

FORSCHUNG FÜR DIE PRAXIS
HOCHSCHULSCHRIFTEN

Ingmar Steinhart;
Günther Wienberg (Hg.)

Selbstbestimmtes Wohnen mit Assistenz

Die WIE-WOHNEN-Studien

Psychiatrie
Verlag



Ingmar Steinhart, Günther Wienberg (Hg.)

Selbstbestimmtes Wohnen mit Assistenz

Die WiEWohnen-Studien

Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart, Diplom-Psychologe, war Vorstand der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel und ist heute Direktor des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., An-Institut der Universität Greifswald.

Prof. Dr. P. H. Günther Wienberg, Diplom-Psychologe, war Vorstand der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel und ist heute Mitglied des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., An-Institut der Universität Greifswald.

Ingmar Steinhart, Günther Wienberg (Hg.)

Selbstbestimmtes Wohnen mit Assistenz

Die WiEWohnen-Studien

Forschung für die Praxis

Psychiatrie Verlag

Ingmar Steinhart, Günther Wienberg (Hg.)

Selbstbestimmtes Wohnen mit Assistenz

Die WiEWohnen-Studien

1. Auflage 2024

ISBN-Print: 978-3-96605-277-1

ISBN-E-Book: 978-3-96605-298-6

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

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

1. Auflage

© Psychiatrie Verlag, Köln 2024

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil dieses Werkes darf ohne Zustimmung des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.

Umschlagkonzeption und -gestaltung: Dorothea Posdiena, Dortmund

Satz: Psychiatrie Verlag, Köln

Druck: Plump Druck & Medien GmbH, Rheinbreitbach

Psychiatrie-Verlag im Internet: www.psychiatrie-verlag.de

Vorwort	7
Selbstbestimmtes Wohnen mit Assistenz für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Lessons learned für die Praxis, die Politik und die Wissenschaft <i>Ingmar Steinhart und Günther Wienberg</i>	9
Wohnunterstützung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen Zum Stand der Dinge in Deutschland <i>Günther Wienberg</i>	21
Zur Wirksamkeit der Wohnunterstützung Der Stand der Forschung <i>Günther Wienberg und Dirk Richter</i>	31
Die Studienteilnahme aus Sicht der Befragten Warum nehmen Menschen mit psychischen Erkrankungen an Forschungsprojekten teil und wie geht es ihnen dabei? <i>Lorenz B. Dehn, Martin Driessen, Thomas Beblo und Ingmar Steinhart</i>	41
Ein Jahr Wohnen mit Assistenz – und dann? Multizentrische Ergebnisse zu Veränderung von sozialer Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Wahrnehmung von Teilhabechancen und Unterstützungsbedarf <i>Susanne Jaeger, Sonja Mötteli, Christine Adamus, Dirk Richter, Matthias Jäger, Lorenz B. Dehn, Thomas Beblo, Günther Wienberg, Martin Driessen, Tilman Steinert, Sabine Herpertz, Julia Schreiter, Sarah Jenderny, Ingmar Steinhart</i>	49
Wie wirkt Wohnunterstützung? Eine zweijährige Evaluationsstudie zu wohnbezogenen Assistenzleistungen in Nordrhein-Westfalen <i>Lorenz B. Dehn, Thomas Beblo, Günther Wienberg, Martin Driessen, Ingmar Steinhart</i>	66
Wie erleben Nutzende intensive Formen der Wohnunterstützung? Eine qualitative Studie zu Motiven, Zielen und Erwartungen psychisch erkrankter Menschen <i>Julia Grochtmann, Günther Wienberg, Martin Driessen, Ingmar Steinhart</i>	77
Was wirkt beim unterstützten Wohnen? Eine qualitative Studie zu den Erfahrungen von Nutzenden, Leistungserbringern und Leistungsträgern <i>Susanne Jaeger, Johannes Gnauck, Tilman Steinert</i>	86

Wohncoaching für Menschen mit schweren psychischen Einschränkungen Ergebnisse aus der Schweiz <i>Sonja Mötteli, Christine Adamus, Matthias Jäger, Dirk Richter</i>	97
Die Perspektive der Mitarbeitenden Welche Herausforderungen sehen die Kolleginnen und Kollegen im Betreuten Wohnen? <i>Christine Adamus, Jovin Alpiger, Dirk Richter, Matthias Jäger, Sonja Mötteli</i>	103
Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung als zentrale Funktion Gemeindepsychiatrischer Zentren Ein Modell aus Niedersachsen <i>Günther Wienberg, Jochen Ostermann, Franziska Myszor, Ansgar Piel, Anke Bramesfeld, Ingmar Steinhart</i>	110
Qualitätskriterien für selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung Die »Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)« <i>Günther Wienberg, Dirk Richter, Franziska Myszor, Ingmar Steinhart</i>	119
Die Wirksamkeit von Wohninterventionen im Kontext der psychiatrischen Versorgung Gibt es einen methodischen State of the Art? <i>Dirk Richter, Matthias Jäger, Sonja Mötteli, Christine Adamus</i>	127
Hinweise zu den Autorinnen und Autoren	143

Vorwort

Es ist eines der bedeutendsten Ergebnisse der Psychiatriereform, die in Deutschland vor rund fünfzig Jahren begann, die Unterstützung von Menschen mit schweren und längerfristigen psychischen Erkrankungen im Alltagsleben aus den psychiatrischen Großanstalten zurück in die kommunalen Lebenswelten verlagert zu haben. Heute werden fast drei Viertel der Betroffenen in ihrer eigenen Häuslichkeit und etwa ein Viertel in sogenannten besonderen Wohnformen unterstützt, bei denen gemeindeferne Großeinrichtungen nur mehr eine untergeordnete Rolle spielen. In Deutschland handelt es sich dabei aktuell um insgesamt mehr als 240.000 Menschen, die »Leistungen der Assistenz zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltags« (wie es in § 78 des deutschen Sozialgesetzbuches IX heißt) in Anspruch nehmen. Diese Entwicklung entspricht den Vorgaben der UN-Konvention für die Rechte der Menschen mit Behinderungen, auch wenn deren volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe bis heute längst nicht in allen Aspekten realisiert ist. Die Assistenz ist inzwischen gleichwohl eine der wichtigsten Sektoren und Ressourcen der psychiatrischen Behandlungs- und Teilhabeleistungen. Umso erstaunlicher muss die Tatsache erscheinen, dass es im deutschsprachigen Raum bis heute fast keine methodisch fundierten Forschungen darüber gibt, wie wirksam die Assistenzleistungen eigentlich sind. Und wenn man nach der Wirksamkeit fragt, dann geht es in erster Linie darum, ob die Unterstützung dazu beiträgt, das Ausmaß der sozialen Teilhabe der Nutzenden mindestens zu erhalten, möglichst aber zu verbessern.

Ziel des Forschungsverbundes zur »Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen« (WiEWohnen) war es, diesem Forschungs- und Erkenntnisdefizit ein Stück weit abzu- helfen. Die Beiträge in diesem Band stellen die wichtigsten Ergebnisse der Einzelstudien des Verbundes dar, die in drei deutschen Bundesländern – Baden-Württemberg, Mecklenburg-Vorpommern und Nordrhein-Westfalen – sowie in der Schweiz zwischen 2017 und 2022 geplant und durchgeführt wurden. Das erste Kapitel (Steinhart und Wienberg) gibt einen Überblick über die Ergebnisse und leitet daraus thesenhaft Konsequenzen für Praxis, Sozialpolitik und die zukünftige Forschung ab. Die Einzelstudien zur Wirksamkeit haben einen identischen Satz von Erhebungsmethoden eingesetzt, was die Ergebnisse auf eine breite empirische Grundlage stellt. Neben den Wirksamkeitsstudien wurden im Verbund qualitative Studien durchgeführt: zu den Wirkungen der Assistenz aus Sicht der Nutzenden, zu den Erwartungen und Erfahrungen von Nutzenden intensiver Formen der Wohnunterstützung sowie dazu, wie

Nutzende selbst ihre Teilnahme als Probanden an wissenschaftlichen Studien bewerten. Ein weiterer Beitrag beleuchtet die Perspektive der Mitarbeitenden. Zwei weitere Studien beschreiben die Entwicklung einer Skala zur Messung der Struktur- und Prozessqualität von Angeboten der Wohnunterstützung sowie die Entwicklung eines Standards der Struktur- und Prozessqualität Gemeindepsychiatrischer Zentren. In diesen Zentren oder ähnlichen Diensten sollen Behandlungs- und Assistenzleistungen in ambulanten, multiprofessionellen und mobilen gemeindepsychiatrischen Teams integriert erbracht werden. Sie sollen so einen Beitrag zur Operationalisierung zentraler Empfehlungen der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« leisten (vgl. DGPPN 2019).

Die Herausgeber danken allen Kolleginnen und Kollegen für die tolle Zusammenarbeit im Forschungsverbund WiEWohnen sowie für ihre Beiträge zu diesem Band sehr herzlich. Wir danken auch den Kolleginnen und Kollegen in den Assistenzeinrichtungen und -diensten, die die nicht immer leichte Aufgabe, die Studienanforderungen mit ihrem Praxisalltag zu synchronisieren, geduldig und konstruktiv bewältigt haben. Als Leiter bzw. Koordinator der Forschungsgruppe WiEWohnen NRW (vgl. die Beiträge von Dehn, Driessen u. a., Dehn, Beblo u. a., Grochtmann u. a. sowie Wienberg, Richter u. a.) bedanken wir uns schließlich für die großzügige Förderung des Projekts durch die Stiftung Wohlfahrtspflege des Landes Nordrhein-Westfalen und die finanzielle Unterstützung durch die Stiftung Bethel, Stiftungsbereich Bethel.regional.

Schließlich ein Hinweis an die Leserin, den Leser: Die Studien haben in zwei Ländern mit unterschiedlichen sozialrechtlichen (Sprach-)Regelungen für die Wohnunterstützung stattgefunden und decken einen Zeitraum von fast fünf Jahren ab. In diesem Zeitraum hat die Wohnunterstützung in Deutschland durch das Bundesteilhabegesetz einen neuen sozialrechtlichen Rahmen erhalten, der auch zu einer Veränderung zentraler Begrifflichkeiten geführt hat. Wir haben jedoch darauf verzichtet, die Nomenklatur zwischen den Ländern und über die Zeit hinweg anzugleichen, was die begriffliche Verwirrung wahrscheinlich eher erhöht als vermindert hätte. Inhaltlich geht es immer um das Gleiche: Die Unterstützung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen bei der möglichst eigenständigen und selbstbestimmten Bewältigung ihres Alltags.

Ingmar Steinhart und Günther Wienberg
Juni 2024

Selbstbestimmtes Wohnen mit Assistenz für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Lessons learned für die Praxis, die Politik und die Wissenschaft

Ingmar Steinhart und Günther Wienberg

Im vorliegenden Band werden die Ergebnisse eines Forschungsverbundes zur Assistenz beim Wohnen dokumentiert. Die Studien fanden in der Schweiz und in drei deutschen Bundesländern statt und wurden inhaltlich und methodisch eng aufeinander abgestimmt.

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Ergebnisse des Verbundes zusammengefasst und es werden daraus Schlussfolgerungen für die Praxis der Assistenz, für die Sozialpolitik sowie für die künftige Forschung abgeleitet.

Ausgangslage

Das in diesem Buch vertretene Autorenkonsortium aus der Schweiz und mehreren deutschen Bundesländern hatte es sich zur Aufgabe gemacht, gemeinsam und in enger Abstimmung die Wohnforschung in Bezug auf Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im deutschsprachigen Raum einen Schritt voranzubringen. Das ambulant betreute Wohnen und das Wohnen im Heim – so die Begrifflichkeiten vor der Reform der Eingliederungshilfe in Deutschland – standen bisher wenig bis gar nicht im Fokus der psychiatrischen Versorgungsforschung, obwohl die Eingliederungshilfe mit einem Anteil von 50 % an den Ausgaben für Rehabilitation und Teilhabe der größte Rehaträger ist (BAR 2023). Mittlerweise sind zwar zahlreiche Einzelergebnisse aus der mehrjährigen Zusammenarbeit des Konsortiums in Fachzeitschriften publiziert, mit den Artikeln in diesem Buch sollten die Ergebnisse aber einmal im Überblick dargestellt und der erreichte Wissensstand bewertet werden. Dieser beruht auf einem im deutschsprachigen Raum bisher nicht erreichten methodischen Niveau auf der Basis eines gemischten Methodenkoffers (mixed methods).

Parallel zur Planung und Umsetzung der Forschungsbemühungen des Konsortiums wurde in Deutschland mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) eine grundlegende Reform der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen realisiert, die zentrale Vorgaben der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen aufnahm und eine Grundlage für deren Umsetzung in die Versorgungspraxis schaffen sollte. Dies betrifft u. a. die Forderung, dass Menschen mit Behinderungen frei wählen können müssen, wo und mit wem sie wohnen, und nicht mehr gezwungen werden dürfen, in besonderen Wohnformen (früher: Heimen) zu leben. Dies kollidiert mit einer Versorgungspraxis in Deutschland, in der aktuell weiterhin mehr als 50.000 Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in besonderen Wohnformen leben, davon ca. 10 % hinter geschlossenen Türen (BAGüS 2024; Steinhart u. a. 2021). Darüber hinaus herrscht selbst in der Fachöffentlichkeit immer noch die Überzeugung vor, dass nur Menschen mit leichteren Beeinträchtigungen in ihrer eigenen Häuslichkeit unterstützt werden können und Menschen mit schwereren Beeinträchtigungen besser in besonderen Wohnformen untergebracht sind. Die einzige empirische Studie dazu aus dem deutschsprachigen Raum findet jedoch keinen systematischen Zusammenhang zwischen Ausmaß der Beeinträchtigungen der Nutzenden und der Art des Unterstützungssettings (Valdes-Stauber & Kilian 2015). In jedem Fall fehlen zuverlässige und valide Indikatoren, die eine Zuordnung von Nutzenden zu Unterstützungssettings begründen könnten. Zur Versorgungsrealität gehört außerdem, dass psychiatrische Kliniken wieder mehr zu Asylen zur Unterbringung von »neuen Langzeitpatienten« werden, die von den bestehenden Assistenzangeboten nicht erreicht werden, und dass von verschiedenen Seiten, insbesondere den psychiatrischen Kliniken, immer nachdrücklicher der Bedarf nach (noch) mehr Plätzen zur geschlossenen Unterbringung von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen artikuliert wird (Jenderny, Claus, Falkai et al. 2024; Jenderny, Claus, Wilms et al. 2024).

Parallel dazu hat die Reform des deutschen Sozialgesetzbuchs IX durch das BTHG die »Wirkungen« sowie die »Wirksamkeit« von Assistenzleistungen für Menschen mit Behinderungen zum Thema gemacht. Erstere beziehen sich auf den Grad der Umsetzung der im Rahmen der individuellen Teilhabeplanung vereinbarten Ziele, Letztere auf die generelle Wirksamkeit von Teilhabeleistungen in Bezug auf größere Gruppen von Nutzenden. Dabei bleibt im Gesetz selbst offen, mit welchen Instrumenten und Methoden insbesondere die Wirksamkeit in der Praxis erhoben und bewertet werden soll. Die Landesrahmenvereinbarungen zur Umsetzung des BTHG in die Praxis sehen hierzu entweder kaum konkrete oder nur sehr bescheidene Ansätze vor, die als Grundlage für wissenschaftlich fundierte Analysen der Ergebnisqualität von Teilhabeleistungen untauglich erscheinen.

Soweit der sozialpolitische Hintergrund, auf den die Ergebnisse der in diesem Buch zusammenfassend dargestellten Forschungsergebnisse zur Assistenz beim Wohnen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen projiziert werden müssen.

Lessons learned für Praxis und Politik

Die Ergebnisse der in diesem Buch beschriebenen Studien können wie folgt zusammengefasst werden:

Assistenzleistungen beim Wohnen (in Deutschland Leistungen der Eingliederungshilfe) sind wirksam. Sie haben positive Effekte insbesondere auf das soziale Funktionsniveau, die erlebte psychische Belastung und die subjektive Lebensqualität. Und: Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die Assistenzleistungen beim Wohnen in Anspruch nehmen, werden nach Beginn der Assistenz erheblich seltener in psychiatrische Krankenhäuser aufgenommen als in dem entsprechenden Zeitraum davor (Dehn, Beblo u. a. sowie Jaeger, Mötteli u. a. in diesem Band).

Assistenz beim Wohnen in der eigenen Wohnung ist ebenso wirksam wie die Assistenz in besonderen Wohnformen. Wenn man Gruppen von Nutzenden miteinander vergleicht, die sich im Hinblick auf wichtige Merkmale wie Diagnose, Geschlecht und Dauer der Erkrankung nicht unterscheiden, zeigen sich nach zwei Jahren ähnliche Ergebnisse (Dehn, Beblo u. a. in diesem Band).

Die persönlichen Präferenzen der Klienten und Klientinnen sollten deshalb oberste Priorität bei der Wahl des Unterstützungssettings haben. Selbstbestimmung setzt Wahlmöglichkeiten voraus. Eine echte Wahl ist aber nur möglich, wenn tatsächlich mehrere Alternativen in der Heimatregion zur Verfügung stehen.

Die Ergebnisse des Konsortiums WiEWohnen bestätigen in wesentlichen Punkten die Evidenz aus internationalen Studien zur Wirksamkeit der Wohnunterstützung. Die Assistenz in der eigenen (Miet-)Wohnung ist mindestens so wirksam wie die in institutionellen Settings (Wienberg & Richter in diesem Band). Deshalb muss die herkömmliche »Rehakette« (erst trainieren, dann platzieren) vom Kopf auf die Füße gestellt werden: erst platzieren, dann trainieren. Will heißen: Erst wird den Menschen eine (Miet-)Wohnung zur Verfügung gestellt, dann werden sie dabei unterstützt, ihr Leben möglichst selbstbestimmt zu gestalten – unabhängig von der erforderlichen Intensität der Unterstützung

Nutzende der Wohnunterstützung erwarten von der Assistenz, dass sie ihnen Sicherheit gibt und zugleich Selbstständigkeit ermöglicht. Diese beiden Aspekte stehen in einem Spannungsverhältnis zueinander: Ein hohes Ausmaß an Selbstständigkeit ist mit Unsicherheit verbunden, ein hohes Maß an Sicherheit umgekehrt aber mit Unselbstständigkeit (Grochtmann u. a. in diesem Band). Inhaltlich sehr ähnliche Ergebnisse fanden sich in einer weiteren qualitativen Studie: Nutzende benötigen das Erleben von Selbstwirksamkeit und der existenziellen Absicherung (Jaeger, Gnauck und Steinert diesem Band). Eine der Kernanforderungen an Mitarbeitende im Feld der Assistenz zum Wohnen ist, entsprechende Bedürfnisse und Erwartungen differenziert wahrzunehmen und Nutzende dabei zu unterstützen, sie auszubalancieren.

Sicherheit und Schutz vermitteln kann auch die Unterstützung in einer besonderen Wohnform – im Einzelfall als kürzere, befristete Unterstützung im Übergang, für wenige

andere als längerfristige Wohnperspektive und Ort zum Leben. Damit aus offenen Lebenswegen keine Sackgassen werden, ist die Durchlässigkeit des Unterstützungssystems von großer Bedeutung. Dies gilt in beide Richtungen – von der eigenen Wohnung in die besondere Wohnform und umgekehrt – und es gilt sowohl für Klientinnen und Klienten als auch für Mitarbeitende.

Außerhalb besonderer Wohnformen bedeutet Sicherheit für Nutzende auch, dass das Assistenzangebot krisenfest ist. Es sollte also nicht nur innerhalb, sondern auch außerhalb besonderer Wohnformen 24/7 Unterstützungssicherheit gewährleisten und diese nicht an andere Instanzen (Kliniken, allgemeine Krisen- und Notdienste etc.) delegieren. Denn gerade in Krisen- und Ausnahmesituationen ist es wichtig, dass die inhaltliche und personelle Kontinuität erhalten bleibt und für die Krisenintervention nutzbar gemacht wird.

Trotz der Nutzung von Assistenzleistungen bestehen bei den Nutzenden auch nach zwei Jahren Assistenz beim Wohnen weiterhin ausgeprägte ungedeckte Bedarfe. Dies betrifft vor allem die sozialen Kontakte, den erlebten psychischen Druck und die körperliche Gesundheit (Jaeger, Mötteli u. a. in diesem Band). Dies unterstreicht die Notwendigkeit einer systematischen individuellen Bedarfserhebung und Unterstützungsplanung, die fortlaufend aktualisiert wird.

Eine durchgängig erhebliche Einschränkung der Teilhabe der Nutzenden zeigt sich im Bereich Arbeit und Beschäftigung. In der Bielefelder WiEWohnen-Stichprobe waren zu Beginn der Studie 55 % der Teilnehmenden ohne jegliche Ausbildung, Arbeit, Beschäftigung oder Tagesstrukturierung (Dehn, Beblo u. a. in diesem Band). In einer aktuellen Studie mit über 1.400 Klienten eines Gemeindepsychiatrischen Verbundes, die Wohnunterstützung außerhalb besonderer Wohnformen in Anspruch nehmen, verfügten 45 % über keinerlei Arbeit, Beschäftigung oder tagesstrukturierendes Angebot (Dehn u. a. 2023). Die mangelnde Berücksichtigung dieses Teilhabeaspektes muss als eines der größten Versäumnisse der aktuellen Sozialpsychiatrie angesehen werden.

In Deutschland fehlen Standards der Struktur- und Prozessqualität von Assistenzangeboten zum Wohnen. Dies ist nicht nur für die Qualitätsentwicklung in der Praxis ein Problem, sondern auch für die Forschung. Ihr fehlt damit ein Werkzeug, um Assistenzangebote vergleichend zu beschreiben. Im Projektverbund WiEWohnen ist es gelungen, mit der »Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen« (MSSW) ein Instrument zu entwickeln und zu erproben, das 31 operationalisierte und skalierbare Qualitätsindikatoren in fünf Dimensionen umfasst (Wienberg, Richter u. a. in diesem Band). Das Instrument eignet sich zur Selbst-, Peer- und Fremdevaluation. Ein erster wichtiger Schritt zur praktischen Umsetzung wäre die Selbstverpflichtung von Anbietern auf diesen Standard.

Die Assistenz beim Wohnen sollte in verbindlich organisierte ambulante, multiprofessionelle und mobile gemeindepsychiatrische Teams eingebunden sein. Diese sollten die medizinisch-psychiatrische und psychosoziale Versorgung »wie aus einer Hand« sicherstellen. In dem gegliederten deutschen Sozialrechtssystem ist die personenbezo-

gene Verknüpfung von Behandlung und Assistenz eine immer noch hochproblematISChe Schnittstelle mit vielfältigen Koordinationsproblemen und Kontinuitätsbrüchen. Die Empfehlungen 12 bis 14 der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« (DGPPN 2019) fordern deshalb auf der Basis solider internationaler Evidenz die flächendeckende Realisierung gemeindepsychiatrischer Teams, die sowohl die Behandlungs- als auch die Assistenzfunktion abdecken und die Versorgung aus einer Hand steuern. Eine notwendige Voraussetzung dafür ist die Entwicklung von Standards für die Struktur- und Prozessqualität dieser Teams. In Niedersachsen ist dies im Auftrag der Landesregierung geschehen (Wienberg, Ostermann u. a. in diesem Band).

Die Mitarbeitenden sind ein wesentlicher Faktor bei der Transformation des Systems. Die Einstellungen und Haltungen von Mitarbeitenden im bestehenden System, insbesondere in den besonderen Wohnformen, sind ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die notwendige Systemtransformation (Adamus u. a. in diesem Band). Sie müssen entsprechend geschult und gecoacht werden und sollten den Housing First-Ansatz überzeugend in der Praxis vertreten, damit sie den Schwerpunkt ihrer Arbeit in der Förderung von Selbstbestimmung und sozialer Inklusion sehen.

Zusammengenommen legen die Ergebnisse des Forschungsverbundes nahe, zukünftig noch stärker als bisher die Präferenzen der Nutzenden zu respektieren, echte Wahlmöglichkeiten zu gewährleisten und die Assistenz in der eigenen Wohnung unabhängig vom (flexibel zu steuernden) Unterstützungsbedarf in die Mitte des Schaufensters der Wohnunterstützung zu stellen. Besondere Wohnformen sind für viele ergänzende Angebote für den Übergang oder ein Ort zum Leben für wenige. Die Assistenz zum Wohnen für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen muss sich – auf der Basis der verfügbaren internationalen Evidenz – zu einem Baustein in einem integrierten ambulanten und mobilen gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell entwickeln.

Einerseits ist die Entwicklung des »ambulant Betreuten Wohnens« in den letzten Jahrzehnten ein echtes Erfolgsmodell, denn aktuell werden in Deutschland mehr als 70 % der Klientinnen und Klienten, die Leistungen der Assistenz beim Wohnen in Anspruch nehmen, in der eigenen (Miet-)Wohnung unterstützt. Andererseits wird diese Wohnung nicht selten vom Anbieter der Leistung und nur für die Dauer der Inanspruchnahme zur Verfügung gestellt. Und die Zahl der Plätze in besonderen Wohnformen ist im gleichen Zeitraum nicht etwa gesunken, sondern sogar leicht angestiegen. Wahlfreiheit ist außerdem nur eingeschränkt gegeben. Von den Teilnehmenden der Bielefelder WiEWohnen-Studien gab immerhin ein Drittel an, dass sie nicht frei darüber haben entscheiden können, in welchem Wohnsetting sie unterstützt werden (Wienberg & Steinhart 2021). Häufig entscheidet dann einfach der gerade freie Platz, die verfügbare Wohnung darüber, wo und von wem eine Klientin oder ein Klient Assistenz erhält.

Wenn die aus der UN-BRK abgeleiteten inhaltlichen Ziele des BTHG auf der Basis

der in diesem Buch beschrieben Forschungsergebnisse nachhaltig verwirklicht werden sollen, müssen drei notwendige Bedingungen erfüllt werden:

Zum einen geht es darum, die viel beschworene Personenzentrierung inhaltlich wirklich ernst zu nehmen und sie wirksam in praktisches Handeln umzusetzen. Der Wille des einzelnen Nutzenden, seine Bedarfe und Bedürfnisse müssen der Ausgangspunkt der Unterstützungsplanung, die darauf fußenden Maßnahmen passgenau und flexibel sein. Nutzende müssen echte Wahlmöglichkeiten haben, institutionelle, finanzierungstechnische und administrative Anforderungen und Dynamiken haben dabei zurückzustehen. Die Lage von Klientinnen und Klienten, die als »schwierig«, »störend«, »verhaltensauffällig«, »krankheitsuneinsichtig«, »nicht motiviert« etc. gelten, ist oft prekär. Diese »passen« dann oftmals nicht zum verfügbaren Angebot. In der Tat ist es bei einigen Klientinnen schwierig, gemeinsam ein jeweils passgenaues Unterstützungssetting zu entwickeln, aber genau das ist die Aufgabe. Die »Lösung« ist bisher jedoch noch zu oft, das Problem bzw. die Problemperson an andere Instanzen zu delegieren: an psychiatrische Krankenhäuser, die zunehmend über »heavy user« und »new longstay patients« klagen, an die Wohnungs- bzw. Obdachlosenhilfe, die es zu einem hohen Anteil mit schwer psychisch erkrankten Menschen zu tun hat, an die Justiz oder den Maßregelvollzug, an Pflegeeinrichtungen oder schlicht an vermeintlich »geeigneter« Settings in anderen, nicht selten fernen Regionen. Dies gilt besonders für Menschen, die – in der Regel vorübergehend – einen schützenden und kontrollierenden geschlossenen Rahmen benötigen. Diese Menschen gibt es in jeder Region in sehr geringer Zahl und die Tragfähigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems der jeweiligen Region erweist sich letztlich daran, ob auch sie die erforderliche Behandlung und Assistenz dort erhalten, wo sie es wünschen.

Damit kommt eine zweite Bedingung ins Spiel, die erfüllt sein muss, wenn die Ziele von UN-BRK und BTHG nachhaltig erreicht werden sollen: Das Prinzip der gemeinsamen regionalen Pflichtversorgung. Für psychiatrische Krankenhäuser ist dies obligatorisch und bundesweit gesetzlich bzw. auf dem Verordnungswege geregelt. Es gibt inzwischen zahlreiche Stimmen, die dafür eintreten, dieses Prinzip auch auf Leistungen der Eingliederungshilfe zu übertragen. Dabei ist zu beachten, dass die einzelnen Personen im Verlauf je unterschiedliche »Dosen« von Assistenz und Behandlung benötigen. Es muss also nach einer Lösung gesucht werden, die den regionalen Sicherstellungsauftrag am Ende als gemeinsame Aufgabe von Versorgungsklinik und Eingliederungshilfe definiert. Dafür haben aktuell die Sozialministerkonferenz und die Gesundheitsministerkonferenz der Länder einen gemeinsamen Auftrag erteilt. Hier wird auch zu prüfen sein, ob im SGB V und SGB IX Änderungen erforderlich sind oder ob auf Länderebene mit den zuständigen Leistungsträgern adäquate Lösungen gefunden werden können. Die aktuellen §§ 94 bis 96 SGB IX haben die Problematik bisher nicht umfassend lösen können. Wesentlich ist aber, dass als Erstes Transparenz hergestellt und ein entsprechendes verpflichtendes Controlling eingerichtet wird. So muss in einer Versorgungsregion jederzeit klar und transparent sein:

- welche Personen aktuell welches Assistenzangebot benötigen und wünschen,
- welche Personen innerhalb der Region fehlplatziert sind, d. h. einen Assistenzbedarf haben, aber kein geeignetes Angebot erhalten, und
- welche Personen außerhalb der Region unterstützt werden, weil es in der Region kein »geeignetes« Angebot gibt, sie aber ein solches wünschen.

Nur ein solches Controlling kann auf empirischer Basis aufzeigen, wie viele und welche Arten von Wohnformen, ggf. Nischenangebote oder auch Wohnangebote mit geschlossenem Charakter regional vorzuhalten sind, und kann sicherstellen, dass niemand aus den Augen, aus dem Sinn gerät. Diese Transparenz herzustellen, ist keineswegs trivial, sondern erzeugt fortlaufenden Aufwand, der in den Versorgungsregionen vor Ort zu leisten ist. Die Diskussion darum wird in Fachkreisen zwar teils intensiv geführt, überwiegend jedoch ausschließlich unter menschenrechtlichen Aspekten und ohne eine genaue, auch wissenschaftsbasierte Analyse der Situation der Betroffenen. Die Defizite diesbezüglich sind durchaus gravierend. So ist derzeit nicht bekannt, wie viele Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen wie lange und in welchen Regionen nach BGB § 1831 geschlossenen untergebracht sind. Ein entsprechendes Monitoring sollte gerade wegen der Schwere des Eingriffs selbstverständlich sein.

Schließlich eine dritte notwendige Bedingung dafür, dass das vom BTHG intendierte »neue« Assistenzparadigma beim Wohnen tatsächlich eine Chance auf Entfaltung hat: Es muss flächendeckend ausreichend passender Wohnraum zur Verfügung stehen. Dies scheint angesichts des dramatischen Mangels an Mietwohnungen in Deutschland gegenwärtig fast utopisch. In dieser Mangellage liegt mittelfristig aber auch eine Chance: Es geht darum, in dem erforderlichen massiven Ausbau des Mietwohnungsangebots durch einen politischen Prozess verbindliche Quoten nicht nur für sozial geförderten Wohnraum, sondern auch für Mieter mit Assistenzbedarf zu verankern und damit ihren Zugang zum Wohnungsmarkt zu sichern.

Lessons learned für die Forschung

Nutzende sollten mit ihren Erfahrungen und Bewertungen sowie als Experten und Expertinnen aus Erfahrung in Forschungsvorhaben eingebunden werden. Die Mitwirkung an empirischen Forschungsprojekten im Bereich der Assistenz beim Wohnen ist sowohl für Nutzende als auch für Mitarbeitende und Leistungsanbieter bisher ungewohnt und nicht eingeübt. Im Teilprojekt Bielefeld des Konsortiums WiEWohnen zeigte sich, dass Klientinnen mit psychischen Beeinträchtigungen offen für Forschungsfragestellungen und -projekte sind, die von ihnen in Anspruch genommene Assistenzleistungen betreffen (Dehn, Driessen u. a. in diesem Band). Demgegenüber scheinen Mitarbeitende entsprechenden Vorhaben oftmals eher skeptisch gegenüberzustehen. Dies dürfte

auch daran liegen, dass die in der Assistenz tätigen Berufsgruppen – anders als z. B. Medizinerinnen und Psychologen – im Rahmen ihrer Ausbildung wenige bis keine forschungsmethodischen und -praktischen Kenntnisse erwerben konnten. Der Weg zu einer Assistenzpraxis, in der in Kooperation mit wissenschaftlichen Instituten quasi routinemäßig Fragestellungen generiert und Daten erhoben werden, die für Evaluation und Weiterentwicklung von Assistenzangeboten genutzt werden können, dürfte demnach noch lang sein. Dies behindert in Deutschland die Umsetzung der Vorgabe des BTHG, die Wirksamkeit von Leistungen der Eingliederungshilfe zu belegen. Leistungsanbieter und Leistungsträger sind somit aufgefordert, entsprechende Evaluationsvorhaben zu initiieren und zu unterstützen und die Weiterentwicklung der Angebote an entsprechenden Forschungsergebnissen auszurichten. Die Einbeziehung von Nutzenden in entsprechende Studien sollte obligatorisch sein, sowohl als Probanden, die Fragebögen ausfüllen oder für Interviews zur Verfügung stehen, als auch als Expertinnen und Experten aus Erfahrung und als Mitglieder der Projekte, wie dies in einigen der Forschungsteams des Konsortiums erfolgreich umgesetzt wurde.

Strukturen und Prozesse der Assistenz beim Wohnen sollten messbar gemacht werden.

Ein Kernproblem bei der Durchführung wissenschaftlicher Studien zur Assistenz beim Wohnen besteht darin, dass es international bisher keine konsenterte Terminologie und Systematik (= Taxonomie) zur vergleichenden Beschreibung von Wohnsettings zur Unterstützung von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen gibt. Ohne diese Beschreibung weiß man streng genommen nicht, von was genau man die Wirksamkeit eigentlich untersucht. Entsprechende Ansätze gibt es allerdings in der nordamerikanischen Housing First-Forschung zur Evaluation von Wohnunterstützungsangeboten für Menschen ohne Wohnung. Auf dieser methodischen Grundlage wurde die »Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen« (MSSW) entwickelt, inhaltliche Grundlage ist das Assistenzparadigma der UN-BRK und des BTHG. Die Skala leistet zweierlei: Sie definiert Struktur- und Prozessmerkmale für die Assistenz beim selbstbestimmten Wohnen in sechs Dimensionen und sie macht sie zugleich einer Messung und Skalierung zugänglich. Letzteres ist eine notwendige Voraussetzung für die Verwendung der Skala in der Forschung. In der Praxis kann die Skala zur Selbstevaluation, zur kollegialen Evaluation im Rahmen von Peer-Reviews und zur Fremdevaluation durch Forschungsinstitute genutzt werden. Im Hinblick auf die zukünftige Forschung kann die MSSW einen wichtigen Beitrag zur Überwindung des Taxonomieproblems leisten, da sie eine vergleichende Beschreibung entsprechender Assistenzangebote ermöglicht. Die MSSW sollte breit erprobt und weiterentwickelt werden und insbesondere dazu genutzt werden, Zusammenhänge zwischen Struktur- und Prozessqualität auf der einen und Ergebnisqualität (Wirksamkeit!) auf der anderen Seite zu untersuchen.

Der Goldstandard »Randomisierung« ist bei Wirksamkeitsstudien zur Wohnunterstützung praktisch nicht realisierbar. Mit der MSSW oder vergleichbaren Ansätzen ist es möglich, verschiedene Settings der Wohnunterstützung vergleichend zu beschreiben. Will man deren Wirksamkeit (vergleichend) untersuchen, so würde der aktuell in der

Wirksamkeitsforschung der Medizin und der Psychologie/Psychotherapie geltende methodische Goldstandard erforderlich machen, die Probanden (also die Nutzenden) den Vergleichsgruppen (z. B. Assistenz in der eigenen Wohnung, Assistenz in einer besonderen Wohnform, keine Assistenz) zufällig zuzuordnen. Die Zufallszuteilung (Randomisierung) führt im Allgemeinen dazu, dass Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen den Gruppen nicht auf systematische Unterschiede der Nutzenden zurückgeführt werden können, und erlaubt so kausale Rückschlüsse auf die Wirksamkeit der jeweiligen Intervention. Die Randomisierung kollidiert jedoch nicht selten mit dem Willen und den Präferenzen der Nutzenden, die sich häufig gegen eine Teilnahme an der Studie entscheiden, wenn sie nicht der Gruppe zugeordnet werden, die sie wünschen. Dies ist vor allem bei Studien der Fall, die die Lebenswelt der Probanden und Probandinnen betreffen. Beim Vergleich der Wirksamkeit von Medikamenten dagegen spielen die Präferenzen keine so große Rolle. Dies gilt auch für placebokontrollierte Studien, bei denen die Probanden bis zum Studienende gar nicht wissen, welcher Bedingung sie zugewiesen wurden (und entsprechend eingewilligt haben). Jüngere Erfahrungen in Großbritannien und der Schweiz haben gezeigt, dass die Präferenzen so stark sind, dass am Ende nur noch eine Handvoll Klientinnen und Klienten übrig blieben, die der Randomisierung folgten. Eine Rolle dabei spielten aber auch die professionellen Unterstützer, die die Zahl der zu randomisierenden Klienten und Klientinnen dadurch erheblich reduzierten, dass sie ausschließlich ein bestimmtes Unterstützungssetting für den einzelnen Klienten für geeignet hielten und andere ausschlossen (Richter, Jäger u. a. in diesem Band). Daraus folgt, dass Evaluationsstudien im Bereich der Assistenz die Präferenzen der Nutzenden berücksichtigen müssen. Ein methodischer Ansatz dazu ist die partielle Randomisierung, bei der vorhandene Präferenzen berücksichtigt werden. Diese reduziert aber die Stichprobengröße unter Umständen erheblich. Ein anderer Ansatz ist das Zelen-Design, bei dem potenzielle Teilnehmende erst randomisiert und dann um Einwilligung gebeten werden. Letzteres Vorgehen ist jedoch ethisch bedenklich, weil eine informierte Zustimmung zur Teilnahme an einer Studie streng genommen nur erfolgen kann, wenn alle Umstände vorher transparent gemacht werden. Unterm Strich scheint es daher geboten, bei der Evaluation von Assistenzleistungen vom Goldstandard der randomisierten, kontrollierten Studie Abschied zu nehmen.

Es gibt alternative Forschungsmethoden, um die Wirksamkeit von Assistenz beim Wohnen kontrolliert zu untersuchen. Ein möglicher methodischer Zugang zur Realisierung kontrollierter Studien zur Wirksamkeit von Assistenzleistungen ohne Randomisierung sind naturalistische Beobachtungsstudien. Dabei werden »natürliche« Gruppen verglichen oder die Probanden und Probandinnen können selbst wählen, welcher Studienbedingung sie sich zuordnen. Dabei ist es auch möglich, Empfehlungen professioneller Unterstützer zu berücksichtigen. Ein Vergleich unterschiedlicher Unterstützungsbedingungen ist jedoch nur sinnvoll, wenn kontrolliert wird, bei welchen Merkmalen sich die Probandengruppen beim Einschluss in die Studie unterscheiden. Dann ist es möglich, den Einfluss dieser Merkmale oder Kovariablen durch statistische Verfahren

zu »neutralisieren« (z. B. Kovarianzanalyse). Eine andere Möglichkeit ist, aus größeren Stichproben Subgruppen von Probanden zu entnehmen, die sich bezüglich relevanter Merkmale maximal ähnlich sind. Relevant heißt hier: Merkmale, die wahrscheinlich einen Einfluss auf die Wirksamkeit haben. Dieses Vorgehen heißt Matching. In ihrer zweijährigen Follow-up-Studie hat die Bielefelder Gruppe ein solches Verfahren genutzt: das Propensity Score Matching (Dehn, Beblo u. a. in diesem Band). Auf diese Art können gut gemachte Beobachtungsstudien Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen kontrollieren und damit ähnlich aussagekräftig sein wie randomisierte kontrollierte Studien. Der aktuelle State of the Art in der empirischen Wirksamkeitsforschung sind demnach naturalistische Beobachtungsstudien, die relevante Kovariablen mit statistischen Methoden kontrollieren.

Qualitative Studien leisten einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der Assistenz beim Wohnen. Bei der Untersuchung der Wirksamkeit der Wohnunterstützung sind quantitative Ansätze die Methode der Wahl, denn nur sie erlauben es, die Wahrscheinlichkeit zu bewerten, mit der Unterschiede im Outcome zustande gekommen sind. Eine Vielzahl inhaltlicher Fragen lässt sich dagegen besser mit qualitativen Methoden untersuchen, dabei sind Interviewformate (einzeln oder in der Gruppe) im Fokus. Sie eignen sich z. B., um biografische Themen zu untersuchen oder um den Prozessen auf die Spur zu kommen, die aus Sicht der Nutzenden bei der Assistenz bedeutsam und wirksam sind. Gleiches gilt für Interviews mit Mitarbeitenden von Assistenzdiensten und Angehörigen von Nutzenden. Zur Auswertung werden unterschiedliche Verfahren der Inhaltsanalyse genutzt. Beispiele für qualitative Interviewstudien finden sich auch in diesem Band (Grochtmann in diesem Band; Jaeger, Gnauck und Steinert in diesem Band; Adamus u. a. in diesem Band). Qualitative Studien eignen sich besonders, um biografische Hintergründe, Einstellungen und Erwartungen sowie Erfahrungen und Bewertungen aller beteiligten Gruppen zu erforschen.

Es besteht dringender Forschungsbedarf zur Lage von Menschen mit besonders intensivem und komplexem Assistenzbedarf. Im Versorgungsalltag häufen sich die Hinweise, dass für Menschen mit hohem und komplexem Assistenzbedarf und störendem, auffälligem Verhalten einschließlich Fremd- und Selbstaggressivität im bestehenden Unterstützungssystem weder qualitativ noch quantitativ ausreichende Assistenzangebote zur Verfügung stehen. Zur Erinnerung: Die Funktion, diesen Menschen mindestens vorübergehend einen Ort zum Leben, ein »Asyl« zu bieten, hatten früher die psychiatrischen Großanstalten. Im Zuge der erfolgreichen Deinstitutionalisierung und Enthospitalisierung ist diese Funktion offensichtlich nach und nach auf der Strecke geblieben. Es ist jedoch weitgehend unklar, wie genau der Unterstützungsbedarf dieser Menschen aussieht, welche medizinischen Bedarfe bestehen, welche Art von Assistenz sie sich wünschen, welche Unterstützungssettings geeignet sind, wie hoch der Bedarf an geschlossenen Plätzen ist und wie verhindert werden kann, dass wieder neue, geschlossene, überregionale Langzeitbereiche mit Sackgassencharakter entstehen. Es bedarf eines mehrjährigen, multizentrisch angelegten Forschungsprogramms, das diese und

andere Fragestellungen in einem Konsortialverbund bearbeitet. Als Auftraggeber und Finanziers kämen Bund, Länder, Stiftungen und Leistungsträger in Betracht.

Wissenschaftliche Studien ersetzen keine Teilhabeberichterstattung. Die UN-BRK verpflichtet die Unterzeichnerstaaten zur fortlaufenden Berichterstattung über die Lebenslagen von Menschen mit Behinderungen. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat hier den »TeilhabeSurvey« etabliert, der in regelmäßigen Abschnitten als Panelstudie wiederholt werden soll, um auch Entwicklungen über die Zeit zu dokumentieren.

Hieraus kann jedoch bisher nur bedingt ein Abgleich zum bestehenden Berichtswesen der Eingliederungshilfe hergestellt werden. Die Leistungsträger der Eingliederungshilfe verfügen über große Datenbestände, die einen wichtigen Beitrag zur Beschreibung der Lebenssituation der über 200.000 Leistungsempfänger und -empfängerinnen leisten könnten. Tatsächlich erstellt die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) seit über zwei Jahrzehnten einen jährlichen Kennzahlenvergleich, der z. B. Angaben zur Anzahl der Leistungsempfänger nach Leistungsarten, die Anzahl der Leistungsempfängerinnen je 1.000 Einwohner (»Dichte«), den relativen Anteil von Leistungen außerhalb und innerhalb besonderer Wohnformen (»Ambulantisierungsquote«) sowie die Fallkosten je Leistungsart enthält (vergl. BAGüS 2024; Wienberg in diesem Band). Es fehlen jedoch Daten zur geschlossenen Unterbringung sowie weitergehende Daten zur Teilhabesituation der Nutzenden, die Leistungsempfängerinnen und -empfänger der Eingliederungshilfe sind. Dabei sollten bundesweit identische Indikatoren verwendet und z. B. auch Angaben über ungedeckte Bedarfe und – wie im TeilhabeSurvey – die subjektive Lebensqualität der Leistungsempfänger berücksichtigt werden. Auf diese Weise würde nicht nur die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen transparenter gemacht, sondern es würde zugleich eine wichtige Planungsgrundlage für die Weiterentwicklung der Unterstützungssysteme für Menschen mit Behinderungen in Deutschland geschaffen. Eine bundesweite Teilhabeberichterstattung der Eingliederungshilfe sollte in die Teilhabe-, Sozial- und Gesundheitsberichterstattung auf Bundes-, Landes und kommunaler Ebene integriert werden.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation e. V. (BAR) (2023): Reha-Info, 1, 4–7.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) (Hg.) (2024): Kennzahlenvergleiche Eingliederungshilfe 2022.
www.bagues.de/veroeffentlichungen/kennzahlenvergleiche/ (21.05.2024).
- Bramesfeld, A., Konrad, C., Renner, S., Zilles-Wegner, D., Wedegärtner, F. (2022): Die gestrandeten Kranken: Langzeitpatientinnen und -patienten in psychiatrischen Fachkrankenhäusern und Abteilungen. *Psychiatrische Praxis*, 49 (04), 213–216. DOI: 10.1055/a-1726-8726
- Dehn, L., Suer, J., Klein, R., Driessen, M. (2023): Die Arbeits- und Beschäftigungssituation von psychisch erkrankten Menschen mit ambulanter Wohnunterstützung: Eine Auswertung gemeindepsychiatrischer Routinedaten. *Psychiatrische Praxis*.
DOI: 10.1055/a-2196-2218
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019): S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«, 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Jenderny, S., Claus, S., Falkai, P., Heinz, A., Meyer-Lindenberg, A., Pogarell, O., Wilms, B., Steinhart, I. (2024): Entlassen, aber wohin? Zur aktuellen Situation der »Langlieger« in deutschen psychiatrischen Kliniken. *Psychiatrische Praxis* (efirst).
DOI: 10.1055/a-2307-5236
- Jenderny, S., Claus, S., Wilms, B.; Falkai, P., Heinz, A., Meyer-Lindenberg, A., Steinhart, I. (2024): Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen wohnen wieder im Krankenhaus. Was läuft da schief? *Sozialpsychiatrische Informationen* 54 (3), 53–58.
- Steinhart, I., Jenderny, S., Wassiliwizky, M., Heinz, A. (2021): Personenzentrierte Hilfen, aber geschlossen untergebracht? Zur Situation der geschlossenen Heime in Deutschland. *Nervenarzt*, 92 (9), 941–947. DOI: 10.1007/s00115-021-01141-w
- Valdes-Stauber, J., Kilian R. (2015): Is the level of institutionalization found in psychiatric housing services associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? *BMC Psychiatry*, 15, 215. DOI: 10.1186/s12888-015-0595-6
- Wienberg, G., Steinhart, I. (2021): Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen – Projekt WiEWohnen NRW. Abschlussbericht. V. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld.
<http://wiewohnen.de/>

Wohnunterstützung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen

Zum Stand der Dinge in Deutschland

Günther Wienberg

Die Zahl der Menschen, die Wohnunterstützung im Rahmen der Eingliederungshilfe erhalten, steigt in Deutschland seit Jahren unvermindert, dies gilt vor allem für die Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit. Vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention und der daran orientierten aktuellen Sozialgesetzgebung hat sich ein Paradigmenwechsel vollzogen: von der stark institutionsbezogenen »Eingliederungshilfe Wohnen« zum selbstbestimmten Wohnen mit individueller Assistenz durch mobile Dienste. Dies entspricht eindeutig den Präferenzen der Nutzenden von Wohnunterstützung. Zugleich ist festzustellen, dass die soziale Teilhabe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen in Deutschland immer noch massiv eingeschränkt ist. Bei der Evaluation von Wohnunterstützungsangeboten sind Maße der sozialen Teilhabe zentrale Kriterien der Ergebnisqualität.

Historisches

Der gesellschaftliche Umgang mit psychisch beeinträchtigten Menschen ist in Deutschland seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts von Separierung und Disziplinierung außerhalb der Gesellschaft in öffentlichen und privaten Großanstalten geprägt. Im 20. Jahrhundert wurden diese Menschen zu Hunderttausenden dem Hungertod preisgegeben, zwangssterilisiert oder ermordet. 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 (Wienberg 2013). Nach dem Zweiten Weltkrieg stieg die Population in den Anstalten wieder an und die Psychiatrie verwaltete den Mangel. Zum Stichtag 30. Mai 1973 befanden sich in den öffentlichen psychiatrischen Anstalten 56.500 Personen, die bereits länger als zwei Jahre dort untergebracht waren (Deutscher Bundestag 1975). Mit der Psychiatriereform 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.

Aktuelle gesetzliche Grundlagen der Wohnunterstützung

Die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) gilt seit 2009 in Deutschland und bezieht sich explizit auch auf Menschen mit seelischen Behinderungen (Art. 1), »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 bedeutet dies, die persönlichen Bedürfnisse, die Wünsche und den Willen der Nutzenden 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. Diesen Rahmen füllt in Deutschland seit 2017 das Bundesteilhabegesetz (BTHG) aus. Damit 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. So werden Leistungen der Eingliederungshilfe zu Rehabilitationsleistungen und deren Träger wie Renten- und Krankenversicherung zu Rehabilitationsträgern.

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.«

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: »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 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.

Die Leistungen zur sozialen Teilhabe werden im SGB IX als Assistenzleistungen bezeichnet und in § 78 so 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 als die Unterstützung in wohnbezogenen Fragen geht. Fast das gesamte Spektrum der sozialen Teilhabe mit Ausnahme der Teilhabe an Bildung und an Arbeit wird aufgefächert. Die Assistenzleistung umfasst damit die bisherigen »Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnmöglichkeiten« und »zur Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben«. 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 ambulant betreuten und des stationären Wohnens. Für Assistenzleistungen mit Wohnbezug sollte künftig von »Wohnunterstützung« gesprochen werden. 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. Dabei kann es sich jedoch auch künftig um geschützte, sogenannte »besondere Wohnformen« handeln. Für die Sozialpsychiatrie ergibt sich aus den skizzierten gesetzlichen Änderungen 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.

Aktuelle Kennzahlen der Wohnunterstützung

Nach dem bundesweiten Kennzahlenvergleich der überörtlichen Sozialhilfe für das Jahr 2021 (BAGÜS 2023) erhielten insgesamt 244.200 Personen mit »seelischen Behinderungen« Assistenzleistungen nach dem Sozialgesetzbuch IX, davon 58.000 innerhalb und 186.200 außerhalb besonderer Wohnformen (diese und folgende Zahlen ohne Leistungsberechtigte in Pflegefamilien und auf volle Hundert gerundet). Die sogenannte Ambulantisierungsquote (Zahl der Leistungsberechtigten außerhalb besonderer Wohnformen dividiert durch die Zahl aller Leistungsberechtigten) beträgt bundesweit 76,2 % – mit großen regionalen Unterschieden.

Die am weitesten zurückreichenden Vergleichszahlen zur Wohnunterstützung kommen aus dem Jahr 2005 (BAGüS 2011). Damals erhielten 49.000 Personen mit psychischen Beeinträchtigungen stationäre Leistungen. Ambulante Leistungen erhielten im selben Jahr 45.000. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass im Berichtsjahr 2021 ca. 5% der Assistenzleistungen außerhalb besonderer Wohnformen keinen Wohnbezug hatten und insofern nicht direkt mit den Daten zum ambulant Betreuten Wohnen aus den Jahren vor Umsetzung des BTHG verglichen werden können (vgl. BAGüS 2023, 5). Dennoch lässt sich feststellen, dass seit 2005 nicht nur die Zahl der Leistungsberechtigten, die außerhalb besonderer Wohnformen (früher: ambulant) unterstützt werden, um ein Vielfaches zugenommen hat, sondern auch die Zahl der Nutzenden in besonderen Wohnformen (früher: stationär) signifikant angestiegen ist.

Wie ist dieser massive Anstieg der Leistungen für die Eingliederungshilfe Wohnen in Deutschland innerhalb von 16 Jahren 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 Erwachsenenpopulation zu verzeichnen, mit Ausnahme der altersbedingten psychischen Störungen (vgl. Wittchen u. a. 2011; Richter & Berger 2013; Jacobi u. a. 2014; Hapke 2019). Nicht die Häufigkeit 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.
- 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 ambulanter Leistungen ist im letzten Jahrzehnt massiv angestiegen und es gibt einen zunehmenden Wettbewerb um »Kundinnen und Kunden«.
- Neue Zielgruppen wurden »entdeckt«: War das ambulant unterstützte Wohnen in den Anfangsjahren auf die Kerngruppe der Menschen mit schizophrenen Psychosen fokussiert, so ist diese heute bei den in der eigenen Häuslichkeit unterstützten Nutzenden in der Minderheit, während die Zahl der Personen mit substanzbedingten, affektiven und Persönlichkeitsstörungen deutlich zugenommen hat.

Auf Letzteres weist ein Teilergebnis der BAESCAP-Studie hin, in der 1897 Empfängerinnen und Empfänger ambulanter oder stationärer 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 u. a. 2017).

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

Präferenzen der Nutzenden

Bei steigenden Fallzahlen wird aktuell nur noch jede, jeder vierte Nutzende in besonderen Wohnformen unterstützt (siehe oben). Im Hinblick auf die zentrale Bedeutung, die Selbstbestimmung und Wahlfreiheit der Nutzenden hinsichtlich Art und Ort von Leistungen zur sozialen Teilhabe zukommt, stellt sich die Frage, inwieweit diese Verteilung den tatsächlichen Präferenzen der Nutzenden entspricht. Hierzu fehlen bisher Studien im deutschsprachigen Raum. Eine Metaanalyse auf der Basis acht internationaler Studien mit mehr als 3.100 Personen mit psychischen Beeinträchtigungen ergab, dass 84 % der Befragten das »Independent Housing« vorziehen (Richter & Hoffmann 2017 a). Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass heute immer noch etwas weniger Personen in der eigenen Häuslichkeit unterstützt werden, als dies wünschen. Diese Hypothese wird durch ein weiteres Teilergebnis der BAESCAP-Studie gestützt. So gaben 80 % der ambulant, aber nur 45 % der stationär unterstützten Befragten an, dass sie ihre Wohnsituation selbstbestimmt ausgewählt hatten (Steinhart u. a. 2017). Es könnte eingewendet werden, dass die gegen ihren Wunsch stationär Untergebrachten unrealistische Erwartungen haben und ihr hoher Unterstützungsbedarf nicht in der eigenen Häuslichkeit abgedeckt werden kann. Dem aber widerspricht das Ergebnis einer Studie, in der 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-Stauber & Kilian 2015).

Soziale Teilhabe von Nutzenden der Wohnunterstützung

Nach UN-BRK und BTHG ist die Wohnunterstützung kein Selbstzweck, sondern dient dazu, die »volle und wirksame« gesellschaftliche Teilhabe der Nutzenden zu realisieren. Wie ist es um diese aktuell bestellt?

Bis vor Kurzem lagen kaum Daten aus größeren Stichproben zur sozialen Teilhabe psychisch kranker Menschen aus dem deutschsprachigen Raum vor. Mit der BAESCAP-Studie (LV Sozialpsychiatrie MV u. a. 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 Nutzenden von Werkstätten für Menschen mit Behinderungen (WfbM) auf. Tabelle 1, S. 28 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 und Walter sind bedingt durch den hohen Anteil von WfbM-Nutzenden in dieser Studie.

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

- Personen mit schweren psychischen Erkrankungen (definiert durch »in Behandlung wegen einer psychischen Störung« und »Rentenempfänger wegen einer Behinderung«)
- Personen mit einer schweren körperlichen Erkrankung (analog definiert)
- Personen mit einer psychischen Erkrankung (definiert ohne das Merkmal Rentenempfang)
- Allgemeinbevölkerung.

Erhoben wurden Daten zu zehn Exklusionsmerkmalen. Bei neun dieser Merkmale ergab sich ein klarer Gradient: Personen der Gruppe eins zeigten die stärkste Exklusi-

Tabelle 1: Soziale Teilhabe in zwei Stichproben von Nutzenden der Wohnunterstützung sowie der Allgemeinbevölkerung (Sozio-oekonomisches Panel – SOEP) in Prozent

Merkmal	Studie		
	Speck & Steinhart (2018)	Heim & Walter (2020)	Deutsche Allgemeinbevölkerung (SOEP 2015)
Stichprobe	n = 1897	n = 217	n > 20000
feste Partnerschaft	24,0	27,7	80,1
ohne feste Partnerschaft	76,0	72,3	19,9
Kinder	37,4	14,8	70,8
kein Schulabschluss	11,6	9,5	2,6
Hauptschulabschluss	37	44,8	20,5
Realschulabschluss	31	19,5	31,4
(Fach-)Abitur	17,2	15,7	30,9
kein Berufsabschluss	42	39,6	18
(Fach-)Hochschulabschluss	6	5,8	23
reguläre Beschäftigung	11	1,9	69
geschützte Beschäftigung	32	78,2	k. A.
keine Beschäftigung	57	19,9	k. A.
bekommen nie Besuch von Freundinnen/Freunden	18,5	16,6	2,5

on gefolgt von den Gruppen zwei bis vier in absteigender Reihenfolge. Lediglich der Indikator »schwere Einschränkungen der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens« war in Gruppe zwei am stärksten ausgeprägt. 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 wider. 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.

Auch die aktuelle Repräsentativbefragung durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bestätigt die massiven Teilhabebeeinträchtigungen von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen (BMAS 2022).

Fast fünfzig Jahre nach Beginn der Psychiatriereform ist die Teilhabesituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen also noch immer in hohem Maße prekär und von Exklusion gekennzeichnet. Das zentrale Ergebniskriterium für wissenschaftliche Studien zur Wirksamkeit der Wohnunterstützung muss daher ein Maß für die soziale Teilhabe der Nutzenden sein.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) (2023) (Hg): Kennzahlenvergleiche Eingliederungshilfe 2011.
www.bagues.de/veroeffentlichungen/kennzahlenvergleiche/(12.11.2023).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2022) (Hg): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung – Forschungsbericht 598. Bonn: infas Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH.
- Deutscher Bundestag (1975): Bericht über die Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland – zur psychiatrischen und psychotherapeutisch/psychosomatischen Versorgung der Bevölkerung. Drucksache 7/4200.
- Hapke, U. (2019): 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.
- Heim, L., Walther, C. (2020): Soziale Teilhabe – Ergebnisse einer Replikation der BAESCAP-Studie. Sozialpsychiatrische Informationen, 50 (1), 44–49.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maiser, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.-U. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Nervenarzt, 85 (1), 77–87.
- Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern (LVS M-V), Speck, A., Steinhart, I. (2018) (Hg.): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Richter, D., Berger, K. (2013): Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. Psychiatrische Praxis 40 (04), 176–182. DOI: 10.1055/s-0032-1333060
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017 a): Preference of independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. Administration and Policy in Mental Health, 44 (06), 817–823. DOI: 10.1007/s10488-017-0791-4
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017 b): Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. Epidemiology and Psychiatric Sciences 28 (4), 427–435
- SOEP, Sozio-oekonomisches Panel (2015): Daten für die Jahre 1984 – 2013, Version 30, SOEP, 2015. DOI: 10.5684/soep.v30
- Steinhart, I., Daum, M., Höptner, A., Speck, A. (2017): Teilhabe-Chancen schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland. In: Aktion Psychisch Kranke (Hg.): Verantwortung übernehmen. Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. Bonn.

- Valdes-Stauber, J., Kilian R. (2015): Is the level of institutionalization found in psychiatric housing services associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? *BMC Psychiatry*, 15, 215. DOI: 10.1186/s12888-015-0595-6
- Wienberg, G. (2013): Von der sozialen Exklusion zur Inklusion von Menschen mit Behinderungen – eine sozialhistorische Skizze. *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 57 (3), 169–182.
- Wittchen, H.-U., Jacobi, R., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvado-Carulla, L., Simon, R., Steinhausen, H.-C. (2011): The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 21 (9), 655–679.

Zur Wirksamkeit der Wohnunterstützung

Der Stand der Forschung

Günther Wienberg und Dirk Richter

Das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung (BTHG) sieht sowohl die Überprüfung der individuellen Wirkungen als auch der institutionellen Wirksamkeit von Wohnunterstützungsangeboten vor. Dabei ist die Wirksamkeitsforschung mit erheblichen methodischen Problemen konfrontiert, da etablierte Forschungsstandards nur eingeschränkt umsetzbar sind. Auch deshalb steht diese Forschung im deutschsprachigen Raum noch ganz am Anfang. Methodisch anspruchsvolle internationale Studien basierten bislang auf dem Housing First-Konzept, das für Menschen in Obdachlosigkeit entwickelt wurde. Diese Studien zeigen, dass die Unterstützung in der eigenen Wohnung mindestens so wirksam ist wie die Unterstützung in institutionellen Settings.

Wirkungen und Wirksamkeit

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 56.000 Menschen in Heimen bzw. »besonderen Wohnformen« und ihre Wahlfreiheit und Selbstbestimmung sowie ihre soziale Teilhabe sind mehr oder weniger deutlich eingeschränkt (s. Wienberg in diesem Band).

So muss es verwundern, dass bis heute auch in Fachkreisen kaum über die Ergebnisqualität von Leistungen der Eingliederungshilfe diskutiert wird und diese noch weniger evaluiert wurde. 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, 551)

Im Hinblick auf Fallzahlen und Kosten der Eingliederungshilfe ist in den letzten Jahren durch den Kennzahlenvergleich der BAGüS 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 der individuellen Hilfe- bzw. Teilhabeplanung bezüglich der Zielorientierung der Wohnunterstützung einiges erreicht. Aber an der Forschungslage zur Ergebnisqualität der Wohnunterstützung hat sich in Deutschland in den letzten Jahren nur wenig geändert.

Im Hinblick auf die Ergebnisqualität von Assistenzleistungen ist die Unterscheidung von »Wirkungen« und »Wirksamkeit« zentral. Im SGB IX findet sich das Stichwort »Wirkungskontrolle« im Kapitel 7, »Gesamtplan«, während das Stichwort »Wirksamkeit« im Kapitel 8, »Vertragsrecht«, auftaucht. Die Konkretion dieser Begriffe und sich daraus ergebender Verfahren erfolgt jedoch nicht im Gesetz, sondern in den Landesrahmenverträgen zwischen den zuständigen Trägern der Sozialhilfe und den Verbänden der Leistungsanbieter. Dabei hat sich folgende Lesart weitgehend durchgesetzt, die auch den »Empfehlungen zu Wirkungen und Wirksamkeit« des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge (Deutscher Verein 2022) zugrunde liegen:

- Wirkungen beziehen sich auf die individuelle Ebene und betreffen die Beziehung zwischen Leistungsanbieter und Leistungsempfängerin bzw. -empfänger. Es geht um die Frage, ob die im Gesamtplan vereinbarten Ziele erreicht wurden.
- Wirksamkeit bezieht sich auf die institutionelle Ebene und auf die Beziehung zwischen Leistungsanbieter und Leistungsträger. Hier geht es um die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität und die Frage, welche Strukturen und Prozesse geeignet sind, insbesondere die gesellschaftliche Teilhabe der Nutzenden zu verbessern.

Methodische Probleme

Ein methodischer Zugang, um zu Aussagen zur Wirksamkeit von Leistungen zu kommen, wäre die Evaluation individueller Wirkungen. Aber die wissenschaftliche Evaluation der Wirkungen im Einzelfall bringt erhebliche methodische Probleme mit sich. Individuelle Teilhabeziele müssen formalen Kriterien genügen, damit die Zielerreichung hinreichend genau überprüft werden kann. Sie müssen spezifisch, konkret und eindeutig formuliert sein, außerdem messbar (d. h. möglichst quantifizierbar), realistisch (d. h. erreichbar) und mit konkreten Handlungsschritten zur Umsetzung verbunden sein (vgl. die SMART-Kriterien). Diese Voraussetzungen sind aber in der aktuellen Versorgungspraxis offenbar nicht annähernd erfüllt. So berichten Steinhart und Höptner (2016) aus ihrer Studie zur Ergebnisqualität, die auch die Auswertung individueller Zielvereinbarungen einschloss: »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.« (ebd., 16) Und Eikermann (2017) konstatiert 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.« (ebd., 187) Hinzu kommt, dass sich die Zielerreichung individueller Assistenzleistungen, gerade wenn sie individuell und spezifisch sind, nicht über große Personengruppen aggregieren lassen. Es sei denn, man zählt schlicht aus, wie hoch der Anteil der erreichten Ziele an allen Zielen ist.

Aber auch Studien, die die Wirksamkeit unterschiedlicher Wohnunterstützungsangebote auf institutioneller Ebene und an größeren Stichproben evaluieren, fehlen in Deutschland bis heute fast völlig. Die Gründe dafür sind vielfältig:

- Während es 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.
- Im Bereich der Behandlung nach dem SGB V ist es seit Langem üblich, die Aufnahme von neuen Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung an Wirksamkeitsnachweise zu knüpfen, für Leistungen der Sozialhilfe gilt dies nicht. Mit dem BTHG taucht das Stichwort »Wirksamkeit« erstmals in der Gesetzgebung auf.

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. Dieses methodische Verfahren ist besonders geeignet, um sicherzustellen, dass 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:

- Randomisierung kann sich aus ethischen Gründen verbieten, wenn damit gravierende Einschränkungen für Probanden und Probandinnen verbunden sind. Dies wäre z. B. gegeben, wenn ein Proband, der in der eigenen Wohnung lebt, zufällig der Bedingung »besondere Wohnform« zugeordnet würde.
- Zufallszuteilung zu Studiengruppen ist für Probanden und Probandinnen nur attraktiv, wenn mindestens eine Intervention bisher nicht in der Routineversorgung

verfügbar ist. Ist dies nicht der Fall, kann der Zugang nicht an die Bedingung der Teilnahme an der Studie gebunden werden (Richter & Jäger 2017).

- Wenn die Zufallszuteilung gegen Präferenzen von Probanden und Probandinnen ausfällt, verlassen diese die Studie häufig. Das führt bei weniger attraktiven Interventionen zu erheblichen Rekrutierungsproblemen.

Außerdem wird die Forschung dadurch erschwert, dass es bisher kaum möglich ist, die Ergebnisse von Studien der Wohnforschung aus unterschiedlichen Ländern zu vergleichen. Denn die Ausgangsbedingungen in der Wohnunterstützung – wer bekommt unter welchen Bedingungen welche Art von Leistungen? – sind zwischen Ländern und unter Umständen selbst innerhalb desselben Landes sehr unterschiedlich. Das Gleiche gilt für die verwendeten Begriffe. Selbst innerhalb Deutschlands gibt es bisher keine eindeutige Sprachregelung für die Bezeichnung unterschiedlicher Wohnsettings bzw. Unterstützungsformen, im internationalen Vergleich potenziert sich dieses Problem. Auch bei den verwendeten Wirksamkeitsindikatoren und den entsprechenden Messinstrumenten 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 zwar nicht aufgegeben worden, wird jedoch als kaum umsetzbar betrachtet. Stattdessen wird gefordert, naturalistische und quasi-experimentelle Studiendesigns zu nutzen und dabei verstärkt auf vergleichbare Indikatoren und Instrumente sowie eine eindeutige Taxonomie der Wohnangebote zu setzen (Richter & Jäger 2017). Ein Vorschlag für eine internationale Taxonomie liegt vor (McPherson u. a. 2018 a).

Stand der Wirksamkeitsforschung in Deutschland

In einer Übersichtsarbeit referiert Walther (2014) die Ergebnisse von sieben Studien zur Wirksamkeit ambulanter Wohnunterstützung. Es wurden insgesamt 16 verschiedene Indikatoren der Ergebnisqualität untersucht. Resultat ist ein lückenhaftes und zum Teil widersprüchliches Muster aus positiven, negativen und keinen Effekten. Bei den einbezogenen Studien handelt es sich fast ausschließlich um methodisch schwache Prä-Post-Erhebungen ohne Kontroll- oder Vergleichsgruppe. Die methodisch bisher ambitionierteste Studie führten Kallert u. a. (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 Krite-

rien 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 inhaltlich und methodisch noch ganz in den Anfängen steckt, und fordert fundierte Wirksamkeitsforschung mit kontrollierten Studien. 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.« (ebd. 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 und Höptner (2016) untersuchten den Rehabilitationsverlauf von Nutzenden aus dem gemeindepsychiatrischen Verbund Rostock mit Erst- oder Weiterbewilligung. Die Ausgangsstichprobe bestand aus 408 Personen, 208 konnten nach sechs bis zwölf Monaten nachuntersucht werden. Indikatoren für die Zielerreichung waren allgemeines Funktionsniveau, subjektive Lebensqualität, Zufriedenheit mit der Leistung und Symptombelastung. 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 Nutzenden benötigten nach Abschluss keine weiteren Leistungen der Eingliederungshilfe.

Vertheim u. a. (2017) untersuchten 244 Menschen 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 Mitarbeitenden 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 fünf von acht Teilhabebereichen. Es fanden sich zudem signifikante Verbesserungen bei Aspekten der psychischen Belastung, bei Lebensqualität, sozialen Aktivitäten, Selbstwirksamkeit und Beeinträchtigungen nach ICF.

In der BAESCAP-Studie (Steinhart u. a. 2017; LV Sozialpsychiatrie MV u. a. 2018) wurden Ergebnisindikatoren evaluiert, die man der Dimension »Subjektive Bewertung« zuordnen kann. Dabei wurden die Nutzenden verschiedener Wohnsettings nach ihrer Zufriedenheit mit der Unterstützung gefragt. Nutzende in stationärer Unterstützung äußerten eine signifikant höhere Zufriedenheit in den Bereichen Freizeitgestaltung, Gesundheit, Zugang zu Gesundheitsleistungen, Arbeit/Beschäftigung und beim Lebensstandard insgesamt. Sie berichteten außerdem weniger Einsamkeitsempfinden und Stigmaerleben. Nur bei der Zufriedenheit mit dem Wohnen ließen sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen feststellen. Auf der anderen Seite gaben 69 %

der Nutzenden mit ambulanter Unterstützung, aber nur 39 % im Heim an, dass sie ihren Alltag immer selbstbestimmt gestalten können. Die Autoren resümieren, dass die »Ambulantisierung« kein Selbstzweck sei. Vielmehr gehe es darum, die Qualität ambulanter Leistungen kritisch zu diskutieren und die positiven Funktionen der Heime durch verbesserte Integration in die Freizeit-, Kontakt und Beschäftigungsangebote sowie die Gesundheitsversorgung im Sozialraum auf die ambulante Arbeit in den Quartieren 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, 20) Und: »Insbesondere die Frage, ob die getätigten Ausgaben in irgendeinem Zusammenhang mit Effekten und Nutzen für die Leistungsempfänger stehen oder ob man für die getätigten Ausgaben wirksamere Hilfen hätte erbringen können, bleibt bundesweit unbeantwortet.« (Steinhart & Höptner 2016, 12)

Stand der Forschung international

Angesichts der im deutschsprachigen Raum sowohl quantitativ als auch qualitativ unbefriedigenden Studienlage zur Wirksamkeit von Angeboten der Wohnunterstützung stellt sich die Frage, ob es aussagekräftige Ergebnisse aus anderen Ländern gibt. Die entsprechende Evidenz wird in mehreren Reviews zusammengefasst und diskutiert.

Gühne u. a. (2017) greifen ausschließlich auf RCT-Studien zurück. Sie identifizieren neun 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 Gruppen ist Randomisierung ethisch unproblematisch, praktisch durchführbar und für die Klientel akzeptabel, sofern allen eingeschlossenen Probanden eine – wenn auch unterschiedliche – verbesserte Wohnperspektive geboten wird. Die methodische Qualität der Studien wurde überprüft und als »mäßig bis mangelhaft« eingeschätzt. Bei der Interventionsbedingung handelte es sich immer um eine Variante des »Supported Housing« bzw. »Housing First« für Menschen in Obdachlosigkeit, entsprechende Programme wurden in Nordamerika entwickelt. Analog zum Supported Employment in der Arbeitsrehabilitation stellt Housing First die traditionelle Rehakette, bei der es um das stufenweise Erlernen von Fähigkeiten geht und an deren Ende dann unter Umständen das Wohnen in der eigenen Wohnung steht, auf den Kopf: Parallel zum Einzug in eine eigene Wohnung erfolgt die individuelle Unterstützung bei der selbstständigen Lebensführung. Dabei ist die Zugangsschwelle bewusst niedrig: Die Bereitschaft, sich behandeln zu lassen, oder zur Abstinenz ist keine Bedingung dafür, eine Wohnung zu erhalten.

Nach Gühne u. a. (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 ließen sich nicht sicher ableiten, ein Effekt hinsichtlich reduzierter Inanspruchnahme von Behandlung deutete sich an. Es gebe Hinweise auf eine Verbesserung psychosozialer Funktionen, eine Reduktion von Straffälligkeit und Kostensenkungen. Im Hinblick auf die Übertragbarkeit der Ergebnisse von Studien mit wohnungslosen Menschen auf die Situation von Menschen in der Eingliederungshilfe belegen zahlreiche Studien, dass die Prävalenz schwerer psychischer Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen hoch ist. Umgekehrt leben viele Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen in prekären und instabilen Wohnungsverhältnissen und sind von Wohnungslosigkeit bedroht.

Richter und Hoffmann (2017; vgl. auch Richter & Jäger 2020) beschränken sich in ihrem Review nicht auf RCT-Studien, sondern schließen auch naturalistische Beobachtungsstudien mit Vergleichsgruppen ein und führten ebenfalls ein methodisches Qualitätsassessment 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) mit allen sonstigen Settings verglichen. Die Heterogenität der Interventionen und der Ergebnisindikatoren schlossen eine Metaanalyse der Daten aus. Die Ergebnisindikatoren konnten aber folgenden Dimensionen zugeordnet werden: Wohnsituation, soziale Integration, Gesundheitsstatus, subjektive Evaluation und 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 2016, 240)

Auch McPherson u. a. (2018b) haben einen systematischen Review zur Wirksamkeit von »supported accomodation services« vorgelegt. Nach einem rigorosen Auswahlprozess wurden 82 Studien mit moderater oder hoher methodischer Qualität einbezogen. Ein Vergleich unterschiedlicher Unterstützungssettings war aufgrund unklarer oder sehr unterschiedlicher Beschreibungen und Definitionen der Settings unmöglich: »Service models ranged from independent tenancies with outreach support to high-staffed, congregate residential settings.« (ebd., 11) Statt nach Wohnsettings erfolgte eine Differenzierung der Ergebnisse nach Probandengruppen: wohnungslose Personen, Personen nach Deinstitutionalisierung und andere Personen mit schweren psychischen Erkrankungen. In letzterer Gruppe erfüllten nur 17 Studien die methodischen Mindestanforderungen (darunter als einzige deutsche die Studie von Kallert u. a. 2007), 23 wurden ausgeschlossen. Die Auswertung erfolgte in vier Ergebniskategorien:

- Hospitalisierung (zwölf Studien berichteten hierzu Ergebnisse): In der Mehrzahl der Studien zeigte sich eine Verringerung der Krankenhausaufnahmen und der Krankenhaustage;
- Symptome (neun Studien): unklare Ergebnislage (»mixed«);
- soziales Funktionsniveau (zwölf Studien): unklare Ergebnislage;

- Lebensqualität (sechs Studien): unklare Ergebnislage.

Fazit: »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.« (McPherson u. a. 2018b, 11)

Im Hinblick auf die Gruppe der wohnungslosen psychisch Kranken bestätigt auch der Review von McPherson u. a. die generell positiven Wirkungen des Housing First/Supported Housing-Modells, warnt aber zugleich davor, diese Ergebnisse ungeprüft auf andere Gruppen von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu übertragen.

Bezüglich des Kriteriums Lebensqualität von Nutzenden in »supported accomodation« liegt eine aktuelle Metanalyse von 13 Studien mit mehr als 3.000 Probanden und Probandinnen vor (Harrison u. a. 2020). Unterschieden wurden drei Unterstützungssettings: »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 Wohnung der Nutzenden). Die Daten zur Lebensqualität wurden in drei Ergebniskategorien zusammengefasst:

- allgemeines Wohlbefinden: keine signifikanten Unterschiede zwischen den drei Unterstützungssettings;
- 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 und Jäger (2020) resümieren 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.« 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.« (ebd., 74 f.)

Fazit

Für die Forschungslage zur Wohnunterstützung im deutschen bzw. deutschsprachigen Raum gilt aktuell Folgendes:

- Ein valider Wirksamkeitsnachweis für Wohninterventionen ist im deutschsprachigen Raum so gut wie nicht vorhanden.
- Die methodischen Anforderungen an einen Wirksamkeitsnachweis sind nur schwer umsetzbar.
- Im deutschsprachigen Raum fehlt eine valide und reliable Definition und Operationalisierung von Kriterien, mit denen Wohnsettings unterschieden werden können.
- Die aus den Housing First-Studien bekannten Ergebnisse, dass die Unterstützung in der eigenen Wohnung bei obdachlosen Menschen mindestens so wirksam ist wie die Unterstützung in institutionellen Settings, wurden für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen, die nicht obdachlos sind, bisher nicht repliziert.
- Eindeutig ist die Forschungslage dagegen zum Thema Präferenzen der Nutzenden. Diese bevorzugen ganz überwiegend die Unterstützung in der eigenen Wohnung gegenüber der in »besonderen Wohnformen«.

Ziel der in den folgenden Beiträgen dieses Bandes beschriebenen Studien war es, die Forschungslage zur Wirksamkeit von Angeboten der Wohnunterstützung im deutschsprachigen Raum zu verbreitern und zu verbessern.

Literatur

- Albers, M. (2015): Nachdenken über das ambulant betreute Wohnen. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 45 (3): 17–21.
- Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge (Hg.) (2022): Empfehlungen des Deutschen Vereins zu Wirkung und Wirksamkeit sowie Qualitätsprüfungen in der Eingliederungshilfe. www.deutscher-verein.de/de/uploads/empfehlungen-stellungnahmen/2022/dv-26-20_eckpunkte-wirksamkeit-in-der-eingliederungshilfe.pdf (09.09.2023).
- Eikermann, S. (2017): Personenzentrierte Hilfeplanung: ehrgeizige Theorie, schwierige Praxis. In: Rosemann, M., Konrad, M. (Hg.): *Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung*, S. 187–196. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Gühne, U., Stein, J., Weinmann, S., Becker, T. (2017). Wohninterventionen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – internationale Evidenz aus RCTs. *Psychiatrische Praxis*, 44 (4), 194–205.
- Harrison, M., Roy, A. S., Hultquist, J., Pan, A.-W., McCartney, D., McGuire, N., Fitzpatrick, L. I., Forsyth, K. (2020): Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accomodation: systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55 (8), 977–988.
- Kallert, T. W., Leisse, M., Winiecki, P. (2007): Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health*, 15 (1), 29–42.

- McPherson, P., Krotofil, J., Killaspy, H. (2018a): What works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: The Simple Taxonomy for Supported Accommodation (STAX-SA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (2), 190. DOI: 10.3390/ijerph15020190
- McPherson, P., Krotofil, J., Killaspy, H. (2018b): Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry*, 18, 128. DOI: 10.1186/s12888-018-1725-8
- Priebe, S. (2003): Zukunft der psychiatrischen Versorgung – Träume und Albträume. *Psychiatrische Praxis*, 30 (Suppl. 1), S48–S53.
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017): Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136 (3), 269–279.
- Richter, D., Hoffmann, H. (2016): 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, S. 235–242. Bonn: Aktion Psychisch Kranke.
- Richter, D., Jäger, M. (2017): Wohnforschung – Methodische Probleme und aktueller Forschungsstand. In: Rosemann, M., Konrad, M. (Hg.): Selbstbestimmtes Wohnen. Mobile Unterstützung bei der Lebensführung, 114–122. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Richter, D., Jäger, M. (2020): Wohnforschung im Kontext der psychiatrischen Versorgung. In: Fabian, C., Müller, E., Zingarelli, J., Daurù, A. (Hg.): Housing First – Ein (fast) neues Konzept gegen Obdachlosigkeit, S. 65–78. Basel: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- LV Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern, Speck, A., Steinhart, I. (Hg.) (2018): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Steinhart, I., Daum, M., Höptner, A., Speck, A. (2017): Teilhabe-Chancen schwer psychisch kranker Menschen in Deutschland. In: Weiß, P., Heinz, A. (Hg.): Verantwortung übernehmen. Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen, S. 243–267. Bonn: Aktion Psychisch Kranke.
- Steinhart, I., Höptner, A. (2016): Ergebnisqualität im Fokus der Sozialpsychiatrie. *Neuro-Transmitter*, 27 (1), 12–17.
- Vertheim, U., Degwitz, P., Oechsler, H., Martens, M.-S. (2017): Wirksamkeit der Eingliederungshilfe für Menschen mit Abhängigkeitserkrankungen nach SGB XII. *Sucht*, 63 (4), 205–216.
- Walther, C. (2014): Betreutes Wohnen psychisch kranker Menschen – Wirksamkeitsstudien in Deutschland. *Soziale Arbeit*, 63 (2), 54–62.

Die Studienteilnahme aus Sicht der Befragten

Warum nehmen Menschen mit psychischen Erkrankungen an Forschungsprojekten teil und wie geht es ihnen dabei?

Lorenz B. Dehn, Martin Driessen, Thomas Beblo und Ingmar Steinhart

Bislang ist wenig darüber bekannt, wie Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen ihre Teilnahme an wissenschaftlichen Forschungsprojekten erleben. In der hierzu durchgeführten Nachbefragung von 182 Teilnehmenden der WiEWohnen-NRW-Studie zeigte sich ein insgesamt positives Bild. So gab die Mehrheit an, dass die wiederholten und umfassenden Studienbefragungen keine Belastung darstellten, und es bestand eine hohe Bereitschaft, erneut an Studien teilzunehmen. Altruismus, Neugier und Interesse an Forschung wurden rückblickend als häufigste Gründe für die Teilnahme genannt. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass die Belastungen für psychisch erkrankte Personen im Rahmen einer Teilnahme an wissenschaftlichen Studien durch die zuständigen Unterstützungs- und Betreuungspersonen nicht pauschal überschätzt werden sollten. Dies ist nicht nur wichtig, um auf die Bedürfnisse der Patienten angemessen einzugehen, sondern auch, um valide wissenschaftliche Ergebnisse zu erzielen.

Hintergrund

Um die Gesundheits- und Sozialversorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern und weiterzuentwickeln, bedarf es empirischer Forschung. Allerdings besteht insbesondere ein Mangel an Forschungsdaten zu den Lebenslagen und der Teilhabesituation schwer psychisch kranker bzw. von seelischer Behinderung bedrohter Menschen (Steinhart 2018). Auch in der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« wird auf einen dringenden psychosozialen Forschungsbedarf in Deutschland hingewiesen (Gühne u. a. 2019). Dabei scheinen Menschen mit psychischen Erkrankungen insgesamt eine positive Einstellung gegenüber

psychiatrischer Forschung zu haben und geben zumeist altruistische Gründe für ihre Studienteilnahme an (Zullino u. a. 2003; Schäfer u. a. 2011; Hall u. a. 2018). Dennoch bestehen hierzu bei Mitarbeitenden im Unterstützungs- und Betreuungssystem oftmals gewisse Bedenken in der Art, dass psychisch erkrankte Menschen als vulnerable Personengruppe vor Schädigung und Belastung durch Forschung geschützt werden sollten (Bracken-Roche u. a. 2016; Hughes-Morley u. a. 2015). Vor dem Hintergrund solcher überfürsorglichen Haltungen bei Mitarbeitenden stoßen Forschende mitunter auf Hindernisse und Rekrutierungsprobleme, wenn sie Teilnehmende für ihre Forschungsvorhaben gewinnen wollen (Alexander u. a. 2018). Diese Bedenken seitens der betreuenden Personen können im Zuge eines als »Gatekeeping« bezeichneten Phänomens (Crowhurst & Kennedy-Macfoy 2013) schließlich dazu führen, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen nur eingeschränkten oder sogar gar keinen Zugang zu Studienvorhaben erhalten (Howard u. a. 2009).

Welche Sichtweise aber diese betroffenen Personen selbst in Bezug auf ihre Teilnahme an wissenschaftlichen Studien haben, dazu fehlt es hierzulande bislang an empirischen Befunden. Daher wurde diese Perspektive der psychisch erkrankten Menschen im Rahmen von WiEWohnen NRW in einer Zusatzbefragung untersucht (Dehn u. a. 2022). Dabei wurde folgenden Fragen nachgegangen:

- Welche Gründe motivieren die Klienten und Klientinnen zur Teilnahme an einem (zweijährigen) sozialpsychiatrischen Forschungsprojekt?
- Wie hoch sind die Belastungen für die Klienten und Klientinnen im Zusammenhang mit der Teilnahme an den Studienbefragungen?
- Inwieweit hängen die Teilnahmegründe und Belastungen mit soziodemografischen und klinischen Einflussfaktoren zusammen?

Methode: **Die Befragung der Klientinnen und Klienten**

Die teilnehmenden Personen: Die nachfolgenden Darstellungen basieren auf den Angaben von 182 Personen, die sowohl an der Abschlussbefragung der zweijährigen Beobachtungsstudie WiEWohnen NRW (siehe den Beitrag von Dehn u. a.) teilgenommen als auch der zusätzlichen Beantwortung eines Kurzfragebogens (s. u.) zugestimmt und dort mehr als 50 % vollständige Angaben gemacht hatten. Diese 182 Teilnehmenden waren zu 41 % Frauen, zwischen zwanzig und 68 Jahre sowie im Mittel 41,5 Jahre alt. Etwa 61 % der Klienten und Klientinnen erhielten (ambulante) Wohnunterstützung in der eigenen Häuslichkeit und 39 % wurden (stationär) in besonderen Wohnformen unterstützt. Hinsichtlich der ICD-Diagnosegruppen lagen hauptsächlich substanzbezogene (29 %), affektive (22 %) und schizophrene Störungen (19 %) vor, andere Dia-

gnosegruppen waren deutlich seltener vertreten (F4 = 10 %, F6 = 11 %, weitere = 7 %). Etwa 75 % der Befragten hatten komorbide psychiatrische Diagnosen und rund zwei Drittel wiesen zusätzliche (chronische) körperliche Beeinträchtigungen oder akute somatische Erkrankungen auf.

Das Befragungssetting: Die prospektive Beobachtungsstudie des Forschungsprojekts WiEWohnen NRW umfasste 1) eine Eingangsbefragung bei Studienbeginn, 2) eine Zwischenbefragung nach einem Jahr sowie 3) eine Abschlussbefragung nach zwei Jahren. An jedem Termin beantworteten die Teilnehmenden verschiedene Selbstbeurteilungsfragbögen, durchliefen unterschiedliche Interviewverfahren und bearbeiteten einen kurzen kognitiven Test. Zu Studienbeginn fand zudem eine ausführliche Erhebung soziodemografischer und klinischer Personendaten statt. Jeder Befragungstermin dauerte je nach Beantwortungsverhalten und Pausen im Schnitt zwischen sechzig bis neunzig Minuten. In Einzelfällen nahm die Befragung auch bis zu zwei Stunden in Anspruch und wurde auf zwei Termine aufgeteilt.

Subjektive Evaluation der Studienteilnahme: Im Anschluss an die Abschlussbefragung zum Zweijahrestermin erhielten die Teilnehmenden einen kurzen Fragebogen, um rückblickend verschiedene Aspekte ihrer Teilnahme an der Studie einzuschätzen. Dieser Kurzfragebogen beinhaltete verschiedene Einzelfragen aus früheren Studien (z. B. Zullino u. a. 2003; Hall u. a. 2018) sowie bestehenden Erhebungsinstrumenten, wie z. B. dem Hamburger Fragebogen zur Einstellung gegenüber psychiatrischer Forschung (Schäfer u. a. 2011). Zusätzlich wurden für die statistischen Auswertungen auch soziodemografische und klinische Daten der WiEWohnen-Studie einbezogen, z. B. die mittels Symptom-Checklist-Kurzform (SCL-K9, Klaghofer & Brähler 2001) selbsteingeschätzte Schwere der psychopathologischen Symptomatik.

Ergebnisse: Motive, Belastungen und Einflussfaktoren

Rund 71 % der 182 Teilnehmenden gaben an, zuvor noch nie bei einer wissenschaftlichen Studie mitgemacht zu haben (siehe Tabelle 1, S. 44). Als Motive für die Studienteilnahme (beim Projekt WiEWohnen) wurden im Rückblick angegeben: »um anderen Menschen zu helfen« (87 %), »aus reiner Neugier« (85 %) sowie »aus echtem Interesse an Forschung« (74 %). Der Grund »um über die Erkrankung sprechen zu können« wurde von knapp jeder zweiten Person bejaht (48 %). Etwas weniger häufig wurden die Motive »um Langeweile zu vertreiben« (42 %) und »wegen der Aufwandsentschädigung« (36 %) angeführt. Gut 10 % der Befragten fühlte sich durch andere Personen zur Teilnahme veranlasst.

Die Teilnahme an der Studie und die wiederholten Befragungen waren für knapp 60 % der Stichprobe in keiner Weise mit Belastungen verbunden (siehe Tabelle 1, S. 44).

Etwa 5 % der Teilnehmenden berichteten jedoch, dass sie sich »ziemlich« oder »sehr« belastet fühlten. In Zukunft wollten 87 % aller Befragten erneut an Studien teilnehmen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Angaben zur Studienteilnahme im Kurzfragebogen

(wg. fehlender Angaben nie 100 % in Summe)

	Ja	Nein
Vorerfahrung mit Studienteilnahme(n)	24 %	71 %
Gründe für die Studienteilnahme		
um anderen Menschen zu helfen	87 %	11 %
ich war neugierig	85 %	15 %
aus echtem Interesse an Forschung	74 %	24 %
um über meine Erkrankung zu sprechen	48 %	48 %
es hilft gegen Langeweile und beschäftigt mich	42 %	56 %
wegen der Aufwandsentschädigung	36 %	62 %
weil andere Personen es so wollten	10 %	87 %
Belastungen durch die Studienbefragungen		
überhaupt nicht	59 %	
ein wenig	24 %	
mittelmäßig	11 %	
ziemlich	4 %	
sehr stark	0,5 %	
Weitere Studienteilnahme in Zukunft (»weiß nicht« = 10 %)	87 %	2 %

Um mögliche Einflussfaktoren auf die Teilnahmegründe und das Belastungserleben identifizieren zu können, wurden explorativ verschiedene Zusammenhänge der Studienvariablen untereinander analysiert (siehe Dehn u. a. 2022). Unter allen Analysen ergaben sich dabei folgende signifikante Ergebnisse:

Alter: Die wenigen Teilnehmenden ($n = 19$), die den Grund »andere Leute wollten, dass ich mitmache« bejahten, waren mit durchschnittlich 47 Jahren signifikant (etwas) älter als diejenigen, die dieses Item verneinten (im Mittel 41 Jahre). Möglicherweise haben sich ältere Personen eher zur Teilnahme gedrängt gefühlt; zumindest ist hierzu bekannt, dass (höheres) Alter mit Schwierigkeiten beim Verständnis von Studieninformationen (Chong u. a. 2009) und einer häufigeren Ablehnung von Rekrutierungsanfragen (Nazemi u. a. 2001) assoziiert ist.

Geschlecht: Der Teilnahmegrund »um Langeweile zu vertreiben« wurde signifikant häufiger von Männern (50 %) als von Frauen (31 %) angegeben, wie es auch in großen Bevölkerungsstudien gezeigt wurde (z. B. Chin u. a. 2017). Unter Menschen mit psychischen Erkrankungen ist das Erleben von Langeweile zudem weitverbreitet und von besonderer Bedeutung für ihre Lebensqualität (Segal & VanderVoort 1993; Gerritsen u. a. 2015).

Klinische Diagnosen: Unter Berücksichtigung der drei häufigsten Diagnosegruppen zeigte sich, dass der Teilnahmegrund »um Langeweile zu vertreiben« unter den Personen mit Substanzkonsumstörungen (55 %) verglichen mit der Gruppe mit affektiven

Störungen (25 %) signifikant öfter ausgewählt wurde. Zwischen diesen beiden Diagnosegruppen ergaben sich jedoch keine statistisch bedeutsamen Häufigkeitsunterschiede zu Personen mit schizophrenen Erkrankungen. Die Ablenkung von Langeweile hat für Klienten und Klientinnen mit Substanzkonsumstörungen also eine besondere Relevanz als Studienteilnahmemotiv. Dabei spielt der Umgang mit dem Erleben von Langeweile generell eine wichtige Rolle bei der Bewältigung der Krankheitssymptome suchterkrankter Personen, da Langeweile häufig als Entzugssymptom auftritt und mit dem Auftreten von Rückfällen in Verbindung gebracht wird (z. B. Levy 2008).

Symptomschwere: Der Grad der subjektiven psychopathologischen Symptombelastung (SCL-K9), der beim letzten Studieninterview und damit zeitgleich mit dem Evaluationsfragebogen erhoben wurde, zeigte keinerlei Zusammenhänge mit den untersuchten Studienvariablen. Jedoch zeigt sich unter Einbezug der Symptombelastung zu Studienbeginn, also zwei Jahre vor dem Einsatz des Evaluationsfragebogens, dass die Teilnehmenden, die dem Beweggrund »um über meine Erkrankung zu sprechen« zustimmten, zu Studienbeginn im Durchschnitt eine signifikant höhere Symptomschwere berichteten als Personen, die diesen Grund verneinten. Vermutlich hat hier also die Aussicht, mit jemanden über die eigene Situation sprechen zu können, die stärker belasteten Personen eher zur Studienteilnahme veranlasst. Dies könnte u. a. mit sozialer Isolation sowie dem Gefühl der Einsamkeit zusammenhängen, die bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen weitverbreitet sind und auch in betreuten Wohnformen ein großes Problem darstellen können (Watson u. a. 2019). Das Ausmaß an gefühlter Einsamkeit hängt dabei – unabhängig von objektiver sozialer Isolation – eben auch mit der psychopathologischen Symptomschwere zusammen (Wang u. a. 2020).

Belastungserleben: Das Ausmaß der erlebten Belastung zeigte weder signifikante Zusammenhänge mit soziodemografischen oder klinischen Variablen noch mit den verschiedenen Teilnahmemotiven. Erwartungsgemäß waren lediglich unter den befragten Personen, die sich durch die Studienteilnahme zumindest »ein wenig« belastet fühlten, etwas weniger Personen bereit (81 %), an weiteren Studien teilzunehmen, im Vergleich zu Personen, die überhaupt keine Belastungen berichteten (94 %).

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Die dargestellten Ergebnisse zeigen zusammengefasst, dass die psychisch erkrankten Klienten und Klientinnen ihre Teilnahme an einer zweijährigen Studie zur Versorgungsforschung in der Eingliederungshilfe insgesamt positiv einschätzen. Während beispielsweise 71 % der Befragten zuvor noch nie an einer Studie teilgenommen hatten, gaben am Ende fast 90 % an, dass sie eine Teilnahme an zukünftigen Forschungsprojekten erneut in Betracht ziehen würden. Hinsichtlich dieser Absicht für weitere Teilnahmen gab es zudem keinen Unterschied zwischen Befragten mit und ohne vorherige

Forschungserfahrung, sodass geschlussfolgert werden kann, dass selbst Personen, die zum ersten Mal bei einer Studie mitgemacht hatten, einen guten Eindruck von ihrer Forschungsteilnahme gewonnen haben.

Mit mehr als 80 % fühlte sich der deutliche Großteil der Teilnehmenden durch die wiederholten und umfassenden Studienbefragungen gar nicht oder nur minimal belastet. Lediglich 5 % gaben an, sich ziemlich oder sehr stark belastet gefühlt zu haben, was Vorbefunden in der Literatur entspricht (z. B. Jorm u. a. 2007). Insgesamt war die subjektive Belastung durch die Studienbefragungen jedoch weder mit soziodemografischen noch mit klinischen Variablen wie Diagnose oder Symptomschwere in Zusammenhang zu bringen. Das weist darauf hin, dass solche mehrjährig angelegten Studien zur Versorgungsforschung in der Eingliederungshilfe, wie es die prospektive Evaluation von WiEWohnen NRW war, auch mit (schwer) psychisch erkrankten Personen in ganz unterschiedlichen (klinischen und soziodemografischen) Bedingungen durchgeführt werden können. Nichtsdestotrotz ist ganz grundlegend selbstverständlich darauf zu achten, dass es insbesondere bei Menschen mit psychischen Erkrankungen zum Teil zu unangenehmen emotionalen Reaktionen und Stresserleben in Folge einer Befragungssituation kommen kann (Boothyroyd 2000).

Der am häufigsten genannte Grund für die Teilnahme am Studienprojekt (WiEWohnen NRW) war, dadurch anderen Menschen zu helfen. Dieses Motiv kann hierbei nicht zuletzt auch für die Stärkung von Selbstwirksamkeit von Bedeutung sein und somit Empowerment- bzw. Recoveryprozesse unterstützen (Bjornestad u. a. 2017). Generell gilt Altruismus als einer der wichtigsten Einflussfaktoren für die Bereitschaft zur Studienteilnahme (z. B. Zullino u. a. 2003; Schäfer u. a. 2011), obwohl zahlreiche weitere individuelle Einflüsse zu berücksichtigen sind (Pfeiffer u. a. 2010). Auch in der hier dargestellten Stichprobe hing – neben allgemeinen Motiven wie Altruismus, Neugier und Interesse – die Teilnahme an der Studie u. a. von spezifischen klinischen Charakteristiken ab. So scheint insbesondere bei Personen mit Substanzmissbrauchsstörungen die Aussicht auf eine Verringerung von Langeweile von Bedeutung für die Studienteilnahme gewesen zu sein. Des Weiteren stellte die Möglichkeit, im Rahmen der Studie über die eigene Erkrankung sprechen zu können, für Klienten und Klientinnen mit stärkerer Symptombelastung einen relevanten Motivationsfaktor dar.

Im Gegensatz zu vorherigen Studien, die in der Regel die Motive für eine hypothetische Bereitschaft zur Teilnahme an psychiatrischer Forschung erfasst hatten (z. B. Zullino u. a. 2003; Schäfer u. a. 2011), wurden in der hier vorgestellten Arbeit die Teilnahmegründe im Rückblick erfragt. Es muss dabei einschränkend berücksichtigt werden, dass aufgrund möglicher Erinnerungsfehler die hier dargestellten Gründe nicht unbedingt auch die tatsächlichen Motive für die anfängliche Teilnahme gewesen sein müssen. Anstatt – wie im vorliegenden Fall – nur allgemein nach einer potenziellen Belastung zu fragen, sollten zukünftige Studien zudem nicht nur das Belastungserleben noch differenzierter erheben, sondern zugleich auch explizit den potenziellen Nutzen einer Studienteilnahme erfragen.

Empfehlungen für die Praxis

Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Ergebnisse kann zum einen festgehalten werden, dass psychisch erkrankte Menschen in der Eingliederungshilfe an wissenschaftlichen Studien teilnehmen können, in dem Sinne, dass sie ganz offenbar nur zu einem geringen Teil von besonderen Belastungen im Zuge der wiederholten und umfassenden Forschungsbefragungen betroffen sind. Zum anderen ist festzuhalten, dass die Klienten und Klientinnen auch selbst an wissenschaftlichen Studien teilnehmen wollen, und zwar auf der Grundlage ganz unterschiedlicher Beweggründe, aber allen voran, anderen Menschen dadurch helfen zu können. Anbieter der Eingliederungshilfe und ihre Mitarbeitenden sollten daher Klientinnen und Klienten ermuntern und dabei unterstützen, an wissenschaftlichen Studien teilzunehmen, wenn diese es persönlich wünschen. Eine Verhinderung individueller Bedürfnisse aus möglicher Überfürsorge beeinträchtigt die Vielfalt der Daten und schwächt damit die Aussagekraft empirischer Forschungsergebnisse. Psychisch erkrankte Menschen in der Eingliederungshilfe können, wollen und sollen also an wissenschaftlichen Forschungsprojekten teilnehmen, um dadurch auch mehr Einblicke in und Wissen über ihre Lebenslagen und Teilhabesituationen erhalten zu können.

Literatur

- Alexander, S., Pillay, R., Smith, B. (2018): A systematic review of the experiences of vulnerable people participating in research on sensitive topics. *International Journal of Nursing Studies*, 88, 85–96.
- Bjornestad, J., Bronnick, K., Davidson, L., ten Velden Hegelstad, W., Joa, I., Kandal, O., Larsen, T. K., Langeveld, J., Veseth, M., Melle, I., Johannessen, J. O. (2017): The central role of self-agency in clinical recovery from first episode psychosis. *Psychosis*, 9 (2), 140–148.
- Boothroyd, R. A. (2000): The impact of research participation on adults with severe mental illness. *Mental Health Services Research*, 2 (4), 213–222.
- Bracken-Roche, D., Bell, E., Racine, E. (2016): The »vulnerability« of psychiatric research participants: why this research ethics concept needs to be revisited. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61 (6), 335–339.
- Chin, A., Markey, A., Bhargava, S., Kassam, K. S., Loewenstein, G. (2017): Bored in the USA: Experience sampling and boredom in everyday life. *Emotion*, 17 (2), 359–368.
- Chong, S. A., Ong, Y. Y., Subramaniam, M., Abidin, E., Marx, C. E., Campbell, A. V. (2009): An assessment of the understanding and motivations of patients with schizophrenia about participating in a clinical trial. *Contemporary Clinical Trials*, 30 (5), 446–450.
- Crowhurst, I., Kennedy-Macfoy, M. (2013): Troubling gatekeepers: methodological considerations for social research. *International Journal of Social Research Methodology*, 16 (6), 457–462.
- Dehn, L. B., Driessen, M., Steinhart, I., Beblo, T. (2022): Participating in Longitudinal Observational Research on Psychiatric Rehabilitation: Quantitative Results From a Patient Perspective Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. DOI: 10.3389/fpsy.2022.834389

- Gerritsen, C. J., Goldberg, J. O., Eastwood, J. D. (2015): Boredom proneness predicts quality of life in outpatients diagnosed with schizophrenia-spectrum disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 61 (8), 781–787.
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., Becker, T. (Hg.). (2019): S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer-Verlag.
- Hall, J., Rus-Calafell, M., Omari-Asor, L., Ward, T., Emsley, R., Garety, P., Craig, T. K. (2018): Assessing the subjective experience of participating in a clinical trial (AVATAR). *Psychiatry Research*, 263, 82–87.
- Howard, L., Ulucanlar, S. E., Thornicroft, G., Donovan, J. L. (2009): An investigation into recruitment difficulties in an RCT of supported employment for people with severe mental illness. *Contemporary Clinical Trials*, 30 (1), 40–46.
- Hughes-Morley, A., Young, B., Waheed, W., Small, N., Bower, P. (2015): Factors affecting recruitment into depression trials: systematic review, meta-synthesis and conceptual framework. *Journal of Affective Disorders*, 172, 274–290.
- Jorm, A. F., Kelly, C. M., Morgan, A. J. (2007): Participant distress in psychiatric research: A systematic review. *Psychological Medicine*, 37 (7), 917–926.
- Klaghofer, R., Brähler, E. (2001): Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49 (2), 115–124.
- Levy, M. S. (2008): Listening to our clients: The prevention of relapse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40 (2), 167–172.
- Nazemi, H., Larkin, A. A., Sullivan, M. D., Katon, W. (2001): Methodological issues in the recruitment of primary care patients with depression. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 31 (3), 277–288.
- Pfeiffer, P. N., Szymanski, B., Dhawan, N., DiFranco, D., Valenstein, M., Zivin, K. (2010): Is there an »unhealthy volunteer effect« in mental health outpatient research? *Psychiatry Research*, 176 (2–3), 224–228.
- Schäfer, I., Burns, T., Fleischhacker, W. W., Galderisi, S., Rybakowski, J. K., Libiger, J., Rössler, W., Molodynski, A., Edlinger, M., Piegari, G., Hrnčiarova, J., Gorna, K., Jaeger, M., Fett, A.-K., Hissbach, J., Naber, D. (2011): Attitudes of patients with schizophrenia and depression to psychiatric research: a study in seven European countries. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46 (2), 159–165.
- Segal, S. P.; VanderVoort, D. J. (1993): Daily hassles and health among persons with severe mental disabilities. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16 (3), 27–40.
- Steinhart, I. (2018): Schwer psychisch krank in Deutschland – (k)ein »gutes Leben«. *Psychiatrische Praxis*, 45 (07), 341–343.
- Wang, J., Lloyd-Evans, B., Marston, L., Mann, F., Ma, R., Johnson, S. (2020): Loneliness as a predictor of outcomes in mental disorders among people who have experienced a mental health crisis: a 4-month prospective study. *BMC Psychiatry*, 20 (1), 1–15.
- Watson, J., Fossey, E., Harvey, C. (2019): A home but how to connect with others? A qualitative meta-synthesis of experiences of people with mental illness living in supported housing. *Health & Social Care in the Community*, 27 (3), 546–564.
- Zullino, D.; Conus, P.; Borgeat, F.; Bonsack, C. (2003): Readiness to participate in psychiatric research. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48 (7), 480–484.

Ein Jahr Wohnen mit Assistenz – und dann?

Multizentrische Ergebnisse zu Veränderung von sozialer Funktionsfähigkeit, Lebensqualität, Wahrnehmung von Teilhabechancen und Unterstützungsbedarf¹

Susanne Jaeger, Sonja Mötteli, Christine Adamus, Dirk Richter, Matthias Jäger, Lorenz B. Dehn, Thomas Beblo, Günther Wienberg, Martin Driessen, Tilman Steinert, Sabine Herpertz, Julia Schreiter, Sarah Jenderny, Ingmar Steinhart

Eine schwere psychische Erkrankung hat für die betroffenen Menschen meist massive Auswirkungen auf die Bewältigung ihres Alltags. Manchmal kommt es zu anhaltenden Beeinträchtigungen von Fähigkeiten in unterschiedlichen Lebensbereichen – vom selbstständigen Wohnen und dem Ausüben einer Beschäftigung bis hin zur Gestaltung sozialer Beziehungen. Unterstütztes Wohnen ist eine relativ häufige Intervention für diese Menschen, die ein breites Spektrum an individuellen Unterstützungsbedarfen abdeckt. In der Regel ist damit die Zielsetzung verbunden, die eingeschränkte Funktionsfähigkeit spezifisch betroffener Bereiche zu verbessern bzw. zu verhindern, dass sich eine Behinderung verschlimmert. Dieses Kapitel stellt Ergebnisse einer Sekundäranalyse der WiEWohnen-Studien vor, die der Frage nachgegangen ist, welche Effekte die Wohnunterstützung auf die soziale Funktionsfähigkeit und Teilhabe der Teilnehmenden hat.

Wohnunterstützung in Deutschland aktuell

Es gibt verschiedene Modelle der Wohnunterstützung. Sie reichen von der Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit von Hilfe durch psychiatrisch geschultes Personal in den heute in Deutschland »besondere Wohnformen« genannten stationären Wohneinrichtungen bis

¹ Wir möchten uns an dieser Stelle herzlich bedanken bei allen, die an der Studienorganisation und Datenerhebung mitgewirkt haben, namentlich Marie Kampmann, Johannes Gnauck, Julia Grochtmann, Philipp Schulz, Elke Prestin, Sebastian Bödeker, Ilka Scholl, Rilana von Endern und Franziska Myszor, sowie bei allen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern. Die detaillierten Ergebnisse sind auf Anfrage bei der Erstautorin erhältlich.

hin zur stundenweisen aufsuchenden Assistenz durch Fachkräfte im eigenen Wohnraum oder dem begleiteten Leben in von Fachkräften gecoachten Gastfamilien. Nicht immer korreliert dabei der Institutionalisierungsgrad des Settings mit dem Grad der Beeinträchtigung (Valdés-Stauber & Kilian 2015). Im Jahr 2021 lebte in Deutschland knapp ein Viertel der Menschen mit seelischer Behinderung, die Wohnunterstützung in Anspruch nehmen, in besonderen Wohnformen (BAGüS 2023), im Jahr 2017 waren dies noch rund 30 % (BAGüS 2019). Die Tendenz ist fallend, was jedoch nicht auf ein Sinken der Plätze in besonderen Wohnformen, sondern auf die Zunahme der Leistungsberechtigten mit Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit zurückgeführt wird. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass die meisten Nutzenden eine klare Präferenz für das Wohnen in den eigenen vier Wänden haben (Richter & Hoffmann 2017).

Gesicherte Erkenntnisse zur Wirkung von Wohnunterstützung, insbesondere zum Vergleich von institutionalisierten versus privaten Wohnsettings, sind nur schwer zu erhalten. Randomisierte kontrollierte Studien wurden aus verschiedenen, insbesondere forschungspraktischen Gründen bislang kaum durchgeführt. Beobachtungsstudien sind leichter realisierbar, aber meist mit erheblichen methodischen Unzulänglichkeiten behaftet. Der oft kleine Stichprobenumfang und ein Selektionsbias limitieren die Generalisierbarkeit. Nicht selten erfolgt eine Evaluation des Angebots durch die Anbieter der Dienste selbst, was die Objektivität infrage stellt. Oft fokussieren Untersuchungen in erster Linie die Veränderung der klinischen Symptomatik, weniger die Veränderung von Teilhabe und sozialer Funktionsfähigkeit. Dies ist umso bedauerlicher, als diese Art der Unterstützung in Deutschland nach dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) von den Trägern der Eingliederungshilfe explizit als »Leistung zur sozialen Teilhabe« finanziert wird und den leistungsberechtigten Personen eine selbstbestimmte Gestaltung ihres Alltags ermöglichen soll (§ 78 SGB IX).

Wir sind diesem Forschungsbedarf im Rahmen einer Multicenter-Studie nachgegangen: Ein Jahr Wohnen mit Assistenz – und dann? Welche Effekte hat die Unterstützung auf die soziale Funktionsfähigkeit, subjektive Lebensqualität, erlebte Chancen der Teilhabe und beeinträchtigte Lebensbereiche der Nutzerinnen und Nutzer? Das Ziel all dieser Forschungsprojekte war ein Vergleich der Entwicklung der Nutzerinnen und Nutzer von verschiedenen Formen des unterstützten Wohnens über einen längeren Zeitraum.

Methode

Diese Studie ist eine Sekundäranalyse einer Teilstichprobe von Daten, die im Rahmen verschiedener Forschungsprojekte unter der Überschrift »WiEWohnen« an verschiedenen Standorten bzw. in verschiedenen Regionen in Deutschland und in der Schweiz erhoben wurden: in Nordrhein-Westfalen (NRW), Baden-Württemberg (BW),

Mecklenburg-Vorpommern (MV), Zürich (ZH) und Bern (BE). Die Untersuchungen wurden zumeist als Kohortenstudien mit einem Katamnesezeitraum von ein bis zwei Jahren durchgeführt. In Zürich gelang es, aufgrund der Neueinführung des Dienstes »Independent Supported Housing« (ISH) ein RCT mit Kontrollgruppendesign und den Armen ISH versus HAU (»Housing as Usual« – etablierte Wohnunterstützungsformen wie z. B. Wohnheime) umzusetzen (Adamus u. a. 2022).

Neben partikulären Forschungsinteressen an den verschiedenen Standorten war es von vorneherein eine Intention dieser Studien, vergleichbare Stichproben zu rekrutieren und mit denselben Erhebungsinstrumenten zu untersuchen, um die Daten am Ende in einem gemeinsamen Pool zusammenzufassen und auswerten zu können.

Teilnehmende: Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren Menschen mit einer schweren psychischen Erkrankung, die Wohnunterstützung außerhalb von besonderen Wohnformen bzw. Heimen in Anspruch nehmen. In Deutschland erfüllten sie die Kriterien für den Bezug der Eingliederungshilfe (»durch eine seelische Behinderung wesentlich in der Teilhabe beschränkt«), in der Schweiz waren es Personen mit Berechtigung für die Inanspruchnahme von Wohnunterstützung aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung.

Für die hier vorgestellte Sekundäranalyse wurden an allen Standorten die Baseline-daten und die Daten der Zwölfmonatskatamnesen verwendet, mit Ausnahme der Daten aus BW. Dort spannte sich der letzte Katamnesezeitpunkt aus forschungstechnischen Gründen über einen Zeitraum von zwölf bis 18 Monaten. In den drei deutschen Zentren erfolgten die Erstuntersuchungen zwischen 2017 und 2019, in der Schweiz zwischen 2019 und 2020. Die Katamnesen fanden in Deutschland zwischen 2018 und 2020 statt, in der Schweiz zwischen 2020 und 2021.

In Deutschland gingen in diese Auswertung nur Daten von Personen mit aufsuchender Unterstützung ein, die diese Maßnahme entweder ganz neu in Anspruch nahmen, oder solche, für die dies einen bedeutsamen Wechsel des Unterstützungssettings und -umfangs mit sich brachte (z. B. aus einer Wohngruppe in die eigenen vier Wände). In der Schweiz waren es Personen, die neu am ISH teilnahmen.

Intervention: In den deutschen Zentren umfasste die Intervention die stundenweise aufsuchende Assistenz in der eigenen Wohnung im Umfang von ca. zwei bis acht Stunden wöchentlich, die sämtliche Leistungen zur sozialen Teilhabe integrierte, die nach einer vorherigen Feststellung des Unterstützungsbedarfs als notwendig erachtet wurden. Die Wohnform selbst umfasste viele Varianten, vom Leben alleine, mit der eigenen Familie oder in einer Gastfamilie bis hin zum Wohnen in einer WG mit anderen Betroffenen.

Das ISH in der Schweiz folgt den Prinzipien des »Housing First« für wohnsitzlose Menschen (Tsemberis 1999). Es bietet flexible, gezielte, individuelle Unterstützung im Umfang von maximal vier bis acht Stunden wöchentlich entsprechend den Bedarfen der Personen in der eigenen Wohnung. ISH beinhaltet insbesondere auch die Hilfe beim Finden und Erhalten der Wohnung. Hauptziele des ISH sind entsprechend dem

Housing First-Ansatz die Ermöglichung und Erhaltung einer stabilen Wohnsituation sowie die Stärkung von Fähigkeiten zur Aufrechterhaltung eines selbstbestimmten, selbstständigen Lebens in der Gemeinde (Mötteli u. a. 2022; Adamus u. a. 2022).

Sowohl in Deutschland als auch in der Schweiz wird die Assistenz in der Regel durch Fachkräfte mit einem sozialarbeiterischen, -pädagogischen oder pflegerischen beruflichen Hintergrund geleistet und ist unabhängig von der Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung.

Instrumente: Zur Datenerhebung wurden bewährte, teilweise standardisierte Erhebungsinstrumente eingesetzt.

Social Functioning Scale (SFS) (Birchwood u. a. 1990; Iffland u. a. 2015): Als Hauptoutcome der Studie wurden Aktivitäten und Funktionsniveau im Alltag definiert. Die SFS umfasst sieben Subskalen, die in ihren Items das Funktionsniveau in verschiedenen Lebensbereichen abbilden: soziale Einbindung, Kommunikation und Interaktion, soziale Aktivitäten, Freizeitgestaltung, Unabhängigkeit – Kompetenz (Einschätzung der eigenen Fähigkeiten z. B. beim Kochen), Unabhängigkeit – Performanz (Angaben zur Häufigkeit von Aktivitäten wie z. B. Kochen) und Arbeit. Die Rohwerte werden in skalierte Scores transformiert, mit einem Mittelwert von 100 und einer Standardabweichung von 15. Höhere Werte bedeuten dabei ein höheres Funktionsniveau.

Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) (Priebe u. a. 1999): MANSA erfasst die auf einer siebenstufigen Likert-Skala selbstbeurteilte Lebensqualität und Zufriedenheit in einem breiten Spektrum von Lebensbereichen, von psychischer und physischer Gesundheit bis hin zu Finanzen und sozialen Beziehungen. Die Skala reicht von 0 bis 6, bessere Werte bedeuten höhere Zufriedenheit. Als Ergebnismaß wurde der Durchschnittswert über alle Items der Skala verwendet.

Oxford Capabilities Questionnaire – Mental Health (OxCAP-MH) (Simon u. a. 2013): OxCAP-MH erfasst die selbstbeurteilten Verwirklichungschancen gesellschaftlicher Teilhabe in verschiedenen Bereichen des Lebens. Wie gut schätzt die Person ihre Möglichkeiten ein, ein Leben zu leben, das sie selbst als ein »gutes Leben« empfindet (z. B. kommunalpolitische Mitbestimmung, Meinungsfreiheit, Schutz vor Diskriminierung)? Kann man so leben wie andere Menschen oder fühlt man sich in bestimmten Bereichen aufgrund der Erkrankung eingeschränkt? Die Rohwerte wurden in einen standardisierten Gesamtscore mit einer theoretischen Spanne von 0 bis 100 transformiert. Bessere Werte bedeuten bessere Verwirklichungschancen.

Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CAN-EU) (Phelan u. a. 1995; Hegedüs & Abderhalden 2011): CAN-EU fragt auf der Basis teilstandardisierter Interviews nach 22 Problembereichen im Alltag (»needs«) (z. B. soziale Kontakte, Umgang mit Geld, Haushaltsführung) und der jeweils verfügbaren Unterstützung. Unterschieden wird zwischen den Kategorien »kein Problem«, »leichtes Problem (met needs«) (Problem ist nicht gravierend oder kann mit Unterstützung kompensiert werden) und »schweres Problem (unmet needs«) (gravierendes Problem, bei dem keine oder zu wenig Unterstützung zur Verfügung steht). Erfasst wurde die Gesamtzahl der

Bereiche, in denen es ein Problem gab (»needs gesamt«), sowie die Summe von Bereichen, in denen der Unterstützungsbedarf gedeckt bzw. ungedeckt war.

Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI-EU) (Chisholm u. a. 2000; Roick u. a. 2001): CSSRI-EU wurde als umfassendes Selbstauskunftsinstrument zur Erfassung der soziodemografischen und klinischen Merkmale sowie der Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen verwendet.

Statistik: Die deskriptive Statistik umfasst Häufigkeitsauswertungen soziodemografischer und klinischer Merkmale der Teilnehmenden sowie der Outcomes. Mittels parametrischer und non-parametrischer Tests wurden Unterschiede zwischen den Zentren sowie zwischen Studiencompletern und Studienabbrechern untersucht. Die Veränderung in den Outcomes wurde im Sinne einer Intention-to-treat-Analyse parametrisch mittels t-Tests für gepaarte Stichproben bzw. non-parametrisch mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test geprüft. Zur Untersuchung von Einflussfaktoren auf die Veränderung wurden Varianzanalysen mit Messwiederholung auf dem Outcome und verschiedenen Prädiktoren als beeinflussende Faktoren angewendet. Einzelne fehlende Werte wurden entsprechend der Auswertungshinweise der verwendeten Skalen durch individuelle Skalenmittelwerte ersetzt. Die statistische Auswertung erfolgte mit IBM SPSS Statistics Version 28.

Ergebnisse

In die Baselineuntersuchung gingen die Daten von 298 Teilnehmenden ein. Der größte Anteil entfiel dabei auf Personen aus NRW mit 43 % der Daten, der geringste auf Personen aus ZH (9,4 %) und MV (8,1 %, s. Tabelle 1, S. 54).

Teilnehmende und Unterstützungscharakteristika

Beim Vergleich der Teilnehmenden der verschiedenen Zentren ergaben sich keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Alter (MW = 41 Jahre), Geschlecht (51 % weiblich), Ausbildungsniveau (32 % mit maximal Hauptschulabschluss und ohne Berufsausbildung), Bestehen einer Partnerschaft (28 %), Beginn der Erkrankung im Kindes- und Jugendalter (50 %) und Hauptdiagnose (der Schwerpunkt lag mit 34 % auf affektiven Erkrankungen und mit 20 % auf Störungen aus dem Schizophreniespektrum). In den zwölf Monaten vor der Befragung waren 50 % der Teilnehmenden in stationärer psychiatrischer Behandlung gewesen. 48 % hatten im Lauf ihres Lebens Vorerfahrungen mit unterstützten Wohnformen gemacht und bei 21 % lagen diese Erfahrungen maximal ein Jahr zurück.

Tabelle 1: Soziodemografische und klinische Baselinemerkmale sowie Merkmale der

			NRW (n = 128)	MV (n = 24)
Alter		MW (SD)	40,9 (12,67)	41,1 (11,39)
Geschlecht	männlich	n (%)	62 (48 %)	14 (58 %)
	weiblich	n (%)	66 (52 %)	10 (42 %)
Schul-/ Ausbildung	niedrig	n (%)	48 (38 %)	10 (42 %)
	mittel	n (%)	56 (44 %)	11 (46 %)
	hoch	n (%)	22 (18 %)	3 (13 %)
Beschäfti- gung	keine	n (%)	92 (74 %)	16 (80 %)
	beschützt bzw. Tagesstätte	n (%)	20 (16 %)	4 (20 %)
	allg. Arbeitsmarkt/ in Ausbildung/Schule	n (%)	12 (10 %)	0 (0 %)
Partner- schaft	ja	n (%)	39 (31 %)	4 (17 %)
	nein	n (%)	88 (69 %)	20 (83 %)
Haupt- diagnose	substanzbezogene Störung	n (%)	22 (17 %)	3 (13 %)
	Schizophrenie	n (%)	16 (13 %)	5 (21 %)
	Affektive Störung	n (%)	44 (34 %)	8 (33 %)
	Persönlichkeitsstörung	n (%)	13 (10 %)	4 (17 %)
	sonstige/unbekannt	n (%)	33 (26 %)	4 (17 %)
Erkran- kungs- beginn	bis im Alter von 20 Jahren	n (%)	67 (55 %)	12 (52 %)
	nach 20 Jahren	n (%)	55 (45 %)	11 (48 %)
Im letzten Jahr wg. psychischer Probleme in stat. Be- handlung	ja	n (%)	55 (45 %)	9 (38 %)
	nein	n (%)	68 (55 %)	15 (63 %)

a) Einfaktorielle ANOVA, b) Chi-Quadrat-Test c) Kruskal-Wallis-Test; Ergebnisse der Signifikanztests:
*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Unterstützung bei Teilnehmenden der verschiedenen Zentren

BW (n = 87)	BE (n = 31)	ZH (n = 28)	Total (n = 298)	Tests
41,2 (13,44)	37,4 (12,99)	41,5 (12,03)	40,7 (12,74)	a) n. s.
46 (53 %)	14 (45 %)	10 (36 %)	146 (49 %)	
41 (47 %)	17 (55 %)	18 (64 %)	152 (51 %)	b) n. s.
18 (21 %)	10 (32 %)	9 (32 %)	95 (32 %)	
51 (59 %)	13 (42 %)	10 (36 %)	141 (48 %)	
17 (20 %)	8 (26 %)	9 (32 %)	59 (20 %)	b) n. s.
41 (47 %)	14 (45 %)	16 (57 %)	179 (62 %)	
36 (41 %)	11 (36 %)	5 (18 %)	76 (26 %)	
10 (11 %)	6 (19 %)	7 (25 %)	35 (12 %)	b)***
24 (28 %)	10 (32 %)	6 (22 %)	83 (28 %)	
63 (72 %)	21 (68 %)	21 (78 %)	213 (72 %)	b) n. s.
14 (16 %)	1 (3 %)	4 (14 %)	44 (15 %)	
21 (24 %)	7 (23 %)	9 (32 %)	58 (20 %)	
28 (32 %)	10 (32 %)	10 (36 %)	100 (34 %)	
12 (14 %)	5 (16 %)	3 (11 %)	37 (12 %)	
12 (14 %)	8 (26 %)	2 (7 %)	59 (20 %)	b) n. s.
38 (44 %)	18 (58 %)	11 (39 %)	146 (50 %)	
49 (56 %)	13 (42 %)	17 (61 %)	145 (50 %)	b) n. s.
52 (60 %)	16 (52 %)	14 (50 %)	146 (50 %)	
35 (40 %)	15 (48 %)	14 (50 %)	147 (50 %)	b) n. s.

a) Einfaktorielle ANOVA, b) Chi-Quadrat-Test c) Kruskal-Wallis-Test; Ergebnisse der Signifikanztests:

*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Fortsetzung Tabelle 1: Soziodemografische und klinische Baselinemerkmale sowie Merkmale der

			NRW (n = 128)	MV (n = 24)
Im letzten Jahr wg. somatischer Probleme in stat. Behandlung	ja	n (%)	38 (31 %)	9 (38 %)
	nein	n (%)	85 (69 %)	15 (63 %)
Frühere Erfahrungen mit unterstütztem Wohnen	ja	n (%)	66 (52 %)	16 (67 %)
	nein	n (%)	61 (48 %)	8 (33 %)
Anzahl der Jahre in unterstütztem Wohnen		MW (SD)	2,2 (4,26)	3,7 (4,84)
		MD (max.)	0 (22)	2 (17)
Unterstütztes Wohnen im vergangenen Jahr	ja	n (%)	34 (27 %)	6 (25 %)
	nein	n (%)	92 (73 %)	18 (75 %)

a) Einfaktorielle ANOVA, b) Chi-Quadrat-Test c) Kruskal-Wallis-Test; Ergebnisse der Signifikanztests:
*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Es gab aber auch charakteristische Unterschiede zwischen den Zentren.

- Am häufigsten ohne Beschäftigung waren Teilnehmende in NRW und MV (70–80 %). Am häufigsten in Voll- oder Teilzeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt beschäftigt oder in Schule, Studium oder Ausbildung waren Teilnehmende der Schweizer Zentren (19–25 %). Geschützt Beschäftigte gab es am häufigsten in BW und in BE (rund 40 %).
- Somatische Probleme («stationäre Behandlung im Vorjahr wegen körperlicher Probleme») waren am häufigsten in MV und NRW (31–38 %), selten hingegen in der Schweiz und in BW (7–13 %).
- Die Gesamtdauer von Vorerfahrungen mit unterstützten Wohnformen unterschied sich insbesondere zwischen den deutschen (im Schnitt über zwei Jahre) und den Schweizer Zentren (im Schnitt nur ein halbes bzw. ein Jahr).
- Auch hinsichtlich des Settings der Unterstützung gab es regionale Besonderheiten. So lebten insgesamt 79 % entweder allein oder mit anderen Personen, die keine Unterstützung erhielten, z. B. mit der Familie. In den beiden Schweizer Zentren war dies das Grundmodell für das Wohncoaching. Hingegen hatten die Befragten

Unterstützung bei Teilnehmenden der verschiedenen Zentren

BW (n = 87)	BE (n = 31)	ZH (n = 28)	Total (n = 298)	Tests
11 (13 %)	4 (13 %)	2 (7 %)	64 (22 %)	
76 (87 %)	27 (87 %)	26 (93 %)	229 (78 %)	b)***
36 (41 %)	15 (48 %)	9 (32 %)	142 (48 %)	
51 (59 %)	16 (52 %)	19 (68 %)	155 (52 %)	b) n. s.
2,3 (4,23)	1,1 (2,52)	0,5 (0,99)	2,1 (4,05)	
0 (19)	0 (9)	0 (3)	0 (22)	c)**
17 (20 %)	5 (16 %)	1 (4 %)	63 (21 %)	
70 (80 %)	26 (84 %)	27 (96 %)	233 (79 %)	b) n. s.

a) Einfaktorielle ANOVA, b) Chi-Quadrat-Test c) Kruskal-Wallis-Test; Ergebnisse der Signifikanztests:
*p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

in Deutschland teilweise auch ein Zimmer in einer WG mit anderen Personen, die ebenfalls Unterstützung in Anspruch nahmen. Dies war in NRW und MV bei gut 10 % der Fall, in BW betraf dies fast 50 % der Teilnehmenden. In BW wurde von drei Personen zudem das Angebot des »Betreuten Wohnens in Gastfamilien« (BWF) genutzt.

Baselineergebnisse

Die Zentren unterschieden sich signifikant hinsichtlich der Ausgangslagen des sozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität, Teilhabechancen und der Bedarfe.

Insbesondere die Personen aus BE zeigten günstigere Startbedingungen. Dies zeigt sich vor allem in der Social Functioning Scale (mit einem Durchschnittswert über die Scaled Scores der Skalen von 109) und im Unterstützungsbedarf (CAN-EU). Mit einem Median von vier hatten Berner Teilnehmende die geringste Gesamtzahl an

Problemen, die der Unterstützung bedurften (»needs gesamt«), im Median blieb dort nur ein Bedarf ungedeckt (»unmet needs«). In den deutschen Zentren lag hingegen der Median der ungedeckten Unterstützungsbedarfe bei drei und der Median der insgesamt festgestellten Bedarfe lag bei acht bis neun. Ein Blick in die Daten zeigt, dass unter den vier häufigsten Bereichen mit ungedecktem Bedarf in allen Zentren jeweils die Themen Seelischer Druck, Soziale Kontakte und Partnerschaft vertreten waren.

Tabelle 2: Ergebnisse der Baselineuntersuchung

		NRW	MV	BW	BE	ZH	Gesamt	Tests
SFS	n	125	24	87	31	28	295	a) ***
	MW	103,8	104,6	107,9	109,3	104,3	105,7	
	(SD)	(8,81)	(7,63)	(8,24)	(8,49)	(8,51)	(8,70)	
OxCAP-MH	n	124	24	87	31	28	294	a) *
	MW	61,8	61,1	63,7	69,0	56,0	62,5	
	(SD)	(15,36)	(15,52)	(13,82)	(12,05)	(17,29)	(15,03)	
MANSA	n	122	23	87	31	28	291	a) *
	MW	2,9	2,7	3,2	3,4	2,5	3,0	
	(SD)	(1,26)	(1,26)	(1,05)	(1,08)	(1,00)	(1,18)	
CAN-EU (needs gesamt)	n	118	24	87	31	28	288	b) ***
	MD	8	8	9	4	7	8	
	(min-max)	(1-18)	(3-15)	(1-17)	(2-11)	(1-14)	(1-18)	
CAN-EU (unmet needs)	n	118	24	87	31	28	288	b) ***
	MD	3	3	3	1	2	2	
	(min-max)	(0-17)	(0-12)	(0-12)	(0-5)	(0-11)	(0-17)	
CAN-EU (met needs)	n	119	24	87	31	28	289	b) **
	MD	4	5	5	3	4	4	
	(min-max)	(1-16)	(1-12)	(0-14)	(1-7)	(1-14)	(0-16)	

a) t-Test, b) Kruskal-Wallis-Test; Ergebnisse der Signifikanztests: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001

Veränderungen im Lauf des Katamnesezeitraums

An der Katamnesebefragung nahmen 248 Personen (83 % des ursprünglichen Samples) teil. Die Katamnese erfolgte bei Teilnehmenden in allen Zentren nach durchschnittlich rund 370 Tagen, mit Ausnahme von BW (MW = 493), wo der Katamnesezeitraum aus forschungspraktischen Gründen verlängert wurde.

Die Anteile der zur Nachbefragung nicht mehr erreichten bzw. aus der Studie ausgestiegenen Personen unterschieden sich zwischen den Zentren. Hier reichte die Spanne von 0 % (MV) bis 32 % (ZH). In den übrigen Zentren fielen zwischen 16 % und 18 % des ursprünglichen Samples aus. Diese Unterschiede waren signifikant (Exakter Fisher-Test; $p < 0,05$).

Um systematische Unterschiede zwischen Completern und Drop-out auszuschließen, wurden Merkmale wie Alter, Geschlecht, Diagnose, Bildungsstand, Beschäftigung, Vorerfahrungen mit unterstützten Wohnformen und stationäre psychiatrische oder somatische stationäre Behandlungen im Vorjahr geprüft, ebenso das Ausgangsniveau der Werte von SFS, MANSA, OxCAP-MH und CAN-EU. In keiner dieser Variablen ließ sich ein systematischer Unterschied feststellen.

Veränderungen des Unterstützungssettings

Von den 248 Katamneseiteilnehmerinnen und -teilnehmern lebten auch zur Endbefragung noch 211 (85 %) mit aufsuchender Unterstützung. Dreißig Personen (12 %) hatten die Unterstützung ganz beendet, sieben Personen (3 %) waren in intensiver unterstützte, institutionelle Wohnsettings (Wohngruppe, Wohnheim) gezogen.

Veränderungen bei sozialem Funktionsniveau, Lebensqualität, Verwirklichungschancen und Unterstützungsbedarfen

Tabelle 3 zeigt die Veränderungen der Outcomes während des Katamnesezeitraums. Das soziale Funktionsniveau (SFS) verbesserte sich signifikant von der Ersterhebung zur Nachbefragung. Verantwortlich hierfür waren insbesondere Veränderungen in den Subskalen Kommunikation und Interaktion, Kompetenz hinsichtlich Alltagsaktivitäten, die der Unabhängigkeit dienen, und Arbeit. Auch die subjektive Lebensqualität (MANSA) verbesserte sich signifikant. Der ursprüngliche Mittelwert von 3,0 (entspricht der Kategorie »teils zufrieden – teils unzufrieden«) stieg auf 3,4, was auf eine zunehmende Zufriedenheit hinweist. Die Effektstärken der Veränderungen bei SFS und MANSA waren allesamt gering (Cohens d zwischen 0,2 und 0,5).

Keine Veränderungen über die Zeit ließen sich bei den wahrgenommenen Teilhabechancen (OxCAP-MH) nachweisen, ebenso wenig bei den Unterstützungsbedarfen (CAN-EU). Der Median der Gesamtzahl der Schwierigkeiten sank von 8 auf 7,3, das Maximum von 17,6 auf 17 Bereiche, in denen Unterstützungsbedarf bestand. Die Gesamtzahl der ungedeckten Bedarfe veränderte sich über die Zeit nicht (Median = 2,1), doch auch hier sank das Maximum von 16,5 auf 12,7 Bereiche. Die Unterschiede waren insgesamt gering und ließen sich statistisch nicht untermauern.

Tabelle 3: Veränderungen im Katamnesezeitraum

	N	T0		T1		Tests
		MW	SD	MW	SD	
SFS gesamt	243	105,3	8,72	107,0	9,43	a) ***
Soziale Einbindung	244	100,0	12,81	101,4	11,76	a) n. s.
Kommunikation und Interaktion	246	112,9	18,45	116,7	18,74	a) ***
Soziale Aktivitäten	244	99,3	13,94	98,2	14,87	a) n. s.
Freizeit	244	108,0	14,64	108,7	16,25	a) n. s.
Unabhängigkeit – Kompetenz	245	106,9	9,77	109,4	10,25	a) ***
Unabhängigkeit – Performanz	246	108,6	10,63	109,6	11,25	a) n. s.
Arbeit	234	102,0	12,70	104,9	12,88	a) ***
MANSA	239	3,0	1,18	3,4	1,11	a) ***
OxCap-MH	242	62,1	15,34	63,5	15,34	a) n. s.
		MD	Min–Max	MD	Min–Max	
CAN-EU (needs gesamt)	235	8	1–18	7	0–17	b) n. s.
CAN-EU (unmet needs)	235	2	0–17	2	0–13	b) n. s.
CAN-EU (met needs)	236	4	0–16	4	0–16	b) n. s.

a) t-Test für gepaarte Stichproben, b) Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test; Ergebnisse der Signifikanztests: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Abbildung 1 veranschaulicht, in welchen Lebensbereichen eine ausreichende Unterstützung fehlt und wie sich dies im Lauf der Zeit verändert hat. Auffällig sind hier ungedeckte Unterstützungsbedarfe insbesondere in Hinblick auf soziale Integration (d. h. soziale Kontakte, Partnerschaft) und das Thema seelischer Druck. Rund ein Drittel der Teilnehmenden war anfangs hiervon betroffen. Außerdem gab es bei einem Viertel einen ungedeckten Unterstützungsbedarf im Bereich körperliche Gesundheit.

Ein Jahr später war der Anteil von Personen mit ungedecktem Unterstützungsbedarf in 15 Bereichen gesunken und in sechs Bereichen gestiegen. Die Veränderungen wa-

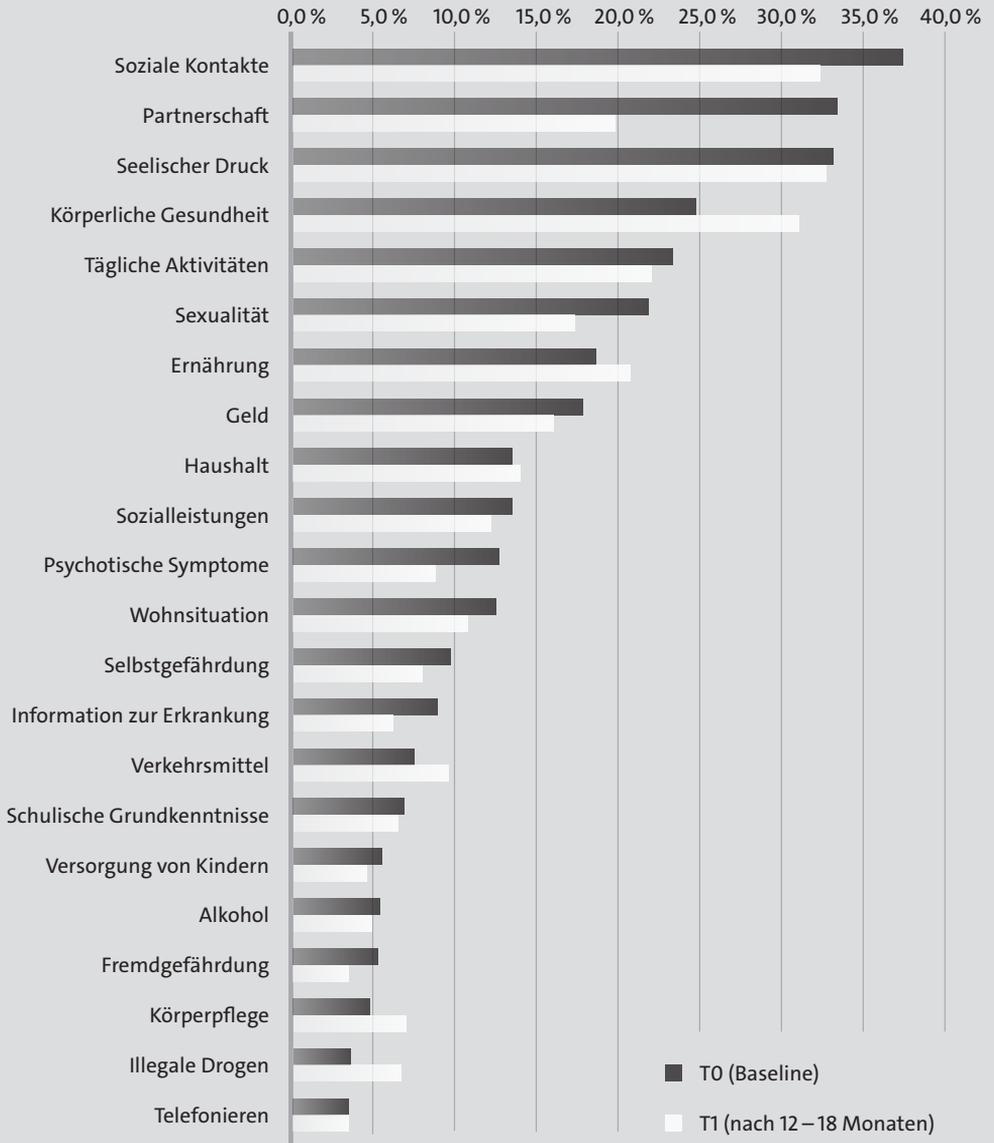


Abbildung 1: Anteile der Teilnehmenden mit ungedecktem Unterstützungsbedarf in verschiedenen Bereichen im Zeitverlauf (n = 180–237; am geringsten: Themen Sexualität n = 180 und Partnerschaft n = 213)

ren meist gering, mit zwei Ausnahmen: Im Bereich Partnerschaft sank der Anteil von Personen mit unzureichender Unterstützung von 33% auf 20%. Die ist insbesondere auf eine Zunahme der Personen zurückzuführen, bei denen bei der Nachbefragung

überhaupt kein Problem mehr erkennbar war. Im Bereich körperliche Gesundheit stieg der Anteil von Teilnehmenden mit ungedecktem Bedarf von 25 % auf 31 %. Keine Gesundheitsprobleme hatten anfänglich 83 Teilnehmende, am Ende jedoch nur noch 63.

Da die einzelnen Skalen ordinal skaliert waren (0 = kein Problem, 1 = leichtes Problem, 2 = schweres Problem), wurden die Unterschiede im Verlauf mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test überprüft. Bestätigt wurden die Verschlechterung beim Thema körperliche Gesundheit ($p < 0,01$) und die Verbesserungen bei Partnerschaft ($p < 0,001$), psychotischen Symptomen ($p < 0,05$), Information zur Erkrankung und Behandlung ($p < 0,05$) und Selbstgefährdung ($p < 0,001$) (o. Abb.).

Potenzielle Einflussfaktoren

Zur explorativen Untersuchung möglicher Zusammenhänge der Veränderungen zwischen Baseline und Katamnese mit weiteren Merkmalen der Personen wurden zu den beiden Outcomes SFS und MANSA Messwiederholungs-ANOVAs berechnet. »Zeit« wurde als Maß für die Veränderung verwendet. Als potenziell relevante Faktoren für die Steigerung von Funktionsniveau und subjektiver Lebensqualität wurden folgende Variablen einbezogen:

- Alter,
- Geschlecht (männlich vs. weiblich),
- Bildung (maximal Pflichtschuljahre ohne abgeschlossene Ausbildung vs. höhere Bildung),
- Diagnose F2 (Hauptdiagnose Störung aus dem Schizophreniespektrum vs. keine F2-Diagnose bzw. andere Diagnosespektren),
- Diagnose F3 (Hauptdiagnose Affektive Störung vs. keine F3-Diagnose bzw. andere Diagnosespektren),
- Frühmanifestation (Ersterkrankung bis zum Alter von zwanzig Jahren vs. ab 21 Jahren),
- keine Vorerfahrungen mit unterstütztem Wohnen (»Neueinsteiger«) (keinerlei Vorerfahrungen vs. Vorerfahrungen).

Es lassen sich kaum Zusammenhänge mit diesen Faktoren nachweisen. Sowohl bei SFS als auch bei MANSA gibt es eine große Heterogenität im Ausgangsniveau der Teilnehmenden.

Beim sozialen Funktionsniveau hing nur der Faktor Bildung mit der Höhe des Funktionsniveaus zusammen: Menschen mit geringer Bildung starteten generell auch auf einem niedrigeren Funktionsniveau als Menschen mit höherer Bildung (geschätzte Randmittel 102,2 vs. 107,6). Der Unterschied ist signifikant ($p < 0,001$). Beide Gruppen konnten sich in ähnlichem Ausmaß verbessern (keine signifikante Interaktion zwi-

schen Bildung und Zeit). Ein signifikanter Interaktionseffekt, der auf Prädiktoren für den Verlauf hinweisen könnte, ließ sich allein beim Lebensalter feststellen ($p < 0,05$): Ältere Menschen veränderten sich unter Kontrolle der anderen Variablen hinsichtlich ihres Funktionsniveaus weniger stark als jüngere Menschen. Die Effektstärken dieser Ergebnisse (partielles Eta-Quadrat) sind klein (Alter * Zeit) bis mittel (Bildung).

Was die subjektive Lebensqualität anbelangt, lassen sich ebenfalls kaum Zusammenhänge mit den untersuchten Faktoren nachweisen. Allerdings hatten Neueinsteiger zu Beginn eine geringere Lebensqualität als Menschen, die bereits Erfahrung mit unterstützten Wohnformen gemacht hatten (geschätzte Randmittel 2,7 vs. 3,1), beide konnten diese jedoch in vergleichbarem Umfang steigern. Dieses Ergebnis ist signifikant ($p < 0,05$). Auch gab es wieder eine signifikante Interaktion zwischen Alter und Verlauf des Outcomes: Je älter die Person, desto geringer war die Veränderung der Lebensqualität ($p < 0,05$). Die Effektstärken waren jeweils gering.

Diskussion und Zusammenfassung

Mit dieser Analyse der gepoolten Daten aus den verschiedenen WiEWohnen-Untersuchungen in Deutschland und in der Schweiz konnte gezeigt werden, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die in den eigenen vier Wänden aufsuchend unterstützt werden, im Lauf eines Jahres eine Steigerung des sozialen Funktionsniveaus und ihrer subjektiven Lebensqualität erfahren. In Hinblick auf das Funktionsniveau sind es insbesondere die Bereiche Kommunikation und Interaktion, Alltagskompetenzen und Arbeit, die sich nachweislich verbessert haben. Keine Veränderungen konnten in Bezug auf die wahrgenommenen Chancen gesellschaftlicher Teilhabe nachgewiesen werden. Ebenso ließen sich auch nur wenige Veränderungen hinsichtlich der Anzahl der Bereiche zeigen, in denen überhaupt Unterstützung benötigt wurde, und hinsichtlich der Zahl der Bereiche mit ungedecktem Hilfebedarf. Dennoch lohnt ein Blick in die differenziellen Ergebnisse der Bedarfserhebung: Am häufigsten wurde über alle Zentren hinweg ein ungedeckter Bedarf in Hinblick auf seelischen Druck und Sozialkontakte offensichtlich. Beide Bereiche rangieren bei der Katamnese immer noch ganz vorne, was darauf hinweist, dass sowohl in Bezug auf psychische Befindlichkeit als auch auf Einsamkeit weiterhin Handlungsbedarf besteht. Auffällig ist zudem, dass körperliche Probleme bei der Katamnese sogar häufiger als ein ernstes Problem mit ungedecktem Unterstützungsbedarf erkannt wurden als bei der Erstbefragung. Es ist allgemein bekannt, dass die körperliche Gesundheit von Menschen mit einer psychischen Erkrankung oft unzureichend beachtet wird. Das Ausmaß der Problematik wurde auch in dieser Untersuchung erst bei der Katamnese deutlich sichtbar. Umso wichtiger wäre es, bei dieser Gruppe von Menschen frühzeitig die somatische Komorbidität im Auge zu behalten und sich um Prävention zu bemühen, um ihrem erhöhten Morbiditäts- und

Mortalitätsrisiko adäquat zu begegnen. Es könnte aber auch sein, dass die Betroffenen Störungen ihrer körperlichen Gesundheit verstärkt wahrnehmen, wenn die psychische Problematik zurückgeht.

Eingangs wurde gezeigt, dass es trotz des Plans, Daten mit denselben Messinstrumenten bei der gleichen Zielgruppe und im Rahmen einer vergleichbaren komplexen Intervention zu erheben, an den teilnehmenden Zentren differenzielle Unterschiede gab, die berücksichtigt werden müssen. Dies reicht von möglichen, nicht erfassten Unterschieden im Unterstützungssetting (Vorgehensweise und Fokus der Unterstützung) bis hin zur persönlichen Motivation der einzelnen Teilnehmenden, an einer solchen Katamnesestudie mitzuwirken.

Dass der Untersuchungszeitraum bei den Schweizer Zentren in die Covid-19-Pandemie fiel, beschränkt partiell die Validität der gepoolten Daten, z. B. in Hinblick auf die Erfassung sozialer Aktivitäten. Die Einschränkung des öffentlichen Lebens während der Pandemie könnte sich durchaus in den Daten abgebildet haben, was ihre Vergleichbarkeit mit der deutschen Stichprobe reduziert. Umso erfreulicher ist das Gesamtergebnis, dass selbst unter diesen teilweise schwierigen Bedingungen über alle Zentren gesehen insgesamt Verbesserungen nachgewiesen werden konnten. Generell ist ein Jahr natürlich ein bescheidener Zeitraum zur Erfassung von Entwicklungen bei chronischen Erkrankungen. Längerfristige Verlaufsbeobachtungen wären daher ausgesprochen wünschenswert.

Das allgemeine Ergebnis, dass die Lebenszufriedenheit ebenso wie die soziale Funktionsfähigkeit steigt, deutete sich bereits in den verschiedenen Publikationen der Einzelstudien in der Schweiz und in Nordrhein-Westfalen an (siehe Kapitel Dehn u. a. und Mötteli u. a. in diesem Buch; außerdem Adamus u. a. 2022; Dehn u. a. 2022). Diese zeigen sogar, dass eine aufsuchende Unterstützung in der eigenen Häuslichkeit einer Unterstützung in einem institutionellen Setting keinesfalls unterlegen ist, sondern eine wirksame, an vielen Stellen bessere (z. B. Kosten, Alltagsnähe) Alternative bietet und ganz klar genau das ist, was die meisten Menschen mit psychischen Erkrankungen, die Hilfe brauchen, auch jederzeit vorziehen würden.

Literatur

- Adamus, C., Mötteli, S., Jäger, M., Richter, D. (2022): Independent Supported Housing for non-homeless individuals with severe mental illness: Comparison of two effectiveness studies using a randomised controlled and an observational study design. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1033328. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1033328
- Birchwood, M., Smith, J., Cochrane, R., Wetton, S., Copstake, S. (1990): The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry*, 157 (6), 853–859.

- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) (2023): BAGüS Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2023. Berichtsjahr 2021. https://www.lwl.org/spur-download/bag/Bericht_2023_final.pdf (17.05.2024).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) (2019): BAGüS Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2017. https://www.lwl.org/spur-download/bag/190306_BAGueS_Bericht_2017_final.pdf (17.05.2024).
- Chisholm, D., Knapp, M. R., Knudsen, H. C., Amaddeo, F., Gaite, L., van Wijngaarden, B. (2000). Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory – European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *British Journal of Psychiatry*, Suppl 39, 28–33.
- Dehn, L. B., Beblo, T., Richter, D., Wienberg, G., Kremer, G., Steinhart, I., Driessen, M. (2022): Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57, 927–937. DOI: 10.1007/s00127-021-02214-6
- Hegedüs, A., Abderhalden, C. (2011): Versorgungsbedarf von Klienten in der ambulanten psychiatrischen Pflege im Kanton Bern. *Psychiatrische Praxis*, 38 (8), 382–388.
- Iffland, J. R., Lockhofen, D., Gruppe, H., Gallhofer, B., Sammer, G., Hanewald, B. (2015): Validation of the German Version of the Social Functioning Scale (SFS) for schizophrenia. *PLoS One*, 10 (4), e0121807. DOI: 10.1371/journal.pone.0121807
- Mötteli, S., Adamus, C., Deb, T., Fröbel, R., Siemerikus, J., Richter, D., Jäger, M. (2022): Independent Supported Housing for non-homeless people with serious mental illness: A pragmatic randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 798275. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.798275
- Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L., McCrone, P., Hayward, P. (1995): The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 167 (5), 589–595.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999): Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45 (1), 7–12.
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017): Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health*, 44 (6), 817–823.
- Roick, C., Kilian, R., Matschinger, H., Bernert, S., Mory, C., Angermeyer, M. C. (2001): Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten. German Adaptation of the Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory – An Instrument for the Cost of Mental Health Care. *Psychiatrische Praxis*, 28 (Suppl. 2), 84–90.
- Simon, J., Anand, P., Gray, A., Rugkåsa, J., Yeeles, K., Burns, T. (2013): Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Social Science and Medicine*, 98, 187–196.
- Tsemberis, S. (1999): From streets to homes: An innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *Journal of Community Psychology*, 27 (2), 225–241.
- Valdés-Stauber, J., Kilian, R. (2015): Is the level of institutionalisation found in psychiatric housing associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? A patient record analysis. *BMC Psychiatry*, 15, 215.

Wie wirkt Wohnunterstützung?

Eine zweijährige Evaluationsstudie zu wohnbezogenen Assistenzleistungen in Nordrhein-Westfalen

Lorenz B. Dehn, Thomas Beblo, Günther Wienberg, Martin Driessen, Ingmar Steinhart

Sowohl international als auch besonders in Deutschland besteht bislang ein Mangel an empirischer Forschung zu wohnbezogenen Assistenzleistungen für nicht obdachlose Menschen mit psychischen Erkrankungen. In der prospektiven Evaluationsstudie WiE-Wohnen NRW wurde daher die Wirksamkeit entsprechender Unterstützungsangebote in der eigenen Wohnung und solcher in besonderer Wohnform im Zweijahresverlauf untersucht. Dabei konnten einerseits insgesamt positive Verläufe hinsichtlich verschiedener Ergebnisparameter aufgezeigt werden, andererseits erzielten beide Formen der Wohnunterstützung auch vergleichbare psychosoziale Rehabilitationserfolge. Aus Sicht der Hilfeempfänger und -empfängerinnen lag die Präferenz zugleich stärker auf der mobilen Unterstützung in der eigenen Wohnung. Die Ergebnisse dieser systematischen Evaluationsstudie weisen auf den Bedarf hin, passgenaue Assistenzangebote mit Wohnbezug auszubauen und dabei auch die Selbstbestimmung der Hilfeempfänger und -empfängerinnen zu stärken.

Ausgangslage und Fragestellungen

Im letzten Kennzahlenvergleich der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe wird ersichtlich, dass im Jahr 2020 rund 425.000 Menschen hierzulande Assistenz bzw. Unterstützungsleistungen mit Wohnbezug erhielten (BAGüS 2022). Mit etwa 54 % stellen darunter Menschen mit seelischen Behinderungen, also psychischen oder Suchterkrankungen, den größten Anteil an Hilfeempfängern und -empfängerinnen dar (im Vergleich zu Personen mit körperlichen bzw. geistigen Behinderungen) – und das bereits seit Jahren. Trotz dieser hohen Nutzendenzahlen sowie der enormen finanziellen Aufwendungen ist die Datenlage über die Lebenssituation und die Entwicklungsverläufe von Menschen mit seelischen

Behinderungen im Feld der Eingliederungshilfe Wohnen immer noch unzureichend (vgl. Kallert 2013; Steinhart 2017). Insbesondere fehlt es hierzu international, aber eben vor allem auch in Deutschland an systematischen wissenschaftlichen Studien in Bezug auf schwer psychisch erkrankte Personen, die nicht von Wohnungslosigkeit betroffen sind (Richter & Jäger 2020, s. auch Richter u. a. in diesem Band). Die Beziehung zwischen Merkmalen des Unterstützungssettings, der unterstützten Personen sowie der Assistenzleistungen 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.

Im Rahmen des Studienvorhabens »Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen« (WiEWohnen NRW) wurde daher auch auf eine differenzierte Beschreibung und Analyse der Entwicklungsverläufe bzw. des Rehabilitationserfolgs wohnbezogener Assistenzleistungen abgezielt.

Als Hauptfragestellung der entsprechenden prospektiven Evaluationsstudie sollte untersucht werden, wie die Wohnunterstützung in Bezug auf verschiedene Ergebniskriterien wirkt, primär auf die soziale Funktionsfähigkeit. Im Speziellen war hier zu prüfen, ob das Interventionsergebnis der Assistenzleistungen in der eigenen Wohnung nicht schlechter ausfällt als das der Assistenzbedingungen in besonderer Wohnform (Nichtunterlegenheit). Als Nebenfragestellung sollten zudem potenzielle Einflussfaktoren herausgearbeitet werden, die mit der Ergebnisqualität der Wohnunterstützung nach zwei Jahren im Zusammenhang stehen.

Prospektive Evaluation der Wohnunterstützung

Studienablauf: An der Studie konnten Personen teilnehmen, die neu oder wieder in die Wohnunterstützungssysteme gemäß § 2 (1) SGB IX der teilnehmenden Anbieter¹ aufgenommen worden sind oder ihren entsprechenden Status (z. B. von ambulant zu stationär) veränderten. Die Teilnehmenden sollten 18–69 Jahre alt sein, die Diagnose einer schweren psychischen Erkrankung aufweisen und keine schwere körperliche Erkrankung, relevante Lern- bzw. Intelligenzminderung oder unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache aufweisen. Die prospektive Längsschnittstudie umfasste insgesamt drei Erhebungszeitpunkte: die Eingangsbefragung bei Studieneinschluss (t0), einen Zwischentermin nach einem Jahr (t1) sowie eine Abschlusserhebung nach zwei Jahren (t2). Jede Erhebung umfasste eine Vielzahl etablierter psychosozialer Befragungsinstrumente und dauerte je nach Beantwortungsverhalten und Pausen etwa

¹ LWL-Wohnverbände Dortmund und Hemer; Das Dach e. V., Detmold; Psycho-Soziales Zentrum (PSZ) und Förderkreis Sozialpsychiatrie e. V., Münster; Bethel.regional.

sechzig bis neunzig Minuten. In Einzelfällen nahm die Befragung auch bis zu zwei Stunden in Anspruch und wurde auf zwei Termine aufgeteilt. Die Teilnehmenden erhielten jeweils eine Aufwandsentschädigung von 10 Euro für den ersten und 20 Euro für jeden der beiden folgenden Erhebungstermine. Das Studienprojekt wurde durch die Stiftung Wohlfahrtspflege finanziell gefördert und erhielt ein positives Votum durch die zuständige Ethikkommission (Ärztchammer/Universität Münster, 2017-149-f-S).

Ergebnisqualität: Als primärer Indikator für die Ergebnisqualität der Wohnunterstützung wurde entsprechend der sozialrechtlichen Zielsetzung der Eingliederungshilfe der Gesamtwert der deutschen Version der Social Functioning Scale (SFS, Iffland u. a. 2015) als globaler Kennwert der sozialen Funktionsfähigkeit ausgewählt. Dieser wird im Selbstbericht anhand von 76 Fragebogenitems erhoben und deckt mit sieben Subskalen eine Vielzahl unterschiedlicher Aspekte sozialer Funktionen ab, u. a. soziale Eingebundenheit, prosoziale Aktivitäten, zwischenmenschliche Fähigkeiten oder Arbeit und Beschäftigung. Um die Ergebnisqualität aber auch mehrdimensional evaluieren zu können, wurden zusätzlich weitere Indikatoren einbezogen: Als Fragebogen zur Lebensqualität wurde das Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) eingesetzt (Priebe u. a. 1999), die subjektive Beeinträchtigung durch psychopathologische Symptome wurde anhand einer Kurzform der Symptomcheckliste (SCL-K9 nach Klaghofer & Brähler 2001) erfragt und aus dem Bereich der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung wurde das Auftreten stationärpsychiatrischer Behandlungen in den letzten zwölf Monaten erhoben.

Statistische Auswertungen: Hinsichtlich der Hauptfragestellung erfolgte die Überprüfung der Nichtunterlegenheitsannahme für den primären Outcomeparameter SFS gemäß dem hierfür etablierten Prinzip der Konfidenzintervallinklusivität (Wellek & Blettner 2012). Der Vergleich der Eingangs- und Abschlussbedingungen zwischen den beiden Wohnformen wurden anhand zweifaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung (SFS, MANSA, SCL-K9) bzw. non-parametrischer Tests (Prävalenz stationärer Behandlungen) durchgeführt. Die Nebenfragestellung nach dem Einfluss verschiedener Prädiktoren auf den Rehabilitationserfolg wurde für den SFS-Gesamtwert anhand dreifaktorieller Varianzanalysen mit Messwiederholung überprüft, wobei unterschiedlichste Einflussvariablen berücksichtigt wurden (s. genauer bei Dehn u. a. 2021).

Ergebnisse zu Studienbeginn und im Zweijahresverlauf

Die Befragungen für WiEWohnen NRW fanden zu Studienbeginn in 39 Einrichtungen mit besonderer Wohnform und fünfzig eigenständigen Angeboten der ambulanten Wohnunterstützung statt. Es konnten schließlich 257 Personen in die Studie einge-

geschlossen werden, von denen rund 60 % ambulante und 40 % stationäre Unterstützungsleistungen erhielten.

Die Situation der Hilfeempfangenden

Die Befragten waren zu Studienbeginn im Mittel vierzig Jahre alt und in der Mehrzahl (vor allem im stationären Bereich) männlich (siehe Tabelle 1, S. 70). Jeweils etwa die Hälfte der Studienteilnehmenden hatte keine abgeschlossene Berufsausbildung und der Anteil an Personen ohne regelmäßige Beschäftigung, Arbeit, Ausbildung oder Tagesstrukturangebot war mit 64 % im ambulanten Bereich signifikant höher als im stationären Bereich mit 41 %.

In Bezug auf die psychiatrischen Diagnosen der Studienteilnehmenden ergaben sich signifikante Unterschiede zwischen den Wohnformen: Die Bewohnerinnen und Bewohner des stationären Settings wiesen überwiegend substanzbezogene (40,4 %) sowie schizophrene Störungen (34,6 %) auf, während im ambulanten Bereich affektive Störungen (30,7 %) überwogen. Bei über 70 % der Befragten lag außerdem mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose vor und etwa 62 % der Nutzenden gaben zusätzlich (mehr oder weniger schwere) somatische Erkrankungen an.

Die Nutzenden hatten in beiden Wohnformen im Durchschnitt bereits insgesamt 2,5 Jahre Vorerfahrungen mit Angeboten der Wohnunterstützung. 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. Dieser Unterschied war statistisch signifikant. Bei der Einschätzung ihrer Zufriedenheit mit der aktuellen Wohnform im Vergleich zu der vorherigen Wohnform zeigte sich, dass gegenüber stationärem Wohnen (61 %) signifikant mehr Befragte im ambulanten Bereich angaben, dass sie sehr oder eher zufrieden seien (82 %).

Wirksamkeit der Wohnunterstützung

Von den zu Studienbeginn insgesamt 257 Studienteilnehmern und -teilnehmerinnen werden für die folgenden Auswertungen ausschließlich diejenigen 165 Personen berücksichtigt, die über den zweijährigen Studienverlauf konstant in derselben Wohnunterkunft, Wohnung bzw. Wohneinrichtung gelebt haben (Per-Protocol-Gruppe, s. Dehn u. a. 2021 für weitere Details). Außerdem wurden die beiden Wohnformgruppen (ambulant vs. stationär) mittels eines methodisch hochwertigen statistischen Verfahrens (Propensity Score Matching, Kuss u. a. 2016) hinsichtlich soziodemografischer und

Tabelle 1: Soziodemografische und klinische Daten der Teilnehmenden zu Studienbeginn

		Wohnform/Assistenzleistung		
		stationär n = 104	ambulant n = 153	gesamt n = 257
Geschlecht	weiblich	29,8 %	47,7 %	40,5 %
Alter	Mittelwert (in Jahren), Spanne: 19–69	40,5	40,5	40,5
Abgeschlossene Berufsausbildung (oder Studium)	ja	45,1 %	46,4 %	45,9 %
Beschäftigungsstatus (Selbstauskunft)	keine regelmäßige Ausbildung, Arbeit oder Beschäftigung	41,3 %	64,1 %	54,9 %
	Tagesstätte oder Nutzung tagesgestaltender Angebote	45,2 %	8,5 %	23,3 %
	Werkstatt für behinderte Menschen	6,8 %	10,5 %	9,0 %
	berufliche Trainingsmaßnahme	1,9 %	5,9 %	4,3 %
	Gelegenheitsarbeit, Zuverdienst, geringfügige Beschäftigung	1,0 %	2,6 %	1,9 %
	sozialversicherungspflichtig beschäftigt in Integrationsfirma		1,3 %	0,8 %
	sozialversicherungspflichtige Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt		4,0 %	2,3 %
	Studium, Ausbildung	3,8 %	3,3 %	3,5 %
Psychiatrische Hauptdiagnosen (gemäß ICD-10)	F10–19: Substanzbezogene Störungen	40,4 %	17,0 %	26,5 %
	F20–29: Schizophrene Störungen	34,6 %	15,0 %	23,0 %
	F30–39: Affektive Störungen	7,7 %	30,7 %	21,4 %
	F40–49: Neurotische, Belastungs- & somatoforme Störungen	4,8 %	13,1 %	9,7 %
	F60–69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8,7 %	12,4 %	10,9 %
	andere	3,9 %	11,9 %	8,6 %
	andere	74,0 %	70,6 %	72,0 %
Komorbidität	weitere psychiatrische Diagnose(n)	74,0 %	70,6 %	72,0 %
	somatische Komorbidität(en)	58,7 %	64,7 %	62,3 %

klinischer Merkmale miteinander vergleichbar gemacht, woraus zwei parallelisierte Gruppen mit jeweils 51 Klienten und Klientinnen resultierten. Es konnten folgende Analyseergebnisse festgestellt werden (s. Dehn u. a. 2021):

Soziale Funktionsfähigkeit: Für den Zweijahresverlauf zeigte sich, dass beide Gruppen signifikante Verbesserungen im SFS-Gesamtwert aufwiesen. Allerdings ergab sich

hier kein Hinweis auf einen gruppenspezifischen Vorteil und beide Wohnformgruppen unterschieden sich auch zur Abschlussbefragung nicht signifikant (s. Abbildung 1). Die Prüfung der Nichtunterlegenheitsannahme bestätigte, dass der SFS-Gesamtwert nach zwei Jahren ambulanter Wohnunterstützung statistisch nicht bedeutsam geringer ausfiel als unter stationären Unterstützungsbedingungen. Das heißt, auf der Grundlage identischer Ausgangsbedingungen war der zweijährige Rehabilitationserfolg unter ambulanten Bedingungen nicht schlechter als in der besonderen Wohnform.

Weitere Erfolgskriterien: Sowohl für die subjektive Lebensqualität (MANSA) als auch die selbsteingeschätzte Symptombelastung (SCL-K9) zeigten die statistischen Auswertungen, dass bei Erst- und Endbefragung keine bedeutsamen Differenzen zwischen beiden Wohnformgruppen auftraten und diese über den Zweijahresverlauf hinweg im gleichen Maße signifikante Verbesserungen erzielten (s. Abbildung 1, S. 72). Dieses Ergebnismuster bestätigte sich auch für das Auftreten an stationärpsychiatrischen Behandlungen in den letzten zwölf Monaten: Im Vergleich zum Studienbeginn resultierte hier bei der Zweijahresbefragung eine signifikante Reduzierung für beide Wohnformen, ohne statistischen Anhalt auf gruppenspezifische Vorteile.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass alle dargestellten Ergebnisse zusätzlich durch erweiterte statistische Auswertungen bestätigt wurden. Dabei kamen neben der hier dargestellten Berechnung auf Grundlage der Per-Protocol-Gruppe auch eine Intention-to-Treat-Analyse sowie verschiedene methodische Verfahren der Fehlwertersetzung zum Einsatz (Dehn u. a. 2022).

Potenzielle Einflussvariablen

Hinsichtlich der Frage, ob das Interventionsergebnis nach zwei Jahren 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 (ambulant vs. stationär) Veränderungsprozesse auswirkten. Für einige wenige der untersuchten Einflussvariablen ließen sich lediglich Anhaltspunkte auf generelle zeit- oder wohnformunabhängige Unterschiede feststellen (s. Dehn u. a. 2021). So zeigte sich, dass im stationären Wohnen die älteren Studienteilnehmenden und im ambulanten Wohnen die jüngeren Personen generell 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 Personen, die bisher keinerlei oder nur wenig (max. ein Jahr) Vorerfahrungen mit Wohnunterstützung hatten. Außerdem zeigten weibliche Studienteilnehmerinnen zwischen den Befragungszeitpunkten eine stärkere Verbesserung im SFS als Männer. Je positiver die Befragten ihre Teilhabechancen, Lebensqualität oder psychische Ver-

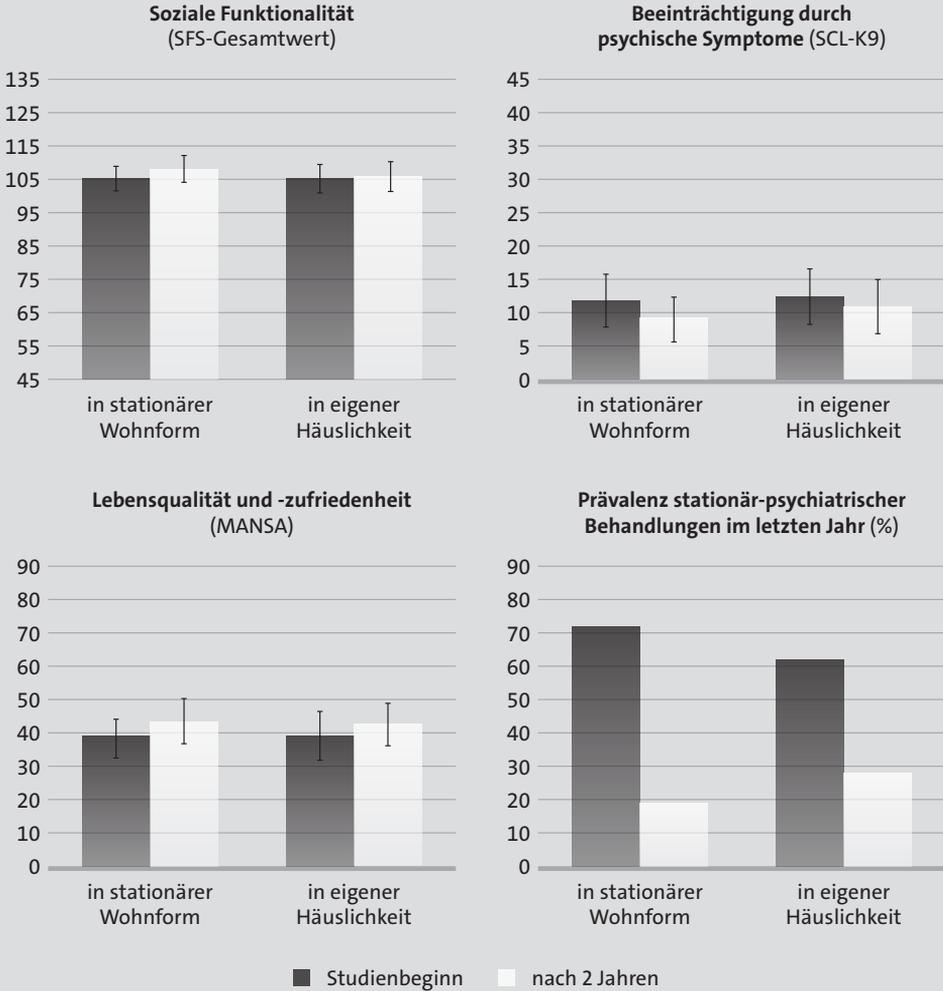


Abbildung 1: Veränderungen der verschiedenen Ergebnisindikatoren (Mittelwert/SD bzw. %)

fassung einschätzen und je besser auch die Bezugsmitarbeitenden die Gesundheit und Funktionsfähigkeit beurteilten, umso besser war auch die soziale Funktionsfähigkeit ausgeprägt. Allerdings ist hinsichtlich dieser vorgenannten Einflüsse zunächst von explorativen Befunden auszugehen, die sich in zukünftigen Untersuchungen noch bewähren sollten. Am Anfang eines individuellen Unterstützungsprozesses lässt sich dessen Wirksamkeit anhand der genannten Merkmale nicht verlässlich vorhersagen.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Wirksamkeit wohnbezogener Assistenzleistungen

Die Ergebnisse der zweijährigen Evaluationsstudie WiEWohnen NRW zeigen insgesamt positive Verläufe in Bezug auf die Ergebnisqualität der Eingliederungshilfe Wohnen für nicht wohnungslose Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Wohnunterstützung führte in beiden Settings gleichermaßen zu positiven Veränderungen bei der sozialen Funktionsfähigkeit, der Lebensqualität, der psychopathologischen Symptomschwere sowie der Zwölfmonatsprävalenz stationärpsychiatrischer Krankenhausaufenthalte. Vor dem Hintergrund identischer Ausgangsbedingungen ließen sich allerdings keinerlei bedeutsame Unterschiede in der Wirksamkeit zwischen Assistenzleistungen, die in der eigenen Wohnung oder in einer besonderen Wohnform erbracht wurden, feststellen. Hinzu kommt, dass sich für den Rehabilitationserfolg nach zwei Jahren keinerlei wohnformspezifische Einflussfaktoren zu Unterstützungsbeginn oder im ersten Jahr der Wohnassistenz identifizieren ließen, sondern lediglich übergeordnete (zeit- oder wohnformunabhängige) Einflüsse festzustellen waren. Zusammengefasst bedeutet das, dass beide Formen der Wohnunterstützung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen hier also gleiche Effekte erzielten bzw. gleich wirksam waren. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass sich die Ergebnisse auf gemittelte Gruppenstatistiken stützen und individuelle Unterstützungsbedarfe gegebenenfalls dennoch eher für die eine oder andere Wohnform sprechen können.

Diese Ergebnisse stimmen mit den Befunden einer systematischen Übersichtsarbeit von Richter und Hoffmann (2017a) überein, die ebenfalls keine bedeutsamen Unterschiede beim Vergleich von Angeboten der Wohnunterstützung hinsichtlich sozialer und gesundheitlicher Parameter ergab. In dieser Übersichtsarbeit wurden allerdings lediglich zwei Publikationen (aus Taiwan und Deutschland) zu nicht wohnungslosen Personen mit psychischen Erkrankungen außerhalb der Vereinigten Staaten oder Kanada identifiziert. Die damals einzige Studie aus Deutschland (Kallert u. a. 2007) basierte auf den Angaben von 244 Menschen mit der Diagnose einer (chronischen) Schizophrenie, die in verschiedenen stationären Einrichtungen in und um Dresden lebten. Im Gegensatz dazu berücksichtigt die hier vorliegende Studienstichprobe Hilfeempfangenden mit unterschiedlichsten psychiatrischen Diagnosen und mit verschiedenen Wohnorten innerhalb des Bundeslandes NRW. Ähnliche Studienergebnisse wie die hier von uns vorgelegten zeigten sich im Übrigen auch in dem WiEWohnen-Kooperationsprojekt in Baden-Württemberg (Steinert u. a. 2020, s. auch Jaeger u. a. in diesem Band). Dort fand zwar die Abschlussbefragung (der 85 dann noch erreichten Klienten und Klientinnen) bereits nach zwölf bis 18 Monaten statt und in den Verlaufsanalysen wurden die Wohnformen nicht spezifisch differenziert, aber es ergab sich auch dort kein Zusammenhang zwischen der Unterstützungsintensität zur Eingangsbefragung (ambulant/stationär) und der sozialen Funktionsfähigkeit zur Abschlussbefragung.

Zugänge und Präferenzen

Die erfassten Angaben der Eingangsbefragung ermöglichen nicht zuletzt auch einen Einblick in die Zusammensetzung und Charakteristika der Empfänger und Empfängerinnen von Assistenz- bzw. Unterstützungsleistungen mit Wohnbezug. Hervorzuheben ist hierbei – neben der prekären beruflichen Ausgangssituation – insbesondere der signifikante Unterschied in der Verteilung psychiatrischer Störungen: Während Personen mit affektiven (und Angst-)Störungen deutlich häufiger in ambulanten Wohnsettings zu finden sind als in besonderen Wohnformen, scheint es genau umgekehrt für Substanzkonsum und schizophrene Störungen zu gelten – ein Befund, der im Großen und Ganzen auch mit den Ergebnissen anderer Studien übereinstimmt (z. B. de Heer-Wunderink u. a. 2012; de Mooij u. a. 2016; Speck u. a. 2017). In einer großen registergestützten Analyse wurde festgestellt, dass bei der Mehrheit der Personen, die in betreuten psychiatrischen Wohneinrichtungen lebten, zuvor eine Schizophrenie, schizophrenieähnliche Störungen und/oder organische psychische Störungen diagnostiziert worden waren und ein großer Teil von ihnen auch Substanzstörungen aufwies (Nordentoft u. a. 2012). Darüber hinaus wurde in dieser Registerstudie eine Schizophreniediagnose als stärkster Prädiktor für die Aufnahme in eine stationäre Wohneinrichtung ermittelt. Wie jedoch aus Übersichtsarbeiten bekannt ist, zieht die überwiegende Mehrheit der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, darunter auch viele mit schizophrenen Störungen, eine mobile Wohnunterstützung in der eigenen Häuslichkeit dem Wohnen in besonderen Wohnformen vor (Richter & Hoffmann 2017 b). Auch in unserer Erstbefragung bestätigte sich, dass bei der Wahl ihrer Wohnform deutlich mehr Hilfeempfänger und -empfängerinnen die Präferenz auf die ambulante Wohnunterstützung gelegt hatten und dort dann im Vergleich zur Unterstützung in der besonderen Wohnform offenbar auch signifikant zufriedener waren.

Empfehlungen für die Praxis

Mit Blick auf die Versorgungspraxis lassen sich die hier dargestellten Ergebnisse dahingehend zusammenfassen, dass die Unterstützung in der eigenen Wohnung vergleichbare psychosoziale Rehabilitationserfolge erzielt wie das Angebot in besonderer Wohnform. Das bedeutet aber gleichzeitig, dass immer noch viele Hilfeempfängerinnen und -empfänger in einer Wohnform leben, die sie nicht präferieren und die für ihre psychosoziale Situation keinen erkennbar höheren Nutzen hat. Die Präferenzen der (potenziellen) Nutzenden verweisen in deutlicher Mehrheit auf das Leben in der eigenen Wohnung. Daher sollten – in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« (DGPPN 2019) – entsprechende mobile Assistenzangebote in der eigenen Häuslichkeit gestärkt und

ausgebaut werden. Neben der Förderung von Selbstbestimmung durch die Schaffung von Wahlmöglichkeiten bezüglich der Wohnform müssen jedoch vor allem ausreichende Zugänge zu geeignetem Wohnraum für ein eigenständiges, bedarfsgerechtes und sozialraumnahes Leben (mit mobiler Unterstützung) geschaffen werden, um die gesellschaftliche Teilhabe von Nutzenden mit psychischen Erkrankungen tatsächlich gewährleisten zu können.

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) (2022): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2022 für das Berichtsjahr 2020. <http://kennzahlenvergleich-eingliederungshilfe.de/download-der-kennzahlenberichte.html> (01.12.2022).
- de Heer-Wunderink, C., Visser, E., Caro-Nienhuis, A., Sytema, S., Wiersma, D. (2012): Supported housing and supported independent living in the Netherlands, with a comparison with England. *Community Mental Health Journal*, 48 (3), 321–327.
- Dehn, L. B. für die Projektgruppe der Forschungsabteilung (2021): Teilprojekt 3 – Prospektive Evaluation wohnbezogener Unterstützungsleistungen. In: Wienberg, G., Steinhart, I. (Hg.): »Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen« – Projekt WiEWohnen NRW (Abschlussbericht), S. 93–117.
http://wiewohnen.de/wp-content/uploads/2022/10/Abschlussbericht_WiEWohnen-4.pdf (01.12.22).
- Dehn, L. B., Beblo, T., Richter, D., Wienberg, G., Kremer, G., Steinhart, I., Driessen, M. (2022): Effectiveness of Supported Housing versus Residential Care in Severe Mental Illness: A Multicenter, Quasi-Experimental Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57 (5), 927–937.
- de Mooij, L. D., Kikkert, M., Lommerse, N. M., Theunissen, J., de Koning, M. B., de Haan, L., Beekman, A. T. F., Duurkoop, P. W. R. A., Dekker, J. J. M. (2016): Homesick: residential and care patterns in patients with severe mental illness. In: *BMC Psychiatry*, 16, 431.
DOI: 10.1186/s12888-016-1137-6
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019): S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«. Berlin: Springer.
- Iffland, J. R., Lockhofen, D., Gruppe, H., Gallhofer, B., Sammer, G., Hanewald, B. (2015): Validation of the German version of the Social Functioning Scale (SFS) for schizophrenia. *PLoS one*, 10 (4), e0121807. DOI: 10.1371/journal.pone.0121807.
- Kallert, T. W., Leisse, M., Winiecki, P. (2007): Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health*, 15 (1), 29–42.
- Kallert, T. W. (2013): Formen des betreuten und begleiteten Wohnens – Datenlage und praktische Aspekte. In: Rössler, W., Kawohl, W. (Hg.): *Soziale Psychiatrie*, S. 182–191. Stuttgart: Kohlhammer.
- Klaghofer, R., Brähler, E. (2001): Konstruktion und Teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49 (2), 115–124.

- Kuss, O., Blettner, M., Börgermann, J. (2016): Propensity Score – eine alternative Methode zur Analyse von Therapieeffekten. *Deutsches Ärzteblatt*, 113 (35–36), 597–603.
- Nordentoft, M., Pedersen, M. G., Pedersen, C. B., Blinkenberg, S., Mortensen, P. B. (2012): The new asylums in the community: severely ill psychiatric patients living in psychiatric supported housing facilities. A Danish register-based study of prognostic factors, use of psychiatric services, and mortality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (8), 1251–1261.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999): Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45 (1), 7–12.
- Speck, A., Daum, M., Höptner, A., Steinhart, I. (2017): Von Heimen lernen? Empirische Ergebnisse zu den Teilhabechancen und -risiken in verschiedenen Betreuungssettings der Sozialpsychiatrie. *Soziale Psychiatrie*, 32 (4), 21–23.
- Steinert, T., Jaeger, S., Herpertz, S. Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (Hg.) (2020): Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (WiEWohnen BW) – Abschlussbericht. paritaet-bw.de/system/files/abschnittdokumente/bericht-wiewohnen-bwaugust-2020.pdf (01.12.22).
- Steinhart, I. (2017): Umsetzungsstrategien und Begleitforschung. *Sozialpsychiatrische Informationen*. 47 (3), 22–26.
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017 a): Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136 (3), 269–279.
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017 b): Preference for independent housing of persons with mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44 (6), 817–823.
- Richter, D., Jäger, M. (2020): Wohnforschung in der psychiatrischen Versorgung – Methodische Probleme und aktueller Forschungsstand. In: Konrad, M., Rosemann, M. (Hg.), *Selbstbestimmtes Wohnen kompakt*, S. 92–102. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Wellek, S., Blettner, M. (2012): Klinische Studien zum Nachweis von Äquivalenz oder Nicht-unterlegenheit. *Deutsches Ärzteblatt*, 109 (41), 674–679.

Wie erleben Nutzende intensive Formen der Wohnunterstützung?

Eine qualitative Studie zu Motiven, Zielen und Erwartungen psychisch erkrankter Menschen¹

Julia Grochtmann, Günther Wienberg, Martin Driessen, Ingmar Steinhart

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung der Motive psychisch erkrankter Klientinnen und Klienten in Bezug auf die Nutzung intensiver Wohnunterstützungsformen. In einer qualitativen Studie wurde die subjektive Sicht der Nutzenden erforscht. Die Ergebnisse verdeutlichen den Doppelcharakter intensiver Wohnunterstützung: Es besteht eine Dichotomie zwischen Sicherheit und Unsicherheit einerseits sowie Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit andererseits, die die Nutzung der Wohnform und ihre Teilhabe beeinflussen. Dies stellt Mitarbeitende der Wohnunterstützung vor besondere Herausforderungen.

Wohnen und Teilhabe

Wohnen ist grundlegend für die Realisierung der Teilhabechancen von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen. In der Wohnung und im Quartier spielt sich das Alltagsleben ab und soziale Beziehungen können gepflegt werden. Durch Barrierefreiheit und Unterstützungsleistungen kann das Wohnumfeld zu einem selbstbestimmten Leben beitragen (MAGS NRW 2020). Die menschenrechtliche Dimension von Wohnen und Teilhabe wird in Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) spezifiziert. Sie spricht allen Menschen das Recht zu, ihren Aufenthaltsort frei zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben. Sie sind außerdem nicht verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben.

Die Prävalenz psychischer Erkrankungen hat sich in den vergangenen Jahren nicht verändert (Jacobi u. a. 2014; Hapke 2019), gleichzeitig steigt jedoch die Zahl psychisch

¹ Eine kürzere Fassung dieses Artikels ist 2021 erschienen in Kerbe 39 (4): 29-31.

erkrankter Menschen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe Assistenz zur selbstbestimmten und eigenständigen Bewältigung des Alltages nach § 78 SGB IX in Anspruch nehmen (BAGüS 2023). Dies gilt insbesondere für die

- Unterstützung in der eigenen Wohnung (UEW), aber auch für
- Wohnformen mit hoher Unterstützungsintensität in besonderen Wohnformen (UBW) sowie
- die »Heimalternative« Intensiv unterstütztes Wohnen in der eigenen Wohnung (IUW).

Das IUW umfasst drei Schritte:

- Die Bedarfsfeststellung für eine Person mit Behinderungen kommt zu dem Ergebnis, dass eine intensive Unterstützung erforderlich ist.
- Die betreffende Person wird gefragt, ob sie die Unterstützung in einer besonderen Wohnform wünscht oder diese lieber in der eigenen Häuslichkeit in Anspruch nehmen möchte: Wahlfreiheit.
- Falls ambulante Betreuung gewünscht wird, wird diese auch realisiert und die dafür erforderlichen Leistungen inklusive einer 24/7-Krisenbereitschaft werden erbracht: individuelle Bedarfsgerechtigkeit (ausführlich: Steinhart 2014).

Die Vergütung des IUW erfolgt in Höhe von bis zu 95 % der Kosten, die für die Assistenz in einer besonderen Wohnform anfallen würden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Motive aufseiten der Nutzenden mit der Inanspruchnahme der Wohnformen mit hoher Unterstützungsintensität verbunden sind und welche subjektiven Ziele und Erwartungen die Nutzenden haben. Dabei werden die intensiven Formen der Wohnunterstützung UBW und IUW fokussiert.

Methodisches Vorgehen

Um die vielfältigen subjektiven Perspektiven psychisch erkrankter Klientinnen und Klienten der Wohnunterstützung mit hoher Unterstützungsintensität zusammenhängend analysieren zu können, wurde im Rahmen des Projekts »Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen« (WiEWohnen NRW; Wienberg & Steinhart 2021) eine qualitative Studie durchgeführt. Dabei wurden 13 leitfadengestützte teilnarrative Einzelinterviews mit Klientinnen und Klienten des UBW (n = 8) und des IUW (n = 6) in Westfalen durchgeführt. Die Interviews wurden inhaltsanalytisch nach der strukturierten Inhaltsanalyse von Mayring (2020; 2005) ausgewertet. Eine vorgeschaltete quantitative Befragung von einhundert Befragten stellte die Basis für die Festlegung der Samplestruktur der qualitativen Interviews dar (Flick 2012). Bei der systematischen Fallauswahl wurden

sukzessive möglichst kontrastierende Fälle hinsichtlich der Ausprägung der selbst beurteilten Teilhabechancen anhand des Oxford Capabilities Mental Health Questionnaire (OxCAP MH, Baumgardt u. a. 2017) sowie soziodemografischer Variablen ausgewählt. Dadurch wurde eine maximale Heterogenität der interviewten Stichprobe sichergestellt (Schreier 2019).

Nachfolgend werden die zentralen Ergebnisse der Interviews dargestellt.²

Ergebnisse und Diskussion

Unzureichende Informiertheit über das System Wohnunterstützung

Die Motive für die erstmalige Inanspruchnahme der Wohnunterstützung im Allgemeinen und die Zuordnung zu einem Wohnsetting im Speziellen können Klientinnen und Klienten retrospektiv oft nicht benennen. Vielmehr scheinen die Zuweisungen zufällig und nach freien Kapazitäten durch Professionelle außerhalb des Systems der Wohnunterstützung zu erfolgen. Akteure sind hier z. B. Kliniken, Justizvollzugsanstalten, gesetzlich Betreuende sowie das soziale Umfeld. (Potenzielle) Nutzende verlassen sich dann darauf, dass für sie die richtigen Entscheidungen getroffen werden.

»Sprich, wenn mir das [IUB] jetzt jemand empfohlen hätte und da n Platz gewesen wär, hätt ich das klargemacht. Das ist so [...] meine Herangehensweise daran. Wenn die Leute, die da, sich darin auskennen sagen, ja das macht Sinn, dann sag ich o. k., dann wird das wohl stimmen.« (Herr M., stat. Einzelwohnen, 236)

Erschwerend kommen die begrenzten Möglichkeiten von Menschen mit psychischen Behinderungen auf dem Wohnungsmarkt hinzu. Nach Klinikaufenthalt oder Haft steht teilweise keine Wohnung (mehr) zur Verfügung, sodass die Eingliederungshilfe Wohnen auch aus dieser Perspektive eine Lösung darstellt. Unklar bleibt, ob (potenziell) Nutzende vor Inanspruchnahme der Wohnunterstützung unzureichend informiert werden, um den Prozess des Zugangs zu verstehen oder ihn nachträglich zu reflektieren.

Weshalb Klientinnen und Klienten das Wohnsetting innerhalb der Eingliederungshilfe Wohnen wechseln, können sie hingegen benennen. In der Regel wechseln sie von einem Setting mit vergleichsweise mehr Unterstützung zu einem mit weniger Unterstützung, um mehr Freiheiten zu erreichen.

² Es können aufgrund des begrenzten Textumfangs nur ausgewählte Zitate genannt werden. Die ausführliche Darstellung mit weiteren Zitaten der interviewten Klientinnen und Klienten sind dem Abschlussbericht des Projekts WiEWohnen zu entnehmen, abrufbar unter wiewohnen.de.

Unterschiedliche Zielsetzungen

Psychisch erkrankte Klientinnen und Klienten verfolgen mit der Wohnunterstützung verschiedene Ziele. Aus der Analyse der Ergebnisse ergaben sich drei Gruppen:

Langfristige Unterstützung: Diese Gruppe wünscht sich Beständigkeit und eine langfristige Wohnunterstützung. Die Aufrechterhaltung der Unterstützung ist zum langfristigen Ziel und Bedingung von Teilhabe geworden, selbstständiges Wohnen wird nicht oder nicht mehr in Erwägung gezogen. Befristete Wohnverträge und Unsicherheiten bezüglich der langfristigen Finanzierung durch den Leistungsträger stellen darum eine Bedrohung für diese Gruppe dar.

*»Weil ich weiß, wenn ich jetzt noch mal auf der Straße lande, das schaffe ich nicht.«
(Herr B., IUB, 91)*

Für manche Personen dieser Gruppe ist der Wechsel zu anderen Wohnsettings denkbar. Andere wünschen sich auch hier Beständigkeit, vor dem Hintergrund, den Kontakt zu den Mitarbeitenden nicht zu verlieren.

Vorübergehende Unterstützung: Diese Gruppe erwartet von der Wohnunterstützung die Hinführung zu einem selbstständigen Leben. Die Wohnunterstützung soll Teilhabe zunächst ermöglichen und diese dann unterstützen, bevor sie beendet 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. Sie werden als temporär angesehen und es wird schrittweise in Settings mit einer geringeren Unterstützungsintensität gewechselt, sodass eine langsame Reduzierung von Unterstützung zugunsten von mehr Selbstständigkeit erfolgt. Nach erstmaliger Inanspruchnahme von Wohnunterstützung wird eine vorübergehende Stagnation im jeweiligen Wohnsetting als Teil des Rehabilitationsprozesses akzeptiert.

»In dem IUB zum Beispiel ist es gut, weil es einfach der nächste Schritt ist aus dem Wohnheim raus ins IUB. Und dann muss man den nächsten Schritt sich vornehmen, wieder ins normale, alltägliche Leben.« (Herr K., IUB, 69)

Unpassende Unterstützung: Diese Gruppe fühlt sich in der Wohnunterstützung (hier: besondere Wohnform) falsch verortet und verfolgt das Ziel, diese zugunsten des eigenständigen Wohnens zu verlassen. Sie versteht das intensive unterstützte Wohnen nicht als Rückhalt, um individuelle Ziele zu erreichen, sondern als Belastung. Sie sind mit der Arbeit der Mitarbeitenden unzufrieden.

Sicherheit und Unsicherheit

Die eine zentrale Erwartung der befragten psychisch beeinträchtigten Klientinnen und Klienten an die Wohnunterstützung ist Sicherheit. Das deckt sich auch mit ande-

ren qualitativen Studien (Grauenhorst u. a. 2011; Steinert u. a. 2020). Die Nutzenden erleben innerhalb der Wohnunterstützung Sicherheit in elementarer Form von geschützter Unterkunft, sozialen Kontakten und Gemeinschaft sowie Unterstützung rund um die Uhr.

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

Aber auch im Umgang mit basalen Aktivitäten des Alltagslebens, z. B. beim Umgang mit Behörden, mit finanziellen Angelegenheiten, dem Gesundheitssystem sowie mit der eigenen Gesundheit bzw. Erkrankung wird Sicherheit erlebt.

»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, solange ich auch den Kontakt zu den Bezugsbetreuern oder Betreuerin oder Mitarbeitern hab, die hier vor Ort auch gleich sind.« (Herr D., IUB, 17)

»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).« (Herr B., IUB, 484)

Die Nutzenden können Verantwortlichkeiten vorübergehend oder dauerhaft abgeben, wodurch Entlastung entsteht. Frei werdende Ressourcen können dann für andere bedeutsame Aspekte des Lebens genutzt werden.

»[...] ich WILL von denen nichts. 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., UBW, 225)

Wahrgenommene Sicherheit fördert wiederum die Teilhabe:

»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 IUB 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., IUB, 44)

Mit der Wohnunterstützung können aber auch Unsicherheiten verbunden sein. Ein wesentlicher Faktor ist hier das Verhalten von Mitarbeitenden. Unsicherheit entsteht, wenn diese als nicht erreichbar wahrgenommen werden, Desinteresse vermitteln oder Distanz herstellen. Gründe dafür sind aus Sicht von Klientinnen und Klienten Überlastung und Spannungen im Team.

»Man dachte nur immer, die [Mitarbeitenden] warten auf den Gong, dass es Dienstende wird. Und das ist nicht so schön gewesen« (Herr G., UBW, 15-20).

Entspricht der Grad der Unterstützung nicht den individuellen Bedürfnissen bzw. Bedarfen, kann auch das zu Unsicherheiten führen. Diese können durch einen Wechsel in ein anderes Wohnsetting aufgelöst werden. Dafür muss allerdings der Bedarf von

Mitarbeitenden erkannt werden, falls Klientinnen und Klienten die verschiedenen Wohnoptionen nicht kennen und selbst benennen (siehe oben). Unsicherheit kann außerdem durch einen bevorstehenden Wechsel oder bereits durch den Gedanken an einen Wechsel bzw. die Beendigung der Wohnunterstützung entstehen (s. Gruppe langfristige Unterstützung):

»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., UBW, 38).

Mündliche Zusagen der Mitarbeitenden, dass die Unterstützung aufrechterhalten bleibt, geben nicht die erforderliche Sicherheit. Insbesondere für diejenigen, die die Wohnunterstützung als langfristige Unterstützung betrachten, kann dieser Aspekt von Unsicherheit belastend sein. Die Gruppe derjenigen, die die Wohnunterstützung als temporäre Unterstützung wahrnimmt, muss das Risiko von Unsicherheit eingehen, um die Wohnunterstützung verlassen zu können.

Selbstständigkeit und Unselbstständigkeit

Neben Sicherheit ist die andere zentrale Erwartung an die Wohnunterstützung Selbstständigkeit. Der Wunsch danach besteht teilweise bereits bei Aufnahme der Wohnunterstützung, teilweise wird er aber auch zu einem späteren Zeitpunkt im Rehabilitationsprozess formuliert. Selbstständigkeit kann sich auf verschiedene Aspekte beziehen, wie beispielsweise Tagesstrukturierung, Umgang mit Behörden, Arbeit und Beschäftigung oder Gesundheitsfragen.

»Also ich würde das [die Wohnunterstützung] [...] so erklären, [...] dass es [...] eine Hilfe für jemanden ist, der vielleicht nicht so ganz klarkommt oder vielleicht eh mal sag ich mal, ne Zeit lang auch außerhalb des Lebens stand. Je nachdem. Eventuell so wie bei mir halt, dass man erst mal 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., IUB, 1–4)

Voraussetzung für das Erreichen von mehr Selbstständigkeit und dafür, von der Wohnunterstützung profitieren zu können, sind aus Perspektive der befragten Klientinnen und Klienten die Bereitschaft und die Fähigkeit, Verantwortung zu übernehmen.

»[...] das Rezept kriechste vielleicht geboten, aber backen musst du alleine.« (Herr J., UBW, 134)

Die Befragten wollen also so weit wie möglich selbstständig und selbstbestimmt leben und zugleich beim Selbstständig(er)werden unterstützt werden. Die Herausforderung

für die Mitarbeitenden besteht darin, Selbstständigkeit an der richtigen Stelle zu fördern, ohne dabei Über- oder Unterforderung zu erzeugen (siehe auch Steinert u. a. 2020). Bei individuell angepasster Unterstützung kann die oder der Einzelne schrittweise zu einer selbstständigen Lebensführung befähigt werden. Hilfen werden dann nur noch im Bedarfsfall in Anspruch genommen. Sofern dies in dem jeweiligen Wohnsetting nicht möglich ist, ist ein Wechsel in ein weniger unterstützendes Setting zielführend. Grundsätzlich bietet das IUW mehr Chancen zur Selbstständigkeit als die UBW (s. auch Grauenhorst u. a. 2011), setzt natürlich aber auch mehr Selbstständigkeit voraus.

Die Wohnunterstützung kann aus Sicht der Nutzenden die Selbstständigkeit aber auch einschränken. Folgende Einschränkungen von Selbstständigkeit konnten identifiziert werden:

- Kontrolle oder Vorgaben durch Mitarbeitende, die als entmündigend empfunden werden, z. B. Vorgaben zur Körperhygiene, Verpflichtung zur An- und Abmeldung, z. B.: »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.« (Herr F., UBW, 231)
- Nutzende unterdrücken aus Sorge vor negativen Konsequenzen ihre Meinung oder passen sich an Vorgaben an, z. B.: »Darum immer schön den Mund halten, ja. Immer Kopf nicken. Ne? Nichts mehr, nichts kritisieren. Ne. Weil das kommt zurück. [...] Also nicht auffallen.« (Herr B., UBW, 260)
- Institutionell begründete Abläufe und Zeitpläne des Wohnsettings beeinflussen und bestimmen den eigenen Tagesablauf.
- Despektion der Selbstständigkeit durch Mitarbeitende, z. B. durch unerwünschtes Rauchen in den Räumlichkeiten der Klientinnen und Klienten oder indem sie deren Verhaltensweisen infrage stellen.
- Begrenzte finanzielle Mittel, die Beschränkung der Verfügbarkeit über eigenes Geld durch Mitarbeitende oder das Knüpfen der Verfügbarkeit an institutionell gesetzte Bedingungen, z. B.: »wir müssen immer am Dienstag, wenn wir Geld kriegen, müssen alles fertig haben sauber haben und so, ja.« (Herr H., UBW, 7)
- Vermeidung von Kontakten außerhalb des Wohnsettings aus Scham. Zum Beispiel werden Beziehungen zu anderen Personen nur so weit intensiviert, wie die eigene Wohnsituation nicht thematisiert werden muss: »'Ne Partnerschaft hätt ich schon mal irgendwann gerne. Aber dat hemmt mich dann schon irgendwie 'n bisschen hie, ne. [...] dat is ja nix, wo man mit hausieren geht, ne. Und, also dat man in so ,ner Einrichtung [lebt], dat hemmt mich schon, dat zu sagen. [...] gerade, wenn man jemanden kennenlernt, ne (.) is dat schon eh, ne Sache, die einen hemmt. [...] 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., UBW, 102–110)

Die empfundene Sicherheit kann dazu führen, dass Verantwortung langfristig abgegeben wird und auf Selbstständigkeit verzichtet wird. Dann birgt die Wohnunterstützung mit zunehmender Dauer das Risiko erlernter Unselbstständigkeit. In diesem Fall wird das Ziel des (Wieder-)Erlangens von Selbstständigkeit und der Förderung von Teilhabe gefährdet. Zum Teil erkennen Klientinnen und Klienten diese Gefahr selbst:

»Man soll sich da nicht drauf ausruhn, dass viele Sachen für einen erledigt werden. Das machen leider viele« (Herr K, IUB, 266)

»[...] 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 [...] 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 nicht 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 [...] schwer vor, dann wieder hier noch den Kadaver rauszukriegen.« (Herr J., UBW, 76–80)

Fazit

In den dargestellten Ergebnissen spiegelt sich der Doppelcharakter der intensiven Wohnunterstützung wider. Sie schließt sicherheitsvermittelnde wie verunsichernde Anteile ebenso ein wie selbstständigkeitsfördernde und unselbstständig machende. Darüber hinaus steht das Bedürfnis nach Sicherheit in einem Spannungsverhältnis zum Streben nach Selbstständigkeit, beide können miteinander in Konflikt geraten. Ein im höchsten Maße Sicherheit vermittelndes Umfeld führt nicht automatisch zu mehr Selbstständigkeit. Auf der anderen Seite bedeutet ein unsicheres Wohnumfeld aber auch nicht, dass eine Person dadurch automatisch selbstständiger wird. Nutzende müssen also subjektiv zwischen den Potenzialen abwägen, die intensive Wohnunterstützung für die Realisierung eines selbstbestimmten Lebens bietet, und Einschränkungen der Selbstständigkeit, die damit verbunden sind. Ein hoher Grad an differenzierter Informiertheit der Nutzenden über die Angebote der Wohnunterstützung sowie deren Chancen und Risiken ist dafür eine wichtige Voraussetzung.

Für Mitarbeitende bedeuten diese Spannungsverhältnisse eine erhebliche Herausforderung. Denn es gilt in jedem Einzelfall, in der Zusammenarbeit mit der Klientin, dem Klienten einerseits die Bedürfnisse nach Sicherheit und Selbstständigkeit wahrzunehmen und auszubalancieren und andererseits verunsichernde und Unselbstständigkeit fördernde Anteile bewusst zu machen und zu bearbeiten. Dies setzt nicht nur eine entsprechende Gestaltung der Interaktion voraus, sondern auch eine stete Reflexion

des eigenen Verhaltens und der eigenen Haltung zu Sicherheit/Unsicherheit und Selbstständigkeit/Unselbstständigkeit. Qualifizierungsstrategien und Supervisionsangebote sollten entsprechende Inhalte und Methoden auf ihrer Agenda haben.

Literatur

- Baumgardt, J., Daum, M., von dem Knesebeck, O., Speck, A. (2017): Die deutsche Version des OxCAP-MH (Oxford Capabilities Questionnaire – Mental Health). Ein Instrument zur Erfassung von Verwirklichungschancen unter chronisch psychisch erkrankten Menschen. *Psychiatrisch Praxis*, 45 (3), 140–147.
- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) (Hg.) (2023): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe. Münster.
- Flick, U. (2012): *Qualitative Sozialforschung*. Reinbeck: Rowohlt.
- Grauenhorst, I., Wacker, E., Bernhard, M. u. a. (2011): 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.
- Hapke, U. (2019): Epidemiologie psychischer Störungen in den verschiedenen Altersgruppen. In: *Aktion Psychisch Kranke*, Weiß, P., Fegert, J. (Hg.), Planen, umsetzen bewerten – Psychiatriepolitik gestalten, S. 20–27. Bonn: Aktion Psychisch Kranke.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., Wittchen, H.-U. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85 (1), 77–87.
- Mayring, P. (2020): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey, G., Mruck, K. (Hg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 495–512. Wiesbaden: Springer Reference Psychologie.
- Mayring, P. (2005): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Streinke, I. (Hg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 4. Aufl., S. 468–475. Reinbeck: Rowohlt.
- Schreier, M. (2019): Fallauswahl in der qualitativ-psychologischen Forschung. In: Mey, G., Mruck, K. (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*, S. 19–40. Wiesbaden: Springer Reference Psychologie.
- Steinert, T., Jaeger, S., Herpertz, S. (Hg.) (2021): *Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (WiEWohnen-BW)*. Abschlussbericht. Stuttgart: Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg.
- Steinhart, I. (2014): Mietvertrag statt Heimvertrag. Lösungswege zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention – oder warum werden Heim ersetzende Unterstützungssettings nicht stärker befördert? *Sozialpsychiatrische Informationen*, 44 (3), 14–18.
- Wienberg, G., Steinhart, I. (2021): *Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen – Projekt WiEWohnen NRW*. Abschlussbericht. Von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld 2021. wiewohnen.de/ (20.04.2024).

Was wirkt beim unterstützten Wohnen?

Eine qualitative Studie zu den Erfahrungen von Nutzenden, Leistungserbringern und Leistungsträgern

Susanne Jaeger, Johannes Gnauck, Tilman Steinert

Was wirkt eigentlich beim unterstützten Wohnen? Dieser Frage gingen wir anhand von Interviews aus drei Perspektiven nach: Nutzenden, Leistungserbringern und Leistungsträgern. Wirkung wurde dabei im Sinne der Realisierung der Ziele der Eingliederungshilfe verstanden, nämlich »die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern« (SGB IX § 4 i. d. F. 6.6.2023). Aufgrund des methodischen Zugangs stießen wir neben den Strukturen und Prozessen des unterstützten Wohnens auch auf Rahmenbedingungen, die den Befragten relevant erschienen, sowie auf Charakteristika der Nutzenden, die das Wirkpotenzial begünstigen oder behindern können. Eine wirksame Unterstützung im engeren Sinne ist von der Orientierung der Angebote an der unterstützten Person, ihrer individuellen Situation und ihrem Kontext, ihrem Unterstützungsbedarf und ihren Ressourcen, ihren Zielen und Perspektiven sowie von der Abkehr von einer institutionszentrierten Hilfe mit pauschalen Maßnahmepaketen geprägt. Nützlich hierfür sind nicht zuletzt tragfähige Vernetzungsstrukturen und Kooperationen der verschiedenen Akteure im Unterstützungssystem, um Angebotsvielfalt, Flexibilität und Wahlmöglichkeit zugunsten passgenauer individueller Assistenzlösungen zu gewährleisten.

Ausgangslage und Fragestellung

Ein nicht unerheblicher Teil von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erhält Unterstützung zur Förderung der gesellschaftlichen Teilhabe. Ein wichtiger Baustein dabei ist die Unterstützung beim Wohnen, die sehr unterschiedliche Formen annehmen kann – sie reicht vom Wohnen in einer Wohngruppe mit 24-stündiger Präsenz von Ansprechpersonen bis hin zum stundenweisen Besuch von Fachpersonen im eigenen Zuhause mit individuell verschiedener Auftragsstellung. Die Studien im

Kontext der WiEWohnen-Projekte zeigen, dass im Zuge des Einstiegs in unterstützte Wohnformen bei vielen Menschen positive Entwicklungen in Gang kamen. Doch welche Charakteristika der Unterstützung sind es, die den Nutzerinnen und Nutzern zu mehr Selbstständigkeit und Teilhabe verhelfen?

Vorgehen und Methodik

Die qualitative Studie war Teil eines umfassenden Forschungsvorhabens zum Thema unterstütztes Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (WiEWohnen-BW). Das Projekt konnte durch eine Förderung des Kommunalverbandes für Jugend und Soziales (KVJS) realisiert werden. Neben einer Charakterisierung des Unterstützungsangebots und der Nutzenden in vier exemplarisch ausgewählten Stadt- und Landkreisen (Rhein-Neckar-Kreis, Bodenseekreis, Landkreis Ravensburg und Stadt Heidelberg) wurde eine Gruppe von neu einsteigenden oder die Unterstützungsform wechselnden Leistungsberechtigten über 18 Monate begleitend untersucht. Außerdem wurde mit einer vertiefenden qualitativen Analyse das hier vorgestellte Forschungsprojekt durchgeführt. Im Kern drehte es sich um die Erfahrungen von Mitarbeitenden bei Leistungsträgern und Leistungserbringern und von derzeitigen und ehemaligen Nutzenden: »Was wirkt eigentlich beim unterstützten Wohnen?«

Wir fragten die teilnehmenden Personen nach hilfreichen Aspekten im Zusammenhang mit der Unterstützung beim Wohnen. Im Sinne eines problemzentrierten Interviews (Witzel 1985) wurde ein Leitfaden verwendet, der aber primär als Gesprächseinstieg und Gedächtnisstütze für potenziell interessierende Themen diente. Darüber hinaus wurden die Interviews möglichst frei geführt, um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern die Möglichkeit zu geben, die Themen anzubringen, die für sie im Zusammenhang mit dem Forschungsgegenstand relevant waren. Durch die Auswahl der Gesprächspartnerinnen und -partner sollte ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungen abgebildet werden. Wir suchten nach Expertinnen und Experten aus allen untersuchten Stadt- und Landkreisen, aus unterschiedlichen Unterstützungsformen und Berufsgruppen und in unterschiedlichen Funktionen und Positionen innerhalb der Eingliederungshilfe. Teilweise wurden die Personen von uns direkt angesprochen, teilweise wurde der Kontakt durch Dritte (z. B. Vorgesetzte, Mitarbeitende im unterstützten Wohnen, Peers) vermittelt. Alle Angefragten erhielten eine ausführliche Aufklärung über den Zweck und Inhalt der Studie, das Vorgehen und die Verwendung der Ergebnisse. Erst nach der schriftlich erteilten Einwilligung in die Studienteilnahme wurde mit den Gesprächen gestartet. Die Interviews konnten einzeln, auf Wunsch aber auch in Kleingruppen durchgeführt werden. Meistens dauerten sie dreißig bis vierzig Minuten, in Einzelfällen bis über eine Stunde.

Die Audioaufzeichnungen der Gespräche wurden wortwörtlich transkribiert (Verfahren nach Dresing & Pehl 2012). Zum Schutz der Anonymität der Befragten, dritter Personen oder Institutionen wurden Eigen- oder Ortsnamen pseudonymisiert. Das Textmaterial wurde mit der Methode einer zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003) von zwei Mitarbeitenden des Forschungsprojekts in enger Zusammenarbeit ausgewertet. Vor allem beim ersten Aufschlüsseln wurde induktiv vorgegangen, um nicht mittels eines vorgefertigten Schemas vorschnell mögliche wichtige Aspekte zu übersehen. In weiteren zusammenfassenden Schritten wurde ein Ordnungssystem entwickelt, das zentrale Prozesse und Strukturen auf verschiedenen Ebenen des unterstützten Wohnens umfasste und unterstützende Faktoren sowie Problemzonen und Aufgabenstellungen im Unterstützungssystem beschrieb.

Teilnehmerinnen und Teilnehmer

An den insgesamt sieben Interviews nahmen 77 Personen aus allen vier untersuchten Stadt- und Landkreisen teil: 18 Mitarbeitende bei Leistungsträgern (meist im Fallmanagement der Eingliederungshilfe tätig, vereinzelt auch in der Sozialplanung oder Verwaltung), 23 Mitarbeitende bei Leistungserbringern (sowohl aus dem aufsuchenden als auch dem stationären Bereich, zur Hälfte in Leitungsfunktionen) sowie 22 aktuelle (meist mit langjährigen Erfahrungen mit Unterstützung in unterschiedlichen Settings) und 14 ehemalige Wohnunterstützung nutzende Leistungsberechtigte (zuletzt überwiegend in aufsuchenden Wohnformen lebend).

Ergebnisse der Inhaltsanalyse

Recht schnell zeigte sich, dass für die Befragten nicht nur ihre Erfahrungen mit dem unterstützten Wohnen in engerem Sinne eine Rolle spielten, sondern auch der Kontext der Unterstützung: Regelmäßig trafen wir auf Aussagen zum Unterstützungssystem insgesamt und zu den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die die Wirksamkeit der Unterstützung mit beeinflussen. Auch wurde regelmäßig auf Charakteristika der Nutzenden verwiesen, die es begünstigen, aber auch erschweren können, dass eine Person von der Unterstützung im gewünschten Maße profitiert. Daher nahmen wir diese Aussagen in die Analyse mit auf und strukturierten sie entsprechend den Ebenen, auf die sie sich bezogen.

Gesellschaft

Aussagen auf der Ebene Gesellschaft betrafen ein breites Themenspektrum, das von regionalen Gegebenheiten bis zu den allgemeinen gesellschaftlichen und soziokulturellen Rahmenbedingungen reichte. Insbesondere auf zwei Aspekte verwiesen die Befragten regelmäßig: Die generelle Bereitschaft der Gesellschaft, psychisch erkrankten Menschen die volle und wirksame Teilhabe zu ermöglichen, und ihre Bereitschaft, einer Stigmatisierung entgegenzuwirken, wurde nicht nur von den Betroffenen selbst, sondern auch von Befragten der anderen beiden Gruppen in Zweifel gezogen. Nicht nur aktive Ausgrenzung und Stigmatisierung erschwere gesellschaftliche Partizipation. Bereits die Funktionsweise dieser Gesellschaft mit einem hohen Leistungsanspruch und Konformitätsdruck, dem Menschen mit eingeschränkter Belastbarkeit oft nicht standhalten könnten, könne dazu führen, dass ihnen ein Nischendasein in einem beschützenden Umfeld als die attraktivere, weniger bedrohliche Alternative erscheine. Die alltägliche Toleranz der Gesellschaft (z. B. gegenüber psychisch erkrankten Personen in der Nachbarschaft) sei begrenzt. Auch allgemeine gesellschaftliche Herausforderungen wurden als Hemmnis für eine gelingende Unterstützung beim Wohnen benannt, so insbesondere das Fehlen geeigneten bzw. bezahlbaren Wohnraums, um z. B. aus einem Gruppensetting einer unterstützten Wohnform in eine eigene Wohnung umziehen zu können und damit den nächsten Schritt in Richtung Verselbstständigung zu gehen. Das gesamtgesellschaftliche Problem der Wohnraumknappheit bringe, so einige Aussagen, wiederum psychisch erkrankte Menschen in der Eingliederungshilfe in eine undankbare Konkurrenz mit Menschen in vergleichbar prekären finanziellen Verhältnissen.

Immer wieder kamen auch die zum Zeitpunkt der Untersuchung geltenden rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen des Bezugs von Unterstützungsleistungen zur Sprache. Weder dürfe der Zugang zu notwendiger Unterstützung durch besondere Auflagen (z. B. Offenlegung der finanziellen Verhältnisse der Angehörigen) erschwert noch solle ein Verharren in einem nicht oder nicht mehr passenden Unterstützungssetting aus Sorge vor dem Verlust existenzieller Absicherung gefördert werden. Einige dieser problematisierten Regelungen sind im Zuge des Bundesteilhabegesetzes mittlerweile deutlich verbessert worden, so z. B. der geringe Selbstbehalt von Vermögen beim Bezug von Eingliederungshilfe oder die Kostenbeteiligung der Angehörigen.

Unterstützungssystem

Anzustreben sei bei jeglicher Unterstützung, den Nutzenden ein »Leben in Normalität« in Bezug auf sämtliche Aspekte des Lebens zu ermöglichen (u. a. Wohnen, Beschäftigung, Freizeit, soziale Beziehungen) bzw. sie hierzu zu befähigen. Förderlich sei eine Unterstützung, die sich an den subjektiven Bedürfnissen der Person orientiere, an

ihrem individuellen Bedarf und an den individuellen Zielen. Es seien geeignete, auf die leistungsberechtigte Person zugeschnittene Verfahren und Prozesse notwendig, die es ihr ermöglichen, ihre individuellen Interessen und ihren Unterstützungsbedarf offen zu formulieren. Generell gelte es, die teilweise noch hartnäckig gepflegte Institutionszentrierung bei den Unterstützungsangeboten zu überwinden. Eine personenzentrierte Unterstützung beinhalte auch, die Person in der Entwicklung individueller, auch langfristiger Perspektiven, idealerweise auch in einem Leben außerhalb des Unterstützungssystems, zu fördern, statt – wie insbesondere einige Systemaussteigerinnen und -aussteiger es wahrnahmen – solche Ambitionen offen oder verdeckt zu blockieren.

Um den vielfältigen individuellen Bedarfen zu entsprechen, sei eine vielseitige regionale Unterstützungslandschaft förderlich, die thematisch breit aufgestellt sei. Sie stelle Angebote zu unterschiedlichen Lebensaspekten (z. B. medizinische Versorgung, Wohnen, Beschäftigung, Freizeit) bereit und ermögliche insbesondere flexible Zu- und Übergänge. Realisiert werde dies nicht nur durch eine gewisse Anbietervielfalt, sondern auch durch interdisziplinäre Kooperationen bzw. durch Kooperationen zwischen benachbarten Kommunen. Dies sei eine Möglichkeit, das Angebot zu erweitern und gegebenenfalls geeignete Anschlussangebote verfügbar zu haben. Dabei seien tragfähige Vernetzungsstrukturen und Kooperationen erforderlich, wie sie z. B. mancherorts bereits in Form von Gemeindepsychiatrischen Verbänden verwirklicht sind. Günstig sei es, regelmäßig die Möglichkeit zu haben, einander gegenseitig zu informieren und sich miteinander abzustimmen.

Leistungsträger

Drei große Themenkomplexe wurden hier angesprochen: Ziel- und Entwicklungsorientierung der Unterstützung, Prozesse und Strukturen der Unterstützungsplanung sowie Kompetenzen und Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden.

Dass es sinnvoll ist, Maßnahmen der Eingliederungshilfe an die Formulierung individueller Ziele zu knüpfen, wurde allgemein bekräftigt. Dennoch wurde insbesondere in den Interviews mit Mitarbeitenden von Leistungserbringern regelmäßig problematisiert, ob ein ausschließlich auf Zielvereinbarungen basierendes Hinarbeiten auf Veränderung tatsächlich für alle Betroffenen passend sei und an welchen Stellen dies den Gedanken einer »personenzentrierten« Unterstützung de facto unterminiere. In manchen Fällen sei es wichtig, einer Person zunächst ohne Veränderungsanspruch und ohne Zeitdruck dazu zu verhelfen, einen Platz zum Bleiben zu finden, an dem sie sich psychisch stabilisieren könne. In anderen Fällen wiederum sollten von Anfang an »Move-on-Perspektiven« im Blick behalten werden, um der Entwicklung von Abhängigkeiten, dem Verlust von Selbstwirksamkeitserwartung und letztlich einer Hospitalisierung im System vorzubeugen. Andererseits wurde angemerkt, dass durch akute

Bedarflagen im Alltag der Betroffenen die Orientierung an den Langzeitperspektiven und vereinbarten Zielsetzungen allzu oft in den Hintergrund rücke. Es sei daher generell hilfreich, wenn die individuellen Perspektiven der Personen regelmäßig besprochen, aktualisiert und überprüft würden und die Unterstützung zeitnah modifiziert werden könne. Insbesondere der besonderen Dynamik psychischer Erkrankungen sollte durch flexible Anpassung Rechnung getragen werden.

Als Ideal wurde empfunden, wenn sichergestellt würde, dass die vereinbarten Ziele von allen Beteiligten geteilt würden und alle sozusagen an einem Strang zögen. Problematisch sei es, wenn die Unterstützungsziele den Leistungsberechtigten von außen definiert würden, so zum Beispiel durch betreuende Bezugspersonen oder Vertreterinnen und Vertreter des Leistungsträgers, und die Person sie allenfalls vordergründig mittrage. Daher müsse ihre Sichtweise bei der Planung von Unterstützung nach Möglichkeit umfassend einbezogen werden. Der Rahmen und die Atmosphäre einer solchen Unterstützungsplanung sollten von Augenhöhe, Wertschätzung und Transparenz geprägt und auf die individuelle Person zugeschnitten sein. Die Orientierung der Eingliederungshilfe an Defiziten anstelle von Ressourcen der Personen berge zudem die Gefahr für Szenarien und Situationen, die von den Betroffenen als einschüchternd oder abwertend erlebt werden können (z. B. wenn Hilfeplankonferenzen als eine Art »Tribunal« aufgefasst werden, bei dem vermeintliche Unzulänglichkeiten der Person aufgelistet würden). Förderlich für die Formulierung der eigenen Bedarfe und Entwicklungsperspektiven durch die Betroffenen und für die passgenaue Organisation unterstützender Maßnahmen sei ein von Vertrauen geprägter persönlicher Kontakt zwischen den Leistungsberechtigten und ihrem Fallmanagement bzw. betreuenden Bezugspersonen. Wichtig sei es weiterhin, Verzögerungen bei den Prozessen rund um Unterstützungsplanung und Leistungsbewilligung zu vermeiden, um zu verhindern, dass bestehende Unterstützungsbedarfe verspätet oder gar nicht gedeckt werden oder sich die Situation der Betroffenen (und gelegentlich auch ihre Motivation, sich überhaupt auf ein Unterstützungsangebot einzulassen) aufgrund bürokratischer Hürden verschlechtere.

Für eine gelungene Zusammenarbeit sei die Vertrautheit mit den fallverantwortlichen Personen sehr förderlich. Voraussetzung hierfür wäre eine geringe Fluktuation bei den Beschäftigten der Leistungsträger, ebenso Arbeitsbedingungen, die ihnen den nötigen Spielraum und die Zeit lassen, die Kontakte individuell auf die Personen zugeschnitten zu gestalten. Klientinnen und Klienten in unterstützten Wohnformen profitierten insbesondere von der Berufserfahrung, den Kenntnissen der Unterstützungsstrukturen vor Ort und den bestehenden Netzwerken von längerfristig auf derselben Stelle tätigen Mitarbeitenden.

Leistungserbringer

Auch in Bezug auf die Leistungserbringer war die Personenzentrierung im Sinne einer individuell auf die Wünsche und Bedarfe der Person zugeschnittenen Unterstützung das große Thema. Dabei galten den Befragten verlässliche Strukturen und feste Abläufe, zuverlässig verfügbare Ansprechpersonen und bewältigbare Herausforderungen in einem überschaubaren Rahmen als wichtige Mittel, die psychische Stabilisierung der Klientinnen und Klienten zu unterstützen und damit die Voraussetzung für die weitere Entwicklung von Lebensperspektiven zu schaffen. Besonders seitens der Klientinnen und Klienten wurde die Bedeutsamkeit des Gefühls existenzieller Sicherheit hervorgehoben, das sie durch die Anbindung an einen Leistungserbringer, durch die Unterstützung bei Vermittlung und Aufrechterhaltung von Wohnraum sowie durch den niederschweligen Zugang zu Vertrauenspersonen bei Verunsicherungen im Alltag erfahren.

Angesichts der speziellen Dynamik psychischer Erkrankungen wurde Unterstützung immer dann als wertvoll erlebt, wenn sie flexibel auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse eingehen konnte – sowohl von den Themen als auch vom zeitlichen Umfang und der Verfügbarkeit her. Als förderlich wurde benannt, dass Mitarbeitende darauf achteten, ihren Klientinnen und Klienten ein hohes Maß an Selbstbestimmung zu ermöglichen und sie in der Verselbstständigung zu unterstützen. Aufgaben und Verantwortlichkeiten sollten nur dann stellvertretend übernommen werden, wenn es unumgänglich ist. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die Autonomiebedürfnisse von Leistungsberechtigten gelegentlich mit dem so verstandenen Auftrag der Mitarbeitenden kollidierten, sie vor Überforderung zu schützen, oder dass umgekehrt einige Klientinnen und Klienten sich (insbesondere beim Thema Arbeit) zu wenig unterstützt fühlten. Nicht immer nahmen solche Aushandlungsprozesse einen konstruktiven Ausgang. Beispielsweise wurde die Aufnahme einer Arbeitstätigkeit bzw. einer tagesstrukturierenden Beschäftigung von sämtlichen Befragten als ein wichtiger Bestandteil der gelungenen Förderung von Teilhabe betrachtet. Gelegentlich gab es aber unterschiedliche Auffassungen zu Wegen und Zielen. Wenn bei Betroffenen der Eindruck entstand, ihre Integration in den Arbeitsmarkt hätte für die Mitarbeitenden nicht die gleiche Relevanz wie für sie selbst, sie würden stattdessen in ungewollten Beschäftigungsmaßnahmen »geparkt« oder in ihren eigenen Bemühungen um den Wiedereinstieg ins Arbeitsleben ausgebremst, konnte dies bis zum kompletten Ausstieg aus der Unterstützung führen.

Zu den Grundvoraussetzungen wirksamer Unterstützung zählten viele der Befragten eine gelungene, tragfähige Arbeitsbeziehung zwischen Mitarbeitenden und betreuten Personen. Sie sei individuell an der leistungsberechtigten Person ausgerichtet, von einer wertschätzenden Haltung und der Zuverlässigkeit der Mitarbeitenden geprägt und bedeute eine Begegnung auf Augenhöhe. Sie orientiere sich nicht nur an der momentanen Verfassung, sondern auch an den längerfristigen Zielen und Perspektiven der unterstützten Person. Wenn die Beziehung stimme, könne dies die Person enorm

stabilisieren und sie ermutigen, sich weiterzuentwickeln. Dabei wird deutlich, dass auch besondere Anforderungen an die Mitarbeitenden bei den Leistungserbringern gestellt wurden: Als förderlich wurden Personen beschrieben, die neben sozialen und fachlichen Kompetenzen und Qualifikationen auch persönliche Fähigkeiten wie Empathie, sensibles Zuhören, Klarheit, aber auch Fürsorglichkeit, Selbstreflexion, insbesondere hinsichtlich der möglichen Fallstricke einer asymmetrischen Beziehung, Kritikfähigkeit, Engagement und Flexibilität mitbrachten. Begünstigt wurde die Entfaltung dieser Eigenschaften in den Augen der befragten Leistungserbringer nicht zuletzt durch Qualifikation, entsprechende Arbeitsstrukturen und -bedingungen. Hierzu zählten sie neben einer guten Organisation und Planung auch fürsorgliche Arbeitgeber, ein tragfähiges Team, die Möglichkeit zu regelmäßigem fachlichem Austausch, Supervision und Weiterqualifikation.

Die Aufgabe, zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen beizutragen, fordert auch von den Trägerorganisationen und den ausführenden Teams bei den Leistungserbringern Sensibilität und die Bereitschaft zur kritischen Selbstreflexion. Wo haben sich beispielsweise Institutionslogiken verselbstständigt und Strukturen verfestigt, die einer individuellen Entfaltung von Potenzialen gegebenenfalls im Wege stehen? Welche Arbeitsstrukturen verhindern es, dass Unterstützung sich am tatsächlichen Bedarf orientieren kann, welche müssten eigentlich geschaffen werden? Wie kann eine bessere Vernetzung und Verankerung sowohl der Institution selbst als auch der leistungsberechtigten Personen mit der Welt »da draußen« in der Gemeinde, außerhalb des sozialpsychiatrischen Umfeldes realisiert und die Sozialraumorientierung gefördert werden? Insbesondere letzter Punkt erschien in einigen Interviews als ein Schlüssel dafür, auch auf der Ebene der Gesellschaft langfristig zu Veränderungen in Hinblick auf Stigmatisierung und Berührungängste und auf der individuellen Ebene zu einer Erweiterung der sozialen Netze und zur besseren Inklusion der unterstützten Klientinnen und Klienten beizutragen.

Nutzende

Schließlich beschrieben insbesondere bei den Leistungsträgern und -erbringern beschäftigte Befragte auch regelmäßig Eigenschaften und Charakteristika von Nutzenden, die aus ihrer Erfahrung fruchtbare Ausgangsbedingungen für die Wirksamkeit von Wohnunterstützung in Bezug auf Selbstständigkeit und Teilhabe bieten.

Häufig wurden motivationale Faktoren und persönliche und psychische Ressourcen thematisiert: Langfristig größere Chancen, sich zu verselbstständigen, wurden jenen Menschen zugesprochen, denen ihre Autonomie grundsätzlich sehr wichtig sei, sowie Menschen mit der Fähigkeit, Unterstützung anzunehmen, sie bei Bedarf einzufordern und das Unterstützungssystem produktiv für sich zu nutzen. Das Streben nach Unab-

hängigkeit und Selbstbestimmung solle nicht ausgebremst werden, um die betreffenden Personen vor Misserfolgen zu schützen, sondern gemeinsam reflektiert und unterstützt werden. Wichtig sei auch, individuelle Ressourcen und Kompetenzen herauszuarbeiten und zu stärken, um sie zur Verbesserung von Teilhabechancen zu nutzen. Dabei wurde auch auf die Relevanz vorangegangener positiver oder negativer Erfahrungen mit institutioneller Hilfe hingewiesen, welche die Erwartungen gegenüber den aktuellen Unterstützungsmaßnahmen prägen.

Oft wurden förderliche persönliche und erkrankungsbezogene Merkmale genannt, wie etwa junges Alter, Kürze der Krankheits- und Behandlungsgeschichte, weniger schwere psychische Symptome, guter Bildungshintergrund und ein gutes kognitives Leistungsniveau. Hinsichtlich körperlicher Faktoren wurden eine gute medizinische Grundversorgung und eine spezielle fachärztliche Versorgung für somatische Probleme (z. B. Schwerhörigkeit) als wichtige begleitende Maßnahmen hervorgehoben, um Barrieren frühzeitig zu erkennen und Voraussetzungen für eine Förderung von Teilhabe zu schaffen. Als Barrieren wirkten ein schwerer Verlauf der psychischen Erkrankung mit möglicherweise bereits irreversiblen Schädigungen und eine generell eingeschränkte psychische und körperliche Belastbarkeit. Besonders schwer hätten es Leistungsberichtigte mit eingeschränkten Fähigkeiten, anderen Menschen zu vertrauen, außerdem Menschen mit geringem Antrieb und Initiative oder wenig Selbstvertrauen. Bei ihnen bestehe die Gefahr, aus Sorge um den Verlust von Sicherheit keine Schritte in Richtung Verselbstständigung zu wagen.

In vielen Gesprächen, auch mit den Nutzenden selbst, wurde die Bedeutung eines stützenden sozialen Umfelds für die psychische Stabilisierung und damit auch die Entwicklungsmöglichkeiten hervorgehoben. Seitens der Leistungserbringer galt ein Teil der Unterstützung somit auch dem Ziel, dieses Umfeld zu erhalten, zu vergrößern und die Betroffenen im sozialen Raum besser zu verankern – einerseits durch Kontaktmöglichkeiten in der Szene der Betroffenen, andererseits durch die Förderung von Kontakten außerhalb, zum Beispiel durch Integration in Freizeitangebote der Gemeinde oder Vereinsleben. Die sozialen Kontakte mit »Normalen« wurden aber nicht von allen Betroffenen und nicht generell als hilfreich erlebt. Dem Vergleich mit vorwiegend gesunden Referenzpersonen ausgesetzt zu sein, führte gelegentlich erkrankungsbedingte Verluste besonders deutlich vor Augen (z. B. geringere Belastbarkeit), mit entsprechenden Risiken für das Selbstwertgefühl und von Selbststigmatisierung. Schließlich wurden auch die Beziehung zur Herkunftsfamilie bzw. bestehende Familien- oder Paarbeziehungen als einflussreiche Faktoren genannt, die eine wertvolle stabilisierende Ressource darstellen, in anderen Fällen jedoch die psychische Stabilität der Betroffenen und ihr Entwicklungspotenzial nachhaltig unterminieren könnten. Das Wissen um den biografischen Kontext scheint somit bereits bei der Planung der Unterstützung relevant, um diese passend zur Person zu gestalten.

Diskussion und Fazit

Die Interviews zu Wirkfaktoren haben verdeutlicht: Wenn Menschen mit Beeinträchtigungen genauso am Leben teilhaben sollen wie Menschen ohne Beeinträchtigung, werden Angebote benötigt, die sie Selbstwirksamkeit erfahren lassen, anstatt sie in Unterstützungsstrukturen zu hospitalisieren. Im Sinne der geforderten Personenzentrierung geht es dabei darum, dass sich nicht die Menschen an die Angebote, sondern die Angebote an die Menschen anpassen sollen. Ehrgeizige Rehabilitationsprogramme können an den aktuellen Bedarfen der Personen vorbeigehen. Die Voraussetzungen dafür, seine Ressourcen nutzen und sein Entwicklungspotenzial ausschöpfen zu können, sind von Mensch zu Mensch verschieden. Bei vielen Betroffenen müssen sie erst geschaffen werden. Hier ist die Aufgabe, den Klientinnen und Klienten ein Gefühl von existenzieller Absicherung und Freiheit von Bedrohungen (z. B. Wohnungsverlust, Armut, Krankheit) zu vermitteln und nicht im Sinne eines falsch verstandenen Selbstbestimmungsprinzips jegliche Fürsorglichkeit oder Verantwortungsübernahme von sich zu weisen.

Dieser kurze Einblick in die qualitativen Ergebnisse von WiEWohnen-BW bezieht sich auf Daten, die bereits vor Inkrafttreten des Bundesteilhabegesetzes erhoben wurden. Es ist methodisch kritisch anzumerken, dass mit den Interviews aus der Perspektive der Leistungsberechtigten nur Menschen erreicht werden konnten, die über ein gewisses Maß an Belastbarkeit verfügten, bereit waren, mit fremden Personen in Kontakt zu treten bzw. bereit und in der Lage, ihre Situation zu reflektieren. Es ist auch zu berücksichtigen, dass in den Ergebnissen die gelegentlich berichteten unangenehmen Erlebnisse mit der Unterstützung nicht umfassend abgebildet sind, da der Fokus dieser Forschungsarbeit auf den förderlichen Faktoren lag. Es wurden auch Erfahrungen mit Paternalismus, Übergriffigkeit, Systemsturheit und inadäquatem Beschwerdemanagement thematisiert, insbesondere von der Gruppe der 14 Aussteigerinnen und Aussteiger, die ihre Unterstützung durch die Eingliederungshilfe im Verlauf der Studie beendet haben.

Die Forschungsarbeit sollte erhellen, wie Unterstützung beim Wohnen gestaltet werden sollte, um im Sinne des § 4 SGB IX Teilhabe zu fördern und ihre Einschränkung zu mindern. Dabei zeigten sich interessante Überschneidungen zu den Ergebnissen eines Reviews, das der Frage nachging, wie Abhängigkeit von gemeindepsychiatrischen Dienstleistungen in der wissenschaftlichen Literatur konzeptualisiert wird (Bonavigo u. a. 2016). Die Forschenden stießen auf fünf Kernkonzepte: Entfremdung von der Außenwelt, Mangel an Flexibilität und Freiheiten, positive oder negative Gefühle der Verpflichtung gegenüber dem betreuenden Personal, ein Zuviel oder Zuwenig an sinnstiftenden Tätigkeitsangeboten sowie Sicherheit. Abhängigkeit wird dabei aber nicht generell als das Gegenteil von Recovery und Autonomie verstanden. Zumindest zeitweilig können alle fünf Konzepte für die Nutzenden gemeindepsychiatrischer Angebote sinnvoll dafür sein, sich zu stabilisieren und in ihrem persönlichen Genesungsprozess voranzukommen.

Dementsprechend sind es nicht zuletzt die Flexibilität und individuelle Anpassbarkeit an das, was zu einem bestimmten Zeitpunkt für die Person angemessen ist, zu einem anderen nicht mehr passt, durch die Unterstützungsstrukturen zu personenzentrierten Unterstützungsangeboten werden. Dies beginnt bei der Psychiatrieplanung, also der Planung und Verfügbarmachung eines breiten Angebotspektrums in einer Versorgungsregion, die neben Wohnen und Alltagsbewältigung die Bereiche Beschäftigung, Sozialkontakte und Freizeit integrieren und dabei insbesondere die Gestaltung von Schnittstellen und Zugängen für ein Leben als Bürgerin oder Bürger in der Gemeinde im Auge behalten.

Mit dem BTHG ist die große Chance verbunden, dass Menschen mit Behinderung aus der Rolle als Fürsorgeempfängerinnen und -empfänger heraustreten können, indem sie stattdessen einen Rechtsanspruch auf die Mittel und Maßnahmen erhalten, die sie zur weitestgehenden Teilhabe am gesellschaftlichen Leben befähigen. Weiterhin kommt es auf die Form seiner Umsetzung an. Die Gefahr ist groß, dass einige Elemente des früheren Systems mit hohem administrativem Aufwand schlicht umetikettiert werden, um das bisherige, für funktionierend erklärte Vorgehen beibehalten zu können. Vor dem Hintergrund der Forschungsergebnisse sind insofern alle Tendenzen kritisch zu betrachten, bei der Konzipierung neuer Leistungssystematiken von der Maßgabe der Personenzentrierung abzurücken und die Unterstützung wieder in Pauschalangeboten zusammenzufassen, weil dies organisatorisch, verwaltungs-, finanzierungs- oder abrechnungstechnisch einfacher zu handhaben ist oder weil die Leistungen auf diese Weise schlicht kostengünstiger erbracht werden können. Am wirksamsten – und damit auf lange Sicht auch am günstigsten, da sie die Abhängigkeit von Unterstützung reduzieren können – sind Maßnahmen, die auf den Bedarf der jeweiligen Person möglichst individuell und flexibel zugeschnitten sind. Diese Erkenntnis ist nicht neu, wird durch die vorliegenden Forschungsergebnisse jedoch mit Nachdruck empirisch untermauert.

Literatur

- Bonavigo, T., Sandhu, S., Pascolo-Fabrizi, E., Priebe, S. (2016): What does dependency on community mental health services mean? A conceptual review with a systematic search. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51 (4), 561–574.
- Dresing, T., Pehl, T. (2012): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Regelsysteme und Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. 4. Aufl., S. 26–29. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH.
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 8. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz UTB.
- Witzel, A. (1985): Das problemzentrierte Interview. In: Jüttemann, G. (Hg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*, S. 227–255. Weinheim: Beltz.

Wohncoaching für Menschen mit schweren psychischen Einschränkungen

Ergebnisse aus der Schweiz

Sonja Mötteli, Christine Adamus, Matthias Jäger, Dirk Richter

In diesem Kapitel wird eine Schweizer Studie vorgestellt, die die Wohncoachingangebote in Bern und Zürich während mehrerer Jahre wissenschaftlich begleitete und evaluierte. Das Konzept des Wohncoaching soll, vor dem Hintergrund der Empfehlungen der UN-BRK, denjenigen Personen, deren Wunsch es ist, in der eigenen Wohnung zu leben, ambulante Unterstützung bieten und ihre Kompetenzen für das eigenständige Wohnen fördern. Zunächst werden Hintergrundinformationen zu den Zielen und Inhalten dieser Angebote sowie zur Studie selbst vorgestellt, anschließend einige der vielversprechenden Forschungsergebnisse berichtet.

Das Konzept Wohncoaching

Basierend auf dem »first place, then train«-Ansatz wurde bereits 2012 ein aufsuchendes Wohnunterstützungsangebot, genannt »WohnAutonom«, am Zentrum für Psychiatrische Rehabilitation der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern etabliert. Das Angebot richtet sich an Personen mit schweren psychischen Einschränkungen, die selbstständig wohnen möchten und aufgrund ihrer Erkrankung Unterstützung im Alltag im Bereich Wohnen benötigen. Ein multiprofessionelles Team unterstützt dabei ihre Klientinnen und Klienten individuell in ihrer eigenen, unabhängigen Wohnung. Nach diesem Ansatz wurde im Jahr 2016 an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich ein weiteres Wohncoachingangebot, genannt »WoCo«, als niederschwelliges und aufsuchendes Unterstützungsangebot aufgebaut.

Generell soll das Wohncoaching durch eine bedarfsorientierte und flexible Begleitung unabhängiges und nachhaltiges Wohnen in einem gesunden und stabilen Umfeld mit dem Ziel unterstützen, die soziale Inklusion, Autonomie und persönliche Recovery der Nutzenden zu fördern. Eine Unterstützung kann beispielsweise im Bereich der Wohnungssuche oder des -erhalts erfolgen, die Kontaktaufnahme mit Vermietern oder Personen aus dem sozialen Umfeld beinhalten, das Trainieren von Wohnkom-

petenzen und die Gewährleistung des Zugangs zu psychosozialen Dienstleistungen umfassen. Dabei kann sowohl in Bern als auch in Zürich die Nutzung von Wohncoachingdienstleistungen über einen unbegrenzten Zeitraum stattfinden und bis zu vier Stunden pro Woche betragen. Die Unterstützung und Begleitung werden von einem multidisziplinären Team erbracht, das sich im Bereich Wohnen spezialisiert hat und im Gesundheitswesen gut vernetzt ist. Für die psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung der Nutzenden sind die jeweils zuständigen Fachärzte und Therapeutinnen außerhalb des Wohncoachingangebots verantwortlich. Die multiprofessionelle Leistungserbringung erfolgt in ärztlicher Delegation und wird basierend auf der gesamtschweizerisch einheitlichen Tarifstruktur (TARMED) abgerechnet und von den Krankenkassen übernommen.

Das Konzept Wohncoaching (Englisch: »Independent Supported Housing«) basiert auf der Grundlage der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (United Nations 2006) und orientiert sich somit an der hohen Präferenz von Menschen mit psychischen Erkrankungen für ein unabhängiges Wohnen (Fakhoury u. a. 2002; Richter & Hoffmann 2017 a). Gerade in größeren Städten wie Bern und Zürich sind die Lebensunterhaltskosten hoch und der auf dem freien Markt verfügbare Wohnraum knapp, daher ist die Notwendigkeit ambulanter bzw. aufsuchender Unterstützungsangebote für Menschen mit psychischen Einschränkungen und dem Wunsch, selbstständig zu wohnen, unbestritten. Trotzdem gab es bislang wenig gesicherte Evidenz für das Konzept Wohncoaching bei nicht obdachlosen Menschen mit psychischen Einschränkungen (McPherson u. a. 2018; Richter & Hoffmann 2017 b). Eine kürzlich publizierte Beobachtungsstudie aus Deutschland zeigte eine ähnliche Wirksamkeit von Wohncoaching gegenüber institutionellen Unterstützungsformen, die in einem anderen Kapitel ausführlich dargestellt wird (Dehn u. a. 2022).

Studiendesign und Teilnehmende

Die prospektive multizentrische Studie in der Schweiz zur Wirksamkeit der beiden Wohncoachingangebote in Bern und Zürich wurde von 2019 bis 2022 durchgeführt (Adamus u. a. 2020). In Zürich wählten die Autoren und Autorinnen ein pragmatisches randomisiertes kontrolliertes Studiendesign (RCT), welches als Goldstandard gilt, wenn es darum geht, medizinische Interventionen in der Routineversorgung zu vergleichen und Erkenntnisse für die Praxis abzuleiten (Dal-Ré u. a. 2018). »Pragmatisch« meint, dass zugunsten der Machbarkeit und aufgrund ethischer Überlegungen bewusst auf gewisse Vorteile des RCT-Designs, wie beispielsweise Verblindung oder enge Einschlusskriterien verzichtet wurde. In der Zürcher Wohncoaching Studie haben die Autoren und Autorinnen beispielsweise die Kriterien für die Kontrollgruppe gelockert, nachdem eine vorgängige Studie zeigte, dass eine zufällige Einteilung in institutionelle

Wohnsettings sowohl von den Teilnehmenden selbst als auch von deren Zuweisenden nicht akzeptiert wurde (Killaspy u. a. 2019). Somit konnten die Teilnehmenden der Kontrollgruppe der Zürcher Studie neben Wohnheimen auch andere herkömmliche Unterstützungsformen im Bereich Wohnen, wie z. B. Hilfe durch das Sozialamt und Sozialdienste, nutzen. Hilfreich für die Umsetzung des RCT in Zürich war auch, dass das Angebot in Zürich einzigartig und neu war und sich noch in der Modellprojektphase befand. In Bern hingegen, wo das Wohncoachingangebot schon länger erfolgreich etabliert war, wählten die Autoren und Autorinnen ein Beobachtungsstudiendesign, in dem die Teilnehmenden in ihren jeweiligen Wohnunterstützungssettings rekrutiert und befragt wurden, ohne sie einem bestimmten Setting zuzuweisen. In Zürich durften Teilnehmende der Kontrollgruppe alle anderen Angebote zur Unterstützung der Wohnfähigkeit nutzen, in Bern wurden die Teilnehmenden vorwiegend in stationären Wohnsettings rekrutiert und unterstützt. An beiden Standorten wurde die Wirksamkeit des Wohncoachings untersucht, indem versorgungsrelevante, soziale und klinische Ergebnisvariablen zwischen der Interventionsgruppe (IG), die das Wohncoachingangebot nutzen konnte, mit einer Kontrollgruppe (KG) verglichen wurden. Alle Studienteilnehmenden wurden zu vier Messzeitpunkten befragt: Zu Beginn der Studie (T0), nach sechs Monaten (T1), nach zwölf Monaten (T2) und nach 24 Monaten (T3). Die Interviews wurden von geschulten Interviewerinnen durchgeführt und dauerten im Schnitt anderthalb Stunden.

Die Interviews an beiden Studienorten und während aller Messzeitpunkte beinhalteten Fragen zur Selbsteinschätzung bezüglich psychischer Verfassung (SCL-K-9), Inanspruchnahme medizinischer Leistungen (CSSRI-EU), sozialer Inklusion (SFS), Lebensqualität (MANSA), Verwirklichungschancen (OxCAP), sozialer Unterstützung (ESSI-D) und allgemeiner Bedürfnisse (CAN-EU) sowie die Fremdeinschätzung von Symptom- und Funktionsniveau (HoNOS, GAF) und Wohncoachingleistungen (TAR-MED). Alle Inhalte wurden mit den deutschen Versionen validierter und etablierter Skalen erfasst. Für methodische Details wird an dieser Stelle auf die englischsprachigen Publikationen verwiesen (Mötteli u. a. 2021; Adamus u. a. in review).

In Zürich wurden zwischen April 2019 und März 2020 insgesamt 58 erwachsene Personen rekrutiert, die Interesse am Wohncoaching hatten und dessen Aufnahme-kriterien erfüllten. Nach einer ausführlichen Information über die Studie und deren schriftlichen Einwilligung wurden die Teilnehmenden nach Zufallsprinzip entweder der IG (n = 30) oder der KG (n = 28) zugeordnet. In der IG hatten die Studienteilnehmenden die Möglichkeit, das Wohncoaching individuell und nach Bedarf zu nutzen. In der KG erhielten die Studienteilnehmenden eine Liste mit alternativen, herkömmlichen Unterstützungsangeboten (Adressen von Wohnheimen, Sozialämter etc.), die sie bei Bedarf und Möglichkeit nutzen konnten. Aus ethischen Gründen hatten die KG-Teilnehmenden bei T1 zudem die Möglichkeit, sich auf eine Warteliste für das Wohncoaching setzen zu lassen. Dennoch war die Drop-out-Rate im RCT mit zwanzig Personen (34%), die innerhalb eines Jahres die Studie beendet hatten, hoch. Aufgrund

der hohen Präferenz für das Wohncoachingangebot (70 % der Teilnehmenden nahmen die Warteliste in Anspruch) und der hohen Drop-out-Rate wurde die RCT-Studie nach einem Jahr beendet (Mötteli u. a. 2021).

In Bern wurden zwischen April 2019 und Dezember 2020 insgesamt 83 Studienteilnehmende aufgenommen. Die IG umfasste 31 Personen, die bereits im Berner Wohncoaching angemeldet waren. Die KG bestand aus 52 Personen, die in unterschiedlichen Wohnheimen, betreuten Wohngemeinschaften und der Familienpflege im Raum Bern residierten. In der Beobachtungsstudie konnten alle vorgesehenen Messzeitpunkte durchgeführt werden. Die Drop-out-Rate war mit 29 Personen (35 %), die die Studie innerhalb des zweijährigen Untersuchungszeitraums abgebrochen hatten, insbesondere in der Kontrollgruppe (25 Personen) jedoch ebenfalls hoch (Adamus u. a. in review).

Die Studienteilnehmenden waren mittleren Alters (Bern: 36,2 Jahre, Zürich: 42,3 Jahre) und die Mehrheit hatte zumindest die obligatorische Schulzeit oder eine Berufsbildung absolviert. In Bern bestand die IG-Stichprobe zu 55 % aus Frauen, während es in der KG nur 25 % Frauen gab; in Zürich waren die Teilnehmenden in beiden Stichproben mehrheitlich weiblich (IG: 67 %; KG: 57 %). Die Mehrheit hatte eine affektive oder psychotische Störung und bezog zum Zeitpunkt des ersten Interviews das Haupteinkommen durch Sozialleistungen und/oder Renten. In Zürich lebten 74 % der Teilnehmenden bereits vor Studienbeginn in einer selbstständigen, wenn auch oft prekären oder bereits gekündigten Wohnform. Daher war »Unterstützung bei der Wohnungssuche« der häufigste Grund für eine Anmeldung für das Wohncoaching. Die meisten Studienteilnehmenden wurden länger als ein Jahr unterstützt, wobei die Wohncoachingdienstleistungen in Zürich generell weniger intensiv genutzt wurden als in Bern.

Ergebnisse

In der Zürcher Studie haben während des einjährigen Beobachtungszeitraums zwölf Teilnehmende der IG und zwölf Teilnehmende der KG ihren Wohnort gewechselt. Die meisten Personen wechselten von einer unabhängigen Wohnform in eine andere unabhängige Wohnform (z. B. in eine größere oder eine günstigere Wohnung, in eine grünere Wohnumgebung etc.). Zusätzlich konnten vier Personen der IG, die in betreuten Wohnformen lebten, mit Unterstützung des Wohncoachings eine eigene Wohnung beziehen. Im Gegensatz dazu mussten vier Personen der KG eine unabhängige Wohnform verlassen und in betreute Wohnformen wechseln, eine Person wurde obdachlos. Personen mit psychischen Einschränkungen und Wohnungsproblemen laufen Gefahr, ihre Wohnung zu verlieren, wenn sie nicht durch eine professionelle ambulante Wohnbegleitung unterstützt werden.

Sowohl in Bern als auch in Zürich konnte das Wohncoaching den Bedarf an stationären Behandlungen im Verlaufe der ersten zwölf Monate signifikant reduzieren, während die Reduktion in den KG-Stichproben nicht signifikant war. In Bezug auf die mentale Verfassung, allgemeine Bedürfnisse und soziale Merkmale wie soziale Inklusion, Verwirklichungschancen, Lebensqualität und soziale Unterstützung gab es während der Studiendurchführung keine nennenswerten Unterschiede zwischen IG und KG. In Bern wies die Interventionsbedingung zu Beginn eine signifikant höhere Symptomlast und niedrigeres Funktionsniveau auf als die Kontrollgruppe. Dieser Unterschied verschwand im Verlauf der Studie, die Teilnehmenden der IG verbesserten sich, während die Symptomlast und das Funktionsniveau in der KG unverändert blieben. Eine Analyse der Kosten zeigte, dass die aufsuchende Wohnunterstützung auch mit der Einberechnung der Miete und dem Grundbedarf deutlich kostengünstiger ist als der Aufenthalt in stationären Wohnangeboten (Adamus u. a. in review). Generell zeigen die Skalenwerte eine Stichprobe mit reduzierter sozialer Inklusion und Lebensqualität, einem hohen Grad an ungedeckten Bedürfnissen, hoher Symptomlast und geringer sozialer Unterstützung, was in Einklang mit den Einschlusskriterien der Studien steht. Für Details hinsichtlich der Kennwerte wird auch an dieser Stelle auf die englischsprachigen Publikationen verwiesen (Mötteli u. a. 2021, Adamus et al. in review).

Die Studie aus der Schweiz zeigt auf, dass unabhängiges Wohnen von Menschen mit psychischen Einschränkungen von den Betroffenen selbst nicht nur stark präferiert wird, sondern durch bedarfsorientierte Unterstützung auch möglich ist. Wohncoaching reduziert zudem den Bedarf an stationären psychiatrischen Aufenthalten (siehe auch Adamus et al. in review). Hinsichtlich der klinischen und sozialen Merkmale wie Symptomschwere, Lebensqualität und soziale Inklusion scheint das Wohncoachingangebot zumindest nicht schlechter zu sein als institutionelle Wohnangebote. Zudem ist das Wohncoaching auch eine viel kosteneffektivere Alternative zu institutionellen Wohnheimen. Auch wenn das pragmatische RCT wertvolle Erkenntnisse lieferte, sind prospektive beobachtende Studiendesigns aufgrund der hohen Präferenz für unabhängiges Wohnen geeigneter, um Langzeiteffekte zu untersuchen. Für die Praxis wiederum implizieren die Studien, dass die Präferenz der Betroffenen das wichtigste Leitkriterium sein sollte, wenn es um die Wahl der Wohnform geht und ein Ausbau ambulanter Wohnunterstützungsformen wie Wohncoaching gefördert werden sollte.

Literatur

- Adamus, Ch., Mötteli, S., Jäger, M., Richter, D. (2020): Independent Housing and Support for non-homeless individuals with severe mental illness: randomised controlled trial vs. observational study – study protocol. *BMC Psychiatry*, 20 (1), 319.
DOI: 10.1186/s12888-020-02712-y
- Adamus, Ch., Mötteli, S., Jäger, M., Richter, D. (2022): Independent Supported Housing for non-homeless individuals with severe mental illness: Comparison of two effectiveness studies using a randomised controlled and an observational study design. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1033328. DOI: 10.3389/fpsy.2022.1033328
- Adamus, Ch., Zürcher, S. J., Richter, D. (2022): A mirror-image analysis of psychiatric hospitalisations among people with severe mental illness using Independent Supported Housing. *BMC Psychiatry*, 22 (1), 492. DOI: 10.1186/s12888-022-04133-5
- Adamus, Ch., Mötteli, S., Jäger, M., Richter, D. (2024, in review): Independent Supported Housing vs institutional housing rehabilitation settings for non-homeless individuals with severe mental illness - Longitudinal results from an observational study.
- United Nations (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities (27.12.2022).
- Dal-Ré, R.; Janiaud, P. & Ioannidis, J. P. A. (2018): Real-world evidence: How pragmatic are randomized controlled trials labeled as pragmatic? *BMC Medicine*, 16 (1), 49.
DOI: 10.1186/s12916-018-1038-2
- Dehn, L. B., Beblo, T., Richter, D., Wienberg, G., Kremer, G., Steinhart, I., Driessen, M. (2022): Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: A multicenter, quasi-experimental study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57 (5), 927–937. DOI: 10.1007/s00127-021-02214-6
- Fakhoury, W. K., Murray, A., Shepherd, G., Priebe, S. (2002): Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37 (7), 301–315.
DOI: 10.1007/s00127-002-0549-4
- Killaspy, H., Priebe, S., King, M., Eldridge, S., McCrone, P., Shepherd, G., Arbutnott, M., Leavey, G., Curtis, S., McPherson, P., Dowling, S. (2019): Supported accommodation for people with mental health problems: the QuEST research programme with feasibility RCT. *National Institute for Health Research, Programme Grants for Applied Research*, 7 (7).
DOI: 10.3310/pgfar07070
- McPherson, P., Krotofil, J., Killaspy, H. (2018): Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry*, 18 (1), 128. DOI: 10.1186/s12888-018-1725-8
- Mötteli, S., Adamus, Ch., Deb, T., Fröbel, R., Siemerikus, J., Richter, D., Jäger, M. (2021): Independent Supported Housing for Non-homeless People with Serious Mental Illness: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 798275.
DOI: 10.3389/fpsy.2021.798275
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017 a): Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health*, 44 (6), 817-823. DOI: 10.1007/s10488-017-0791-4
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017 b): Independent housing and support for people with severe mental illness: Systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136 (3), 269–279.
DOI:10.1111/acps.12765

Die Perspektive der Mitarbeitenden¹

Welche Herausforderungen sehen die Kolleginnen und Kollegen im Betreuten Wohnen?

Christine Adamus, Jovin Alpiger, Matthias Jäger, Dirk Richter, Sonja Mötteli

Mit der hier berichteten Studie untersuchten wir im Rahmen einer Umfrage aus der Perspektive von Fachpersonen in der psychiatrisch rehabilitativen Wohnversorgung, inwiefern die Präferenzen der Fachpersonen für ein bestimmtes Wohnrehabilitationssetting (aufsuchend oder stationär), ihre Einstellungen zu psychischer Gesundheit und Genesung (Recovery) sowie ihre Arbeitsbedingungen oder beruflichen Anforderungen zur gegenwärtig vorwiegend institutionalisierten psychiatrisch rehabilitativen Versorgung beitragen oder damit zusammenhängen. Darüber hinaus wollten wir hinderliche und förderliche Faktoren in der Wohnrehabilitation und sozialen Inklusion von Nutzenden erfahren und diese zwischen den beiden Settings vergleichen.

Hintergrund

Menschen mit psychosozialen Einschränkungen ziehen unabhängiges Wohnen einem Aufenthalt im Wohnheim oder ähnlichen Einrichtungen vor (Richter & Hoffmann 2017). Obschon Politik und Behandlungsleitlinien fordern, dass Menschen mit (psychosozialen und anderen) Behinderungen unabhängig vom Ausmaß des Unterstützungsbedarfes Wohnort und -form frei und gleichberechtigt wählen dürfen (Gühne u. a. 2019; United Nations 2006; WHO, 2021), gilt eine stationäre Einrichtung als die geeignete Unterstützungsform, in der die psychiatrisch rehabilitative Versorgung von Personen mit schweren psychischen Erkrankungen erfolgt. Aufsuchende Wohnunter-

¹ Der vorliegende Beitrag basiert auf der deutschen Übersetzung von Abschnitten aus der Publikation: Adamus, Ch., Alpiger, J., Jäger, M., Richter, D., Mötteli, S. (2023): Independent Supported Housing versus institutionalised residential rehabilitation for individuals with severe mental illness: A survey of attitudes and working conditions among mental healthcare professionals. *Community Mental Health Journal*, 59 (3), 531–539.

stützungsangebote dagegen sind insbesondere in der Schweiz nur vereinzelt vorhanden und ihre Implementierung erfolgt nur zögerlich (Rössler & Drake 2017).

Entgegen der ähnlichen oder gar überlegenen Wirksamkeit aufsuchender Wohnversorgung, der Empfehlungen aus Politik und Behandlungsleitlinien und entgegen der Präferenzen Betroffener zeigen Familienmitglieder und Fachpersonen stärkere Präferenzen für stationäre Wohneinrichtungen in der psychiatrisch rehabilitativen Versorgung (Minsky u. a. 1995; Piat u. a. 2008). In einer deutlich jüngeren Studie waren die Vorstellungen von Betreuungspersonen zu der am besten geeigneten Wohnform für ihre Nutzenden so stark, dass sie die Durchführung der Studie behinderten (Killaspy u. a. 2019). Trotz der klinischen Gleichwertigkeit von stationärer und aufsuchender Wohnrehabilitation gingen viele Fachkräfte von einem unterschiedlichen Ausmaß an Unterstützung und Betreuung aus. Allerdings scheinen weder diese Vorstellungen noch der jeweilige Grad der Institutionalisierung die tatsächliche Erkrankungsschwere und funktionale Beeinträchtigung der Nutzenden im jeweiligen Wohnrehabilitationssetting widerzuspiegeln (Valdes-Stauber & Kilian 2015).

Untersuchung zur Perspektive der Fachpersonen

Im Oktober 2021 wurde eine Onlinebefragung mit 112 Mitarbeitenden der stationären und aufsuchenden psychiatrischen Wohnrehabilitation in Bern, Basel und Zürich durchgeführt. Erhoben wurden Anforderungen und Belastungen während der Arbeit, Einstellungsmerkmale, Präferenzen bezüglich geeigneter Settings in der Wohnbegleitung, unterstützende und behindernde Faktoren in der Wohnbegleitung sowie soziodemografische Angaben.

Erfragte Arbeitsanforderungen und -belastungen wurden mit der deutschsprachigen Version des Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) erhoben (Nübling u. a. 2006). Erhobene Einstellungsmerkmale bezogen sich auf Recovery bei psychischen Erkrankungen (Borkin u. a. 2000), auf das Ausmaß stigmatisierender Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen (Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers; OMS-HC; Modgill u. a. 2014) sowie auf implizite Theorien zur psychischen Gesundheit als entweder stabile oder veränderbare Eigenschaft (Schreiber u. a. 2020). Die Präferenzen bezüglich geeigneter Settings in der psychiatrischen Wohnrehabilitation wurden anhand zweier Aussagen erhoben. Erfragt wurde die Zustimmung (Skala 0–10) für den traditionellen Stufenleiteransatz (»Ich bin der Meinung, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen zuerst in einem beschützten Rahmen ihre Fähigkeiten zum Wohnen verbessern müssen, bevor sie wieder in einer eigenen Wohnung leben können«) sowie für den Housing First-Ansatz (»Ich bin der Meinung, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen ihre Fähigkeiten zum Wohnen am besten beim selbstständigen Wohnen mit ambulanter (mobiler) Unterstützung erwerben«).

Im offenen Antwortformat wurde zudem nach unterstützenden und hinderlichen Aspekten in der wohnrehabilitativen Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen gefragt. Diese offenen Antworten wurden nach dem Ansatz von Braun und Clarke thematisch analysiert (Braun & Clarke 2006).

Von den 112 Teilnehmenden arbeiteten 62,5 % im stationären und 37,5 % im aufsuchenden Wohnunterstützungssetting. Siebzig waren weiblich (62,5 %), 41 männlich (36,6 %) und eine Person divers (0,9 %). Das Durchschnittsalter betrug 40,3 Jahre (SD = 11,8). Die meisten Mitarbeitenden hatten eine höhere Fach- oder Berufsschule oder eine Universität besucht (75,9 %) und hatten eine sozialpädagogische und betreuerische Funktion (68,8 %). Das Bildungsniveau war im aufsuchenden Setting signifikant höher als im stationären (höhere Bildung: 90,5 % aufsuchend; 67,1 % stationär). Für alle Ergebnisse wurden die gleichen Resultate auch nach Kontrolle des Bildungsniveaus erzielt.

Ergebnisse

Die Arbeitsanforderungen und -belastungen lagen insgesamt im mittleren Bereich. In der aufsuchenden Wohnrehabilitation waren sowohl emotionale und quantitative Anforderungen als auch Einfluss und Entwicklungsmöglichkeiten während der Arbeit signifikant höher als im stationären Setting. Die Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit und Zufriedenheit zeigten keine signifikanten Unterschiede. Mitarbeitende in beiden Settings hatten in ähnlichem Ausmaß die implizite Theorie von psychischer Gesundheit als veränderbare (anstatt stabile) Eigenschaft. Die Recoveryorientierung war ebenfalls in beiden Settings stark ausgeprägt. Das Ausmaß stigmatisierender Einstellungen gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen war im stationären Setting signifikant höher als in der aufsuchenden Wohnunterstützung. Aus beiden Wohnrehabilitationssettings erfuhr der Housing First-Ansatz größere Zustimmung als der traditionelle Stufenleiteransatz. Insgesamt stimmten 63,3 % der Mitarbeitenden dem Housing First-Ansatz zu (≥ 6 von 10 Punkten). Die Präferenzen von Betreuungsfachpersonen für ein bestimmtes Versorgungssetting scheinen daher nicht mit der bisher nur zögerlichen Implementierung aufsuchender Wohnunterstützungsangeboten zusammenzuhängen.

Mitarbeitende in beiden Settings erachten dieselben Faktoren in ähnlichem Ausmaß als besonders wichtig für eine erfolgreiche Wohnrehabilitation (siehe Tabelle 1, S. 106). Am häufigsten wurden Merkmale des Unterstützungsprozesses als besonders wichtige Faktoren genannt. Insbesondere der Zugang zu niederschweligen Angeboten sowie die Begleitung durch recoveryorientierte Fachpersonen wurden als besonders wichtig betrachtet. Hinsichtlich der als hinderlich erlebten Faktoren in der wohnrehabilitativen Arbeit hatten die Mitarbeitenden unterschiedliche Ansichten zwischen den Settings:

Tabelle 1: Unterstützende und hinderliche Faktoren in der Wohnrehabilitation von psychisch erkrankten Menschen

Kategorien und Codes aus thematischer Analyse (offenes Frageformat, Mehrfachnennungen möglich)	stationär (n = 70)		aufsuchend (n = 41)		p
	Nennungen	%	Nennungen	%	
Unterstützende Faktoren					
Merkmale Nutzende Kompetenzen und Ressourcen; psychischer Gesundheitszustand; Compliance	10	14,3	3	7,3	0,366
Merkmale Unterstützungsprozess Zugang zu niederschweligen Angeboten; Recovery-orientierung; Vernetzung mit Behörden, Ämtern, Therapeuten etc.; Zielsetzung; Ressourcen und Flexibilität	55	78,6	35	85,4	0,378
Merkmale Umfeld Soziale Unterstützung; Verständnis, Akzeptanz	22	31,4	16	39,0	0,416
Merkmale Rahmenbedingungen Bezahlbare Wohnungen; geeignete Arbeitsplätze, tagesstrukturelle Angebote; finanzielle Ressourcen	22	31,4	13	31,7	0,976
Hinderliche Faktoren					
Merkmale Nutzende Limitierte Ressourcen, Kompetenzen, Motivation; Gesundheitszustand; Beeinträchtigung, Unterstützungsbedarf	31	44,9	8	20,0	0,009
Merkmale Unterstützungsprozess Ressourcen und Flexibilität; Zielsetzung/ Auftragsklärung; Diskrepanz im Helfersystem; Zusammenarbeit mit externen Fachleuten	30	43,5	14	35,0	0,385
Merkmale Umfeld Stigmatisierung; fehlende soziale Unterstützung	17	24,6	18	45,0	0,028
Merkmale Rahmenbedingungen Mangel an bezahlbaren Wohnungen; Anforderungen und Rahmenbedingungen von Behörden; limitierte finanzielle Ressourcen	32	46,4	30	75,0	0,004

Mitarbeitende im stationären Wohnrehabilitationssetting erlebten gesellschaftliche Rahmenbedingungen, das soziale Umfeld der Nutzenden sowie Merkmale der Nutzenden selbst in gleichem Maße als Faktoren, die eine erfolgreiche Wohnrehabilitation und soziale Inklusion der Nutzenden erschweren (jeweils von ca. 45 % der Mitarbeitenden erwähnt). Mitarbeitende in der aufsuchenden Wohnrehabilitation dagegen erwähnten Merkmale der Nutzenden kaum als relevantes Hindernis. Aus ihrer Sicht werden die wohnehabilitative Arbeit und die soziale Inklusion der Nutzenden vor allem durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen wie dem Mangel an bezahlbaren Wohnungen und geeigneten Wohnbedingungen (40 %), hohen politischen und behördlichen Anforderungen und Rahmenbedingungen (37,5 %) sowie limitierten finanziellen Ressourcen der Nutzenden (35 %) erschwert. Weitere Hindernisse erleben aufsuchend arbeitende

Fachpersonen im sozialen Umfeld der Nutzenden, insbesondere durch starke gesellschaftliche Stigmatisierung (35 %), sowie im Unterstützungsprozess. Hier erleben Mitarbeitende einen Mangel an Ressourcen, wodurch sie zeitlich und inhaltlich zu wenig flexibel auf die Bedürfnisse der Nutzenden eingehen können (20 %).

Diskussion

Die unterschiedlichen Hindernisse in der wohnrehabilitativen Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen könnten einerseits auf verschiedene Herausforderungen zwischen der stationären und aufsuchenden Wohnrehabilitation zurückzuführen sein. Möglicherweise spiegeln sie aber auch unterschiedliche Konzepte von psychischer Gesundheit und rehabilitativer Unterstützung wider. Die Auffassung, dass Merkmale der Nutzenden selbst ein Hindernis für eine erfolgreiche Rehabilitation darstellen, entspricht einem eher medizinischen Modell der psychischen Gesundheit. Dieses Modell geht davon aus, dass Nutzende zuerst behandelt oder geschult werden müssen, bevor sie sich in das soziale Umfeld wieder eingliedern können und weist damit Parallelen zur medizinischen Rehabilitation (z. B. nach einem komplizierten Knochenbruch) auf. Die Evidenz jedoch zeigt klar, dass der Schritt in die Selbstständigkeit in diesem Ansatz nur sehr selten gelingt (Killaspy u. a. 2020; Killaspy & Zis 2013; Martinelli u. a. 2019). Die UN-Behindertenrechtskonvention fordert dagegen ein sozialeres Verständnis von psychischer Gesundheit bzw. Behinderung. Diesem zufolge werden vorwiegend gesellschaftliche und soziale Faktoren dafür verantwortlich gemacht, dass Menschen mit psychischen Problemen darin behindert werden, gleichberechtigt und sozial inkludiert zu leben. Es ist daher auch denkbar, dass die unterschiedlichen Hindernisse in der wohnrehabilitativen Arbeit eine andere Auffassung von erwarteten Rehabilitationszielen reflektieren, die in stationären Wohneinrichtungen eher im Aufbau eines geschützten und stabilen Umfelds, in der aufsuchenden Wohnbegleitung eher in der Förderung von Selbstständigkeit und sozialer Inklusion liegen (Sandhu u. a. 2017).

Aus den Resultaten dieser Studie lässt sich nicht ableiten, ob die zögerliche Implementierung der stark präferierten und weitem empfohlenen aufsuchenden Wohnbegleitung den vielfältigen gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen geschuldet ist. Jedoch zeigen insbesondere hinderliche Faktoren wie die Wohnungsknappheit und soziale Stigmatisierung, dass eine erfolgreiche Wohnrehabilitation und damit ein unabhängiges, selbstbestimmtes Leben als partizipierendes gesellschaftliches Mitglied für Menschen mit psychischen Erkrankungen ohne die Wohnunterstützung durch Fachpersonen kaum möglich wären.

Literatur

- Borkin, J. R., Steffen, J. J., Ensfield, L. B., Krzton, K., Wishnick, H., Wilder, K., Yangarber, N. (2000): Recovery Attitudes Questionnaire: Development and evaluation. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (2), 95–102. DOI: 10.1037/h0095112
- Braun, V., Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3 (2), 77–101. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa
- Gühne, U., Weinmann, S., Riedel-Heller, S. G., Becker, T., Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hg.) (2019): S3-Leitlinie psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Berlin: Springer.
- Killaspy, H., Priebe, S., McPherson, P., Zenasni, Z., Greenberg, L., McCrone, P., Dowling, S., Harrison, I., Krotofil, J., Dalton-Locke, C., McGranahan, R., Arbuthnott, M., Curtis, S., Leavey, G., Shepherd, G., Eldridge, S., King, M. (2020): Predictors of moving on from mental health supported accommodation in England: National cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 216 (6), 331–337. DOI: 10.1192/bjp.2019.101
- Killaspy, H., Priebe, S., McPherson, P., Zenasni, Z., McCrone, P., Dowling, S., Harrison, I., Krotofil, J., Dalton-Locke, C., McGranahan, R., Arbuthnott, M., Curtis, S., Leavey, G., MacPherson, R., Eldridge, S., King, M. (2019): Feasibility randomised trial comparing two forms of mental health supported accommodation (supported housing and floating outreach); a component of the QuEST (Quality and Effectiveness of Supported Tenancies) study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 258. DOI: 10.3389/fpsy.2019.00258
- Killaspy, H., Zis, P. (2013): Predictors of outcomes for users of mental health rehabilitation services: A 5-year retrospective cohort study in inner London, UK. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48 (6), 1005–1012. DOI: 10.1007/s00127-012-0576-8
- Martinelli, A., Iozzino, L., Ruggeri, M., Marston, L., Killaspy, H. (2019): Mental health supported accommodation services in England and in Italy: A comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54 (11), 1419–1427. DOI: 10.1007/s00127-019-01723-9
- Minsky, S., Reisser, G. G., Duffy, M. (1995): The eye of the beholder: Housing preferences of inpatients and their treatment teams. *Psychiatric Services*, 46 (2), 173–176. DOI: 10.1176/ps.46.2.173
- Modgill, G., Patten, S. B., Knaak, S., Kassam, A., Szeto, A. C. (2014): Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry*, 14, 120. DOI: 10.1186/1471-244X-14-120
- Nübling, M., Stöbel, U., Hasselhorn, H.-M., Michaelis, M., Hofmann, F. (2006): Measuring psychological stress and strain at work – Evaluation of the COPSOQ questionnaire in Germany. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 3.
- Piat, M., Lesage, A., Boyer, R., Dorvil, H., Couture, A., Grenier, G., Bloom, D. (2008): Housing for persons with serious mental illness: Consumer and service provider preferences. *Psychiatric Services*, 59 (9), 1011–1017. DOI: 10.1176/appi.ps.59.9.1011
- Richter, D., Hertig, R., Hoffmann, H. (2016): Psychiatrische Rehabilitation – Von der Stufenleiter zur unterstützten Inklusion. *Psychiatrische Praxis*, 43 (8), 444–449. DOI: 10.1055/s-0042-105859
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017): Preference for independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44 (6), 817–823. DOI: 10.1007/s10488-017-0791-4

- Rössler, W., Drake, R. E. (2017): Psychiatric rehabilitation in Europe. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26 (3), 216-222. DOI: 10.1017/S2045796016000858
- Sandhu, S., Priebe, S., Leavey, G., Harrison, I., Krotofil, J., McPherson, P., Dowling, S., Arbuthnott, M., Curtis, S., King, M., Shepherd, G., Killaspy, H. (2017): Intentions and experiences of effective practice in mental health specific supported accommodation services: A qualitative interview study. *BMC Health Services Research*, 17, 471.
DOI: 10.1186/s12913-017-2411-0
- Schreiber, M., Job, V., Dohle, S. (2020): Is your health malleable or fixed? The influence of implicit theories on health-related attitudes and behaviour. *Psychology & Health*, 35 (12), 1421–1439. DOI 10.1080/08870446.2020.1761975
- United Nations (2006): Convention on the Rights of Persons with Disabilities. A/RES/61/106. www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities (20.04.2024).
- Valdes-Stauber, J., Kilian, R. (2015): Is the level of institutionalisation found in psychiatric housing services associated with the severity of illness and the functional impairment of the patients? A patient record analysis. *BMC Psychiatry*, 15, 215.
DOI: 10.1186/s12888-015-0595-6
- World Health Organization (WHO) (Hg.) (2021): Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches.

Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung als zentrale Funktion Gemeindepsychiatrischer Zentren

Ein Modell aus Niedersachsen¹

Günther Wienberg, Jochen Ostermann, Franziska Myszor, Ansgar Piel, Anke Bramesfeld, Ingmar Steinhart

Das Funktionale Basismodell definiert einen evidenzbasierten Mindeststandard für die gemeindepsychiatrische Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Die Assistenz zum selbstbestimmten Wohnen stellt neben der Beratung und der ambulanten Behandlung eine Kernfunktion dieses Modells dar. Entscheidend für eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung ist die personenbezogene Verknüpfung der Einzelfunktionen in einem flexiblen, die jeweiligen regionalen Ressourcen einbeziehenden Organisationsmodell. Dazu wurden in Niedersachsen in drei Modellprojekten »Gemeindepsychiatrische Zentren« (GPZ) erprobt. Um diesen Projekten eine gemeinsame inhaltliche Grundlage und Ausrichtung zu geben, wurde in einem begleitenden Projekt ein übergreifender GPZ-Standard entwickelt. Dieser umfasst eine Definition von GPZ anhand von zwölf obligatorischen Merkmalen sowie eine Modelltreueskala mit 45 Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität in neun Dimensionen. Der Standard bietet sowohl eine Grundlage für die Implementierung entsprechender Versorgungsmodelle als auch für deren Evaluation und Organisationsentwicklung.

Gemeindepsychiatrische Teams als verbindendes Element in der Wohnunterstützung

Selbstbestimmtes Wohnen mit Assistenz ist heute ein zentraler Baustein der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. In Deutschland nutzen mehr als 200.000 Menschen entsprechende Angebote. Zu einer

¹ Dieser Text ist eine erweiterte Fassung eines Artikels derselben Autoren und Autorinnen in der Psychiatrischen Praxis 2022; DOI: 10.1055/a-1939-2383

bedarfsgerechten Versorgung dieser Personengruppe gehört jedoch eine Reihe weiterer Bausteine, die idealerweise inhaltlich, organisatorisch und personell miteinander in einem Verbundsystem verknüpft sind.

Steinhart und Wienberg (2017; 2020) haben mit dem Funktionalen Basismodell einen evidenzbasierten Standard für eine bedarfsgerechte gemeindepsychiatrische Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen vorgelegt und mehrfach aktualisiert. Die funktionale statt institutionelle Betrachtungsweise folgt der Einsicht, dass sich hinter den gleichen Bezeichnungen von Institutionen sehr verschiedene Leistungen verbergen und Institutionen mit verschiedenen Bezeichnungen ein sehr ähnliches Leistungsspektrum aufweisen können. Dabei wird die Verbindung mit den »Säulen« der bundesdeutschen Sozialgesetzbücher zunächst außen vorgelesen. So werden untenstehend Leistungen beschrieben, die ganz unterschiedlichen Leistungsträgern zugeordnet werden müssen.

Im Basismodell bilden *ambulante, mobile multiprofessionelle gemeindepsychiatrische Teams* (GT) den Kernbaustein der Versorgung (s. Abbildung 1, S. 112). Diese Teams nehmen folgende Kernfunktionen wahr:

- Information und Beratung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und ihre Angehörigen im Hinblick auf die Erkrankung, mögliche Behandlungs- und Unterstützungsangebote sowie die Voraussetzungen für deren Inanspruchnahme;
- Mitwirkung an der (Früh-)Erkennung schwerer psychischer Erkrankungen in Kooperation mit Einrichtungen und Diensten der Primärversorgung (niedergelassene Ärztinnen und Psychotherapeuten), dem Bildungssystem, der Jugendhilfe, Wohnungslosenhilfe etc.;
- Diagnostik und Feststellung (Assessment) des Behandlungs- und Unterstützungsbedarfs einschließlich der Ressourcen der Erkrankten und ihres sozialen Umfelds;
- Erstellung und fortlaufende Evaluation der Genesungs-, Behandlungs-, Rehabilitations- und Teilhabeplanung;
- Begleitung der Nutzenden durch eine konstante koordinierende und steuernde Bezugsperson (Case Management);
- ambulante, multiprofessionelle Behandlung, bei Bedarf mobil, aufsuchend und nachgehend, einschließlich Krisenintervention 24/7;
- Assistenz zur Alltagsgestaltung, multiprofessionell, mobil, aufsuchend und nachgehend, einschließlich Krisenintervention 24/7;
- Erschließung darüber hinausgehender passgenauer Behandlungs- und Unterstützungsleistungen;
- Initiierung und Realisierung von Peer- und Angehörigenarbeit sowie Mitwirkung an Präventions- und Sozialraumarbeit im Rahmen des GPV.

Das Modell integriert die für eine bedarfsgerechte psychiatrische Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erforderlichen Leistungen des SGB IX (Assistenz zur Alltagsgestaltung, wie z. B. ambulante und besondere Wohnformen,

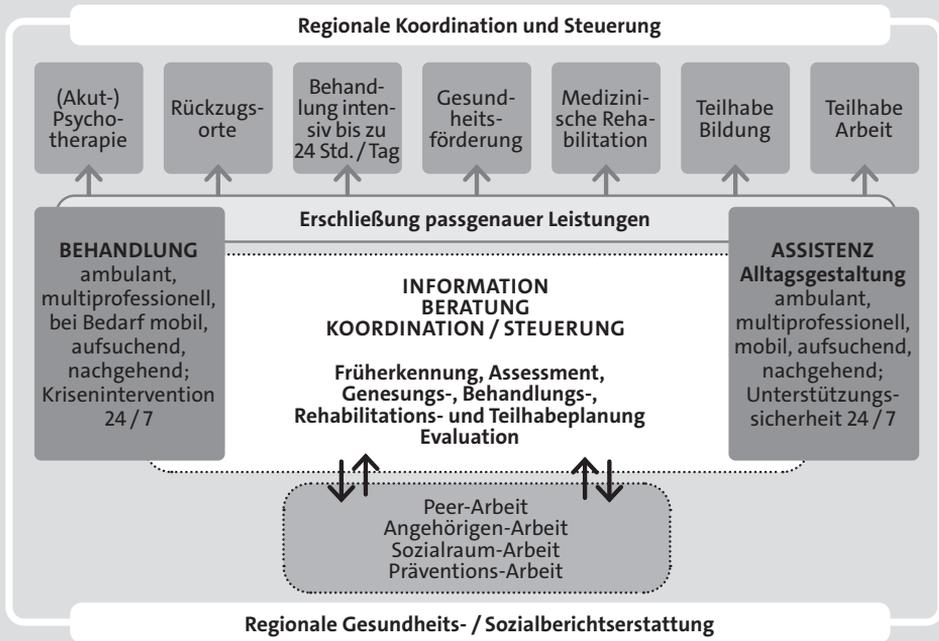


Abbildung 1: Das Funktionale Basismodell (Wienberg & Steinhart 2020, S. 10)

soziale Teilhabe), des SGB V (fachärztliche und PIA-Leistungen, Soziotherapie und häusliche psychiatrische Krankenpflege) und der kommunalen Daseinsvorsorge (Sozialpsychiatrischer Dienst). Das klassische »Betreute Wohnen« als Leistung der Eingliederungshilfe sollte integraler Bestandteil des GT sein, denn die vorliegende Evidenz zu ambulanten, mobilen, multiprofessionellen gemeindepsychiatrischen Teams wie z. B. den FACT-Teams (siehe unten) deutet darauf hin, dass die Integration wirksamer ist als die herkömmliche Standardversorgung.

Das breite Funktionsspektrum von GT kann und soll also nicht zusätzlich zu dem bestehenden, vielfältig gegliederten Versorgungssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland realisiert werden, sondern nur durch eine *organisatorische, inhaltliche und personelle Verknüpfung bestehender Dienste und Einrichtungen bzw. ihrer Leistungen*. Um die in der aktuellen Versorgungslandschaft vorherrschenden Diskontinuitäten und Abbrüche zu überwinden, muss die Verknüpfung sicherstellen, dass die erforderlichen Funktionen im Einzelfall »wie aus einer Hand« erbracht werden. Dies setzt ein hohes Maß an Verbindlichkeit der Kooperation sowie eine gemeinsame personenbezogene und IT-gestützte Dokumentationsbasis der beteiligten Akteurinnen und Akteure voraus.

Dabei lässt das Funktionale Basismodell die konkrete regionale Ausgestaltung und Organisation der GT bewusst offen, denn es geht um die synergetische Nutzung und Reorganisation der jeweils bestehenden Ressourcen. Welche Ressourcen dabei von welchen Anbietern eingebracht werden, hängt von den jeweiligen regionalen Kontexten ab. Bisherige Erfahrungen zeigen, dass die kommunalen Sozialpsychiatrischen Dienste, die zuständigen Versorgungskliniken mit ihren ambulanten Ressourcen, niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte sowie Anbieter von Assistenzleistungen, psychiatrischer häuslicher Pflege und Soziotherapie zentrale Rollen bei der Abdeckung von GT-Funktionen übernehmen können.

Die ambulante, mobile Behandlung durch multiprofessionelle GT für Personen mit einer schweren psychischen Erkrankung ist ein solides, evidenzbasiertes Versorgungsmodell. Dies belegen aktuell mehr als fünfzig randomisierte und kontrollierte Studien, überwiegend aus dem angloamerikanischen Raum, zur Wirksamkeit von Home Treatment (HT)- und Assertive Community Treatment (ACT)-Teams. Die S3 Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« (S3-LL) empfiehlt deren Umsetzung dementsprechend nachdrücklich (DGPPN 2019, Empfehlungen 10 bis 14, S. 38).

Ein niederländisches Versorgungsmodell integriert HT- und ACT-Ansätze: das Flexible Assertive Community Treatment (FACT; Manual siehe van Veldhuizen und Bähler 2013). Die flexible Kombination dieser Ansätze entspricht dem oft phasenhaften Verlauf schwerer psychischer Erkrankungen mit sich wiederholenden akuten Episoden und Phasen mit (Teil-)Remission. 2018 gab es in den Niederlanden ca. vierhundert FACT-Teams, die mit zehn bis zwölf Vollzeitkräften je ca. 200 bis 220 Klientinnen und Klienten versorgen. Ca. 80 % der Interventionen erfolgen aufsuchend. FACT wurde verschiedentlich empirisch evaluiert (vgl. Wienberg u. a. 2022) und ist auch in anderen nordeuropäischen Ländern inzwischen verbreitet. Wegen unterschiedlicher gesetzlicher Grundlagen und Versorgungsstrukturen in den Niederlanden und Deutschland ist FACT jedoch nicht ohne Weiteres übertragbar.

Im Hinblick auf die Subfunktion der ambulanten mobilen Assistenz geben die Beiträge in diesem Buch einen breiten Überblick zum aktuellen Stand der nationalen und internationalen Forschung. Dieser belegt, dass es starke Hinweise für die Wirksamkeit des selbstbestimmten Wohnens mit Assistenz gibt, wobei unterschiedliche Ergebniskriterien untersucht wurden. Es sollte deshalb inhaltlich wie strukturell eine der Säulen eines jeden gemeindepsychiatrischen Versorgungskonzeptes sein. Auch für die Assistenz liegt eine bereits erprobte Modelltreueskala vor (vgl. Wienberg u. a. in diesem Band).

Die Forderung nach GT ist also fachlich gut begründet und weithin unumstritten. Eine im deutschen Finanzierungssystem darstellbare Lösung für die Praxis oder gar deren flächendeckende Umsetzung konnte bisher jedoch nicht gefunden und realisiert werden. Ein wesentliches Hindernis besteht schon darin, dass in den beiden zentralen Sozialgesetzbüchern eine verpflichtende gemeinsame Genesungs- (SGB V) und

Teilhabepanung (SGB IX) nicht verankert ist. Bestehende Praxismodelle sind eher Insellösungen unter Federführung einzelner engagierter Akteure oder unter exklusiven regionalen Bedingungen.

Ein niedersächsisches Modell

Im Landespsychiatrieplan Niedersachsen ist der Aufbau Gemeindepsychiatrischer Zentren (GPZ) zur ambulanten, multiprofessionellen und mobilen Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ein prioritäres Entwicklungsziel (Niedersächsisches Ministerium 2016). Auch hier sollten die Kernelemente des funktionalen Basismodells, insbesondere der ambulanten Behandlung, der kommunalen Daseinsvorsorge und des selbstbestimmten Wohnens mit Assistenz in das Versorgungsmodell GPZ integriert werden.

Von 2019 bis 2021 wurden in Niedersachsen drei GPZ-Modellprojekte gefördert. Um diesen Projekten und anderen Initiativen eine gemeinsame inhaltliche Grundlage zu geben, hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung 2021 ein Projekt zur Entwicklung von Standards für GPZ einschließlich eines Konzeptes zu deren Implementierung und Evaluation gefördert und begleitet.

Dabei wurde auf das Konstrukt der Modelltreue zurückgegriffen: Unter der Voraussetzung, dass eine hinreichende Evidenzbasis für ein Versorgungsmodell besteht, geht es bei dessen Implementierung darum, es modellgetreu umzusetzen. Modelltreue wird definiert »as the degree to which a program implementing an Evidenced Based Practice adheres to specific model standards« (Bond & Drake 2020, S. 874). Zur Überprüfung der Modelltreue von Programmen werden in der psychiatrischen Versorgungsforschung seit gut zwei Jahrzehnten Modelltreue- oder Fidelity-Skalen entwickelt: »Fidelity measures are tools to assess the adequacy of implementation of an Evidence Based Practice« (ebd.)

Der Standard für GPZ wurde unter Einbezug möglichst aller relevanten niedersächsischen Stakeholder entwickelt: Akteurinnen und Akteure der GPZ-Modellprojekte, Expertinnen und Experten der psychiatrischen Versorgung, Expertinnen und Experten aus Erfahrung (Psychiatrieerfahrene und Angehörige), eine Arbeitsgruppe des Landesfachbeirates Psychiatrie, die Landesstelle Psychiatriekoordination und das Ministerium für Gesundheit, Soziales und Gleichstellung als Auftraggeber.

Dabei wurde ein Methodenmix realisiert:

- Literatur- und Dokumentenanalyse, Erstellung einer ersten Liste von Struktur- und Prozessmerkmalen für GPZ basierend insbesondere auf der S3-Leitlinie und dem FACT-Manual;
- Interviews mit Schlüsselpersonen der GPZ-Modelle, vergleichende Beschreibung der realisierten Struktur- und Prozessmerkmale;
- Workshops mit Akteuren der GPZ-Modelle zu ausgewählten Themen;

- strukturierte Onlinebefragung von dreißig Stakeholdern zu 64 Struktur- und Prozessmerkmalen und Bewertung der Merkmale nach Wichtigkeit und Umsetzbarkeit;
- drei Workshops mit Psychiatrieerfahrenen und Angehörigen;
- Einbeziehung der Expertise von FACT-Niederlande, strukturierter Austausch mit Prof. Dr. Nils Mulder, Erasmus Medical College, Rotterdam,
- Reduzierung des Merkmalpools auf methodischer Basis, Operationalisierung und Skalierung der verbleibenden Merkmale.

Ergebnisse

Der Standard GPZ Niedersachsen liegt in Manualform vor und besteht aus zwei Teilen:

- Der Definition von GPZ in Niedersachsen und ihrer obligatorischen Merkmale, die mittels einer Checkliste mit zwölf binären Indikatoren (erfüllt/nicht erfüllt) operationalisiert ist. Ein Versorgungsangebot kann als GPZ gelten, wenn alle zwölf Indikatoren realisiert sind. Dies sollte schon zu Beginn oder sehr früh in der Entwicklung eines GPZ der Fall sein. Beispielitem:

»11. GPZ erbringen oder erschließen und koordinieren die erforderlichen Rehabilitations- und Teilhabeleistungen für ihre Klientinnen und Klienten«. Skalierung: »erfüllt/nicht erfüllt«.

- Einer Modelltreueskala GPZ (MTS-GPZ) mit 45 Indikatoren in neun Dimensionen:
 - Kernaufgaben (9 Items)
 - Organisation (8)
 - Aufnahmen/Entlassungen (10)
 - Umgang mit Krisen (3)
 - Kooperation mit Klinik(en) (4)
 - Qualifikation/Qualifizierung (5)
 - Kooperation/Koordination (4)
 - Dokumentation (2)

Beispielitem aus der Dimension Aufnahmen/Entlassungen:

1.1 Kernaufgaben: GPZ verknüpfen folgende sieben Basisfunktionen: – Beratung/Information – Assessment/Diagnostik – Casemanagement – Genesungs-, Reha- und Teilhabeplanung – multiprofessionelle und mobile Behandlung – Krisenintervention – Psychotherapie. Die GPZ stellen sicher, dass die genannten Funktionen jederzeit bedarfsgerecht erbracht werden, müssen jedoch nicht jede Funktion selbst erfüllen, sondern können auch auf Kooperationspartner zurückgreifen (z. B. Krisendienst, Assistenzdienste, Haus- oder Fachärztinnen/-ärzte). Skalierung: ≤ 3, 4, 5, 6, 7 Funktionen.

Alle Items der MTS-GPZ sind mittels objektiver Daten operationalisiert und skaliert. Dabei handelt es sich entweder um vorhandene bzw. unaufwendig zu erhebende Routedaten (24 Items) oder um klientenbezogene Daten, die eine digitalisierte Falldokumentation voraussetzen (21 Items). Die Einschätzung der Modelltreue erfolgt nicht binär, sondern graduell: Der Umsetzungsgrad der 45 Indikatoren ist im Fünf-Punkte-Likert-Format abgestuft. Dabei wird jeder Indikator zunächst in einem Aussagesatz beschrieben und zusätzlich erläutert. Dann wird die Operationalisierung angegeben, jeweils zusammen mit dem Betrachtungszeitraum bzw. -punkt sowie der Fünf-Punkte-Skala. Der Skalengesamtwert kann zwischen 45 und 225 variieren.

Es ist nicht davon auszugehen, dass GPZ in einem frühen Stadium ihrer Entwicklung bereits hohe Skalenwerte realisieren. Anzustreben ist jedoch, dass GPZ zielgerichtete Organisationsentwicklungsprozesse initiieren, um nach und nach höhere Skalenwerte zu erreichen. Die Evaluation mittels der MTS-GPZ kann auf unterschiedliche Weise erfolgen: in Form einer Selbsteinschätzung durch das jeweilige GPZ-Team, in Form einer Fremdeinschätzung durch eine Arbeitsgruppe aus Mitgliedern mehrerer GPZ-Teams (Peer-Review), in Form der Fremdeinschätzung im Rahmen eines Zertifizierungsverfahrens durch eine Agentur (siehe dazu www.ccaf.nl). In jedem Fall sollten Expertinnen und Experten aus Erfahrung an der Evaluation beteiligt sein.

Das Manual des GPZ-Standards steht als Download frei zur Verfügung: https://www.ms.niedersachsen.de/download/180497/Manual_GPZ_Niedersachsen.pdf
Zu Einzelheiten des methodischen Vorgehens und der Ergebnisse siehe Wienberg u. a. (2022).

Fazit

Gemeinde- oder auch Sozialpsychiatrische Zentren sollen die psychiatrischen Kernleistungen für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen unter einem gemeinsamen organisatorischen Dach bündeln. Dazu gehören Assistenzleistungen, insbesondere zum selbstbestimmten Wohnen, und andere Leistungen zur sozialen Teilhabe. Organisation und Arbeitsweise von Diensten dieser Art werden jedoch recht unterschiedlich beschrieben. Dabei stehen zumeist institutionelle Aspekte im Vordergrund und es wird nicht hinreichend definiert, welche Behandlungs- und Unterstützungsfunktionen auf welche Weise auf welchem Niveau realisiert werden (sollen). So bleibt unklar, inwieweit diese Versorgungsangebote den Merkmalen evidenzbasierter Modelle von GT entsprechen. Der niedersächsische Standard GPZ definiert die Struktur- und Prozessmerkmale von GPZ und ermöglicht es so, deren Umsetzung anhand von objektivierten und skalierten Kriterien zu überprüfen.

Dabei wurde in dem für Niedersachsen auf der Basis der dortigen Modellprojekte entwickelten GPZ-Standard die »Erbringung und Erschließung der erforderlichen Re-

habilitations- und Teilhabeleistungen« in die GPZ-Definition eingeschlossen. Bei den Kernaufgaben wird die Assistenz zwar nicht eigens erwähnt, in der Erläuterung wird jedoch auf Assistenzdienste als Kooperationspartner zur Erfüllung der Kernaufgaben hingewiesen. Der Umstand, dass die Assistenz im niedersächsischen GPZ-Standard nicht »auf Augenhöhe« mit der Behandlung erscheint, dürfte im Wesentlichen dadurch begründet sein, dass die Initiatoren und tragenden Säulen der drei Modellprojekte eine Klinik mit Ambulanz, ein Medizinisches Versorgungszentrum und ein Sozialpsychiatrischer Dienst waren. In allen drei Fällen waren Anbieter von Assistenzleistungen aber über Kooperationsverträge eingebunden. Die praktische, auch persönliche Zusammenarbeit der Partner wurde jedoch durch die Auswirkungen der Coronapandemie erheblich beeinträchtigt.

Der niedersächsische Standard bietet sowohl eine Grundlage für die Implementierung entsprechender Versorgungsmodelle als auch für deren Evaluation und Organisationsentwicklung. Die Entwicklung erfolgte unter Beteiligung der niedersächsischen GPZ-Modellprojekte während deren Aufbauphase. Obwohl diese durch die Coronapandemie erheblich beeinträchtigt wurde, sind die bisherigen Rückmeldungen zum GPZ-Standard aus der Praxis durchweg positiv.

Die wichtigste Limitation des beschriebenen Vorgehens besteht darin, dass der Standard bisher nicht in der Praxis angewendet und erprobt wurde. Er ist somit nicht als fixe Vorgabe zu verstehen, sondern als offenes Entwicklungsmodell. Checkliste und MTS sollen praktisch erprobt und auf der Basis der dabei gemachten Erfahrungen und erzielten Ergebnisse weiterentwickelt werden. Dabei ist nicht auszuschließen, dass mit zunehmender Verbreitung von GPZ bestimmte Indikatoren obsolet werden, weil sie nicht mehr differenzieren. Dafür könnten andere, komplexere Indikatoren hinzukommen, die dann in eher diskursiven Prozessen mit den zu evaluierenden Teams erhoben werden. So wurde in den Niederlanden zehn Jahre nach dem ersten FACT-Manual ein neues Evaluationsmodell eingeführt (Westen u. a. 2019; 2021). In weiteren Schritten sollten Checkliste und MTS in bestehenden GPZ oder vergleichbaren Diensten angewendet werden, die psychometrischen Eigenschaften der MTS erhoben sowie überprüft werden, inwieweit die Skalenwerte zur Vorhersage der Ergebnisqualität von GPZ geeignet sind.

Literatur

- Bond, G., Drake, R. (2020): Assessing the fidelity of Evidence Based Practice: history and current status of a standardized measurement methodology. *Administration and Policy in Mental Health*, 47 (6), 874–884.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.) (2019): S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2016): Landespsychiatrieplan. www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitspsychiatrie_und_psychologische_hilfen/landespsychiatrieplan-niedersachsen-162374.html (20.04.2024).
- Steinhart, I., Wienberg, G. (Hg.) (2017): Rundum ambulant – Funktionales Basismodell psychiatrischer Versorgung in der Gemeinde. Köln: Psychiatrie Verlag.
- van Veldhuizen, J. R., Bähler, M. (2013): Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT) – Manual mit FACT-Qualitätssicherungsskala. Groningen. Deutsche Übersetzung von Kraft, A., Wüstner, A., Lambert, M., UKE Hamburg. www.dvvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/Materialien/FACT_Manual_und_QM-Skala_deutsch.pdf (20.04.2024).
- Westen, K., van Vugt, M., Bähler, M., Delespaul, P. H., Kroon, H. (2019): Development of the renewed Flexible ACT scale: F-ACT fidelity 2017. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61 (2), 97–103.
- Westen K., van Vugt, M., Bähler, M., Delespaul, P. H., Kroon, H. (2021): Flexible ACT Werkboek & FACT-Schaal 2017. Utrecht: CCAF.
- Wienberg, G., Ostermann, J., Myszor, F., Steinhart, I. (2022): Standards, Implementierung und Evaluation von Gemeindepsychiatrischen Zentren in Niedersachsen – Projekt SIE_GPZ. Abschlussbericht. www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheitspflege/gesundheitspsychiatrie_und_psychologische_hilfen/landespsychiatrieplan-niedersachsen-162374.html. (23.10.2023)
- Wienberg, G., Steinhart, I. (2020): Das Funktionale Basismodell der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen – ein Update. *Psychiatrische Praxis*, 47, 9–15.

Qualitätskriterien für selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung

Die »Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)«¹

Günther Wienberg, Dirk Richter, Franziska Myszor, Ingmar Steinhart

Gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe bedeutet im Rahmen der Wohnunterstützung, dass Leistungsberechtigte wohnen können, wo und mit wem sie es wünschen, und dabei über Art und Umfang der Unterstützung mitentscheiden. Angebote der Wohnunterstützung sollten sich daran messen lassen können, inwieweit sie diese Anforderung erfüllen. Dazu bedarf es quantifizier- und skalierbarer Kriterien der Struktur- und Prozessqualität, die bisher im deutschsprachigen Raum fehlen. Auf der Basis von Vorarbeiten im Rahmen des nordamerikanischen Housing First-Konzepts wurde im Projekt WiEWohnen NRW die »Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen« entwickelt und erprobt.

Die Herausforderung

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) schreibt das Recht auf volle wirksame und gleichberechtigte Teilhabe fest. Dazu gehört, dass »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« (UN-BRK Art. 19). Mit dem Gesetz zur Stärkung von Teilhabe und Selbstbestimmung (BTHG) ist es in Deutschland erkennbar gelungen, den Geist der UN-BRK in ein neues Leistungsrecht für Menschen mit Behinderungen umzusetzen. Als Ziel der Leistungen legt das BTHG fest:

»Leistungen zur Sozialen Teilhabe werden erbracht, um eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern

¹ Eine kürzere Fassung dieses Artikels ist 2021 erschienen in Kerbe, 39 (4), 27–29.

[...]. 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).

Und:

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

Diese Bestimmungen tragen einerseits der schon seit den 1990er-Jahren laufenden »Ambulantisierung« der Wohnunterstützung Rechnung: Aktuell leben mehr als 70 % aller Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen, die Wohnunterstützungsleistungen im Rahmen der Assistenz nach § 78 SGB V erhalten, in der eigenen Wohnung (BAGüS 2023). Andererseits geben sie einen starken Impuls in Richtung eines wirklichen Paradigmenwechsels hin zum selbstbestimmten Wohnen mit Unterstützung. Dieser Wandel entspricht den Präferenzen der Nutzenden, von denen mehr als 80 % nicht in einem institutionellen Setting unterstützt werden wollen (Richter & Hoffmann 2017).

Angesichts der in den letzten Jahrzehnten in Deutschland zu verzeichnenden Dynamik der Leistungsentwicklung mit einer erheblichen Steigerung der Fallzahlen und der Kosten insbesondere der Unterstützung in der eigenen Wohnung (vergleiche Wienberg in diesem Band), ist es erstaunlich, dass es im deutschsprachigen Raum bisher fast keine methodisch fundierten Studien zur Wirksamkeit und damit zur Ergebnisqualität der Wohnunterstützung gibt. Die Gründe dafür sind vor allem methodischer Art (vgl. Wienberg & Richter in diesem Band). Aber nicht nur im Hinblick auf die Wirksamkeit gibt es erhebliche Forschungsdefizite: Es mangelt auch an Transparenz der Inhalte und Leistungen der Wohnunterstützung. Zwar enthalten die Landesrahmenverträge nach § 131 SGB IX und die darauf bezogenen Leistungsvereinbarungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern sämtlich Aussagen zum Inhalt und zur Qualität der Leistungen. Diese wären auch ganz überwiegend einer operationalisierten Erfassung und Skalierung zugänglich, entsprechende Instrumente und Verfahren fehlen jedoch. So gleicht die Wohnunterstützung nach wie vor einer Blackbox ohne mess- und skalierbare Kriterien, nach denen festgestellt werden kann, ob bzw. in welchem Ausmaß »selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung« vorliegt. Wenn es aber nicht möglich ist, die Qualität von Wohnunterstützungsangeboten mittels messbarer Indikatoren der Prozess- und Strukturqualität festzustellen, so ist dies auch für die Wirksamkeitsforschung ein Problem. Denn ein wichtiges Ziel dieser Forschung müsste sein, Prädiktoren der Ergebnisqualität zu ermitteln, also Strukturen und Prozesse, die mit einer guten Wirksamkeit der Wohnunterstützung im Zusammenhang stehen.

Ein weiteres Desiderat in der Forschung zur Wohnunterstützung im Rahmen der psychiatrischen Versorgung ist die Entwicklung von Kriterien, die dazu beitragen können, Wohnsettings voneinander zu unterscheiden. Was also ist, zum Beispiel, der Unterschied zwischen Wohngemeinschaften, die von psychiatrischen Versorgungsanbietern untervermietet werden, und Wohngemeinschaften, die von den nutzenden Personen selbst angemietet werden und in denen sie von psychiatrischen Professionellen unterstützt

werden? Und ist es besser, Mitarbeitende immer vor Ort zu haben oder diese nach Bedarf zur Unterstützung heranzuziehen?

Die Forschung zur Wohnunterstützung ist darauf angewiesen, distinkte Merkmale heranzuziehen, um auf nationaler oder internationaler Ebene gleiche oder unterschiedliche Wohnstrukturen zu identifizieren. Eine erste Taxonomie, die auf die Personengruppe von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen außerhalb der Obdachlosigkeit angewendet werden konnte, wurde von McPherson u. a. (2018) entwickelt. Allerdings ist diese Taxonomie primär auf britische Verhältnisse ausgerichtet, für den deutschsprachigen Raum sind sie nicht sonderlich passend.

Im Rahmen des Projekts »Wirkungen der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen (WiEWohnen NRW«, Wienberg & Steinhart 2021) bestand ein Teilziel deshalb darin, die Struktur- und Prozessqualität von Leistungen der Wohnunterstützung auf Grundlage des Paradigmas des Selbstbestimmten Wohnens mess- und skalierbar zu definieren. Ausgangspunkt der Entwicklung war die inhaltliche Festlegung auf das Modell des »Selbstbestimmten Wohnens mit Unterstützung«. Die S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« (DGPPN 2019) hat die verfügbare wissenschaftliche Evidenz dazu aufbereitet und in entsprechende Empfehlungen umgesetzt (siehe dort, Empfehlungen 16 und 17).

Zur Überprüfung der Modelltreue von Versorgungsprogrammen werden auch in der psychiatrischen Versorgungsforschung sogenannte Modelltreueskalen entwickelt. Modelltreueskalen stammen ursprünglich aus der Psychotherapieforschung. Sie werden angewendet, um sicherzustellen, dass eine definierte und in der Regel manualisierte Therapieform so umgesetzt wird, wie sie geplant war. In der psychiatrischen Versorgungsforschung ist Modelltreue definiert als »the degree to which a program implementing an Evidenced Based Practice adheres to specific model standards« und »fidelity measures are tools to assess the adequacy of implementation of an Evidence Based Practice« (Bond & Drake 2020, S. 874). Es gibt die im Englischen »fidelity scales« genannten Instrumente beispielsweise für das Supported Employment (Bond u. a. 2012) oder für das Assertive Community Treatment (McHugo u. a. 1999). In beiden Fällen gibt es empirische Belege für einen positiven Zusammenhang zwischen Ausmaß der Modelltreue und Wirksamkeit dieser Interventionen.

Das erste standardisierte Instrument zur Qualitätsmessung von Angeboten der Wohnunterstützung für psychisch kranke Menschen haben Killaspy u. a. (2016) in England entwickelt, den »Quality Indicator for Rehabilitative Care – Supported Accommodation« (Quirc-SA, Killaspy u. a. 2016). Die Skala diskriminiert gut zwischen verschiedenen Settings der Wohnunterstützung, wobei »supported housing« in der Regel bessere Werte aufweist als »residential care«. Es gibt auch erste Belege für Zusammenhänge zwischen Skalenwerten und Indikatoren der Ergebnisqualität (vgl. Steinhart und Wienberg 2021, A.2.5). Die Quirc-SA ist jedoch mit 143 Items sehr umfangreich und umfasst zu mehr als zwei Dritteln Items, die sich auf infrastrukturelle Merkmale

des Wohnsettings beziehen. Außerdem basiert sie nicht auf einem expliziten Modell oder Paradigma »guter« Wohnunterstützung.

Die Entwicklung der »Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen« (MSSW)

Die Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Wohnunterstützung basieren überwiegend auf der Evidenz aus Studien zu Programmen nach dem Housing First-Modell. Diese wurden in Nordamerika für obdachlose Menschen entwickelt, von denen ein hoher Anteil schwere psychische Störungen aufweist (Brown u. a. 2018; Goering u. a. 2016; Stefancic u. a. 2013). Im Rahmen von Housing First-Programmen wurden eine Reihe von Modelltreueskalen entwickelt. Relativ gut untersuchte Skalen sind:

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

Der Aufbau dieser Skalen ist ähnlich: Je Item wird eine Mehrpunkteskala definiert (mit vier oder fünf Ausprägungen), wobei der eine Endpunkt das angestrebte Optimum der Modelltreue beschreibt bzw. operationalisiert und die Abstufungen mehr oder weniger große Abweichungen von diesem Optimum darstellen. Die Punktwerte können je Subskala und für die gesamte Skala aufsummiert werden.

Eine multiprofessionelle Arbeitsgruppe von WiEWohnen NRW in Zusammenarbeit mit dem WiEWohnen-Schwesterprojekt in der Schweiz hat diese Skalen gesichtet, systematisch ausgewertet und auf dieser Grundlage einen ersten Entwurf für eine deutschsprachige »Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung« erarbeitet, die es erlauben soll, verschiedene Wohnunterstützungssettings und -angebote vergleichend zu beschreiben.

Die 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 Skalenentwurf mit Erläuterungen zu Hintergrund, Aufbau und Bearbeitung der Skala. Es gingen Rückmeldungen von elf 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 Fokusgruppeninterviews

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 Unterstützungsteams. Insgesamt nahmen 27 Personen (zwölf weiblich, 15 männlich) im Alter zwischen 18 und 60 Jahren an den Gruppen teil. Davon erhielten 16 ambulante, fünf intensiv-ambulante und sechs 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 Flipcharts festgehalten und der Gesprächsverlauf wurde in einem zusammenfassenden Verfahren nach Mayring (2005, S. 427) protokolliert. Nach der dritten Gruppe lag eine theoretische Sättigung der Ergebnisse vor.

Die Auswertungen von Expertinnen- und Expertenbefragung 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«). Die aktuelle Fassung enthält 31 Items zu vier Themenbereichen:

- Wohnbedingungen (6 Items),
- Mitarbeitende/Teams (4 Items),
- Unterstützungsbedingungen (15 Items) und
- Inklusionsbedingungen (6 Items).

Anders als bei anderen Modelltreueskalen sind die Items endpunktbenannt. Diese Form der Skalierung wurde genutzt, um den befragten Personen zum einen eine gewisse Flexibilität im Rating zu geben und es zum anderen zu ermöglichen, unterschiedliche sozialrechtliche Verhältnisse abzubilden. Die Endpunkte bezeichnen jeweils ein Optimum und ein Pessimum. Beispiel: »Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Wohnraums«, Optimum (trifft voll zu): »Nutzende haben volle Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Wohnraums«, Pessimum (trifft gar nicht zu): »Nutzende haben keinerlei Wahlfreiheit bei der Gestaltung des Wohnraums«. Die 31 Items sind im Fünf-Punkte-Likert-Format skaliert, aufsummiert können maximal 155 Punkte erreicht werden.

Ergebnisse einer Pilotstudie

Die Skala wurde in 75 Settings der Wohnunterstützung in Westfalen und zwölf in der Schweiz auf Basis telefonischer Interviews der zuständigen Leitungspersonen angewendet. In 33 Fällen handelte es sich um Unterstützung in besonderen Wohnformen (UBW) und in 54 um Unterstützung in der eigenen Wohnung (UEW). Die Interviews wurden von einer erfahrenen Fachkraft durchgeführt, den Interviewten lag dabei eine schriftliche Fassung der Skala vor. Jedes Item wurde von Interviewerin und Interviewten durchgesprochen, im Anschluss daran erfolgte das jeweilige Rating durch die Interviewerin. Die Interviews dauerten zwischen fünfzig und siebzig Minuten.

Der Summenwert für die UBW-Settings (Mittelwert 124,6, Median 125) war niedriger als in den UEW-Settings (Mittelwert 128,8, Median 130). Diese Differenz ist statistisch signifikant. Der Vergleich der Subskalen ergab, dass die UEW-Angebote nur bei den Wohn- und den Inklusionsbedingungen signifikant bessere Werte aufwiesen als die UBW-Angebote, keine Unterschiede gab es hingegen bei Mitarbeitenden bzw. Teams und Unterstützungsbedingungen (zu einer ausführlicheren Darstellung der Ergebnisse siehe Richter u. a. 2021).

Dieses Ergebnis überrascht nicht: Wohnen in der eigenen Häuslichkeit eröffnet mehr Wahloptionen und mehr Inklusionschancen als das Leben in einem institutionellen Setting. Auf der anderen Seite steht die höhere Unterstützungssicherheit in den besonderen Wohnformen, die ja zumeist rund um die Uhr gegeben ist. Hier haben aufsuchende Dienste sehr oft noch Nachholbedarf. Deutlich wurde auch, dass bei den Mitarbeitenden in beiden Settings Entwicklungsbedarf besteht. Dies betrifft insbesondere die Einbeziehung von Expertinnen und Experten aus Erfahrung und Basisqualifikationen wie Deeskalation und Motivierende Gesprächsführung.

Fazit

Insgesamt zeigt sich, dass eine vergleichende Beschreibung und Skalierung von Wohnunterstützungsangeboten auf der Grundlage des Paradigmas »Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung« auch im deutschsprachigen Raum möglich ist. Mit Mittelwerten von 4,0 im UEW und 4,2 im UBW auf der Fünf-Punkte-Skala war die Modelltreue insgesamt hoch. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die entsprechenden Ratings auf Telefoninterviews basieren. Skalen wie die MSSW bieten jedoch die Chance, die Evaluation der Modelltreue von Angeboten der Wohnunterstützung im Sinne des o. g. Paradigmas auf eine breitere, empirische Basis zu stellen. Sie können z. B. genutzt werden

- als Instrument zur Selbstevaluation von Teams,
- als Mittel zur Evaluation vor Ort durch Fachkolleginnen und -kollegen sowie Expertinnen und Experten aus Erfahrung (Peer-Reviews),

- von Zertifizierungsinstanzen und,
- darauf aufbauend, zur Entwicklung von Qualifizierungsstrategien für Mitarbeitende und Teams.

Die MSSW bedarf weiterer Erprobung und vor allem der Überprüfung ihrer Reliabilität und Validität. Die Skala steht einschließlich der Materialien allen Interessierten zur Verfügung: <http://osf.io/ztj6d/>

Literatur

- Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGüS) (2023): Kennzahlenvergleiche Eingliederungshilfe 2011.
www.bagues.de/veroeffentlichungen/kennzahlenvergleiche
- Bond, G., Drake, R. (2020): Assessing the fidelity of Evidence-Based Practices: History and current status of a standardized measurement methodology. *Administration and Policy in Mental Health*, 47 (6), 874–884. DOI: 10.1007/s10488-019-00991-6
- Bond, G., Peterson, A., Becker, D., Drake, R. E. (2012): Validation of the revised Individual Placement and Support Fidelity Scale (IPS-25). *Psychiatric Services*, 63 (8), 758–763. DOI: 10.1176/appi.ps.201100476
- Brown, M., Rowe, M., Cunningham, A., Ponce, A. N. (2018): Evaluation of a comprehensive SAMHSA Service program for individuals experiencing chronic homelessness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 45 (4), 605–613. DOI: 10.1007/s11414-018-9589-8
- Clark, C., Young, M. S., Moody, S. R. (2012): Housing and Housing Services Program Measure – Veterans Version (HHSPM-V). *Mental Health Law & Policy Faculty Publications*, 865. scholarcommons.usf.edu/mhlp_facpub/865
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.) (2019). S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen«, 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Goering, P., Veldhuizen, S., Nelson, G. B., Stefancic, A., Tsemberis, S., Adair, C. E., Distasio, J., Aubry, T., Stergiopoulos, V., Streiner, D. L. (2016): Further validation of the Pathways Housing First Fidelity Scale. *Psychiatric Services*, 67 (1), 111–114
- Killaspy, H., White, S., Dowling, S., Krotofil, J., MacPherson, P., Sandhu, S., Arbuthnott, M., Curtis, S., Leavey, G., Priebe, S., Shepherd, G., King, M. (2016): Adaptation of the Quality Indicator for Rehabilitative Care (QuIRC) for use in mental health supported accommodation services (QuIRC-SA). *BMC Psychiatry*, 16, 101. DOI: 10.1186/s12888-016-0799-4
- McPherson, P., Krotofil, J., Killaspy, H. (2018): What Works? Toward a new classification system for mental health supported accommodation services: The Simple Taxonomy for Supported Accommodation (STAX-SA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (2), 190. DOI: 10.3390/ijerph15020190
- Mayring P. (2005): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U., von Kardorff, E., Streinke, I. (Hg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 4. Aufl., S. 468-475. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

- McHugo, G., Drake, R., Teague, G., Xie, H. (1999): Fidelity to Assertive Community Treatment and client outcomes in the New Hampshire Dual Disorders Study. *Psychiatric Services*, 50 (6), 818–824. DOI: 10.1176/ps.50.6.818
- Richter, D., Adamus, C., Mötteli, S., Myszor, F., Wienberg, G., Steinhart, I. (2021): Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung – Entwicklung und Überprüfung der »Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)« für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. *Psychiatrische Praxis*, 49 (2), 103–106. DOI: 10.1055/a-1509-4666
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017): Preference of independent housing of persons with mental disorders: Systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health*, 44 (6), 817–823. DOI: 10.1007/s10488-017-0791-4
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2010): Permanent Supportive Housing Evidence-Based Practices (EBP KIT). store.samhsa.gov/product/Permanent-Supportive-Housing-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA10-4509
- Stefancic, A., Tsemberis, S., Messeri, P., Drake, R., Goering, P. (2013): The Pathways Housing First Fidelity Scale for individuals with psychiatric disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16 (4), 240–261. DOI: 10.1080/15487768.2013.847741
- Wienberg, G., Steinhart, I. (2021): Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen – Projekt WiEWohnen NRW. Abschlussbericht. Bielefeld: Von Bodelschwingsche Stiftungen Bethel. <http://wiewohnen.de/>

Die Wirksamkeit von Wohninterventionen im Kontext der psychiatrischen Versorgung

Gibt es einen methodischen State of the Art?

Dirk Richter, Matthias Jäger, Sonja Mötteli, Christine Adamus

Wie aus den vorstehenden Beiträgen immer wieder ersichtlich, mangelt es an etablierten Forschungsstandards im Bereich der Wohnforschung. Viele der wenigen, gerade der aus dem internationalen Raum stammenden, Ansätze beziehen sich eher auf die Forschung mit von Obdachlosigkeit betroffenen psychisch erkrankten Personen, nicht aber solchen, die psychisch erkrankt, aber nicht wohnungslos sind. Dieser abschließende Beitrag gibt einen Überblick über die methodischen Herausforderungen, die Forschenden bei Studien im Zusammenhang mit Wohnsettings für Menschen mit psychischen Problemen begegnen.

Psychiatrische Wohnforschung und ihre Herausforderungen

Psychiatrische Wohnforschung ist ein relativ junger Forschungsbereich. Die ersten bedeutsamen Studien wurden während der Deinstitutionalisierung der psychiatrischen Versorgung in den 1980er- und 1990er-Jahren durchgeführt (Kaiser u. a. 2001). Trotz der erheblichen Auswirkungen auf das Leben der betroffenen Personen und der finanziellen Relevanz für die Sozialversicherungen mangelte es bis vor Kurzem an guten Studien, die die Wirkung verschiedener Wohnformen untersuchen. Im deutschsprachigen Raum sind bis zu den WiEWohnen-Projekten nahezu ausschließlich Querschnittsstudien durchgeführt worden, die zwar Probleme benennen, aber keine kausalen Zusammenhänge aufklären konnten (Kallert u. a. 2007; Richter 2010).

Auch international spielte die Wohnforschung im Rahmen der psychiatrischen Versorgung lediglich eine marginale Rolle, die sich allerdings in den letzten Jahren deutlich vergrößert hat. Während noch vor einigen Jahren Cochrane-Reviews zum Thema Wohnen vermelden mussten, dass aufgrund unzureichender Studienlage keine Empfehlungen möglich waren (Chilvers u. a. 2006), hat sich dies in den letzten Jahren sehr

zum Besseren verändert. Die deutliche Zunahme von Forschungspublikationen zum Wohnen für Menschen in Obdachlosigkeit (»Housing First«) erzeugte neue Chancen für Metastudien, wie sie etwa systematische Übersichten und Metaanalysen darstellen und wie sie gerade in jüngster Zeit verschiedentlich veröffentlicht wurden (Richter & Hoffmann 2017c).

Allerdings sind Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind, und Menschen, die einen Unterstützungsbedarf beim Wohnen haben, ohne dass sie direkt von Obdachlosigkeit betroffen sind, nicht direkt vergleichbar. Obwohl viele Gemeinsamkeiten in der Wohnrehabilitation beider Gruppen bestehen, hat sich die Forschung in den letzten Jahren primär mit Menschen in Obdachlosigkeit beschäftigt und hier im Zusammenhang mit dem Housing First-Ansatz in Nordamerika zahlreiche gute Studien hervorgebracht (Aubry u. a. 2016; Tsemberis u. a. 2004). Mit Housing First ist im Allgemeinen gemeint, dass obdachlose Personen mit und ohne psychische Störungen ohne Auflagen und Vorbehandlungen direkt von der Straße oder Notschlafstellen eine eigene Wohnung erhalten – und dort nach Bedarf und eigener Präferenz von Fachpersonen unterstützt werden. Dieses Verfahren steht in einem erheblichen Gegensatz zur bisherigen Praxis der Wohnversorgung. Lange Zeit ging man – auch im deutschsprachigen Raum (Ciompi 1988) – davon aus, dass die Rehabilitation von Menschen mit schweren Beeinträchtigungen am besten funktioniert, wenn eine Stufenleiter durchlaufen wird, die ihnen hilft, mit den Anforderungen der sozialen Umwelt besser zurechtzukommen. Das bedeutete etwa, dass suchtkranke Klientinnen und Klienten vor der Aufnahme in ein Wohnprogramm erfolgreich eine abstinentorientierte Therapie absolvieren mussten. Daran schlossen sich häufig jahrelange Aufenthalte in Wohnheimen und anderen Settings an, bevor am Ende dann die eigene Wohnung in Aussicht gestellt wurde.

Die Abbruchrate in diesen Stufenleiterprogrammen war – wie zu erwarten – hoch und nur wenige Personen erreichten tatsächlich das Ziel der eigenen Wohnung. Housing First versucht nun, aus der Not eine Tugend zu machen, und platziert die Menschen aus der Zielgruppe direkt in einer eigenen Wohnung, um sie dort anschließend professionell zu unterstützen. Ganz ähnlich wie bei der Arbeitsrehabilitation, wo sich der Ansatz »erst platzieren – dann trainieren« durchgesetzt hat, wird im Rahmen von Housing First versucht, dem Ziel der »unterstützten Inklusion« zu folgen (Richter u. a. 2016). Nicht ganz überraschend zeigt sich auch beim Wohnen eine Überlegenheit dieses Ansatzes gegenüber Heimeinrichtungen bzw. gegenüber dem Stufenleiterprinzip.

Verschiedene systematische Übersichtsarbeiten über die Umsetzung des Housing First-Prinzips des unabhängigen Wohnens mit Unterstützung durch Fachpersonen stellten Vorteile gegenüber restriktiveren Settings fest (Baxter u. a. 2019; Gühne u. a. 2017; McPherson u. a. 2018a; Richter, Hoffmann 2017a). Dies galt insbesondere für die Domäne Wohnstabilität. Effekte in der sozialen Integration, psychischen und körperlichen Gesundheit sowie für die subjektive Bewertung des Unterstützungsangebots wurden teilweise auch als vorteilhaft befunden. Bei den Gesamtkosten waren die Unterschiede nicht so deutlich.

In Westeuropa stellt sich die Problemlage etwas anders dar als in Nordamerika, wo Obdachlosigkeit besonders ausgeprägt ist. Zwar leben auch hier Menschen mit psychischen Störungen auf der Straße oder in Notunterkünften, allerdings ist die Problematik quantitativ deutlich geringer ausgeprägt, das Angebot zur Nachbetreuung und Rehabilitation ist in der Regel besser und erreicht auch mehr Personen. Dies bedeutet freilich nicht, dass kein Handlungsbedarf bestünde und Angebote wie Housing First hierzulande nicht angezeigt wären. Deutschland hat tatsächlich ein erhebliches Problem mit Obdachlosigkeit (Busch-Geertsema 2023). In der Schweiz jedoch ist dies vergleichsweise gering ausgeprägt (Dittmann u. a. 2022). Gleichwohl haben sich auch in der Schweiz erste Housing-first-Initiativen gebildet (Fabian u. a. 2020).

Es ist jedoch nicht nur der geografische und quantitative Unterschied, der die Thematik der Obdachlosigkeit nicht ohne Weiteres auf die Problematik des Wohnens für Menschen mit psychischen Problemen übertragen lässt. Nicht alle Menschen, die von Obdachlosigkeit betroffen sind, haben psychische Probleme in dem Sinne, dass sie von Fachpersonen begleitet oder betreut werden müssen. Zwar ist die Lebenszeitprävalenz ausgeprägter psychischer Probleme recht hoch, eine Minderheit von Menschen in Obdachlosigkeit ist jedoch psychisch stabil (Kushel & Moore 2023). Zudem vereinfacht eine vorhandene Wohnmöglichkeit die Begleitung von Menschen in einer schwierigen psychosozialen Situation.

Die durch das WiEWohnen-Konsortium zu beantwortenden Fragen beziehen sich daher auf Menschen, die nicht in Obdachlosigkeit leben. Diese Zielgruppe ohne direktes Risiko der Obdachlosigkeit erfährt erst seit Kurzem die entsprechende wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf einem hohen methodischen Niveau.

Was sind Merkmale von Wohnsettings und wie können sie bestimmt werden?

Um anspruchsvolle Studien zum Wohnen von Menschen mit psychischen Problemen durchführen zu können, ist es von Vorteil, über eine plausible Terminologie und eindeutige und allgemein anerkannte Kriterien zur Unterscheidung von Wohnsettings zu verfügen. In der psychiatrischen Wohnforschung beginnen die methodischen Herausforderungen jedoch bereits damit, dass es weder im deutschsprachigen Raum noch international eine Taxonomie der Wohnsettings bzw. der Wohninterventionen gibt. In der Regel orientieren sich die Begrifflichkeiten an sozialrechtlichen Bestimmungen, die aber bereits innerhalb eines Landes nicht immer einheitlich sind. Eine entsprechende rechtliche Expertise aus der Schweiz stellte beispielsweise unlängst Folgendes fest:

»Die Begriffe ›betreutes Wohnen‹ und ›begleitetes Wohnen‹ sind (...) rechtlich nicht gefestigt und werden je nach Gesetzes- und Verwendungszusammenhang unterschiedlich

benutzt. Teilweise werden die Begriffe synonym oder jedenfalls ohne rechtserheblichen Unterschied eingesetzt, teilweise bezeichnen sie unterschiedliche Wohnformen.» (Egli & Filippo 2021, S. 3)

In Deutschland existiert beispielsweise das »stationäre Einzelwohnen« als spezielle Form eines »Heimplatzes«, das aber gleichzeitig eine gewisse Nähe zu intensiven ambulant betreuten Wohnformen aufweist (Wienberg & Steinhart 2021, S. 80). Das stationäre dezentrale Wohnen kann jedoch auch in Wohngemeinschaften stattfinden. Was genau unterscheidet diese rechtliche Wohnform nun von anderen? Diese Beispiele machen deutlich: Eine Taxonomie der Settings ist für die Sicherstellung der Vergleichbarkeit bzw. des eindeutigen Unterschieds zwischen zwei Interventionsformen unabdingbar.

Anhand welcher Merkmale können Wohninterventionen grundsätzlich klassifiziert werden? Eine erste und daher einflussreiche Systematisierung aus den USA hat auf folgende Bereiche fokussiert: Dauer des Aufenthalts, Merkmale der Nutzenden (z. B. besondere Bedürfnisse), Wohnungsmerkmale (z. B. Wohngemeinschaft und Mietvertrag) und Unterstützungsangebot (z. B. Personal vor Ort und programmatische Ausrichtung) (Siskind u. a. 2013). Eine neuere britische Studie benennt die Themen Personalanwesenheit, Unterstützungsniveau, Wohnsetting als Übergang (Move-on) sowie die bauliche Struktur (Einzelwohnung oder Gruppenangebot) (McPherson u. a. 2018 b). Diese Merkmale werden dann jeweils Heimsettings, betreuten Gruppenangeboten oder unterstütztem Wohnen in der eigenen Wohnung und deren verschiedenen Varianten zugeordnet.

Im Bereich der Unterstützung von Menschen in Obdachlosigkeit haben sich hingegen sogenannte Fidelity-Skalen etablieren können. Fidelity-Skalen stammen ursprünglich aus der Psychotherapieforschung, wo sie die Funktion haben, die Modell- oder Theorie-treue einer Therapieform in ihrer Anwendung zu prüfen (Gearing u. a. 2011). Es geht bei Fidelity-Skalen mithin um die Formulierung eines idealen Standards, beispielsweise in Form von Housing First. Bei realen Wohnunterstützungsprogrammen wird dann geprüft, inwieweit dieser Standard tatsächlich umgesetzt und eingehalten wird (Gilmer u. a. 2013; Stefancic u. a. 2013).

Im Rahmen des WiEWohnen-Konsortiums sind wir erwartungsgemäß ebenfalls auf diese Problematik gestoßen. Anfänglich bestand die Idee, die amerikanische Housing First-Fidelity-Skala zu übersetzen und leicht auf die Verhältnisse im deutschsprachigen Raum anzupassen. Allerdings mussten wir feststellen, dass zum einen die Obdachlosigkeitsproblematik nicht so recht auf die Nutzenden der Wohneinrichtungen und Unterstützungsdienste in Deutschland und in der Schweiz passen würde und dass zum anderen die sozialrechtlichen Bedingungen in den Vereinigten Staaten grundsätzlich anders gestaltet sind als auf dem europäischen Kontinent.

Aus diesen Gründen haben wir uns dann entschieden, eine neue Fidelity-Skala zu entwickeln, deren Details im vorherigen Kapitel dieses Bandes zu finden sind (Richter u. a. 2022; Wienberg u. a. 2021). Es handelt sich um eine Modelltreueskala, die eine

ideale Beschreibung selbstbestimmten Wohnens enthält (Richter u. a. 2021). Gegen diese Idealbeschreibung könnten sich dann Unterstützungsdienste und Einrichtungen vergleichen.

Wohnpräferenzen

Die Frage der Wohnpräferenzen wird durch einen fundamentalen Wandel bezüglich der Wahlfreiheit von Menschen mit Behinderungen angestoßen, ausgelöst durch die Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen aus dem Jahre 2006. Kern der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) ist ein neues Verständnis von Behinderung, das weniger auf den Menschen mit Behinderung als Problem fokussiert, sondern vielmehr auf die soziale Umwelt, die den Menschen in seiner Teilhabe an der Gesellschaft behindert (United Nations 2006).

Im Zusammenhang mit dem Wohnen betont die UN-BRK die Wahlfreiheit der Menschen mit Behinderungen bezüglich des Settings, in dem sie leben und eventuell auch betreut werden wollen. In Artikel 19 der Konvention wird herausgestellt, 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«. Des Weiteren wird ebenfalls in Artikel 19 betont, dass »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 Gemeinschaft notwendig ist«. Das hier zur Sprache kommende Prinzip hat im deutschen Bundesteilhabegesetz seinen Niederschlag gefunden (siehe den einführenden Beitrag dieses Buches).

Das heißt, die Unterbringung in einer Sonderinstitution, wie sie etwa ein geschlossenes Wohnheim darstellt, dürfte gemäß der Konvention nur auf den Wunsch der betroffenen Person hin erfolgen. Zudem ist die soziale Umwelt so unterstützend zu gestalten, dass Inklusion und soziale Netzwerke gefördert werden. In der amerikanischen Rehabilitationstheorie sind ähnliche Prinzipien schon vor mehr als 25 Jahren unter dem Motto »choose – get – keep« formuliert worden (Farkas & Anthony 2010). Demnach soll die Person mit einer psychischen Behinderung ihre soziale Rolle auswählen, erhalten und behalten. Die Aufgabe von Fachpersonen in der Versorgung besteht darin, die Klientinnen und Klienten im Sinne eines Coachings zu unterstützen.

Die große Relevanz der eigenständigen Entscheide durch die Nutzenden wurde im Rahmen einer Metaanalyse vor einigen Jahren bestätigt. Diese Analyse zu Wohnpräferenzen von Klientinnen und Klienten schloss sowohl Studien ein, die Menschen in

Obdachlosigkeit befragten, wie auch Menschen mit psychischen Erkrankungen, die nicht obdachlos waren (Richter & Hoffmann 2017b). Im Ergebnis zeigte sich, dass hinsichtlich der Wohnpräferenzen keine Unterschiede zwischen den Gruppen vorhanden waren. Insgesamt gaben 84 % der befragten Personen an, unabhängig von Institutionen wohnen zu wollen.

Die Bedeutung der Wohnpräferenzen ist für ein Forschungsprojekt, das darauf abzielt, die Wirkung von Wohnsettings zu vergleichen, nicht zu unterschätzen. Präferenzprobleme gibt es jedoch nicht nur bei Fragestellungen der psychiatrischen Versorgung, vielmehr sind diese ein allgemeines Phänomen in der klinischen Forschung (Delevry & Le 2019). Präferenzen haben weitreichende Implikationen. So brechen Studienteilnehmende, die an ihrer präferierten Studienbedingung teilnehmen, deutlich seltener die Studie ab. Darüber hinaus sind sie motivierter, eigene Leistungen zu erbringen, die im Rahmen des Forschungsprojekts erbeten werden. Für unsere Fragestellung bedeutet dies: Wenn diese Präferenzen so stark ausgeprägt sind, sinkt die Bereitschaft potenzieller Teilnehmender, sich an der Studie zu beteiligen, wenn sie sich des Risikos gewiss werden, dass sie mit einer fünfzigprozentigen Wahrscheinlichkeit eher in einem Heimsetting leben sollen. Insofern besteht hier ein Selektionseffekt, der sich erheblich auf die Durchführbarkeit der Studien auswirken kann.

Es sind aber nicht nur die Präferenzen der Nutzenden, die hier ausschlaggebend sein können. Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie in Großbritannien wurde untersucht, wie viele nicht obdachlose Teilnehmende sich für ein RCT von Wohnsettings rekrutieren lassen. Von den mehr als 1400 angefragten Personen waren dies am Ende acht Teilnehmende (Killaspy u. a. 2019b). Neben den klaren Wohnpräferenzen der Teilnehmenden waren es jedoch auch die klaren Vorstellungen der Mitarbeitenden, dass bestimmte Teilnehmende bestimmte Wohnsettings »brauchen«, um sich von dort weiter in Richtung selbstständiges Wohnen zu bewegen. Diese aus der Rehabilitationsforschung bekannte und oben bereits angedeutete Stufenleitertheorie ist bei Mitarbeitenden weitverbreitet. Diese Theorie hat sich jedoch empirisch nicht bestätigen lassen – nur zu einem kleinen Teil werden die angestrebten Ziele tatsächlich erreicht (Killaspy u. a. 2019a; Richter 2010).

Der erwartbar starke Einfluss von Präferenzen für Wohnsettings wurde im Rahmen des WiEWohnen-Konsortiums dadurch berücksichtigt, dass verschiedene Wohnsettings und sozialrechtliche Umstände eingeschlossen worden sind. Zudem konnten Teilnehmende an der randomisiert kontrollierten Studie in Zürich gemäß ihren Präferenzen nach einem gewissen Zeitraum das Wohnsettings wechseln, wie weiter unten noch ausgeführt wird.

Welche Studiendesigns sind für die Wohnforschung geeignet?

Randomisierte kontrollierte Studien

Wissenschaftliche Evidenz ist bei der Ausgestaltung des Versorgungssystems für Menschen mit psychischen Problemen sowie der Implementierung neuer Interventionen von wesentlicher Bedeutung. Entscheidungsträger in der Versorgungsplanung nehmen u. a. auf evidenzbasierte Versorgungsleitlinien wie die S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN 2018) Bezug, um gezielt Behandlungs- und Versorgungsangebote zu fördern. Daher ist ein empirischer Nachweis der Wirksamkeit für neue (wie auch bestehende) psychosoziale Interventionen von höchster Bedeutung. Idealerweise stammen die empirischen Nachweise von methodisch sehr gut geplanten und durchgeführten Studien wie etwa randomisiert kontrollierten Studien (RCT). RCTs gelten als Goldstandard für die Durchführung klinischer Studien.

Das zentrale Merkmal von RCTs ist die zufällige Zuteilung der Studienteilnehmenden auf die Bedingungen, also auf die Interventionsgruppe und auf die Kontrollgruppe. Als Interventionsgruppe zählte in den WiEWohnen-Studien das Wohnen in der eigenen Wohnung und als Kontrollgruppe fungierten Heimsettings, an Unterstützungsdienste angeschlossene Wohnheime und andere herkömmliche Settings. Die Vorteile von RCTs liegen – aus methodisch-theoretischer Sicht – darin, dass sie Verzerrungen in der Zuteilung zu den Studienbedingungen minimieren bzw. idealerweise ausschließen und dass mit RCTs kausale Aussagen über die Wirkung von den Faktoren gemacht werden können, die die Studienbedingungen ausmachen.

Für unsere Fragestellung der Wirksamkeit von Wohnsettings sorgt ein RCT-Design dafür, dass die Unterschiede der Teilnehmenden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe minimal sind. Bei Studiendesigns, die nicht zufällig zuteilen, besteht ein großes Risiko, dass Studienteilnehmende aufgrund von Versorgungsstrukturen und Präferenzen von Unterstützungsmitarbeitenden oder eigenen Präferenzen bestimmte Wohnsettings eher in Anspruch nehmen als andere. Dies war in den WiEWohnen-Studien in Nordrhein-Westfalen (Dehn u. a. 2022) und in Bern (Adamus u. a. 2022a) auch der Fall. In den eher heimartigen Settings waren beispielsweise Menschen mit einer Psychose häufiger anzutreffen als in der eigenen Wohnung und umgekehrt waren Menschen mit einer affektiven Problematik eher in der eigenen Wohnung zu finden. In einer nicht randomisierten Studie hätte man mit dieser Konstellation das Problem, herauszufinden, ob etwaige Unterschiede in den Studienergebnissen auf das Setting oder auf die unterschiedlichen Teilnehmenden zurückzuführen sind. Sind jedoch die Merkmale der Teilnehmenden identisch, so sind Differenzen im Outcome durch das Setting bestimmt – also das, was man herausfinden möchte.

Diese Sachlage bedeutet jedoch keineswegs, randomisiert kontrollierte Studien seien ohne Probleme. Das Hauptproblem, das wir im RCT in Zürich erfahren haben, war die bereits angesprochene Präferenzproblematik (Mötteli u. a. 2021). In Zürich gab es zum Start der Studie keine ausreichenden Unterstützungsangebote für das Wohnen in der eigenen Wohnung. Das an der dortigen Psychiatrischen Universitätsklinik angesiedelte Wohncoachingangebot war noch in der Pilotphase und daher konnte der Zugang insofern gesteuert werden, als dies nur für Studienteilnehmende möglich war. Die Präferenzproblematik machte sich im Zürcher RCT dann insofern bemerkbar, als viele Teilnehmende in der Kontrollgruppe das Angebot wahrnahmen, nach einem Jahr in die Interventionsgruppe zu wechseln. Dieses Angebot wurde gemacht, um den gerade beschriebenen Effekt zu verhindern, dass die Teilnehmenden gar nicht an der Studie teilgenommen hätten. Die initial anvisierte Studiendauer von 24 Monaten konnte nur für wenige Teilnehmende in der Kontrollgruppe durchgehalten werden. Dies machte die statistischen Möglichkeiten nach 24 Monaten quasi zunichte.

Ein zweites Problem, das in gewisser Weise spezifisch für sozialpsychiatrische Fragestellungen ist, ist die Unmöglichkeit zur Verblindung von Teilnehmenden und Forschenden. In randomisierten Studien sollen idealerweise weder die Teilnehmenden noch die Forschenden wissen, zu welcher Studienbedingung die Personen zählen. Es besteht das Risiko, dass sowohl das Antwort- als auch das Analyse- und Interpretationsverhalten durch die fehlende Verblindung verzerrt werden. Die Verblindung kann bei pharmakologischen Studien beispielsweise recht gut umgesetzt werden, indem das Verum-Medikament genauso aussieht wie das Placebo und die Forschenden erst nach der letzten Datenerhebung erfahren, welche Teilnehmenden welchen Wirkstoff erhalten haben. Auch bei bestimmten nicht-pharmakologischen Interventionen in der Psychiatrie kann dies in Grenzen umgesetzt werden, beispielsweise mit einer simulierten Psychotherapie (Boutron u. a. 2007). Für die Frage der Wirkung von Wohnsettings ist das selbstverständlich kaum möglich. Wenngleich für die Interviewführung eine Verblindung mit sehr großem Aufwand umsetzbar sein könnte, ist dies für die Teilnehmenden natürlich nicht möglich – sie wissen, in welchem Setting sie leben.

Ein drittes Problem bei vielen RCTs ist die fragliche Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Bedingungen außerhalb derjenigen, in der die Studie durchgeführt worden ist. RCTs weisen aufgrund ihrer Studienanlage eine hohe interne Validität auf. Die Ergebnisse gelten für den teilnehmenden Personenkreis auch in anderen Bereichen. Die besondere Schwierigkeit besteht darin, dass Teilnehmende bei RCTs oftmals bestimmten Voraussetzungen genügen müssen; so werden beispielsweise Menschen mit komorbiden psychischen Störungen dann ausgeschlossen, wenn die Wirksamkeit einer Intervention für definierte Störungsbilder untersucht werden soll. Die in einer solchen Studie gewonnenen Ergebnisse lassen sich dann kaum auf andere Behandlungssettings übertragen, in denen in der Regel Menschen mit allen möglichen Komorbiditäten behandelt werden. In diesem Zusammenhang wird zwischen ökologischer und externer Validität unterschieden (Andrade 2018). Ökologische Validität meint hier die

Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf Versorgungsformen im »realen Leben« (sog. Real-Life-Settings), externe Validität die Übertragbarkeit auf andere Settings generell. Im WiEWohnen-Konsortium wurde dem insofern Rechnung getragen, als unterschiedliche Studiendesigns angewendet wurden, die keine oder nur wenige Ausschlusskriterien beinhalteten. Dies gilt auch für das RCT in Zürich, das eine pragmatische Methodik angewendet hat.

Beobachtungsstudien

Ist eine neue Intervention nur im Rahmen einer Studie zugänglich, kann dies für einige potenzielle Studienteilnehmer zunächst einen Anreiz darstellen. Diese werden sich jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Teilnahme wieder zurückziehen, sollten sie nicht die gewünschte Intervention erhalten (Relton u. a. 2010). Umgekehrt gilt aber auch: Wenn bereits alle Behandlungsoptionen der Studie in der Routineversorgung verfügbar sind, kann der Zugang zu einer Intervention üblicherweise nicht mehr an die Bedingung einer Studienteilnahme gebunden werden, was sich sehr ungünstig auf die Bereitschaft zur Studienbeteiligung auswirken kann – vor allem dann, wenn die Präferenzen so ausgeprägt sind wie beim Wohnen im Kontext der psychiatrischen Versorgung.

Letzteres war der Grund, warum in Nordrhein-Westfalen und in Bern ein RCT nicht durchführbar war. Die potenziellen Teilnehmenden hätten angesichts der in den Regionen seit Jahren bestehenden aufsuchenden Unterstützungsmöglichkeiten an einer randomisierten Studie nicht im ausreichendem Maße teilgenommen. Die Alternative zum RCT ist die sogenannte Beobachtungsstudie. Beobachtungsstudien nutzen die vorhandenen Interventionsmöglichkeiten und verzichten auf den experimentellen Zugang zu den Interventionen. Für das Wohnen heißt das: Im Rahmen dieses Forschungsdesigns werden Menschen mit psychischen Problemen in den Wohnsettings, in denen sie leben, über eine gewisse Zeit begleitet (»beobachtet«).

Wie bereits oben beschrieben, hat dies den Effekt, dass die Teilnehmenden an Interventionen nicht die gleichen Merkmale aufweisen. Menschen mit einer Psychose sind in häufiger in Heimsettings anzutreffen und Menschen mit affektiven Problemen eher in der eigenen Wohnung. Um diese Ungleichheiten zwischen den Interventionen auszugleichen, bedarf es statistischer Methoden. Bis vor einigen Jahren sind hierfür sogenannte Matching-Verfahren eingesetzt worden, bei denen Teilnehmenden aus der Interventionsgruppe Teilnehmende aus der Kontrollgruppe gewissermaßen zugeordnet wurden (Kim u. a. 2018). Auch diese Verfahren erlauben unter gewissen Voraussetzungen kausale Schlussfolgerungen (Stuart 2010). Allerdings setzen diese Verfahren eine ausreichend große Stichprobe voraus, aus der die Zuordnung vollzogen werden kann. Man braucht beispielsweise deutlich mehr Personen in der Kontrollgruppe als in

der Interventionsgruppe, um sicherzustellen, dass ähnliche Personen in der Kontrollgruppe tatsächlich identifiziert werden können. Gewichtete Propensity-Score-Verfahren können hier eine Alternative darstellen, bei der auch kleinere Stichproben zum Zuge kommen können (Desai & Franklin 2019). Propensity bedeutet im Deutschen so viel wie »Neigung«. Es geht im Kern darum, mittels statistischer Verfahren wie einer Regression die Neigung der Ähnlichkeit herzustellen. Am Ende haben die zu vergleichenden Gruppen aufgrund von Gewichtungen bestimmter Kovariaten ähnliche Eigenschaften. In den Beobachtungsstudien in Bern und Nordrhein-Westfalen sind solche Gewichtungen angewendet worden. Damit konnten die initial bestehenden Unterschiede zwischen den zu vergleichenden Gruppen statistisch weitestgehend ausgeglichen werden (Adamus u. a. 2022a; Dehn u. a. 2022).

So plausibel die Propensity-Score-Verfahren als Alternative zum RCT auch sind, sie haben gegenüber der Randomisierung einen entscheidenden Nachteil. Bei RCTs kann davon ausgegangen werden, dass nicht nur die bekannten Merkmale der Teilnehmenden identisch in den zu vergleichenden Gruppen sind, sondern auch die unbekannt und nicht gemessenen Merkmale. Dies ist bei Beobachtungsstudien mit Propensity Score unklar, da die Vergleichbarkeit nur über gemessene Merkmale hergestellt wird. Auf diese Weise kann es geschehen, dass die nachgewiesene Wirksamkeit einer Intervention tatsächlich eine Scheinwirksamkeit ist, da der Haupteffekt durch ein nicht gemessenes Merkmal zustande gekommen ist. Gerade bei psychosozialen Interventionen ist daher das RCT nach wie vor als ein besseres Studiendesign anzusehen (Lilienfeld u. a. 2018). Dies gilt jedoch nur unter idealen Bedingungen, die – etwa in der Wohnforschung – kaum herzustellen sind.

Das Spiegeldesign

Ein weiteres Studiendesign, das allerdings im Rahmen des WiEWohnen-Konsortiums nicht angewendet wurde, ist das sogenannte Spiegeldesign (engl. Mirror Image Design). Dieses Studiendesign stammt aus der Pharmakoepidemiologie und untersucht positive gesundheitliche Veränderungen wie auch schädliche Nebenwirkungen nach dem Start einer medikamentösen Intervention (Kishimoto u. a. 2013). Hierzu werden üblicherweise Routinedaten verwendet, mittels derer einzelne Personen im Längsschnitt beobachtet werden. Der Spiegel kommt insofern zum Zuge, als die identische Zeitdauer nach Start der Intervention spiegelbildlich als Personenzeit vor der Intervention betrachtet wird. Es handelt sich daher um eine Variante der selbstkontrollierten methodischen Verfahren (Maclure u. a. 2012).

Die Berner Arbeitsgruppe hat diese Verfahren angewendet, um herauszufinden, wie sich die Aufnahme der Unterstützung in der eigenen Wohnung (Wohncoaching) auf nachfolgende stationäre Aufenthalte auswirkt (Adamus u. a. 2022 b). Es stellte sich

heraus, dass sowohl die stationären Eintritte als auch die Behandlungstage nach Aufnahme des Wohncoachings deutlich zurückgingen. Allerdings hat dieses Studiendesign ebenfalls zu kontrollierende methodische Unsicherheiten. Zum einen beruht es auf Routinedaten, deren Qualität unter Umständen weniger gut ist als sorgsam erhobene Daten im Rahmen einer prospektiven Studie. Zum anderen besteht bei diesem Design das Risiko, die natürliche Tendenz von Verbesserungen, die sogenannte »regression to the mean«, als therapeutischen Effekt zu interpretieren. Dies musste auch in der Berner Studie berücksichtigt werden. Das Wohncoaching wird ja oftmals dann eingeleitet, wenn mehrere stationäre Aufenthalte vorausgegangen sind und die klinisch Tätigen nach einer stabilisierenden Wohnalternative suchen. Und in der Tat konnte diese stabilisierende Wirkung in der Berner Spiegelstudie nachgewiesen werden: Auch nach Kontrolle der Unsicherheiten gingen die stationären Behandlungstage (jedoch nicht mehr die Anzahl der Eintritte) nach Aufnahme des Wohncoachings deutlich zurück.

Zusammenfassung und Schlussfolgerungen: der State of the Art der psychiatrischen Wohnforschung

Die Erfahrungen im WiEWohnen-Konsortium und die Methodenliteratur weisen auf drei zentrale Problemstellungen in der Wohnforschung hin: (1) die Präferenzproblematik, (2) das Taxonomieproblem der Kriterien verschiedener Wohnsettings und (3) das Studiendesign. Für den State of the Art in der Wohnforschung gilt es bezüglich der ersten Problemstellung zu berücksichtigen, dass die Präferenzproblematik sich in der Praxis so gut wie nicht umgehen oder ausschalten lässt. Es gibt für randomisierte Studien bestimmte methodische Vorgehensweisen, die die Präferenzen in das Vorgehen einbauen. Dies sind beispielsweise partielle Randomisierungen und Berücksichtigung von Präferenzen (Wasmann u. a. 2019). Hierzu zählt beispielsweise das »Comprehensive Cohort Design« (Olschewski & Scheurlen 1985), bei dem sowohl die Teilnehmenden mit Präferenzen als auch diejenigen ohne Präferenzen in der Studie verbleiben. Ein anderes – ethisch umstrittenes – Verfahren ist das sogenannte Zelen-Design, bei dem die potenziell Teilnehmenden erst randomisiert und dann um Einwilligung gebeten werden (Simon u. a. 2021). Diese Vorgehensweise hat aber wiederum entscheidende Nachteile. Sie reduziert unter Umständen die Stichprobengröße (partielle Randomisierung) oder aber ist nicht kompatibel mit forschungsethischen Anforderungen, die eine informierte Zustimmung vor der Randomisierung erwarten. Das Zelen-Design ist von Ethikkommissionen in der Schweiz kategorisch ausgeschlossen worden.

Bezüglich der Taxonomieproblematik muss nach unseren Erfahrungen auf Kriterien zurückgegriffen werden, die nicht ohne Weiteres aus anderen Ländern mit unterschiedlichen sozialrechtlichen Systemen übernommen werden können. Die psychiatrische

Rehabilitation und damit die Wohnrehabilitation sind sehr stark von wohlfahrtsstaatlichen Traditionen und länderspezifischen sozialrechtlichen Bedingungen geprägt, sodass die Merkmale der Einrichtungen und Unterstützungsdienste sorgfältig geprüft werden müssen. Für den State of the Art heißt das: Unter Umständen muss eine neue Kriterienliste oder – wie in unserem Falle – eine neue Modelltreueskala entwickelt werden.

Beim Studiendesign gilt allgemein, dass die randomisierte und kontrollierte Studie für Interventionsstudien und kausale Schlussfolgerungen am besten geeignet ist. Durch die zufällige Zuweisung der Teilnehmenden zu den Studienbedingungen haben RCTs eine hohe interne Validität und die Ergebnisse erlauben kausale Rückschlüsse auf die Effektivität (oder Wirksamkeit) der Intervention. Im Gegensatz dazu werden bei der naturalistischen Beobachtungsstudie die Teilnehmenden nicht nach dem Zufallsprinzip, sondern »natürlich« den Studienbedingungen zugewiesen, beispielsweise durch Selbstauswahl der Teilnehmenden oder auf Empfehlung von Mitarbeitenden in Kliniken und Unterstützungsdiensten.

Mit den Erfahrungen in Großbritannien (Killaspy u. a. 2019b) und mit unseren eigenen Erfahrungen in Zürich müssen wir jedoch davon ausgehen, dass ein RCT im Zusammenhang mit Wohnsettings bei Menschen mit psychischen Problemen kaum durchführbar ist. Zu stark sind offenbar die Präferenzen der potenziellen Teilnehmenden sowie Professioneller im psychiatrischen Versorgungssystem. Dies alles lässt die Schlussfolgerung zu, dass der State of the Art in der psychiatrischen Wohnforschung eine Beobachtungsstudie ist, die die Kovariaten in den zu vergleichenden Studiengruppen – so gut es geht – kontrolliert und statistisch ausgleicht. Gemäß der aktuellen Methodenliteratur haben Matching-Verfahren gewisse Vorteile gegenüber Gewichtungungsverfahren (Greifer & Stuart 2022). Letztere hängen von der Güte und der Robustheit der statistischen Modelle ab, die für die Gewichtung herangezogen werden. Das heißt für die Fragestellung des State of the Art: Sollte die Stichprobe ausreichend groß sein, ist ein direktes Matching der Gewichtung vorzuziehen. Bei kleineren Stichproben hingegen hat sich das Gewichtungsverfahren als vorteilhaft herausgestellt.

Trotz leichter grundsätzlicher Vorteile des RCT gegenüber einer Beobachtungsstudie erlauben gut gemachte Beobachtungsstudien ähnliche Aussagen zur Wirksamkeit wie ein RCT (Di Bona u. a. 2023; Ioannidis u. a. 2001). In einer großen Metaanalyse der Cochrane Collaboration wurden die quantitativen Schätzungen der Effektgröße von Interventionen verglichen, die in randomisierten Studien und Beobachtungsstudien bei 228 Erkrankungen getestet wurden (Anglemyer u. a. 2014). Es wurden keine signifikanten Unterschiede in der Effektgröße zwischen den beiden Studiendesigns festgestellt. Andere methodische Studienmerkmale scheinen mit der Zuteilungsmethode zusammenzuhängen und viele andere Quellen der Verzerrung können sowohl bei Beobachtungsstudien als auch bei RCTs vorhanden sein (Gershon u. a. 2018). Darüber hinaus wurden umfangreiche Forschungsarbeiten zu methodischen und statistischen Methoden durchgeführt, um den Einfluss konfundierender Variablen zu verringern und die Validität beobachtender Interventionsstudien zu verbessern (Cousens u. a. 2011).

Den aktuellen State of the Art zur Wirksamkeit von Wohnsettings in der psychiatrischen Versorgung können wir nach den Erfahrungen im WiEWohnen-Konsortium daher folgendermaßen zusammenfassen: Unter Berücksichtigung der Präferenzen braucht es zum Ersten valide und anerkannte Kriterien zur Unterscheidung von Wohnsettings und zum Zweiten eine nach besten methodischen Standards durchgeführte Beobachtungsstudie.

Literatur

- Adamus, C., Mötteli, S., Jäger, M., Richter, D. (2022 a): Independent Supported Housing for non-homeless individuals with severe mental illness: Comparison of two effectiveness studies using a randomised controlled and an observational study design. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1033328.
- Adamus, C., Zürcher, S. J., Richter, D. (2022 b): A mirror-image analysis of psychiatric hospitalisations among people with severe mental illness using Independent Supported Housing. *BMC Psychiatry*, 22 (1), 492.
- Andrade, C. (2018): Internal, External, and Ecological Validity in Research Design, Conduct, and Evaluation. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40 (5), 498–499.
- Anglemyer, A., Horvath, H. T., Bero, L. (2014): Healthcare outcomes assessed with observational study designs compared with those assessed in randomized trials. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (4), MR000034.
- Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C. E., Bourque, J., Distasio, J., Latimer, E., Stergiopoulos, V., Somers, J., Streiner, D. L., Tsemberis, S. (2016): A Multiple-City RCT of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 67 (3), 275–281.
- Baxter, A. J., Tweed, E. J., Katikireddi, S. V., Thomson, H. (2019): Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 73 (5), 379–387.
- Boutron, I., Guttet, L., Estellat, C., Moher, D., Hróbjartsson, A., Ravaud, P. (2007): Reporting Methods of Blinding in Randomized Trials Assessing Nonpharmacological Treatments. *PLOS Medicine*, 4 (2), e61.
- Busch-Geertsema, V. (2023): Homelessness in Germany. In: Bretherton, J., Pleace, N. (Hg.), *The Routledge Handbook of Homelessness*, S. 316–324. London: Routledge.
- Chilvers, R., Macdonald, G. M., Hayes, A. A. (2006): Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Systematic Reviews*, (4), CD000453.
- Ciampi, L. (1988): Resultate und Prädiktoren der Rehabilitation. In: Hippus, H., Lauter, H., Ploog, D., Bieber, H., van Hout, L. (Hg.), *Rehabilitation in der Psychiatrie*, S. 27–35. Heidelberg: Springer.
- Cousens, S., Hargreaves, J., Bonell, C., Armstrong, B., Thomas, J., Kirkwood, B. R., Hayes, R. (2011): Alternatives to randomisation in the evaluation of public-health interventions: statistical analysis and causal inference. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65 (7), 576–581.

- Dehn, L. B., Beblo, T., Richter, D., Wienberg, G., Kremer, G., Steinhart, I., Driessen, M. (2022): Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: a multicenter, quasi-experimental study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57 (5), 927–937.
- Delevry, D., Le, Q. A. (2019): Effect of Treatment Preference in Randomized Controlled Trials: Systematic Review of the Literature and Meta-Analysis. *Patient*, 12 (6), 593–609.
- Desai, R. J., Franklin, J. M. (2019): Alternative approaches for confounding adjustment in observational studies using weighting based on the propensity score: a primer for practitioners. *BMJ*, 367, l5657.
- DGPPN (Hg.). (2018). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- Di Bona, D., Carlucci, P., Spataro, F., Paoletti, G., Heffler, E., Pulkanen, J., Macchia, L., Giacco, S. D., Agache, I.; Jutel, M., Schünemann, H. J., Canonica, G. W. (2023): Comparison of evidence of treatment effects in randomized and nonrandomized studies on allergen immunotherapy. *Clinical and Experimental Allergy*, 53 (6), 610–625.
- Dittmann, J., Dietrich, S., Stroezel, H., Drilling, M., Young, C.; Roduit, S. (2022). Ausmass, Profil und Erklärungen der Obdachlosigkeit in 8 der grössten Städte der Schweiz: LIVES Working Papers.
- Egli, P., Filippo, M. (2021). »Betreutes und begleitetes Wohnen für ältere Menschen und Menschen mit Behinderungen« – Bundesrechtliche Hürden für zeitgemässe Versorgungsstrukturen Rechtsgutachten im Auftrag der Konferenz der kantonalen Sozialdirektorinnen und Sozialdirektoren (SODK). Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Fabian, C., Müller, E., Zingarelli, J., Daurù, A. (2020): Housing first: ein (fast) neues Konzept gegen Obdachlosigkeit, Verein für Gassenarbeit Schwarzer Peter, Schweizerische Gesellschaft für Sozialpsychiatrie, Sektion Deutschschweiz, Olten.
- Farkas, M., Anthony, W. A. (2010): Psychiatric rehabilitation interventions: a review. *International Review of Psychiatry*, 22 (2), 114–129.
- Gearing, R. E., El-Bassel, N., Ghesquiere, A., Baldwin, S., Gillies, J., Ngeow, E. (2011): Major ingredients of fidelity: a review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clinical Psychology Review*, 31 (1), 79–88.
- Gershon, A. S., Jafarzadeh, S. R., Wilson, K. C., Walkey, A. J. (2018): Clinical Knowledge from Observational Studies. Everything You Wanted to Know but Were Afraid to Ask. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 198 (7), 859–867.
- Gilmer, T. P., Stefancic, A., Sklar, M., Tsemberis, S. (2013): Development and validation of a Housing First fidelity survey. *Psychiatric Services*, 64 (9), 911–914.
- Greifer, N.; Stuart, E. A. (2022): Matching Methods for Confounder Adjustment: An Addition to the Epidemiologist's Toolbox. *Epidemiology Review*, 43 (1), 118–129.
- Gühne, U., Stein, J., Weinmann, S., Becker, T., Riedel-Heller, S. G. (2017): Wohninterventionen für Menschen mit schweren psychischen Störungen – Internationale Evidenz aus RCTs. *Psychiatrische Praxis*, 44 (4), 194–205.
- Ioannidis, J. P., Haidich, A. B., Pappa, M., Pantazis, N., Kokori, S. I., Tektonidou, M. G., Contopoulos-Ioannidis, D. G., Lau, J. (2001): Comparison of evidence of treatment effects in randomized and nonrandomized studies. *Jama*, 286 (7), 821–830.
- Kaiser, W., Hoffmann, K., Isermann, M., Priebe, S. (2001): Langzeitpatienten im Betreuten Wohnen nach der Enthospitalisierung--Teil V der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 28 (5), 235–243.

- Kallert, T. W., Leisse, M., Winiecki, P. (2007): Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health*, 15, 29–42.
- Killaspy, H., Priebe, S., McPherson, P., Zenasni, Z., Greenberg, L., McCrone, P., Dowling, S., Harrison, I., Krotofil, J., Dalton-Locke, C., McGranahan, R., Arbuthnott, M., Curtis, S., Leavey, G., Shepherd, G., Eldridge, S., King, M. (2019a): Predictors of moving on from mental health supported accommodation in England: national cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 216 (6), 1–7.
- Killaspy, H., Priebe, S., McPherson, P., Zenasni, Z., McCrone, P., Dowling, S., Harrison, I., Krotofil, J., Dalton-Locke, C., McGranahan, R., Arbuthnott, M., Curtis, S., Leavey, G., MacPherson, R., Eldridge, S., King, M. (2019b): 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. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 258.
- Kim, Y., Lubanski, S. A., Steiner, P. M. (2018): Matching Strategies for Causal Inference with Observational Data in Education. In: Lochmiller, C. R. (Hg.), *Complementary Research Methods for Educational Leadership and Policy Studies*, S. 173–191. Cham: Springer International Publishing.
- Kishimoto, T., Nitta, M., Borenstein, M., Kane, J. M., Correll, C. U. (2013): Long-acting injectable versus oral antipsychotics in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of mirror-image studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74 (10), 957–965.
- Kushel, M., Moore, T. (2023): *Towards a New Understanding: The California Statewide Study of People Experiencing Homelessness*. San Francisco: UCSF Benioff Homelessness and Housing Initiative.
- Lilienfeld, S. O., McKay, D., Hollon, S. D. (2018): Why randomised controlled trials of psychological treatments are still essential. *Lancet Psychiatry*, 5 (7), 536–538.
- Maclure, M., Fireman, B., Nelson, J. C., Hua, W., Shoaibi, A., Paredes, A., Madigan, D. (2012): When should case-only designs be used for safety monitoring of medical products? *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 21 (Suppl. 1), 50–61.
- McPherson, P., Krotofil, J., Killaspy, H. (2018 a): Mental health supported accommodation services: a systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry*, 18 (1), 128.
- McPherson, P., Krotofil, J., Killaspy, H. (2018 b): What Works? Toward a New Classification System for Mental Health Supported Accommodation Services: The Simple Taxonomy for Supported Accommodation (STAX-SA). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15 (2), 190.
- Mötteli, S., Adamus, C., Deb, T., Fröbel, R., Siemerikus, J., Richter, D., Jäger, M. (2021): Independent Supported Housing for Non-homeless People with Serious Mental Illness: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 798275.
- Olschewski, M., Scheurlen, H. (1985): Comprehensive Cohort Study: an alternative to randomized consent design in a breast preservation trial. *Methods of Information in Medicine*, 24 (3), 131–134.
- Relton, C., Torgerson, D., O’Cathain, A., Nicholl, J. (2010): Rethinking pragmatic randomised controlled trials: introducing the »cohort multiple randomised controlled trial« design. *BMJ*, 340, c1066.
- Richter, D. (2010): Evaluation des stationären und ambulant betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbänden des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe. *Psychiatrische Praxis*, 37 (3), 127–133.

- Richter, D., Adamus, C., Mötteli, S., Myszor, F., Wienberg, G., Steinhart, I. (2022): Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung – Entwicklung und Überprüfung der »Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)« für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen. *Psychiatrische Praxis*, 49 (2), 103–106.
- Richter, D., Hertig, R., Hoffmann, H. (2016): Psychiatrische Rehabilitation – von der Stufenleiter zur unterstützten Inklusion. *Psychiatrische Praxis*, 43 (8), 444–449.
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017 a): Independent housing and support for people with severe mental illness: systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136 (3), 269–279.
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017 b): Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health*, 44 (6), 817–823.
- Richter, D., Hoffmann, H. (2017 c): Psychiatrische Wohnforschung: Der Nutzen systematischer Übersichten und Meta-Analysen. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 47 (2), 21–25.
- Richter, D., Wienberg, G., van Endern, R., Steinhart, I. (2021). Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen – MSSW Version 1.0. Bern/Bielefeld: UPD Bern/Bethel Regional Bielefeld.
- Simon, G. E., Shortreed, S. M., DeBar, L. L. (2021): Zelen design clinical trials: why, when, and how. *Trials*, 22 (1), 541.
- Siskind, D., Harris, M., Pirkis, J., Whiteford, H. (2013): A domains-based taxonomy of supported accommodation for people with severe and persistent mental illness. *Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 48 (6), 875–894.
- Stefancic, A., Tsemberis, S., Messeri, P., Drake, R., Gearing, P. (2013): The Pathways Housing First Fidelity Scale for Individuals with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 16 (4), 240–261.
- Stuart, E. A. (2010): Matching methods for causal inference: A review and a look forward. *Statistical Science*, 25 (1), 1–21.
- Tsemberis, S., Gulcur, L., Nakae, M. (2004): Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. *American Journal of Public Health*, 94 (4), 651–656.
- United Nations (2006): UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html (02.11.2020).
- Wasmann, K. A., Wijsman, P., van Dieren, S., Bemelman, W., Buskens, C. (2019): Partially randomised patient preference trials as an alternative design to randomised controlled trials: systematic review and meta-analyses. *BMJ Open*, 9 (10), e031151.
- Wienberg, G., Richter, D., Myszor, F., Steinhart, I. (2021). Die »Modelltreueskala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)« – Kriterien für selbstbestimmtes Wohnen mit Unterstützung. *Kerbe – Zeitschrift für Sozialpsychiatrie*, 27–29.
- Wienberg, G., Steinhart, I. (2021). »Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen« – Projekt WiEWohnen NRW. Bielefeld.

Hinweise zu den Autorinnen und Autoren

Christine Adamus, Dr. phil., ist Psychologin im Psychiatrie-Ambulatorium der Spitäler fmi in Interlaken und war während des Projektes wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Forschung & Entwicklung am Zentrum Psychiatrische Rehabilitation der Universitären Psychiatrische Dienste Bern.

Jovin Alpiger, M. Sc., arbeitet als Stationspsychologe in der Sanatorium Kilchberg AG (Kanton Zürich) und war während des Projekts Masterabsolvent an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Prof. Dr. rer. nat. Thomas Beblo ist Diplom-Psychologe und leitet die Forschungsabteilung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bielefeld.

Prof. Dr. Anke Bramesfeld ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Gesundheitswissenschaftlerin, Referatsleiterin im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

Dr. rer. nat. Lorenz B. Dehn ist Psychologischer Psychotherapeut und leitet die Arbeitsgruppe »Psychosoziale Versorgungs- und Teilhabeforschung« an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bielefeld.

Prof. Dr. med. Martin Driessen ist Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bielefeld sowie Lehrstuhlinhaber für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Medizinischen Fakultät OWL der Universität Bielefeld.

Johannes Gnauck, M. Sc., ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Sachbereich Weiterentwicklung der Eingliederungshilfe beim Landschaftsverband Westfalen-Lippe.

Julia Grochtmann, Gesundheitswissenschaftlerin M. Sc., ist tätig als Forschungs Koordinatorin des Ev. Klinikum Bethel, UK OWL der Universität Bielefeld.

Prof. Dr. med. Sabine Herpertz ist Ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemeinpsychiatrie und Sprecherin des Zentrums für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Heidelberg.

Prof. Dr. med. Matthias Jäger ist Direktor und Chefarzt der Erwachsenenpsychiatrie der Psychiatrie Baselland.

PD Dr. Susanne Jaeger, Diplom-Psychologin, ist wissenschaftliche Mitarbeiterin mit dem Schwerpunkt Versorgungsforschung am ZfP Weissenau Ravensburg.

Sarah Jenderny M. A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialpsychiatrie MV e. V., An-Institut der Universität Greifswald.

Dr. sc. Sonja Mötteli ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Forschung & Entwicklung am Zentrum Psychiatrische Rehabilitation der Universitären Psychia-

trischen Dienste Bern und war während des Projekts wissenschaftliche Mitarbeiterin der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Franziska Myszor, Rehabilitationswissenschaftlerin M. Sc., arbeitet als Projektkoordinatorin im Stiftungsbereich Bethel Regional, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel in Bielefeld.

Dr. med. Jochen Ostermann ist Psychiater und Psychotherapeut und ehemaliger Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Bad Salzungen.

Ansgar Piel ist Facharzt für Psychiatrie und Referent im Niedersächsischen Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung.

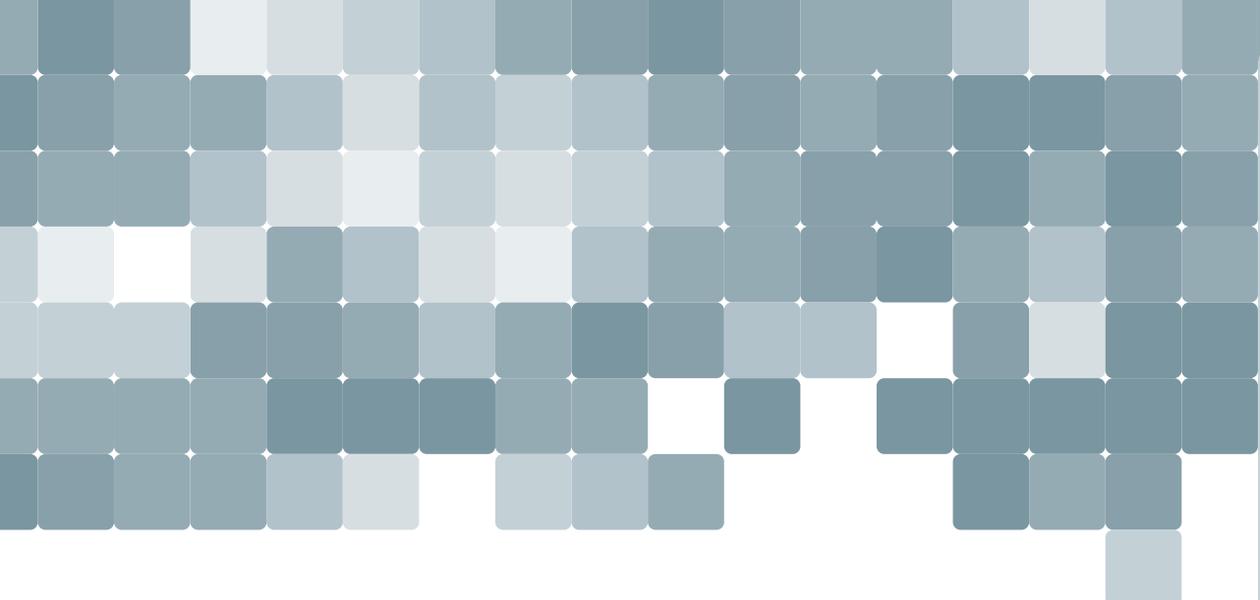
Prof. Dr. Dirk Richter, Soziologe, leitet die Abteilung Forschung & Entwicklung am Zentrum Psychiatrische Rehabilitation der Universitären Psychiatrische Dienste Bern und ist Professor für psychiatrische Rehabilitationsforschung an der Berner Fachhochschule.

Julia Schreiter M. A. ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialpsychiatrie MV e. V., An-Institut der Universität Greifswald.

Prof. Dr. med. Tilman Steinert ist Psychiater und Psychotherapeut und leitete bis 2024 die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm in Ravensburg/Weissenau.

Prof. Dr. phil. Ingmar Steinhart, Diplom-Psychologe, war Vorstand der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und ist Direktor des Instituts für Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V., An-Institut der Universität Greifswald.

Prof. Dr. P. H. Günther Wienberg, Diplom-Psychologe, war Vorstand der v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel und ist heute Mitglied des Instituts für Sozialpsychiatrie, An-Institut der Universität Greifswald.



Im deutschsprachigen Raum fehlen Studien zur Wirksamkeit der Wohnunterstützung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Es fehlen auch übergreifende und empirisch validierte Standards der Struktur- und Prozessqualität von Assistenzangeboten zum Wohnen. Im vorliegenden Band werden die Ergebnisse eines Forschungsverbundes aus Deutschland und der Schweiz zur Assistenz beim Wohnen dokumentiert. Dabei wird nicht nur die Ausgangslage beschrieben, sondern aus den Studienergebnissen werden Schlussfolgerungen abgeleitet für die Praxis der Assistenz, für die Sozialpolitik und die künftige Forschung.

Außerdem werden für den Transfer der Forschungsergebnisse in die Praxis Qualitätskriterien für selbstbestimmtes Wohnen mit Assistenz definiert. Die »Modelltreue-Skala Selbstbestimmtes Wohnen (MSSW)« steht auch online zur Verfügung gestellt. Damit kann jede Einrichtung feststellen, wo sie mit ihrem Wohnangebot steht – und wo sie vielleicht noch besser werden kann.



ISBN: 978-3-96605-277-1

www.psychiatrie-verlag.de

