hilfreich empfunden werden. Für Herrn M z. B. ist der Austausch mit anderen wichtig. Auch wenn er keine freundschaftliche Beziehung zu ihnen anstrebt, wird sein als grundlegend empfundenes Bedürfnis nach Austausch im Kontakt mit anderen Klientinnen und Klienten befriedigt:

*„[...] ich bin jetzt nicht besonders befreundet mit den meisten Bewohnern aus dem Haus, aber [...] es ist einfach sowas grundlegendes Wichtiges, dass ich doch [...] wenigstens einmal am Tag mal mit nem anderen Menschen spreche [...]. Auch in Zeiten wo es mir schlecht geht“ (Herr M, stat. Einzelwohnen, 189).*

Neben Gesprächen mit anderen Klientinnen und Klienten wurden von den Befragten auch andere gemeinsame Aktivitäten benannt: Alltagsaktivitäten wie Einnehmen gemeinsamer Mahlzeiten, Kochen, Spaziergehen, Gesellschaftsspiele spielen, gemeinsames Feiern und andere Freizeitaktivitäten (Herr M, SBW, 189-193; Herr G, SBW, 12-14; 30-32; 58; 84).

*IP: Ja ich gehe [...] mit Schwimmen. Ich helfe [den] Leuten, ich biete das an, wenn sie meine Hilfe brauchen (.) bin ich gerne da. Ich bin [...] gerne mit Leuten zusammen. Ich fühle mich auch da sicherer.*

*I: Wo fühle Sie sich sicherer?*

*IP: Wenn ich mit Leuten zusammen [...] arbeite, oder was zusammen machen.*

*I: Als wenn Sie das alleine tun würden, oder was meinen Sie, dass Sie sich sicherer fühlen mit Leuten zusammen?*

*IP: Jaa anstatt ich das alleine mache, ja.*

*I: Und welche Leute meinen Sie da in erster Linie? Eh andere die hier Wohnen // oder Mita //*

*IP: Andere Klienten, genau. (Herr G, SBW, 190-196)*

Das gemeinsame Wohnen mit anderen kann ein familiäres Gefühl erzeugen und das Wohlbefinden steigern (Herr G, SBW, 14; 30-32): „Hier ist es besser. Wie gesagt, ich fühl mich wie in ner großen Familie (..) [wo] jeder auf jeden achten muss“ (Herr G, SBW, 22).

Es wird als positiv empfunden, wenn auch die Mitarbeitenden Teil dieser familienähnlichen Strukturen sind und deren Beziehungen auch untereinander positiv sind (Herr M, SBW, 189-193; Herr B, SBW, 12-14):

*IP: [...] hier ist keiner (.) der irgendwie Stress macht oder so. (..) Oder man kein Stress hat hier. Hier ist alles ruhig, so locker. Das bezieht ja auch die Betreuer mit ein, ja locker so. Und nett.*

*I: Okay. Und wie/ (.) Woran macht sich das bemerkbar, dass es so locker ist, nett und so? // Haben Sie ein Beispiel?//*

*IP: //Ja die Atmosphäre so // wie die ein behandeln, [...] hier [ist] keiner, der rumschreit oder irgendwie sowas ne. (tiefes Einatmen) Alle [...] sich gut verstehen. Auch wir, wir die hier wohnen und so, die verstehen sich untereinander auch gut. Ja. Sind alle nett und und höflich und süß und lieb und so, ja. (Herr H, SBW, 37-39)*

#### ▪ **Sicherheit durch (Wieder-)Aufnahme von Aktivitäten des Alltagslebens**

Die Wohnunterstützung ermöglicht es Klientinnen und Klienten, grundlegende Aktivitäten des Alltagslebens aufzunehmen bzw. wiederaufzunehmen. Dazu zählen Behördengänge, Erledigung von Postangelegenheiten, Schuldenregulierung, Organisation von Finanzen, Arztbesuche, Klärung von Versicherungsangelegenheiten, Arbeit bzw. Beschäftigung und Bewerbungsprozesse, aber auch die Wiederaufnahme und Strukturierung von Haushaltstätigkeiten (Herr B, IBW; Herr G, SBW; Herr I, IBW; Herr J, SBW; Herr K, IBW). Diese wurden vorher vielfach über einen längeren Zeitraum vernachlässigt oder gemieden:

„Ich hab zum Beispiel Ewigkeiten gebraucht, irgendwas zum Amt zu schicken, wenn ich was brauchte, oder etwas sich verändert hat. Hab dadurch einige Schulden gemacht, ja.“ (Herr I, IBW, 16). Grund dafür war eine schlechte Gesundheitsverfassung.

Mit der Zeit wurde es für die Betroffenen immer herausfordernder, die Initiative zu ergreifen und diese Aufgaben anzugehen. Sie werden von ihnen jedoch als essenziell erachtet, um am Leben teilhaben zu können. Es fällt auf, dass dieser Subkategorie, mit Ausnahme von Herrn B, Textpassagen von Klientinnen und Klienten zugeordnet wurden, die vergleichsweise weniger lange Erfahrungen mit Wohnunterstützung gemacht haben.

*„[...] ich hab eh Posttraumatisches Belastungssyndrom, mit Ängsten zu tun gehabt, ich hab immer alles vermieden. [...] Hab mich in dem Sinne nicht mehr drum gekümmert um Gesundheit.“ (Herr B, IBW, 8)*

*„Da [vor der Wohnunterstützung] hab ich vieles noch nicht hinbekommen, also (.) sehr, sehr, sehr vieles. Und das hat dann am Ende dazu geführt, dass ich in ner Klinik gelandet bin [...]. Also, war schwierig, da überhaupt das Leben vernünftig auf die Reihe zu kriegen.“ (Herr I, SBW, 14)*

Diese Situationen können zum Erleben von Hilflosigkeit führen (Herr K, IBW, 2). Vernachlässigte Aufgaben können mithilfe der Wohnunterstützung jedoch wiederaufgenommen oder nachgeholt werden:

*„Und irgendwie [...] is mir alles zu viel und zu schwer geworden [...]. Ja und dann ham wir halt Sachen, die ich über die Jahre hab schleifen lassen, ham wir halt so n bisschen ja, nachgeholt, ne.“ (Herr J, SBW, 27)*

*„[...] wie man wieder [sein] Zimmer aufräumt, (.) staubsaugen. Man macht sich wieder n richtigen Plan. Das hatte man vorher ja gar nicht mehr gehabt [...]“ (Herr G, SBW, 130)*

Die Aufnahme der Aktivitäten des Alltagslebens bzw. die Unterstützung dabei führt zu einem Erleben von Erleichterung:

*„Das ist auch ne große Erleichterung, [...] Unterstützung gehabt zu haben und jetzt ruhig schlafen zu können. (.) Ist ja ganz wichtig“ (Herr B, IBW, 8)*

*„[...] wird mir da auch teilweise dadurch auch ne Last allgemein abgenommen“ (Herr I, SBW, 10).*

Die Wohnunterstützung kann hilfreich dabei sein, Aktivitäten des Alltagslebens nicht zu vernachlässigen, die Klientinnen oder Klienten selber nicht erkennen: „Weil manchmal sieht man es einfach nicht“ (Herr K, IBW, 38). Weil Herr I weiß, dass seine Bezugsmitarbeiterin fortwährend „auch mit auf die Sachen guckt“ und er erinnert wird, ist er nicht allein verantwortlich. Dadurch erfährt er Sicherheit, die ihn wiederum in die Lage versetzt, selbstständig zu agieren. Er nimmt die Wohnunterstützung als „Stütze“ wahr, wodurch ihm eine „Last allgemein abgenommen wird“ (Herr I, IBW, 10). Dies ist nur solange notwendig, „bis das von alleine dann irgendwann läuft“ (Herr I, IBW, 18-28; 54). Als Beispiel nennt er das Schreiben von Bewerbungen oder Behördenangelegenheiten:

*„wie zum Beispiel wenn ich ne Bewerbung abschicke, oder halt, ehm (.) ja, andere Sachen zum ähm, zum Beispiel was zum Amt bringe, Ähnliches. Ich weiß auf jeden Fall, da ist auch noch jemand und (.) die Personen helfen halt. Die wissen halt, was ist mit mir los, was ist Sache (.) was brauch ich? Und unterstützen mich da.“ (Herr I, IBW, 12)*

Insgesamt kann die Unterstützung die Teilhabe ermöglichen:

*„Eventuell so wie bei mir halt, dass man erstmal in einer Klinik war und dass man dann halt Unterstützung braucht, um wieder am Leben teilhaben richtig zu können.“ (Herr I, IBW, 2)*

Die Art der Unterstützung durch Mitarbeitende ist vielschichtig und den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten angepasst. So informieren diese über Bürgerpflichten und Versicherungen: „Ich wusste das nicht mit der Krankenkasse“ (Herr B, IBW, 51), erarbeiten gemeinsam Haushaltspläne (Herr I, IBW, 8), begleiten Klientinnen und Klienten bei Behördengängen bzw. Arztbesuchen oder erinnern an Termine wie Wohnortummeldungen (Herr K, IBW, 38) oder Bewerbungsfristen (Herr I, IBW, 12):

*„Und da hab ich halt von hier richtig viel Unterstützung gekriecht, erstmal überhaupt, dass ich die Termine gemacht hab, dann wahrgenommen hab und bin ich auch schon mal hingebacht worden, ne, wenn dat jetzt halt irgendwie mal (.) jetzt halt n Aufwand war [...]. Ja und da sind einige Arzttermine [...] zusammengekommen, ne. Ja. Viel hab schleifen lassen.“ (Herr J, SBW, 27)*

Die Unterstützung kann dazu führen, dass Klientinnen und Klienten wieder „Fuß fassen können“ (Herr G, SBW, 130). Sie verfolgen dann das Ziel, diese grundlegenden Aktivitäten zukünftig selbst aufrechterhalten zu können: „Man [bekommt] halt dann Hilfe bei alltäglichen Aufgaben, beziehungsweise Unterstützung. Aber vor allem halt in der Richtung, dass man das selber wieder hinbekommt alles“ (Herr I, IBW, 2).

#### ▪ **Sicherheit in Bezug auf Gesundheit**

Das Thema Gesundheit wurde vielfach als wichtigster Grund für die Aufnahme der Eingliederungshilfe Wohnen genannt. Wie in der vorherigen Subkategorie beschrieben, wurden zuvor oftmals grundlegende Aktivitäten des Alltagslebens vernachlässigt. Dies gilt insbesondere für die Gesundheit bzw. die Gesundheitsvorsorge. Die Wohnunterstützung schafft in Bezug auf Gesundheit Sicherheit. Bei der Kategorienbildung konnten innerhalb dieser Subkategorie drei zentrale Themenbereiche identifiziert werden:

##### *Wiederaufnahme der Gesundheitsvorsorge*

Wie in der Subkategorie „(Wieder-)Aufnahme von Aktivitäten des Alltagslebens“ beschrieben, kann für Klientinnen und Klienten die (Wieder-)Aufnahme von Arztbesuchen als Teil der eigenen Gesundheitsvorsorge essenziell für das Sicherheitsempfinden sein (Herr B, IBW, 8; Herr J, SBW, 28). Herr J betont, dass es ihm insbesondere am Anfang wichtig war, dass Arztbesuche wieder aufgenommen werden:

*„[...] Ich hab da auch erstmal viel Wert drauf gelegt auf die Ärztegeschichte. Ich hab Arzttermine und eh sowas draußen, also bevor ich hier eingezogen bin, so gut wie gar nicht mehr wahrgenommen, ne. Und irgendwie ah is mir alles zu viel und zu schwer geworden [...]. Ja und dann ham wir halt Sachen, die ich über die Jahre hab schleifen lassen, ham wir halt so n bisschen ja, nachgeholt, ne. Und da hab ich halt von hier richtig viel Unterstützung gekriecht erstmal überhaupt, dass ich die Termine gemacht hab, dann wahrgenommen hab und bin ich auch schon mal hingebacht worden, ne, wenn dat jetzt halt irgendwie mal (.) jetzt halt n Aufwand war, irgendwo nach [Stadtname] fahren oder sowas, ne. Ja und da sind einige Arzttermine beisammen=zusammengekommen, ne. Ja. Viel hab schleifen lassen.“ (Herr J, SBW, 26-28)*

Je länger kein Kontakt zu Ärztinnen und Ärzten bestand, desto schwieriger wird es, diese aufzusuchen. Herr B berichtet von Schamgefühlen dabei, Ärztinnen und Ärzten gegenüber sagen zu müssen, dass er auf der Straße gelebt habe. Die Anwesenheit der Mitarbeitenden bei den Arztgesprächen und ihre Ermutigung die Wahrheit zu sagen, halfen ihm dabei, die Beziehung

zu Ärztinnen/Ärzten wieder aufzubauen, die er nun als Ressource erlebt. Wenn er heute Bedarf hat, ist er in der Lage, selbstständig den Kontakt zu den betreffenden Ärztinnen und Ärzten aufzunehmen: „Hab ich jetzt so gute Ärzte. Wo ich auch mal hingehen kann, wenn ich merke ich werde unruhig oder so. [...] Und da komme ich eigentlich ganz gut klar. (.) Weil im Winter habe ich auch immer so Dephphasen. Aber da sagt die Ärztin [.], das ham viele Menschen im Winter. Und ja wie gesagt und jetzt kümmerge ich mich auch hier mit meinen Durchblutungsstörungen und so“ (Herr B, IBW, 53).

Die Wohnunterstützung und die damit einhergehende Entlastung kann für Klientinnen und Klienten eine Phase darstellen, in der sich mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen können. Anschaulich wird das in der Aussage von Herrn M:

*„Wohnunterstützung [...] versetzt mich natürlich auch [in] ne Möglichkeit, an mir zu arbeiten und ehm irgendwie in ne Situation zu kommen, wo ich langfristig mit mir selbst und meiner Krankheit zurechtkomme. (Räuspert) Und das ist natürlich auch was Wichtiges und für mich Notwendiges würd ich sagen“ (Herr M, SBW, 203).*

### *Unterstützungssicherheit bei Krisen*

Klientinnen und Klienten gaben an, sich an die Mitarbeitenden wenden zu können, wenn sie sich in einer Krise befinden oder sie das Gefühl haben, dass eine Krise droht. Dabei bezogen sie sich sowohl auf die psychische als auch die physische Gesundheit. Neben Gesprächen mit Mitarbeitenden finden dann z. T. auch Gespräche mit anderen Klientinnen und Klienten statt, die als hilfreich im Umgang mit Erkrankungen erlebt werden (Herr A, SBW, 75-78; Herr D, IBW, 19-22; Herr E, IBW, 69-74; Herr F, SBW, 42-53; Herr G, SBW, 57-58; Herr M, stationäres Einzelwohnen; 189; Frau N, IBW, 50).

Diese Hilfe kann uneingeschränkt genutzt werden: „Da kann ich rund um die Uhr anrufen, die habe da so ne Hotline-Nummer, ja und dann kommt jemand“ (Herr E, IBW, 69); „dass man Tag und Nacht in gewisser Weise jemanden erreichen kann“ (Frau N, IBW, 40). Hilfe kann aber auch dadurch eingeschränkt sein, dass nicht alle Mitarbeitenden unterstützend wirken:

*„dann kommts immer drauf an, wer [Mitarbeitende/r] dann gerade da ist. Entweder sagt die Person, setzen Sie sich mal hin, dann reden wir ein bisschen oder die Person sagt, ja dann sehen Sie zu, dass Sie damit fertig werden, gehen Sie mal auf Ihr Zimmer, joa. Also es gibt hier Leute mit denen kann man schon vernünftig reden, die können einem schon helfen, ja.“ (Herr A, SBW, 76)*

Bei der Ansprache der Mitarbeitenden bei Problemen, Krisen oder Fragen sind keine negativen Konsequenzen zu fürchten. Deutlich wird das z. B. in der Aussage von Herrn K:

*IP: [...] das bedeutet das [das IBW] für mich. Ja. (..) Trotzdem noch irgendwo n Rückhaltspunkt zu haben, falls ich mal ne Frage hab oder (.) irgendwas Krasses is.*

*I: Was könnte das sein? Das // Krasse? //*

*IP: // Was? // N Rückfall zum Beispiel. (..) Ja. Da komm ich hierhin. (.) Und würde das besprechen. Und mir würde nicht der Kopf (.) direkt abgerissen werden. (Herr K, IBW, 71-75)*

Psychische Belastungen werden von den Mitarbeitenden teilweise auch erkannt, ohne dass Klientinnen und Klienten diese ihnen gegenüber ansprechen müssen, was von den Befragten ebenfalls als entlastend empfunden wird (Herr B, IBW, 129-133; Herr D, IBW, 19-22). Auch regelmäßige Treffen und Kontakte mit den Bezugsmitarbeitenden können einen positiven Einfluss auf das Sicherheitsempfinden haben (Herr B, IBW, 150-157; Herr M, stat. Einzelwohnen, 189; Frau N, IBW, 50).

Das Wissen, sich im Falle einer Verschlechterung der Gesundheit oder bei einer drohenden Krise an jemand wenden zu können, vermittelt das Gefühl von Sicherheit (Herr B, IBW, 129-133; Herr G, SBW, 128): „[es besteht die Gefahr] dass irgendwas passiert. Aber es passiert nichts. Ich werd nur geholfen dabei ne. Wenn irgendwas losgehen sollte.“ (Herr G, SBW, 128). Herr D sagt sogar, dass er grundsätzlich keine Unterstützung benötigen würde, diese ihm aber Sicherheit im Umgang mit seiner Erkrankung bzw. Gesundheit geben würde:

*„Eh ich brauch // ja eigentlich großartig keine Unterstützung, (...) weil (.) die Unterstützung is für mich ei/einfach nur die Hilfestellung, falls das mal großartig wär jetzt (unv.) die Medikamente, das kann man schon sehen.“ (Herr D, IBW, 166)*

*„Ja, für mich ist das sicherer, (.) weil ich bin ja auch [...] nen langen Weg jetzt gegangen durch die Psychiatrie. (.) Bin das zweite Mal dann auch geschlossen gewesen. (..) Und jetzt beim zweiten Mal ist mir eigentlich erst bewusst geworden, (..) dass (.) ich nich wieder in eine Psychose gerate, (.) so lange ich auch den Kontakt zu den Bezugsbetreuern oder Betreuerin (.) oder Mitarbeitern hab, (.) die hier vor Ort auch gleich sind“ (Herr D, IBW, 17)*

Frau C ist an sich unzufrieden mit der Wohnunterstützung, schätzt aber dennoch, dass sie Fahrten zu Ärztinnen und Ärzten nun nicht mehr allein bewältigen muss und Mitarbeitende bei den Arztterminen anwesend sind. Außerdem berichtet sie positiv davon, dass sie dabei unterstützt wird, Tabletten zu organisieren (Frau C, SBW, 5-17; 121-137).

#### *Aufrechterhaltung von Gesundheit*

Die Wohnunterstützung kann das individuelle Gesundheitsverhalten verbessern bzw. die Gesundheit und die Krankheitsbewältigung fördern sowie das verbesserte Gesundheitsverhalten aufrechterhalten. Die Inanspruchnahme der angebotenen Tagesstruktur ermöglicht es Herrn M beispielsweise, basale Bedürfnisse wie Schlafen und Essen nicht zu vergessen, was letztlich Krisen vorbeugt (Herr M, stationäres Einzelwohnen, 133-135; 189). Herr H gibt an, dank der Wohnunterstützung stationäre Psychiatrieaufenthalte vermieden zu haben (Herr H, SBW, 41-45; 120): „Und jetzt bin ich aber schon zwei, drei Jahre stabil so, dass ich auch nicht ins Krankenhaus gekommen bin“. Klientinnen und Klienten mit Suchterkrankungen berichten, dass sich ihr Suchtverhalten durch die Wohnunterstützung stark verbessert habe, teilweise hätten sie seit Einzug ins Wohnheim keine Drogen mehr konsumiert (Herr F, SBW, 42-53; Herr H, SBW, 41-45; Herr J, SBW, 253). Wie oben beschrieben, können dabei soziale Kontakte zu Mitarbeitenden sowie anderen Klientinnen und Klienten hilfreich sein (z. B. Herr F, SBW, 53). Herr J nennt aber auch unregelmäßige Alkoholtests als förderlichen Kontrollmechanismus:

*„Ich glaub das schon, dass ich weiß ja, ich muss morgens aufstehen, puste ab, nehm meine Medikamente. Indem ich weiß ich puste ab, weiß ich ja ich könnte nachts nicht trinken. Also da hat man so ne Sicherheit. Dieses Abpusten morgens und abends. [...] am Anfang ham wa das so gemacht, dass ich mir so selbst auferlegte Urinkontrollen immer, ne. Dass ich sachte, ich möchte das gerne so [...] ne Sicherheit für mich*

*selber, dass ich jeden Montag, [...] so Drogenscreenings [mache]. Und das hat mir am Anfang schon geholfen, ja, nicht zu konsumieren. Weil man weiß, wenn ich jetzt konsumiere, dann und dann muss ich Urin abgeben. Kann ich nicht, fall ich auf, also lass ich es sein. Ne. Nur irgendwann haben wir das dann gar nicht mehr so regelmäßig gemacht, diese Montagskontrollen. Und ich hab trotzdem nichts gemacht.“ (Herr J, SBW, 253)*

Von einem anderen Klienten wird betont, dass das Drogenverbot im Wohnheim für ihn eine Sicherheit darstelle. Er habe seit elf Jahren nicht mehr konsumiert und sei Dank der Wohnunterstützung nun in der Lage, zu reflektieren, welche Auswirkungen der Konsum auf sein Leben hatte (Herr F, SBW, 42-53):

*„Erstens ist es verboten, (.) ne so hierzu nehmen, so. (..) Eh ja mir hilft [...] mir die Vorstellung zu machen, was mich das immer gekostet hat. Nicht Geld mein ich jetzt so, für mein Leben so. Ich war dann eh eh (.) Monate lang clean, dann hab ich ein Druck gemacht und dann schmiss mich das paar Monate wieder zurück in meiner Entwicklung. Und das halt ich mir immer vor's Auge so, das hilft mir. Ja.“ (Herr F, SBW, 47)*

Herr B führt dazu weiter aus, dass nun nicht mehr die Spielhalle oder der Alkohol seine „Burg“ oder seine „Festung“ seien, sondern diese nun seine Wohnung bzw. das IBW sei:

*IP: Und darum ist ja auch so, ne, auch mit der Spielsucht und so, dass ich mir heute sage das brauchst du nicht mehr. Früher war die Spielhalle meine Burg, meine Festung, meine Sicherheit. Ne, und jetzt ist es hier (lacht).*

*I: Mhm, was ist genau jetzt anders?*

*IP: (.) Ja, eh. Gegenüber das Spielen? // Oder? //*

*I: // Genau. // Alles so.*

*IP: Ja, früher habe ich mich entweder hier eh im Alkohol vergraben oder in der Spielhalle. Und da war ich morgens aufgemacht bis Nacht, bis sie zu gemacht hat. Auch wenn ich gewonnen hatte. Mir wars egal. Auch wenn ich, ne. Ich hab solange gespielt, bis ich blank war. (Herr B, IBW, 484-488)*

Möglich sei dies dadurch, dass er jetzt „mit offenen Augen durchs Leben gehe“ (Herr B, IBW, 490), sowie durch ein größeres Selbstvertrauen: „Oder mir nichts mehr so groß gefallen lasse wie früher. Ne. Dass ich anfangs mich zu wehren oder wenn ich meine ich werde ungerecht behandelt, dass ich, ne, das auch mal sage“ (Herr B, IBW, 490).

#### ▪ **Unterstützungssicherheit**

Nahezu alle befragten Klientinnen und Klienten äußern, es als hilfreich zu empfinden, sich bei Unterstützungsbedarf an die Mitarbeitenden ihres jeweiligen Dienstes wenden zu können. In dieser Subkategorie sind darunter sämtliche Lebensbereiche gefasst – wobei die Verfügbarkeit der Mitarbeitenden bezüglich des Lebensbereichs Gesundheit in der vorangegangenen Subkategorie ausführlich beschrieben wurde. Die Klientinnen und Klienten fühlen sich sicherer dadurch, dass sie sich auch nachts an die Mitarbeitenden wenden können (Herr A, SBW, 79-80; Herr B, IBW, 16; Frau C, SBW, 5-17; Herr D, IBW, 108; Herr E, IBW, 29-34, 69-74; Herr H, SBW, 184-186; Herr I, IBW, 10, 18-28; Herr J, SBW, 4-10; Herr K, IBW, 70-75; Herr M,



stationäres Einzelwohnen, 12-16; Frau N, IBW, 8): „Da kann ich rund um die Uhr anrufen, die haben da so ne Hotline-Nummer, ja und dann kommt jemand“ (Herr E, IBW, 70). Während bei Herrn E abgesprochen wurde, dass jemand auf seinen Wunsch hin zu ihm kommt, können auch andere Vereinbarungen zur Ansprache durch Mitarbeitende getroffen bzw. der Situation entsprechend umgesetzt werden. So beschreibt Frau N, dass sie die Mitarbeitenden bei Bedarf anruft und während des Telefonats entschieden wird, ob jemand zu ihr fährt. Manchmal reicht nämlich bereits das Telefonat selbst aus, damit sie sich wieder sicherer fühlt. Das gilt insbesondere für nächtliche Anrufe (Frau N, IBW, 2-8): „Dann ruft man zum Beispiel in 'nem Wohnheim an, bei den Nachtwachen und die überlegen dann, ob sie jetzt jemandem, der Dienst hat vom IBW, Bescheid sagen, dass DER dann vorbeikommt, wenn irgendwie was ist“ (Frau N, IBW, 2).

Die empfundene Sicherheit durch die ständige Erreichbarkeit der Mitarbeitenden gilt für die Befragten des IBW und des SBW gleichermaßen. Frau N, die vom SBW ins IBW wechselte, sagt beispielsweise: „Also, ich war ja vorher im WOHNHEIM und da war das ja eigentlich, dass IMMER jemand ansprechbar war. Und im IBW ist es jetzt so, also wenn jetzt irgendwie etwas ist, dann kann ich da anrufen. Also im Grunde auch Tag und Nacht“ (Frau N, IBW, 2).

Mitarbeitende bei Bedarf anzusprechen scheint in beiden Wohnformen den Alltag zu bestimmen. Wichtige Anliegen, die nicht aufgeschoben werden können, werden „dazwischengeschoben“ (Herr K, IBW, 320). Es können auch Vereinbarungen getroffen werden, wonach sich die Klientin bzw. der Klient bei den Mitarbeitenden meldet, wenn Unterstützungsbedarf besteht, sonst aber selbstständig ist (Herr K, IBW, 63-65; Herr F, SBW, 218-225):

*„[...] ich WILL von denen nichts. Ich will eh (..) ich will meine Sachen alleine machen, deswegen lassen die mich auch in Ruhe. Aber ich könnte jeder Zeit sagen, ey, meine Bude steht voll ab. Ich weiß nicht mehr weiter, wo ich anfangen soll, wo ich aufhören soll. Bitte hilf mir, ne, dann machen die das auch.“ (Herr F, SBW, 225)*

Frau N nennt den Begriff „Sicherheitsnetz“ (Frau N, IBW, 50). Das Gefühl, immer jemanden kontaktieren zu können „beruhigt“ sie: „Wenn man weiß, okay du BIST dann da nicht alleine, du kannst zur Not anrufen“ (Frau N, IBW, 42). Das Gefühl nicht allein mit der Situation fertig werden zu müssen, ermöglicht ihr, selbstständiger zu handeln und mehr erledigen zu können:

*„wenn ich jetzt Bus fahre und mir immer denke, okay wenn's jetzt wirklich GAR nicht geht und ich bin jetzt irgendwo und es wirklich GANZ, GANZ schlimm, dann weiß ich okay, zur NOT rufst du einfach beim IBW an und VIELLEICHT kommt dann jemand und fährt dich nach Hause. Ich mein das ist noch NIE passiert, aber dadurch hat man immer noch so diesen Plan B, so für den Notfall und dann schafft man auch mehr.“ (Frau N, IBW, 44)*

## ▪ **Unsicherheit**

Um die mit Wohnunterstützung einhergehende Sicherheit auch bei selbstständigerem Wohnen aufrechterhalten zu können, entscheiden sich Klientinnen und Klienten z. T. dazu, in eine Wohnform mit einem niedrigeren Unterstützungsgrad zu wechseln. Dadurch haben sie weiterhin Mitarbeitende als Ansprechpersonen für die unterschiedlichsten Anliegen (siehe Kategorie 2: Ziele in Bezug auf das Wohnen). Der Gedanke an einen Wechsel kann jedoch Unsicherheiten verursachen, weil nicht klar ist, ob eine weniger enge Betreuung ausreichend sein wird (Herr M, stationäres Einzelwohnen, 44-48). Herr G sagt beispielsweise: „Ich hab jetzt schon

so leicht Bauchschmerzen, wenn ich daran denke“ (Herr G, SBW, 136) und es wird deutlich, dass ein Wechsel mit der Gefahr des Vertrauensverlusts einhergehen kann:

*„Ja ich hab die Angst natürlich, dass die Kontakte dann nicht mehr da sind. Dass man dann [...] neue Kontakte knüpft. Ist natürlich schwierig (.) ja, wie soll ich das erklären? (..) Ist natürlich schwierig, son neues braucht auch Zeit, Vertrauen muss da sein. [...]“ (Herr G, SBW, 38).*

Auch der Gedanke an die Beendigung der Unterstützung kann Unsicherheiten auslösen:

*„Wenn ich allein wär, wieder eine ganz normale Wo=Wohnung finde. [...] dass ich dann ganz alleine bin wieder und dass ich dann wieder unsicher werde. Oder Mist baue oder wenn ich so wie im Winter, jetzt wo meine depressiven Phasen kriege, ne. Und dann ko/ geh ich auch nicht raus, dann lieg ich aufer Couch. Ne, so Winterdepression (unv.), ne. Und man kriegt nichts auf die Reihe.“ (Herr B, IBW, 133)*

Herr B verfolgt das Ziel, dass sich seine Wohnsituation nicht verändert (Herr B, IBW, 67). Er ist unsicher im Hinblick darauf, ob der Leistungsträger einer Verlängerung zustimmt und blickt darum mit „Nervosität“ auf das in einem Jahr anstehende Hilfeplangespräch (Herr B, IBW, 127; 328-333). Die Zusicherung seitens der Mitarbeitenden, dass er in keinem Fall wohnungslos wird („Sie kriegen ne Wohnung. Da kümmern wir uns schon. Wir setzen Sie nicht auf die Straße“; Herr B, IBW, 129) entlastet ihn nicht: „Aber sag ich, was ist denn dann mit der Sicherheit?“ (Herr B, IBW, 129). Auch an der Aussage von Herrn F wird deutlich, dass mit dem Auszug aus dem Wohnheim Sicherheiten verloren gehen würden: „Man ist hier RAUS und fertig so. Man ist auf SICH eh (.) auf sich gelassen so“ (Herr F, SBW, 85).

Für die Befragten können Unsicherheiten in ihrem Alltag auch durch das Verhalten der Mitarbeitenden entstehen. Mit Ausnahme von Herrn A bezogen sich ihre Erfahrungen dabei auf frühere Wohnerfahrungen. Herr A sagt, dass es keine qualifizierten Mitarbeitenden gäbe, die ihn bei Fragen zu seiner psychischen Erkrankung zur Verfügung stünden: „Wir haben hier wirklich alles rumlaufen vom Sozialarbeiter bis zum Suchttherapeuten, aber keinen, der sich mit psychischen Erkrankungen auskennt“ (Herr A, SBW, 90). Das führt dazu, dass er nicht an einem gesundheitsschädigenden Verhalten gehindert wird (Herr A, SBW, 71-74):

*I: Also so ähm, wen Sie jetzt nicht hier wohnen würden, dann wäre alles genauso wie sonst?*

*IP: Hm naja alles nicht (lacht) dann würde ich mich wahrscheinlich totsaufen oder sowas (lacht). Aber ja. [...] Aber das kann man hier ja genauso machen. (Herr A, SBW, 71-74)*

Herr E war verunsichert, als ihn der Dienst nicht über den Krankheitsausfall seiner Bezugsmitarbeiterin informierte, auf die er vergeblich wartete (Herr E, IBW, 250-260). Herr B wünschte sich in einem vorherigen Wohnheim einen engeren „familiären“ Kontakt zu den Mitarbeitenden „aber zumindest, dass man [...] einen Ansprechpartner hat, der um einen Bescheid weiß“ (Herr B, IBW, 281). Das Defizit sieht er in der Überlastung der Mitarbeitenden begründet. Sie müssten viele Klientinnen und Klienten betreuen und hätten dadurch für die Einzelnen nicht ausreichend Zeit: „Manchmal hab ich erst nach 14 Tagen [einen] Termin gekriegt bei ihr, ne“ (Herr B, IBW, 494). Herr G hat in einem Wohnheim, in dem er früher gewohnt hat, die Erfahrung gemacht, dass die Zusammenarbeit innerhalb der Gruppe der Mitarbeitenden nicht funktionierte: „ANGEKOMMEN bin ich da nie, weil die Zusammenarbeit, die lief nie richtig“ (Herr G,

SBW, 16). Das führte dazu, dass er trotz seines Bedürfnisses nach Unterstützung nicht auf die Mitarbeitenden zugegangen sei und letztlich wenig Unterstützung erfahren habe. Die Mitarbeitenden vermittelten nicht den Eindruck, aktiv werden zu wollen: „Man dachte nur immer, die warten auf den Gong, dass es Dienstende wird und das ist nicht so schön gewesen“ (Herr G, SBW, 15-20).

Herr F berichtet davon, dass er in dem Wohnheim, in dem er vorher wohnte, weniger Unterstützung bekam, was ihm zunächst gut gefiel. Bei Verschlechterung seiner Gesundheitssituation benötigte er jedoch mehr Unterstützung, die in der von ihm bewohnten Einrichtung nicht gewährleistet werden konnte. Der Bedarf wurde jedoch erkannt, sodass er in ein für ihn geeigneteres Wohnheim umziehen konnte:

*„Damals, eh am Anfang GEFIEL mir das so. [Dass sie einen] am Tag einmal gesehen haben und dann wieder abgehauen sind ne und dann hat ich meine Ruhe so ne. Später, später wo meine Ängste dann kamen dann eh gefiel mir das nicht mehr so. Fühlt‘ ich mich so fallengelassen so. Da braucht ich diesen intensiven Dings Betreuung“ (Herr F, SBW, 29).*

### ▪ Zusammenfassung

Die Beschreibung der zentralen Kategorie 3 *Sicherheit und Unsicherheit* macht die Bedeutung von Sicherheit für Klientinnen und Klienten des IBW und SBW deutlich. Sie erwarten von der Wohnunterstützung Sicherheit auf unterschiedlichen Ebenen, die zum Teil eng miteinander verzahnt sind.

Auf der grundlegendsten Ebene bietet die Eingliederungshilfe Klientinnen und Klienten eine Unterkunft, wodurch ein fundamentales Bedürfnis nach Sicherheit befriedigt wird. Außerdem wird das essenzielle Bedürfnis nach Kontakt zu anderen Menschen durch die Wohnformen sichergestellt. Das Zusammenleben und die Interaktion mit anderen sowie der Kontakt zu den Mitarbeitenden verhindert Isolation und lässt zum Teil ein familiäres Gefühl entstehen. Die Interaktion innerhalb der Wohnunterstützung ermöglicht bzw. steigert die Teilhabe, wenn auch nicht unmittelbar an der Gesamtgesellschaft, sondern zunächst innerhalb einer Gruppe von Mitbetroffenen sowie des Hilfesystems.

Sicherheit entsteht durch das SBW und das IBW außerdem, indem Aktivitäten des Alltagslebens der Klientinnen und Klienten (z. B. Amtsgänge, Arztbesuche, Organisation von Finanzen und Arbeit bzw. Beschäftigung) wieder aufgenommen werden, die aufgrund von Schwierigkeiten im Umgang mit den Erkrankungen vernachlässigt wurden. Mitarbeitende klären dann auf, helfen direkt, indem sie z. B. gemeinsam mit der Klientin/dem Klienten zu Terminen fahren, erinnern an Aufgaben oder Fristen und nehmen Scham, Aufgaben wie z. B. Behördengänge auch nach langer Zeit wieder aufzunehmen. So wird aus Hilflosigkeit Erleichterung. Auch werden Klientinnen und Klienten befähigt, zukünftig die individuell relevanten Lebensbereiche selbstständig zu gestalten.

Insbesondere gilt dies für den Lebensbereich Gesundheit. Die Wohnunterstützung ermöglicht es, Kontakt zum Gesundheitssystem herzustellen und dadurch die oftmals viele Jahre vernachlässigte Gesundheitsvorsorge wieder aufzunehmen. Es können positive Beziehungen zu Ärztinnen und Ärzten (wieder) aufgebaut und das Vertrauen ins Gesundheitssystem gefördert werden. Die Wohnunterstützung vermittelt aber auch Sicherheit bei Problemen und Krisen. Diese entsteht schon dadurch, dass Klientinnen und Klienten darauf vertrauen können, dass

sie im Bedarfsfall Unterstützung bekommen. Auch vermittelt die Wohnunterstützung Sicherheit, eine verbesserte Gesundheit aufrechterhalten zu können. Möglich wird dies durch Tagesstruktur, Kontakte zu anderen Klientinnen und Klienten sowie Mitarbeitenden und Restriktionen des Drogenkonsums. Rückfälle und Klinikaufenthalte können vermieden werden und Klientinnen und Klienten werden zur Reflexion und zum Erkennen eigener Bedürfnisse befähigt. Sie können sich mit ihrer Erkrankung auseinandersetzen, weil andere Aufgaben abgenommen werden.

Wenn Dienste ihren Klientinnen und Klienten die Möglichkeit bieten, sich bei Bedarf jederzeit melden zu können, fördert das ihr Sicherheitsempfinden. Entlastung entsteht auch dadurch, dass Klientinnen und Klienten darauf vertrauen können, dass sie von Mitarbeitenden auf Dinge aufmerksam gemacht werden, die sie ansonsten vernachlässigen würden. Sie können Verantwortlichkeiten komplett oder teilweise abgeben, was als beruhigend empfunden wird. Dies kann sich positiv auf ihr Selbstbewusstsein auswirken. Klientinnen und Klienten trauen sich mit der Unterstützung mehr zu und nehmen dadurch stärker am gesellschaftlichen Leben teil. Die durch die Entlastung frei gewordenen Ressourcen können dazu genutzt werden, sich mit anderen Aspekten wie der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen.

Durch die Wohnunterstützung im IBW und SBW kann aber auch Unsicherheit entstehen. Zum einen durch einen Wechsel oder den Gedanken an einen Wechsel oder an Auszug. Klientinnen und Klienten sehen darin z. T. die Gefahr, nicht mehr mit der Wohnunterstützung verbunden zu sein und Kontakte aufgeben zu müssen. Auch der unsichere Ausgang des Hilfeplangesprächs zur weiteren Finanzierung der Wohnunterstützung kann den Verlust von Sicherheit bedeuten. Zum anderen können Mitarbeitende zur Verunsicherung beitragen, wenn sie als nicht unterstützend bei Krisen oder Problemen wahrgenommen werden und vor allem, wenn sie nicht erreichbar sind oder das Gefühl von Desinteresse vermitteln. Die Befragten wünschen sich z. T. einen einfacheren Zugang und engeren Kontakt zu den Mitarbeitenden. Fehlt dieser, vermuten sie Überlastung und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit im Team. Schließlich kann Unsicherheit durch unzureichende Betreuungsintensitäten entstehen, wenn sich Klientinnen und Klienten nicht ausreichend gut versorgt sehen.

#### **B.2.3.4 Kategorie 4: Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit**

Wie Kategorie 3 stellt auch Kategorie 4 eine Schlüsselkategorie dar, in der eine Vielzahl der von den befragten Klientinnen und Klienten genannten Aspekte in Bezug auf Erwartungen und Präferenzen der jeweiligen Settings SBW und IBW zusammengefasst werden. Untergliedert ist Kategorie 4 in fünf Subkategorien, die nachfolgend anhand von Textbeispielen dargestellt werden:

##### **▪ Selbstständigkeit als Voraussetzung für persönliche Entwicklung**

Für eine gelingende Wohnunterstützung ist aus Sicht einiger Klientinnen und Klienten Selbstständigkeit Grundvoraussetzung: „Man kann ne Menge [.] erreichen hier, wenn man mitmacht“ (Herr G, SBW, 8). Mitarbeitende bzw. Dienste bieten Hilfen an, die ein selbstständiges Leben ermöglichen oder fördern. Diese müssen jedoch von Klientinnen und Klienten angenommen und umgesetzt werden. Herr J sagt z. B.: „[...] dat Rezept kriechste vielleicht geboten, aber backen musste alleine.“ (Herr J, SBW, 134) und weiter: „[da] kommts immer drauf an, wat der Jeweilige dann draus macht, ne“ (Herr J, SBW, 149). Herr K bemerkt, dass er mehr Verantwortung tragen und selbstständig agieren muss, wenn er Hilfen annimmt, die ihm zu einem

selbstständigeren Leben verhelfen. Nicht alle Klientinnen und Klienten seien in der Lage, diese Verantwortung zu tragen (Herr K, IBW, 71).

Hilfen anzunehmen kann für die Erreichung von Selbstständigkeit notwendig sein. Herr G beschreibt, dass diejenigen Klientinnen bzw. Klienten, die Hilfen nicht annehmen und ohne die Mitarbeitenden agieren, nicht zur Selbstständigkeit befähigt werden. Sie nehmen die Chance nicht wahr, ihr Verhalten zu ändern und Hindernissen mit Unterstützung zu begegnen. Dadurch kann ihre Erwartung, durch die Wohnunterstützung Verbesserungen zu erreichen, nicht umgesetzt werden, wofür sie fälschlicherweise Mitarbeitende und andere Klientinnen und Klienten verantwortlich machen:

*IP: [...] es gibt ja welche die wollen das auf [...] Hand und (...) Brechen, oder wie man das sagt selber machen und dann klappt das nicht und dann heißt es schieß Haus D (...) eh Tschuldigung*

*I: Ne, kein Problem.*

*IP: Und eh (...) naja dann geben sie mal schnell auf und geben dann die Schuld hier [dem] Haus, hier an die Mitpatienten. Find ich nicht so toll, weil das nicht so die Wahrheit entspricht, ne.*

*I: Sondern?*

*IP: Eher andersrum. Die [Mitarbeitenden] versuchen ein zu erreichen [...] (Herr G, SBW, 74-78)*

Auch Selbstständigkeit auf körperlicher Ebene kann aus Sicht von Klientinnen und Klienten Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Wohnunterstützung sein, wie Herr B deutlich macht: „Solange ich selbstständig bin und nicht im Rollstuhl sitze und alles noch alleine schaffe. Ja nein, da bleibe ich hier“ (Herr B, IBW, 99).

#### ▪ **Kein Einfluss der Wohnunterstützung auf Selbstständigkeit**

In den Interviews wurde von Klientinnen und Klienten auch geäußert, dass das jeweilige Wohnsetting keinen oder kaum Einfluss auf die Lebensführung habe, weder positiv noch negativ. Allgemeine Aussagen wurden z. B. von Frau C, Herrn D und Herrn E getroffen:

*I: Mhm, ok. Wie ist das denn so, ehm, mit dem Alltag? Also in wie weit können Sie darüber entscheiden, wie Sie ihr Leben führen? IP: Ich bin frei, ich kann frei entscheiden wie ich mein Leben führe. (Frau C, SBW, 57-58)*

*I: [...] Inwieweit können Sie denn darüber entscheiden, wie Sie Ihr Leben führen? IP: Ja, wie gesagt. Ich lass mir von keinem irgendwas einreden und so. (Herr E, IBW, 277-278)*

*I: [...] in wie weit können Sie darüber entscheiden, wie Sie Ihr Leben führen?*

*IP: (...) Selbstständig.*

*I: (...) Ok. Da/wie genau/ wie genau läuft das?*

*IP: Ja, man steht morgens auf, man geht seinen Verpflichtungen nach, (...) dann hat man seine (4) seine Freizeit, man kann, tja, ich kann mi'm Moppet irgendwo hinfahren vielleicht mal auch. [...] Eigentlich selbstständig, wie gesagt.*

*I: Mhm, ähm, was würden Sie sagen, wie nehmen Sie am gesellschaftlichen Leben teil?*

*IP: (7) Ja, im Großen und Ganzen, wie jeder andere, denk ich. (Herr D, IBW, 223-230)*

Auf die Frage, wie sie ihre Wohnziele erreichen können, antworten einige der Befragten, dass dies aus eigenem Antrieb geschehe (Herr D, IBW, 196-172; Herr K, IBW, 214-217; 263-264). Herr K sagt z. B.: „Einfach fleißig arbeiten, Geld verdienen und (.) gucken, dass ich nicht zu viel ausbebe [...]“ (Herr K, IBW, 217). Beim Übergang vom SBW zum IBW oder eigenständigen Wohnen werden Wohnungen, wie in Kategorie 2 bereits beschrieben, teilweise selbst oder mit Hilfe von Bekannten außerhalb der Wohnunterstützung gesucht (Frau C, SBW, z. B. 32; Frau N, IBW, z. B. 14-18).

Von den Befragten wurde teilweise auch gesagt, dass das jeweilige Wohnsetting keinen Einfluss auf ihre sozialen Kontakte habe. Die könnten unabhängig und selbstständig von der Wohnunterstützung aufgebaut und gepflegt werden (Frau C, SBW, 78-83; Herr D, IBW, 153-158; Herr E, IBW, 139-144):

*IP: Ich nehme ganz schön viel am gesellschaftlichen Leben teil.*

*I: (.) Und wie zeigt sich das?*

*IP: Weiß ich nich, indem ich mich mit Leuten treffe.*

*I: Mhm, (.) mhm. Gibt's da auch, ehm, Unterstützung? Also // oder welche Unterstützung gibt's da?*

*IP: // Nein, keine. // (Frau C, SBW, 79-83)*

Am Beispiel von Frau N zeigt sich aber auch, dass durch die Wohnunterstützung die sozialen Kontakte der Klientinnen und Klienten nicht unbedingt verbessert werden:

*I: hat sich das irgendwie verändert durch diese Wohnunterstützung [...] der Kontakt mit Ihren Eltern oder [...] die Freizeitaktivitäten, die Sie machen? IP: Na im Moment geht's mir ja wieder schlechter, da ist das alles allgemein weniger geworden. Also ansonsten, DURCH den IBW hat sich da nicht unbedingt viel (.) in den Bereichen verändert (...). (Frau N, IBW, 31-32)*

#### ▪ Ermöglichung und Förderung von Selbstständigkeit

Die untersuchten Settings des SBW und des IBW können aus Perspektive der Klientinnen und Klienten Selbstständigkeit und dadurch Teilhabe ermöglichen und fördern. Dies wird auf sehr unterschiedlichen Ebenen deutlich, und bezieht sich zunächst auf Teilhabe innerhalb der Wohnunterstützung, deren Mitarbeitende sowie andere Klientinnen und Klienten. Die dazu getätigten Aussagen sind eher allgemein, z. B.: „[...] Also mir macht's SPASS (..) was mit den Leuten hier zu machen. Es wird gelacht, es wird gefeiert. Es ist einfach schön ist das.“ (Herr G, SBW, 58), oder:

*I: Mhm. Äh wie ist das denn mit der Teilhabe an gesellschaftlichen Leben? IP: (prustet) Ja, wenn es mal irgendwie Angebote gibt die umsonst sind, dann nehme ich die schon wahr. (Herr A, SBW, 57-58)*

Wohnunterstützung kann aber auch die Teilhabe an der Gesellschaft fördern. Eine allgemeine Aussage dazu kommt von Herrn D: „Ich bin eigentlich schon wie nen selbstständiger, (..) normaler Mensch, würd ich mal sagen, (..) der sein Leben so bestreitet. [...]“ (Herr D, IBW, 104).

Selbstständigkeit wiederzuerlangen oder auszuweiten und damit die Teilhabe zu erhöhen, kann für Klientinnen und Klienten Ziel bzw. Erwartung bei der Aufnahme in die Wohnunterstützung sein (s. auch Kategorie 2). Deutlich wird das anhand der Aussage von Herrn I:

*I: [...] Meine erste Frage ist [...] wie würden Sie (..) Wohnunterstützung jemandem erklären, [...] der das noch nie gehört hat. Vielleicht auch speziell intensiv betreutes Wohnen, IBW. IP: Mhm. Also ich würd das [...] so erklären, dass (..) ja, dass es [...] eine Hilfe für jemanden ist, der (..) vielleicht n/nicht so ganz klarkommt oder vielleicht ehm sag ich mal, ne Zeit lang auch außerhalb des Lebens stand. Je nachdem. Eventuell so wie bei mir halt, dass man erstmal in einer Klinik war und dass man dann halt Unterstützung braucht, um wieder am Leben teilhaben richtig zu können. (...) Ja und (..) dabei bekommt man halt dann Hilfe bei alltäglichen Aufgaben, beziehungsweise Unterstützung. Aber vor allem halt in der Richtung, dass man das selber wieder hinkommt alles. (Herr I, IBW, 1-4)*

Dass das Ziel von mehr Selbstständigkeit durch SBW und IBW gelingen kann, wurde während der Interviews vielfach geäußert. Mit Aufnahme der Wohnunterstützung bekommen Klientinnen und Klienten an ihre Bedürfnisse und Bedarfe angepasste Hilfen. Nehmen sie diese an, werden sie zunehmend dazu befähigt, selbstständiger zu agieren. Einige der Befragten brauchen die Unterstützung nur noch in bestimmten Situationen. Nachfolgend kann nur eine Auswahl der diesbezüglichen Aussagen dargestellt werden:

*I: Ja. (...) Wie würden Sie denn jetzt aktuell Ihre Teilhabe am Leben (..) bezeichnen, beschreiben? IP: Mh. Ganz gut. Also ich würd sagen, ich bin (..) AKTUELL vollkommen drin. (...) Aktuell läuft das sehr, sehr gut. Ich denke mal (..) dass die JAHRE, die ich jetzt in der Betreuung war (..) mir auch sehr geholfen [haben]. Und ich denke mal, dass ich da auch bald sag ich mal nich mehr drauf angewiesen bin. (..) Ja. Aber auch nur, weil ich jetzt hier in der Betreuung war. (Herr I, IBW, 39-40)*

*„[...] mittlerweile gibt es halt bei mir nicht mehr ganz so viel zu tun wie früher. (..) [Und für das] Dran-Erinnern, da reichen ja nen paar Stunden in der Woche [...].“ (Herr I, IBW, 58)*

*„[...] [die Mitarbeiterin] ist dann mit mir auch zu Schuldnerberatung und so und dann haben die alles geregelt, ne. (..) Und das läuft jetzt wunderbar seit vier Jahren. Ne. Und wenn was ist, also, wenn Veränderungen sind, dann gehe ich auch selber zum Insolvenzverwalter. Das traue ich mich auch schon. (..) Ne. Und irgendwelche neuen Mitteilungen, [...], die Pflichten, die ich habe, ne, dass ich die da auch erfülle. Zum Arzt allein jetzt. (..) Am Anfang musste immer [jemand] mit [...].“ (Herr B, IBW, 53)*

*I: [...] wie hat sich Ihr Leben verändert durch die Wohnunterstützung, durch das unterstützte Wohnen? IP: Indem ich wieder selbstständiger, für mich [...] Leistung bringen kann, selbstständig zu wissen wo was und was eh (4) was der Tag bringen soll. Strukt/Strukturierung. (Herr G, SBW, 45-46)*

Herr M sagt, dass er sich von den Tagesgestaltenden Angeboten (TGA), die mit SBW und IBW verbunden sind, schrittweise lösen möchte, um seine Tagesstruktur selbst zu gestalten.

Termine der TGA möchte er nach und nach durch eigene ersetzen. Er glaubt, dass ein abruptes Beenden nicht möglich sei:

*„[...] sondern wie gesagt, [...] dass ich eben erstmal Stück für Stück die Sachen, die Termine, die ich in ner TGA hab, also das wär/ ist so das Optimale, wenn das funktioniert sozusagen. (Ich sag?) jetzt geh ich montags nicht mehr zur Kochgruppe, sondern mach stattdessen irgendwie was Anderes, was nicht, nicht von der TGA kommt und was ich mir selbst ausgesucht hab. So. Und dann, dass das so, so (.) Stück für Stück eben ersetzt wird. (.) Meiner Struktur.“ (Herr M, stationäres Einzelwohnen, 283-288)*

Die Möglichkeit des Wechsels von einem Setting mit einer höheren in eines mit einer niedrigeren Unterstützungsdichte (s. Kategorie 2) ermöglicht den schrittweisen Zuwachs von Selbstständigkeit:

*„[...] [Das IBW ist gut,] (..) weil es einfach der nächste Schritt ist aus dem Wohnheim raus ins IBW. Und dann muss man den nächsten Schritt eh, sich vornehmen, wieder ins normale, alltägliche Leben. Arbeiten gehen, Wohnung bezahlen, Miete bezahlen, seine (.) Versicherung zu bezahlen, alles was halt so dazu gehört und ehm (..) ja, dann aus dem IBW rauszukommen. Quasi wie aus dem Wohnheim rauszukommen (.) aus dem IBW rauszukommen. (.) ja. (.) Es ist beides ne super Unterstützung, um das anzugehen.“ (Herr K, IBW, 266)*

Herr I gelangt zu der Erkenntnis, dass er künftig auch ohne Wohnunterstützung bei manchen seiner Anliegen Informationen einholen und Hilfen in Anspruch nehmen muss. Ihm ist nun bewusst, dass das allen Bürgerinnen und Bürgern so ergeht, er also nicht weniger als andere Menschen weiß (Herr I, IBW, 50-64): „[...] Weil man kann ja auch nicht alles wissen, manche Sachen muss man ja einfach auch erfragen. [...] muss ja auch das betreute Wohnen teilweise, wenn ne Situation kommt, die man noch nicht kennt.“ (Herr I, IBW, 50). Er nennt folgendes Beispiel:

*„[...] Jetzt sagen wa mal, (...) ich steh aus irgendeinem Grund [...] mitten im Monat ohne Geld da, hab nichts mehr zu Essen. An wen kann ich mich wenden? Was kann [ich] machen? [...] es gibt bestimmt hier in Deutschland da Mittel und Wege, aber die meisten würden gar nicht erstmal wissen wo man hin [gehen kann] [...]“ (Herr I, IBW, 52)*

Weil die grundsätzlichen Dinge mithilfe des Dienstes organisiert wurden, möchte Herr I bei zukünftigen kleineren Anliegen sein soziales Umfeld um Hilfe bitten.

*[...] Dass ich das hier alles alleine geregelt bekomme, keine GRÖßERE Unterstützung mehr brauche, und die Unterstützung, die ich brauche dann eventuell halt aus meiner Umgebung krieg.*

*I: Ohne diesen Dienst.*

*IP: Ohne den Dienst, genau.*

*I: Mhm. Was meinen Sie mit Umgebung?*

*IP: Umgebung zum Beispiel, wenn ich irgendwie Hilfe bei nem Amt brauche oder beim Schreiben brauche, dass ich dann sag ich mal meine Freunde oder meine Eltern*



*halt (.) I: Okay. IP: Da-dass es halt so weit ist, dass es nur noch Kleinigkeiten sind, wo mir dann halt solche Personen ohne Probleme dann helfen können. (Herr I, IBW, 58-64)*

Wohnunterstützung kann auch andere Bereiche des Lebens, wie Freizeit (Herr D, IBW, 124-142) und Arbeit bzw. Beschäftigung (Herr D, IBW, 4-7; 84) ermöglichen oder fördern. In Bezug auf Arbeit sagt Herr D, dass er dank der Wohnunterstützung einen Zugang zur Beschäftigung in einer WfbM bekommen habe und bei der Aufrechterhaltung auch weiterhin unterstützt werde (Herr D, IBW, 5). Die Wohnunterstützung habe ihn zur Beschäftigung in der WfbM befähigt: „[...] ich bin auf nem zweiten Arbeitsmarkt, arbeite aber sieben Stunden am Tag auch und (.) das [die Wohnunterstützung] hat mir überhaupt auch die Stärke gegeben, (.) dass ich dies alles auch bewältige, ne?“ (Herr D, IBW, 84).

*IBW fördert Selbstständigkeit mehr als stationär betreutes Wohnen:* Die Darstellung der Beispiele legt die Vermutung nahe, dass Selbstständigkeit durch Wohnsettings mit niedrigerer Unterstützungsdichte (IBW und stationäres Einzelwohnen) begünstigt werden. Die Aussagen derjenigen Befragten, denen sowohl SBW als auch IBW bekannt sind, stützen dies. Frau N:

*„[Das Wohnen im Wohnheim] war mir zu eng. Man musste da irgendwie an irgendwelchen Sachen dann teilnehmen und jetzt hab' ich halt auch mehr Freiheiten. Ich kann hier die Tür zu machen und hab meine Ruhe.“ (Frau N, IBW, 8)*

Auch Herr E (IBW, 36-44) erlangt durch den Wechsel vom SBW ins IBW mehr Freiheit, seinen Alltag selbst zu gestalten:

*„Da [im Wohnheim] hab ich kein eigenes Leben gehabt, weil da musst ich immer dahin sozusagen und arbeiten und so und (.) hier kann ich mein [Fernseh-]Sender gucken. [...] Das konnt' ich im Haus nicht.“ (Herr E, IBW, 38)*

Zu beachten ist jedoch, dass ein gewisser Grad an Selbstständigkeit die Voraussetzung dafür ist, dass Klientinnen und Klienten vom SBW ins IBW wechseln können.

Durch den Umzug vom SBW ins IBW hat Herr E außerdem sein soziales Netz ausweiten können (Herr E, IBW, 177-183): „Ja, ich habe nen neuen Bekanntenkreis aufgemacht“ (Herr E, IBW, 178). Er berichtet, dass er z. B. den Kontakt zu einer Nachbarin aufgebaut habe, mit der er sich nun täglich trifft. Auf die Frage, ob es zu dem Kontakt auch ohne den Umzug gekommen wäre: „Ne, weil im Heim durft ich ja keinen Besuch er/ kriegen“ (Herr E, IBW, 184).

Am folgenden Beispiel von Herr B wird aber auch deutlich, dass die gewonnene Freiheit im IBW gegenüber dem SBW mit zusätzlichen Pflichten und Aufgaben verbunden ist:

*„[...] Ja und man hat dieses/ sein volles Geld, ABER jetzt muss man alles selber bezahlen. (.) Ne, den Strom. Das war vorher [im Wohnheim] alles, ne, mit drinnen. Hygieneartikel, Handy. Jetzt muss man selber. Früher hat man im, im Monat zehn Euro gekriegt für Telefonieren und so. Das alles weg. Aber ma/ ich komm gut klar.“ (Herr B, IBW, 67)*

#### ▪ **Einschränkungen von Selbstständigkeit**

In den Interviews finden sich neben Ermöglichung und Förderung von Selbstständigkeit durch SBW und IBW auch Einschränkungen von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung durch ebendiese. Ein Beispiel findet sich im Interview von Herrn D. Auch wenn er sich in seiner

Aussage nicht auf seine persönliche Situation bezieht, wird hier deutlich, dass selbstständiges Handeln durch die Wohnunterstützung nicht immer gewährleistet ist:

*I: [...] Was erwarten Sie denn so grundsätzlich von so ner Wohnunterstützung, [vom Dienst]? IP: (5) Gute Frage. (...) Ja, dass man auch wenn einer (.) keine Probleme macht, so gut w/läuft vielleicht, wie ich auch, (.) dass man den dann auch lässt und auch die lang Leine/ die lange Leine dann auch, (.) dass das nich immer gezügelt ist oder so. (Herr D, IBW, 251-252)*

Einschränkungen der Selbstständigkeit bzw. Selbstbestimmung kann sich auf verschiedenen Ebenen zeigen. Besonders eindrückliche Beispiele werden nachfolgend beschrieben.

#### *Kontrolle durch Mitarbeitende*

Es wird davon berichtet, dass sich Klientinnen und Klienten entweder in regelmäßigen Abständen oder im Fall des längeren Wegbleibens beim Dienst melden müssen. Was von einigen neutral empfunden wird („dass ich mich halt (.) dann JEden Tag dann abends auch melden muss.“ (Herr I, IBW, 140), kann von anderen als störend empfunden werden:

*„Wenn ich mal ne Nacht wegbleibe oder sowas, muss ich hier sofort anrufen und Bescheid sagen, sonst wird gleich die Polizei auf mich angesetzt“. (Herr A, SBW, 48)*

Herr M sagt, dass er im Moment nicht selbstständig genug sei, um ohne Wohnunterstützung zurechtzukommen, das stationäre Einzelwohnen aber für ihn schon ein hohes Maß an Selbstständigkeit ermögliche. Diese wird jedoch gleichzeitig dadurch eingeschränkt, dass er sich bei dem Dienst ab- und anmelden muss, wenn er woanders übernachtet:

*IP: [...] im stationären Einzelwohnen [...] fühl ich mich schon so, dass ich relativ frei und selbstständig bin, aber das ist natürlich nicht so im Vergleich dazu, wenn ich ne eigene Wohnung hab. Wobei ich das/ mich schwer tue, das als negativen Punkt zu nehmen, weil es das, was eben eh mehr oder weniger selbstverständlich ist und mir im Moment nicht möglich ist. So selbstständig zu leben, wie ich möchte. Also auch wieder vielleicht konkretes Beispiel macht das einfacher. Wenn ich zum Beispiel jetzt mal irgendwo anders übernachtete [...] oder übers Wochenende weg bin, was häufig so ist, weil ich nich, wenn ich Verwandte oder Freunde in [Stadtname 1] oder [Stadtname 2] besuche, jetzt nicht unbedingt die Lust habe, dann abends um zehn noch nach [Stadtname des Wohnsitzes] zu fahren. (Räuspert) Eh dann muss ich mich immer abmelden und wieder anmelden. I: Mhm. Aber es geht schon, oder ist das dann eher problematisch? IP: Es geht schon. Es geht/ das ist relativ unproblematisch, aber es sind halt so ehm Einschränkungen. (Herr M, stationäres Einzelwohnen, 160-163)*

Wenn im Interview nach negativen Aspekten der Wohnunterstützung gefragt wurde, äußerten einige Klientinnen und Klienten, dass die Kontrolle und die Vorgaben der Mitarbeitenden dazu führten, dass sie sich wie ein Kind vorkommen:

*„Also man lebt hier teilweise wie so'n [...] Fünfjähriger, so MANCHMAL. Da kommen die an und sagen zu dir zum Beispiel so, ja Sie müssen duschen gehen, HEUTE. Und sowas zum Beispiel. Ja, muss man / muss man eigentlich eh (.) können (.) nicht dann sagen, ey, was wollt ihr, haut doch ab und so. Ja, (.) die sind halt so.“ (Herr F, SBW, 231)*

*„Ja, grade am Anfang kommts einem manchmal n bisschen NERvig vor (.) sach ich mal (.) n bisschen (..) BeMUTTERnd. Was aber auch a/ grade am Anfang eh, s/ notwendig ist. Da denkt man sich halt man is erwachsen, man is von der Mutter los und (.) ja, dann brauch man es halt doch noch irgendwo scheinbar. (..) Mh (..) aber ansonsten hatt ich jetzt eigentlich keinen Punkt, den ich halt jetzt (.) NEGativ fand.“ (Herr I, IBW, 98)*

Herr M führt seine oben genannte Aussage wie folgt fort:

*„[...] es sind halt so ehm Einschränkungen [...] das ist vielleicht nicht verständlich, wenn Sie das noch nie erlebt haben, aber eigentlich hat das jeder Mensch mal erlebt. Das hat man nämlich so als Kind, dass man immer sagen muss, heut bin ich jetzt geh ich da hin oder jetzt geh ich dort hin. Ehm und irgendwie das ist schon das fühlt sich für mich schon so als ne kleine, jetzt keine schlimme, aber ne kleine Einschränkung der Freiheit an, die n bisschen nervt“ (Herr M, stationäres Einzelwohnen, 163)*

Die Aussagen wurden zwar als negative Aspekte der Wohnunterstützung genannt. Es wird aber auch deutlich, dass die Befragten das Verhalten der Mitarbeitenden teilweise akzeptieren oder positiv bewerten („dann brauch man es halt doch noch irgendwo scheinbar“).

*Anpassung/nicht negativ auffallen wollen*

Selbstständigkeit kann dadurch eingeschränkt sein, dass Klientinnen und Klienten ihre Meinung nicht frei äußern und sich anpassen, um nicht negativ aufzufallen. Anschaulich wird das bei Herrn B:

*IP: [...] ich will jetzt auch nicht irgendwie nen Lauten machen, dass ich jetzt sage ich geh da mal hin und sach hier Leute, ne, so und so. Weil, wenn das negativ überkommt, da habe ich Schiss, dass es nachher heißt, hier [eigener Name], der so, ne. Mit dem Hilfeplan. Darum immer schön den Mund halten, ja. Immer Kopf nicken. Ne? Nichts mehr, nichts kritisieren. Ne. Weil das kommt zurück. [...] Also nicht auffallen. Das habe ich auch gelernt in den Jahren in [Einrichtungsname]. Klappe halten. I: Können Sie, können Sie das ein bisschen ausführen? IP: [...] Ja wenn man den Mund aufmacht, (atmet laut ein) kommt man nicht gut an, seine Meinung sagt. Ich hatte auch in der Wohnungslosenhilfe Streit mit, mit ner Mitarbeiterin [...]. Ja und dann ist es so, dann fühlen Sie sich nachher (unverständlich). Man [wird] nicht mit dem Arsch angeguckt, man wird nicht mehr [...] ernst schon mal gar nicht mehr [genommen] [...] (Herr B, IBW, 260-265)*

Herr F wünscht sich, dass er so lange wie möglich im Wohnheim bleiben kann (s. Kategorie 2). Auf die Frage der Interviewerin, von welchen Faktoren das abhängig sei, antwortet er: „Ob man hier was mitmacht, ne (..) ehm (..)“ (Herr F, SBW, 155). Und auf die Nachfrage, was passiert, wenn Klientinnen und Klienten nicht „mitmachen“, sagt er weiter, dass der Leistungsträger die Bereitschaft zur Mitarbeit prüfe. Ergebe sich dabei, dass es keine positive Entwicklung über einen längeren Zeitraum gab, müsse die/der Betroffene in eine kostengünstigere Einrichtung wechseln, in der Klientinnen und Klienten weniger leisten müssten:

*„Ja [der] LWL, oder wer das hier auch bezahlt, der guckt an, was hat der Mensch in den elf Jahren GEMACHT, GETAN, ne. Was ist denn gut für ihn und so. Dann sieht der NICHTS. Dann sagt der ja wo wofür [.] braucht DER denn sone teure Dings, Be-*

*handlung? Wenn der eh nichts macht so. Dann wird auch mal weitergereicht der Patient so. Dann muss der woanders hin, wo es billiger ist, wo die, wo die Dings nicht mehr so hoch ist, was die da geben müssen halt. Ja. (Herr F, SBW, 157)*

Dass sich Klientinnen und Klienten teilweise an die Mitarbeitenden bzw. den Dienst anpassen müssen, machen auch die Aussagen von Frau N deutlich. Auf die Frage „Wie beeinflusst denn die Wohnunterstützung oder jetzt das IBW Ihr Leben?“, antwortet sie:

*Naja, in mancher Hinsicht ist es natürlich dann auch wieder so, dass man sich in vielen Sachen auch wieder [...] nach dem IBW eher richten MUSS so. Also, wann haben die zum Beispiel Termine, Zeit, wann kann ich dann einkaufen, wann kann ich überhaupt mich mit denen treffen? [...] die haben ja auch mehrere Klienten und dass man das irgendwie so vereinbaren kann so, das ist teilweise etwas schwierig gewesen. (Frau N, IBW, 22)*

Als Beispiel beschreibt sie, dass nach einer personellen Umstrukturierung des Dienstes zunächst keine/r der Mitarbeitenden einen von ihr gewünschten Termin einrichten konnte. Das habe zu Streit geführt. Auch wenn das Problem inzwischen gelöst wurde, hat Frau N das Gefühl, sich vorwiegend nach den Zeitplänen der Mitarbeitenden richten zu müssen. So würden deren krankheitsbedingte Ausfälle nicht vertreten:

*„Naja, das war halt eigentlich so, dass ich immer sagte, morgens zwischen acht und zwölf Uhr hab ich Zeit. Und danach wirts bei mir eher schwierig, weil ich möchte dann meine Ruhe haben. Und dienstags wollte ich eher ungerne, weil ich da immer in die Bibliothek ging. Und gerade auch jetzt, wo das jetzt so umgestellt wurde, dass da jetzt verschiedene Teams sind [...]. [...] und da war halt niemand, der sagen konnte okay, wir können in der Zeit dann. Also montags, mittwochs, donnerstags oder freitags vormittags. Also das war dann irgendwie ziemlich schwierig das irgendwie so hinzukriegen, weil eigentlich mit neun Fachleistungsstunden dürfte ich die auch mindestens ZWEImal sehen. (.) Klar, also es war dann auch so ne Hin-und-Her-Schieberei, dass/ also IRGENDWEN zu finden, dass das IRGENDWIE funktionierte und inzwischen [...] funktioniert [das] halbwegs und im Notfall kann ich immer noch da anrufen, wenn jetzt irgendwie was ist und dann fragen, ob jetzt jemand mich begleiten könnte. Aber man muss sich halt trotzdem immer noch nach DENEN richten. So. Also nach DEREN Zeitplänen. (.) Is verständlich, aber ist auch nicht immer SCHÖN. Also das hat halt auch zu Streits geführt. Gerade auch wenn dann die eine, mit der ich dann vormittags irgendwie Termin hab, die ist dann krank und dann ist da keiner, der den Termin stattdessen macht.“ (Frau N, IBW, 24)*

Fehlende Flexibilität des Dienstes sieht sie im Personalmangel begründet (Frau N, IBW, 24):

*„Ja ich würd' auf jeden Fall den PERSONALmangel. Also klar, [...] es IST WOHL genau abgerechnet, dass es reichen WÜRDE. Aber dadurch ist diese Flexibilität nicht unbedingt so drin. Also wie gesagt, wenn dann da irgendwie wer absagt, oder dann sind zwei Leute im Urlaub, eine ist krank, ja dann ist da nur einer und der kriegt dann auch nicht alle hin.“ (Frau N, IBW, 34)*

### *Begrenzte finanzielle Mittel*

Mehrere Klientinnen/Klienten äußerten im Interview, dass das zur Verfügung stehende Geld nicht ausreichte, um die Dinge tun zu können, die sie gerne täten. Sie erleben das als Einschränkung in ihrer Selbstbestimmung. Einschränkend sei, dass viele Freizeitaktivitäten Geld kosteten, über das sie nicht verfügten und Entscheidungen darüber getroffen werden müssen, wofür das wenige Geld ausgegeben wird (Herr A, SBW; Herr B, IBW; Herr G, SBW; Herr H, SBW; Herr J, SBW): „Ja man kann nicht so [ins] Kino gehen, wenn man mal so seinen Hobbies nachgehen will, oder zum Fußball oder zum Schwimmen. Da muss man schon sparen drauf, weil das Geld hier ganz knapp ist“ (Herr G, SBW, 26). Herr A sagt, dass er ausschließlich kostenfreie Angebote des Dienstes in Anspruch nimmt. In dem Wohnheim, in dem er zuvor war, gab es mehr dieser Aktivitäten, an denen er auch teilnahm (Herr A, SBW, 65-68). Dadurch sieht er seine aktuelle Teilhabe eingeschränkt:

*I: [...] wie ist das denn mit der Teilhabe an gesellschaftlichen Leben? IP: (prustet) Ja, wenn es mal irgendwie Angebote gibt die umsonst sind, dann nehme ich die schon wahr. Weil das meiste hier leider was kostet. (Herr A, SBW, 57-58)*

Wenn Freizeit vorrangig innerhalb des Wohnheims bzw. im Rahmen des Dienstes stattfindet, gibt es weniger Kontakte zu Menschen außerhalb der Wohnunterstützung. So berichtet Herr H, dass er mit 5 EURO Taschengeld pro Woche nicht in der Lage sei, auszugehen und dabei neue Bekanntschaften zu machen. So sei er trotz großem Interesse nicht zu einem Stadtteilstadtteil gegangen, weil Getränke und Eintritt zu teuer gewesen seien. Stattdessen habe er einen Film mit anderen Klientinnen und Klienten im Wohnheim geschaut (Herr H, SBW, 133-144).

Begrenzte finanzielle Mittel schränken auch die Wohnungssuche und die Möglichkeit ein, die Wohnung nach eigenem Geschmack einrichten zu können. Das verdeutlicht Frau N:

*„Naja, ich würde gerne umziehen, aber dafür hab ich wieder kein Geld. Was man wieder nachvollziehen kann, aber [...] ja. Solche Sachen sind das oft. Da ist man dann eingeschränkt. [...] Aber ich/ man kann natürlich verstehen, dass man da nicht irgendwie mehr Geld kriegt, um jetzt ne neue Wohnung zu kaufen, um ne größere Wohnung, oder Möbel und sowas alles.“ (Frau N, IBW, 94)*

Das IBW bringt die zusätzliche Schwierigkeit mit sich, dass Geld selbstständig verwaltet werden muss. Herr B zieht einen Vergleich zur Wohnungslosenhilfe, in der Freizeitangebote und ein jährlicher Urlaub kostenlos seien:

*„Wir [im IBW] [...] sind auch in Urlaub gefahren, schon zweimal. Aber wir haben ein bisschen Eigenbeteiligung [...] [für] Freizeitangebot[e], Bowlen, wir müssen immer was dazu bezahlen. Weil es hieß, wir haben ja Geld. (.) Wir haben ja VIEL mehr Geld, aber das stimmt ja nicht, wenn sie Miete alles abrechnen und Strom, ne, Nebenkosten. Und, und, und. So viel mehr hat man eigentlich gar nicht. Also ich würde sagen, n bissch/ dass es dreißig vierzig Euro mehr sind, wie in der Sta/ eh wie inner Wohnungslosenhilfe. Aber man muss viel alleine, ne. Also man muss drauf achten, ne, dass man alles hat. Und das war am Anfang schwer, wenn man sich einrichtet (unv.), alles neu holen. Das war alles schwierig.“ (Herr B, IBW, 73-77)*

Manche Wünsche könne Herr B sich deshalb nicht erfüllen: „Oder Freizeit mal wieder ein Hobby haben. Ne, es scheitert einfach an diesen 160 [Euro]. Ich wollte auch einen Hund ausm Tierheim. Aber die Anschaffung [kostet] 350 Euro.“ (Herr B, IBW, 137).

Herr H stellt mehrfach fest, dass die Auszahlung des Geldes im Wohnheim an die Bedingung geknüpft sei, dass man sein Zimmer an einem bestimmten Wochentag gepflegt vorzeigen könne: „[...] wir müssen immer/ am Dienstag, wenn wir Geld kriegen, muss ma alles fertig haben/ sauber haben und so, ja. Und dann gibts auch jede Woche dann Geld immer. [...] Mit Taschengeld noch dazu.“ (Herr H, SBW, 7). Er kann also nicht selbstständig entscheiden, wann er sein Geld bekommt und ist verpflichtet, Bedingungen zu erfüllen, um es zu erhalten.

Das Problem der begrenzten finanziellen Möglichkeiten wird also offen kommuniziert. Dass es auch als „Ausrede“ für geringe Teilhabe genutzt werden kann, stellt Herr J fest: „Aber ich glaub [das] is n vorgeschobener Grund“ (Herr J, SBW, 237). Er macht deutlich, dass es einfach sei, das mangelnde Geld für eine geringe Teilhabe verantwortlich zu machen, statt sich mit dem eigentlichen Problem Antriebsschwierigkeiten zu befassen:

*I: [...] Was gibts noch da für Gründe, dass Sie nicht rausgehen?*

*IP: (Atmet laut aus) ja. Ah, generell so [...] Antriebsschwierigkeiten, ne. [Wenn ich] depressive Phasen hab, da sach ich immer, ich würd [...] nich mehr auf Toilette gehen, wenn ich nich müsste. Also da könnte auch Geld da sein, da würd ich das nich machen. Ne. Aber oft is auch, dass ich (.) ja, so mich manchmal erwisch, dass ich mir gar [nichts] selber ermögliche. Ja gehst nich raus, warum gehst du nich raus, ja kein Geld. So ungefähr, ne. Also man redet sich dat schon im Vorfeld madig.*

*I: Meinen Sie das ist so wie so ne Ausrede dann?*

*IP: Ja, um das gar nicht erst zustande kommen zu lassen, verstehen Sie wie ich mein? (Herr J, SBW, 119-123)*

### *Verpflichtende Teilnahme an Angeboten*

TGA oder andere Angebote des Dienstes können verpflichtend sein, was als Einschränkung der Selbstbestimmung empfunden werden kann. Frau N bezieht sich bei ihrer Aussage auf ein früheres Wohnheim: „Man musste da irgendwie an irgendwelchen Sachen dann teilnehmen und jetzt [im IBW] hab ich halt auch mehr Freiheiten“ (Frau N, IBW, 8).

Herr H sieht die einzige Einschränkung seiner Freiheit darin, dass er an den TGA teilnehmen „MUSS“ (Herr H, SBW, 164): „Ich muss dahin, muss das machen und so und dann kann ich wieder nach Hause gehen“ (Herr E, IBW, 298). Herr E antwortet auf die Frage nach seiner Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, dass er zu TGA gehe, dort seit einem Wechsel einer Mitarbeiterin und den damit einhergehenden veränderten Aufgaben jedoch nicht mehr die Dinge tun kann, die ihm gefallen. Deshalb besuche er diese aktuell sehr ungern (Herr E, IBW, 279-300): „Ich lass über mich ergehen und ist gut“ (Herr E, IBW, 288). Verpflichtend sei die Teilnahme für ihn, weil der Leistungsträger dies so vorsehe (Herr E, IBW, 292-300).

### *Despektion der Selbstbestimmung durch Mitarbeitende*

Wird die Selbstbestimmung von Klientinnen und Klienten durch Mitarbeitende nicht respektiert, kann diese beeinträchtigt werden. Frau C und Herr E machen dies deutlich.

Frau C erwähnt immer wieder, dass sie selbstständig sei, ständige Nachfragen der Mitarbeitenden sie jedoch stören und dazu verleiten würden, die Wohnunterstützung zu beenden und sich eine eigene Wohnung zu suchen (Frau C, SBW, 17; 36; 57-58; 140-143):

*I: [...] in wie weit können Sie darüber entscheiden, wie Sie Ihr Leben führen? IP: Ich bin frei, ich kann frei entscheiden wie mein Leben führe. Nur die sch/die Leute stellen so viele Fragen, (.) das find ich nicht so gut. (Frau C, SBW, 57-58)*

*„Die Mitarbeiter stellen so viele Fragen, wissen Sie? Was machen Sie? Was tun Sie? Was lassen Sie? Wo sind Sie gewesen? Was haben Sie vor? [...] die bohren mich mit Frage[n] und das find ich nicht so gut, deshalb möchte ich wieder in die eigene Wohnung ziehen.“ (Frau C, SBW, 17)*

Warum sie ständig gefragt wird, kann sich Frau C nicht erklären: „Ich weiß es nicht, die fragen das einfach“ (Frau C, SBW, 143). Durch die so gegebene Kontrolle erlebt sie ihre Selbstständigkeit durch die Mitarbeitenden hinterfragt. Sie empfindet die Fragen bzw. deren Frequenz als störend. Dies kann zur Folge haben, dass die Klientin verunsichert wird und ihr Verhalten an die Erwartungen der Mitarbeitenden anpasst.

Herr E erlebt Einschränkungen seiner Selbstbestimmung durch Mitarbeitende, die gegen seinen Willen in seiner Wohnung rauchen:

*I: Gibt's noch was, was irgendwie nicht so gut ist, mit der Wohnunterstützung, oder was man //*

*IP: // Ja, dass die hier rauchen und so, auch n bisschen blöd immer.*

*I: Wer raucht denn hier?*

*IP: Ja alle, die kommen.*

*I: Also die eh/ Ihr Besuch, der raucht?*

*IP: Ne. Herr [Nachname eines Mitarbeiters], Frau [Nachname einer Mitarbeiterin], (.) die rauchen alle.*

*I: Die Bezugsmitarbeiter?*

*IP: Ja, ja.*

*I: Und wie (.) können Sie ehm?*

*IP: Ja ich weiß nicht, die können das nicht abstellen. Hab ich gesagt, wenn das nicht geht, geht's eben nicht, ne.*

*I: Hm (bejahend). Haben Sie ehm / Können Sie das dann irgendwie mit denen besprechen?*

*IP: Ja manchmal sag ich das und dann mach mal das Fenster offen und so, sagt er und so, und ja. (Herr E, IBW, 219-230)*

### **Empfundene Scham im Wohnheim zu leben**

Im Wohnheim zu leben, kann von Klientinnen und Klienten als stigmatisierend empfunden werden, sodass sie anderen gegenüber weniger offen sind und Beziehungen nicht intensivieren, obwohl der Wunsch nach Kontakten und Partnerschaft besteht. Dazu Herr J:

*IP: [...] Ne Partnerschaft hätt ich schon mal irgendwann gerne. Aber dat hemmt mich dann schon irgendwie n bisschen hie, ne. I: Wie denn? IP: Ja dat is ja nix, wo man mit hausieren geht, ne. Und, also dat man in so ner Einrichtung, dat hemmt mich*

*schon, dat zu sagen. [...] gerade, wenn man jemanden kennenlernt, ne (.) is dat schon eh, ne Sache, die einen hemmt. I: Mhm. (.) Haben Sie das schon so erlebt? IP: Schon, ja. I: Wie war dann die Reaktion, wollen Sie darüber sprechen? IP: Ja, et war halt, ich hab halt geguckt, dat et nich zu tiefgründig geht, ne. Man nicht, nich zu viel sagen muss. Ne. Dat schon (immer?) bisschen gebremst so von meiner [...] meiner Seite. (Herr J, SBW, 102-110)*

#### ▪ Erlernen von Unselbstständigkeit

Das von der Wohnunterstützung vermittelte Gefühl von Sicherheit (siehe Kategorie 3) birgt aus Sicht von Klientinnen und Klienten allerdings auch die Gefahr, unselbstständig zu bleiben oder zu werden bzw. zu „sozialisieren“ oder zu „hospitalisieren“. Weil ihnen Aufgaben und Verantwortungen abgenommen werden, kann es zu erlernter Unselbstständigkeit kommen:

*„Man soll sich da nicht drauf ausruhn, dass (.) viele Sachen für einen erledigt werden. Das machen leider viele“ (Herr K, IBW, 266)*

*„Auf der anderen Seite muss man dann natürlich aufpassen, dass man da nicht bequem wird. Gerade jetzt auch [die Unterstützung beim Einkaufen oder von den Mitarbeitenden mit dem Auto gefahren zu werden], [dass man] nicht denkt, ah ja die machen das schon und irgendwann werden dann die Ängste nur noch größer.“ (Frau N, IBW, 44)*

Herr M spricht in diesem Zusammenhang von der „Bethel-Blase“ (Herr M, stationäres Einzelwohnen, 254). Auch Herr J beschreibt das Risiko, durch die Wohnunterstützung unselbstständig zu werden bzw. zu bleiben:

*IP: [...] der Grundgedanke ist ja, irgendwann wieder in ner eigenen Wohnung zu kommen und meine Befürchtung ist (.) ehm (.) warum soll ich denn später ausziehen, wenn [...] so viel abgenommen wird und geholfen wird, ne? Also ich möchte schon irgendwann mal selbstständig klarkommen. Ich glaub, je länger ich hierbleib, desto schwerer fällt mir das Ausziehen hier. [...] Ja ich bin ja auch n bequemer Mensch, ja. Biddeschön, Dankeschön. [...] Ne also dat is so meine Befürchtung. Ich weiß, entspann dich mal und [...] man [braucht] auch ma so ne Zeit, ne, wo man sich mal wirklich um sich selbst kümmert und auch sollte (.) und sich da gar nich jetzt so Druck machen soll, [...] (.) Wenn ich das manchmal so bei andern Leuten seh, die sechs, sieben Jahre hier sind (unv.), stell ich mir dann richtig (.) (also?) schwer vor, dann wieder hier noch den Kadaver rauszukriegen.“ (Herr J, SBW, 76-80)*

Wie in Kategorie 2 beschrieben, wechseln Klientinnen und Klienten dann teilweise in eine weniger dichte Wohnunterstützung, wie z. B. Herr K, der vom SBW ins IBW wechselte:

*I: Mhm. Wie ist es dazu gekommen, dass Sie ins IBW gezogen sind?*

*IP: Ich WOLLTE das so. Ich wollte hier raus, weil ehm (.) dieser (.) goldene Käfig ist für ne Zeit ganz gut. [...] Man kann sich damit abfinden hierzubleiben, aber ich bin nich der Typ dafür. [...] Ich bleib nicht (.) gerne (.) lange stehen. (...) Eh, ich wollte weitermachen. (..) Ne? (.) Wieder ins normale Leben reinkommen. Und das war halt der nächste Schritt. (...) Und den hab ich dann (.) besprochen und gepackt, ja. (Herr K, IBW, 64-69)*



Herr M vermutet, dass es im Wohnheim absichtlich ungemütlich ist, damit Klientinnen und Klienten nicht allzu lange dort wohnen bleiben wollen: „Ich find es [das Wohnheim] n bisschen ungemütlich. [...] soweit ich weiß, ist das beabsichtigt, weil die Grundidee ist eben, die Leute sollen ja eigentlich da ausziehen, ehm deshalb soll das nicht zu wohnlich sein da“. (Herr M, stationäres Einzelwohnen, 222)

#### ▪ **Zusammenfassung**

Neben Kategorie 3 konnte Kategorie 4 *Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit* als zentrale Kategorie definiert werden, unter der ein Großteil der Aussagen im Hinblick auf Erwartungen und Präferenzen bezüglich Wohnunterstützung zusammengefasst werden können.

Bereits bei Aufnahme haben Klientinnen und Klienten teilweise die Erwartung, durch die Wohnunterstützung selbstständig(er) zu werden. Zunächst wird Selbstständigkeit innerhalb des jeweiligen Settings ermöglicht bzw. gefördert. Das kann aber auch außerhalb des Wohnsettings in Bezug auf gesellschaftliche Teilhabe gelten.

Damit Selbstständigkeit oder andere mit der Wohnunterstützung verbundene Ziele (siehe Kategorie 2) angestrebt werden können, muss jedoch ein gewisses Maß an Selbstständigkeit bereits vorhanden sein. Gemeint ist hier vor allem, dass Klientinnen und Klienten Hilfs- und Unterstützungsangebote der Mitarbeitenden annehmen und selbst Verantwortung übernehmen müssen, damit mehr Selbstständigkeit und Teilhabe erreicht werden kann.

Dass dies möglich ist, machen viele Interviews deutlich. Es wird davon berichtet, dass durch Wohnunterstützung Hobbies aufgenommen wurden, Tagesstrukturierung stattfindet, Kontakte ermöglicht und eine Beschäftigung aufgenommen wird. Dafür müssen Dienste bzw. Mitarbeitende ihre Unterstützungsangebote an den Bedarfen der Klientinnen und Klienten und ihrer Fähigkeit zur Selbstständigkeit anpassen. Bei Annahme der Unterstützung wird die/der Einzelne schrittweise dazu befähigt, selbstständiger zu agieren bis Unterstützung nur noch in wenigen Teilbereichen des Lebens oder in besonders schwierigen Situationen erforderlich ist. Dabei wird die Möglichkeit des Wechsels in eine Wohnform mit niedrigerer Unterstützungsdichte genutzt, um selbstständiger zu werden. Gleichzeitig ist ein höherer Grad an Selbstständigkeit Bedingung für einen solchen Wechsel. Dabei bietet das IBW mehr Freiheit und weniger Verpflichtungen als das SBW. Hier kann der Alltag unabhängiger gestaltet werden, soziale Netze außerhalb des Wohnsettings können besser aufgebaut und erweitert werden. So fördert IBW Selbstständigkeit und damit auch Teilhabe mehr als das SBW.

Zum Ablösungsprozess von Klientinnen und Klienten kann die Erkenntnis beitragen, dass Selbstständigkeit nicht bedeutet, gänzlich ohne Hilfen zurechtzukommen oder alles wissen zu müssen, sondern dass alle Menschen hin und wieder Unterstützung brauchen. Diese sollte gegen Ende und nach Beendigung der Wohnunterstützung stärker auch aus sozialen Netzwerken und weniger von professionellen Helfern kommen.

Neben der Ermöglichung und Förderung von Selbstständigkeit kann Wohnunterstützung Selbstständigkeit und nicht zuletzt auch Teilhabe auch *einschränken und zu Unselbstständigkeit beitragen*. Hierzu konnten sechs Aspekte herausgearbeitet werden:

- Empfundene Kontrolle durch Mitarbeitende.
- Anpassung an das Wohnunterstützungssetting, Vermeidung von Konflikten und Zurückstellung der eigenen Wünsche und Erwartungen.
- Begrenzte finanzielle Mittel der Klientinnen und Klienten.

- Verpflichtende Teilnahme an Angeboten des Dienstes.
- Despektion der Person und ihrer Selbstbestimmung durch Mitarbeitende.
- Empfundene Scham, im Wohnheim zu leben.
- Erlernen von Unselbstständigkeit.

Das letztgenannte Phänomen kann verbunden sein mit dem Erleben von Sicherheit (siehe Kategorie 3).

Neben förderlichen und einschränkenden Einflüssen der untersuchten Wohnsettings auf Selbstständigkeit fanden sich auch Aussagen, dass Klientinnen und Klienten durch die Wohnunterstützung keinen Einfluss auf ihre Selbstständigkeit empfinden.

## **B.2.4 Diskussion**

Hinsichtlich der Fragestellung, was Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe Wohnen in Bezug auf Teilhabe erwarten und wie ihre Erwartungen und Präferenzen durch die untersuchten Settings des SBW und des IBW verwirklicht werden, gilt es einige zentrale Punkte festzuhalten. Die Ergebnisse können allerdings nicht generalisiert werden (Przyborski & Wohlrab-Sahr 2014), sondern geben die subjektive Sicht der interviewten Personen wieder.

Klientinnen und Klienten können die Motive für einen Wechsel zwischen unterschiedlichen Wohnsettings, in der Regel von einem Setting mit vergleichsweise mehr zu einem mit weniger Unterstützung, meist benennen. Er geschieht, wenn mehr Freiheiten gewünscht werden. Anders verhält es sich beim erstmaligen Zugang zur Wohnunterstützung. Zwar haben sich einzelne Klientinnen bzw. Klienten zuvor informiert und es bestand der Wunsch nicht allein zu leben oder besser unterstützt zu werden, als dies beispielsweise durch das soziale Umfeld geleistet wurde. Es fällt jedoch auf, dass retrospektiv die Intention und die Gründe für die Nutzung des jeweiligen Settings nicht benannt werden konnten. Vielmehr scheinen die Zuweisungen nach freien Kapazitäten der Wohnsettings und eher zufällig zu erfolgen. Betroffenen ist das System der Wohnunterstützung mit seinen Optionen nicht oder nur wenig bekannt. Die Zuweisung erfolgt durch unterschiedliche Akteure. Diese planen, organisieren und begleiten den Einzug. Betroffene verlassen sich oftmals darauf, dass dabei die richtige Entscheidung getroffen wird. So kann es ohne informierte Einwilligung (informed consent) zu Fehlplatzierungen kommen. Erschwerend hinzu kommen können die begrenzten Möglichkeiten von Menschen mit psychischen Behinderungen auf dem Wohnungsmarkt. Nach Klinikaufenthalt oder Haft steht teilweise keine Wohnung zur Verfügung, sodass die EGH Wohnen auch aus dieser Perspektive eine Lösung darstellt.

Klientinnen und Klienten verfolgen durch die EGH Wohnen verschiedene Ziele, wobei drei Gruppen identifiziert werden konnten.

- Die erste Gruppe (*Langfristige Unterstützung*) erwartet, von der EGH Wohnen möglichst langfristig betreut zu werden, und wünscht sich Beständigkeit. Dabei sind Wechsel zu anderen Wohnsettings nicht ausgeschlossen. Die Aufrechterhaltung der EGH Wohnen ist zum langfristigen Ziel und zur Bedingung von Teilhabe geworden, selbstständiges Wohnen wird nicht (mehr) in Erwägung gezogen. Befristete Wohnverträge und Unsicherheiten bezüglich der langfristigen Finanzierung stellen eine Bedrohung für diese Gruppe dar. Wie die Ergebnisse der qualitativen Analyse des Schwesterprojekts Baden-Württemberg (Wie-Wohnen-BW) zeigen, ist aus Sicht von Mitarbeitenden und Leistungsträgern die Aufrechterhaltung des aktuellen Wohnstatus für einige Klientinnen und Klienten durchaus als sinn-

volles Ziel zu erachten. Ihnen sollte zu einer langfristigen Wohnperspektive verholfen werden, regelmäßig neue Entwicklungsziele zu definieren, ist nicht immer sinnvoll. Gleichzeitig bestehe aber die Gefahr, Grenzen der Entwicklungsmöglichkeiten zu früh festzustellen und so Hospitalisierung zu begünstigen (Steinert et al. 2020, 41).

- Die zweite Gruppe (*Temporäre Unterstützung*) erwartet von der EGH Wohnen Hinführung zu einem selbstständigen Leben. Die Wohnunterstützung soll Teilhabe zunächst ermöglichen und dann unterstützen, bevor die EGH verlassen werden kann. Die unterschiedlichen Wohnsettings mit ihren jeweiligen Graden an Selbstständigkeit sind den Klientinnen und Klienten dieser Gruppe bekannt und werden den individuellen Bedürfnissen entsprechend in Anspruch genommen. Wie die Ergebnisse des qualitativen Forschungsprojekts LeNI<sup>17</sup> zeigen, ist das IBW eine geeignete Wohnform für den Übergang vom Wohnheim ins ambulant betreute Wohnen oder auch das Wohnen ohne Wohnunterstützung (Grauenhorst et al. 2011, S. 39). Steinert et al. (2020) kommen in ihrer Analyse zu der Erkenntnis, dass diese Übergänge teilweise erleichtert werden müssen, z. B. durch vorheriges Ausprobieren, einer intensiveren Unterstützung nach einem Übergang oder dem Beibehalten von Unterstützungsstrukturen in einzelnen Lebensbereichen wie TGA.
- Die dritte Gruppe (*Unpassende Unterstützung*) fühlt sich in der EGH Wohnen falsch verortet und verfolgt das Ziel, diese zugunsten des eigenständigen Wohnens zu verlassen. Sie versteht die Wohnunterstützung nicht als Hilfe zur Erreichung ihrer Ziele, sondern als Belastung.

Weil vor Aufnahme die Wohnsettings vielfach nicht bekannt sind und die Zuweisung meist durch Dritte erfolgt, ist davon auszugehen, dass eine Zuordnung der Einzelnen zu den Gruppen erst im zeitlichen Verlauf sichtbar wird.

Zentrale Erwartung der Klientinnen und Klienten an die Wohnunterstützung ist *Sicherheit*. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer qualitativer Studien (vergleiche Grauenhorst et al. 2011, Steinert et al. 2020). Sicherheit wird von den hier untersuchten Klientinnen und Klienten auf verschiedenen Ebenen gewünscht. Es geht um eine sichere Unterkunft, soziale Kontakte und das Erleben von Gemeinschaft. Die Wohnunterstützung bietet auch Sicherheit im Umgang mit Aktivitäten des Alltags, die zuvor Hilflosigkeit auslösten. Über den Zugang zum Gesundheitssystem fördert die Wohnunterstützung die Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit bzw. Erkrankung. Sicherheit und Entlastung entstehen auch dadurch, dass wichtige Dinge nicht vergessen werden und Klientinnen und Klienten Verantwortlichkeiten vorübergehend oder dauerhaft abgeben können.

Durch Wohnunterstützung können jedoch auch *Unsicherheiten* in folgenden Bereichen entstehen: Das Verhalten von Mitarbeitenden, die nicht erreichbar sind, Desinteresse vermitteln oder Distanz herstellen. Die Ergebnisse des Schwesterprojekts WiEWohnen-BW zeigen hier folgende Lösungsvorschläge auf: Den Mitarbeitenden sollten Angebote zur Reflexion der eigenen Arbeit und zur fachlichen wie persönlichen Weiterbildung zur Verfügung gestellt werden. Auch Supervision und Teambesprechungen können zu einer personenzentrierten Arbeit aber auch einer „gesunden Fehlerkultur“ beitragen. Der offene Austausch im Team sei wichtige Ressource für Mitarbeitende, um gute Arbeit leisten zu können und Rückhalt durch das Team zu erleben (Steinert et al. 2020, S. 50).

---

<sup>17</sup> „Lebensqualität und Nutzerzufriedenheit von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Intensiv Betreuten Wohnen“

Zu Unsicherheiten kann auch führen, dass die Unterstützungsdichte nicht den individuellen Bedürfnissen bzw. Bedarfen entspricht, dass ein Wechsel des Settings bevorsteht oder imaginiert wird oder dass die Finanzierung der Unterstützung als unsicher erlebt wird. Grundsätzlich dürften Klientinnen und Klienten der Gruppe 2 mit diesen Herausforderungen besser zurechtkommen als die der Gruppe 1.

Die zweite zentrale Erwartung von Klientinnen und Klienten an die Wohnunterstützung ist neben Sicherheit *Selbstständigkeit*. Diese manifestiert sich z. B. in der Tagesstrukturierung, im Umgang mit Behörden oder dem Gesundheitssystem, in der Freizeitgestaltung oder der Teilnahme an Arbeit und Beschäftigung. Ein gewisses Maß an Selbstständigkeit sowie die Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen, ist einerseits eine gute Voraussetzung, um von der Wohnunterstützung profitieren zu können, andererseits ist sie ein zentrales Ziel der Klientinnen und Klienten. Die Herausforderung der Mitarbeitenden besteht also darin, Selbstständigkeit an der richtigen Stelle zu fördern, ohne dabei Über- oder Unterforderung zu erzeugen (siehe auch Steinert et al. 2020, 49 ff.). Bei individuell angepasster Unterstützung kann die/der Einzelne schrittweise zu einer selbstständigen Lebensführung befähigt werden. Grundsätzlich bietet das IBW mehr Chancen zur Selbstständigkeit als das SBW (siehe auch Grauenhorst et al. 2011), setzt aber auch mehr Selbstständigkeit voraus. Auch hier ist davon auszugehen, dass bei Klientinnen und Klienten der Gruppe 2 der Prozess der Verselbstständigung besser gelingt als bei anderen.

Selbstständigkeit kann durch die Wohnunterstützung auch unberührt bleiben oder von ihr eingeschränkt werden. Als Einschränkungen konnten empfundene Kontrolle und Vorgaben der Mitarbeitenden identifiziert werden. Selbstständigkeit wird auch dadurch eingeschränkt, dass Klientinnen und Klienten sich anpassen, ihre Meinung unterdrücken und sich widerspruchslos an Vorgaben halten, um die Beziehung zu den Mitarbeitenden nicht zu gefährden. Abläufe und Zeitpläne des Wohnsettings bestimmen den Tagesablauf und schränken so Selbstständigkeit ein. Auch despektierliches Verhalten von Mitarbeitenden wird als Einschränkung der selbstbestimmten Lebensführung erlebt. Hinzu kommen die generell begrenzten finanziellen Mittel der Klientinnen und Klienten, die als noch einschränkender erlebt werden, wenn die Verfügbarkeit darüber von Mitarbeitenden an Bedingungen geknüpft wird. Schließlich kann die empfundene Scham gegenüber Menschen außerhalb des Wohnsettings als Einschränkung der Selbstständigkeit erlebt werden. Flüchtige Kontakte werden nicht intensiviert aus Angst davor, dem Gegenüber das eigene Wohnumfeld offenlegen zu müssen. Steinert et al. (2020, S. 54) sprechen hier von Selbststigmatisierung.

Die empfundene Sicherheit der EGH Wohnen kann mit zunehmender Unterstützungsdauer aber auch zu vermehrter *Unselbstständigkeit* führen, wenn Verantwortung langfristig abgegeben und auf Selbstständigkeit verzichtet wird. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass alle Klientinnen und Klienten der Wohnunterstützung diesem Risiko ausgesetzt sind. Klientinnen und Klienten der Gruppe 2 ist das Risiko des Erlernens von Unselbstständigkeit vermutlich bewusster als den anderen. Diejenigen der Gruppe 1 verdrängen es oder nehmen es bewusst in Kauf, weil sie ihren eigenen Fähigkeiten nicht vertrauen. Klientinnen und Klienten müssen also abwägen zwischen den Potenzialen und den Einschränkungen, die die Wohnunterstützung bezüglich einer selbstständigen Lebensführung bietet. Hier zeigt sich noch einmal, dass für das Gelingen der Wohnunterstützung bzw. für das Erreichen von individuellen Zielen die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen und Einschränkungen der unterschiedlichen Settings bekannt sein sollten.

Insgesamt spiegelt sich in den Ergebnissen der Doppelcharakter der Eingliederungshilfe in doppelter Weise wider: zwischen den Polen Selbstständigkeit/Unselbstständigkeit und Sicherheit/Unsicherheit. Diese Dimensionen sind nicht unabhängig voneinander: Ein im höchsten Maße Sicherheit vermittelndes Umfeld ist nicht förderlich für die Selbstständigkeit des Individuums. Auf der anderen Seite fördert aber auch ein unsicheres Wohnumfeld nicht per se Selbstständigkeit. Vielmehr deuten die Ergebnisse aus den Aussagen der Klientinnen und Klienten an, dass es hier sehr auf das Fingerspitzengefühl der betreuenden Mitarbeitenden ankommt, ob mehr Unsicherheit und weniger Einfluss und Kontrolle zu mehr Selbstständigkeit führen oder zum Rückzug und einem möglichen Abbruch. Gleichzeitig kann ein gesichertes Umfeld ein wichtiger Einflussfaktor auf die individuelle Gesundheit und Funktionsfähigkeit sein, auch wenn dies möglicherweise vorübergehend zulasten der persönlichen Selbstständigkeit führt oder gar Hospitalismus begünstigt. Es gilt, die individuell gewählte Lebensform (UN-BRK Artikel 19) und -planung zu unterstützen und beide Dimensionen in ihrer Dynamik und Wechselwirkung im Blick zu haben. Damit wird erneut deutlich, welch hohen Stellenwert die Interaktion mit und die psychosoziale Unterstützung durch die Mitarbeitenden im Rehabilitationsprozess haben.

## B.3 Teilprojekt 3 Prospektive Evaluation wohnbezogener Unterstützungsleistungen<sup>18</sup>

Wie unter A.2 dargestellt, besteht sowohl international als auch besonders in Deutschland ein Mangel an systematischen wissenschaftlichen Studien zur Evaluation der Unterstützungsleistungen im Bereich der Eingliederungshilfe Wohnen, vor allem in Bezug auf Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Qualität und Effektivität dieser wohnbezogenen Unterstützungsleistungen wurde bisher noch am ehesten über Merkmale der Strukturqualität (Input), jedoch kaum über solche der Prozessqualität und fast gar nicht über solche der Ergebnisqualität (Output) beschrieben. Die Beziehung zwischen Merkmalen des Unterstützungssettings, der unterstützten Personen sowie der Unterstützungsleistungen auf der einen Seite und dem Unterstützungsverlauf und Indikatoren der Ergebnisqualität auf der anderen Seite ist bisher im deutschsprachigen Raum noch nicht großflächig und systematisch untersucht worden.

### B.3.1 Fragestellung

Das *Ziel* von Teilprojekt 3 war daher die Identifikation von potenziellen Prädiktoren und intervenierenden Variablen des Rehabilitationserfolgs der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in einer prospektiven Kohortenstudie über zwei Jahre. Es sollte herausgearbeitet werden, inwieweit sich Merkmale der Struktur des Leistungsangebots, der Leistungsempfangenden und/oder intervenierende Merkmale im Rehabilitationsprozess für die Ergebnisqualität von Leistungen der Eingliederungshilfe Wohnen empirisch nachweisen lassen. Dabei wurde insbesondere auf eine mehrdimensionale Erfassung des Interventionserfolgs abgezielt.

*Hauptfragestellung (Non-Inferiorität)*: Es sollte untersucht werden, ob das Interventionsergebnis der ambulanten Eingliederungshilfe Wohnen (d. h. eine Verbesserung der Teilhabe) nicht schlechter ausfällt als das der stationären Eingliederungshilfe.

*Nebenfragestellung (Prädiktoren)*: Es sollte untersucht werden, inwieweit das Interventionsergebnis zum Studienende nach zwei Jahren (t2) durch personenbezogene Merkmale zu Studienbeginn (t0) beeinflusst bzw. mit Einflüssen im 1. Jahr der Interventionsdurchführung (zwischen t0 und t1) assoziiert ist.

### B.3.2 Methodik

#### B.3.2.1 Studienablauf

Zur differenzierten Beschreibung und Analyse der Entwicklungsverläufe wurde eine prospektive Kohortenstudie mit allen Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen durchgeführt, die (im ersten Studienjahr) in die Wohnunterstützungssysteme der teilnehmenden Anbieter des Paritätischen NRW, der LWL-Wohnverbände Dortmund und Hemer und Bethel.regional neu oder wieder aufgenommen worden sind oder ihren entsprechenden Status (z. B. von ambulant zu stationär) veränderten.

Auf Grundlage der Dokumentationssysteme der beteiligten Anbieter wurden zuerst entsprechende Klientinnen und Klienten im Hinblick auf die *Ein- und Ausschlusskriterien* identifiziert. Kriterien für den Einschluss in diese Studie waren neben einem Alter von 18 bis 69 Jahren, eine (durch einen Psychiater/eine Psychiaterin diagnostizierte) schwere psychische Erkran-

---

<sup>18</sup> Dieser Berichtsteil wurde verfasst von Dr. Lorenz Dehn in Zusammenarbeit mit der Forschungsabteilung des EvKB.

kung, die nach § 2 (1) SGB IX zum Bezug von Eingliederungshilfe berechtigt. Ausschlusskriterien waren schwere körperliche Erkrankungen, eine relevante Lern- bzw. Intelligenzminde- rung oder unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache. Sofern ein möglicher Einschluss in die Studie in Frage kam, besuchten wissenschaftliche Projektmitarbeiterinnen die potenzi- ellen Teilnehmenden, überprüften die Einschlusskriterien, gaben ausführliche mündliche so- wie schriftliche Informationen und holten die schriftliche Zustimmung zur Teilnahme ein. An- schließend wurde der nächstmögliche Termin für die Basisbefragung (t0) innerhalb eines Zeit- intervalls von maximal 6 Wochen nach Beginn der Eingliederungshilfemaßnahme abgestimmt.

Die prospektive Längsschnittstudie umfasste insgesamt drei Messzeitpunkte: In Folge der Ba- sisbefragung bei Studieneinschluss (t0) gab es einen Zwischentermin nach einem Jahr (t1) sowie eine Abschlusserhebung nach zwei Jahren (t2). Die Teilnehmenden erhielten jeweils eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro für den ersten und 20 Euro für jeden der beiden folgenden Befragungstermine. Nach Prüfung durch die gemeinsame Ethikkommission der Ärz- tekammer Westfalen-Lippe und der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Uni- versität Münster erhielt das Studienvorhaben ein positives Ethikvotum (2017-149-f-S).

### **B.3.2.2 Messinstrumentarium**

Zum Start des Teilprojektes 3 erfolgte eine Überprüfung und Anpassung der zunächst aus der wissenschaftlichen Literatur abgeleiteten Prädiktoren, Erfolgsindikatoren und intervenierenden Variablen, indem diese nicht nur von Fachpersonen aus Forschung und Wissenschaft, son- dern auch aus der Nutzenden-Perspektive „gegengeprüft“ wurden (siehe unten). Das ur- sprüngliche Set an Studienvariablen ist durch diesen Bewertungsprozess zum Teil erweitert (z. B. durch wichtige Rückmeldungen der Nutzenden), aber zugleich auch auf zentrale Merk- male fokussiert bzw. reduziert worden.

#### *Fokusgruppen mit Klientinnen und Klienten*

Zur Prüfung des initialen Messinstrumentariums aus der Nutzenden-Perspektive sind vor Stu- dienbeginn mehrere Fokusgruppen mit Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe Woh- nen durchgeführt worden. Dabei sollte den folgenden Fragen hinsichtlich möglicher Struktur-, Prozess- und Ergebnisparameter der Wohnunterstützung nachgegangen werden:

- Was sollte durch die Wohnunterstützung erreicht werden? Welches Ergebnis bzw. welche Wirkung wünschen sich die Klientinnen und Klienten?
- Welche Unterstützungsleistungen werden als hilfreich eingeschätzt?
- Welche Faktoren haben aus Sicht der Klientinnen und Klienten einen Einfluss auf den Ver- lauf sowie die Wirkung der Unterstützung im Bereich Wohnen?

Es fanden vier Fokusgruppen statt, die an Standorten von Bethel.regional in Bielefeld (SBW und ABW), Lünen (IBW) und Dortmund (SBW) durch zwei Mitarbeiterinnen der Forschungs- abteilung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des EvKB durchgeführt wurden. Nach vorheriger schriftlicher und mündlicher Aufklärung nahmen insgesamt acht Klienten und sechs Klientinnen an den Fokusgruppen teil. Diese wurden als semi-strukturierte, leitfadengestützte Gruppeninterviews durchgeführt und dauerten zwischen 30 und 60 Minuten. Die mitgeschnit- tenen Audioaufnahmen wurden anschließend durch die Forschungsabteilung der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie transkribiert und vor allem dahingehend ausgewertet, welche aus Sicht der Klientinnen und Klienten relevanten Aspekte bereits in den vorliegenden Mess- instrumenten abgebildet waren oder welche bedeutsamen Merkmale noch fehlten. Im Ergeb- nis zeigte sich, dass bereits eine hohe Übereinstimmung zwischen dem initialen Messinstru- mentarium und den subjektiven Angaben der Klientinnen und Klienten bestand. Vor allem drei

Aspekte, die in den Instrumenten bis dahin nicht oder nicht ausführlich genug abgebildet waren, wurden anschließend noch in das Studienassessment mit aufgenommen:

- Zufriedenheit mit der Wohnsituation (z. B. Vergleich zur vorherigen Wohnsituation, Ausstattungsbedingungen, Unterstützungsmöglichkeiten)
- Mitsprachemöglichkeiten bei Wahl der Wohnform und des Wohnortes
- Soziale Kontakte (z. B. Zufriedenheit mit der Anzahl und Häufigkeit sozialer Kontakte innerhalb und außerhalb der Wohneinrichtung).

Die entsprechenden Formulierungen für die Studienbefragung wurden dann zum Teil aus früheren Forschungsprojekten übernommen (z. B. BAESCAP-Studie, LV Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Speck A, Steinhart I 2018).

### B.3.2.3 Ergebnisindikatoren

Im Rahmen der vorliegenden Auswertungen des Teilprojektes wurde als primärer Indikator für die Ergebnisqualität der Wohnunterstützung der *Gesamtwertwert der Social Functioning Scale (SFS)* als globaler Kennwert verschiedener Aspekte der sozialen Funktionsfähigkeit ausgewählt. Um die Ergebnisqualität im Sinne der ICF auch mehrdimensional beschreiben und hinsichtlich unterschiedlicher Merkmale vergleichen zu können (vgl. McPherson et al. 2018), wurden folgende weitere sekundäre Outcomemerkmale in den Auswertungen berücksichtigt: Lebensqualität (MANSA), Teilhabechancen (OxCAP), Psychische Symptomschwere (SCL-K9) sowie das Auftreten (Prävalenz) stationär-psychiatrischer Behandlungen in den letzten 12 Monaten.

Neben den *demographischen Basismerkmalen* und der Behandlungs- bzw. Unterstützungsanamnese wurden auch alle psychosozialen, wohnbezogenen und medizinischen Daten während der Zwischen- und Abschlusserhebung mittels strukturierter Befragungen und selbstkonstruierter Fragebögen erhoben. Die psychiatrische Diagnose gemäß ICD-10 wurde unter Verwendung der von den Studienteilnehmenden bzw. deren Betreuungs Bezugspersonen bereitgestellten medizinischen Informationen sowie der von den Anbietern teilweise verwendeten Dokumentationssysteme ermittelt.

Die *soziale Funktionsfähigkeit* wurde im Selbstbericht mit Hilfe der deutschen Version der Social Functioning Scale (SFS) erhoben (Birchwood et al. 1990, Iffland et al. 2015). Die 76 Items der SFS decken mit 7 Subskalen eine Vielzahl von unterschiedlichen Aspekten sozialer Funktionen ab (z. B. soziale Eingebundenheit, prosoziale Aktivitäten, zwischenmenschliche Fähigkeiten, Arbeit/Beschäftigung). Die guten psychometrischen Eigenschaften der SFS haben sich bereits in verschiedenen psychiatrischen Stichproben bestätigt (Chan et al. 2019, Hellvin et al. 2010). Für die vorliegenden Auswertungen wurde der globale SFS-Gesamtwert in Standardwerten ( $M=100$ ,  $SD=15$ ) genutzt.

Die subjektive Belastung durch *psychopathologische Symptome* wurde anhand der 9-Item Kurzform der Symptom-Checkliste (SCL-K9, nach Klaghofer & Brähler 2001) eingeschätzt, einem etablierten Fragebogen mit guten psychometrischen Eigenschaften (Prinz et al. 2008).

Zur Erfassung der *Lebensqualität* wurde das Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) eingesetzt (Priebe et al. 1999), deutsche Fassung von Röpcke & Linau, unveröffentlicht). Der Fragebogen deckt die allgemeine Zufriedenheit der beantwortenden Person sowie die Zufriedenheit in 16 Lebensbereichen ab und weist bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ausreichende psychometrische Eigenschaften auf (z. B. Björkman & Svensson 2005).



Für die Messung der *Teilhabe- und Verwirklichungschancen* von Menschen mit psychischen Erkrankungen wurde der Oxford CAPabilities Questionnaire - Mental Health (OxCAP-MH) eingesetzt (Simon et al. 2018). Es wird das individuelle Wohlbefinden in Bezug auf 16 verschiedene Lebensbereiche eingeschätzt, u. a. Gesundheitszustand, Freizeitaktivitäten, Unterkunft, Sicherheitsempfinden und Selbstbestimmung.

Als weitere potenzielle Prädiktoren der Ergebnisqualität wurden für die vorliegenden Auswertungen außerdem die *Fremdeinschätzung der Symptomschwere und Funktionsbeeinträchtigungen* durch die Bezugsmitarbeitenden mittels der Health of Nation Outcome Scales (HoNOS, Andreas et al. 2007, Wing et al. 1998) sowie der Trail-Making-Test (nach Reitan 1958) als *neuropsychologisches Testverfahren* für das kognitive Verarbeitungstempo und die kognitive Flexibilität berücksichtigt (siehe Tabelle B.3.1).

**Tabelle B.3.1** Erfasste Konstrukte und verwendete Messverfahren

| Prädiktoren und Outcomemaße  | Messverfahren  |
|--|--|
| Soziodemographie, Wohnform, Medizinische Behandlung und Verlauf, frühere und heutige Unterstützungsleistungen etc. | Standardisierte Befragung und selbstkonstruierte Studienfragebögen                 |
| Soziale Funktionsfähigkeit (Selbstbeurteilung)   | SFS: Social Functioning Scale (Birchwood et al. 1990, Iffland et al. 2015)         |
| Psychopathologische Symptomschwere (Selbstbeurteilung)   | SCL-K9: Symptom-Check-Liste Kurzform (Klaghofer & Brähler 2001, Prinz et al. 2008) |
| Lebensqualität (Selbstbeurteilung)   | MANSA: Manchester Short Assessment of Quality of Life (Priebe et al. 1999)         |
| Teilhabechancen (Selbstbeurteilung)  | OxCAP-MH: Oxford Capabilities Mental Health Questionnaire (Simon et al. 2018)      |
| Symptome und Funktionsfähigkeit (Fremdbeurteilung Bezugsmitarbeitende)   | HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales (Wing et al. 1996, Andreas et al. 2007) |
| Kognitive Leistungsfähigkeit (Testverfahren)   | TMT: Trail-Making-Test A und B (Reitan 1958; Tombaugh 2004)                        |

### B.3.2.4 Statistische Auswertungen

Alle statistischen Analysen wurden unter Verwendung der Statistiksoftware IBM SPSS Statistics (Version 25) durchgeführt und das allgemeine Signifikanzniveau auf 0,05 mit 2-seitiger Testung festgelegt. Für die Einschätzung signifikanter Ergebnisse werden entsprechende Effektgrößen (*Cramers-V*,  $\eta_p^2$ ) bei den Analysen mit aufgeführt (Fritz et al. 2012). Effektgrößen geben die Stärke eines statistischen Effekts an und werden zur Verdeutlichung der praktischen Relevanz von statistisch signifikanten Ergebnissen herangezogen (übliche Interpretation: kleiner Effekt:  $V \sim 0.1 / \eta_p^2 = 0.01 - 0.06$ , mittlerer Effekt:  $V \sim 0.3 / \eta_p^2 = 0.06 - 0.13$ , großer Effekt:  $V > 0.5 / \eta_p^2 \geq 0.14$ ).

#### Beschreibung der Stichprobe

Eine systematische Darstellung der personen- und strukturbezogenen Faktoren zu Studienbeginn sollte in Übereinstimmung mit den Auswertungen zur Hauptfragestellung primär für die zwei zentralen Angebotsformen (ambulant vs. stationär) vorgenommen werden. Ergänzende Analysen, die auch das Wohnsetting des Intensiv-betreuten Wohnens (IBW) als ambulant erbrachte Unterstützungsleistung mitberücksichtigen, sind im Anhang B.3.1 beigefügt. Für alle

hier folgenden Analysen wurden die IBW-Fälle der ambulanten Gruppe zugeordnet. Zur deskriptiven Beschreibung der Stichprobencharakteristika zu Studienbeginn wurden je nach Messniveau und Verteilungskennwerten sowohl Chi<sup>2</sup>- oder Exakte-Tests nach Fisher als auch paarweise Gruppenvergleichstest (T-Test bzw. Mann-Whitney-Test) herangezogen.

Als Ergänzung sind im Anhang B.3.2 detaillierte Darstellungen und deskriptive Auswertungen zur Stichprobenbeschreibung zu finden, unter anderem zum Unterstützungsbedarf (CANSAS-Fragebogen), zur Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen mit verschiedenen Wohn- und Unterstützungsbedingungen, zur Einschätzung der Verfügbarkeit sozialer und emotionaler Unterstützung sowie zum sozialen Netzwerk.

#### *Hauptfragestellung (ambulant vs. stationär)*

Die Überprüfung der Hauptfragestellung zum Vergleich der ambulanten gegenüber der stationären Wohnunterstützung erfolgte durch zwei sich ergänzende Auswertungsansätze:

1. Die standardmäßige Auswertung von Nicht-Unterlegenheitsstudien geschieht konfirmatorisch anhand von Konfidenzgrenzen (Grenzen des Vertrauensintervalls) bzw. einem Test nach dem sogenannten *Prinzip der Konfidenzintervall-Inklusion* (Wellek & Blettner 2012). So soll im vorliegenden Fall gezeigt werden, dass zu Studienende die ambulante Wohnunterstützung im Outcome nicht wesentlich schlechter abschneidet als die stationäre Wohnunterstützung. Was hierbei eine relevante Verschlechterung darstellt, ist dabei a priori durch einen unteren Grenzwert festzulegen, welchen der Outcomeparameter nicht unterschreiten sollte. Statistisch wird Nichtunterlegenheit dann als gesichert erklärt, wenn nachgewiesen werden kann, dass die (ausgehend von den empirisch ermittelten Studiendaten errechnete) untere Konfidenzgrenze sich im Rahmen einer a priori spezifizierten Nicht-Unterlegenheitsgrenze befindet bzw. diese einschließt. Für die vorliegende Studie stellt der SFS-Gesamtwert das primäre Outcomemaß dar. Allerdings ist bislang keine empirische Studie bekannt, in der dieser Wert ebenfalls als entsprechendes Zielkriterium herangezogen wurde, sodass gegenwärtig keine Vergleichswerte zur Festlegung der Nicht-Unterlegenheitsgrenze vorliegen. Auf Basis der klinischen Einschätzung der in die Studienplanung involvierten Expertinnen und Experten wurde der untere Grenzwert für den SFS-Gesamtwert daher vorab auf den Wert einer Standardabweichung (=15 standardisierte Skalenwertpunkte) festgesetzt (vgl. hierzu Adamus et al. 2020). Demnach ist die Nicht-Unterlegenheit der ambulanten im Vergleich zur stationären Wohnbetreuung bei folgendem Ergebnis als gegeben anzunehmen: Auf Basis eines Signifikanzniveaus von 2.5 % liegt die Untergrenze des 97.5 %-Konfidenzintervalls der SFS-Mittelwertdifferenz zum Studienabschluss (t2) oberhalb des festgesetzten Wertes von -15. Sollte diese ermittelte Untergrenze des Konfidenzbereichs jedoch genau diesem Grenzwert entsprechen oder ihn sogar unterschreiten ( $\leq -15$ ), muss die Nicht-Unterlegenheits-Annahme verworfen werden. Für die entsprechende Analyse wurde ein T-Test für unabhängige Stichproben eingesetzt und die zugehörige Untergrenze des 97.5 %-Konfidenzintervalls berechnet.
2. Um für den primären, aber auch die sekundären Outcomeparameter sowohl Gruppenunterschiede als auch die zeitlichen Veränderungen über den Studienverlauf zu untersuchen, wurden Auswertungen auf Basis von *zwei-faktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholungen* mit den Faktoren „Gruppe“ (stationär vs. ambulant) und „Zeit“ (t0 vs. t2) durchgeführt. Hierbei sind vor allem die sich aus der Interaktion dieser beiden Faktoren möglicherweise ergebenden gruppenspezifischen Zeiteffekte von besonderem Interesse: Ein statistisch signifikanter Interaktionseffekt würde anzeigen, dass sich – ein identisches Ausgangsniveau vorausgesetzt – eine der beiden Wohnunterstützungsformen zwischen Erst-

und Abschlussmessung im Outcome stärker verbessert hätte. Sofern sich jedoch für die beiden Wohnunterstützungsformen (im Sinne der Hauptfragestellung) gleichartige Veränderungsprozesse zwischen den Messungen ergeben, sollten entsprechend *keine* signifikanten Interaktionseffekte resultieren.

Mit dem zweiten Auswertungsansatz wurden neben dem primären Outcomeparameter (SFS-Gesamtwert) auch alle sekundären Ergebnisindikatoren (MANSA, OxCAP, SCL-K9) überprüft. Da die dargestellten Varianzanalysen jedoch ausschließlich für numerische Messvariablen einzusetzen sind, wurde der McNemar-Test verwendet, um auch wiederholte nominale Daten (12-Monats-Prävalenz stationär-psychiatrischer Behandlungen) zwischen den Wohnsettings über die beiden Zeitpunkte hinweg zu vergleichen.

#### *Nebenfragestellung (Einflussvariablen)*

Inwieweit bestimmte Prädiktoren zu Studienbeginn (t0) bzw. intervenierende Variablen (t1) eine Auswirkung auf das Ergebnis der Wohnunterstützung nach 2 Jahren (t2) haben, wurde für den primären Outcomeparameter (SFS) anhand von dreifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung überprüft. Zusätzlich zu den Faktoren „Gruppe“ (stationär vs. ambulant) und „Zeit“ (t0 vs. t2) wurden hierbei als dritter Faktor in separaten Analysen jeweils die folgenden weiteren Einflussvariablen mit aufgenommen:

- *Soziodemografische Merkmale* (zu Studienbeginn): Alter, Geschlecht, Berufsausbildung, Beschäftigungsstatus, Gesetzliche Betreuung.
- *Wohnbezogene Merkmale* (zu Studienbeginn): Bisherige Jahre im betreuten Wohnen, Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnsituation im Vergleich zur vorherigen, Entscheidungsfreiheit bei der Wohnformwahl.
- *Psychiatrische Merkmale* (zu Studienbeginn): Ersterkrankungsalter, 12-Monats-Prävalenz an stationär-psychiatrischen Behandlungen, Schwere der psychischen Symptomatik (SCL-K9).
- *Moderierende Merkmale im ersten Studienjahr*: 12-Monats-Prävalenz an stationär-somatischen Behandlungen zu t1, 12-Monats-Prävalenz an stationär-psychiatrischen Behandlungen zu t1, Zufriedenheit mit der Wohnung zu t1.

Zur besseren Übersichtlichkeit und Vereinfachung des Analyseprozesses sind alle zuvor genannten numerischen und mehrkategorialen (unabhängigen) Variablen nach einem Median-Split als dichotome Variablen in die Auswertungen einbezogen worden, d. h. eine Hälfte der Teilnehmenden liegt mit ihren jeweiligen Ergebnissen über und die andere Hälfte unter dem Medianwert.

#### *Umgang mit fehlenden Daten*

Für die Berechnung der Gesamtsummen der verschiedenen Fragebogenmaße wird unter Berücksichtigung gängiger Vorgehensweisen (Wirtz 2004) vorausgesetzt, dass immer mindestens 66 % der Items beantwortet wurden. Sonstige fehlende Werte für alle numerischen Ergebnisvariablen sollen unter Verwendung des Maximum Likelihood-basierten Expectation Maximization (EM)-Verfahrens imputiert werden (Graham 2009). Alle weiteren Studienvariablen, die für etwaige Zusatzanalysen mit in die Berechnungen aufzunehmen sind, werden in ihrer vorliegenden Form belassen und entsprechende Hinweise auf die jeweiligen Fehlwerte in den Ergebnisdarstellungen ergänzt.

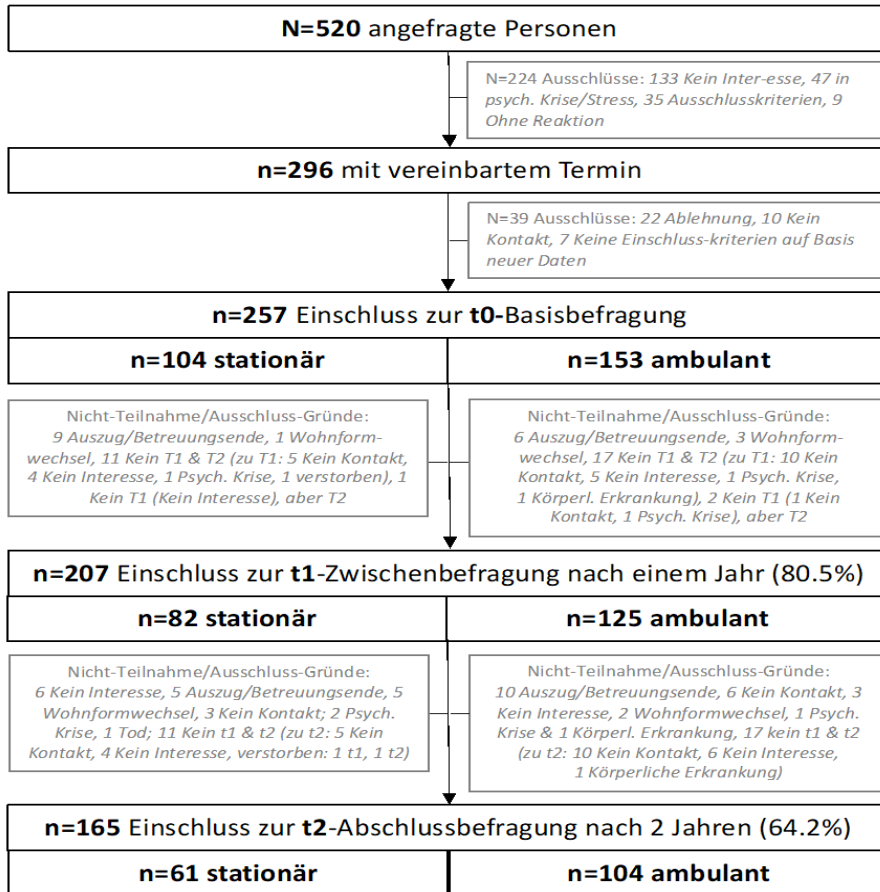
### *Propensity Score-Matching*

Bei dem vorliegenden Studienprojekt konnte aus unterschiedlichsten Gründen (siehe A.2.1) keine Randomisierung der Teilnehmenden auf die Wohnunterstützungsformen vorgenommen werden, sodass eine gleichmäßige Verteilung von Merkmalen der Klientinnen und Klienten entsprechend eines RCT (Randomized Controlled Trial) – dem forschungsmethodischen „Goldstandard“ – nicht gewährleistet werden konnte. Die Schwierigkeit, RCT-Studien im Rahmen von gemeindeorientierten Forschungsvorhaben durchzuführen, ist jedoch eine allgemein bekannte Problematik (West et al. 2008) und betrifft somit insbesondere auch die sozialpsychiatrische Wohnforschung (Killaspy et al. 2019, Richter & Hoffmann 2017 c). Um dennoch eine ausreichende Vergleichbarkeit der Personenmerkmale zwischen ambulantem und stationärem Setting gewährleisten zu können, wurde eine Parallelisierung der beiden Wohnformgruppen mittels des Propensity Score-Matching (PSM) durchgeführt (Kuss et al. 2016). Hierdurch entspricht das Forschungsdesign des vorliegenden Studienprojektes also einer quasi-experimentellen Methodik (Connelly et al. 2013).

## **B.3.3 Ergebnisse**

### **B.3.3.1 Rekrutierung und Einschluss**

Der gesamte Rekrutierungs- und Einschlussprozess der prospektiven Kohortenstudie ist als Flow-Chart in Abbildung B.3.1 dargestellt (nächste Seite). Im Laufe des ersten Befragungsjahres wurden 520 Personen neu oder wieder in die Hilfesysteme von Bethel.regional und der teilnehmenden anderen Anbieter aufgenommen oder veränderten ihren Status, z. B. von ambulant zu stationär. Aus diesem Potenzial zu rekrutierender Klientinnen und Klienten konnte nach einem Informationsgespräch mit 296 Personen ein Termin für die Studienbefragung vereinbart werden (ca. 6 Wochen nach Einzug), während 244 Personen aus verschiedenen Gründen (z. B. kein Interesse oder akute psychische Krise, siehe Abbildung B.3.1) nicht für eine Befragung zur Verfügung standen. Von den ursprünglich vereinbarten Befragungsterminen kam bei 37 Personen abschließend doch keine Erstbefragung zu Stande, unter anderem weil sie ihre Teilnahmebereitschaft kurzfristig widerriefen oder z. B. nicht mehr kontaktierbar waren. Zudem mussten zwei Personen nach der Befragung rückwirkend ausgeschlossen werden, da sich hier eine ausgeprägte Beteiligung somatischer Erkrankungen herausstellte. Abschließend konnte ca. jede zweite Person (49,4 %) von dem ursprünglichen Gesamtpotenzial für die Studie rekrutiert und insgesamt 257 Personen in die Studie eingeschlossen werden.



**Abbildung B.3.1** Studienein- und -ausschluss im Verlauf (Flow-Chart)

Die für die Studie befragten Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Eingliederungshilfe Wohnen lebten in Westfalen-Lippe (siehe Abbildung B.3.2, nächste Seite) und die Befragungen fanden an insgesamt 36 Orten statt (u. a. in Bielefeld, Detmold, Dortmund, Gevelsberg, Gütersloh, Hagen, Iserlohn, Lemgo, Münster, Paderborn und Verl). Die insgesamt am häufigsten vorkommenden Befragungsorte waren Bielefeld (41,2 %), Münster (9,3 %), Dortmund (8,9 %) und Gevelsberg (4,7 %).

### Spezifische Wohnform

Die Studienbefragungen fanden in 39 stationären Wohneinrichtungen bzw. 50 eigenständigen Angeboten der ambulanten Wohnunterstützung (ABW plus IBW) der vier beteiligten Leistungsanbieter statt. Von den n=257 eingeschlossenen Studienteilnehmenden kamen knapp 60 % (59,5 %, n=153) aus der ambulanten Wohnunterstützung und 40,5 % (n=104) der Personen lebten in stationären Wohnformen. Eine genaue Ausdifferenzierung zu den Wohnformen findet sich in Tabelle B.3.2 (nächste Seite). Innerhalb des stationär betreuten Wohnens wurden mehr als die Hälfte der Klientinnen und Klienten (56,7 %) in der Einrichtungsform eines offenen Wohnheims mit Nachtwache betreut. In der ABW/IBW-Gruppe erhielten knapp zwei Drittel der Personen (62,1 %) Leistungen im Umfang von bis zu drei Fachleistungsstunden pro Woche.



**Abbildung B.3.2** Verteilung der Wohnstandorte in Westfalen-Lippe (mit Beispielstädten)

**Tabelle B.3.2** Wohnformen der Eingliederungshilfe zu Studienbeginn

|  |   | stationär<br>n=104 | ambulant<br>n=128 | gesamt<br>N=257 |
|--|---|--------------------|-------------------|-----------------|
| im Wohnheim, im (fakultativ) geschlossenen Bereich<br>(mit Nachtwache)   | n | 2<br>1,9 %         |                   | 2<br>0,8 %      |
| im Wohnheim, offen<br>(mit Nachtwache)   | n | 59<br>56,7 %       |                   | 59<br>23,0 %    |
| im Wohnheim, offen<br>(mit Anwesenheits-/Schlafbereitschaft)   | n | 18<br>17,3 %       |                   | 18<br>7,0 %     |
| im Wohnheim, offen (mit Rufbereitschaft)   | n | 14<br>13,5 %       |                   | 14<br>5,4 %     |
| im dezentralen Wohnheim mit mobiler Unterstützung und<br>Rufbereitschaft   | n | 11<br>10,6 %       |                   | 11<br>4,3 %     |
| Im Intensiv betreuten Wohnen (IBW)   | n |                    | 25<br>16,3 %      | 25<br>9,7 %     |
| in ambulant betreuter Wohngemeinschaft   | n |                    | 14<br>9,2 %       | 14<br>5,4 %     |
| allein oder mit Personen, die keine Unterstützung erhalten,<br>mit (intensiver) ambulanter Unterstützung (≥4 Std./Woche) | n |                    | 19<br>12,4 %      | 19<br>7,4 %     |
| allein oder mit Personen, die keine Unterstützung erhalten,<br>mit ambulanter Unterstützung (<4 Std./Woche)              | n |                    | 95<br>62,1 %      | 95<br>37,0 %    |

### **B.3.3.2 Beschreibung der Stichprobe zu Studienbeginn**

#### *Soziodemografische Merkmale*

Eine Übersicht zu wesentlichen soziodemografischen Merkmalen der Gesamtstichprobe zu Studienbeginn gibt Tabelle B.3.3. Neben den zahlreichen Übereinstimmungen zwischen der stationären und ambulanten Gruppe zeigte sich jedoch ein Unterschied in der Geschlechterverteilung: Während sich in der Gruppe der ambulant unterstützten Personen ein nahezu ausgeglichenes Verhältnis einstellte, gab es unter den stationär unterstützten Personen nur knapp 30 % Frauen.

#### *Beschäftigungsstatus*

In Bezug auf den Beschäftigungsstatus zu Studienbeginn zeigte sich, dass über die Hälfte (54,9 %) aller Befragten angaben, keiner regelmäßigen Beschäftigung, Arbeit oder Ausbildung nachzugehen bzw. keine Tagesstätte zu besuchen. Der Anteil dieser Personen ohne regelmäßige Beschäftigung (im Vergleich zu allen anderen Beschäftigungsformen) war im ambulanten Betreuungssetting (64,1 %) signifikant höher als im stationären Bereich (41,3 %),  $\text{Chi}^2(1) = 12.89$ ,  $p < .001$ ,  $V = .224$ . Dabei ist zu beachten, dass im stationären Wohnen auch deutlich mehr Personen ein tagesgestaltendes Angebot nutzten (45,2 % vs. 8,5 %). Eine genaue Differenzierung nach einzelnen Beschäftigungsformen findet sich in Tabelle B.3.4 (nächste Seite).

#### *Pflegegradeinstufung*

Zum Zeitpunkt der Erstbefragung lag bei 86 % aller Studienteilnehmenden *keine* Pflegegradeinstufung vor (siehe Abbildung B.3.3, übernächste Seite). Zwischen den beiden Hauptwohnformen ergaben sich hierbei keine signifikanten Verteilungsunterschiede ( $\text{Chi}^2(1) = 1.06$ ,  $p = .625$ ,  $V = .064$ ). Unter den insgesamt nur 32 Teilnehmenden (12,5 %), bei denen eine Pflegegradeinstufung vorlag, waren die Einstufungen folgendermaßen verteilt: kein Pflegegrad:  $n=10$ ; Pflegegrad 1:  $n=10$ , Pflegegrad 2:  $n=6$ , Pflegegrad 3:  $n=2$ , unklar/unbekannt:  $n=4$ .

**Tabelle B.3.3** Soziodemografische Merkmale der Gesamtstichprobe zu Studienbeginn

|   |                         |         | stationär<br>(n=104) | ambulant<br>(n=153) | gesamt<br>(n=257) | Statistik   |
|---|-------------------------|---------|----------------------|---------------------|-------------------|---|
| <b>Geschlecht</b>                         | männlich                | n       | 73<br>70,2 %         | 80<br>52,3 %        | 153<br>59,5 %     | Chi2(1)=8.24,<br><b>p=.004</b> ,<br>V=.179        |
|   | weiblich                | n       | 31<br>29,8 %         | 73<br>47,7 %        | 104<br>40,5 %     |   |
| <b>Alter</b>                              |                         | M ±SD   | 40,5± 13,5           | 40,5 ±13,0          | 40,5 ±13,2        | U=7944.0,<br>Z=-.021,<br>p=.984                   |
|   |                         | Md      | 39,0                 | 40,0                | 40,0              |   |
|   |                         | Min-Max | 19 - 65              | 19 - 69             | 19 - 69           |   |
| <b>Geburtsland</b>                        | Deutschland             | n       | 94<br>90,4 %         | 133<br>86,9 %       | 227<br>88,3 %     | Chi2(1)=.717,<br>p=.435,<br>V=.053                |
|   | Anderes *               | n       | 10<br>9,6 %          | 20<br>13,1 %        | 30<br>11,7 %      |   |
| <b>Staatsangehörigkeit</b>                | Deutsch                 | n       | 98<br>94,2 %         | 142<br>92,8 %       | 240<br>93,4 %     | Chi2(1)=.202,<br>p=.800,<br>V=.028                |
|   | Andere #                | n       | 6<br>5,8 %           | 11<br>7,2 %         | 17<br>6,6 %       |   |
| <b>Höchster erreichter Schulabschluss</b> | Ohne Abschluss          | n       | 10<br>9,6 %          | 14<br>9,2 %         | 24<br>9,3 %       | Exakter Test<br>nach Fisher:<br>p=.677,<br>V=.122 |
|   | Sonderschule            | n       | 5<br>4,8 %           | 9<br>5,9 %          | 14<br>5,4 %       |   |
|   | Hauptschule             | n       | 33<br>31,7 %         | 63<br>41,2 %        | 96<br>37,4 %      |   |
|   | Mittlere Reife          | n       | 33<br>31,7 %         | 39<br>25,5 %        | 72<br>28,0 %      |   |
|   | (Fach-)Abitur           | n       | 22<br>21,1 %         | 27<br>17,6 %        | 49<br>19,1 %      |   |
|   | unbekannt               | n       | 1<br>1,0 %           | 1<br>0,7 %          | 2<br>0,8 %        |   |
| <b>Abgeschlossene Berufsausbildung</b>    | nein                    | n       | 52<br>50,0 %         | 75<br>49,0 %        | 127<br>49,4 %     | Exakter Test<br>nach Fisher:<br>p=.988,<br>V=.039 |
|   | ja                      | n       | 43<br>41,3 %         | 65<br>42,5 %        | 108<br>42,0 %     |   |
|   | z Zt. in Ausbildung     | n       | 3<br>2,9 %           | 3<br>2,0 %          | 6<br>2,3 %        |   |
|   | abgeschlossenes Studium | n       | 4<br>3,8 %           | 6<br>3,9 %          | 10<br>3,9 %       |   |
|   | unbekannt               | n       | 2<br>1,9 %           | 4<br>2,6 %          | 6<br>2,3 %        |   |

\*Anderes: (Polen: n=7, Türkei: n=6, Russland: n=4, Kasachstan: n=3, Bulgarien: n=2; Irak, Iran, Italien, Nigeria, Serbien: je n=1, unbekannt: n=2).

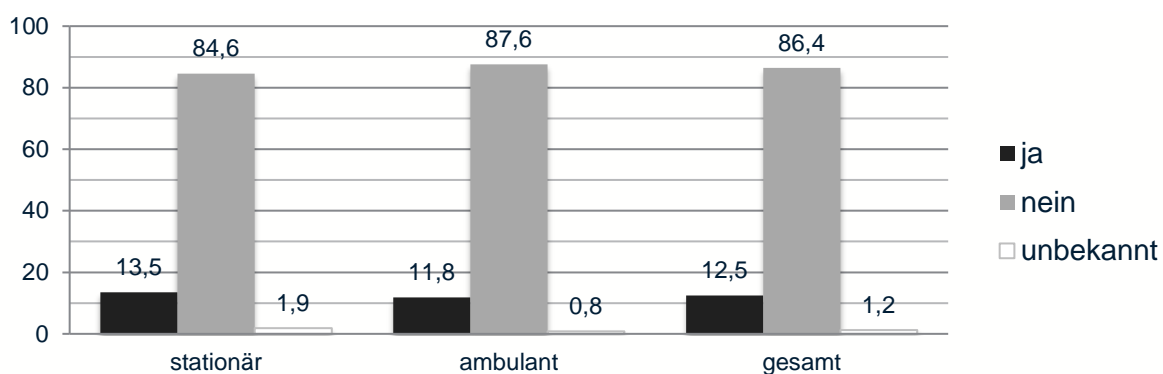
# Andere: (türkisch: n=7; italienisch: n=2; bosnisch, bulgarisch, iranisch, nigerianisch, russisch, serbisch: je n=1, unbekannt: n=2).



**Tabelle B.3.4**

Beschäftigungsstatus bei Studienbeginn (Selbstauskunft)

|   |   | stationär<br>n=104 | ambulant<br>n=128 | gesamt<br>N=257 |
|---|---|--------------------|-------------------|-----------------|
| keine regelmäßige Ausbildung,<br>Arbeit oder Beschäftigung  | n | 43<br>41,3 %       | 98<br>64,1 %      | 141<br>54,9 %   |
| Besuch einer Tagesstätte oder Nutzung<br>tagesgestaltender Angebote                                 | n | 47<br>45,2 %       | 13<br>8,5 %       | 60<br>23,3 %    |
| Werkstatt für behinderte Menschen<br>(bis zu 19 Std./Woche)   | n | 1<br>1,0 %         | 1<br>0,7 %        | 2<br>0,8 %      |
| Werkstatt für behinderte Menschen<br>(ab 20 Std./Woche)   | n | 6<br>5,8 %         | 15<br>9,8 %       | 21<br>8,2 %     |
| berufliche Trainingsmaßnahme  | n | 2<br>1,9 %         | 9<br>5,9 %        | 11<br>4,3 %     |
| Gelegenheitsarbeit, Zuverdienst,<br>geringfügige Beschäftigung                                      | n | 1<br>1,0 %         | 4<br>2,6 %        | 5<br>1,9 %      |
| sozialversicherungspflichtige Beschäftigung<br>in einer Integrationsfirma                           | n |                    | 2<br>1,3 %        | 2<br>0,8 %      |
| sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf<br>dem allgemeinen Arbeitsmarkt (bis 19 Std./Woche) | n |                    | 5<br>3,3 %        | 5<br>1,9 %      |
| sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf<br>dem allgemeinen Arbeitsmarkt (ab 20 Std./Woche)  | n |                    | 1<br>0,7 %        | 1<br>0,4 %      |
| Studium, Ausbildung   | n | 4<br>3,8 %         | 5<br>3,3 %        | 9<br>3,5 %      |

**Abbildung B.3.3** Vorhandene Pflegegradeinstufungen zu Studienbeginn (%)**B.3.3.3 Wohnformbezogene Merkmale***Vorerfahrungen mit Wohnunterstützung*

Die Hälfte aller Befragten hatte nach eigenen Angaben im Vorfeld der aktuell neu aufgenommenen Eingliederungshilfe Wohnen bereits Vorerfahrungen und hatte zuvor schon einmal ein Jahr oder länger (Md=1,0) in betreuten Wohnformen gelebt (siehe Tabelle B.3.5). Die beiden untersuchten Wohnformen unterschieden sich hierbei in ihrer mittleren Anzahl an bisherigen Jahren in betreuten Wohnformen nicht signifikant voneinander ( $P=.977$ ).

**Tabelle B.3.5** Gesamtanzahl bisheriger Jahre im betreuten Wohnen bis heute

|         | stationär | ambulant  | gesamt    | Statistik                       |
|---------|-----------|-----------|-----------|---------------------------------|
| N       | 100       | 144       | 244       | (stat vs. ambu)                 |
| M (SD)  | 2,3 (3,4) | 2,7 (4,6) | 2,5 (4,1) | U=7185,0,<br>Z=-.029,<br>p=.977 |
| Md      | 1,0       | 1,0       | 1,0       |                                 |
| Min-Max | 0 - 16    | 0 - 22    | 0 - 22    |                                 |

#### Wahrgenommene Wahlfreiheit

In Bezug auf die Frage nach der freien Wahl der aktuellen Wohnform gaben rund 78 % der Personen mit ambulanter Wohnunterstützung und ca. 55 % der Personen im stationären Wohnen an, über ihre Wohnform frei entschieden zu haben (siehe Tabelle B.3.6, nächste Seite). Dieser Unterschied bestätigte sich als statistisch signifikant:  $\chi^2(1) = 16.64$ ,  $p < .001$ ,  $V = .259$  (zur Vereinfachung wurden hierfür die Antwortmöglichkeiten „teilweise“ und „nein“ zusammengefasst und der Antwortmöglichkeit „ja“ gegenübergestellt).

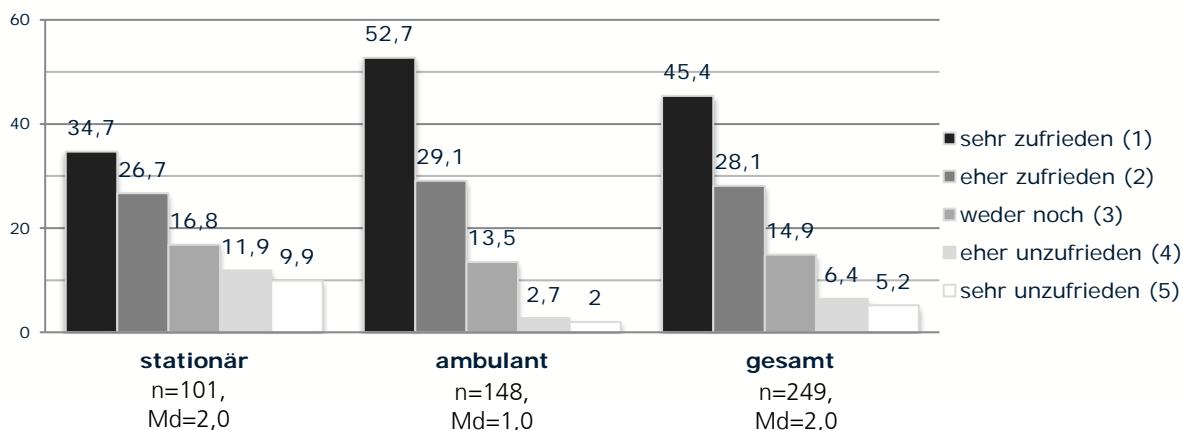
**Tabelle B.3.6** Wahrgenommene Wahlfreiheit bei der Wohnform

| Wenn Sie an Ihre jetzige Wohnung und Wohnsituation denken, konnten Sie frei entscheiden, in welcher Wohnform sie leben wollten? |   | stationär<br>n=104 | ambulant<br>n=153 | gesamt<br>n=257 | Statistik  |
|---|---|--------------------|-------------------|-----------------|--|
| Ja  | n | 57<br>54,8 %       | 119<br>77,8 %     | 176<br>68,5 %   | ja vs.<br>teilweise/nein:<br>$\chi^2(1) = 16.64$ ,<br>$p < .001$ ,<br>$V = .259$ |
| teilweise   | n | 20<br>19,2 %       | 19<br>12,4 %      | 39<br>15,2 %    |  |
| nein **   | n | 24<br>23,1 %       | 10<br>6,5 %       | 34<br>13,2 %    |  |
| unbekannt   |   | 3 (2,9 %)          | 5 (3,3 %)         | 8 (3,1 %)       |  |

\*\* Gründe für Nein in der Gesamtgruppe (Mehrfachantworten möglich): Betreuer/In hat es nicht erlaubt: n=22, Behörde/Amt hat es nicht erlaubt: n=9, Mietpreis zu hoch: n=3, Wegen der Nähe zum Arbeitsplatz ging es nicht: n=1, Weiß nicht: n=2. Andere Gründe (offenes Antwortfeld): Empfehlung/Vorschlag (Sozialdienst, Klinik, Betreuer etc.): n=6, Drohende Obdachlosigkeit: n=5, Keine andere Möglichkeit/kein freier Platz: n=4, Entscheidung durch andere (Klinik, Familie, Amt): n=4, Sonstiges (Gesundheit, familiäre Gründe, Auflagen): n=3.

#### Zufriedenheit mit der Wohnform

Bei der Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnform im Vergleich zu der vorherigen Wohnform zeigte sich, dass insgesamt knapp drei Viertel aller Befragten (73,5 %) hierzu angaben, dass sie *sehr zufrieden* oder *eher zufrieden* seien (siehe Abbildung 3.4). Vergleicht man hier die zentralen Tendenzen, findet sich ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zwischen dem mittleren Zufriedenheits-Niveau der stationär gegenüber den ambulant betreuten Personen (U=5488.50, Z=-3.79,  $p < .001$ ), wobei sich die ambulante Gruppe im Mittel insgesamt zufriedener zeigte (Md=1.0 vs. Md=2.0).



**Abbildung B.3.4** Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnform im Vergleich zur vorherigen Wohnsituation

### B.3.3.4 Klinische Merkmale

#### *Psychiatrische Diagnosen*

Unter den nach verfügbaren medizinischen Informationen und Aktenlage erfassten psychiatrischen Hauptdiagnosen der Studienteilnehmenden waren substanzbezogene (26,5 %), schizophrene (23,0 %) und affektive Störungen (21,4 %) insgesamt am häufigsten vertreten (siehe Tabelle B.3.7, nächste Seite). Hierbei wurden in den stationären Wohnangeboten zum Großteil Klientinnen und Klienten mit substanzbezogenen Störungen (40,4 %) sowie Schizophrenien (34,6 %) behandelt. Diese Diagnosen kamen in der Gruppe mit ambulanter Wohnunterstützung wesentlich seltener vor (17,0 % bzw. 15,0 %), während hier allerdings der Anteil an affektiven Störungen (30,7 %) merklich höher ausfiel als in der stationären Wohnunterstützung (7,7 %). Unter Berücksichtigung dieser drei häufigsten Diagnosegruppen bestätigte sich dann auch ein signifikanter Zusammenhang zwischen Wohnform und Diagnose ( $\chi^2(2)=33.84$ ,  $p<.001$ ,  $V=.431$ ).

#### *Somatische Komorbidität*

Bei ca. 61 % aller Studienteilnehmenden wurden in der Erstbefragung auch somatische Komorbiditäten festgestellt. Hierunter wurden beispielsweise Allergien, Asthma, Bandscheibenvorfälle oder Hypertonie, aber auch Epilepsie, Virushepatitis oder chronische Atemwegserkrankungen erfasst (eine detaillierte Auswertung zu den festgestellten somatischen Diagnosebereichen steht noch aus). Hinsichtlich des generellen Vorhandenseins von somatischen Komorbiditäten ergab sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen ambulanter und stationärer Wohnunterstützung ( $\chi^2(2)=.663$ ,  $p=.437$ ).

**Tabelle B.3.7** Psychiatrische Hauptdiagnosen

| ICD-10 | Haupt-/Indexdiagnose   |   | stationär<br>n=104 | ambulant<br>n=153 | gesamt<br>n=257 |
|--------|--|---|--------------------|-------------------|-----------------|
|        |  | n | 42                 | 26                | 68              |
| F10-19 | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen      |   | 40,4 %             | 17,0 %            | 26,5 %          |
| F20-29 | Schizophrene Störungen   | n | 36<br>34,6 %       | 23<br>15,0 %      | 59<br>23,0 %    |
| F30-39 | Affektive Störungen  | n | 8<br>7,7 %         | 47<br>30,7 %      | 55<br>21,4 %    |
| F40-48 | Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen                   | n | 5<br>4,8 %         | 20<br>13,1 %      | 25<br>9,7 %     |
| F50-59 | Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren    | n | 3<br>2,9 %         | 3<br>2,0 %        | 6<br>2,3 %      |
| F60-69 | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen                             | n | 9<br>8,7 %         | 19<br>12,4 %      | 28<br>10,9 %    |
| F70-79 | Intelligenzstörungen   | n |                    | 3<br>2,0 %        | 3<br>1,2 %      |
| F80-89 | Entwicklungsstörungen  | n |                    | 1<br>1,3 %        | 2<br>0,8 %      |
| F90-98 | Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit & Jugend | n |                    | 5<br>3,3 %        | 5<br>1,9 %      |
| F99    | nicht näher bezeichnet   | n |                    | 2 (1,3 %)         | 2 (0,8 %)       |
| UNB    | unbekannt  | n | 1 (1,0 %)          | 3 (2,0 %)         | 4 (1,6 %)       |

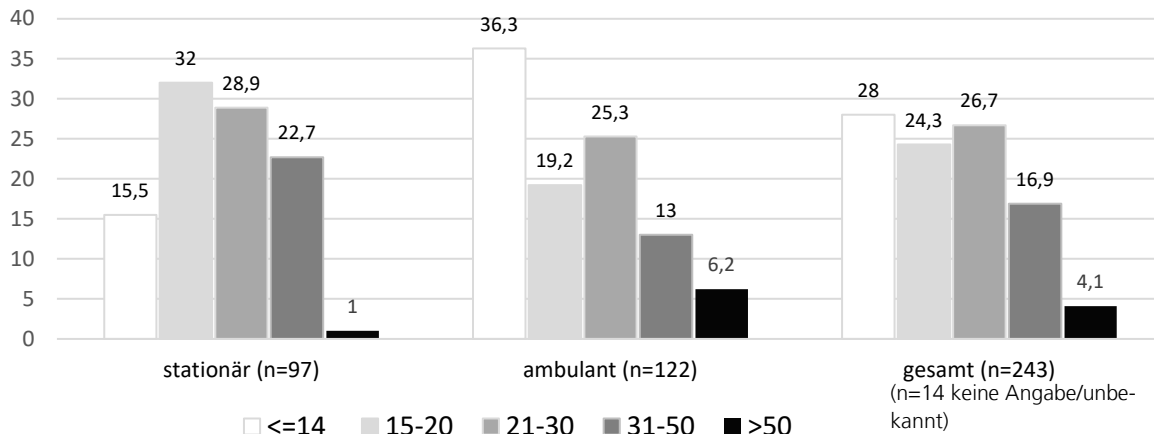
*Ersterkrankungsalter*

Im Rahmen der Erhebung wurden die Studienteilnehmenden u. a. auch nach dem Lebensalter befragt, in dem ihre psychische Erkrankung erstmals auftrat<sup>19</sup>. Für die Gesamtgruppe zeigt sich folgendes Ergebnisbild zum Ersterkrankungsalter (siehe Abbildung B.3.5, nächste Seite): Insgesamt war jeweils ungefähr ein Viertel aller Studienteilnehmenden bei Erkrankungsbeginn 14 Jahre alt oder jünger (28 %), zwischen 15 und 20 Jahre alt (24,3 %) bzw. zwischen 21 und 30 Jahre alt (26,7 %). Damit waren insgesamt etwas mehr als die Hälfte aller Teilnehmenden (52,3 %) bei Erkrankungsbeginn 20 Jahre alt oder jünger bzw. 79 % waren bei Erkrankungsbeginn 30 Jahre alt oder jünger.

Vergleicht man die beiden Wohnformgruppen in Hinblick auf die verschiedenen Alterskategorien bei Ersterkrankung, so findet sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen Wohnform und Ersterkrankungsalter ( $\chi^2(4)=20,19$ ,  $p<.001$ ,  $V=.288$ ). Wie auch in Abbildung B.3.5 zu erkennen ist, findet sich beispielsweise unter den stationär unterstützten Personen ein Anteil von 15,5 %, der bei Ersterkrankung 14 Jahre oder jünger war, während dieser Anteil im ambulanten Setting mit 36,3 % der Personen mehr als doppelt so groß war. Hingegen war der

<sup>19</sup> Aufgrund bedeutsamer Zusammenhänge mit klinischen und funktionellen Parametern gilt das Ersterkrankungsalter als wichtiger Kennwert für die Erkrankungsschwere (de Girolamo et al. 2019), wobei zu beachten ist, dass sich unterschiedliche psychische Erkrankungen in Bezug auf das durchschnittliche Ersterkrankungsalter voneinander unterscheiden (Kessler et al. 2007).

Anteil derjenigen, die im jungen Erwachsenenalter zwischen 15 und 20 Jahren erstmals erkrankt waren, bei den stationären Bewohnerinnen und Bewohnern mit 32 % höher als bei den ambulanten Klientinnen und Klienten (19,2 %).



**Abbildung B.3.5** Lebensalter bei erstmaligem Auftreten der psychischen Erkrankung (%)

### B.3.3.5 Hauptfragestellung

#### *Per Protocol-Gruppe*

Für die Analysen zur Hauptfragestellung wurden ausschließlich diejenigen Studienteilnehmenden berücksichtigt, die ausgehend von der Basiserhebung sowohl bei der zwischenzeitlichen Erhebung nach einem Jahr (t1) als auch noch bei der Abschlusserhebung nach zwei Jahren (t2) konstant in derselben Wohnunterkunft, Wohnung bzw. Wohneinrichtung gelebt haben. Diese *Per Protocol*-Gruppe umfasst mit insgesamt n=165 Personen knapp zwei Drittel (64,2 %) der ursprünglichen Gesamtstichprobe (siehe Flow-Chart in Abbildung B.3.1). Davon erhielten n=61 Studienteilnehmende (37 %) Leistungen der ambulanten und n=104 Personen (63 %) Leistungen der stationären Wohnunterstützung.

#### *Fehlende Werte*

Zur Ersetzung fehlender Werte wurde für alle numerischen Ergebnisvariablen das Maximum-Likelihood-basierte Expectation Maximization (EM)-Verfahren verwendet. In das entsprechende EM-Modell sind im Hinblick auf die geplanten statistischen Hauptanalysen folgende zentrale numerische Outcomevariablen mit aufgenommen worden: SFS-, SCL-K9, MANSA- und OxCAP-Gesamtwert sowie TMT A/B-Ergebnis, HoNOS-Gesamtwert zu t0 und „Zufriedenheit mit der Wohnung“ zu t1. Der Anteil der fehlenden Daten in diesem EM-Modell reichte hierbei von 1,2 % (SCL-K9 zu t0) bis 17,6 % (HoNOS zu t0). Auf Basis des Missing completely at random-Tests nach Little konnte davon ausgegangen werden, dass hier kein Anhalt auf systematische Zusammenhänge innerhalb der Fehlwerte bestand ( $\chi^2(223)=251.30, p=.094$ ).

#### *Propensity Score-Matching*

Mit Hilfe des Propensity Score-Matchings (PSM) sollte eine Parallelisierung der beiden Wohnformgruppen im Sinne eines quasi-experimentellen Forschungsdesigns umgesetzt werden. Um hierbei eine Vergleichbarkeit der Personenmerkmale zwischen ambulantem und stationärem Setting zu erreichen, wurden die folgenden Basis-Variablen als Kovariaten in das PSM-Modell aufgenommen: Alter, Geschlecht, ICD 10-Diagnosegruppe, psychopathologische Symptomschwere (SCL-K9) und psychiatrische Krankenhauseinweisungen während der 12

Monate vor Studienbeginn. Der verwendete PSM-Algorithmus basierte auf einer logistischen Regression mit Eins zu Eins-Matching, ohne Ersetzung und einem Caliper-Abstand von 0,15 (Thoemmes 2012).

Mit diesem Vorgehen wurden schließlich insgesamt 51 parallelisierte Fallpaarungen identifiziert (n=102 Personen), welche die zugrundeliegende Stichprobe für die weiteren Analysen bildeten. Im Gegensatz zu den oben dargestellten Gruppenvergleichen in der ursprünglichen Studiengesamtstichprobe (n=257), zeigten sich in der PS-gematchten Stichprobe (n=102) für die zentralen soziodemografischen und klinischen Variablen nun *keine* statistisch signifikanten Unterschiede mehr zwischen den Gruppen (siehe Tabelle B.3.8). Hervorzuheben ist hier vor allem das zwischen stationärem und ambulanten Wohnsetting nun ausgeglichene Verhältnis der ICD-10-Diagnosegruppen ( $p=.717$ ).

**Tabelle B.3.8** Soziodemografische und klinische Merkmale der Per Protocol-Stichprobe *nach Propensity Score-Matching*

|   | stationär<br>(n=51)                          | ambulant<br>(n=51)                           | gesamt<br>(n=102)                            | Statistik  |
|---|--|--|--|------------|
| weibliches<br>Geschlecht  | 35,3 % (n=18)                                | 39,2 % (n=20)                                | 37,3 % (n=38)                                | $p=.838$ § |
| Alter   | Md=42.0<br>M=42.8, SD=14.3<br>Min-Max: 21-65 | Md=45.0<br>M=43.6, SD=12.2<br>Min-Max: 21-68 | Md=45.0<br>M=43.2, SD=13.2<br>Min-Max: 21-68 | $p=.877$ + |
| ICD-10 F10-19   | 39,2 % (n=20)                                | 29,4 % (n=15)                                | 34,5 % (n=35)                                | $p=.717$ § |
| ICD-10 F20-29   | 29,4 % (n=15)                                | 25,5 % (n=13)                                | 27,5 % (n=28)                                |            |
| ICD-10 F30-39   | 9,8 % (n=5)                                  | 19,6 % (n=19)                                | 14,7 % (n=15)                                |            |
| ICD-10 F40-48   | 7,8 % (n=4)                                  | 9,8 % (n=5)                                  | 8,8 % (n=9)                                  |            |
| ICD-10 F60-69   | 11,8 % (n=6)                                 | 11,8 % (n=6)                                 | 11,8 % (n=12)                                |            |
| ICD-10 Andere   | 2,0 % (n=1)                                  | 3,9 % (n=2)                                  | 2,9 % (n=3)                                  |            |
| stationäre<br>psychiatrische<br>Behandlung in<br>den letzten 12<br>Monaten (ja) | 72,0 %<br>(n=36)                             | 62,5 %<br>(n=30)                             | 67,3 %<br>(n=66)                             | $p=.390$ § |
| SCL-K9  | Md=10.0<br>M=11.8, SD=8.3                    | Md=11.0<br>M=12.4, SD=8.4                    | Md=11.0<br>M=12.1, SD=8.3                    | $p=.705$ + |
| SFS-Gesamt<br>(SW)  | Md=104.9<br>M=105.1, SD=7.8                  | Md=105.6<br>M=105.2, SD=7.8                  | Md=105.2<br>M=105.2, SD=7.8                  | $p=.971$ # |

Anmerkungen: §  $Ch^2$ -Test, + M-W-Test, § Exakter-Fisher-Test, # T-Test

#### Non-Inferioritäts-Annahme

Unter Verwendung der PS-gematchten Per Protocol-Stichprobe ergaben sich sowohl für den mittleren SFS-Gesamtwert zu Studienbeginn ( $T(100)=-.036$ ,  $p=.971$ ; siehe auch Tabelle B.3.8) als auch für den abschließenden Erhebungszeitpunkt t2 ( $M_{STA}=108.1$ , SD 7.8 vs.  $M_{AMB}=105.9$ , SD 8.9) *keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der stationär und der ambulant unterstützten Gruppe* ( $T(100)=1.37$ ,  $p=.174$ ; siehe auch Tabelle 3.9, nächste Seite).

Als untere 97,5 %-Konfidenzgrenze für die SFS-Mittelwertdifferenz beider Gruppen zur t2-Abschlusserhebung ergab sich ein Wert von -5.47, welcher oberhalb des zuvor spezifizierten kritischen Grenzwertes von -15 liegt. Auch wenn eine strengere Nicht-Unterlegenheitsgrenze angesetzt und der kritische Grenzwert sogar bei -7.5 gewählt werden würde, läge die ausgehend von den vorliegenden Studiendaten errechnete untere Konfidenzgrenze weiterhin oberhalb davon. *Somit kann nach dem Prinzip der Konfidenzintervall-Inklusion die Nicht-Unterlegenheit der ambulanten im Vergleich zur stationären Wohnbetreuung hier als gegeben angenommen werden.*

### *Varianzanalysen*

In den ergänzend berechneten zwei-faktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung *ergaben sich sowohl für den primären Outcomeparameter SFS-Gesamtwert als auch für die beiden sekundären Ergebnisindikatoren SCL-K9 und MANSA-Gesamtwert signifikante Zeiteffekte, nicht jedoch für den OxCAP-Gesamtwert* (siehe Tabelle B.3.9, nächste Seite). Unter Berücksichtigung der deskriptiven Daten (siehe Abbildung B.3.6, nächste Seite) heißt das, dass beide Unterstützungsformen hier zwischen Erst- und Abschlussbefragung in drei Parametern signifikante Verbesserungen zeigten. Jedoch resultierte für keinen der numerischen Outcomeparameter ein signifikanter Gruppen- oder Interaktionseffekt, sodass nicht von gruppenspezifischen Unterschieden und Zeiteffekten auszugehen ist.

Ein vergleichbares Ergebnismuster ergab sich auch für die Analyse der binären Variablen „Prävalenz an stationär-psychiatrischen Behandlung in den letzten 12 Monaten“ im Vergleich zwischen Erst- und Abschlussbefragung (siehe Tabelle B.3.9 und Abbildung B.3.7, nächste Seite). Während sowohl für die stationäre als auch die ambulante Gruppe eine *signifikante Reduktion der Häufigkeit über den Studienverlauf feststellbar* war ( $p=.001$ ), gab es hier zu beiden Erhebungszeitpunkten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen ( $t_0: p=.380$ ,  $t_2: p=.465$ ).

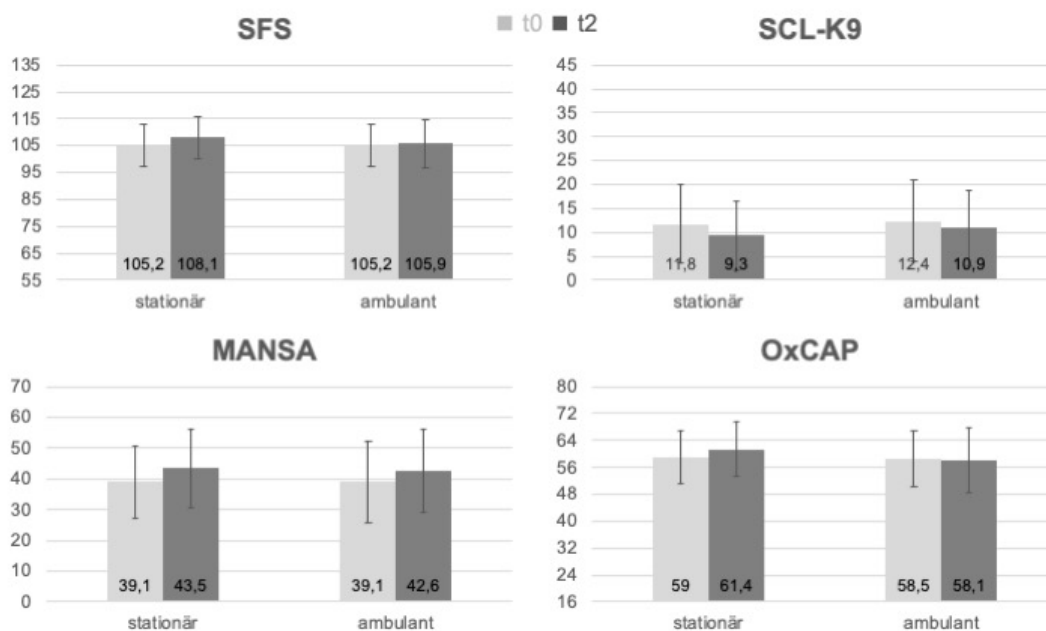
Insgesamt lassen sich diese varianzanalytischen Ergebnisse so zusammenfassen, dass über den Studienverlauf gleichartige und prinzipiell positive Veränderungsprozesse in verschiedenen psychosozialen und klinischen Outcomeparametern für beide Wohnunterstützungsformen nachweisbar waren. *Im Sinne der Hauptfragestellung weist das auf die Nicht-Unterlegenheit der ambulanten gegenüber der stationären Unterstützungsleistung hin.*

**Tabelle B.3.9** Ergebnisse für den Messwiederholungsvergleich der numerischen (ANOVA) bzw. dichotomen (McNemar) Outcomevariablen

|  | Zeit   | Gruppe  | Interaktion<br>Zeit x Gruppe |
|--|--|---|------------------------------|
| SFS-Gesamtwert #   | F=9.12, <b>p=.003</b> ,<br>$\eta_p^2=.084$                                     | p=.470  | p=.067 ( $\eta_p^2=.033$ )   |
| SCL-K9-Gesamt #  | F=14.74, <b>p&lt;.001</b> ,<br>$\eta_p^2=.128$                                 | p=.459  | p=.387                       |
| MANSA-Gesamt #   | F=17.28, <b>p&lt;.001</b> ,<br>$\eta_p^2=.147$                                 | p=.865  | p=.619                       |
| OxCAP-Gesamt #   | p=.148   | p=.228  | p=.051 ( $\eta_p^2=.037$ )   |
| stationäre psychiatrische<br>Behandlung in den letzten<br>12 Monaten | McNemar-Test:<br>STA: <b>p&lt;.001</b> , V=.180<br>AMB: <b>p=.001</b> , V=.194 | Chi <sup>2</sup> -Test:<br>t0: p=.380<br>t2: p=.465 |                              |

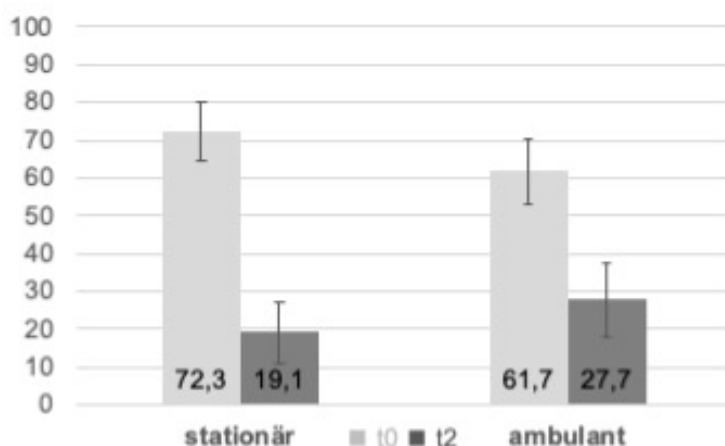
Anmerkung: # Messwiederholungs-ANOVA mit AV-df=1 und Fehler-df=100

Interpretation der Effektstärke  $\eta_p^2$ : *kleiner Effekt*: 0.01-0.06, *mittlerer Effekt*: 0.06-0.13, *großer Effekt*:  $\geq 0.14$ .



**Abbildung B.3.6** Veränderungen der Fragebogenmittelwerte zwischen Erst- (t0) und Abschlussbefragung (t2) [Mittelwert +/- SD]





**Abbildung B.3.7** Veränderung des Auftretens stationär-psychiatrischer Behandlungen (Prävalenz) in den letzten 12 Monaten zwischen Erst- (t0) und Abschlussbefragung (t2) [%]

### B.3.3.6 Nebenfragestellung

Inwieweit bestimmte Prädiktoren zu Studienbeginn (t0) bzw. intervenierende Variablen bei der Zwischenerhebung (t1) eine Auswirkung auf das Ergebnis der Wohnunterstützung nach zwei Jahren (t2) haben, wurde für den primären Outcomeparameter (SFS) anhand von dreifaktoriellen Varianzanalysen (Zeit, Gruppe, weitere Einflussvariable) mit Messwiederholung überprüft.

Durch die Berücksichtigung einzelner zusätzlicher Einflussvariablen (Geschlecht, Ersterkrankungsalter, wahrgenommene Wahlfreiheit, HoNOS-Gesamtwert) resultierten zum Teil signifikante Ergebnisse für die Interaktion der Faktoren Gruppe und Zeit, welche am ehesten auf Suppressionseffekte zurückzuführen sind (vgl. MacKinnon et al. 2000). Allerdings gab es über alle untersuchten Zusatzfaktoren hinweg *keine* einzige Variable, die sich direkt auf mögliche gruppenspezifische Veränderungsprozesse auswirkte (Zeit x Gruppe x 2. Faktor; alle  $p > .05$ , siehe Tabelle B.3.10, übernächste Seite).<sup>20</sup>

Alle ansonsten festgestellten signifikanten Effekte der dreifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung lassen sich wie folgt beschreiben:

- Für den zusätzlichen Faktor *Alter* ergeben sich Hinweise darauf, dass im stationären Bereich die ältere Hälfte der Studienteilnehmenden zu beiden Zeitpunkten bessere Werte im SFS aufweist, während hingegen im ambulanten Bereich die jüngeren Personen bessere Werte im SFS zeigen (*Interaktion Wohnform x 2. Faktor*).

<sup>20</sup> Hinsichtlich einer vorhandenen *Pflegegradeinstufung* zur Basiserhebung t0 zeigten sich unter den n=102 Personen der Propensity Score-gematchten Per-Protocol-Stichprobe keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen der ambulanten (vorhanden: n=6, 11,8 %) und stationären (vorhanden: n=8, 15,7 %) Studiengruppe ( $\chi^2(2)=2.29$ ,  $p=.458$ ). In der stationären Gruppe lag bei 2 Personen kein Pflegegrad vor, 3 Personen hatten einen Pflegegrad von 2 und bei einer Person war die Situation unklar. In der ambulanten Gruppe lag bei 4 Personen ein Pflegegrad von 1 und bei einer Person der Pflegegrad 3 vor, 2 Personen erhielten keinen Pflegegrad und bei einer Person war die Situation unklar. Eine Analyse bezüglich des Einflusses der Variable „Pflegegrad“ auf das Studienoutcome erschien aufgrund dieser geringen Gruppengrößen jedoch weder haltbar noch zielführend.

- 
- In Bezug auf das *Geschlecht* scheinen weibliche Studienteilnehmerinnen sich zwischen den beiden Befragungszeitpunkten im SFS stärker zu verbessern als Männer (*Interaktion Zeit x 2. Faktor*).
  - Ein vorhandenes *Beschäftigungsverhältnis* scheint sich dahingehend auszuwirken, dass Personen, die sich gegenwärtig in einem regulären Beschäftigungsverhältnis befinden, zu beiden Zeitpunkten höhere SFS-Werte aufweisen als Personen ohne aktuelles Beschäftigungsverhältnis (*Haupteffekt 2. Faktor*). Dieser Effekt ist im ambulanten Setting zugleich stärker ausgeprägt: Hier weisen Personen mit Beschäftigungsverhältnis die höchsten, diejenigen ohne Beschäftigungsverhältnis die niedrigsten SFS-Ergebnisse im Vergleich zu den Personen mit und ohne Beschäftigungsverhältnis im stationären Setting auf (*Interaktion Wohnform X 2. Faktor*).
  - Personen mit initial geringerer *psychopathologischer Symptomschwere (SCL-K9)* weisen über beide Wohnformen hinweg höhere SFS-Werte auf (*Haupteffekt 2. Faktor*), wobei sich andeutet, dass diejenigen mit höherer Symptomschwere über den Zeitverlauf eine stärkere Verbesserung im SFS-Gesamtwert zeigen und am Ende auch das SFS-Niveau der Personen mit geringerer Symptomschwere erreichen (*Interaktion Zeit X SCL-K9*).
  - Der Einbezug der Variable „*bisherige Jahre im betreuten Wohnen*“ lässt erkennen, dass die Klientinnen und Klienten, die bisher keinerlei oder nur wenige (bis max. 1 Jahr) Vorerfahrungen mit ambulanter oder stationärer Wohnunterstützung hatten, über den Zeitverlauf eine stärkere Verbesserung im SFS-Gesamtwert erzielten als Personen mit längeren Vorerfahrungszeiten (*Interaktion Zeit x bisherige...*). Dieser Effekt ist unabhängig vom Wohnsetting.
  - Für die selbsteingeschätzten Teilhabechancen (*OxCAP*) und die subjektive Lebensqualität (*MANSA*) sowie auch für den fremdeingeschätzten Zustand von Gesundheit und Funktionsfähigkeit (*HoNOS*) wiesen die Ergebnisse darauf hin, dass diejenigen Personen mit jeweils besseren/höheren Einschätzungswerten auch höhere SFS-Werte erzielten (*Haupteffekte 2. Faktor*).

**Tabelle B.3.10** Ergebnisse der mehrfaktoriellen Varianzanalysen zur Überprüfung von potenziellen Einflussfaktoren auf den primären Outcomeparameter (SFS-Gesamtwert)

| SFS-Gesamt + 2. Faktor (=)                           | Zeit: t0 vs. t2                                   | Gruppe: ambulant/ stationär | Zeit x Gruppe                                 | 2. Faktor (siehe links)                       | Zeit x 2.Faktor                               | Gruppe x 2.Faktor                             | Zeit x Gruppe x 2. Faktor |
|--|---|-----------------------------|---|---|---|---|---------------------------|
| <b>Soziodemografische Merkmale</b>                   |   |                             |   |   |   |   |                           |
| Alter (≤ 45 >)                                       | F=8.43,<br><b>p=.005</b> ,<br>$\eta_p^2=.079$     | p=.334                      | p=.059  | p=.747  | p=.122  | F=4.83,<br><b>p=.030</b> ,<br>$\eta_p^2=.047$ | p=.532                    |
| Geschlecht   | F=14.71,<br><b>p&lt;.001</b> ,<br>$\eta_p^2=.130$ | p=.330                      | F=5.31,<br><b>p=.023</b> ,<br>$\eta_p^2=.051$ | p=.898  | F=8.69,<br><b>p=.004</b> ,<br>$\eta_p^2=.081$ | p=.283  | p=.205                    |
| Berufsausbildung (ja vs. keine)                      | F=9.74,<br><b>p=.002</b> ,<br>$\eta_p^2=.090$     | p=.525                      | p=.073  | p=.161  | p=.894  | p=.286  | p=.169                    |
| aktuelles Beschäftigungsverhältnis (aus SFS)         | F=6.23,<br><b>p=.014</b> ,<br>$\eta_p^2=.060$     | p=.868                      | p=.053  | F=7.70,<br><b>p=.007</b> ,<br>$\eta_p^2=.073$ | p=.113  | F=5.00,<br><b>p=.028</b> ,<br>$\eta_p^2=.049$ | p=.974                    |
| gesetzliche Betreuung                                | F=8.25,<br><b>p=.005</b> ,<br>$\eta_p^2=.078$     | p=.477                      | p=.084  | p=.545  | p=.962  | p=.467  | p=.474                    |
| <b>Psychiatrische Merkmale</b>                       |   |                             |   |   |   |   |                           |
| ICD 10-Diagnosegruppe (F10-19, F20-29, F30-F69)      | F=8.57,<br><b>p=.004</b> ,<br>$\eta_p^2=.084$     | p=.544                      | p=.086  | p=.632  | p=.149  | p=.063  | p=.251                    |
| Ersterkrankungsalter (≤ 20 >)                        | F=9.39,<br><b>p=.003</b> ,<br>$\eta_p^2=.091$     | p=.758                      | F=4.39,<br><b>p=.039</b> ,<br>$\eta_p^2=.045$ | p=.937  | p=.790  | p=.716  | p=.244                    |
| SCL-K9 (Md-Split: ≤11>)                              | F=10.50,<br><b>p=.002</b> ,<br>$\eta_p^2=.097$    | p=.469                      | p=.061  | F=4.05,<br><b>p=.047</b> ,<br>$\eta_p^2=.040$ | F=6.81,<br><b>p=.010</b> ,<br>$\eta_p^2=.065$ | p=.934  | p=.975                    |
| stationär-psychiatrisch im letzten Jahr              | F=5.46,<br><b>p=.022</b> ,<br>$\eta_p^2=.055$     | p=.575                      | p=.392  | p=.763  | p=.429  | p=.226  | p=.165                    |
| <b>Wohnbezogene Merkmale</b>                         |   |                             |   |   |   |   |                           |
| bisherige Jahre im betreuten Wohnen (Md-Split: ≤ 1>) | F=8.96,<br><b>p=.004</b> ,<br>$\eta_p^2=.087$     | p=.374                      | p=.067  | p=.690  | F=5.31,<br><b>p=.023</b> ,<br>$\eta_p^2=.053$ | p=.570  | p=.848                    |
| Zufriedenheit jetzt vs. vorher (sehr vs. Rest)       | F=6.59,<br><b>p=.012</b> ,<br>$\eta_p^2=.067$     | p=.805                      | p=.089  | p=.862  | p=.086  | p=.054  | p=.368                    |
| Mitentscheidung/ Wahlfreiheit (ungleiche Basis)      | p=.257  | p=.785                      | F=6.40,<br><b>p=.013</b> ,<br>$\eta_p^2=.065$ | p=.376  | p=.402  | p=.585  | p=.068                    |

## **B.3.4 Zusammenfassung**

### **B.3.4.1 Beschreibung der Stichprobe**

Von den ursprünglich 520 angefragten Klientinnen und Klienten aus der stationären und ambulanten Wohnunterstützung konnten zu Studienbeginn 257 Personen in die Studie eingeschlossen werden. Von diesen Studienteilnehmenden erhielten rund 60 % ambulante und ca. 40 % stationäre Unterstützungsleistungen.

Die zu Studienbeginn eingeschlossenen Personen waren im Mittel 40 Jahre alt und in der Mehrzahl männlich (70 %). Jeweils etwa die Hälfte (49,4 %) der Studienteilnehmenden hatte keine abgeschlossene Berufsausbildung und ging auch keiner regelmäßigen Beschäftigung, Arbeit oder Ausbildung nach (54,9 %). Im ambulanten Bereich war dieser Anteil noch größer. Bei 86 % der Teilnehmenden lag zu Beginn keine Pflegegradeinstufung vor.

Rund 78 % der Personen mit ambulanter Unterstützung, aber nur ca. 55 % der Bewohnerinnen und Bewohner aus stationären Einrichtungen gaben an, eine freie Wahl bei der jeweils aktuellen Wohnform gehabt zu haben. Teilnehmende im ambulanten Setting gaben außerdem eine höhere Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnform im Vergleich zu ihrem vorherigen Wohnstatus an.

Etwas mehr als die Hälfte aller Teilnehmenden (52,3 %) war bei Erkrankungsbeginn 20 Jahre alt oder jünger. In Bezug auf die psychiatrischen Diagnosen der Studienteilnehmenden ergaben sich deutliche Unterschiede zwischen der ambulanten und stationären Wohnunterstützung. Die Bewohnerinnen und Bewohner des stationären Settings wiesen überwiegend substanzbezogene (40,4 %) sowie schizophrene Störungen (34,6 %) auf, während im ambulanten Bereich überwiegend affektive Störungen (30,7 %) vorkamen.

Bei der Stichprobendifferenzierung nach allen drei Wohnformtypen (siehe Anhang B.3.1) fanden sich für den Großteil der untersuchten soziodemografischen (Alter, Geschlecht, Pflegegrad), klinischen (Diagnose, Ersterkrankungsalter) oder wohnbezogenen Merkmale (Wahlfreiheit, Zufriedenheit) keine Unterschiede der IBW Gruppe gegenüber den beiden anderen Wohnformen. Im IBW hatten jedoch mehr Personen eine regelmäßige Beschäftigung (vor allem im Vergleich zur rein ambulanten Gruppe) und die Klientinnen und Klienten im IBW wiesen signifikant höhere Vorerfahrungszeiten im betreuten Wohnen im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen auf.

### **B.3.4.2 Hauptfragestellung: ambulant vs. stationär**

Die als Teilprojekt 3 durchgeführte prospektive 2-Jahres-Kohortenstudie zeigte insgesamt positive Verläufe in Bezug auf die Ergebnisqualität der Eingliederungshilfe Wohnen für nicht wohnungslose Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen.

Allerdings stellten wir beim Vergleich der beiden Hauptangebotsformen *keinerlei bedeutsame Unterschiede zwischen der ambulanten und der stationären Wohnunterstützung* bei den primären und sekundären Outcomemaßen fest. In beiden Settings führten die Unterstützungsleistungen der Eingliederungshilfe Wohnen gleichermaßen zu positiven Veränderungen in verschiedenen klinischen und psychosozialen Ziel- bzw. Outcomevariablen, darunter die soziale Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, psychopathologische Symptomschwere und 12-Monats-Prävalenz stationär-psychiatrischer Krankenhausaufenthalte.

Diese Ergebnisse stimmen mit den Befunden einer jüngeren systematischen Übersicht überein, die ebenfalls keine eindeutigen Trends bzw. bedeutsamen Unterschiede beim Vergleich von stationärer und ambulanter Wohnunterstützung hinsichtlich sozialer und gesundheitlicher Parameter ergab (Richter & Hoffmann 2017 c). In dieser Übersichtsarbeit wurden allerdings lediglich zwei Publikationen zu nicht-wohnungslosen Personen mit psychischen Erkrankungen außerhalb der Vereinigten Staaten oder Kanada identifiziert (in Taiwan und Deutschland). Somit liefert die vorliegende Studie wichtige empirische Daten, um diese Forschungslücke zu schließen. Die einzige Studie aus Deutschland (Kallert et al. 2007) konnte zwar auf eine große Stichprobe aus verschiedenen stationären Einrichtungen zurückgreifen (n=244), aber alle Personen kamen aus derselben Region um die Landeshauptstadt Dresden und wiesen die Diagnose einer (chronischen) Schizophrenie auf. Im Gegensatz dazu wurde die vorliegende Studienstichprobe in einer Vielzahl von Orten in der Region Westfalen-Lippe erhoben und es wurden dabei auch Personen mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen eingeschlossen.

#### **B.3.4.3 Nebenfragestellung: Einflussfaktoren**

Hinsichtlich der Frage, ob das Interventionsergebnis durch personenbezogene Merkmale zu Studienbeginn oder mit Ereignissen im ersten Studienjahr assoziiert ist, konnten in den durchgeführten Analysen *keine Hinweise auf Einflussvariablen* identifiziert werden, die sich direkt auf wohnformspezifische Veränderungsprozesse auswirkten. Für einige wenige der untersuchten Einflussvariablen ließen sich lediglich Anhaltspunkte auf generelle zeit- oder wohnformunabhängige Unterschiede feststellen. So zeigte sich, dass im stationären Wohnen die älteren Studienteilnehmenden und im ambulanten Wohnen die jüngeren Personen bessere Werte für die soziale Funktionsfähigkeit (SFS) aufwiesen. Auch Personen, die angaben, sich in einem regulären Beschäftigungsverhältnis zu befinden, erreichten höhere SFS-Werte, insbesondere in der ambulanten Wohnunterstützung. Die soziale Funktionsfähigkeit verbesserte sich dabei über den Studienzeitraum stärker bei Klientinnen und Klienten, die bisher keinerlei oder nur wenig Vorerfahrungen mit ambulanter oder stationärer Wohnunterstützung hatten. Außerdem verbesserten sich hier auch Studienteilnehmerinnen stärker als Teilnehmer. Je positiver die Klientinnen und Klienten ihre Teilhabechancen, Lebensqualität oder psychische Verfassung einschätzten und je besser auch die Bezugsmitarbeitenden die Gesundheit und Funktionsfähigkeit beurteilten, umso besser war auch die soziale Funktionsfähigkeit ausgeprägt. Allerdings ist hinsichtlich aller hier festgestellten Effekte zunächst von explorativen Befunden auszugehen, die sich in zukünftigen Untersuchungen noch bewähren sollten.

#### **B.3.4.4 Methodische Einschränkungen**

Das Teilprojekt 3 hat einen Beitrag zur Schließung der Lücke bei empirischen Studien zur Ergebnisqualität von Leistungen der Eingliederungshilfe Wohnen bei nicht-wohnungslosen Menschen mit psychischen Störungen geleistet. Gleichwohl sollten einige Einschränkungen der vorliegenden Studie berücksichtigt werden.

Wie bereits erwähnt, erfüllt das vorliegende Studiendesign aufgrund ethischer und praktischer Barrieren (siehe A.2.1) nicht die höchste methodologische Forschungsqualität, die mit einem randomisierten kontrollierten Studiendesign (RCT) verbunden wäre. Allerdings wurde in einem Cochrane-Review festgestellt, dass es generell wenige Belege für bedeutsame Unterschiede zwischen Beobachtungsstudien, wie der vorliegenden, und RCTs gibt (Anglemyer et al. 2014, vgl. auch Kuss et al. 2011). Weiterhin ist bekannt, dass das hier eingesetzte Propensity Score-Matching es ermöglicht, eine (nicht randomisierte) Beobachtungsstudie in Analogie zu einem

RCT auswerten zu können (Austin 2011). Es sei außerdem darauf hingewiesen, dass die dargestellten Ergebnisse durch erweiterte statistische Auswertungen des Teilprojektes bestätigt worden sind, die neben der hier fokussierten Per Protocol-Gruppe auch eine Intention To Treat-Analyse umfassten und darüber hinaus verschiedene Techniken der Fehlwerte-Ersetzung beinhalteten (Dehn et al. 2021).

Eine weitere methodische Schwäche der vorliegenden Studie besteht darin, dass die ICD10 Diagnosen der Teilnehmenden ausschließlich aus der verfügbaren Dokumentation registriert wurden und nicht nochmals durch eine standardisierte Diagnostik (z. B. mittels Interviewverfahren) überprüft wurden. Dies war jedoch auf die naturalistischen Bedingungen der Studierendurchführung zurückzuführen und stärkt damit insgesamt auch die Repräsentativität unseres sozialpsychiatrischen Forschungsprojektes.

## B.4 EXKURS: Pflegegradeinstufungen der Studienteilnehmenden<sup>21</sup>

Am 1. Januar 2017 traten die Regelungen des Zweiten und Dritten Pflegestärkungsgesetzes (PSG II und III) zum neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff in Kraft. Ein wichtiges Ziel dieser Reform war es, auch Menschen, die vorwiegend psychisch und kognitiv beeinträchtigt sind, einen angemessenen Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung zu gewähren. Damit erfuhr der bis dato gültige Pflegebedürftigkeitsbegriff eine notwendige Erweiterung. Dieser Aspekt ist mit Blick auf das BTHG von großer Bedeutung, da Personen mit Hilfebedarf nach § 78 SGB IX sowohl Pflegeleistungen als auch Eingliederungshilfeleistungen erhalten können.

Im Rahmen des Projektes WiEWohnen NRW sollte der Aspekt der Pflege zumindest mitbeleuchtet werden. Deshalb wurden die Pflegegradeinstufungen der Studienteilnehmenden erhoben.

### B.4.1 Hintergrund und Ausgangslage

Als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI § 14 gelten Menschen, „die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können“ (SGB XI, §14, Abs.1). Menschen mit seelischen Behinderungen leiden besonders unter solchen Belastungen und Anforderungen. Schulz & Hahn (2018) beschreiben, dass vor allem Klientinnen und Klienten der Wohnunterstützung signifikant häufiger zusätzlich unter einer oder mehreren somatischen Diagnosen leiden, außerdem steigt die Häufigkeit von somatischen Diagnosen mit dem Alter signifikant an (ebenda, S. 26 f). Auch die Ergebnisse der BAESCAP-Studie (LV Sozialpsychiatrie MV, Speck & Steinhart 2018) belegen die hohe somatische Komorbidität von Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe, in dieser Stichprobe geben nur 12 % keine somatische Erkrankung an (Steinhart 2018). Demnach weist diese Personengruppe einen erhöhten Bedarf an gesundheitlicher Versorgung auf. Im Rahmen der Pflegebedürftigkeit sind Selbstständigkeit und Abhängigkeit zentrale Begriffe. Aufbauend auf diesen Begriffen entsteht Pflegebedürftigkeit, wenn Menschen nicht ohne personelle Hilfe in der Lage sind, Belastungen und Anforderungen zu bewältigen. Somit liegt Pflegebedürftigkeit nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff immer dann vor, wenn die Krankheitsbewältigung und die Gestaltung von Lebensbereichen ungeachtet ihrer Ursache nicht mehr selbstständig gewährleistet werden können (Wingefeld et al. 2020, S. 161). Demnach haben sowohl Menschen mit seelischen Behinderungen als auch Menschen mit körperlichen Einschränkungen Ansprüche auf pflegerische Unterstützung im Sinne des SGB XI.

Durch den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff wird eine Neuausrichtung auch der pflegerischen Aufgaben notwendig. In den Blick sind nicht mehr nur die Alltagsverrichtungen zu nehmen, sondern der pflegebedürftige Mensch muss umfassender in seiner Lebenswelt wahrgenommen werden. Im Zentrum stehen die *Erhaltung und Förderung der Selbstständigkeit*. Dabei sind ein neues Pflegeverständnis und eine daraus folgende veränderte Pflegepraxis nicht von heute auf morgen zu erreichen. Vielmehr braucht es Entwicklungsprozesse auf mehreren Ebenen, wobei professionell Pflegenden besonders in der Verantwortung stehen. Der innerhalb der Berufsgruppe geforderte holistische Blick auf die Menschen ist unabdingbar und es ist zu prüfen, ob der Pflegegrad die psychische und somatische Krankheitslast der seelisch behinderten

---

<sup>21</sup> Dieser Berichtsabschnitt wurde verfasst von Inka Scholl und Prof. Dr. Michael Schulz.

Menschen, die Wohnunterstützung in Anspruch nehmen, in geeigneter Weise abbildet. Die hier untersuchte Stichprobe ermöglicht es, erste Hinweise auf die Situation im Hinblick auf Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI abzuleiten.

#### **B.4.2 Fragestellung**

Im Rahmen dieser Teil-Studie wurde die Fragestellung untersucht, *in welchem Umfang die Teilnehmenden Pflegeleistungen beantragt haben und in Anspruch nehmen können.*

#### **B.4.3 Methodisches Vorgehen**

Kriterium für die Inanspruchnahme von Pflegeleistungen ist das Vorliegen einer Pflegegradeinstufung bzw. die erfolgte Beantragung einer solchen. Die Probanden der Studie wurden dazu drei Mal befragt:

- Zwei bis vier Wochen nach Beginn der Unterstützung in dem jeweiligen Wohnsetting wurde das Vorliegen einer Einstufung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sowie des Erhalts eines Pflegegrades bei den Studienteilnehmenden abgefragt.
- Ein und nochmals zwei Jahre nach Beginn der Wohnunterstützung wurden die Studienteilnehmenden erneut befragt. Hier wurde erhoben, ob sich der Pflegegrad geändert hat sowie gegebenenfalls Zeitpunkt und Ergebnis der Begutachtung durch den MDK.
- Im Verlauf des ersten Studienjahres wurden zusätzlich die Mitarbeitenden telefonisch befragt und es wurde erhoben, ob die Probanden eine Pflegegradeinstufung beantragt haben und ob ein Pflegegrad bewilligt wurde. In den Regionen Bielefeld und Ostwestfalen wurde darüber hinaus erfragt, ob aus Sicht der Mitarbeitenden eine Chance auf einen Pflegegrad für die Studienteilnehmenden besteht, falls die Studienteilnehmenden einen Pflegegrad erhalten haben, welcher Pflegegrad es ist und in Fällen einer Nicht-Beantragung trotz Chance, warum dieser nicht beantragt wurde.

Die Erhebung begann nach dem Inkrafttreten des Pflegefördergesetzes und somit nach der Umstellung von Pflegestufen auf Pflegegrade im Juni 2017. Alle Menschen mit einer Pflegestufe haben durch ein Umrechnungsverfahren einen Pflegegrad zugewiesen bekommen. Neubegutachtungen fanden sukzessiv statt. Daten zu Pflegestufen wurden nicht erhoben. Da eine Einsicht in die Begutachtung durch den MDK fehlte, können keine Rückschlüsse gezogen werden, welche Items zu einer Ablehnung oder Bewilligung von Pflegegraden führten.

#### **B.4.4 Ergebnisse**

##### **▪ Pflegegradeinstufung und Pflegegrade zu Studienbeginn**

Aufgrund des frühen Zeitpunkts der Befragung zu Beginn der Wohnunterstützung war in einigen Fällen nicht bekannt, ob ein Pflegegrad beantragt worden ist.

Bei 32 (23 m, 9 w) Probanden lag bei Studienbeginn eine Einstufung vor, dies entspricht 12,5 % der Gesamtstichprobe (n=257, siehe Tabelle B.4.1). Das Durchschnittsalter dieser Gruppe war mit 48,3 Jahren (SD 13,2; Range 26-69) signifikant höher als in der Gruppe ohne Pflegegradeinstufung mit 39,2 Jahre (SD 12,8; Range 19-68), ( $p < 0.005$ ; F: 9,34).



**Tabelle B.4.1** Pflegegradeinstufung nach Wohnform (n=254)

|        | <b>Keine Pflegegrad-einstufung</b> | <b>Pflegegrad-einstufung</b> |
|--------|------------------------------------|------------------------------|
| SBW    | 88 (84,6 %)                        | 14 (13,5 %)                  |
| IBW    | 19 (76,0 %)                        | 6 (24,0 %)                   |
| ABW    | 115 (89,8 %)                       | 12 (9,4 %)                   |
| Gesamt | 222 (86,4 %)                       | 32 (12,5 %)                  |

Von den 32 Probanden mit Einstufung haben 18=56 % einen Pflegegrad erhalten und 14 nicht (Pflegegrad 1: 10, Pflegegrad 2: 6 und Pflegegrad 3: 2 Personen). Demnach verfügten nur 7 % der Gesamtstichprobe zu Studienbeginn über einen Pflegegrad und haben Leistungen der Pflegeversicherung erhalten.

Beim Vergleich der ambulant und der stationär unterstützten Klientinnen und Klienten zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Häufigkeit der Pflegegradeinstufungen (vergleiche B.3.3.2.). Der höchste Anteil an Personen mit Pflegegradeinstufung fand sich nicht im SBW, sondern im IBW und der geringste im ABW. Der hohe Anteil im IBW ist dadurch bedingt, dass im Rahmen des Bewilligungsverfahrens stets ein Pflegegrad beantragt werden muss. Die meisten Personen mit Pflegegrad (n=9) wurden im SBW mit Nachtwache oder mit Anwesenheitsbereitschaft versorgt.

▪ **Pflegegradeinstufungen im Laufe des Studienzeitraums**

Innerhalb des ersten Studienjahres, sechs bis zwölf Monate nach der ersten Befragung, wurden nochmals alle Bezugsmitarbeitenden der Probanden kontaktiert und zu den Pflegegraden der Teilnehmenden befragt. Es zeigte sich, dass bei insgesamt 89 Probanden ein Pflegegrad beantragt wurde (n=257), einschließlich der zu t0 bereits vorliegenden Beantragungen. Nach t0 waren also insgesamt 57 Neubeantragungen erfolgt. Von diesen 89 Beantragungen hatten 37 Probanden einen Pflegegrad (14,4 % der Gesamtstichprobe), also lediglich 5 Personen mehr als zu t0. Bei 41 Teilnehmenden wurde der Erhalt eines Pflegegrades abgelehnt (16%). Die „Erfolgsquote“ liegt somit bei insgesamt 41,6 % (37 von 89). Bei elf Teilnehmenden war zum Zeitpunkt der Befragung das Ergebnis noch nicht bekannt. Bei 158 Teilnehmenden wurde keine Einstufung beantragt und bei 57 Probanden fehlen entsprechende Angaben, weil die Wohnunterstützung endete oder die Studienteilnahme abgebrochen wurde, bevor eine Einstufung erfolgen konnte. Bis zu t2 gab es zusätzlich bei sieben Teilnehmenden eine Änderung des Pflegegrades.

▪ **Psychiatrische Diagnose zu t0 und Pflegegrade zu t2**

Tabelle B.4.2 zeigt die Verteilung der Hauptdiagnosen zu t0 der Studienteilnehmenden mit Pflegegradeinstufung zu t2 (n=41) im Vergleich zur Stichprobe ohne Pflegegradeinstufung (n=216). Es wird deutlich, dass unter Klientinnen und Klienten mit substanzbedingten Störungen in der Tendenz mehr und unter Klientinnen und Klienten mit schizophrenen und affektiven Störungen eher weniger Pflegegrade vergeben werden. Dies entspricht der größeren Häufigkeit von körperlichen Erkrankungen bei Menschen mit langjährigem Substanzmissbrauch. Da Pflegegrade und Diagnosen zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhoben wurden, ist der Vergleich problematisch. Auf eine Signifikanzprüfung wurde deshalb verzichtet.

**Tabelle B.4.2:** Pflegegrad und Diagnosen

| ICD 10-Diagnosen t0                                   | Teilnehmende mit Pflegegradeinstufung t2 (n=41) | Gesamtstichprobe (n=257) |
|---|---|--------------------------|
| F10 substanzbedingte Störung                          | 14 (34,1 %)                                     | 54 (25,0 %)              |
| F20 schizophrene Störung                              | 5 (12,2 %)                                      | 54 (25,0 %)              |
| F30 affektive Störung                                 | 5 (12,2 %)                                      | 50 (23,1 %)              |
| F40 neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung | 6 (14,6 %)                                      | 19 (8,8 %)               |
| F60 Persönlichkeitsstörung                            | 6 (14,6 %)                                      | 22 (10,2 %)              |
| sonstige  | 4 (9,8 %)                                       | 14 (6,5 %)               |
| unbekannt   | 1 (2,4 %)                                       | 3 (1,3 %)                |
| Gesamt  | 41  | 216                      |

▪ **Einschätzung der Mitarbeitenden im Hinblick auf die Pflegegrade**

Im Verlauf des ersten Studienjahres wurden zudem die Bezugsmitarbeitenden von einem Teil der Studienpopulation zu deren Chancen auf einen Pflegegrad befragt. Hierfür wurden die Regionen aus Ostwestfalen ausgewählt (n=196). Die Bezugsmitarbeitenden dieser Klientinnen und Klienten wurden telefonisch kontaktiert und zu ihrer Einschätzung befragt, ob die Klientinnen und Klienten im Falle einer Begutachtung durch den MDK eine Chance auf den Erhalt eines Pflegegrades hätten. Diese wurde für 19,8 % der Klientinnen und Klienten bejaht (n=51). Davon haben 72,5 % (n=37) tatsächlich einen Pflegegrad erhalten. Bei vier Personen wurde Widerspruch gegen einen negativen Bescheid eingelegt, wobei das Ergebnis zum Befragungszeitpunkt noch nicht vorlag. Fünf Studienteilnehmende, bei denen nach Einschätzung der Bezugspersonen eine Chance auf einen Pflegegrad bestanden hätte, haben die Beantragung abgelehnt oder konnten die Termine zur Einstufung nicht einhalten. Bei fünf Personen liegen keine weiteren Informationen vor.

Obwohl die Mitarbeitenden bei 15 Teilnehmenden keine Chance auf einen Pflegegrad sahen, wurde dieser auf Veranlassung des Dienstvorgesetzten oder des Leistungsträgers trotzdem beantragt. Diese Anträge waren nur in einem Fall erfolgreich. Die Einschätzung der Mitarbeitenden im Hinblick auf eine mögliche Bewilligung oder Ablehnung durch den MDK ist offenbar recht zuverlässig. Bei den übrigen Teilnehmenden wurde kein Pflegegrad beantragt.

**B.4.4 Diskussion**

Bei der Reform der Pflegeversicherung wurde die seelische Gesundheit von Pflegebedürftigen stärker in den Blick genommen, was unter anderem durch die explizite Erwähnung psychischer Beeinträchtigungen in § 14 Abs. 1 SGB XI verdeutlicht wird. Die geringe Anzahl der Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen in der Stichprobe von WiEWohnen NRW, denen ein Pflegegrad zugesprochen wurde, zeigt jedoch, dass das Ziel dieser Gruppe wegen psychischer Beeinträchtigungen verstärkt Zugang zu Leistungen der Pflegeversicherung zukommen

zu lassen, bis zum Zeitpunkt t2 kaum erreicht wurde. Die Daten legen nahe, dass das Alter der Personen und die damit zusammenhängenden Alterserscheinungen deutlich mehr Relevanz bei der Vergabe von Pflegeleistungen haben als die psychiatrische Diagnose und die damit verbundenen Beeinträchtigungen. Es gibt keine Hinweise darauf, dass ein Pflegegrad aufgrund einzelner Aspekte des Bedarfs an Unterstützung zur Krankheitsbewältigung, wie beispielsweise die Art der Erkrankung, vergeben wurden. Die meisten Klientinnen und Klienten mit Pflegegrad fanden sich im SBW.

Deutlich wurde, dass für Menschen mit seelischen Beeinträchtigungen die Hürden zum Erhalt einer Pflegegradeinstufung zu hoch sind. Obwohl hinreichend bekannt ist, dass Menschen mit seelischen Behinderungen ihre Selbstfürsorge häufig nur noch eingeschränkt wahrnehmen, seltener wegen körperlicher Beschwerden zu Ärzten gehen und vermehrt unter somatischen Problemen leiden (Gröning et al. 2016, S. 7f, Steinhart 2018), wird dies bei der Entscheidung, Pflegeleistungen zu beantragen, nicht ausreichend berücksichtigt.

Zwar zeigen die Ergebnisse dieser Studie, dass Mitarbeitende die Chance von Klientinnen und Klienten, einen Pflegegrad zu erhalten, insgesamt recht zuverlässig einschätzen, zugleich handeln sie nicht autark und initiieren durch Dritte veranlasst Einstufungen, obwohl kein Bedarf besteht. Deshalb sollten Fachkräfte in der Wohnunterstützung geschult werden, um Pflegebedarfe differenziert zu erkennen und Klientinnen und Klienten angemessen dabei zu unterstützen, entsprechende Leistungen zu beantragen.

Darüber hinaus ist für eine bedarfsgerechte Versorgung von psychisch beeinträchtigten Menschen in der Wohnunterstützung eine erneute Überarbeitung der Pflegegradsystematik erforderlich. Denn obwohl Menschen mit seelischen Behinderungen viele der Anforderungen erfüllen, die in den Richtlinien des GKV Spitzenverbandes beschrieben sind (MDS & GKV-SV 2016, S. 34f), werden nur wenige Pflegegrade bewilligt. Dies kann einerseits zu einer Unterversorgung von Menschen mit seelischen Behinderungen beitragen und andererseits das System der Eingliederungshilfe über Gebühr belasten.

Die geringe Inanspruchnahme von Pflegeleistungen durch Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe Wohnen widerspricht der Logik des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs, der auf die selbstständige Lebensführung von Menschen ausgerichtet ist. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bedürfen eben dieser personellen Unterstützung, um Selbstständigkeit zu fördern und zu erhalten. Welchen Einfluss die Bewilligung von Pflegeleistungen auf die Wirkungen der Wohnunterstützung hat (und umgekehrt), konnte wegen der zu geringen Fallzahlen der Teilnehmenden mit Pflegeleistung nicht ermittelt werden.

Die Daten dieser Studie zu den Pflegegraden in einer großen Stichprobe von Klientinnen und Klienten mit Wohnunterstützung geben erste Hinweise auf die pflegerische Versorgung von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Datenerhebung in die Zeit der Umstellung der Begutachungskriterien nach dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff fiel. Es ist möglich, dass inzwischen bei allen Beteiligten ein besseres Verständnis und eine gewisse Routine im Umgang mit der Beantragung von Pflegeleistungen Einzug gehalten hat. Ob dies zur Folge hat, dass der Pflegebedarf aufgrund von seelischen Behinderungen tatsächlich realistisch abgebildet wird, bedarf zukünftig weiterer Untersuchungen.

Im Hinblick auf die Mitarbeitenden in der Wohnunterstützung gilt es zu prüfen, ob die Fachkräfte – und hier insbesondere die Berufsgruppe der Pflegenden – über hinreichende Kompetenzen verfügen, um den geänderten Anforderungen, wie sie der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff mit sich bringt, gerecht zu werden. Hier geht es vor allem um die evidenzbasierte Anwendung von (Pflege-) Interventionen bei längerfristigen chronischen Erkrankungen verbunden mit einer deutlich gestärkten Selbstbestimmung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger. Es sollte überprüft werden, ob die aktuellen Curricula der Pflegeausbildung ausreichend auf die gewandelten Anforderungen im Bereich der Wohnunterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen eingehen.

## **C WiEWohnen NRW – Schlussfolgerungen aus den Projektergebnissen und Empfehlungen für Praxis, Forschung und Sozialpolitik**

### **C.1 Fragestellung**

In Teil C werden die Ergebnisse der Teilprojekte 1 bis 3 unter folgender Fragestellung betrachtet: *Welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus für die Praxis der Wohnunterstützung, für die sozialpolitische Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe Wohnen und für die weitere Forschung, und welche Empfehlungen lassen sich daraus ableiten?*

Dabei wurden die Ergebnisse unter zwei unterschiedlichen Perspektiven analysiert und bewertet: aus der Perspektive der Praxis der Wohnunterstützung sowie aus einer wissenschaftlichen und sozialpolitischen Perspektive. Beide Perspektiven zusammengenommen sollten eine tragfähige Basis für die Ableitung von Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Wohnunterstützung in Deutschland ergeben. Wobei diese Perspektiven sowohl zu sich ergänzenden als auch zu sich partiell überschneidenden Ergebnissen kommen.

### **C.2 Methodisches Vorgehen**

#### **C.2.1 Praktische Perspektive**

Die Perspektive der Praxis wurde in einem mehrschrittigen Vorgehen aufgenommen und verarbeitet:

- Erstellung einer Zusammenfassung der wichtigsten Forschungsergebnisse von WiEWohnen NRW (der Text war weitgehend identisch mit der Zusammenfassung am Anfang dieses Abschlussberichts).
- Formulierung von Leitfragen für den anstehenden Diskussionsprozess:
  - a) Was bedeuten die Ergebnisse für die Wohnunterstützung in der Praxis und für die Angebotsentwicklung?
  - b) Was bedeuten die Ergebnisse für die fachlichen Grundlagen der Wohnunterstützungs-Angebote?
  - c) Was bedeuten die Ergebnisse für die Qualifizierung der Mitarbeitenden?
- Durchführung einer Video-Konferenz mit Basismitarbeitenden und Führungskräften aus unterschiedlichen Diensten und Einrichtungen sowie unterschiedlichen Regionen der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Bethel.regional. In dieser Konferenz wurde die Zusammenfassung der Ergebnisse von WiEWohnen NRW präsentiert, ausführlich erläutert, und es wurden Rückfragen dazu beantwortet<sup>22</sup>. Im Anschluss wurden die unter 2. genannten Leitfragen vorgestellt und die Teilneh-

---

<sup>22</sup> Die Präsentation erfolgte durch Georg Kremer, Geschäftsführung Bethel.regional und Günther Wienberg, Projektkoordinator WiEWohnen.

menden gebeten, innerhalb von zwei Wochen bezüglich der fünf Abschnitte der Zusammenfassung, in denen jeweils Teilergebnisse referiert werden, jede der drei Fragen zu durchdenken und dazu kurze Statements zu formulieren. Dabei wurde offengelassen, zu welchen Punkten die Teilnehmenden sich äußern (kein Zwang zur vollständigen Beantwortung aller drei Fragen zu allen 5 Punkten). Zu dieser Video-Konferenz waren 21 Personen eingeladen, wovon 19 teilnahmen.

- Zu den Leitfragen gingen von insgesamt 10 verschiedenen Personen teils ausführliche Statements ein. Diese wurden in einer Datei zusammengeführt und geclustert. Auf dieser Grundlage wurde ein erstes Papier mit 17 Thesen verfasst<sup>23</sup>, das mit der Einladung zu einer zweiten Videokonferenz an die zur ersten Konferenz eingeladenen Personen verschickt wurde.
- In der zweiten und einer dritten Videokonferenz im Abstand von 14 Tagen wurden die 17 Thesen nacheinander intensiv diskutiert, die Diskussionsbeiträge wurden stichpunktartig protokolliert.
- Auf der Basis der Diskussionsergebnisse verfassten die Autoren des ersten Thesenpapiers ein neues Thesenpapier mit zunächst 13 Thesen. Dieses wurde in der Steuerungsgruppe des Projekts diskutiert, Anregungen wurden aufgenommen. Nicht alle in den vorangegangenen Video-Konferenzen diskutierten Themen und Schlussfolgerungen ließen sich aus den Ergebnissen von WiEWohnen ableiten bzw. dazu in Beziehung setzen. Diese Inhalte wurden bei dem finalen Thesenpapier mit jetzt 10 Thesen nicht berücksichtigt.

### **C.2.2 Wissenschaftlich-sozialpolitische Perspektive**

Ursprünglich war geplant, die Ergebnisse von WiEWohnen NRW und den Entwurf eines entsprechenden Thesenpapiers im Rahmen einer Präsenz-Konferenz von ausgewiesenen Expertinnen und Experten der Wohnunterstützung vorzustellen und in Untergruppen zu diskutieren. Diese Konferenz sollte im Februar 2021 stattfinden, wurde aber aufgrund der Pandemie-Lage verworfen.

Stattdessen wurden die Mitglieder des Wissenschaftlichen Projekt-Beirats (vergleiche A.4) am 26.04.2021 zu einer Video-Konferenz eingeladen, in der die Ergebnisse und die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen vor- und zur Diskussion gestellt werden sollten. Der Rücklauf auf die Einladung war jedoch so gering, dass eine Diskussion in diesem Rahmen nicht sinnvoll erschien.

Deshalb wurde ein Papier erarbeitet, das in 8 Punkten die Herausforderungen beschreibt, die sich aus den Ergebnissen von WiEWohnen NRW aus Sicht der Projektleitung ergeben<sup>24</sup>. Das Papier wurde von zwei anderen Projektbeteiligten kommentiert. Auf dieser Basis wurde eine gemeinsame Endfassung erstellt, die voraussichtlich im Frühjahr 2022 öffentlich gemeinsam mit den Projektergebnissen zur Diskussion gestellt wird.

---

<sup>23</sup> Autoren waren Dr. Georg Kremer und Prof. Dr. Günther Wienberg

<sup>24</sup> Der erste Entwurf wurde von Prof. Dr. Ingmar Steinhart verfasst. Die Diskussion und Überarbeitung erfolgte gemeinsam von Dr. Dirk Richter, Prof. Dr. Ingmar Steinhart und Prof. Dr. Günther Wienberg.

## C.3 Ergebnisse

### C.3.1 Schlussfolgerungen und Empfehlungen aus Perspektive der Praxis

Die Weiterentwicklung der Wohnunterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sollte sich an folgenden Leitlinien orientieren:

**1. Qualifizierte Assistenz ist konsequent Personen-orientiert und richtet ihre Leistungen an den individuellen Wünschen und Bedarfen der Klientinnen und Klienten aus.**

Die individuelle Teilhabe ist kein bürokratisches Instrument des Leistungsträgers, sondern zentrale Arbeitsgrundlage für eine personenzentrierte Assistenz, die in Zusammenarbeit mit der Klientin/dem Klienten immer wieder thematisiert und fortgeschrieben werden muss.

Vor allem in Besonderen Wohnformen ist die Gefahr groß, dass Einrichtungsroutinen gegenüber individuellen Assistenzleistungen dominieren. Deshalb ist es wichtig, dass die im Landesrahmenvertrag NRW vereinbarten Module Wohnen und Assistenz inhaltlich und ggf. auch personell sauber getrennt werden. Das Instrument der „individuellen Verfügungszeiten“ kann bei der Personenzentrierung von Assistenzleistungen hilfreich sein.

**2. Klientinnen und Klienten haben das Recht, eigene Entscheidungen zu treffen und Wahlmöglichkeiten wahrzunehmen. Assistenz unterstützt sie dabei, diese Rechte zu verwirklichen.**

Der Assistenzbegriff ist mit Bedacht in das SGB IX aufgenommen worden. Leistungsempfängerinnen und Leistungsempfänger sollen dabei unterstützt werden, ihren Alltag soweit wie möglich selbstbestimmt und eigenverantwortlich zu gestalten. Dies setzt eine entsprechende Beziehungsgestaltung „auf Augenhöhe“ voraus. Eine der wichtigsten Entscheidungen, die Klientinnen und Klienten treffen können bzw. müssen, ist: Wo und mit wem möchte ich wohnen?

**3. Wahl- und Entscheidungsfreiheit setzt voraus, dass es konkrete Wahlalternativen gibt. Assistenzangebote werden deshalb individuell, kleinteilig und bedürfnisangepasst gestaltet. Das gilt auch für Besondere Wohnformen.**

Dem selbstständigen Wohnen ist der Vorzug zum Wohnen in Besonderen Wohnformen zu geben, wenn die Klientin/der Klient dies wünscht. Dies setzt voraus, dass vielfältige Wohnmöglichkeiten in ausreichender Zahl zur Verfügung stehen. Dabei können sich Leistungsanbieter nicht darauf verlassen, dass Klientinnen und Klienten ihren Wohnbedarf selbstständig am Markt decken, sondern müssen mit dafür eintreten, dass geeigneter Wohnraum entsteht bzw. zur Verfügung gestellt wird, entweder in Eigenregie oder in Zusammenarbeit mit Kommunen und gemeinnützigen oder gewerblichen Anbietern. Dabei ist auch an passende Lösungen für ausgeprägte Individualisten zu denken (z. B. Tiny Houses, Wohncontainer).

**4. Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben über unterschiedliche Medien niedrigschwelligen Zugang zu barrierefreien und aussagefähigen Informationen über die regionalen Assistenzangebote.**

Selbstbestimmung sollte auf informierten Entscheidungen beruhen. D. h. Betroffene sollten vor der Entscheidung für eine bestimmte Wohnform wissen, welche Optionen es gibt, wenn sie Assistenz in Anspruch nehmen wollen, welche Leistungen sie erwarten können, was von ihnen erwartet wird und mit welchen Einschränkungen sie rechnen müssen. Entsprechende Informationen müssen über unterschiedliche Medien leicht verfügbar sein, einschließlich der

Möglichkeit, entsprechende Angebote vor Ort kennenzulernen und aktuell Nutzende zu kontaktieren.

**5. Assistenzangebote sind transparente und durchlässige Systeme, damit Klientinnen und Klienten sowie Mitarbeitende stets konkrete Alternativen und Entwicklungsperspektiven vor Augen haben.**

Kein einzelnes Assistenzangebot ist auf Dauer angelegt, auch Besondere Wohnformen sind keine „Endstation“. Oft benötigen und wünschen Nutzende über die Zeit unterschiedliche Settings und Unterstützungsintensitäten. Diese müssen für alle Beteiligten transparent und untereinander durchlässig sein, damit jederzeit passgenaue Unterstützungsarrangements geschaffen werden können. Mitarbeitende werden verpflichtet, in unterschiedlichen Assistenz-Settings Erfahrungen zu sammeln, z. B. im Rahmen von Setting-übergreifenden Teams, Hospitationen, Praktika oder durch Job-Rotation.

**6. Für Klientinnen und Klienten sind Sicherheit einerseits und Selbstständigkeit andererseits zentrale Erwartungen, die sie mit Assistenzleistungen verbinden. Diesem Spannungsfeld stellen sich Anbieter gleichermaßen und professionell.**

Sicherheit und Selbstständigkeit bzw. Selbstbestimmung sind menschliche Grundbedürfnisse, die sich nicht widersprechen, die aber in einem potenziellen Spannungsverhältnis stehen. Es ist eine Aufgabe von Mitarbeitenden, diese Bedürfnisse und deren je individuelle Ausprägung sensibel wahrzunehmen und Klientinnen und Klienten dabei zu unterstützen, diese Bedürfnisse zu erfüllen und in Balance zu bringen.

**7. Unterstützungssicherheit 24/7 wird unabhängig von der Wohnform gewährleistet, wenn Klientinnen/Klienten diese benötigen.**

Ein wichtiger Aspekt der von Klientinnen und Klienten erwarteten Sicherheit ist Unterstützungssicherheit rund um die Uhr. Wenn die Wahlfreiheit des Wohnsettings gewährleistet werden soll, muss Unterstützungssicherheit auch außerhalb von Besonderen Wohnformen gewährleistet werden können, falls ein entsprechender Bedarf besteht. In ambulanten Settings kann dies über Pool-Lösungen realisiert werden, indem ein Teil der Fachleistungsstunden für Bereitschaftsdienste eingesetzt wird. Hierfür sollten auch digitale Technologien wie Videotelefonie genutzt und Synergien zwischen Besonderen Wohnformen und ambulanter Assistenz erschlossen werden.

**8. Für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die Assistenzleistungen in Anspruch nehmen, stehen niedrigschwellige, inklusive Beschäftigungsangebote mit Zuverdienst Möglichkeiten zur Verfügung (weniger als 15 Stunden/Woche). Diese werden als Regelleistung auch außerhalb Besonderer Wohnformen flächendeckend angeboten und finanziert.**

Die prekäre Beschäftigungssituation der meisten Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen schränkt ihre Chancen auf volle und wirksame Teilhabe erheblich ein. Dies gilt vor allem für Betroffene, die Assistenzleistungen außerhalb Besonderer Wohnformen in Anspruch nehmen. Dies liegt zum einen an der hohen Zugangsschwelle, denn Beschäftigungsmöglichkeiten im Rahmen der Eingliederungshilfe setzen eine Teilnahme von mindestens 15 Stunden/Woche voraus. Zum anderen sind die Angebote meist nicht inklusiv, was aus Sicht vieler Betroffener mit Stigmatisierungseffekten verbunden ist.



Damit entsprechende Angebote keine Sackgasse darstellen, müssen sie mit mittel- oder längerfristigen Optionen für eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt verknüpft sein.

**9. Anbieter von Assistenzleistungen stellen sicher, dass psychisch beeinträchtigten Klientinnen und Klienten mit körperlichen Erkrankungen oder Beeinträchtigungen qualifizierte und verlässliche ergänzende Angebote, z. B. von häuslicher Pflege, Hauswirtschaft oder Verpflegung, zur Verfügung stehen.**

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sind zu einem hohen Anteil von körperlicher Komorbidität betroffen, nicht wenige in einem Ausmaß, dass sie Anspruch auf Leistungen der Pflegeversicherung haben und/oder andere Unterstützungsleistungen bei der Alltagsbewältigung benötigen. Qualifizierte Assistenz unterstützt Betroffene dabei, entsprechende Leistungen zu erhalten und die verschiedenen Leistungsangebote miteinander zu vernetzen, so dass sie „wie aus einer Hand“ erbracht werden.

**10. Anbieter von Assistenzleistungen gewährleisten, dass ihre Mitarbeitenden über ein solides psychiatrisches Basiswissen und über spezifische fachliche Methoden verfügen. Entsprechende Mindeststandards sind definiert und in Berufsgruppen-spezifischen und Berufsgruppen-übergreifenden Curricula umzusetzen.**

Psychiatrisches Fachwissen ist nur sehr begrenzt Teil der Ausbildung von Berufsgruppen, die die Assistenz prägen. Entsprechende Standards für Arbeitsfeld-bezogene Fort- und Weiterbildungen fehlen. Dabei geht es unter anderem um Basiswissen über psychiatrische Krankheitsbilder, Komorbiditäten und ihre Behandlung, um Krisenintervention und das Versorgungssystem sowie um fachliche Grundfertigkeiten wie etwa Motivational Interviewing, Deeskalation, Soziales Kompetenztraining, Psychoedukation etc. Bei der Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten sollte stärker als bisher auf flexible und Ressourcen-schonende Inhouse- und digitale Angebote, auf Lernplattformen sowie auf Hochschul-Praxis-Kooperationen gesetzt werden.

### **C.3.2 Herausforderungen für Politik, Leistungsträger und Leistungsanbieter**

Die Ergebnisse des Projekts WiEWohnen NRW haben einerseits aus den wenigen deutschen Studien bekannte Sachverhalte noch einmal für die Situation in NRW bestätigt bzw. differenziert und andererseits durch den über zweijährigen Studienzeitraum erstmals im deutschsprachigen Raum wissenschaftliche Belege zur Frage der Wirkungen der Wohnunterstützung sowie zur Umsetzung von Wahlfreiheit hervorgebracht.

Daraus werden im Folgenden Herausforderungen für Politik, Leistungsträger und -anbieter verbunden mit Lösungsvorschlägen abgeleitet.

Zwei Herausforderungen sollen zu Beginn besonders hervorgehoben werden, da sie einerseits Wege in die Eingliederungshilfe verhindern oder auch Wege in mehr Normalität und Selbstbestimmung aufzeigen könnten:

#### **1. Exklusion verhindern – früher qualifiziert intervenieren**

Auch in dieser Studie zeigt sich, dass etwas mehr als die Hälfte aller Teilnehmenden (52,3 %) bei Erkrankungsbeginn 20 Jahre alt oder jünger war. Die Betroffenen haben damit erheblich geringere Bildungschancen als der Durchschnitt der Bevölkerung. Trotz der in den vergangenen Jahrzehnten in der Jugendhilfe, in Frühinterventionszentren und in der Kinder- und Jugendpsychiatrie bereitgestellten erheblichen Ressourcen und therapeutischen Möglichkeiten

werden nach wie vor zahlreiche junge Menschen mit psychischen Erkrankungen zu spät erreicht und bleiben im psychiatrischen bzw. psychosozialen Hilfesystem „hängen“. Das Hilfesystem selbst trägt damit nicht unwesentlich zur Exklusion bei.

#### *Lösungsvorschlag*

Damit ihr Weg nicht direkt in die Eingliederungshilfe führt, sind in jungen Jahren verstärkte Anstrengungen mit neuen Ansätzen wie z. B. dem SE-Ansatz (Supported Education) erforderlich, die Exklusion verhindern und die Fallzahl in der Eingliederungshilfe verringern können. Parallel dazu muss die spezialisierte und versäulte Arbeitsweise der Subsysteme der Versorgung (Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schulen und Jugendhilfe) auf eine engere Zusammenarbeit aller Akteure umgestellt werden. Ein besonderes Augenmerk muss dabei auf den Übergang von Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Versorgungssystem für Erwachsene gerichtet werden, denn an dieser Schnittstelle entstehen häufig Abbrüche oder Diskontinuitäten (vergleiche DGKJP 2019).

## **2. Inklusion fördern – Selbstbestimmung und Wahlfreiheit gewähren**

In der Hauptstudie war bei vergleichbaren Personengruppen bei vorab definierten Ergebnisparametern keine Überlegenheit für die Assistenz in besonderen Wohnformen im Vergleich zur Assistenz in der eigenen Wohnung festzustellen: In beiden Settings führten die Unterstützungsleistungen der Eingliederungshilfe Wohnen gleichermaßen zu positiven Veränderungen in verschiedenen klinischen und psychosozialen Ziel- bzw. Outcome-Variablen, darunter die soziale Funktionsfähigkeit, subjektive Lebensqualität, psychopathologische Symptomschwere und 12-Monats-Prävalenz stationär-psychiatrischer Krankenhausaufenthalte. Das heißt, dass aktuell immer noch viele Betroffene in einer Wohnform leben, die sie nicht präferieren und die für ihre psychosoziale Situation keinen erkennbar höheren Nutzen haben.

#### *Lösungsvorschlag*

Anstatt von subjektiven Meinungen der Professionellen oder Vorurteilen bezüglich der vermeintlich geeigneten Wohnform auszugehen, sollten künftig die Zugangswege in Leistungen der Eingliederungshilfe stets und konsequent unter Beachtung von Art. 19 UN-BRK gesteuert werden:

*„Menschen mit Behinderungen sollen gleichberechtigt mit anderen die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und nicht verpflichtet sein, in besonderen Wohnformen zu leben“.*

Im Hinblick auf den Lebensbereich Wohnen hat auch das Gesetz zur Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung (BTHG) vor allem die Selbstbestimmung der Leistungsberechtigten und ihre Wahlmöglichkeiten in den Vordergrund gestellt:

*„Dem Wohnen außerhalb von besonderen Wohnformen ist der Vorzug zu geben, wenn dies von der leistungsberechtigten Person gewünscht wird“ (§ 104 Abs. 3, SGB IX).*

Auf dieser Grundlage werden Im Folgenden – abgeleitet aus den vorliegenden Studienergebnissen – sechs weitere herausfordernde Themen beschrieben, die Politik sowie Leistungsträger und -anbieter in den kommenden Jahren gemeinsam zu bewältigen haben:

- Selbstbestimmung stärken
- Rehabilitation fördern

- Sicherheit gewährleisten
- Qualität und Standards sichern – Modelltreue
- Datenlage verbessern
- Personalentwicklung koproduktiv gestalten.

### 3. Selbstbestimmung stärken

- **Informiertheit verbessern – Zugänge erleichtern**

Die mit Klientinnen und Klienten der Eingliederungshilfe geführten Interviews legen nahe, dass viele Personen die Entscheidung, in welcher Wohnform sie unterstützt werden, eher in die Hände der Profis legen und die Vorschläge „eher an- bzw. hinnehmen“ als sich im Rahmen einer informierten Entscheidungsfindung für die von ihnen gewünschte und für sie geeignete Unterstützungsform zu entscheiden. Insbesondere Menschen, die in besonderen Wohnformen unterstützt werden, erleben ihren Aufenthalt dort als eher fremdbestimmt und berichten von vielfältigen Zugangsbarrieren ins Unterstützungssystem.

#### *Lösungsvorschlag*

Beiträge zur Verbesserung der Information und damit zu einer informierten Entscheidung der Betroffenen können alle an solchen Entscheidungsprozessen beteiligten Personen leisten. Voraussetzung ist allerdings, dass diese über ein breites Wissen über die unterschiedlichen Wohnunterstützungsoptionen, ihre Vor- und Nachteile und die damit verbundenen Rechte und Pflichten der Klientinnen und Klienten verfügen. Vieles spricht dafür, dass es hier erheblichen Verbesserungsbedarf gibt. Das gilt für Mitarbeitende im Entlassmanagement der Kliniken, Mitarbeitende der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatungen (EUTB), aber auch für Mitarbeitende des Leistungsträgers. Dabei ist es schwer nachvollziehbar, dass das BTHG den Leistungsanbietern, die ihre Angebote am besten kennen, eine eher untergeordnete Rolle im Entscheidungsprozess zugesteht, es sei denn, die Klientin/der Klient bezieht den Leistungsanbieter von sich aus aktiv ein, was wiederum einen hohen Grad an Informiertheit voraussetzt.

Die regionale Versäulung der Angebotsstrukturen und die Barrieren im Zugang zu den individuellen Hilfen müssen abgebaut werden z. B. indem die beteiligten Leistungsträger und -anbieter (einschließlich Leistungen aus dem SGB V, SGB VI und SGB XI) frühzeitig und fortlaufend an einem Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeplan arbeiten anstatt Klientinnen und Klienten nacheinander relativ unverbundene Maßnahmen bei unterschiedlichen Anbietern oder Leistungsträgern durchlaufen zu lassen - mit der Eingliederungshilfe als letzter Station.

- **Selbstbestimmte Entscheidungen ermöglichen**

Da bisher weder die internationale Forschung noch das Projekt WiEWohnen NRW hinreichende Evidenz für eine empirisch gestützte Indikation für verschiedene Wohnformen geliefert hat, sollten sich insbesondere die Leistungsträger vorrangig am Willen der/des Einzelnen orientieren, anstatt sich darauf zu verlassen, selbst zu wissen was „das Beste“ für die Klientin/den Klienten ist. Leitende Prinzipien sollten Autonomie und Selbstbestimmung der Betroffenen sowie das Recht auf Partizipation und eigene Entscheidungen im Unterstützungsprozess sein.

*Lösungsvorschlag*

Expertinnen und Experten der Rehabilitation fordern bereits seit Längerem einen Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Rehabilitation nach dem Motto „real life first“. In Analogie zum Forschungsstand zum Supported Employment-Ansatz sollte zukünftig auch bei der Wohnunterstützung vorrangig der Ansatz der „unterstützten Inklusion“ verfolgt werden. Anstelle der gängigen „Angebotspakete“ oder „Maßnahmen von der Stange“ sollten zunächst Optionen geprüft werden, welche primär den Präferenzen von Klientinnen und Klienten entsprechen. Hierzu passende individuelle Unterstützungsarrangements im Sozialraum sind mit Klientinnen und Klienten auszuhandeln. Dies setzt eine veränderte Leistungsgewährung und ein verändertes Angebot der Leistungserbringer voraus, die auch hier stärker einbezogen werden müssen.

**▪ Selbstständigkeit im Alltagshandeln fördern**

Eine zentrale Erwartung von Klientinnen und Klienten ist, im Alltag selbstständig handeln zu können und dabei unterstützt zu werden. Ein gewisses Maß an Selbstständigkeit sowie die Bereitschaft und Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen, ist einerseits eine gute Voraussetzung, um von der Wohnunterstützung profitieren zu können, andererseits ist sie ein zentrales Ziel der Klientinnen und Klienten. Die Herausforderung für die Mitarbeitenden besteht also darin, Selbstständigkeit an der richtigen Stelle zu fördern, ohne dabei Über- oder Unterforderung zu erzeugen. Bei individuell angepasster Unterstützung kann die/der Einzelne schrittweise zu einer selbstständigen Lebensführung befähigt werden.

*Lösungsvorschlag*

Die Ergebnisse von WiEWohnen NRW deuten darauf hin, dass das Intensiv Betreute Wohnen (IBW) - also hohe Unterstützungsdichte verbunden mit dem Lebensmittelpunkt in der eigenen Wohnung – eher geeignet ist Selbstständigkeit zu fördern als dies in besonderen Wohnformen möglich ist. Leistungsträger und -anbieter sind gefordert, diese Art der Wohnform deutlicher als bisher auszubauen und (mit Anreizen) zu fördern. Diese von den Nutzenden offensichtlich sehr geschätzten Alternativen zu ABW und SBW könnten so mittelfristig einen größeren Teil der Plätze in besonderen Wohnformen ersetzen.

**Wahlmöglichkeiten eröffnen – Zugang zu Wohnraum schaffen**

Um Möglichkeitsräume zur Selbstbestimmung zu schaffen, muss es Wahlmöglichkeiten zwischen Alternativen geben. Die von Betroffenen präferierte Wohnlösung ist die „normale“, also die eigene Wohnung, das eigene Apartment ggf. auch in einem Haus mit mehreren Apartments. Hierzu muss es die individuell passende ggf. sehr intensive individuell Unterstützung geben.

*Lösungsvorschlag*

Im Rahmen der Schaffung von Wohnraum sollten stets in allen Quartieren Kontingente von bezahlbaren Wohnungen reserviert werden, und zwar in differenzierter Weise entsprechend § 1 SGB IX (Rechnung tragend den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit seelischen Behinderungen), so dass auch Menschen mit besonderen und/oder hohen Unterstützungsbedarfen möglichst selbstbestimmt - ggf. in „Wohn-Nischen“ - leben können. Quartiers-Kümmerer sollten Verantwortung für den gelingenden Zugang übernehmen.

#### 4. Rehabilitation fördern

- **Mit dem Weg in eine besondere Wohnform beginnt der Weg hinaus**

Zu beachten ist die Empfehlung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2019), dass die Versorgung in teilweise selbstverantworteten oder stationären Wohnformen immer mit dem Ziel der Rückkehr in eine selbstbestimmte Wohnform erfolgen sollte. Entscheidend hierbei sind die Präferenzen der Betroffenen; sie sind in ihrer Wahlfreiheit zu unterstützen. Bei der Inanspruchnahme von Hilfen in besonderen Wohnformen sollen diese stets mit inklusiven Angeboten und vielfältigen Kontaktmöglichkeiten in die Gemeinde/in das Quartier hinein verbunden sein. Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die in einer besonderen Wohnform unterstützt werden, muss bei entsprechender Präferenz der Wechsel in eine selbstbestimmte, eigenverantwortete Wohnform ermöglicht werden.

##### *Lösungsvorschlag*

Der rehabilitative Grundgedanke des SGB IX sollte in den Vordergrund rücken: Rehabilitation in den Sozialraum beginnt bei Aufnahme in eine besondere Wohnform! Zum Qualitätssicherungskonzept jeder besonderen Wohnform sollte die regelmäßige Überprüfung gehören, ob die aktuelle Wohnform noch erforderlich ist und ob sie den Präferenzen der Klientin/des Klienten (noch) entspricht. Die Aufsichtsbehörden und der Leistungsträger sollten die Rehabilitationsorientierung durch regelmäßige Prüfungen vor Ort unter Einbeziehung der Klientinnen und Klienten unterstützen und ggf. Vorschläge entwickeln, wie die nächsten Schritte erfolgen könnten. Das Tempo der Reha-Schritte muss sich dabei am individuellen Bedarf und den Wünschen der Einzelperson orientieren, „Reha-Druck“ muss vermieden werden. Auch ein längerfristiger Verbleib in einer besonderen Wohnform kann individuell angemessen sein. In die Aus- und Weiterbildungscurricula der in der Eingliederungshilfe tätigen Fachkräfte sollte das Thema „Rehabilitation“ verbunden mit dem Handwerkszeug für geeignete Interventionen deutlicher als bisher verankert werden.

- **Arbeit und Beschäftigung schaffen**

Es bestätigt sich auch in dieser Studie, dass die Mehrheit der Klientinnen und Klienten der Wohnunterstützung keiner regelmäßigen Beschäftigung, Arbeit oder Ausbildung nachgeht (55 %). Im ambulanten Bereich war dieser Anteil noch größer. Es scheint im Augenblick so zu sein, dass die konzeptionellen Entwicklungen des BTHG wie das Budget für Arbeit und die Zulassung weiterer Leistungsanbieter ebenso wie die geplanten Modellvorhaben in den Rechtskreisen des SGB II und des SGB VI an den Nutzenden sozialpsychiatrischer Eingliederungshilfemaßnahmen v. a. mit niedrigem (Aus-) Bildungsstand und ohne Berufsabschluss vorbeigehen.

##### *Lösungsvorschlag*

Dass so viele Menschen in ihrem Lebenslauf kaum Wege aus der Eingliederungshilfe finden, liegt nicht nur an nicht passgenauen oder zu spät einsetzenden Interventionen (siehe 1.). Auch im Alter von 30, 40 oder 50 Jahren sollten immer wieder neue Optionen im Sinne von Teilhabechancen bereitgestellt werden, um zumindest eine (Teilzeit-) Betätigungsmöglichkeit zu haben. Tagesförderangebote und Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) sind ganz offensichtlich nur für eine Minderheit der Betroffenen attraktiv und für manche sogar stigmatisierend. Deshalb müssen vermehrt inklusive und niedrighschwellige

Zugangsmöglichkeiten zu Arbeit und Beschäftigung geschaffen werden, wobei flächendeckenden Beschäftigungsangeboten mit weniger als 15 Stunden/Woche und der Möglichkeit eines Zuverdienstes besondere Bedeutung zukommt.

## 5. Sicherheit gewährleisten

### ▪ **Allgemeine Unterstützungssicherheit schaffen**

Zentrale Erwartung der Klientinnen und Klienten an die Wohnunterstützung ist Sicherheit. Dies deckt sich mit den Ergebnissen anderer Studien. Sicherheit wird von den befragten Klientinnen- und Klienten auf verschiedenen Ebenen gewünscht. Es geht um eine sichere Unterkunft, soziale Kontakte und das Erleben von Gemeinschaft. Die Wohnunterstützung bietet auch Sicherheit im Umgang mit Aktivitäten des Alltags, die zuvor Hilflosigkeit auslösten.

#### *Lösungsvorschlag*

Sicherheit in allen Belangen der Alltagsunterstützung zu gewährleisten – bei Bedarf über 24 Stunden an 7 Tagen – ohne Unselbstständigkeit oder Abhängigkeit zu fördern ist eine hochrangige Aufgabe der Leistungsanbieter. Dabei unterscheiden sich die Sicherheitsbedürfnisse der unterstützten Personen und können sich über die Zeit verändern. Das ist bei der Ausgestaltung von Unterstützungskonzepten, dem Personaleinsatz und der Qualifikation der Mitarbeitenden zu berücksichtigen.

### ▪ **Leistungen grundsätzlich unbefristet anbieten**

Unsicherheiten entstehen durch zeitlich befristete Wohnunterstützungsverträge und dadurch, dass Hilfeplangespräche stattfinden müssen, deren Ergebnisse für die Klientinnen und Klienten nicht vorhersehbar sind und Leistungsträger die Finanzierung der Wohnunterstützung ggf. nicht fortführen.

#### *Lösungsvorschlag*

Da die Befristung der Leistungen und ein damit ggf. verbundener Reha-Druck durch die Leistungsträger große Unsicherheiten bei den Leistungsempfängenden erzeugen, bietet sich eine Anleihe an der Konzeption des Supported Employment (SE) an. Hier wird jedem Teilnehmenden des IPS-Coachings (Individual Placement and Support) eine im Grundsatz lebenslange Unterstützungszusage gegeben. Diese schafft Sicherheit, auch wenn im SE jederzeit die Möglichkeit besteht, dass Klientinnen und Klienten ganz oder teilweise auf die Unterstützung am Arbeitsplatz verzichten oder Leistungsträger auf eine Verringerung oder Beendigung der Leistungsgewährung hinwirken. Insbesondere die Leistungsträger sind gefragt, deutlicher als bisher die langfristige Begleitung und Unterstützung in den Vordergrund zu stellen, anstatt Maßnahme-orientiert auf befristete Zeiträume zu pochen. Bei der Teilhabeplanung sollte das Wie der Unterstützung und nicht da Ob und Wie lange der Leistungsgewährung im Vordergrund stehen.

### ▪ **Gesundheit stärken**

Klientinnen und Klienten haben berichtet, dass die Wohnunterstützung den Zugang zum Gesundheitssystem sowie die Sicherheit im Umgang mit der Gesundheit bzw. Erkrankung fördert. Sicherheit und Entlastung entstehen auch dadurch, dass wichtige Gesundheitsbezogene Verpflichtungen und Termine nicht vergessen werden. Dies gilt sowohl für die

Behandlung als auch die Gesundheitsförderung und Prävention. Die Wohnunterstützung schafft so auch Sicherheit in Bezug auf die Gesundheitsvorsorge. Klientinnen und Klienten beschreiben außerdem, dass Wohnunterstützung das verbesserte Gesundheitsverhalten aufrechterhalten und so Selbstständigkeit fördern kann. In den Daten fanden sich aber Hinweise, dass es trotz einer zweijährigen Assistenz in der Eingliederungshilfe noch ungedeckte Gesundheits-bezogene Bedarfe gibt.

#### *Lösungsvorschlag*

Vorhandene und durchaus vielfältige Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention sollten auch Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zugänglich gemacht werden, ggf. sind sie für diese Zielgruppe zu adaptieren. Sie können im Rahmen des entsprechenden Kursangebotes von Krankenkassen oder anderen Anbietern wahrgenommen oder integriert mit den Assistenzleistungen der Eingliederungshilfe erbracht werden. Unterstützungsleistungen der Eingliederungshilfe sollten Themen der Gesundheitsvorsorge expliziter in den Blick nehmen und in die regelmäßig zu aktualisierenden Teilhabepläne integrieren. Mitarbeitende sind zu dem Themenfeld „Gesundheitsförderung“ zu schulen.

## **6. Qualität und Standards sichern**

Die Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Lebensbereich Wohnen hat u. a. durch das BTHG eine neue konzeptionelle Grundlage und Zielsetzung bekommen. Wie sich bereits in der Überschrift des Gesetzes zeigt, ist Kern dieser Entwicklung die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten auch beim Wohnen und bei der Wahl der Wohnform. Zugleich fehlen jedoch Maßstäbe für die Qualität der erbrachten Unterstützungsleistungen, die sich an den Grundsätzen von Selbstbestimmung und Wahlfreiheit orientieren. Potenzielle Nutzende haben so nur sehr begrenzte Möglichkeiten, vorhandene Angebote im Hinblick auf ihre Struktur- und Prozessqualität zu vergleichen. Aber auch Leistungsträgern und Leistungsanbietern fehlt ein Maßstab für die Qualitätsbeurteilung und -entwicklung von Wohnunterstützungsangeboten. Dabei ist von großer Bedeutung, dass entsprechende Standards nicht bloß normativ formuliert werden, wie dies in Leistungsbeschreibungen und -vereinbarungen durchaus erfolgt. Vielmehr müssen diese auch skalierbar und damit objektivierbar sein und so als Instrument der Fremd- und Selbstevaluation der Struktur- und Ergebnisqualität von Wohnunterstützungsangeboten genutzt werden können.

#### *Lösungsvorschlag*

Sogenannte Modelltreue-Skalen haben sich in der psychiatrischen Rehabilitation international vor allem im Bereich der ambulanten, multiprofessionellen und mobilen Behandlung (Assertive Community Treatment) sowie in der Arbeitsrehabilitation (Supported Employment) durchgesetzt und als prädiktiv für den Programmerfolg herausgestellt. Im Bereich des unterstützten Wohnens sind entsprechende Instrumente bisher nur in nordamerikanischen Studien und für Angebote für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Obdachlosigkeit entwickelt worden. Die im Rahmen von WiEWohnen NRW erfolgte Entwicklung und Testung der „Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung“ (MSSW) bietet die Grundlage zur vergleichenden Beschreibung von Wohnunterstützungsangeboten und zur Definition eines Standards für Selbstbestimmtes Wohnen über verschiedene Wohnformen hinweg. Die Skala kann sowohl zur Selbst- als auch zur Peer-

und Fremdevaluation eingesetzt werden. Der vielversprechende Ansatz der MSSW sollte in Kooperation von Wissenschaft, Leistungsträgern und -anbietern weiterentwickelt und erprobt werden. Ein wichtiger Schritt wäre die Erhebung der MSSW-Daten von mindestens 300 Wohnunterstützungsangeboten als Grundlage von entsprechenden Validitäts- und Reliabilitätsuntersuchungen.

## **7. Datenlage verbessern**

Die vorliegende Studie leistet mit ihrem Datenmaterial einen Beitrag, die Situation und Lebenslagen der Menschen, die Assistenzleistungen beim Wohnen in Deutschland in Anspruch nehmen, weiter aufzuhellen. Insgesamt ist jedoch die Datenlage sowohl aus Routinedaten wie aus einzelnen wissenschaftlichen Studien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Teilhabeleistungen für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen immer noch wenig aussagekräftig. Auch die Verfügbarkeit von Daten zu den Lebenslagen und zum Ausmaß der Teilhabe der Betroffenen ist nach wie vor sehr eingeschränkt.

### *Lösungsvorschlag*

Umfang und Qualität der Routinedaten zur Versorgung, zu Lebenslagen und Teilhabechancen von Bürgerinnen und Bürger mit schweren psychischen Erkrankungen ist weiter zu verbessern. Wünschenswert wäre eine kontinuierliche Teilhabeberichterstattung für die Zielgruppe der Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen mit Daten zur (Aus-)Bildungs- und zur Arbeits- und Beschäftigungssituation, zur Inanspruchnahme von psychiatrischen Behandlungsleistungen, zur Anwendung von Zwangsmaßnahmen insbesondere nach BGB § 1906, zur Stigmatisierung sowie zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben generell. Diese müsste eingebettet sein in eine regionale und landesweite Gesundheits- und Sozialberichterstattung auf der Grundlage von definierten Indikatoren. Es bietet sich an, ein wissenschaftliches Institut an einer Universität in NRW so auszustatten, dass die landesweite Sozial- und Gesundheitsberichterstattung zu dieser Thematik standardisiert wird, kontinuierlich erfolgt und laufend verbessert wird. Die diskontinuierliche Förderung von Einzel-Studien zu Teilaspekten führt nur sehr eingeschränkt weiter. Darüber hinaus fehlen Studien, die Zugangsbarrieren untersuchen und unterschiedliche Interventionen und Methoden in der Wohnunterstützung vergleichen und bewerten; darüber hinaus Studien zur subjektiven Lebensqualität und zu Stigmatisierungs- und Diskriminierungserfahrungen von psychisch beeinträchtigten Menschen. Entsprechende Forschungsbudgets sind seitens der Politik ergänzend zur Verfügung zu stellen.

## **8. Personalentwicklung koproduktiv gestalten - Bildungsangebote auf die Herausforderungen ausrichten**

Die oben beschriebenen Herausforderungen erfordern nachhaltige und breite Qualifizierungsstrategien für das Personal bei Leistungsanbietern, Leistungsträgern und in der öffentlichen Verwaltung. Nicht nur die geforderte veränderte Haltung (Personen- und Sozialraum-Orientierung; Selbstbestimmung und Wahlfreiheit der Betroffenen) oder das neue Beschreibungsmodell für „Behinderungen“ (ICF), sondern auch die Umsetzung der o. g. Lösungsansätze verlangt ein Update auch im Personalbereich. Nimmt man UN-BRK, BTHG und die oben beschriebenen Herausforderungen ernst, kann eine entsprechende Bildungsstrategie nur unter Einbeziehung der (potenziellen) Nutzenden, also in der inno-



vativen Form einer koproduktiven Personalentwicklung entstehen: d. h. gemeinsam entwickelt und realisiert von Bildungs-/Personalprofis sowie Expertinnen/Experten aus Erfahrung.

*Lösungsvorschlag*

Die Qualifikationsanforderungen, die sich aus den o. g. Herausforderungen ergeben, sollten in koproduktiv entwickelten Curricula der entsprechenden Aus- und Weiterbildungsgänge an Fachschulen, Hochschulen und Universitäten implementiert werden. Auch die Fortbildungsangebote bei allen beteiligten Akteuren (insbesondere Leistungsträger und -anbieter sowie Verantwortliche in Politik und Verwaltungen) werden ebenfalls entsprechend angepasst und sollten in übergreifenden Formaten wahrgenommen werden, da die beschriebenen Herausforderungen tatsächlich nur von allen Beteiligten gemeinsam gestemmt werden können.

## Literatur

- Adamus C, Mötteli S, Jäger M et al. Independent Housing and Support for non-homeless individuals with severe mental illness: randomised controlled trial vs. observational study–study protocol. *BMC Psychiat* 2020; 20: 1-11
- Albers, M. Nachdenken über das ambulant betreute Wohnen. *Sozialpsychiat Inform* 2015; 45/3: 17-21
- Andreas S, Harfst T, Dirmaier J et al. 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. *Psychopathol* 2007; 40: 116-125
- Anglemyer A, Horvath HT, Bero L. Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014
- Aubry T, Nelson G, Tsemberis S. Housing first for people with severe mental illness who are homeless: a review of the research and findings from the At Home-Chez soi demonstration projekt. *Can J Psychiat* 2015; 60: 467-474
- Austin PC. An introduction to Propensity Score Methods for reducing the effects of confounding in observational studies. *Multiv Behav Res* 2011; 46: 399-424
- BAGüS/Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger: Kennzahlenvergleiche Eingliederungshilfe 2011, 2013, 2020. <http://www.bagues.de/veroeffentlichungen/kennzahlenvergleiche/>
- Baumgardt J, Daum M, von dem Knesebeck O et al. Die deutsche Version des OxCAP-MH (Oxford Capabilities Questionnaire – Mental Health). Ein Instrument zur Erfassung von Verwirklichungschancen unter chronisch psychisch erkrankten Menschen. *Psychiat Prax*; 2017; 45: 140-147. doi:10.1055/s-0043-101903
- Birchwood M, Smith JO, Cochrane R et al. The Social Functioning Scale: The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiat* 1990; 157: 853-859
- Bitter D, Entenfellner A, Matschnig T et al. Da-Heim im Heim!? Bedeutet Ent-Hospitalisierung auch Ent-Institutionalisierung? *Psychiat Prax* 2009; 36: 261-269
- Björkman T, Svensson B. Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Nordic J Psychiat* 2005; 59: 302-306
- Blankenfeld C, Haug-von Schnakenburg D, Konrad M. Menschen mit psychischer Erkrankung unter 65 Jahren in Pflegeheimen. *Sozialpsychiat Inform* 2017; 47/2: 47-52
- Bond GR, Becker DR, Drake RE et al. A fidelity scale for the Individual Placement and Support Model of supported employment. *Rehab Counsel Bull* 1997; 40: 265-284

Brown M, Rowe M, Cunningham A et al. Evaluation of a comprehensive SAMHSA Service program for individuals experiencing chronic homelessness. *J Behav Health Serv Res* 2018; 45: 605-613. <https://doi.org/10.1007/s11414-018-9589-8>

Brüsemeister T. *Qualitative Forschung. Ein Überblick*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag; 2000

Burns T, Catty J, Becker T et al. - EQOLISE Group. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomized controlled trial. *Lancet* 2007; 370: 1146-1152

Chan EHC, Kong SDX, Park SH et al. Validation of the Social Functioning Scale: comparison and evaluation in early psychosis, autism spectrum disorder and social anxiety disorder. *Psychiatr Res* 2019; 276: 45-55

Clark C, Young MS, Teague G. Development of a measure of housing and housing services. *Community Mental Health J* 2016; 52: 66-72

Clark C, Young MS, Moody SR. Housing and Housing Services Program Measure – Veterans Version (HHSPM-V), 2012. Mental Health Law & Policy Faculty Publications. 865. [https://scholarcommons.usf.edu/mhlp\\_facpub/865](https://scholarcommons.usf.edu/mhlp_facpub/865)

Connelly BS, Sackett PR, Waters SD. Balancing treatment and control groups in quasi-experiments: an introduction to propensity scoring. *Personnel Psychol* 2013; 66: 407-442

Conty M. Das Bundesteilhabegesetz. Konsequenzen des neuen Rechts für die Leistungen der sozialen Teilhabe. *Kerbe* 2017; 4: 4-6

Conty M. Teilhabestärkungsgesetz – wird das Bundesteilhabegesetz (BTHG) die Lebenslagen schwer psychisch kranker Menschen verbessern? In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., Speck A, Steinhart I (Hg): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2018

Dalton-Locke C, Attard R, Killaspy H et al. Predictors of quality of care in mental health supported accommodation services in England: a multiple regression modelling study. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 344. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1912-7>

De Girolamo G, McGorry PD, Sartorius N. Introduction: Relevance of the age of onset of mental disorders to research in psychiatry and to the organization of services for people with mental illness. In: *Age of Onset of Mental Disorders*. Heidelberg: Springer 2019; 1-13

Dehn LB, Beblo T, Richter D, Wienberg G, Kremer G, Steinhart I, Driessen M. Effectiveness of Supported Housing versus Residential Care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study [eingereicht]

Deutscher Bundestag. Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – Zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200; 1975

DGPPN/Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“. Berlin: Springer; 2. Aufl. 2019

Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription und Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: Dresing & Pehl; 6. Aufl. 2015.

Eikermann S. Personenzentrierte Hilfeplanung: ehrgeizige Theorie, schwierige Praxis. In: Rosemann M, Konrad M (Hg): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2017

Flick U, von Kardorff E, Streinke I. Was ist qualitative Sozialforschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Streinke I (Hg). Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck: Rowohlt; 7. Aufl. 2009: 13-29.

Flick U. Qualitative Sozialforschung. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch-Verlag; 5. Aufl. 2012.

Francis JJ, Johnston M, Robertson C et al. What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. Psychol Health 2010; 25: 1229-1245. doi: 10.1080/08870440903194015

Franz M, Meyer T, Dubowy M et al. Das Akumulieren „Neuer Langzeitbewohner“ in klinikasoziierten psychiatrischen Heimen: eine Herausforderung für die psychiatrische Versorgung. Psychiat Prax 2010; 37: 240-247

Fritz CO, Morris PE, Richler JJ. Effect size estimates: current use, calculations, and interpretation. J Exp Psychol Gen 2012; 141: 2-18

Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. Field Methods 2006; 18: 59-82. Doi: 10.1177/1525822X05279903

Goering P, Veldhuizen S, Nelson GB et al. Further validation of the Pathways Housing First Fidelity Scale. Psychiat Serv 2016; 67: 111-114

Graham JW. Missing data analysis: making it work in the real world. Ann Rev Psychol 2009; 60: 549-576

Grauenhorst I, Steinhart I. Heim-Alternativen – Wege zur Lebensqualität und Teilhabe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen. Kerbe 2011; 29: 30-32

Grauenhorst I, Wacker E, Bernhard M et al. Abschlussbericht zum Forschungsprojekt Lebensqualität und Nutzerzufriedenheit von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Intensiv Betreuten Wohnen (LeNI) im Rahmen der Kooperation „2be – in action“; TU Dortmund; 2011

Gromann P: Der Integrierte Behandlungs - und Rehabilitationsplan als Arbeitsmethode und Instrument zur Qualitätssicherung. In: Aktion psychisch Kranke (Hg) Personenbezogene Hilfen in der psychiatrischen Versorgung. Bonn: Nomos;1997

Gröning K, Feldmann M, Bergenthal S et al. Somatische Kultur und psychiatrische Pflege. Pflegetrainings in der Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung somatischer Pflege. Endbericht Modellprojekt Familiäre Pflege unter den Bedingungen der G-DRG: Universität Bielefeld; 2016

Gühne U, Stein J, Weinmann S et al. Wohninterventionen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – internationale Evidenz aus RCTs. Psychiat Prax 2017;44: 194-205

Hapke U. Epidemiologie psychischer Störungen in den verschiedenen Altersgruppen. In: Aktion Psychisch Kranke, Weiß P, Fegert JM (Hg). Planen, umsetzen bewerten -Psychiatriepolitik gestalten. Bonn: Aktion Psychisch Kranke; 2019

Harrison M, Roy AS, Hultquist J et al. Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accomodation: systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiat Psychiatr Epidemiol* 2020; 55: 977-988

Heim L, Walther C. Soziale Teilhabe – Ergebnisse einer Replikation der BAESCAP-Studie. *Sozialpsychiatr Inform* 2020; 50/1: 44-49

Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 4. Aufl. 2011

Hellvin T, Sundet K, Vaskinn A et al. Validation of the Norwegian version of the Social Functioning Scale (SFS) for schizophrenia and bipolar disorder. *Scand J Psychol* 2010; 51: 525-533

Hoffmann H, Jäckel D, Glauser S et al. Long-term effectiveness of Supported Employment: 5-Year follow-up of a randomized controlled trial. *Am J Psychiat* 2014; 171: 1183-1190

Hopf C. Qualitative Interviews - ein Überblick. In: Flick U, von Kardorff E, Streinke I (Hg). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck: Rowohlt. 4. Aufl.; 2005: 349-360.

Iffland JR, Lockhofen D, Gruppe H et al. Validation of the German version of the Social Functioning Scale (SFS) for schizophrenia. *PLOS ONE* 2015; 10: e0121807

Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 2014; 85: 77-87

Kallert TW, Leiß M, Kulke C et al. Evidenzbasierung gemeindepsychiatrischer Versorgungsangebote in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2005; 67: 342-354

Kallert TW, Leisse M, Winiecki P. Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *J Public Health* 2007; 15: 29-42

Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S et al. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiat* 2007; 20: 359

Kilian R, Becker T. Gibt es eine Zunahme psychischer Erkrankungen in Deutschland? *Kerbe* 2013; 3: 4-6

Killaspy H, Priebe S, McPherson P et al. 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 Psychiat* 2019; 17: 258. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00258>

Killaspy H, Priebe S, McPherson P et al. Predictors of moving on from mental health supported accomodation in England: national cohort study. *Br J Psychiat* 2020; 216: 331-337

Killaspy H, White S, Dowling S et al. Adaptation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC) for use in mental health supported accommodation services (QuIRC-SA). *BMC Psychiatry* 2016; 16: 101. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0799-4>

Killaspy H, White S, Wright C et al. The development of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuiRC): A measure of best practice for facilities for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 35. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-35>

Klaghofer R, Brähler E. Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Z Klin Psychol Psychiatr Psychother* 2001; 49 (2): 115-124

Konrad M. Die Assistenzleistung – Anforderungen an die Eingliederungshilfe durch das BTHG. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2019

Konrad M, Rosemann M. Die UN-BRK, das BTHG und die Herausforderungen für die Unterstützung zu einem selbstbestimmten Wohnen. In: Rosemann M, Konrad M (Hg): *Selbstbestimmtes Wohnen – Mobile Unterstützung bei der Lebensführung*. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2017

Kremer G, Schulz M. *Motivierende Gesprächsführung in der Psychiatrie*. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2020

Kunze H. Psychiatrie-Reform zu Lasten der chronischen Patienten? *Nervenarzt* 1977; 48: 83-88

Kunze H. *Psychiatrische Übergangseinrichtungen und Heime. Psychisch Kranke im Abseits der Psychiatriereform*. Stuttgart: Enke; 1981

Kuss O, Blettner M, Börgermann J. Propensity Score: an alternative method of analyzing treatment effects. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113: 597-603. Doi: 10.3238/arztebl.2016.0597

Kuss O, Legler T, Börgermann J. Treatments effects from randomized trials and propensity score analyses were similar in similar populations in an example from cardiac surgery. *J Clinical Epidemiol* 2011; 64: 1076-1084

Lehmkuhl D, Bosch G, Steinhart I. Jüngere psychisch Kranke in Alten- und Altenpflegeheimen. *Psychiat Prax* 1987; 14: 192-198

LV/Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Speck A, Steinhart I (Hg): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen*. Köln: Psychiatrie Verlag; 2018

LWL/Landschaftsverband Westfalen-Lippe (2019): *Regionalplanungskonferenz wohnbezogene Hilfen für Menschen mit Behinderung in der Stadt Bielefeld*. Münster: Powerpoint-Präsentation, unveröffentl.

MacKinnon DP, Krull JL, Lockwood CM. Equivalence of the mediation, confounding and suppression effect. *Prevent Science* 2000; 1: 173-181

Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardorff E, Streinke I (Hg). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbeck: Rowohlt; 4. Aufl. 2005: 468-475

Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G, Mruck K (Hg). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Springer Reference Psychologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2020: 1-17. doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5

McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. Mental health supported accommodation services:

McPherson P, Krotofil J, Killaspy H. What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: The Simple Taxonomy for Supported Accommodation (STAX-SA). *Int J Environ Res Public Health* 2018 (a), 15, 190; doi:10.3390/ijerph15020190

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

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (MDS), GKV-Spitzenverband Körperschaft des öffentlichen Rechts. Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches; 2016

Mir J, Priebe S, Mundt AP. Psychisch Kranke in Ost- und Westdeutschland. Indikatoren der Institutionalisierung seit der politischen Wende. *Nervenarzt* 2013; 84: 844-850

Nussbaum M. Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 2010

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

Priebe S. Zukunft der psychiatrischen Versorgung – Träume und Alpträume. *Psychiat Prax* 2003; 30, Suppl 1: S48-S53

Prinz U, Nutzinger D, Schulz H et al. The Symptom-Check-List-90-R (SCL-90-R) and its short versions: psychometric analyses of inpatients with mental disorders. *Physikal Med Rehabilitationsmed Kurortmed* 2008; 18: 337-343

Przyborski A, Wohlrab-Sahr M. Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg; 4. Aufl. 2014

Reitan RM. Validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Percept Motor Skills* 1958; 8: 271-276

Richter D, Berger K, Reker T. Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiat Prax* 2008; 35: 321-330

Richter D, Berger K. Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiat Prax* 2013; 40: 176-182

Richter D, Hertig R, Hoffmann H. Psychiatrische Rehabilitation – von der Stufenleiter zur unterstützten Inklusion. *Psychiat Prax* 2016; 43: 444-449

Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2017 (c); 136: 269-279

Richter D, Hoffmann H. Preference of independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Adm Policy Ment Health* 2017 (a). <https://doi.org/10.1007/s104888-017-0791-4>

Richter D, Hoffmann H. Psychiatrische Wohnforschung. Der Nutzen systematischer Übersichten und Meta-Analysen. *Sozialpsychiat Inform* 2017 (d); 47/2: 21-25

Richter D, Hoffmann H. Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland. Results from the Swiss Health Study. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2017 (b). <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>

Richter D, Hoffmann H. Wohnforschung in der psychiatrischen Versorgung vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention – Wahlfreiheit, Präferenzen und Ergebnisse. In: Weiß P, Heinz A (Hg): Verantwortung übernehmen – Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. Bonn: Aktion Psychisch Kranke; 2017 (e)

Richter D, Jäger M. Wohnforschung – Methodische Probleme und aktueller Forschungsstand. In: Rosemann M, Konrad M (Hg): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2017

Richter D, Jäger M. Wohnforschung im Kontext der psychiatrischen Versorgung. In: Fabian C, Müller E, Zingarelli J et al. (Hg): Housing First – Ein (fast) neues Konzept gegen Obdachlosigkeit. Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz; 2020

Richter D, Steinhart I. Wahlfreiheit beim Wohnen: Forschungsstand und praktische Erfahrungen. In: Steinhart I, Wienberg G (Hg): Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2017

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

Röh D. „...was Menschen zu tun und zu sein in der Lage sind.“ Befähigung und Gerechtigkeit in der Sozialen Arbeit: Der Capability Approach als integrativer Theorierahmen?! In: Mührel E, Birgemeier B (Hg). Theoriebildung in der Sozialen Arbeit. Entwicklungen in der Sozialpädagogik und der Sozialarbeitswissenschaft. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften; 2011: 103-121

Rosemann M, Konrad M (Hg): Selbstbestimmtes Wohnen – Mobile Unterstützung bei der Lebensführung. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2017

SAMHSA/Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Permanent Supportive Housing Evidence-Based Practices (EBP KIT) 2010. <https://store.samhsa.gov/product/Permanent-Supportive-Housing-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA10-4509>

Schreier M. Fallauswahl in der qualitativ-psychologischen Forschung. In: Mey G, Mruck K (Hg). Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Springer Reference Psychologie. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019: 1-21. [doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5](https://doi.org/10.1007/978-3-658-18387-5)

Schulz M, Hahn B. Somatische Komorbidität bei Klienten stationärer und ambulanter Eingliederungshilfe - Ergebnisse einer quantitativen Studie. *Sozialpsychiatr Inform* 2018; 48: 25-28

Simon J, Łaszewska A, Leutner E, et al. Cultural and linguistic transferability of the multi dimensional OxCAP-MH capability instrument for outcome measurement in mental health: the German language version. *BMC Psychiatr* 2018; 18: 1-8

Siskind D, Harris M, Pirkis et al. A domain-based taxonomy of supported accommodation for people with severe and persistent mental illness. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol* 2013; 48: 875-894



Speck A, Daum M, Höptner A et al. Von Heimen lernen? Empirische Ergebnisse zu den Teilhabechancen und -risiken in verschiedenen Betreuungssettings der Sozialpsychiatrie. *Soz Psychiat* 2017; 47/4: 21-13

Stefancic A, Tsemberis S, Messeri P et al. The Pathways Housing First Fidelity Scale for individuals with psychiatric disabilities. *Am J Psychiat Rehab* 2013; 16: 240-261  
<https://doi.org/10.1080/15487768.2013.847741>

Steinert T, Jaeger S, Herpertz S. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hg). Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (Wie-Wohnen BW). Abschlussbericht. Stuttgart; 2020

Steinhart I, Daum M, Höptner A et al. Teilhabe-Chancen schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland. In: Weiß P, Heinz A (Hg): Verantwortung übernehmen. Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. Bonn: Aktion Psychisch Kranke; 2017

Steinhart I, Höptner A. Ergebnisqualität im Fokus der Sozialpsychiatrie. *NeuroTransm* 2016; 27: 12-17

Steinhart I, Jenderny S, Schreiter J. (Geschlossene) besondere Wohnformen als unverzichtbarer Teil der regionalen Verbundstrukturen in Deutschland? *Psychiat Prax* 2020; 47, 370-375

Steinhart I. Fokus Komorbidität: Gesundheitslast psychischer Erkrankungen. In: LV/Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Speck A, Steinhart I (Hg): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag; 2018

Steinhart I. Mietvertrag statt Heimvertrag. Lösungswege zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. *Sozialpsychiat Inform* 2014; 44/3: 14-18

Teague G, Bond G, Drake R. Program fidelity in Assertive Community Treatment: development and use of a measure. *Am J Orthopsychiat* 1998; 68: 216-232

Thoemmes F. Propensity score matching in SPSS. arXiv:12016385 [stat] 2012. Im Internet: <http://arxiv.org/abs/1201.6385>; Stand: 20.10.2020

Tombaugh T. Trail Making Test A and B: normative data stratified by age and education. *Arch Clin Neuropsychol* 2004; 19: 203-214

Tsemberis S. From streets to homes: an innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *J Commun Psychol* 1999; 27: 225-241

Valdes-Stauber J, Kilian R. Is the level of institutionalization found in psychiatric housing services associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? *BMC Psychiat* 2015; 15: 215. Doi 10, 1186/s12888-015-0595-6

Vertheim U, Degwitz P, Oechsler H et al. Wirksamkeit der Eingliederungshilfe für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nach SGB XII. *Sucht* 2017; 63/4: 205-216

Walther C. Wirksamkeitsforschung im Überblick: Ambulant Betreutes Wohnen psychisch kranker Menschen in Deutschland. In: Hahn H, Hüttemann M (Hg): Evaluation psychosozialer Interventionen. Köln: Psychiatrie-Verlag; 2015

- Wellek S, Blettner M. Establishing equivalence or non-inferiority in clinical trials: part 20 of a series on evaluation of scientific publications. *Dtsch Ärztebl Int* 2012; 109: 674
- West S, Duan N, Pequegnat W et al. Alternatives to the Randomized Controlled Trial. *Am J Publ Health* 2008; 98: 1359–1366. Doi:10.2105/AJPH.2007.124446
- Wienberg G. Gemeindepsychiatrie heute – Erreichtes, aktuelle Herausforderungen und Perspektiven. *Sozialpsychiat Inform* 2008; 38/1: 2-13
- Wienberg G. Von der sozialen Exklusion zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen – eine sozialhistorische Skizze. *Z f Evangel Ethik* 2013; 57: 169-182
- Wing J, Beevor A, Curtis R et al. Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). *Br J Psychiat* 1998; 172: 11-18
- Wingenfeld K, Gansweid B, Büscher A. Entwicklung und fachliche Grundlagen des „Neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs“. In: Gaertner T, Knoblich S, Muck T, Rieger M (Hg). *Die Pflegeversicherung - Handbuch zur Begutachtung, Qualitätsprüfung und Fortbildung*. DeGruyter: Berlin; 4. Aufl. 2020: 157-166
- Wirtz M. Über das Problem fehlender Werte: Wie der Einfluss fehlender Informationen auf Analyseergebnisse entdeckt und reduziert werden kann. *Rehabil* 2004; 43: 109-115
- Wittchen HU, Jacobi R, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 655-679
- Zimmermann RB. Schattenpsychiatrie in der Altenhilfe. *Soz Psychiat* 2012; 42/2: 28-33

## Anhang

### Anhang B.1.1:

#### **Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (MSSW)<sup>25</sup>**

##### **A. Hintergrund**

Ein Bündel von Entwicklungen hat im vergangenen Jahrzehnt dazu geführt, dass die Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Lebensbereich Wohnen insgesamt eine neue konzeptionelle Grundlage und Zielsetzung bekommen hat. Zu den wesentlichen Einflussfaktoren gehören neue gesetzliche Anforderungen und die Ergebnisse der internationalen Wohnforschung:

- *Die UN-Behindertenrechtskonvention: Vom institutionalisierten zum selbstbestimmten Wohnen.*

Bisher entschied das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung bzw. die Höhe des Unterstützungsbedarfes darüber, welchem Wohnunterstützungs-Setting (stationär oder ambulant) Nutzende zugewiesen werden, wobei stationäre Wohnformen für hohe Bedarfe (bis zu 24 Stunden/7 Tage) und ambulante für niedrige Bedarfe ausgelegt sind (wenige Fachleistungsstunden/Woche). Die UN-Behindertenrechtskonvention ist seit 2008 in Österreich, seit 2009 in Deutschland und seit 2014 in der Schweiz geltendes Recht. Sie gilt explizit auch für Menschen mit seelischen Behinderungen – einschließlich derjenigen, „die intensive Unterstützung benötigen“ – und stellt die Selbstbestimmung und die Freiheit der Person, eigene (Wahl-)Entscheidungen zu treffen, in den Mittelpunkt. Im Hinblick auf den Lebensbereich Wohnen ist Artikel 19 der Konvention von besonderer Bedeutung. Demnach muss gewährleistet sein, dass „Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben“.

Dies bedeutet, dass eine selbstbestimmte Lebensführung möglich und effektive Wahlmöglichkeiten gegeben sein müssen – unabhängig von Art und Umfang des individuellen Unterstützungsbedarfes.

- *Ein zeitgemäßes Sozialrecht folgt den Vorgaben der UN-Konvention.*

In Deutschland wurden die Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Menschen mit Behinderungen zum 1.1.2017 mit dem Bundesteilhabegesetz neu geregelt. Dieses löst die Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe als letztes Netz der sozialen Sicherung heraus und kodiert neu im Rahmen eines Leistungsgesetzes Rehabilitation. Dabei werden die Selbstbestimmung und die Wahlmöglichkeiten der Leistungsberechtigten gestärkt und es ist das Bemühen erkennbar, die ausgeprägte Institutionszentrierung der Eingliederungshilfe zu überwinden. Das übergreifende Ziel der Eingliederungshilfe wird wie folgt definiert:

---

<sup>25</sup> Die MSSW ist in Zusammenarbeit der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) entwickelt worden. Die weitere Erprobung und der Einsatz dieser Skala in verschiedenen Kontexten sind ausdrücklich erwünscht. Die Autorinnen und Autoren freuen sich über Rückmeldungen.

„Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen und zu erleichtern (...). Hierzu gehört, Leistungsberechtigte zu einer möglichst selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Lebensführung im eigenen Wohnraum sowie in ihrem Sozialraum zu befähigen oder sie hierbei zu unterstützen“ (§ 113 Abs. 1 SGB IX).

- *Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen haben eindeutige Präferenzen im Hinblick auf Wohnunterstützungsangebote.*  
Richter und Hoffmann<sup>26</sup> führten einen systematischen Review und eine Metaanalyse zu den Präferenzen bei der Wohnunterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen durch. In die Metaanalyse gingen 8 methodisch hochwertige internationale Studien mit insgesamt 3134 Nutzenden ein. Das Resultat war recht eindeutig: 84 % würden sich für ein unabhängiges Wohnen mit Unterstützung entscheiden (allein, mit Personen nach Wahl, in der Familie), nur 16 % präferierten institutionelle Wohnunterstützungsformen.
- *Die Unterstützung beim unabhängigen Wohnen ist mindestens so wirksam wie die Unterstützung in einem institutionellen Setting.*  
Im deutschsprachigen Raum liegen so gut wie keine methodisch soliden Studien zur Wirksamkeit von Wohnunterstützungsangeboten bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen vor. Auch zu dieser Frage werteten Richter & Hoffmann<sup>27</sup> die internationale Literatur aus. In ihren systematischen Review gingen insgesamt 32 Studien ein, zwei Drittel davon bezogen sich auf wohnungslose Menschen, die jedoch zu einem sehr hohen Anteil von psychischen Erkrankungen betroffen sind. Im Ergebnis zeigte sich das unabhängige Wohnen bei den meisten von insgesamt 32 untersuchten Kriterien als ebenbürtig, oft sogar als überlegen und nur in einer Studie wiesen zwei Kriterien auf eine Überlegenheit des stationären Settings hin.

Zusammenfassend lässt sich somit feststellen, dass das selbstbestimmte Wohnen mit Unterstützung außerhalb eines stationären Settings sowohl unter völker- und sozialrechtlicher Perspektive als auch im Hinblick auf die Präferenzen der betroffenen Menschen und die Wirksamkeit der Unterstützung aktuell das handlungsleitende Paradigma in der Wohnunterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen ist bzw. sein sollte. An diesem Paradigma orientiert sich die Modelltreue-Skala.

---

<sup>26</sup> Richter D, Hoffmann H. Preference of independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Adm Policy Ment Health* 2017, Vol. 44, S. 817-823. <https://doi.org/10.1007/s104888-017-0791-4>

<sup>27</sup> Richter D, Hoffmann H. Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiat Scand* 2017, Vol. 136, S. 269-279. <https://doi.org/10.1111/acps.12765>

## B. Allgemeine Erläuterungen zur Skala

Ziel der Modelltreue-Skala zum selbstbestimmten Wohnen ist es, festzustellen, ob und inwieweit sich die Angebote von Diensten und Einrichtungen zur Wohnunterstützung im Hinblick auf bestimmte Merkmale unterscheiden. So kann festgestellt werden, inwieweit ambulante Angebote sich ähneln und ob zwischen stationären und ambulanten Angeboten differenziert werden kann.

Inhaltlich sind die Merkmale der Skala so formuliert, dass diese eine optimal selbstbestimmte Wohn- und Unterstützungssituation aus der Nutzenden-Perspektive beschreiben. Es wird somit ein ideales Modell für selbstbestimmtes Wohnen hinterlegt und erfragt, inwieweit die Angebote diesem idealen Modell entsprechen.

Die Skala besteht aus insgesamt 31 Items in 4 Subskalen:

1. Wohnbedingungen (6 Items)
2. Mitarbeitende/Team (4 Items)
3. Unterstützungsbedingungen (15 Items) und
4. Inklusionsbedingungen (6 Items).

Jedes der 31 Items besteht aus einem Aussagesatz, der ein Merkmal der Struktur- oder Prozessqualität von Wohnunterstützungsangeboten für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen definiert.

Die Erhebung der Skalenwerte der MSSW erfolgt im Rahmen eines Interviews (persönlich oder telefonisch) mit der unmittelbar für die zu evaluierende Organisationseinheit zuständigen Leitungsperson. Die Interviewperson sollte eine in dem Arbeitsfeld Wohnunterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen erfahrene Fachkraft sein. Auf diese Weise wurden bisher insgesamt 87 Organisationseinheiten in Westfalen-Lippe und der Schweiz evaluiert.<sup>28</sup>

Die MSSW wurde entwickelt als Instrument für die externe Peer-Evaluation, kann aber grundsätzlich auch genutzt werden als Methode zur Selbstevaluation.

Zum Verständnis und zur sachgerechten Bearbeitung der Skala im Folgenden einige Hinweise:

- Ein „Wohnunterstützungsangebot“ ist hier zu verstehen als der Verantwortungsbereich eines Arbeitsteams, also z. B. das Team einer stationären Wohneinrichtung oder das eines ambulanten Dienstes.
- In den einzelnen Aussagen ist die optimale Ausprägung des jeweiligen Merkmals formuliert. Diese wird dann in der Operationalisierung abgestuft. Die Formulierungen geben also einen normativen gewünschten Standard für das selbstbestimmte Wohnen mit Unterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wieder. Konkret heißt dies, dass Angebote, die diesen idealen Standard nur eingeschränkt oder gar nicht erfüllen, geringere Punktwerte erhalten.

---

<sup>28</sup> Vergleiche Richter D, Adamus C, Mötteli S et al. Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung – Entwicklung und Überprüfung der «Modelltreue- Skala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)» für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. Psyarxiv, DOI: 10.31234/osf.io/maqcf

- Die Aussagen sind unabhängig vom Sozialrecht einzelner Staaten formuliert worden und sollen im gesamten deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, deutschsprachige Schweiz) Anwendung finden.
- Jede Aussage ist nach dem Grad ihres Zutreffens in 5 Abstufungen zu bewerten. Die Aussagen beziehen sich immer auf das einzelne Wohnunterstützungsangebot, nicht auf den Kontext oder die Region, in der es angesiedelt ist.
- Manche Aussagen beziehen sich auf die Wahlmöglichkeiten der Nutzenden bezüglich bestimmter Merkmale von Wohnen im Allgemeinen oder von wohnunterstützenden Angeboten im Besonderen. Diese Wahlmöglichkeiten können eingeschränkt sein durch Bedingungen, die das wohnunterstützende Angebot selbst nicht beeinflussen kann, z. B. den Mangel an geeigneten Mietwohnungen in einer Region oder die geringen finanziellen Spielräume von Sozialhilfeempfängerinnen/-empfängern. Solche und ähnliche Einschränkungen können auch für andere Personengruppen gelten und sollen *nicht* in die Bewertung des Wohnunterstützungsangebots eingehen.
- Für bestimmte Nutzende sind Wahlmöglichkeiten durch rechtliche Auflagen (Betreuungsrecht, Beistandschaft oder forensische Maßgaben bzw. Auflagen) oder durch sozialrechtliche Bedingungen (z. B. Finanzierung von Leistungen) eingeschränkt. Diese Einschränkungen sollen bei der Bewertung der Angebote *nicht* berücksichtigt werden, da es sich nicht um Merkmale der Angebote selbst handelt.
- Für die Nutzenden ist die individuelle Ausgestaltung der Wohnunterstützungsleistungen in aller Regel durch die persönliche Teilhabe-, Hilfe- oder Unterstützungsplanung definiert. Dies betrifft die Leistungsbereiche „Unterstützungsbedingungen“ (Subskala 3) und „Inklusionsorientierung“ (Subskala 4). Dabei gilt, dass nicht alle dort beschriebenen Leistungen für jeden einzelnen Nutzenden erbracht werden müssen. Entscheidend für die Bewertung ist, ob und wie das Angebot die entsprechenden Leistungen zur Verfügung stellen kann

## C. Erläuterungen zu den einzelnen Items

### 1. WOHNBEDINGUNGEN

#### Item 1: Wahlfreiheit bei der Wohnform

Die Nutzenden können selbst entscheiden, wo, mit wem und in welcher Wohnform sie leben möchten.

*Einschränkungen, die sich aus dem regionalen Wohnungsmarkt, rechtlichen Rahmenbedingungen oder Entscheidungen des Leistungs-/Kostenträgers ergeben und nicht aus dem Wohnunterstützungsangebot selbst resultieren, sollen bei der Antwort nicht berücksichtigt werden.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden haben volle Wahlfreiheit bei der Auswahl der Wohnform | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden haben volle Wahlfreiheit bei der Auswahl der Wohnform |

#### Item 2: Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Wohnraums

Die Nutzenden können ihren persönlichen Wohnraum nach eigenen Vorstellungen gestalten.

*Gemeinschaftsräume gehören nicht zum persönlichen Wohnraum. Einschränkungen, die aus mietrechtlichen Bestimmungen resultieren, sollen bei der Antwort nicht berücksichtigt werden.*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>Die Nutzenden haben volle Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Wohnraums | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>Die Nutzenden haben keinerlei Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Wohnraums |

#### Item 3: Inklusives Wohnen

Die Nutzenden wohnen in einem Wohngebiet, das kein sozialer Brennpunkt ist.

*„Sozialer Brennpunkt“ ist ein Wohngebiet, in dem Faktoren gehäuft auftreten, welche die Lebensbedingungen ihrer Bewohnerinnen und Bewohner negativ beeinflussen. Die wichtigsten sind: niedriges Einkommen, hohe Arbeitslosigkeit, geringe Bildungschancen, belastende Fa-*

*miliensituationen (z. B. hoher Anteil alleinerziehender Personen), schlechte bauliche Wohnbedingungen, hoher Anteil von Bewohnerinnen/Bewohnern, die oft stigmatisiert werden (z. B. Migrierte oder Menschen mit Behinderungen).*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>kein Nutzender wohnt in einem sozialen Brennpunkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden wohnen in einem sozialen Brennpunkt |

#### Item 4: Privatsphäre

Die Nutzenden verfügen über einen privaten Raum, den Mitarbeitende nur mit ihrer Zustimmung betreten.

*Notfallsituationen, in denen Gefahr für Leib und Leben besteht, sollen bei der Antwort nicht berücksichtigt werden.*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden verfügen über einen privaten Raum, den Mitarbeitende nur mit ihrer Zustimmung betreten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden verfügen über einen privaten Raum, den Mitarbeitende nur mit ihrer Zustimmung betreten |

#### Item 5: Keine Vorbedingungen für Aufnahme

Die Nutzenden können das Wohnunterstützungsangebot ohne Vorbedingungen in Anspruch nehmen (z. B. in Bezug auf Wohnkompetenzen, Art/Häufigkeit des Unterstützungskontaktes, Abstinenz, Medikamenteneinnahme).

*Einschränkungen, die aus rechtlichen Rahmenbedingungen oder Entscheidungen des Leistungs-/Kostenträgers und nicht aus dem Wohnunterstützungsangebot resultieren, sollen bei der Antwort nicht berücksichtigt werden.*



| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>es gibt keinerlei<br>Vorbedingungen<br>für die Aufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>es gibt vielfältige<br>Vorbedingungen<br>für die Aufnahme |

### Item 6: Standard-Mietvertrag

Die Nutzenden verfügen über einen ortsüblichen Miet- oder Untermietvertrag, der keine besonderen Bedingungen enthält, die sich auf das Unterstützungsverhältnis beziehen.

*Untermietverträge, die an das Unterstützungsverhältnis gekoppelt sind und bei Beendigung des Unterstützungsverhältnisses zum Verlust der Wohnung führen, sind negativ zu bewerten.*

*Volle Zustimmung soll auch dann erfolgen, wenn Nutzende Eigentümer des Wohnraums sind.*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden<br>haben eigene<br>Mietverträge, die<br>keinerlei Klauseln<br>zur Unterstützung<br>enthalten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden<br>haben Verträge,<br>die sich auf eine<br>besondere<br>Wohnform bezie-<br>hen |

## 2. MITARBEITENDE/TEAM

### Item 7: Qualifizierte Mitarbeitende

Alle Mitarbeitenden verfügen spätestens ein Jahr nach Eintritt in das Angebot über Zusatzqualifikationen zu folgenden Themen: Deeskalation, (motivierende) Gesprächsführung, psychiatrische Störungsbilder.

*Diese Aussage bezieht sich auf Mitarbeitende, die primär psychosoziale Unterstützungsleistungen anbieten und mindestens mit einem Stellenumfang von 30 % beschäftigt sind.*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Mitarbeitenden verfügen über die genannten Qualifikationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Mitarbeitenden verfügen über die genannten Qualifikationen |

### Item 8: Fachpersonal

Das Angebot gewährleistet eine Fachkraftquote (Anteil von Mitarbeitenden mit mindestens dreijähriger einschlägiger Ausbildung) von 70 %.

*Diese Aussage bezieht sich auf die Anzahl von Vollzeitäquivalenten.*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>die Fachkraftquote ist 70% oder höher | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>die Fachkraftquote ist 30% oder niedriger |

### Item 9: Regelmäßige Teambesprechungen

In dem Angebot werden mindestens einmal wöchentlich multiprofessionelle Teambesprechungen mit dem Fokus der Nutzenden-bezogenen kollegialen Beratung/Fallarbeit durchgeführt.

*Bei der Beantwortung sollen nur die verfügbaren Mitarbeitenden einbezogen werden, die primär psychosoziale Unterstützungsleistungen erbringen.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle verfügbaren Mitarbeitenden nehmen mindestens wöchentlich teil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle verfügbaren Mitarbeitenden nehmen vierteljährlich oder seltener teil |

**Item 10: Peearbeit**

In dem Angebot arbeitet mindestens eine Expertin/ein Experte aus Erfahrung mit mindestens der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit als Genesungsbegleiterin/Genesungsbegleiter.

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>es gibt einen Peer mit Stellenanteil von 50% oder mehr im Team | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>es gibt keinen Peer im Team |

**3. UNTERSTÜTZUNGSBEDINGUNGEN**

**Item 11: Mobile Unterstützung**

Die Unterstützungsleistungen werden dort angeboten, wo die Nutzenden es wollen.

*Orte, an denen Leistungen erbracht werden, können die Wohnung der Nutzenden, Büros des Angebots, Kliniken, aber auch öffentliche Orte wie Cafés etc. sein.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>bei allen Nutzenden werden Leistungen ausschließlich dort erbracht, wo sie es wollen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>bei keinen Nutzenden werden Leistungen ausschließlich dort erbracht, wo sie es wollen |

**Item 12: Wahlfreiheit bei Unterstützung**

Die Nutzenden können Inhalt, Umfang und Dauer der Unterstützungsleistungen selbst bestimmen.

*Einschränkungen, die aus rechtlichen oder vertraglichen Rahmenbedingungen und nicht aus dem Wohnunterstützungsangebot resultieren, sollen bei der Antwort nicht berücksichtigt werden.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>die Nutzenden können Inhalt, Umfang und Dauer der Unterstützungsleistungen vollumfänglich selbst bestimmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>die Nutzenden haben keinerlei Mitbestimmungsmöglichkeiten in Bezug auf Inhalt, Umfang und Dauer der Unterstützungsleistungen |

### Item 13: Transparente Kommunikation

Die Nutzenden haben Zugang zur Kommunikation von Mitarbeitenden mit Dritten, die ihre Person betreffen (z. B. via Brief, E-Mail, Telefon).

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn alle Nutzenden jederzeit Einsicht in jeglichen Schriftverkehr bezüglich ihrer Person, inklusive der Dokumentation von Gesprächsinhalten mit Dritten, nehmen können.*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>die Nutzenden haben vollen Zugang zur Kommunikation mit Dritten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>die Nutzenden haben keinerlei Zugang zur Kommunikation mit Dritten |

### Item 14: Wahlmöglichkeiten bei Bezugsmitarbeitenden

Die Nutzenden haben Wahlmöglichkeiten bezüglich ihrer Bezugsmitarbeiterin/ihres Bezugsmitarbeiters (z. B. bezüglich des Geschlechts oder Alters).

*Eine Wahlmöglichkeit besteht nur, wenn zwischen mindestens zwei Optionen gewählt werden kann.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden haben/hatten Wahlmöglichkeiten bei den Bezugsmitarbeitenden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden haben/hatten Wahlmöglichkeiten bei den Bezugsmitarbeitenden |

### Item 15: Keine Verpflichtung zur Behandlung

Die Nutzenden sind nicht verpflichtet, psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsangebote in Anspruch zu nehmen.

*Einschränkungen, die aus rechtlichen Rahmenbedingungen und nicht aus dem Wohnunterstützungsangebot resultieren, sollen bei der Antwort nicht berücksichtigt werden.*

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn Nutzende jederzeit psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote abbrechen oder gar nicht in Anspruch nehmen können, ohne dass sie entsprechende Nachteile erfahren.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden sind verpflichtet, psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden sind verpflichtet, psychiatrisch-psychotherapeutische Angebote in Anspruch zu nehmen |

### Item 16: Schadensbegrenzung

Das Angebot unterstützt einen risikominimierenden und schadensbegrenzenden Umgang mit Suchtmitteln (Alkohol, Drogen), verpflichtet die Nutzenden aber nicht zur Abstinenz.

*Einschränkungen, die aus rechtlichen oder vertraglichen Rahmenbedingungen und nicht aus dem Wohnunterstützungsangebot resultieren, sollen bei der Antwort nicht berücksichtigt werden.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden<br>sind zur Abstinenz verpflichtet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden<br>sind zur Abstinenz verpflichtet |

**Item 17: Krisenprävention/-bewältigung**

Das Angebot verfügt über spezifische und verbindliche Strategien im Umgang mit persönlichen Krisen der Nutzenden: z. B. gemeinsam erstellte Krisenpläne, Psychoedukation, Zugang zu Krisenzimmern/Rückzugsräumen, Zugang zu einem Krisendienst.

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn entsprechende Strategien schriftlich als Teil des Angebotskonzepts fixiert sind (z. B. Standards, Konzeptpapier). Die Leistungen müssen nicht ausschließlich vom Anbieter des Wohnunterstützungsangebots selbst erbracht werden, sondern können beispielsweise auch durch kooperierende Anbieter vorgehalten werden (z. B. Krisenzimmer, regionaler Krisendienst etc.). Jedoch müssen die Leistungen für alle Nutzenden jederzeit verfügbar sein, unabhängig davon, ob sie vom Wohnunterstützungsangebot selbst oder von einem kooperierenden Anbieter erbracht werden.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>für alle Nutzenden gibt es individuelle und dokumentierte Strategien im Umgang mit persönlichen Krisen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>für keine Nutzenden gibt es individuelle und dokumentierte Strategien im Umgang mit persönlichen Krisen |

**Item 18: Kein Zwang**

Das Angebot arbeitet weder explizit noch implizit mit Zwang, um Unterstützungsziele zu erreichen oder Verhaltensweisen von Nutzenden zu sanktionieren (z. B. Drohung mit Verlust der Wohnung, Entzug des Zugangs zu Geld oder Tabakprodukten).

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn die Vorgabe, ohne Zwang zu arbeiten, schriftlich in Form einer Dienstanweisung, eines Standards oder Konzeptes fixiert ist und entsprechend praktiziert wird.*

*Einschränkungen, welche aus rechtlichen Rahmenbedingungen und nicht aus dem Wohnunterstützungsangebot resultieren, sollen bei der Antwort nicht berücksichtigt werden.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>bei keinem Nut-<br>zenden wird mit<br>Zwang gearbeitet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>bei allen Nutzen-<br>den wird mit<br>Zwang gearbeitet |

**Item 19: Partizipative personenzentrierte Unterstützungsplanung**

Gemeinsam mit den Nutzenden wird eine personenzentrierte Unterstützungsplanung erstellt, die folgende Punkte umfasst:

- a. Einen Unterstützungsplan, der den Zielen, Wünschen und Prioritäten der Nutzenden entspricht.
- b. Die regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Unterstützungsplanung gemeinsam mit den Nutzenden.
- c. Die primäre Ausrichtung der Unterstützungsplanung auf die Stärken und Ressourcen der Nutzenden.

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn die Präferenzen der Nutzenden schriftlich dokumentiert sind.*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>für alle Nutzenden<br>liegt eine Unter-<br>stützungsplanung<br>vor, die sämtliche<br>genannten Bedin-<br>gungen erfüllt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>für keine Nutzen-<br>den liegt eine Un-<br>terstützungspla-<br>nung vor, die<br>sämtliche genann-<br>ten Bedingungen<br>erfüllt |

**Item 20: Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung**

Die Nutzenden werden bei Zugang und Inanspruchnahme von psychiatrischen, psychotherapeutischen und suchtt therapeutischen Behandlungs- und Pflegeleistungen gemäß ihren Präferenzen unterstützt.

*Die Unterstützung bezieht sich auf Versorgungsleistungen, die von den Nutzenden gewünscht werden, nicht auf Versorgungsleistungen, die ausschließlich von den Mitarbeitenden für notwendig erachtet werden. Notfallsituationen sind davon ausgenommen.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden werden bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung unterstützt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden werden bei der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung unterstützt |

**Item 21: Somatisch-medizinische und pflegerische Versorgung**

Die Nutzenden werden bei Zugang und Inanspruchnahme von Leistungen der somatisch-medizinischen Behandlung und Pflege gemäß ihren Präferenzen unterstützt.

*Die Unterstützung bezieht sich auf Versorgungsleistungen, die von den Nutzenden gewünscht werden, nicht auf Versorgungsleistungen, die ausschließlich von den Mitarbeitenden für notwendig erachtet werden. Notfallsituationen sind davon ausgenommen.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden erhalten Unterstützung bei der somatischen Versorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden erhalten Unterstützung bei der somatischen Versorgung |

**Item 22: Unterstützungssicherheit**

Das Angebot gewährleistet selbst oder in Verbindung mit anderen zielgruppenspezifischen Angeboten Unterstützungssicherheit 24 Stunden an 7 Tagen/Woche, mindestens telefonisch oder digital, und bei Bedarf jederzeit auch mobil aufsuchend.



| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>das Angebot gewährleistet Unterstützungssicherheit 24 Stunden/7 Tage pro Woche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>das Angebot bietet weder Unterstützung an den Wochenenden noch in den Nachtstunden |

### Item 23: Stabilität der Unterstützung

Das Angebot gewährleistet für die Nutzenden mindestens 4 Kontakte/Monat (persönlich, telefonisch oder digital), sofern diese keine niedrigere Frequenz wünschen.

*Dies schließt auch Face-to-Face-Kontakte in Gruppensitzungen ein.*

*Eine volle Zustimmung soll auch dann erfolgen, wenn alle individuell abweichenden Vereinbarungen bezüglich niedrigerer Frequenz in der Dokumentation festgehalten sind.*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden erhalten mindestens 4 Kontakte pro Monat | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden erhalten mindestens 4 Kontakte pro Monat |

### Item 24: Nutzenden-Beteiligung

Das Angebot ermöglicht über die gesetzlichen Vorgaben hinausgehende Mitwirkungs- und Mitentscheidungsmöglichkeiten für die Nutzenden: z. B. Beteiligung an Teamsitzungen, gemeinsame Fortbildungen von Nutzenden und Mitarbeitenden, Beteiligung bei der Auswahl von Mitarbeitenden, Beteiligung beim Einsatz freier finanzieller Mittel des Angebots, jährliche Nutzenden-Befragung.

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn die Nutzenden-Beteiligung schriftlich in Form einer Dienstanweisung, eines Standards, Konzeptes oder ähnlichem fixiert ist und entsprechend praktiziert wird und wenn mindestens drei der oben genannten oder ähnliche Beteiligungsformen realisiert sind.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>das Angebot ermöglicht Nutzen-<br>den-Beteiligung<br>über die gesetzli-<br>chen Vorgaben<br>hinaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>das Angebot er-<br>möglicht keine<br>Nutzenden-Betei-<br>ligung über die<br>gesetzlichen Vor-<br>gaben hinaus |

#### Item 25: Move-on-Orientierung

Das Angebot ist auf die (weitere) Verselbstständigung der Nutzenden bei der persönlichen Lebensführung ausgerichtet.

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn das Ziel der weiteren Verselbstständigung in Form einer Dienstanweisung, eines Standards oder Konzeptes schriftlich fixiert ist und das Angebot jährlich evaluiert, wie viele Nutzenden das Angebot in welche Richtung (mehr/weniger Selbstständigkeit) verlassen.*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>Verselbstständigung ist ein<br>schriftlich fixiertes<br>Ziel des Ange-<br>bots und wird<br>jährlich evaluiert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>Verselbstständigung ist kein<br>schriftlich fixiertes<br>Ziel des Ange-<br>bots und wird<br>nicht evaluiert |

#### 4. INKLUSIONSBEDINGUNGEN

##### Item 26: Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung

Das Angebot unterstützt und motiviert die Nutzenden gezielt bei Zugang und Inanspruchnahme von Ausbildungs-, Arbeits- und Beschäftigungsangeboten entsprechend ihrer Präferenzen einschließlich des ersten Arbeitsmarkts.

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn eine Zusammenarbeit mit Angeboten besteht, die eine persönliche Unterstützung am Arbeitsplatz bieten (z. B. Integrationsfachdienste, Supported Employment).*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden haben Zugang zu Ausbildungs-, Arbeits- oder Beschäftigungsangeboten mit direkter Unterstützung im ersten Arbeitsmarkt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden haben Zugang zu Ausbildungs-, Arbeits- oder Beschäftigungsangeboten mit direkter Unterstützung im ersten Arbeitsmarkt |

**Item 27: Eigenes Geld**

Das Angebot unterstützt die Nutzenden gezielt dabei, über eigenes Geld und ein eigenes Konto zu verfügen und selbstständig damit umzugehen.

*Einschränkungen, die aus rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. gesetzliche Betreuung) und nicht aus dem Wohnunterstützungsangebot resultieren, sollen bei der Antwort nicht berücksichtigt werden.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden verfügen über ein eigenes Konto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden verfügen über ein eigenes Konto |

**Item 28: Digitale Teilhabe**

Das Angebot ermöglicht den Zugang und unterstützt die Nutzenden bei der Inanspruchnahme von modernen digitalen Kommunikations- und Informationsmedien, z. B. Smartphone, Laptop, Tablet.

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn alle Nutzenden über die technischen Möglichkeiten eines digitalen Zugangs verfügen. Die Aussage bezieht sich auf die Bereitstellung der technischen Voraussetzungen, nicht aber auf die Bereitstellung eines entsprechenden persönlichen Endgerätes (Smartphone, Tablet, Laptop, etc.). Außerdem setzt eine volle Zustimmung voraus, dass Nutzende ohne persönliche Endgeräte Zugang zu einem Gemeinschaftsgerät haben.*

| Stimme voll zu   | Stimme eher zu           | Teils/teils              | Stimme eher nicht zu     | Stimme gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden haben Zugang zu modernen digitalen Kommunikations- und Informationsmedien und werden bei Bedarf bei der Inanspruchnahme unterstützt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden haben Zugang zu modernen digitalen Kommunikations- und Informationsmedien |

### Item 29: Soziale Beziehungen

Das Angebot unterstützt und motiviert die Nutzenden gezielt beim Aufbau und bei der Erhaltung eines persönlichen sozialen Netzwerkes entsprechend ihrer Präferenzen, einschließlich des Lebens von Partnerschaft und Sexualität.

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn alle Nutzenden hierbei unterstützt werden und es ihnen ermöglicht wird, soziale Beziehungen gemäß ihren Präferenzen zu gestalten.*

| Trifft voll zu  | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu  |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden werden beim Aufbau und bei der Gestaltung sozialer Beziehungen unterstützt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden werden beim Aufbau und bei der Gestaltung sozialer Beziehungen unterstützt |

### Item 30: Teilhabe am gesellschaftlichen Leben

Das Angebot unterstützt und motiviert die Nutzenden gezielt dabei, entsprechend ihrer Präferenzen am allgemeinen gesellschaftlichen Leben in der Nachbarschaft, im Quartier und in der Kommune teilzunehmen, z. B. an sportlichen, kulturellen, politischen und religiösen Aktivitäten.

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn entsprechende Unterstützungsleistungen aus der Dokumentation des Unterstützungsplans hervorgehen und sich auf Aktivitäten beziehen, an denen nicht mehrheitlich Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen teilnehmen.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu   |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden<br>werden bei der<br>Teilhabe am ge-<br>sellschaftlichen<br>Leben unterstützt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden<br>werden bei der<br>Teilhabe am ge-<br>sellschaftlichen<br>Leben unterstützt |

### Item 31: Mobilität

Das Angebot unterstützt die Nutzenden dabei, mobil zu sein und die kommunale Infrastruktur nutzen zu können.

*Eine volle Zustimmung soll nur dann erfolgen, wenn alle Nutzenden, die eine entsprechende Unterstützung benötigen, dabei unterstützt werden, mobil zu sein und die Infrastruktur zu erreichen.*

| Trifft voll zu   | Trifft eher zu           | Teils/teils              | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu  |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>alle Nutzenden,<br>die dies benöti-<br>gen, werden bei<br>der persönlichen<br>Mobilität unter-<br>stützt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/><br>Dies bedeutet:<br>keine Nutzenden<br>werden bei der<br>persönlichen Mo-<br>bilität unterstützt |

## Anhang B.2.1:

### Interviewleitfaden

| Leitfrage<br>(Erzählaufforderung)   | Intention   | Ggf. Nachfragen an passender Stelle<br>(ggf. Formulierung anpassen)   |
|---|---|---|
| <p>1. Einstieg</p> <p><b>Wie würden Sie WU jemandem beschreiben, der davon noch nie etwas gehört hat?</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definition von WU/Wohnen</li> <li>• Individuelle Erfahrungen</li> <li>• IBW/stationär</li> <li>• Bei IBW: Besonderheiten IBW</li> <br/> <li>• Hinweis: nicht nur architektonische Aspekte</li> </ul>   | <p>Was ist WU?</p> <p>Was macht die WU?</p> <p>Welche Erfahrungen haben Sie mit der WU gemacht?</p> <p>Was ist besonders am IBW?</p> <p>Was bedeutet WU für Sie persönlich? Was ist wichtig für Sie speziell?</p> <p><u>Einfacher:</u> Wie wohnen Sie? Wie kann ich mir das vorstellen?</p> <p>Was ist gutes Wohnen für Sie?</p>  |
| <p>2. Einfluss der WU auf Lebensbereiche</p> <p><b>Wie beeinflusst die WU Ihr Leben?</b></p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subjektiv relevante Bereiche von Teilhabe</li> </ul> <p>Bereiche z. B.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arbeit</li> <li>▪ Bildung</li> <li>▪ Kontakte mit anderen Menschen (innerhalb/außerhalb WU)</li> <li>▪ Gesundheit/ Krankheit, Sucht</li> <li>▪ Alltag</li> <li>▪ Justiz/Ämter/Rechte</li> <li>▪ Finanzen</li> <li>▪ Freizeit</li> <li>▪ Haushalt</li> <li>▪ Räumlichkeiten</li> <li>▪ Wohnumfeld, Wohnungsmarkt</li> <li>▪ Sicherheit/Gewalt</li> </ul> | <p>Wie hat sich Ihr Leben durch die WU verändert?</p> <p><b>Welche Bereiche Ihres Lebens werden durch die WU beeinflusst?</b></p> <p>Was hat sich im Bereich XXX durch die WU geändert, seit Sie Wohnunterstützung bekommen?</p> <p>Gesundheit: Welchen Einfluss hat die WU auf Ihre Gesundheit/Krankheit/Sucht?</p> <p><u>Einfacher:</u> Wie ist der Alltag mit WU?</p> <p>Was nehmen Sie in Anspruch?</p> |

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p>3. Ziele</p> <p><b>Welche Ziele haben Sie aktuell?</b></p>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Allgemeine Ziele</li> <li>▪ Ziele an WU</li> <li>▪ Erreichen der Ziele:<br/>förderliche Faktoren<br/>hinderliche Faktoren</li> <br/> <li>▪ retrospektiv:<br/>Vergleich mit vorherigen Zielen</li> </ul> | <p>Was möchten Sie/Welche Ziele möchten Sie mit der WU erreichen?</p> <p><u>Einfacher:</u> Warum bekommen Sie WU?</p> <p><b>Was</b> hilft Ihnen dabei, Ihre Ziele zu erreichen?</p> <p><b>Was</b> hindert Sie daran, Ihre Ziele zu erreichen?</p> <p>Wie haben sich Ihre Ziele im Laufe der Zeit verändert?</p> <p><u>Einfacher:</u></p> <p>Welche Ziele hatten Sie früher, welche haben Sie jetzt?</p> <p>Welche Ziele haben Sie (am Anfang) mit den Mitarbeitende vereinbart?</p> <p><b>Welche Erwartungen haben Sie an die WU?</b></p> |
| <p>4. Eigenschaften der Wohnunterstützung</p> <p><b>Wie läuft für Sie die WU?</b></p> <p>Was läuft gut?</p> <p>Was läuft schlecht?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ positive Aspekte:<br/>förderliche Faktoren<br/>Ressourcen<br/>Unterstützung</li> <br/> <li>▪ negative Aspekte</li> </ul>  | <p>Positiv:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Was gefällt Ihnen an der WU?</li> <li>▪ Was ist besser durch die WU im Vergleich zu der Zeit, in der Sie keine hatten? / Wobei hilft sie?</li> </ul> <p>Negativ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Was gefällt Ihnen nicht an der WU?</li> </ul>  |
| <p>5. Wünsche/Zukunft / Veränderungen (/Vergangenheit)</p> <p><b>Was sollte bei der WU verbessert werden?</b></p>                      | <p>Allgemein und persönlich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Verbesserungen</li> <li>▪ Veränderungsbestrebungen</li> <li>▪ Perspektiven</li> </ul>   | <p>Was fehlt noch? / Was bräuchte es noch? (allgemein/für Sie persönlich?)</p> <p>Wenn ich Ihnen 3 Wünsche in Bezug auf das Wohnen erfüllen könnte, was würden Sie sich wünschen?</p>   |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Zukunftsvorstellungen</li> <li>▪ Wünsche (realistisch/unrealistisch)</li> </ul>   | <p>Wenn Sie sich an den Bethelvorstand wenden könnten, was würden Sie sagen?</p> <p>Wie stellen Sie sich Ihr Wohnen in Zukunft vor? / Wie möchten Sie in den kommenden Jahren (in 5/10 Jahren) wohnen?</p> <p>Wie können Sie sich diese Wünsche erfüllen?</p> <p>Was können Sie oder jemand anderes tun, um das zu ändern?</p> <p>Warum geht das jetzt noch nicht?</p> |
| <p>6. Teilhabe</p> <p><b>Inwieweit können Sie darüber entscheiden, wie Sie Ihr Leben führen?</b></p> <p><u>Einfacher:</u> Wie verbringen Sie Ihren Alltag?</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inklusion/Integration/Teilhabe</li> <li>▪ Alltagsgestaltung</li> <li>▪ Angebote intern/extern</li> <li>▪ Unterstützung</li> </ul> | <p>Wie nehmen Sie am gesellschaftlichen Leben teil?</p> <p><u>Einfacher:</u></p> <p>Wie verbringen Sie Ihren Alltag?</p> <p>Was unternehmen Sie gerne?</p> <p>Welche Unterstützung bekommen Sie dafür?</p> <p>Wie unterstützt die WU Sie dabei?</p>  |
| <p>7. Schluss</p> <p><b>Habe ich etwas vergessen, das Sie noch ergänzen möchten?</b></p>   |  | <p>Gibt es noch etwas, das aus Ihrer Sicht für die Forschung zum Thema WU von psychisch erkrankten Menschen wichtig ist?</p> <p>Sie können mich natürlich nochmal anrufen, wenn Ihnen später etwas einfällt.</p>   |



## Anhang B.2.2

### Transkriptionsregeln

(in Anlehnung an Dresing & Pehl 2015)<sup>29</sup>

#### Allgemein:

Alles Gesprochene wird auch so transkribiert.

#### Einfaches Transkriptionssystem (Dresing & Pehl, 2015, S. 21 ff.):

1. Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend [...].
2. [...] Die Satzform wird beibehalten, auch wenn sie syntaktische Fehler beinhaltet, beispielsweise: „bin ich nach Kaufhaus gegangen“.
3. [...] „Ganze“ Halbsätze, denen die Vollendung fehlt, werden erfasst.
4. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet, das heißt bei kurzem Senken der Stimme oder uneindeutiger Betonung wird eher ein Punkt als ein Komma gesetzt. Dabei sollen Sinneinheiten beibehalten werden.

*Anmerkung:* Ein steigender Tonhöhenverlauf wird mit einem Fragezeichen dargestellt, z. B. Beispiel: ich schlafe zu lange?

5. [...]
6. Verständnissignale des gerade **nicht Sprechenden** wie „mhm, aha, ja, genau, ähm“ etc. werden nicht transkribiert. AUSNAHME: Eine Antwort besteht NUR aus „mhm“ ohne jegliche weitere Ausführung. Dies wird als „mhm (bejahend)“, oder „mhm (verneinend)“ erfasst, je nach Interpretation. Anmerkungen:
  - Wird durch ein Verständnissignal des gerade nicht Sprechenden der Redefluss des gerade Sprechenden gestört, ist dieses zu transkribieren.
  - „Bejahend“ bzw. „verneinend“ nur dazu schreiben, wenn es ganz eindeutig ist – ansonsten lieber weglassen.
  - Wenn ein Füllwort von demjenigen gesagt wird, der gerade spricht, wird dieses immer transkribiert, z. B.: „mh (..) ja das sehe ich so“
7. Besonders betonte Wörter oder Äußerungen werden durch GROSSSCHREIBUNG gekennzeichnet.

*Anmerkung:* Gilt auch für Teile von Wörtern, z. B.: trotzDEM

8. Jeder Sprecherbeitrag erhält [einen eigenen Absatz]. Zwischen den Sprechern gibt es eine freie, leere Zeile. Auch kurze Einwürfe werden in einem separaten Absatz transkribiert. Mindestens am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken eingefügt.

*Anmerkung:* Wird von F4 automatisch gemacht – das kann so übernommen werden.

9. Emotionale nonverbale Äußerungen der befragten Person und des Interviewers, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa wie lachen oder seufzen), werden beim Einsatz in Klammern notiert.
10. Unverständliche Wörter werden mit (unv.) gekennzeichnet. Längere unverständliche Passagen sollen möglichst mit der Ursache versehen werden (unv., Handystörgeräusch)

---

<sup>29</sup> Dresing T, Pehl T: Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: Eigenverlag; 6. Aufl. 2015. Nicht übernommene Teile von Regeln werden mit drei Punkten in eckigen Klammern markiert

oder (unv., Mikrofon rauscht). Vermutet man einen Wortlaut, ist sich aber nicht sicher, wird das Wort bzw. der Satzteil mit einem Fragezeichen in Klammern gesetzt. Zum Beispiel: (Xylomethanolin?). Generell werden alle unverständlichen Stellen mit einer Zeitmarke versehen, wenn innerhalb von einer Minute keine Zeitmarke gesetzt ist.

11. Die interviewende Person wird durch ein „I:“, die befragte Person durch ein „B:“ gekennzeichnet. Bei mehreren Interviewpartnern (z. B. Gruppendiskussion) wird dem Kürzel „B“ eine entsprechende Kennnummer oder ein Name zugeordnet (z. B. „B1:“, „Peter:“).

*Anmerkung:* Hier erstmal „I“ (=Interviewer\*in) und „IP“ (=interviewte Person) – das wird später noch geändert.

Das Transkript wird als Rich Text Format (.rtf-Datei) gespeichert. Benennung der Datei entsprechend des Audiodateinamens (ohne Endung wav, mp3). Beispielsweise: Interview\_04022011.rtf oder Interview\_schmitt.rtf

*Anmerkung:* Benennung nach Datum und ID, z. B.: 20190131\_001AB

### **Erweiterung zu den Regeln nach Dresing & Pehl (2015; S. 23):**

1. Wort- und Satzabbrüche werden mit / markiert: „Ich habe mir Sor/ Gedanken gemacht“. Wortdoppelungen werden immer notiert.

*Anmerkung:* Hier hilft die Regel, alles zu transkribieren, was gesagt wird.

2. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in Klammern markiert. Hierbei steht (.) für circa eine Sekunde, (..) für circa zwei Sekunden, (...) für circa drei Sekunden und (Zahl) für mehr als drei Sekunden.
3. [...]
4. Sprecherüberlappungen werden mit // gekennzeichnet. Bei Beginn des Einwurfes folgt ein //. Der Text, der gleichzeitig gesprochen wird, liegt dann innerhalb dieser // und der Einwurf der anderen Person steht in einer separaten Zeile und ist ebenfalls mit // gekennzeichnet.
5. Dialekte werden so geschrieben, wie sie gesprochen werden.

### **Hinweise zur einheitlichen Schreibweise nach Dresing & Pehl (2015; S. 24 f.):**

Diese Punkte betreffen eher die Schreibweise und helfen, bei vielen Transkribenten einen einheitlichen Stil zu erhalten.

1. Zeichen und Abkürzungen werden ausgeschrieben, zum Beispiel Prozent, Meter und so weiter.
2. Wortverkürzungen wie „runtergehen“ statt „heruntergehen“ oder „mal“ statt „einmal“ werden genauso geschrieben, wie sie gesprochen werden.
3. Englische und andere fremdsprachige Begriffe werden ihrer Rechtschreibung entsprechend behandelt.
4. Anredepronomen der zweiten Person (du und ihr) werden klein geschrieben, die Höflichkeitsanrede-Pronomen (Sie und Ihnen) werden großgeschrieben.
5. Zahlen werden wie folgt dargestellt:
  - Zahlen null bis zwölf im Fließtext mit Namen, größere in Ziffern.
  - Auch weitere Zahlen mit kurzen Namen schreibt man aus, vor allem runde: zwanzig, hundert, dreitausend.
  - Dezimalzahlen und mathematische Gleichungen sind stets in Ziffern zu schreiben. Also: „4 + 5 = 9“ und „3,5“.

- [...]
  - Wo feste Konventionen zugunsten einer Schreibweise herrschen, befolge man diese. Hausnummern, Seitenzahlen, Telefonnummern, Kontonummern, Datum oder Ähnliches werden nie ausgeschrieben. Also: „auf Seite 11“ und „Am Markt 3“.
6. Auch Redewendungen/Idiome werden wörtlich und Standarddeutsch wiedergegeben, z. B. „übers Ohr hauen“ (statt: über das Ohr hauen).
  7. [...]
  8. Einzelbuchstaben: immer großschreiben, zum Beispiel „wie Vogel mit V“.
  9. [...]

**Eigene Erweiterungen:**

1. Abkürzungen wie „z. B.“ oder „etc.“ werden ausgeschrieben: „zum Beispiel“; „et cetera“
2. Englische Begriffe werden der englischen Sprache entsprechend geschrieben.
3. Nicht transkribierte Gesprächsteile werden mit eckigen Klammern markiert. Das Geschehene wird dabei ggf. zusammengefasst und mit Zeitmarkierungen versehen. Beispiel: [Begrüßung, Information über den Datenschutz]; [Pause: IP zündet sich Zigarette an, Fenster wird geöffnet, Wasser wird eingeschenkt, es wird über die Gartenanlage gesprochen].

## Anhang B.2.3:

### Kategorie 1: Zugang zur (aktuellen) Wohnunterstützung – Darstellung der Einzelfallanalyse

Es zeigt sich, dass der Zugang zu Wohnunterstützung individuell ist und durch diverse Rahmenbedingungen beeinflusst wird. Zum Teil haben die Befragten langjährige Erfahrungen mit unterschiedlichen Formen der Wohnunterstützung gemacht. In den Interviews wurde zum Teil auch über vorherige Erfahrungen sowie vorherige Übergänge gesprochen, weil sie oftmals den Zugang zur aktuellen Wohnunterstützung beeinflussten. Um diese individuellen Wohnhistorien nachvollziehen zu können, fanden Einzelfallanalysen statt, die hier ausführlich vorgestellt werden.

Die Aussagen aus den Interviews wurden dabei teilweise um Informationen zur Wohnhistorie aus dem Dokumentationssystem von Bethel.regional (DoSys) ergänzt. Mit Herrn A wurde das Thema des Einzugs in die jetzige Wohnform nicht ausführlich besprochen, die entsprechenden Fragen wurden erst nach dem Interview mit ihm ergänzt. Deshalb kann die Beschreibung seines Übergangs hier nicht dargestellt werden.

**Herr B** wechselte von der stationären Wohnungslosenhilfe zum IBW. Zuvor wurde er über mehrere Jahre immer wieder durch verschiedene Formen der Wohnungslosenhilfe (ambulant und stationär) unterstützt. Außerdem wurde er zwischenzeitig durch das ABW unterstützt (z. B. Herr B, IBW, 16; 27-28; 117; Informationen aus DoSys), mit der er jedoch schlechte Erfahrungen gemacht hat (Herr B, IBW, z. B. 30-33; 37-41; 287-293). So sagte er z. B., dass er unzufrieden mit der hohen Fluktuation der Mitarbeitenden gewesen sei:

*„[...] und dann hatte ich eine Wohnung in [Ortsteil O10], aber da muss ich ganz ehrlich sagen, da eh, zwischenzeitlich hat auch das Personal gewechselt da in [Dienst D13], [...] dann waren mit mal zig Mitarbeiter da. Da haben sie irgendwie die Struktur geändert, glaub da haben die irgendwie umstrukturiert. So, und gings damit los, dass man da ständig neue Mitarbeiter hatte. [...] fünf oder sechs Mitarbeiter innerhalb von 1,5 Jahren. [...] Man hatte ja keinen wirklichen Ansprechpartner und irgendwann hatte, hatte ich auch keine Lust mehr da mit denen zu reden. Weil einfach man erzählt immer wieder von vorne, [...] wie es einem geht [...] Aber die waren eigentlich nur darauf auf hier hopp, hopp Unterstützung und dieses Zwischenmenschliche war einfach nicht mehr da. Wies vorher war.“ (Herr B, IBW, 16)*

Die stationäre Wohnungslosenhilfeeinrichtung, die er unmittelbar vor seinem Umzug ins IBW bewohnte, wollte er ursprünglich nicht verlassen:

*„[...] [seine Mitbewohner] SIND Freunde geworden [...]. Und ich hab mich viel in mein Zimmer zurückgezogen. Wo se da gewohnt haben. Und dann klopfen die immer, was ist denn los mit dir? Und, und, und. Und dann auch geredet [...] jeder hat gesagt warum, weswegen er da ist. Und wir haben Ordnung gehalten, Sauberkeit. Wir haben zusammen gekocht. Ne, und das fand ich toll, ne. Und dann wollte ich da auch nicht weg. Aber die meinten aber auch irgendwann so lange kannst du hier auch nicht mehr bleiben, ne. Jetzt gehen Sie mal in ambulanten Bereich, ne. [...]“ (Herr B, IBW, 123)*

In eine Wohngemeinschaft des ABW wollte er nicht ziehen (Her B, IBW, 122-123). Durch Zufall hat sich für ihn die Option des IBW ergeben: „[...] Ja und dann hat sich das Gott sei Dank hier ergeben. Dann konnt ich noch, die Bauarbeiten dauerten hier noch drei vier Monate.“ (Herr B,

IBW, 123). Er „konnte [...] die Zeit gut überbrücken“, bis er in die renovierte Wohnung einzog, weil er einen neuen Mitbewohner bekam und auch viel Besuch hatte (Herr B, IBW, 123). Der Wechsel von der Wohnungslosenhilfe zum IBW erfolgte offenbar auf Eigeninitiative hin:

*„[...] und dann hieß es auch wegen einer Woh/ und dann habe ich hier gesehen, dass hier dieses Haus umgebaut wurde. Dann [habe] ich einfach mal dumm gefragt, was machen die da? Ja nee, das wird ein neues Projekt und so und so. Und dann hab ich doch gesagt, das wär doch was für mich. Ne? Hab ich so gleich gedacht. Ne, hast du Sicherheit, die ich vielleicht noch brauchte am Anfang. Jo und dann hab ich Frau [Mitarbeiterin MA16] gesagt, gehen Sie rüber suchen Sie sich ne Wohnung aus. Dann hatte ich hier die erste Wohnung (lacht). Ja. Jo und dann haben wir alles in die Wege geleitet, ne. Mitm LWL und (Wohnungslose?). Ja und dann hats gut funktioniert.“ (Herr B, IBW, 121)*

**Frau C** ist vor zwei Jahren in das SBW gezogen, in dem sie auch zum Zeitpunkt der Befragung wohnt. Vor ihrem Einzug hat sie für zehn Tage vorübergehend in einem anderen Haus desselben Trägers gewohnt, weil „[...] die Wohnung hier noch nicht frei war. (..) Dam/eh es war eine Notlösung“ (Frau C, SBW, 96). Sie hat die Wohnunterstützung in Anspruch genommen, weil sie dazu von ihrem Ex-Lebenspartner gezwungen worden sei:

*„Äh, mein Ex-Lebensgefährte hat mich gezwungen, ins betreute Wohnen zu gehen. Der hat gesagt, wenn ich nich ins betreute Wohnen gehe, darf ich meinen Sohn nich mehr sehen und nich mehr bei ihm arbeiten. [...] Ansonsten wär ich nich ins betreute Wohnen gezogen.“ (Frau C, SBW, 98)*

Zum Zeitpunkt der Befragung hat sich diese Situation verändert: „[...] ich kann meinen Sohn jetzt immer sehen.“ (Frau C, SBW, 110). Sie arbeitet seit einem Jahr nicht mehr (Frau C, 103-106) und nennt dafür folgenden Grund: „Weil m/mein Chef in Rente gegangen ist, den Laden verkauft hat, [...] und dann bi/bin i arbeitslos geworden.“ (Frau C, SBW, 106).

Ihren Umzug hat sie offenbar selbst organisiert:

*„[...] ich bin ja umgezogen, hab eine Firma beauftragt mit dem Umzug, (.) bis heute hab ich keine Rechnung gekriegt von der Firma, ich versteh das überhaupt nich. (.) Da hab ich meine Kaf/Klamotten gepackt und bin eingezogen, ins [Dienst D4] erstmal. Und später, am [Datum], hierhin.“ (Frau C, SBW, 94)*

**Herr D** befindet sich aktuell unter „Führungsaufsicht (...) Und da sind jetzt auch drei Jahre schon von weg“ (Herr D, IBW, 31), die als IBW ausgestaltet ist. Allerdings handelt es sich bei der Wohnung, die er aktuell bewohnt „leider nur [um] ne Übergangswohnung, ne Notfallwohnung sogar nur“ (Herr D, IBW, 48). Herr D berichtet im Interview von mehrmaligen längeren Psychiatrieaufenthalten sowie jahrelanger Wohnungslosigkeit. Nachdem in der letzten Phase der Wohnungslosigkeit „wieder was vorgefallen“ war (Herr D, IBW, 72), hatte er erneut für sieben Jahre einen Aufenthalt im Maßregelvollzug. Anschließend ist er in die Stadt, in der seine Mutter lebte, gezogen und hier in die EGH Wohnen gewechselt. Zunächst handelte es sich um geschlossenes SBW, bis er in das IBW wechselte (Herr D, IBW, 60-80). Auf diesen Platz hat er drei Jahre lang warten müssen: „Man kann Glück haben eigentlich, wenn man nen Platz bei [Einrichtung E1] bekommt auch, (.) weil die Wartezeiten sind ja auch sehr (..) sehr lange wohl. (..) Ich hatte auch drei Jahre gewartet (4) und joa, das ist eher schlecht. (4) Gut is wenn man dann die Unterstützung hat.“ (Herr D, IBW, 176).

**Herr E** hat bei seinen Eltern gewohnt, als er in eine psychiatrische Klinik eingewiesen wurde (Herr E, IBW, 114; 185-200). Vor neun Jahren ist er in ein Wohnheim der EGH, vor acht Jahren in eine eigene Wohnung gezogen, in der er seitdem durch das IBW unterstützt wird (siehe DoSys).

Während er bei seinen Eltern wohnte, hat seine psychische Erkrankung für die Familie eine Belastung dargestellt (Herr E, IBW, 114-118), die durch den Klinikaufenthalt und die daran anschließende Aufnahme der Wohnunterstützung aufgelöst wurde (Herr E, IBW, 122-124). Auf die Frage nach der aktuellen Beziehung zu den Eltern antwortete Herr E: „Sehr gut. Ich geh jeden Sonntag hin, zum Mittagessen und so. Und ehm ja, ruf an wenn / wenn ich kann und so“ (Herr E, IBW, 124). Das Wohnen bei den Eltern ist wegen des Verhaltens des Nachbarn für ihn unmöglich geworden. Auf die Frage, weshalb er nicht zurück zu seinen Eltern gezogen sei, antwortet er:

*„Durfte ich nicht mehr, wegen dem Nachbarn. Der hat da so Mist gemacht, mit der Antenne [...] Ja, der hat da so'n 3D-Projektor gehabt und so, da hab ich live gesehen, wie da Flu/ Flugzeug in World Trade Center rei/ reingerauscht ist. Deshalb konnt ich ja nicht mehr schlafen abends.“ (Herr E, IBW, 196)*

Der Prozess des Übergangs von der psychiatrischen Klinik ins SBW konnte im Interview trotz Nachfragens nicht ermittelt werden. Die Fragen zum Übergang vom SBW in die eigene Wohnung mit Unterstützung durch das IBW konnten jedoch besprochen werden. Im SBW hat sich Herr E zuletzt nicht wohl gefühlt, weil er seinen Alltag nicht selbst strukturieren konnte (Herr E, IBW, 36-48): „Da (.) hab ich kein eigenes Leben gehabt, weil da musst ich immer dahin sozusagen und arbeiten und so und (.) hier kann ich mein Sender gucken. [...] Das konnt' ich im Haus nicht“ (Herr E, IBW, 38). Er wünschte sich, bestimmte Fernsehsendungen schauen zu können („ich möcht mein eigenen Sender wieder gucken und so“ (Herr E, IBW, 44). Als er seiner gesetzlichen Betreuerin gegenüber seinen Wunsch nach einer Veränderung äußerte, arrangierte diese den Wechsel und vermittelte ihm eine eigene Wohnung: „Ja sagte sie, das könnten wir arrangieren und dann bin ich hier aus/ da ausgezogen.“ (Herr E, IBW, 41-48).

**Herr F** ist nach einem Klinikaufenthalt in die EGH Wohnen gewechselt. Zunächst wohnte er circa fünf Jahre in einer Wohngemeinschaft mit mobiler Unterstützung gemeinsam mit anderen Klientinnen und Klienten. Nach einem weiteren Klinikaufenthalt vor circa sechs Jahren wechselte er in ein Wohnheim, in dem er auch zum Zeitpunkt der Befragung noch wohnt (siehe DoSys). Über seine erste Erfahrung mit der EGH Wohnen sagt er:

*„Also erstmal war's komisch, ne, da dahin so zu kommen wo andere Menschen auch leben [...] Also ich komm ja auch noch außer Drogenszene und die andern waren auch außer Drogenszene und da läuft's natürlich richtig heftig ab so. Mit abzieh'n und falsches Sachen geben und lügen und so. Und dann wo ich dann eh inne Wohnung eingezogen bin, in ne WG, dann musst ich lernen so mit denen Menschen, mit den gleichen Mensch eh anders umzugehen, als wie aufe Straße zum Beispiel.“ (Herr F, SBW, 3)*

Aus dem Interview geht nicht eindeutig hervor, ob Herr F zuvor wohnungslos war. Er berichtet jedoch, dass das Wohnen bei seinen Eltern nicht hilfreich gewesen sei:

*„weil ich früher zum Bei/ bei mein bei meinen Eltern gewohnt habe und da mal versucht habe clean zu werden. Da konnte mir keiner helfen so. Meine Eltern haben*

*gesagt nimm es nicht und gut. Aber keiner zeigte mir oder sa sachte mir, mach DAS, mach DIES und tu das mach das so, tu dies mach das so.“ (Herr F, SBW, 53)*

Bei seinem zweiten Klinikaufenthalt wurde ihm die stationäre Einrichtung empfohlen, in der er auch zum Zeitpunkt des Interviews wohnte: „Und dann wurde mir das Haus hier empfohlen. Jetzt bin ich schon seit gute fünf, sechs Jahre hier. (.) Und bin zufrieden so, ne. Ich ich lebe gern hier.“ (Herr F, SBW, 7). In die Wohngemeinschaft, in der er zuvor wohnte, zog er nicht zurück, weil die Betreuungsintensität für ihn nicht mehr ausreichend war (Herr F, SBW, 17-21):

*„Damals, eh am Anfang GEFIEL mir das so. Das [sie einen] am Tag einmal gesehen haben und dann wieder abgehauen sind ne und dann hat ich meine Ruhe so ne. Später [...] wo meine Ängste dann kamen dann eh gefiel mir das nicht mehr so. Fühlt ich mich so fallengelassen so. Da braucht ich diesen intensiven Dings Betreuung.“ (Herr F, SBW, 29)*

**Herr G** hat gegen Ende seiner Haftdauer Kontakt zum Sozialdienst aufgenommen, um in Erfahrung zu bringen, „wo man hingehen kann, wo man gute Adressen hat“ (Herr G, SBW, 54). Darüber ist er mit der EGH Wohnen in Kontakt gekommen (Herr G, SBW, 54):

*„[...] Und das ging auch dann fix, ich hatte nicht mehr lange Haft. Der Termin stand schon, wann ich gehen / entlassen werde. Und dann waren die Leute da und haben ja gesagt, der Landschaftsverband hat mir zugesagt. Und ist auch alles [...] eingetroffen, wie es besprochen wurde.“ (Herr G, SBW, 54)*

Wie genau der Prozess ablief, wurde nicht besprochen. Bevor er in die aktuelle Einrichtung zog, hat Herr G in anderen stationären Einrichtungen gewohnt (Herr G, SBW, 8, 15-16; 16-20). Aus DoSys geht außerdem hervor, dass er zwischenzeitlich Wohnungslosenhilfe in Anspruch genommen hat. Von einem der Dienste berichtete er, mit der Arbeitsweise der Mitarbeitenden nicht zufrieden gewesen zu sein: „[...] man dachte nur immer die warten auf den Gong, dass es Dienstende wird und das ist nicht so schön gewesen“ (Herr G, SBW, 20). Weil er aber nicht über den Wechsel berichtete, kann hierauf nicht eingegangen werden.

Im Anschluss an seine Haft hatte Herr G keine eigene Wohnung mehr, in die er hätte zurückziehen können (Herr G, SBW, 55-56) und aufgrund von empfundenen Belastungen wollte er anschließend unterstützt werden:

*„Ja das hab ich selber so gewollt, weil ich doch schon gemerkt habe, dass das schwieriger für mich wird. Dass da doch schon ein paar Belastungen mehr sind, [...] ich bin ziemlich ängstlich über mein Herz, ich hab drei Infarkte, n Schrittmacher drinne. Also sehr krank bin ich. Und bin wirklich froh, dass die Leute da sind. Dass es sone Leute gibt und ein unterstützen halt ne. Und das hab ich / das bekomm ich hier voll und ganz.“ (Herr G, SBW, 58)*

*„Ne ich hab ja gesagt, ich will erst mal hier [...] eh ne Zeit lang wohnen, dass ich wieder fußgefasst habe.“ (Herr G, SBW, 130)*

**Herr H** wohnt seit sechs Jahren im Wohnheim und hat zuvor keine weiteren Einrichtungen oder ambulanten Dienste der EGH Wohnen kennen gelernt. Unmittelbar vor der Aufnahme der EGH Wohnen war er in stationärer klinischer Behandlung. Davor wohnte er bei seiner damaligen Partnerin, zog dann aber in seine eigene unmöblierte Wohnung. Zum Grund des Umzugs macht er verschiedene Angaben. So berichtet er von Kündigung der Wohnung durch

die Vermietung aufgrund von Ruhestörungen (Herr H, SBW, 19) aber auch davon, dass ihm ein Hausverbot erteilt wurde (Herr H, SBW, 23). Mit Umzug in die eigene Wohnung verschlechterte sich sein Gesundheitszustand, sodass er sich stationär behandeln ließ (Herr H, SBW, 23-25):

*IP: [...] und dann bin ich in meine eigne Wohnung hier in die [Straßenname] gegangen (.) ja und dann war ich alleine so und dann fing die wieder an, meine Krankheit [...] von allen Seiten und so, dann bin ich lieber freiwillig dahin gegangen so I: Wohin? IP: Ins Krankenhaus (Herr H, SBW, 23-25)*

Er hatte bereits zuvor mehrere Psychiatricaufenthalte (Herr H, SBW, 119-120) und berichtet auch von einer Unterbringung nach dem Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG). Diese erfolgte, nachdem ihm in seiner Wohnung die Heizung abgestellt wurde (Herr H, SBW, 30-33): „Ja und dann sind die mit Polizei reingekommen und haben gesagt [eigener Name] Sie müssen hier raus, Sie werden hier ERFRIEREN (.) ja, und dann musst ich mitgehen, wieder inne Walleburg rein. Ja Tschuldigung, Psychiatrie. (lacht)“ (Herr H, SBW, 33).

Seitens der Klinik wurde er dabei unterstützt, die EGH Wohnen aufzunehmen: „[...] die haben mir dann später geholfen, dass ich dann einen Platz hier bekomme hab, dass ich direkt hierhin konnte [...] is ja korrek/ da hat man ein möbliertes Zimmer, ein Bett drin, ja, was will man mehr eigentlich ne, wenn man schon mal froh deswegen ist, ne“ (Herr H, SBW, 25).

Auf die Frage, wie der Entscheidungsprozess hin zum Einzug in das SBW ablief, antwortet Herr H, dass er trotz aller Anstrengungen keine Wohnung bekommen habe und deshalb keine andere Option hatte, als in ein Wohnheim zu ziehen (Herr H, SBW, 26-29):

*„[...] ich hab mir Wohnung so oft versuch (.) bei [Wohnungsunternehmen] in [Straßenname] und so. Da ham mir gar keiner ne Wohnung gegeben [...] die andern machen gar nichts, kriegen sofort Wohnung, ich mach alles krieg keine Wohnung. Das war paar Mal so [...] Was sollt ich denn machen ohne eine Wohnung? Ich konnte nirgendwo mehr hingehen, ne.“ (Herr H, SBW, 27-29)*

**Herr I** befand sich in stationärer psychiatrischer Behandlung, wurde anschließend circa ein Jahr lang durch die Wohnungslosenhilfe unterstützt und erhält seit ungefähr zwei Jahren IBW in der eigenen Wohnung (siehe DoSys). Er beschreibt den Prozess wie folgt: „Da hab ich (.) vieles noch nicht hinbekommen, also (.) sehr sehr sehr viel/ Vieles. Und das hat dann am Ende dazu geführt, dass ich in ner Klinik gelandet bin und, ja. (.) Also, war schwierig. Da überhaupt das Leben (.) vernünftig auf die Reihe zu kriegen.“ (Herr I, IBW, 14). Nach seinem Klinikaufenthalt wurde er durch die stationäre Wohnungslosenhilfe unterstützt. Während dieser Zeit entschied er sich dann, mit seiner damaligen Partnerin in eine gemeinsame Wohnung zu ziehen und sich dabei durch das IBW unterstützen zu lassen. Seine Partnerin erhielt keine EGH Wohnen. Dabei gab es keinen Trägerwechsel (Herr I, IBW, 70-83): „Aber ich hab mich ja vor zwei Jahren dafür entschieden, dass ich eh mit meiner Freundin dann zusammenzieh in diese Wohnung hier, darum lief das mit [dem Dienst] halt hierrüber weiter, in dieser Wohnung“ (Herr I, IBW, 70).

**Herr J** ist ebenfalls von der Wohnungslosenhilfe in das Wohnheim gewechselt, in dem er seit zwei Jahren wohnt. Er hat zuvor bereits Erfahrung mit ambulanter Eingliederungshilfe Wohnen gemacht (Herr J, SBW, 6). Alleine zu wohnen birgt für ihn aber das Risiko der gesundheitlichen



Verschlechterung, weil Hilfestellungen fehlen (Herr J, SBW, 29-32). Zuvor bestehende Kontakte zu der ihm bereits bekannten Einrichtungsleitung sowie einem Bekannten, der ihm die Einrichtung beschrieb, sorgten dafür, dass er die Einrichtung als Wohnoption betrachtete. Der Wechsel erfolgte offenbar auf Eigeninitiative hin:

*„Ich hab ehm von diesem Haus mal vom Bekannten was gehört. Ne. Und so wie der mir das beschrieben hat, und dacht ich mir okay, ne. Hatt ich mir das so als Option [...] offengehalten oder in die Hinterhand gehabt, ne. Und dann durch Zufall kenn ich auch den, den ehm Chef hier schon länger. Kenn ich aus [Stadt S9] noch von ner, der hat früher in der [Einrichtung E2] gearbeitet. Wohnungslose. Und so bin ich mal ursprünglich an den gekommen. Ja und dat war auch n Grund, ne und dann hab ich mal hier so n Infotermin arrangiert und wahrgenommen. Und (dann hab?) ich mich dazu entschieden, hierhin zu gehen. Ich hab nix in [Stadt S9], wat ich da zurück lasse oder wat ich da vermiss.“ (Herr J, SBW, 37-41)*

Auf die Frage, ob er frei entschieden habe, in das Wohnheim zu ziehen, antwortet er: „Is nicht so, dat ich ne Freundin hab, die da irgendwie Druck gemacht hätte oder die Eltern irgendwie. Ne das is alles frei meine Entscheidung [...]“ (Herr J, SBW, 51).

**Herr K** ist im Rahmen des § 64 StGB untergebracht, weil er aufgrund seiner Suchterkrankung straffällig geworden ist: „Ja ich hab hier nen 64er, das heißt ehm, Therapie statt Strafe“ (Herr K, IBW, 6). Zunächst wohnte er im SBW, wechselte dann ins IBW (Herr K, IBW, 49-71). Nach seiner Aussage äußerte der Richter:

*„[...] Dass ich ne Chance auf Therapie kriege, hat der Richter wortwörtlich gesagt, weil bei mir (.) es einfach durch die Drogen gekommen ist. [...] Er sacht, eigentlich bist n ganz normaler Typ. Gehst dein Leben lang arbeiten, hast an deiner Karriere gefeilt, (.) bist was geworden, aber die Drogen (.) ham dich soweit runterziehen lassen, (.) dass du jetzt da bist, wo du bist. Ich gib dir noch ne Chance, nutze sie. (.) Ansonsten sehen wir uns wieder und dann (.) wars das.“ (Herr K, IBW, 8-11)*

Die EGH Wohnen stellt für ihn eine Hilfestellung dar, die jeder Mensch im Bedarfsfall in Anspruch nehmen sollte: „[...] ich würds glaub ich eh so erklärn, dass (.) jeder Mensch, in eine Lage geraten kann, die (.) einen (.) hilflos macht (..) Un eh, dass es da Hilfe gibt, in Deutschland, (..) die man in Anspruch nehmen kann, (.) und auch SOLL. Damit man wieder auf die Beine kommt“ (Herr K, IBW, 2). Die Möglichkeit des Maßregelvollzugs hat gegenüber der Haftstrafe für ihn Vorteile:

*„[...] Ich kenn ganz viele Leute, die würden sagen [eigener Name] warum machst du Therapie? Punkt A es dauert viel länger als vier Jahre [...] abzusetzen. Ich geh dann da im Knast arbeiten, kriech wenn ich raus bin meine acht- bis zehntausend Euro, die ich erarbeitet habe und mir gehts gut. Ich könnte dann weitermachen, wo ich aufgehört hab. Drogen kaufen, Drogen verkaufen, Drogen nehmen. Aber das will ich nicht mehr. Und deswegen hab ich mich entschlossen, eine Therapie zu machen. Deswegen hab ich mich entschlossen (.) in ein Wohnheim zu gehen.“ (Herr K, IBW, 268)*

Nachdem er Informationen über die stationäre Einrichtung eingeholt hat, hat er sich aus unterschiedlichen Gründen für diese Einrichtung entschieden:

*„[...] Ich hatte Möglichkeiten woanders hinzugehen, hab mir das Haus genau angeguckt, hab mich informiert über das Haus, über die Wohn- (.) einheiten hier (..) und*

*eh (..) hab dann (.) gesacht, hier willstest hin. (.) Sauber, ordentlich, (.) strukturiert. (...) Nicht zu ehm (..) zu sehr auf (.) Justiz bedacht, das heißt eh, hier (.) wird dir geholfen. Hier wird/wirstest nicht verurteilt, sondern hier (.) versuchen die dir (.) zu helfen. Und das war für mich der ausschlaggebende Grund hierhin zu kommen.“ (Herr K, IBW, 15-17)*

Und auch der Wechsel vom SBW ins IBW erfolgte auf eigenen Wunsch hin: „Ich WOLLTE das so. Ich wollte hier raus, weil ehm (.) dieser (.) goldene Käfig ist für ne Zeit ganz gut“ (Herr K, IBW, 65). Für ihn bedeutet dieser Wechsel einen weiteren Schritt in Richtung Normalität: „Man kann sich damit abfinden hierzubleiben, aber ich bin nich der Typ dafür. Ich bleib nicht (.) gerne (.) lange stehen. (...) Eh, ich wollte weitermachen. (..) Ne? (.) Wieder ins normale Leben reinkommen. Und das war halt der nächste Schritt. (...) Und den hab ich dann (.) besprochen und gepackt, ja.“ (Herr K, IBW, 67-69). Was er unter einem normalen Leben versteht, führt er im weiteren Verlauf des Interviews weiter aus:

*„Arbeiten gehen, Wohnung bezahlen, Miete bezahlen, seine (.) Versicherung zu bezahlen, alles was halt so dazu gehört und ehm (..) ja, dann aus dem IBW rauszukommen. Quasi wie aus dem Wohnheim rauszukommen (.) aus dem IBW rauszukommen. (.) ja. (.) Es ist beides ne super Unterstützung, um das anzugehen.“ (Herr K, IBW, 266)*

Der Wechsel vom SBW ins IBW scheint für ihn selbst normal: „Und deswegen hab ich mich entschlossen, eine Therapie zu machen. Deswegen hab ich mich entschlossen (.) in ein Wohnheim zu gehen. Deswegen (.) ist der nächste Schritt gewesen IBW und (.) deswegen ist dann der nächste Schritt (..) wieder auf allen Viern selber zu stehen. (.) Allen Vieren ist gut, auf meinen beiden // Beinen.“ (Herr K, IBW, 268). Für andere ist dies aus seiner Sicht aber nicht normal: „Man kann sich damit abfinden hierzubleiben“ (Herr K, IBW, 67).

**Herr M** befindet sich seit zwei Jahren im stationären Einzelwohnen, zuvor hatte er einen psychiatrischen Klinikaufenthalt: „Weil ich eben (räuspert) ehm vorher ne, ne depressive Phase hatte, die zwei Jahre gedauert hat und ziemlich schlimm war“ (Herr M, stat. Einzelwohnen, 137). In der Klinik wurde ihm von seiner behandelnden Psychologin empfohlen, sich einen „Platz im Betreuten Wohnen zu suchen“ (Herr M, stat. Einzelwohnen, 206). Er besichtigte die jetzige Einrichtung „und dann [...] sagten die Mitarbeiter hier ist n Platz im stationären Einzelwohnen frei, wo Sie [.] bald einziehen könne, wollen Sie das machen? Da hab ich gesagt klar, weil ansonsten ist es so, wenn man jetzt zum Beispiel n Platz in ner WG will, dann ist die Wartezeit unbestimmt“ (Herr M, stat. Einzelwohnen, 206). Ursprünglich wollte er ins SBW ziehen, wo er in einer Wohngemeinschaft gewohnt hätte. Letztlich ist er jedoch froh, im stationären Einzelwohnen zu wohnen:

*„[In eine WG] wollte ich ursprünglich, letzten Endes bin ich froh, dass ich das nicht gemacht hab [...] weil diese ganzen negativen Dinge, [...] die mich mich so n bisschen störn, die sind natürlich viel extremer, wenn man im Haus selbst wohnt.“ (Herr M, stat. Einzelwohnen, 210-212)*

Wäre ihm das IBW angeboten worden, hätte er vermutlich auch dieses Angebot angenommen (Herr M, stat. Einzelwohnen, 227-232). Für die Unterschiede der einzelnen Wohnformen interessiert er sich nicht (Herr M, stat. Einzelwohnen, 234). Er hat sich auf die Expertise der Psychiatriemitarbeiter bzw. anderer Experten verlassen. Dazu sagt er:

*„Sprich, wenn mir das jetzt jemand empfohlen hätte und da n Platz gewesen wär, hätt ich das klargemacht. (.) Das ist so das [.] meine Herangehensweise daran, wenn die Leute, die da, sich darin auskennen sagen ja das macht Sinn, dann sag ich ok, dann wird das wohl stimmen.“ (Herr M, stat. Einzelwohnen, 236)*

Und später: „[...] dann sagten die (unv.) Platz im stationären Einzelwohnen und das wär vielleicht ganz sinnvoll und [.] gut. Hört sich [.] sich okay an, dann probier ich das mal aus“ (Herr M, stat. Einzelwohnen, 240).

**Frau N** erhält seit insgesamt acht Jahren Eingliederungshilfe Wohnen, davon seit zwei Jahren IBW. Vor dem Wechsel ins IBW wohnte sie in einem Wohnheim desselben Trägers. Sie beschreibt den Übergang vom SBW ins IBW als normalen Prozess: „Das war eigentlich einfach, weil das ganz normal war. [...] Also das ist son ganz normaler Prozess eigentlich, dass man vom Wohnheim IBW beantragt. [...]“ (Frau N, IBW, 14).

Auf die Frage, von wem die Initiative zum Wechsel kam, antwortet sie ebenfalls, dass dies ein normaler Schritt gewesen sei: „Naja, das ist ja auch von [Einrichtung E1], das Wohnheim, und dann war das eigentlich so NORMAL. Dass wenn man dann vom Wohnheim auszieht, dass dann direkt IBW kommt.“ (Frau N, IBW, 9-10) und dass es vorgezeichnete Schritte gibt:

*„Da wurd gesagt, okay ausziehen, ja, dann könnten wir ja mal Frau [Mitarbeiterin MA18] anrufen, für son Gespräch und dann lief das alles. [...] Ich mein, also ich wurd jetzt auch nicht GEZWUNGEN, aber (.) es war einfach. Es war jetzt nicht so, dass da irgendwie erst mal geguckt werden musste, gegoogelt oder so. Da wurde einfach Frau [Mitarbeiterin MA18] angerufen [.]“ (Frau N, IBW, 14)*

Auch wenn im Wohnheim im Notfall immer jemand ansprechbar war („[...] da brauch man nur vor die Tür zu gehen und dann ist da irgendwie jemand für'n Notfall.“; Frau N, IBW, 8), haben die negativen Aspekte für Frau N überwogen: „Aber irgendwie, das war mir zu eng. Man musste da irgendwie an irgendwelchen Sachen dann teilnehmen und jetzt hab ich halt auch mehr Freiheiten. Ich kann hier die Tür zu machen und hab meine Ruhe.“ (Frau N, IBW, 8). Alternativen zum Wohnheim oder IBW sind ihr nicht bekannt (Frau N, IBW, 19-20).

Die Wohnung, in der sie zum Zeitpunkt der Befragung wohnt, hat sie sich selbst gesucht (Frau N, IBW, 15-16). Sie kannte einige ihrer jetzigen Nachbarn, die keine EGH Wohnen erhalten, sondern größtenteils Altersrentnerinnen und -rentner sind (Frau N, IBW, 81-84) bereits vor ihrem Einzug (Frau N, IBW, 78). Diese unterstützten sie vor und während des Umzugs: „Also ich war da zum Glück nicht ganz alleine“ (Frau N, IBW, 78). Eine Nachbarin begleitete sie beispielsweise bei Terminen mit dem Vermieter (Frau N, IBW, 78).

Den Übergang vom SBW ins IBW betrachtet sie in der Rückschau ambivalent:

*„Genau kann ich's nicht mehr sagen, aber es/ auf der einen Seite freut man sich natürlich. Man hat was geschafft, aber auf der anderen Seite hat man natürlich auch Angst, weil das sieht dann erst mal aus wie son großer BERG. So ne, oh Gott, ne (..) Jetzt kommen die ganzen Probleme und da haste Probleme [...].“ (Frau N, IBW, 76)*

Aus heutiger Perspektive hätte sie sich neben der Unterstützung ihrer Nachbarn gewünscht, dass sie von jemanden unterstützt worden wäre, die bzw. der selbst vom SBW ins IBW gewechselt ist. Frau N führt aus, dass sich eine solche Person besser in ihre Situation hineinversetzen könne, als die Mitarbeitenden der EGH Wohnen dies können. Ein Austausch hätte sie besser auf das vorbereiten können, was sie erwartet hätte (Frau N, IBW, 74).

## Anhang B.2.4:

### Kategorie 2: Ziele in Bezug auf das Wohnen – Darstellung der Einzelfallanalyse

Wie der Zugang in die Wohnunterstützung sind auch die Ziele in Bezug auf das Wohnen durch die bisherige individuelle Wohnhistorie geprägt, sodass Einzelfallanalysen stattfanden, die hier ausführlich beschrieben werden.

**Herr A** (SBW) sagt: „ich fühl mich hier [...] nicht wirklich gut aufgehoben, ich weiß nicht ob ich das überhaupt brauche“ (Herr A, SBW, 16); und weiter, dass er seit Aufnahme der Eingliederungshilfe Wohnen vor sieben Jahren den Wunsch nach eigenständigem Wohnen bzw. Leben in einer eignen Wohnung oder Wohngemeinschaft hat (Herr A, SBW, 29-30; 39-42): „Wieder eine eigene Wohnung zu bekommen. Also wieder mein eigenes Leben leben zu können“ (Herr A, SBW, 42). Um die Situation zu verändern, müsste er ausziehen, so Herr A (Herr A, SBW, 22). Bei seinen Aussagen bezieht er sich jedoch nicht auf einen Umzug in eine Wohnung ohne Unterstützung, sondern führt an, dass der Leistungsträger die Auswahl der Wohnsituation vorgeben würde: „Das gibt dir der LWL vor [...]“ (Herr A, SBW, 22).

Weitere Fragen in Bezug auf Wohnwünsche bezieht Herr A im Interview auf seine aktuelle Wohnsituation und nicht auf das eigenständige Wohnen ohne Unterstützung. So wünscht er sich, mehr Platz, ein anderes Zimmer, farbige Wände, dass sein Zimmer gesäubert wird und die Möglichkeit zu haben, ein Haustier halten zu können (Herr A, SBW, 17-24). Darüber hinaus wünscht er sich „vernünftige Mitarbeiter“ (Herr A, SBW, 31-36; 84; 90), die es aus seiner Perspektive aktuell nicht gibt:

*„[...] dass man vielleicht mal ein paar kompetente Mitarbeiter einstellt, die sich auch mit solchen Krankheiten auskennen. Weil wir haben hier wirklich alles rumlaufen vom Sozialarbeiter bis zum Suchttherapeuten, aber keinen der sich mit psychischen Erkrankungen auskennt. Das ist (.) komisch.“ (Herr A, SBW, 90).*

Darüber hinaus wünscht er sich, mehr Geld zur Verfügung zu haben und „ein Verpflegungskonzept für das Haus“ (Herr A, SBW, 82), weil nicht alle Klientinnen und Klienten in der Lage seien, für sich zu kochen und darum nicht ausreichend gepflegt seien (Herr A, SBW, 81-84).

**Herr B** (IBW) möchte möglichst den Rest seines Lebens in der aktuellen Wohnung wohnen und dabei unterstützt werden. Bereits bei seinem Einzug hat er diesen Wunsch gehabt: „Ich hab damals gesagt, wo ich eingezogen war, wenn dann geh ich, wenn ich hier raus gehe mit [...] beiden Füßen nach vorne, ne“ (Herr B, IBW, 191). Deshalb wünscht er sich, die aktuelle Wohn- und Unterstützungssituation zumindest in den kommenden Jahren beibehalten zu können (Herr B, IBW, 268-269; 218-221). Er äußert den Wunsch nach Beständigkeit, indem er sagt: „[...] möchte ich alt hier werden. [...] Weil ich hab keine Lust mehr, wieder von vorne anzufangen, ne“ (Herr B, IBW, 331-333).

Aus seiner Sicht ist ein Auszug nur dann notwendig, wenn selbstständiges Wohnen aufgrund körperlicher Einschränkung in der aktuellen Wohnung nicht mehr möglich ist: „Solange ich selbstständig bin und nicht im Rollstuhl sitze und alles noch alleine schaffe [...] da bleibe ich hier“ (Herr B, IBW, 99).

Ein Auszug ginge für ihn mit der Gefahr der Wohnungslosigkeit einher, was er sich in seinem fortgeschrittenen Alter nicht mehr zutraue: „[...] Weil ich weiß, wenn ich jetzt nochmal auf der Straße lande, das schaffe ich nicht“ (Herr B, IBW, 91).

Weil er Wohnungslosigkeit erlebt hat, möchte er auch zukünftig die aktuelle Wohnung gemütlich gestalten (Herr B, IBW, 191). Als Ziel äußert er außerdem, Haushaltstätigkeiten (Ordnung halten, Aufräumen, Wäsche waschen, Einkaufen und frisch Kochen) bewältigen zu können, seine Tagesstruktur beizubehalten und Hunger zu vermeiden (Herr B, IBW, 79; 191). Seitens der Einrichtung wünscht er sich die Einstellung weiterer Mitarbeitender. So könnte ein intensiverer Kontakt zu den Klientinnen und Klienten gewährleistet werden, der es diesen ermöglicht, ihre Probleme frühzeitig anzusprechen (Herr B, IBW, 505-514).

Sein Ziel der gleichbleibenden Wohnsituation sieht Herr B darin gefährdet, dass der an das IBW gekoppelte Mietvertrag auf drei Jahre begrenzt ist (Herr B, IBW, 67). Er ist nicht sicher, ob der Leistungsträger einer Vertragsverlängerung zustimmt und blickt mit „Nervosität“ auf das in einem Jahr anstehende Hilfeplangespräch (Herr B, IBW, 127; 328-333). Die Zusicherung seitens der Mitarbeitenden, dass Herr B in keinem Fall wohnungslos wird („Sie kriegen ne Wohnung. Da kümmern wir uns schon. Wir setzen Sie nicht auf die Straße“; Herr B, IBW, 129) entlastet ihn nicht. Problematisch ist, dass er aktuell die beantragten Fachleistungsstunden aufgrund der Personalknappheit nicht abrufen kann. Dies wäre jedoch Voraussetzung für die Begründung einer Verlängerung (Herr B, IBW, 127-133; 505-514). Sollte ein Umzug dennoch notwendig sein, kann er sich vorstellen, in einen nah gelegenen Bungalow zu ziehen. So wünscht er, sich nach gemeinsamer Besichtigung mit den Mitarbeitenden auf eine Warteliste setzen lassen zu können. Auch wenn das bedeuten würde, dass er in gewisser Weise neu beginnen müsste, weiß er, dort weiter unterstützt zu werden. Außerdem hätte er mit Umzug in den Bungalow die Möglichkeit, mehr Gemüse anzubauen und außerdem mehr Ruhe als in seiner aktuellen Wohnung (Herr B, IBW, 333-339).

Herr B äußert die folgenden weiteren Ziele bzw. Wünsche: In Bezug auf seine Freizeit wünscht er sich, einen Angelschein zu machen (Herr B, IBW, 173). Außerdem möchte er gerne einen Hund halten, um Verantwortung zu übernehmen und auch im Winter regelmäßig die Wohnung zu verlassen (Herr B, IBW, 85; 173; 268-269; 576-584).

**Frau C** (SBW) möchte seit ihrem Einzug in die EGH Wohnen vor zwei Jahren ausziehen. Daran hat sich seitdem nichts geändert (Frau C, SBW, 89-92). Nachdem sie von ihrem Ex-Lebenspartner zum Einzug gezwungen wurde, kann sie nun wieder ausziehen. Auch ihre gesetzliche Betreuerin habe nun keine Einwände mehr (Frau C, SBW, 98-102). Der Auszug soll in wenigen Monaten realisiert sein (Frau C, SBW, 25-28; 84-85). Sie verfolgt das Ziel des Auszugs, obwohl sie bei vielen Dingen, die sie vor ihrem Einzug in das Wohnheim allein bewältigen musste, Unterstützung erhält:

*„Musste einkaufen, putzen, Wäsche waschen alleine, zum Arzt fahren alleine, zu Neurologen fahren alleine, Tabletten holen alleine (.) und das ist der Unterschied, dass ich jetzt Unterstützung bekomme. Ja, aber ich möchte trotzdem hier wegziehen.“ (Frau C, SBW, 13-15)*

Als Grund führt sie an, von den Mitarbeitenden zu viele Fragen gestellt zu bekommen (Frau C, SBW, 13-19; 45-50):

*„Die Mitarbeiter stellen so viele Fragen, wissen Sie? Was machen Sie?, was tun Sie, was lassen Sie, wo sind Sie gewesen, was haben Sie vor? Sie fra/die bohren mich mit Frage und das find ich nich so gut, deshalb möchte ich wieder in die eigene Wohnung ziehen.“ (Frau C, SBW, 17)*

All das, bei dem sie aktuell unterstützt wird, werde sie in der eigenen Wohnung selbstständig ausführen (Frau C, SBW, 47-50): „Ja, dann mache ich das, eh, alleine“ (Frau C, SBW, 50).

Sie äußert den Wunsch, eine eigene Wohnung zu bekommen (Frau C, SBW, 42). Offenbar verfolgt sie das Ziel des Auszugs eigenständig:

*I: [.] Was hilft Ihnen denn dabei, dieses Ziel des Ausziehens zu erreichen?*

*IP: Niemand hilft mir, ich mach das alleine.*

*I: Und wie machen Sie das?*

*IP: Ich rufe/ ich gucke im Stadtanzeiger nach Wohnungen, rufe an, mach einen Termin zu Besichtigung und dann warte ich ab, dass ich angerufen werde und vielleicht die Wohnung kriege. (Frau C, SBW, 29-32)*

Die Frage nach hinderlichen Faktoren dabei verneint sie (Frau C, SBW, 33-34). Sie wünscht sich aber, bei ihrem Auszug finanziell unterstützt zu werden, um sich einrichten zu können (Frau C, SBW, 51-56). Als weitere Wünsche nennt sie: „dass ich gesund bleibe, dass es mir psychisch gut geht“ (Frau C, SBW, 42).

Bei der Wohnung, in der **Herr D** (IBW) aktuell wohnt, handelt es sich „leider nur [um] ne Übergangswohnung, ne Notfallwohnung sogar nur“ (Herr D, IBW, 48), die sehr klein ist (Herr D, IBW, 180-186). Herr D wünscht sich, in eine größere Wohnung umziehen zu können. Er äußert den Wunsch, gemeinsam mit einem anderen Klienten eine Wohngemeinschaft zu gründen (Herr D, IBW, 196). Er sagt, dass er bereits seit 1 ½ Jahren eine Wohnung suche und dabei von den Bezugsmitarbeitenden bei Wohnungsbesichtigungen unterstützt werde. Er suche aber auch selbstständig jeden Sonntag nach Inseraten auf allen Anbieterportalen. Es sei gut, die aktuelle Wohnung zu haben, solange er suche (Herr D, IBW, 178).

Er wünscht sich, noch mehr Freiheit zu bekommen, „die aber eigentlich jetzt schon da ist“ (Herr D, IBW, 110). Nach Beendigung seiner Führungsaufsicht - voraussichtlich in fünf Jahren - möchte er im Rahmen von ambulanter Wohnunterstützung durch denselben Dienst betreut werden (Herr D, IBW, 29-31; 48-58; 250). Als Grund dafür nennt er die dadurch bestehende Unterstützung in Bezug auf seinen Gesundheitszustand. Es könne immer sein, dass er „aus dem Ruder lau/fall“ und er eine psychotische Phase habe, bei der er Unterstützung haben möchte (Herr D, IBW, 58).

Weitere Wünsche äußert er in Bezug auf seine WfbM-Beschäftigung, Freundschaft, Partnerschaft, Freizeit und Gesundheit. Außerdem wünscht er sich, dass eine verstorbene Angehörige noch lebt sowie ein Leben ohne Ärger (Herr D, IBW, 117-122; 124-130; 143-147; 148-158).

**Herr E** erhält IBW und möchte, dass dies auch genauso weitergeführt wird. Erreichen kann er dieses Ziel, indem er mithilft, die Wohnung sauber zu halten (Herr E, IBW, 263-264; 265-270). Er wünscht sich, die Mitarbeitenden auch weiterhin immer so gut erreichen zu können, wie dies aktuell der Fall ist (Herr E, IBW, 151-152).

Weitere Ziele und Wünsche äußert er in Bezug auf seine Gesundheit, seine Freizeit (Urlaubsreise, für die er spart) und seine finanzielle Situation (Herr E, IBW, 145-148; 153-160; 161-164; 237-238; 248).

**Herr F** wünscht sich, dass er in dem aktuellen Wohnheim „so lange bleiben kann, wie nur möglich“ (Herr F, SBW, 151). Er sagt, dass die Dauer des SBW von der Beurteilung des Leis-

tungsträgers abhängen und deshalb sehr unterschiedlich sei (Herr F, SBW, 150-157). Er beschreibt die Arbeit des Leistungsträgers wie folgt: „[...] [Der Leistungsträger] guckt an, was hat der Mensch in den elf Jahren GEMACHT, GETAN, ne. Was ist denn gut für ihn und so. Dann sieht der NICHTS. Dann sagt der ja wo wofür [...] braucht DER denn so eine teure Dings, Behandlung? Wenn der eh nichts macht so. Dann wird auch mal weitergereicht der Patient so. Dann muss der woanders hin, wo's billiger ist [...]“ (Herr F, SBW, 157). Sollte dies für ihn gelten, so sieht Herr F zwei Optionen: Zum einen könne er in ein anderes Wohnheim des Anbieters wechseln. Zum anderen könne er in eine Einrichtung in die Stadt wechseln, in der seine Schwester wohnt. Seine Schwester habe sich bereits über verschiedene Wohnoptionen erkundigt, weil sie sich wünscht, dass Herr F in ihrer Nähe wohnt. Noch ist Herr F jedoch unentschlossen (Herr F, SBW, 102-105): „[...] aber ich bin noch am Denken so, ob ich das mache oder nicht. GERNE tu ich's nicht, nur mich HÄLT hier auch nichts [...]“ (Herr F, SBW, 105).

Als weitere Wünsche nennt er, „ohne die Gedanken an Drogen zu verschwenden so (.) leben können, glücklich leben können“ (Herr F, SBW, 69). Außerdem wünscht er sich eine Partnerschaft, Geld und Gesundheit (Herr F, SBW, 68-69; 149).

**Herr G** hat bei seinem Einzug in das SBW den Wunsch gehabt, durch die Wohnunterstützung wieder Fuß zu fassen (s. auch Kategorie 1; Herr G, SBW, 129-130). Seine Ziele und Wünsche in Bezug auf das Wohnen lassen sich in kurz- bzw. mittelfristige Ziele sowie langfristige Ziele unterteilen.

Aktuell ist er „vollkommen [...] zufrieden“ (Herr G, SBW, 214), auch wenn er von anderen Klientinnen und Klienten weiß, dass sie höhere Ansprüche haben: „Ich weiß nur die anderen haben MEHR Ansprüche. Ich ich bin so (..) so glücklich sag ich mal“ (Herr G, SBW, 214). Er wünscht sich, dass sich an der aktuellen Situation zunächst nichts ändert, um „das NORMALE Leben wieder einzufädeln“ (Herr G, SBW, 138), sich auf sich selbst zu konzentrieren, eine Struktur zu haben und sich auf seine Arbeitssituation fokussieren zu können (Herr G, SBW, 99-100). Deshalb ist er froh, die „Chance“ erhalten zu haben, länger im Wohnheim leben zu können (Herr G, SBW, 14). Dies möchte er nicht verlieren (Herr G, SBW, 90-98): „[...] ich möchte das auch nicht verlieren, ne. [...] es gehört schon viel dazu, wenn man hier rausfliegt oder so, ne. Wenn man viel Mist baut oder nicht so den Aufgaben nachkommt [...]“ (Herr G, SBW, 90).

Sein „GROSSES Ziel“ ist es jedoch, langfristig ins ABW zu wechseln (Herr G, SBW, 100). Er kann sich dafür eine eigene Wohnung oder aber das Wohnen in einer Wohngemeinschaft vorstellen (Herr G, SBW, 92-98). Das würde für ihn einen Erfolg bedeuten: „Ja dann hat man schon einiges geschafft, da kann [man] sich auch mal zur Ruhe setzen. [...]“ (Herr G, SBW, 98). Er wünscht sich, dann weiterhin von den jetzigen Mitarbeitenden betreut zu werden. Er fürchtet sich davor, diese vertrauensvollen Beziehungen zu verlieren und neue mühsam aufbauen zu müssen (Herr G, SBW, 34-40). Dann möchte er täglich telefonischen Kontakt zu den Mitarbeitenden, bei dem diese sich nach seinem Befinden erkundigen (Herr G, SBW, 52). Den Prozess des Übergangs ins ABW möchte er gemeinsam mit den Mitarbeitenden gestalten (Herr G, SBW, 14), das wäre jederzeit möglich, sofern er sich dafür entscheidet (Herr G, SBW, 136-150). Noch bereitet ihm der Gedanke eine Wohnung zu suchen jedoch „Bauchschmerzen“ (Herr G, SBW, 136).

Weitere Wünsche von Herrn G sind: mehr Geld für Freizeitangebote des Wohnheims, besserer Kontakt zu Familienangehörigen und Gesundheit (Herr G, SBW, 103-104; 151-152; 154; 172).

**Herr H** möchte in eine eigene Wohnung ziehen, in der er weiterhin unterstützt wird. Er sagt, dass die Mitarbeitenden des Wohnheims, in dem er aktuell wohnt, ihm außerdem gesagt hätten, dass er ausziehen müsse, weil sich seine Gesundheit stabilisiert habe und Klientinnen und Klienten das Wohnheim nur für eine gewisse Zeit bewohnen könnten (Herr H, SBW, 41-43; 52-57; 184-186). Sie boten ihm an, in der eigenen Wohnung zunächst durch das ABW betreut zu werden, was er annahm (Herr H, SBW, 176-178; 184-186):

*„[...] die [Bezugsmitarbeiterin] [hat] mich gefragt so, ob ich das möchte, dass ich noch weiter betreut werde. Hab ich auch sofort eingewilligt und so, ne weil ich okay finde, dass man erst mal so so jemand dabei hat so, wo man lang auch mit reden kann auch zum Beispiel, ja. Und der auch mal inner Woche kommt und guckt ob alles gut ist so oder nach einem mal schaut oder so halt. Wenn man das BRAUCHT, wär das für ein ja gut ne. [...]“ (Herr H, SBW, 178)*

Die Wohnungssuche gestaltet sich, wie auch schon vor der Aufnahme der Eingliederungshilfe Wohnen, schwierig (siehe Kategorie 1). Hätte er eine Wohnung gefunden, wäre er bereits umgezogen (Herr H, SBW, 52-57; 147-150). So wünscht er sich, eine Wohnung zu finden (Herr H, SBW, 202). Bei der Wohnungssuche wird er durch die Mitarbeitenden unterstützt. Auch sie schauen nach Wohnungsinseraten und er berichtet, dass ein Mitarbeiter ihn zu einem Besichtigungstermin gefahren und bei dem Termin begleitet habe (Herr H, SBW, 58-61).

Herr H wünscht sich außerdem eine Partnerin sowie gute Freunde. Auch wünscht er sich mehr Geld, um ausgehen zu können und dadurch Freundschaften aufbauen zu können (Herr H, SBW, 130; 134-136).

**Herr I** verfolgt das Ziel, vom IBW ins ABW zu wechseln. Weil er die Stunden, die ihm im IBW zustehen, nicht mehr benötigt, „wird [es] langsam Zeit“ (Herr I, IBW, 66). „[...] mittlerweile gibt es halt bei mir nicht mehr ganz so viel zu tun wie früher. (.) So, und ehm, ja und grade sag ich mal, das mit dem Dran-Erinnern, da reichen ja nen paar Stunden in der Woche [...] aus“ (Herr I, IBW, 58). Insofern wird ein Wechsel ins ABW für Herrn I keinen spürbaren Unterschied bedeuten (Herr I, IBW, 65-68). Diese Entscheidung des Wechsels hat er gemeinsam mit dem Dienst getroffen. Herr I sagt, dass er auch das ABW nicht mehr lange benötigen wird, weil er sich bei zukünftigem Hilfebedarf auch an Freunde und seine Familie wenden könne, was ihm aber nur dank der Unterstützung des IBW möglich sei (Herr I, IBW, 40; 58-64). Bei dem Wechsel vom IBW zum ABW kann er in der jetzigen Wohnung bleiben (Herr I, IBW, 69-70). Er äußert, dass er sich mehr Ordentlichkeit in seiner Wohnung wünsche (Herr I, IBW, 104).

**Herr J** möchte „[...] auf jeden Fall wieder irgendwann in ner eigenen Wohnung“ wohnen, für die Übergangsphase hält er das ABW für eine „gute Option“ (Herr J, SBW, 34). Er glaubt, dass es ihm Stabilität geben könne, wenn er anfänglich einen Ansprechpartner hat (Herr J, SBW, 60). Beim Einzug vor zwei Jahren hat er sich vorgenommen, nach zwei bis drei Jahren auszuziehen. „Momentan könnt ich dat noch unterschreiben. So. Jetzt son Jahr, die Zeit wär das schon“ (Herr J, SBW, 73-74). Er sagt, dass das Ziel der Wohnunterstützung die Wiederaufnahme einer eigenen Wohnung sei, es aber eine Zeit lang in Ordnung sei, sich nicht mit dem Auszug zu beschäftigen, um sich um sich selbst kümmern zu können. Er befürchtet, die Eingliederungshilfe Wohnen schwer verlassen zu können, wenn er lange Zeit im Wohnheim wohnte (Herr J, SBW, 75-82):

*„[...] Aber wenn ich mal überleg der Grundgedanke ist ja, irgendwann wieder in ner eigenen Wohnung zu kommen und meine Befürchtung ist (.) ehm (.) warum soll ich*



*denn später ausziehen, wenn so=0 so viel abgenommen wird und geholfen wird, ne. Also ich möchte schon irgendwann mal selbstständig klarkommen. Ich glaub, je länger ich hierbleib, desto schwerer fällt mir das Ausziehen hier. [...] Ja ich bin ja auch n bequemer Mensch, ja. Biddeschön, Dankeschön. [...] dat is so meine Befürchtung. Ich weiß, entspann dich mal und tu dir mal, die brauch man auch ma so ne Zeit, ne, wo man sich mal wirklich um sich selbst kümmert und auch sollte (.) und sich da gar nich jetzt so Druck machen soll, ja da und da ausziehen [...]. Ja, dann wird der Druck größer, wenn man so ne Deadline hat, ne. Und ich möchte et halt eh, gut es geht, ja. (.) Ohne mir jetzt groß Druck und mir da keine, ja. Also nix übert Knie brechen jetzt, ne. Aber auch nich zu lange hierbleiben. (.) Wenn ich das manchmal so bei andern Leuten seh, die sechs, sieben Jahre hier sind (unv.), stell ich mir dann richtig (.) (also?) // schwer vor // dann wieder hier noch den Kadaver rauszukriegen.“ (Herr J, SBW, 75-80)*

Er wünscht sich außerdem eine Partnerschaft. Dies sei schwer zu realisieren, weil er erzählen müsste, dass er in einem Wohnheim wohne (Herr J, SBW, 102-122). Außerdem wünscht er sich, mehr Geld zur Verfügung zu haben sowie einer geringfügigen Beschäftigung nachgehen zu können (Herr J, SBW, 167-184; 192).

**Herr K** wünscht sich, dass sich seine Wohnsituation bis zum Ende des Maßregelvollzugs nicht ändert (Herr K, IBW, 93-113). Der bereits vollzogene Wechsel vom SBW ins IBW hat ihm dabei geholfen, nach dem Maßregelvollzug auch den Übergang ins selbstständige Wohnen ohne Unterstützung zu bewältigen (Herr K, IBW, 93-113; 266; 267-268). Er beschreibt diese Wechsel als Schritte in Richtung Normalität: „In dem IBW zum Beispiel ist es gut, ehm (..) weil es einfach der nächste Schritt ist aus dem Wohnheim raus ins IBW. Und dann muss man den nächsten Schritt eh, sich vornehmen, wieder ins normale, alltägliche Leben“ (Herr K, IBW, 69). Auf dem Wohnungsmarkt hat er durch das Wohnen in einer Wohnung Vorteile gegenüber denjenigen, die aus einem Wohnheim heraus Vermieter kontaktieren (Herr K, IBW, 98). Für seine jetzige Wohnung wünscht er sich „zehn Quadratmeter mehr“ (Herr K, IBW, 290). Außerdem würde es ihm helfen, einen Überblick über die Nebenkosten zu haben, um sich besser auf ein eigenständiges Wohnen ohne Unterstützung vorbereiten zu können. Dadurch könnte er einschätzen, ob er beispielsweise sein Heizverhalten optimieren müsste (Herr K, IBW, 286).

Herr K möchte seinen Führerschein machen (Herr K, IBW, 211-213). Er hätte gerne mehr Geld, um seine Schulden schneller abzahlen (Herr K, IBW, 296), außerdem eine Partnerin (Herr K, IBW, 293-294), würde gerne ins Ausland reisen (Herr K, IBW, 221-227). Weitere Wünsche beziehen sich auf seine Gesundheit (Herr K, IBW, 232-235; 296) und Arbeitssituation (Herr K, IBW, 296; 299-302).

**Herr M** wird voraussichtlich ein halbes Jahr nach dem Interview vom Stationären Einzelwohnen ins IBW wechseln. Er geht davon aus, dass sich dadurch in Bezug auf den Kontakt zu den Mitarbeitenden nichts ändern und ihm durch den Wechsel mehr Geld zur Verfügung stehen wird (Herr M, stat. Einzelwohnen, 19-32; 48). In einem Jahr möchte er dann ins ABW wechseln, ehe er die EGH vollständig verlässt. Grund ist, dass er aktuell keinen Bedarf mehr an der intensiven Unterstützung des SBW hat, die er einst benötigte. Auch möchte er in die Stadt ziehen, in der er sich wohler fühlt und in der seine sozialen Kontakte leben (Herr M, stat. Einzelwohnen, 241-252; 259-260). Er sagt, dass es sinnvoll sei, sich eine Wohnung bereits frühzeitig zu suchen, während er noch durch die EGH Wohnen unterstützt wird. Die aktuelle Woh-

nung müsse er bei Beendigung seines Betreuungsvertrags verlassen (Herr M, stat. Einzelwohnen, 256-258): „Möcht ich lieber früher irgendwo hin umziehen, wo ich das Gefühl hab, da kann ich auch länger bleiben, wenn ich möchte“ (Herr M, stat. Einzelwohnen, 258). Eigenständiges Wohnen bedeutet für ihn, sich freier fühlen zu können. Grundsätzlich möchte er nicht alleine wohnen, seine Mitbewohner aber selbst aussuchen. So würde er nicht mit anderen Klientinnen und Klienten zusammenleben, die er aus dem Wohnheim kennt, in dem er die TGA besucht, weil sie seine Freiheit einschränken würden (Herr M, stat. Einzelwohnen, 261-264; 268-274). Sobald er eine Wohnung bzw. Wohngemeinschaft gefunden habe, möchte sich Herr M anderen Zielen widmen. Er nennt hier die Aufnahme eines Ehrenamts (Herr M, stat. Einzelwohnen, 283-288). Aus diesem Grund versucht er sich aktuell schrittweise von der TGA zu lösen. Als Beispiel führt er an, nicht mehr an der wöchentlichen Kochgruppe teilzunehmen, sondern nun selbst zu kochen (Herr M, stat. Einzelwohnen, 275-282).

Herr M wünscht sich mehr interessante Angebote der TGA, die durch das Fehlen von Geld und Zeit aktuell nicht angeboten werden (Herr M, stat. Einzelwohnen, 298-305). Außerdem Geld für Freizeitaktivitäten und kulturelle Angebote, die für ihn einen wichtigen Aspekt von Teilhabe darstellen (Herr M, stat. Einzelwohnen, 340). Außerdem wünscht er sich Alternativen zur WfbM bzw. zu der Integration in den Allgemeinen Arbeitsmarkt (Herr M, stat. Einzelwohnen, 333; 354): „[...] der schöne Spruch, den ich auch schon oft gehört hab, ist immer die Integration in den ersten Arbeitsmarkt. Das ist immer die, die schöne Phrase, [...] der man sich da bedienen kann. Ist mir ehrlich gesagt persönlich scheißegal. Das ist mir überhaupt nicht wichtig, überhaupt nicht mein Ziel, dass ich sage (.) ich find das auch n Quatsch-Ziel.“ (Herr M, stat. Einzelwohnen, 354).

**Frau N** erwartet vom IBW, „dass [es] weiterläuft, so wie's jetzt gerade läuft“ (Frau N, IBW, 62). Weil sie sich in ihrer Wohnung nicht wohl fühlt, möchte sie jedoch in eine Altbauwohnung ziehen, wie sie es aus ihrer Kindheit gewohnt sei (Frau N, IBW, 152-154). Sie wünscht sich, mehr Geld zur Verfügung zu haben, um selbst eine Wohnung mieten zu können, die ihr besser gefällt oder um Möbel zu kaufen (Frau N, IBW, 94). Von anderen Klientinnen und Klienten der EGH Wohnen habe sie erfahren, dass die Suche nach einer geeigneten Wohnung jedoch schwierig sei (Frau N, IBW, 156-159). Die gestellten Wohnungen gefallen teilweise nicht und nicht immer wird an Sozialhilfeempfänger vermietet, sodass einige Klientinnen und Klienten beim Auszug in eine eigene Wohnung in einen anderen Stadtteil ziehen mussten (Frau N, IBW, 162). Die ihr für eine Wohnung zur Verfügung stehenden Mittel sind nicht ausreichend, um in eine Wohnung zu ziehen, die ihr gefällt (Frau N, IBW, 94). Sie sagt, dass sie dafür arbeiten müsste. Arbeiten bzw. Geld zu verdienen eröffnete ihr außerdem „mehr Kontakt zu normalen Menschen, die eher fröhlich, positiv sind“ (Frau N, IBW, 122), wodurch das IBW obsolet würde (Frau N, IBW, 122). Jedoch habe sie noch nicht herausgefunden, welcher Tätigkeit sie nachgehen möchte, sodass sie auch keine Tätigkeit bzw. Berufe ausprobieren könne (Frau N, IBW, 51-56; 124-126).

Frau N nennt außerdem den Wunsch, nicht länger auf einen Psychotherapieplatz warten zu müssen und dass somatische Erkrankungen abgeklärt werden (Frau N, IBW, 58-60).

## Anhang B.3.1:

### Stichprobenbeschreibung mit 3 Wohnformen

**Tabelle 1** Soziodemografische Merkmale der Gesamtstichprobe zu t0

|   |  |            | <b>SBW</b><br>(n=104)            | <b>IBW</b><br>(n=25) | <b>ABW</b><br>(n=128)              | <b>gesamt</b><br>(n=257) |
|---|--|------------|----------------------------------|----------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <b>Geschlecht</b>                             | männlich                                   | n          | 73<br>70,2 %                     | 18<br>72,0 %         | 62<br>48,4 %                       | 153<br>59,5 %            |
|   | weiblich                                   | n          | 31<br>29,8 %                     | 7<br>28,0 %          | 66<br>51,6 %                       | 104<br>40,5 %            |
| Vergleich mit IBW                             | ( $\alpha=.05/3=.017$ )                    |            | Chi(1)=.032<br>, p=1.00          |                      | Chi(1)=4.6<br>5. p=.047,<br>V=.174 |                          |
| <b>Alter</b>                                  |  | M $\pm$ SD | 40,5 $\pm$ 13,5                  | 38,6 $\pm$ 15,0      | 40,9 $\pm$ 12,7                    | 40,5 $\pm$ 13,2          |
|   |  | Md         | 39,0                             | 31,0                 | 41,0                               | 40,0                     |
|   |  | Min-Max    | 19 - 65                          | 21 - 68              | 19 - 69                            | 19 - 69                  |
| Vergleich mit IBW                             | ( $\alpha=.05/3=.017$ )                    |            | U=1202.00,<br>Z=-.584,<br>p=.561 |                      | U=1409,50,<br>Z=-.941,<br>p=.350   |                          |
| <b>Geburtsland</b>                            | Deutschland                                | n          | 94<br>90,4 %                     | 19<br>76,0 %         | 114<br>89,1 %                      | 227<br>88,3 %            |
|   | Anderes *                                  | n          | 10<br>9,6 %                      | 6<br>24,0 %          | 14<br>10,9 %                       | 30<br>11,7 %             |
| <b>Staats-<br/>angehörigkeit</b>              | Deutsch                                    | n          | 98<br>94,2 %                     | 23<br>92,0 %         | 119<br>93,0 %                      | 240<br>93,4 %            |
|   | Anderer #                                  | n          | 6<br>5,8 %                       | 2<br>0,8 %           | 9<br>7,0 %                         | 17<br>6,6 %              |
| <b>Höchster erreichter<br/>Schulabschluss</b> | ohne Abschluss                             | Ab- n      | 10<br>9,6 %                      | 3<br>12,0 %          | 11<br>8,5 %                        | 24<br>9,3 %              |
|   | Sonderschule                               | n          | 5<br>4,8 %                       |                      | 8<br>6,2 %                         | 14<br>5,4 %              |
|   | Hauptschule                                | n          | 33<br>31,7 %                     | 8<br>32,0 %          | 55<br>43,1 %                       | 96<br>37,4 %             |
|   | Mittlere Reife                             | n          | 33<br>31,7 %                     | 8<br>32,0 %          | 31<br>24,2 %                       | 72<br>28,0 %             |
|   | (Fach-)Abitur                              | n          | 22<br>21,1 %                     | 5<br>20,0 %          | 22<br>17,2 %                       | 49<br>19,1 %             |
|   | Unbekannt                                  | n          | 1<br>1,0 %                       |                      | 1<br>0,8 %                         | 2<br>0,8 %               |
|   | <b>Abgeschlossene<br/>Berufsausbildung</b> | Nein       | n                                | 52<br>50,0 %         | 15<br>60,0 %                       | 60<br>46,9 %             |
| Ja  |  | n          | 43<br>41,3 %                     | 6<br>24,0 %          | 59<br>46,1 %                       | 108<br>42,0 %            |
| zur Zeit in<br>Ausbildung                     |  | n          | 3<br>2,9 %                       | 2<br>8,0 %           | 1<br>0,8 %                         | 6<br>2,3 %               |
| Abgeschlos-<br>senes Studium                  |  | n          | 4<br>3,8 %                       | 2<br>8,0 %           | 4<br>3,1 %                         | 10<br>3,9 %              |
| Unbekannt                                     |  | n          | 2<br>1,9 %                       |                      | 4<br>3,1 %                         | 6<br>2,3 %               |

\*Anderes: (Polen: n=7, Türkei: n=6, Russland: n=4, Kasachstan: n=3, Bulgarien: n=2; Irak, Iran, Italien, Nigeria, Serbien: je n=1, unbek.: n=2).

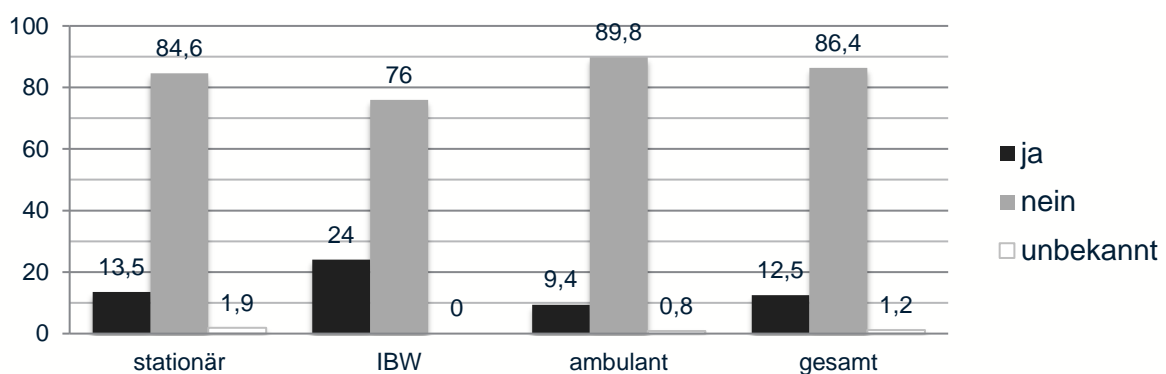
Anderer: (türkisch: n=7; italienisch: n=2; bosnisch, bulgarisch, iranisch, nigerianisch, russisch, serbisch: je n=1, unbekannt: n=2).

**Tabelle 2** Aktueller Beschäftigungsstatus zum Zeitpunkt der Erstbefragung (Angabe durch Studienteilnehmende)

|  |   | stationär<br>n=104 | IBW<br>n=25 | ambu-<br>lant<br>n=128 | gesamt<br>N=257 |
|--|---|--------------------|-------------|------------------------|-----------------|
| Keine regelmäßige Ausbildung, Arbeit oder Beschäftigung  | n | 43<br>41,3 %       | 5<br>20,0 % | 93<br>72,7 %           | 141<br>54,9 %   |
| Besuch einer Tagesstätte oder Nutzung tagesgestaltender Angebote                                 | n | 47<br>45,2 %       | 8<br>32,0 % | 5<br>3,9 %             | 60<br>23,3 %    |
| Werkstatt für behinderte Menschen - WfbM (bis 19 Std./Woche)                                     | n | 1<br>1,0 %         |             | 1<br>0,8 %             | 2<br>0,8 %      |
| Werkstatt für behinderte Menschen - WfbM (ab 20 Std./Woche)                                      | n | 6<br>5,8 %         | 6<br>24,0 % | 9<br>7,0 %             | 21<br>8,2 %     |
| berufliche Trainingsmaßnahme   | n | 2<br>1,9 %         | 2<br>8,0 %  | 7<br>5,5 %             | 11<br>4,3 %     |
| Gelegenheitsarbeit, Zuverdienst, geringfügige Beschäftigung                                      | n | 1<br>1,0 %         |             | 4<br>3,1 %             | 5<br>1,9 %      |
| sozialversicherungspflichtige Beschäftigung in einer Integrationsfirma                           | n |                    |             | 2<br>1,6 %             | 2<br>0,8 %      |
| sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (bis 19 Std./Woche) | n |                    |             | 5<br>3,9 %             | 5<br>1,9 %      |
| Studium, Ausbildung  | n | 4<br>3,8 %         | 4<br>16,0 % | 1<br>0,8 %             | 9<br>3,5 %      |

*Beschäftigungsstatus:* Der Anteil der Personen ohne regelmäßige Beschäftigung (im Vergleich zu allen anderen Beschäftigungsformen) war im ambulanten Betreuungssetting (72,7 %) signifikant höher als im IBW (20,0 %),  $\chi^2(1)=25.19$ ,  $p<.001$ ,  $V=.406$ . Zwischen dem stationären Wohnen und dem IBW fiel der deskriptive Unterschied nicht signifikant aus ( $\chi^2(1)=3.93$ ,  $p=.065$ ,  $V=.175$ ). Der signifikante Unterschied zwischen ambulant und stationär blieb bestehen ( $\chi^2(1)=23.19$ ,  $p<.001$ ,  $V=.316$ ). Hier ist zu beachten, dass im stationären Wohnen deutlich mehr Personen ein tagesgestaltendes Angebot nutzen.

*Pflegegradeinstufung:* Zum Zeitpunkt der Erstbefragung lag bei 86 % aller Studienteilnehmenden keine Pflegegradeinstufung vor (siehe Abb. A1). Zwischen den Wohnunterstützungsformen variierte dieser Anteil von 76 % bis 89,8 %, ohne dass hierbei signifikante Verteilungsunterschiede auftraten ( $\chi^2(4)=5.37$ ,  $p=.224$ ).



**Abbildung 1** Vorhandene Pflegegradeinstufungen zu Studienbeginn (in %)

▪ **Wohnformbezogene Merkmale**

*Vorerfahrungen mit Wohnunterstützung:* Die IBW-Gruppe wies die höchste mittlere Gesamtjahreszahl auf (siehe Tabelle 3) und unterschied sich hierbei statistisch signifikant sowohl von der stationären ( $U=705.0$ ,  $Z=3.24$ ,  $p=.001$ ) als auch von der ambulanten Gruppe ( $U=770.5$ ,  $Z=3.79$ ,  $p<.001$ ), während sich keine signifikanten Unterschiede zwischen stationärer und ambulanter Wohnform ergaben ( $U=5520.0$ ,  $Z=1.09$ ,  $p=.277$ ).

**Tabelle 3** Gesamtanzahl der Jahre in betreuten Wohnformen bis heute

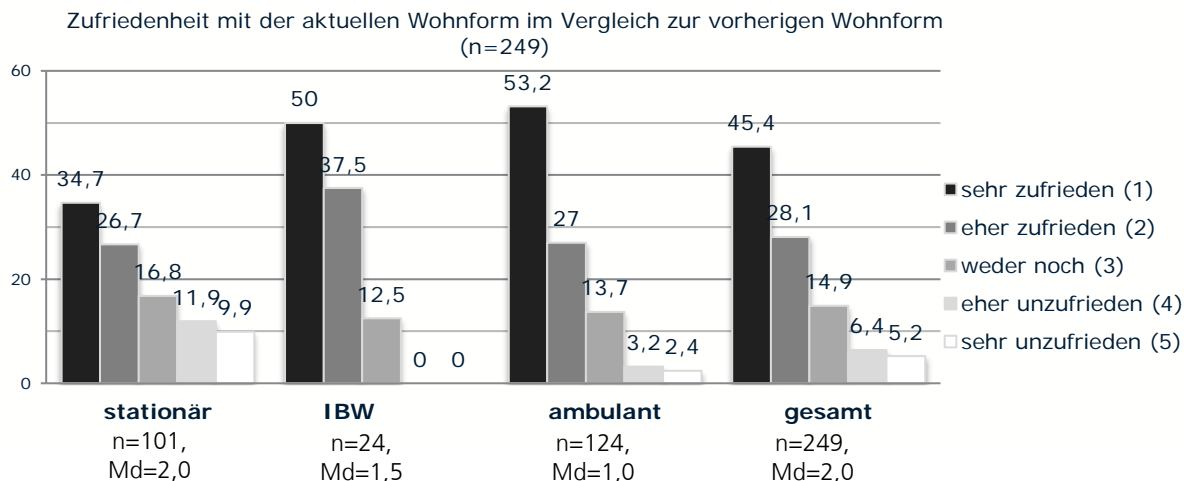
|         | stationär | IBW    | ambulant | gesamt |
|---------|-----------|--------|----------|--------|
| n       | 100       | 24     | 120      | 244    |
| M       | 2,3       | 5,4    | 2,2      | 2,5    |
| SD      | 3,4       | 5,1    | 4,3      | 4,1    |
| Md      | 1,0       | 5,2    | 0,0      | 1,0    |
| Min-Max | 0 - 16    | 0 - 19 | 0 - 22   | 0 - 22 |

*Wahlfreiheit:* In Bezug auf die Frage nach der freien Wahl der aktuellen Wohnform war der Unterschied zwischen der stationären und der IBW-Gruppe ( $p=.061$ ) und auch zwischen IBW und ambulant ( $p=1.00$ ) nicht statistisch signifikant (siehe Tabelle 4).

**Tabelle 4** Wahrgenommene Wahlfreiheit bei der Wohnform

| Wenn Sie an Ihre jetzige Wohnung und Wohnsituation denken, konnten Sie <b>frei entscheiden, in welcher Wohnform</b> sie leben wollten? |   | stationär<br>n=101                                  | IBW<br>n=25  | ambulant<br>n=128                                   | gesamt<br>n=257 |
|--|---|---|--------------|---|-----------------|
| Ja   | n | 57<br>54,8 %  | 19<br>76,0 % | 100<br>78,1 %                                       | 176<br>68,5 %   |
| Vergleich mit IBW (ja vs. teilweise/nein)  |   | Chi <sup>2</sup> (1)=<br>4.20,<br>p=.061,<br>V=.183 |              | Chi <sup>2</sup> (1)=<br>.028,<br>p=1.00,<br>V=.014 |                 |
| Teilweise  | n | 20<br>19,2 %  | 2<br>8,0 %   | 17<br>13,3 %  | 39<br>15,2 %    |
| Nein   | n | 24<br>23,1 %  | 3<br>12,0 %  | 7<br>5,5 %  | 34<br>13,2 %    |
| Unbekannt  | n | 3   | 1            | 4   | 8               |

*Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnform* (im Vergleich zum vorherigen Wohnstatus): In den paarweisen Vergleichen zwischen der ambulanten und der IBW-Gruppe (siehe Abbildung 2) ergibt sich keine signifikante Differenz ( $U=1469.50$ ,  $Z=.112$ ,  $p=.918$ ) und auch die deskriptiven Unterschiede zwischen IBW und stationärer Wohnbetreuung fallen im statistischen Vergleich knapp nicht signifikant aus ( $U=858.00$ ,  $Z=2.32$ ,  $p=.020$  [korrigiertes  $\alpha$ -Niveau=.05/3=.017!]).



**Abbildung 2** Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnform

▪ **Klinische Merkmale**

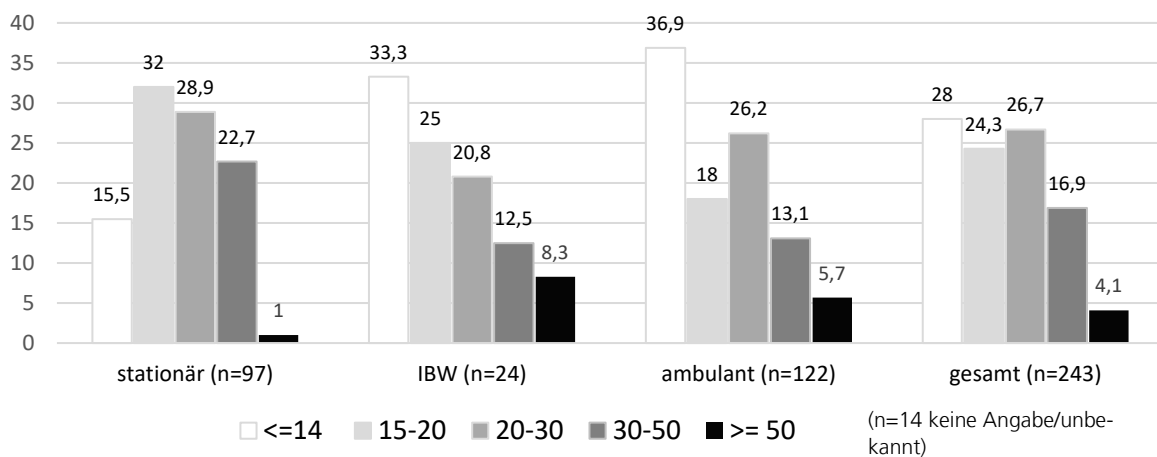
*Psychiatrische Diagnosen:* Betrachtet man die Verteilung der drei häufigsten Diagnosegruppen (siehe Tabelle 5) zwischen stationär und ambulant unterstützten Personen, so bestätigt sich hier ein signifikanter Zusammenhang zwischen *Wohnform und Diagnose* ( $\chi^2(2) = 38.79$ ,  $p < .001$ ). Hingegen zeigte sich kein Zusammenhang beim Vergleich von IBW und stationärer Eingliederungshilfe ( $\chi^2(2) = 2.87$ ,  $p = .243$ ) und auch zwischen IBW und ambulanter Wohnbetreuung ergab sich (unter Berücksichtigung des korrigierten  $\alpha$ -Niveaus von  $p = .017$ ) knapp *kein* statistisch signifikanter Verteilungsunterschied ( $\chi^2(2) = 7.19$ ,  $p = .025$ ).

*Somatische Komorbidität:* Hinsichtlich des generellen Vorhandenseins von somatischer Komorbidität resultierte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den drei Wohnformgruppen ( $\chi^2(2) = 1.93$ ,  $p = .393$ ).

*Ersterkrankungsalter:* Es gibt einen statistisch signifikanten Unterschied in der Verteilung des Ersterkrankungsalters zwischen stationärer und ambulanter Gruppe ( $\chi^2(3) = 14.12$ ,  $p = .003$ ). Die übrigen paarweisen Vergleiche der Wohnformgruppen ergaben hingegen keine statistisch signifikanten Verteilungsunterschiede (ambulant/IBW:  $\chi^2(3) = .207$ ,  $p = .978$ ; stationär/IBW:  $\chi^2(3) = 4.20$ ,  $p = .247$ ).

**Tabelle 5** Psychiatrische Hauptdiagnosen

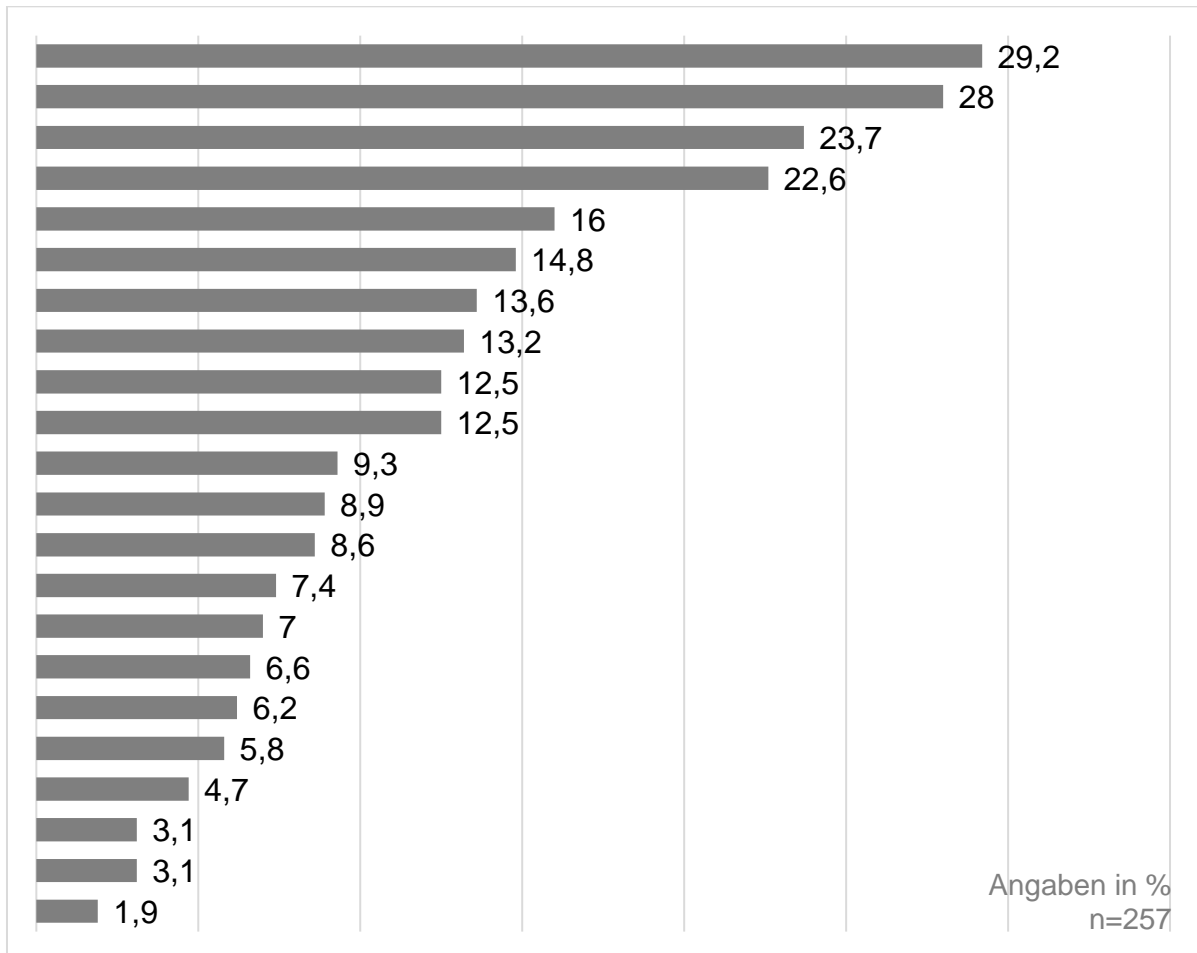
| ICD-10 | HAUPT-/INDEXDIAGNOSE   | n | stationär IBW |             | ambulant gesamt |              |
|--------|--|---|---------------|-------------|-----------------|--------------|
|        |  |   | n=104         | n=25        | n=128           | n=257        |
| F10-19 | Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen      | n | 42<br>40,4 %  | 4<br>16,0 % | 22<br>17,2 %    | 68<br>26,5 % |
| F20-29 | Schizophrene Störungen   | n | 36<br>34,6 %  | 7<br>28,0 % | 16<br>12,5 %    | 59<br>23,0 % |
| F30-39 | Affektive Störungen  | n | 8<br>7,7 %    | 3<br>12,0 % | 44<br>34,4 %    | 55<br>21,4 % |
| F40-48 | Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen                   | n | 5<br>4,8 %    | 2<br>8,0 %  | 18<br>14,1 %    | 25<br>9,7 %  |
| F50-59 | Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren    | n | 3<br>2,9 %    | 1<br>4,0 %  | 2<br>1,6 %      | 6<br>2,3 %   |
| F60-69 | Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen                             | n | 9<br>8,7 %    | 5<br>20,0 % | 14<br>10,9 %    | 28<br>10,9 % |
| F70-79 | Intelligenzstörungen   | n |               |             | 3<br>2,3 %      | 3<br>1,2 %   |
| F80-89 | Entwicklungsstörungen  | n |               | 1<br>4,0 %  | 1<br>0,8 %      | 2<br>0,8 %   |
| F90-98 | Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit & Jugend | n |               | 2<br>8,0 %  | 3<br>2,3 %      | 5<br>1,9 %   |
| F99    | nicht näher bezeichnet   | n |               |             | 2 (1,6 %)       | 2 (0,8 %)    |
| UNB    | unbekannt  | n | 1 (1,0 %)     |             | 3 (2,3 %)       | 4 (1,6 %)    |



**Abbildung 3** Lebensalter bei erstem Auftreten der psychischen Erkrankung (%)

## Anhang B.3.2:

### Weitere deskriptive Ergebnisse zur Stichprobenbeschreibung



**Abbildung 4** Als „ernstes Problem“ identifizierter Unterstützungsbedarf in verschiedenen Lebensbereichen zu Studienbeginn (aus dem CANSAS: *Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule*, siehe auch Tabelle B.1)

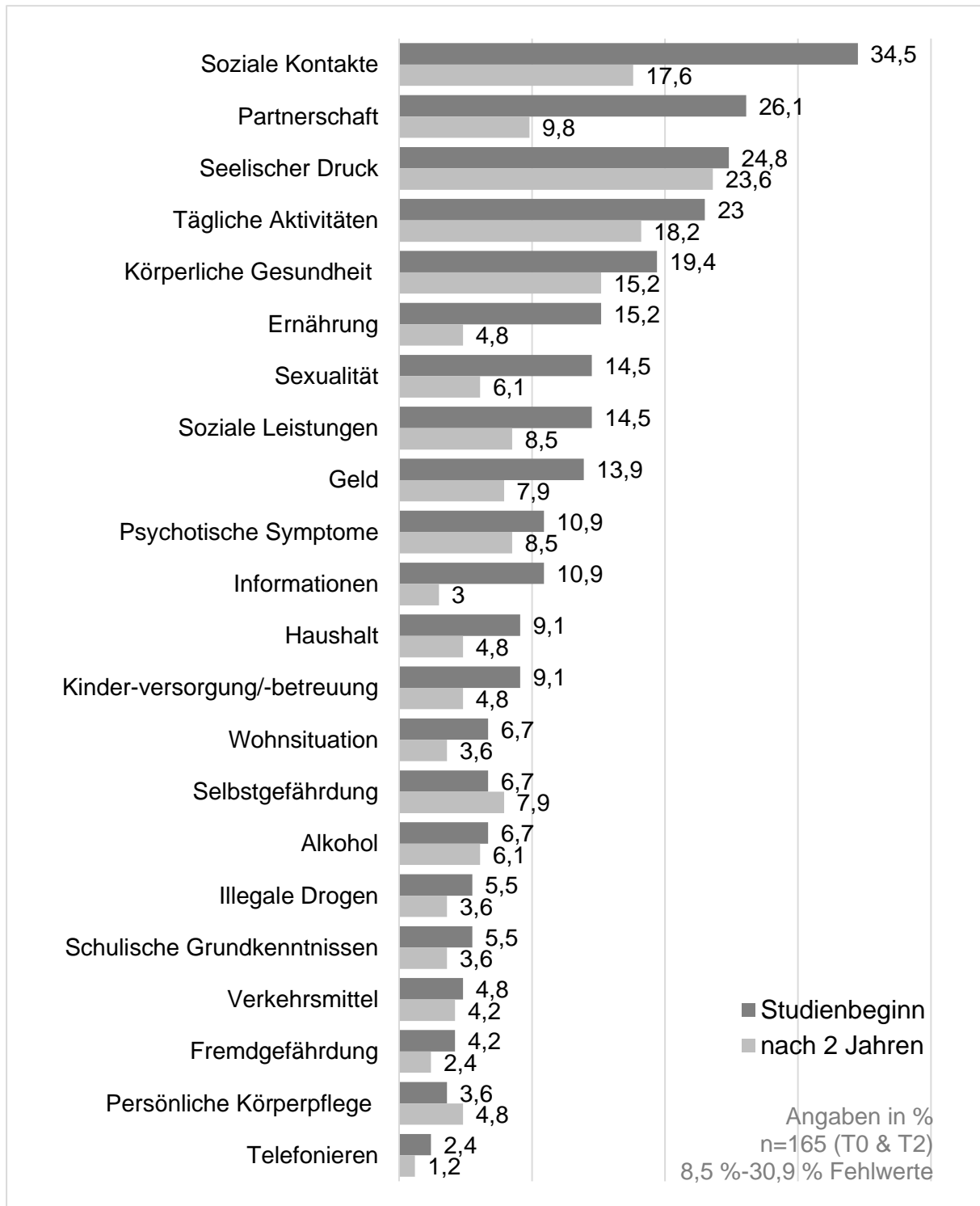


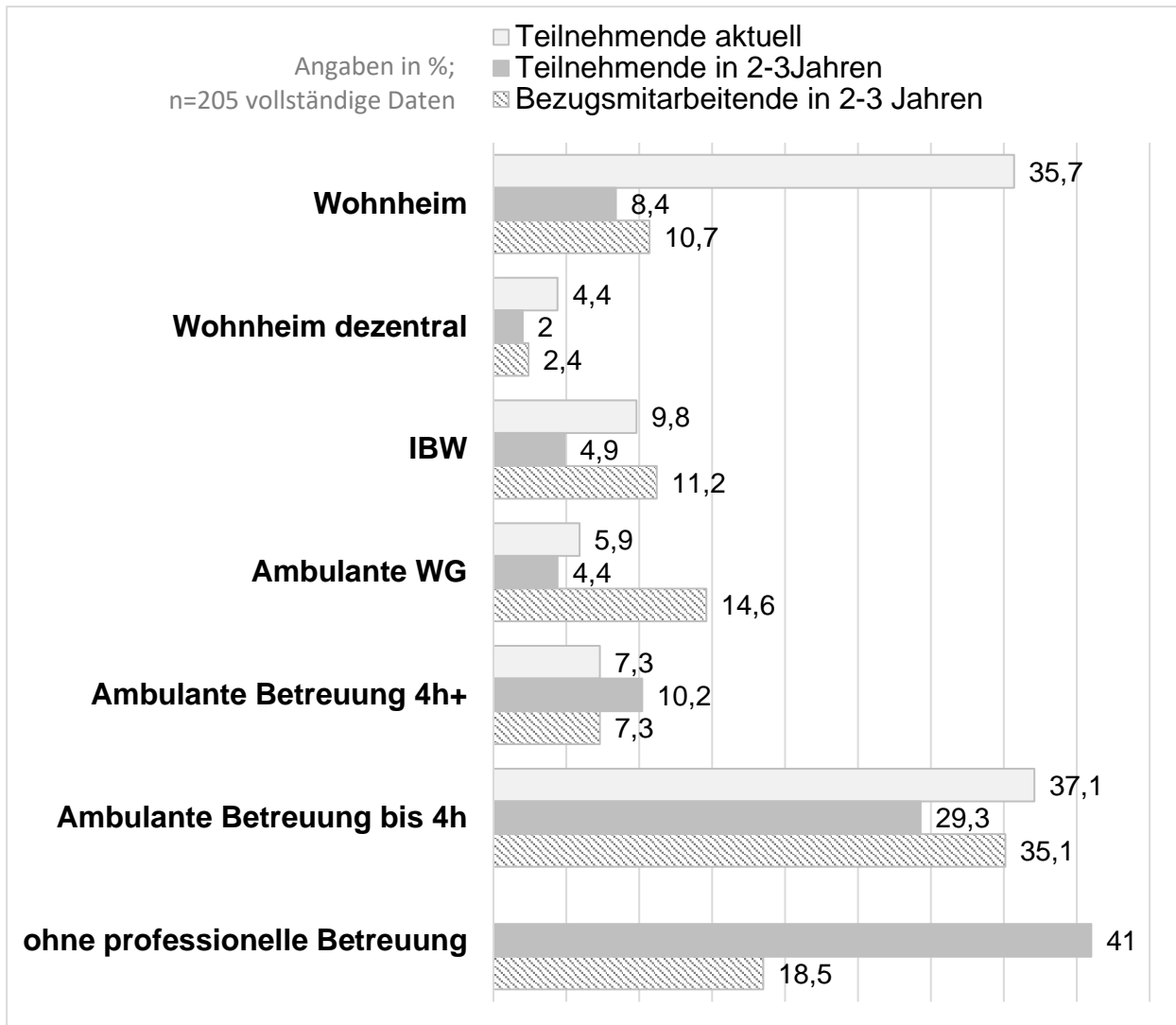
**Tabelle 6** Deskriptive Daten zum Unterstützungsbedarf laut CANSAS

| Lebensbereich nach CANSAS<br>(Camberwell Assessment of Need<br>Short Appraisal Schedule) | Kategorien               | stationär<br>(n=104) |        | ambulant<br>(n=153) |        | gesamt<br>(N=257) |        |
|--|--------------------------|----------------------|--------|---------------------|--------|-------------------|--------|
|  |                          |                      |        |                     |        |                   |        |
| <b>Wohnsituation</b>   | kein Problem             | 27                   | 26,0 % | 67                  | 43,8 % | 94                | 36,6 % |
|  | kein/geringes Problem... | 69                   | 66,3 % | 57                  | 37,3 % | 126               | 49,0 % |
|  | ernstes Problem          | 1                    | 1,0 %  | 15                  | 9,8 %  | 16                | 6,2 %  |
| <b>Ernährung</b>   | kein Problem             | 52                   | 50,0 % | 83                  | 54,2 % | 135               | 52,5 % |
|  | kein/geringes Problem... | 38                   | 36,5 % | 27                  | 17,6 % | 65                | 25,3 % |
|  | ernstes Problem          | 6                    | 5,8 %  | 32                  | 20,9 % | 38                | 14,8 % |
| <b>Haushalt</b>  | kein Problem             | 54                   | 51,9 % | 74                  | 48,4 % | 128               | 49,8 % |
|  | kein/geringes Problem... | 34                   | 32,7 % | 47                  | 30,7 % | 81                | 31,5 % |
|  | ernstes Problem          | 4                    | 3,8 %  | 20                  | 13,1 % | 24                | 9,3 %  |
| <b>Körperpflege</b>  | kein Problem             | 83                   | 79,8 % | 120                 | 78,4 % | 203               | 79,0 % |
|  | kein/geringes Problem... | 10                   | 9,6 %  | 13                  | 8,5 %  | 23                | 8,9 %  |
|  | ernstes Problem          | 1                    | 1,0 %  | 7                   | 4,6 %  | 8                 | 3,1 %  |
| <b>Tägliche Aktivitäten</b>  | kein Problem             | 21                   | 20,2 % | 56                  | 36,6 % | 77                | 30,0 % |
|  | kein/geringes Problem... | 58                   | 55,8 % | 41                  | 26,8 % | 99                | 38,5 % |
|  | ernstes Problem          | 14                   | 13,5 % | 44                  | 28,8 % | 58                | 22,6 % |
| <b>Körperliche Gesundheit</b>  | kein Problem             | 39                   | 37,5 % | 44                  | 28,8 % | 83                | 32,3 % |
|  | kein/geringes Problem... | 44                   | 42,3 % | 67                  | 43,8 % | 111               | 43,2 % |
|  | ernstes Problem          | 11                   | 10,6 % | 30                  | 19,6 % | 41                | 16,0 % |
| <b>Psychotische Symptome</b>   | kein Problem             | 61                   | 58,7 % | 106                 | 69,3 % | 167               | 65,0 % |
|  | kein/geringes Problem... | 19                   | 18,3 % | 24                  | 15,7 % | 43                | 16,7 % |
|  | ernstes Problem          | 12                   | 11,5 % | 11                  | 7,2 %  | 23                | 8,9 %  |
| <b>Infos zu Erkrankung und Behandlung</b><br>(10,9 % unklar/fehlend)                     | kein Problem             | 64                   | 61,5 % | 89                  | 58,2 % | 153               | 59,5 % |
|  | kein/geringes Problem... | 13                   | 12,5 % | 31                  | 20,3 % | 44                | 17,1 % |
|  | ernstes Problem          | 15                   | 14,4 % | 17                  | 11,1 % | 32                | 12,5 % |
| <b>Seelischer Druck</b>  | kein Problem             | 27                   | 26,0 % | 16                  | 10,5 % | 43                | 16,7 % |
|  | kein/geringes Problem... | 52                   | 50,0 % | 80                  | 52,3 % | 132               | 51,4 % |
|  | ernstes Problem          | 16                   | 15,4 % | 45                  | 29,4 % | 61                | 23,7 % |
| <b>Selbstgefährdung</b>  | kein Problem             | 74                   | 71,2 % | 91                  | 59,5 % | 165               | 64,2 % |
|  | kein/geringes Problem... | 13                   | 12,5 % | 37                  | 24,2 % | 50                | 19,5 % |
|  | ernstes Problem          | 7                    | 6,7 %  | 11                  | 7,2 %  | 18                | 7,0 %  |
| <b>Fremdgefährdung</b>   | kein Problem             | 86                   | 82,7 % | 118                 | 77,1 % | 204               | 79,4 % |
|  | kein/geringes Problem... | 6                    | 5,8 %  | 15                  | 9,8 %  | 21                | 8,2 %  |
|  | ernstes Problem          | 2                    | 1,9 %  | 6                   | 3,9 %  | 8                 | 3,1 %  |
| <b>Alkohol</b><br>(Cave: 11,3 % unklar/fehlend)  | kein Problem             | 51                   | 49,0 % | 108                 | 70,6 % | 159               | 61,9 % |
|  | kein/geringes Problem... | 31                   | 29,8 % | 19                  | 12,4 % | 50                | 19,5 % |
|  | ernstes Problem          | 9                    | 8,7 %  | 10                  | 6,5 %  | 19                | 7,4 %  |
| <b>Illegale Drogen</b>   | kein Problem             | 66                   | 63,5 % | 120                 | 78,4 % | 186               | 72,4 % |
|  | kein/geringes Problem... | 18                   | 17,3 % | 11                  | 7,2 %  | 29                | 11,3 % |
|  | ernstes Problem          | 9                    | 8,7 %  | 8                   | 5,2 %  | 17                | 6,6 %  |
| <b>Sozialkontakte</b>  | kein Problem             | 32                   | 30,8 % | 59                  | 38,6 % | 91                | 35,4 % |
|  | kein/geringes Problem... | 38                   | 36,5 % | 32                  | 20,9 % | 70                | 27,2 % |
|  | ernstes Problem          | 25                   | 24,0 % | 50                  | 32,7 % | 75                | 29,2 % |
| <b>Partnerschaft</b><br>(Cave: 17,5 % unklar/fehlend)                                    | kein Problem             | 48                   | 46,2 % | 69                  | 45,1 % | 117               | 45,5 % |
|  | kein/geringes Problem... | 8                    | 7,7 %  | 15                  | 9,8 %  | 23                | 8,9 %  |
|  | ernstes Problem          | 27                   | 26,0 % | 45                  | 29,4 % | 72                | 28,0 % |
| <b>Sexualität</b><br>(Cave: 26,5 % unklar/fehlend)                                       | kein Problem             | 52                   | 50,0 % | 79                  | 51,6 % | 131               | 51,0 % |
|  | kein/geringes Problem... | 11                   | 10,6 % | 12                  | 7,8 %  | 23                | 8,9 %  |
|  | ernstes Problem          | 13                   | 12,5 % | 22                  | 14,4 % | 35                | 13,6 % |
| <b>Kinder</b><br>(Cave: 10,1 % unklar/fehlend)   | kein Problem             | 80                   | 76,9 % | 113                 | 73,9 % | 193               | 75,1 % |
|  | kein/geringes Problem... | 4                    | 3,8 %  | 12                  | 7,8 %  | 16                | 6,2 %  |
|  | ernstes Problem          | 10                   | 9,6 %  | 12                  | 7,8 %  | 22                | 8,6 %  |
| <b>Schulische Grundkenntnisse</b>  | kein Problem             | 85                   | 81,7 % | 111                 | 72,5 % | 196               | 76,3 % |
|  | kein/geringes Problem... | 4                    | 3,8 %  | 23                  | 15,0 % | 27                | 10,5 % |
|  | ernstes Problem          | 5                    | 4,8 %  | 7                   | 4,6 %  | 12                | 4,7 %  |
| <b>Telefonieren</b>  | kein Problem             | 88                   | 84,6 % | 137                 | 89,5 % | 225               | 87,5 % |
|  | kein/geringes Problem... | 2                    | 1,9 %  | 4                   | 2,6 %  | 6                 | 2,3 %  |
|  | ernstes Problem          | 4                    | 3,8 %  | 1                   | 0,7 %  | 5                 | 1,9 %  |
| <b>Verkehrsmittel</b>  | kein Problem             | 86                   | 82,7 % | 120                 | 78,4 % | 206               | 80,2 % |
|  | kein/geringes Problem... | 2                    | 1,9 %  | 14                  | 9,2 %  | 16                | 6,2 %  |
|  | ernstes Problem          | 7                    | 6,7 %  | 8                   | 5,2 %  | 15                | 5,8 %  |
| <b>Geld</b>  | kein Problem             | 41                   | 39,4 % | 67                  | 43,8 % | 108               | 42,0 % |
|  | kein/geringes Problem... | 44                   | 42,3 % | 48                  | 31,4 % | 92                | 35,8 % |
|  | ernstes Problem          | 8                    | 7,7 %  | 26                  | 17,0 % | 34                | 13,2 % |
| <b>Sozialleistungen</b>  | kein Problem             | 64                   | 61,5 % | 89                  | 58,2 % | 153               | 59,5 % |
|  | kein/geringes Problem... | 15                   | 14,4 % | 33                  | 21,6 % | 48                | 18,7 % |
|  | ernstes Problem          | 15                   | 14,4 % | 17                  | 11,1 % | 32                | 12,5 % |

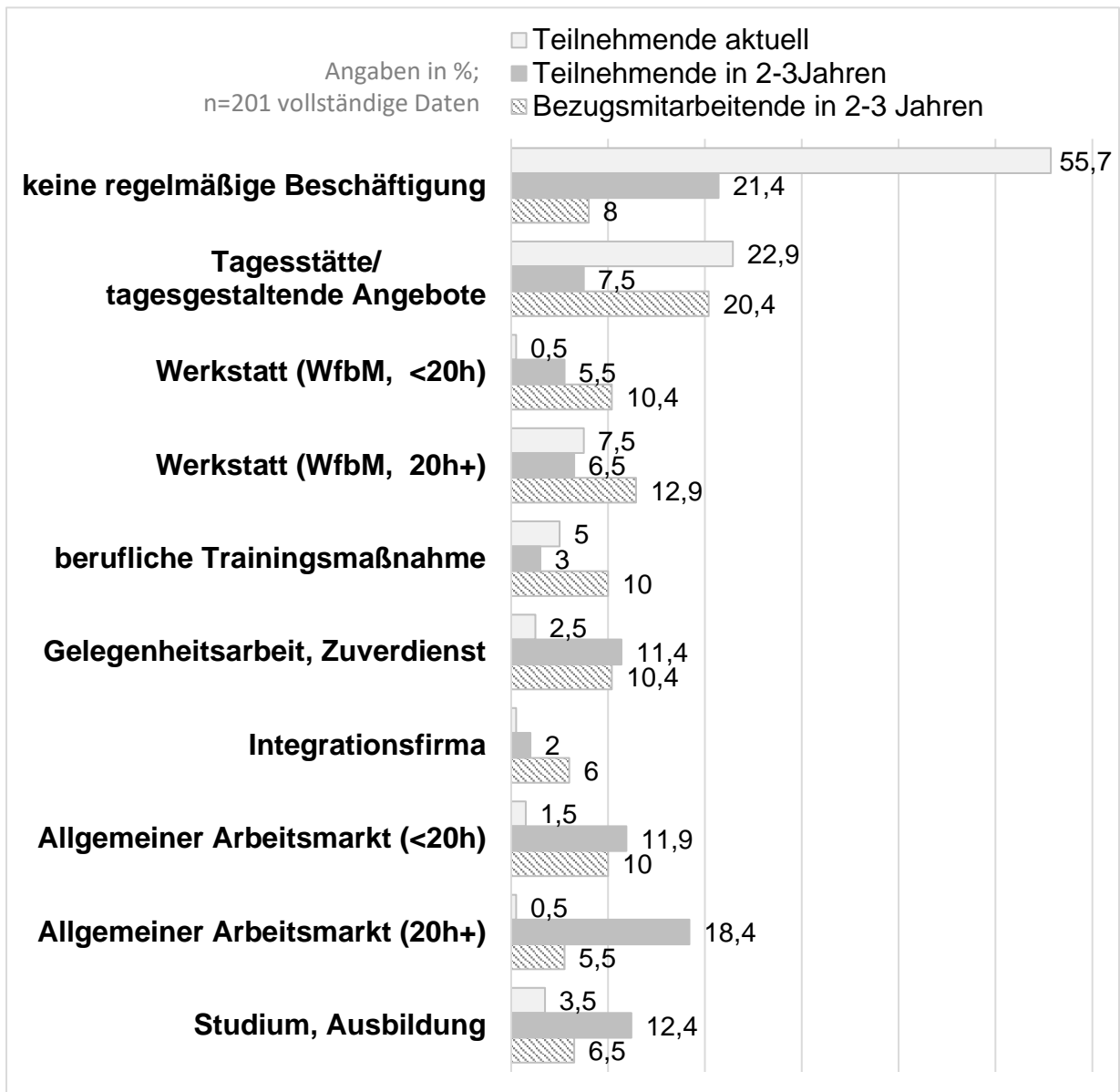
Anmerkungen: <sup>1</sup> „kein/geringes Problem, weil Hilfe geleistet wird“, <sup>2</sup> ohne „keine Angabe/unklar/fehlend“ (= Rest zu 100 %)

**Abbildung 5** Als „ernstes Problem“ identifizierter Unterstützungsbedarf in verschiedenen Lebensbereichen zu Studienbeginn und nach 2 Jahren (aus dem CANSAS: *Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule*)

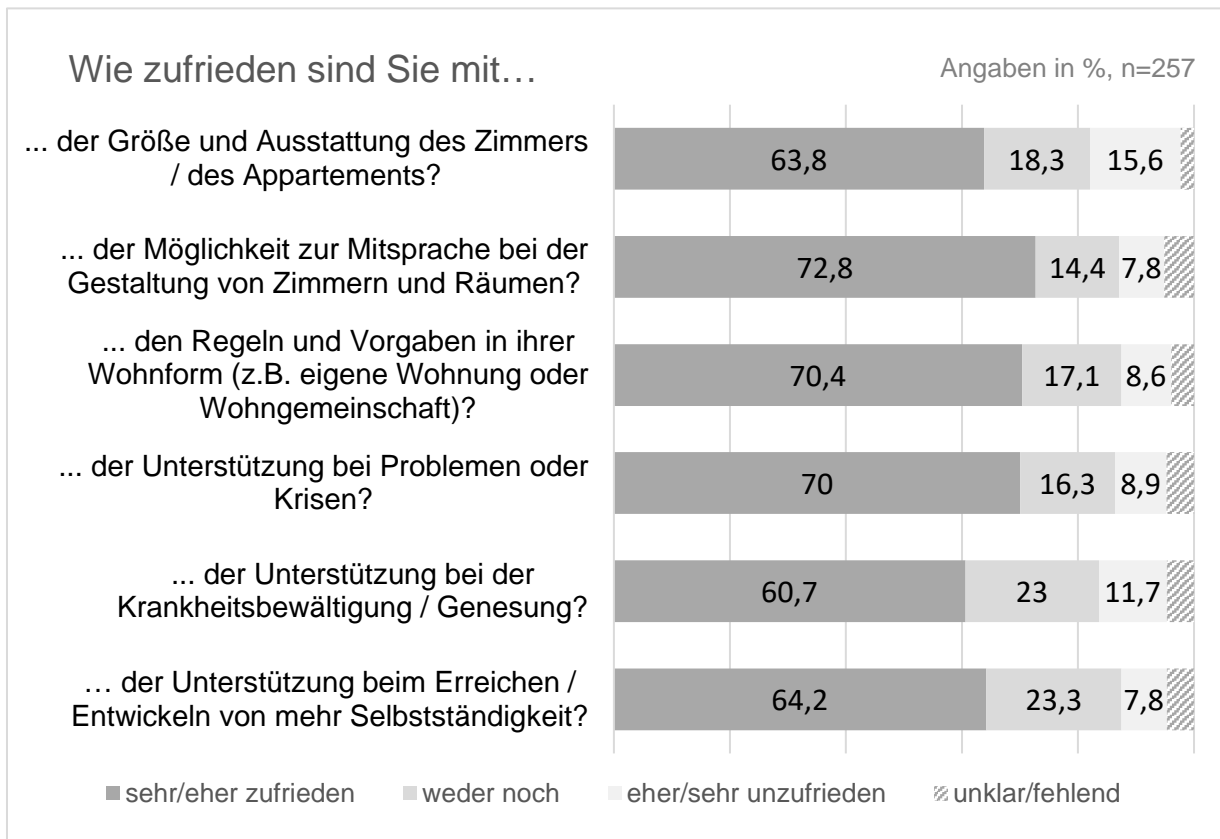




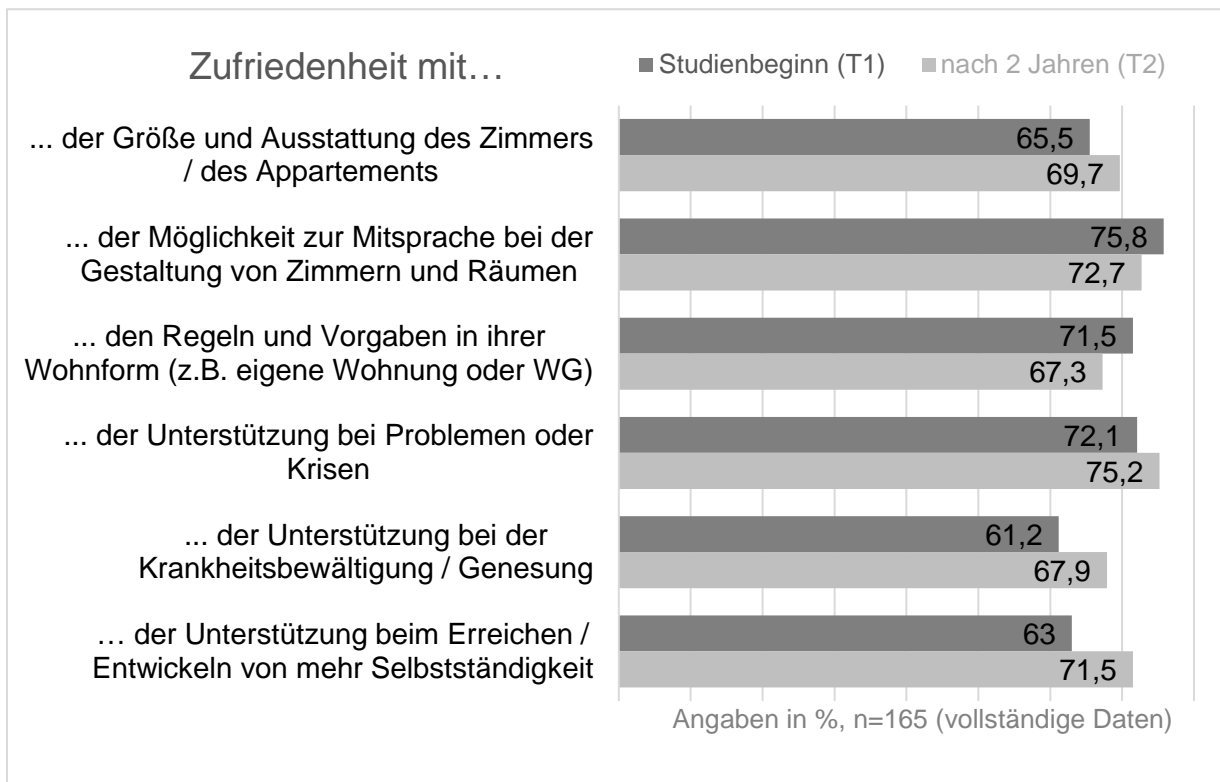
**Abbildung 6** Perspektiven im Bereich Wohnen – Ausgangssituation zu Studienbeginn und Erwartungen aus Sicht der Teilnehmenden und ihrer Bezugspersonen



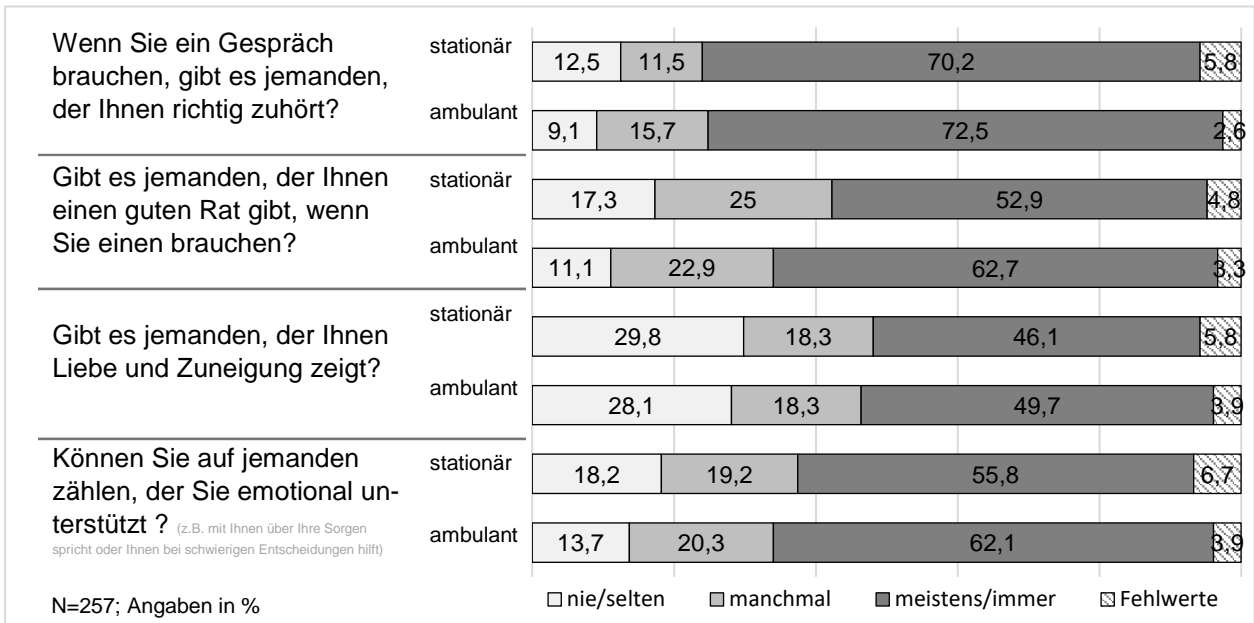
**Abbildung 7** Perspektiven im Bereich Arbeit – Ausgangssituation und Erwartungen aus Sicht der Teilnehmenden und ihrer Bezugspersonen zu Studienbeginn



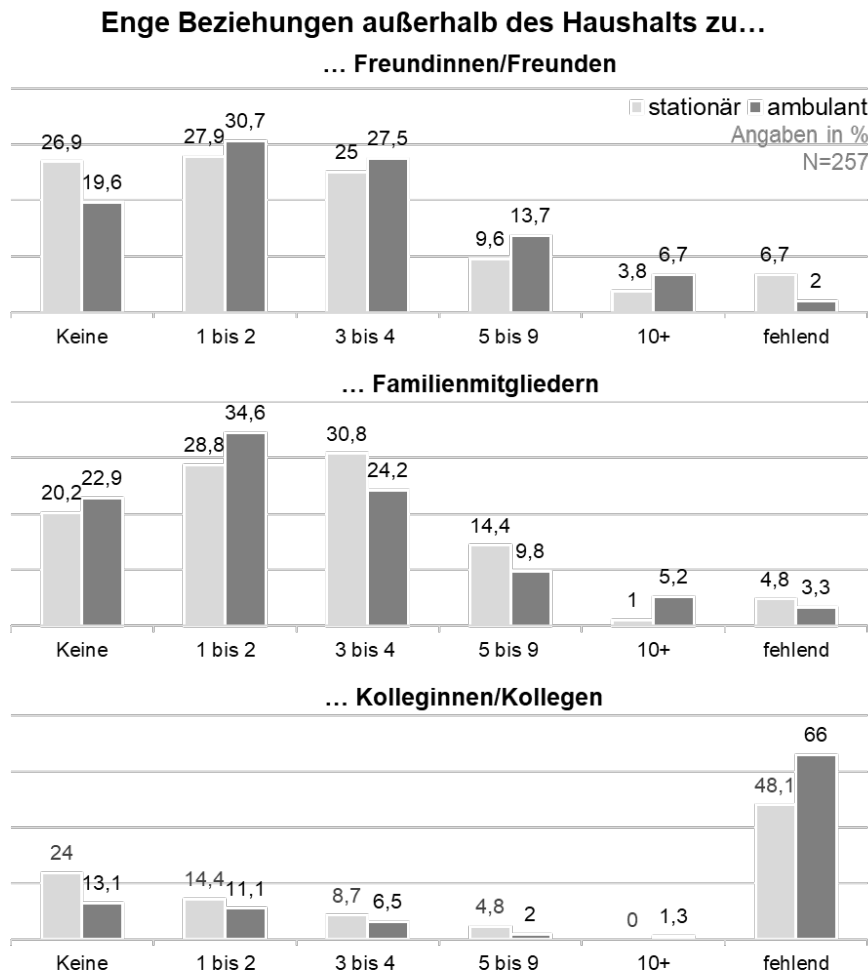
**Abbildung 8** Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen mit verschiedenen Wohnbedingungen und Unterstützungsbereichen bei Studienbeginn



**Abbildung 9** Vergleich der Zufriedenheit der Klienten und Klientinnen mit verschiedenen Wohnbedingungen und Unterstützungsbereichen bei Studienbeginn und nach 2 Jahren



**Abbildung 10** Einschätzung der Verfügbarkeit sozialer und emotionaler Unterstützung aus Sicht der Teilnehmenden zu Studienbeginn



**Abbildung 11** Anzahl an Personen zu denen eine enge Beziehung besteht aus Sicht der Studienteilnehmenden bei Studienbeginn