

# sozialpsychiatrische informationen

Sonderdruck

Mobile Perspektiven – Wo steht das Betreute Wohnen heute?

## Mietvertrag statt Heimvertrag Lösungswege zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention oder Warum werden Heim ersetzende Unterstützungssettings nicht stärker befördert?

Autor: Ingmar Steinhart  
Seiten 14–18

**Zusammenfassung** Die Daten über die Lebenslagen von Menschen mit seelischen Behinderungen sind außerordentlich schlecht. Zumindest wissen wir, dass heute im Durchschnitt ca. 40 Prozent aller Menschen, die in einer betreuten Wohnform Eingliederungshilfe (SGB XII) erhalten, in einer Heimeinrichtung wohnen. Die UN-BRK fordert jedoch einen gleichberechtigten Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause. Dieses verbrieft Wahlrecht auf *heimalterna-tive Hilfen* zu Hause, also in der eigenen Wohnung, sollte daher gestärkt werden. In Westfalen hat die Stiftung Bethel das Intensiv Betreute Wohnen (IBW) als echte Heimalternative mit annähernd vergleichbarem Leistungsspektrum gemeinsam mit dem Leistungsträger erfolgreich erprobt, sodass es heute in ganz Westfalen als Angebot zugelassen ist. Erste Erfahrungen und daraus abgeleitete Forderungen an Politik und Wissenschaft werden zusammengefasst.

ISSN 0171 - 4538

**Verlag:** Psychiatrie Verlag GmbH, Ursulaplatz 1,  
50668 Köln, Tel. 0221 167989-11, Fax 0221 167989-20  
www.psychiatrie-verlag.de, E-Mail: verlag@psychiatrie.de

**Erscheinungsweise:** Januar, April, Juli, Oktober

**Abonnement:** Print für Privatkunden jährlich 38,- Euro einschl. Porto, Ausland 38,- Euro zzgl. 15 Euro Versandkostenpauschale. Das Abonnement gilt jeweils für ein Jahr. Es verlängert sich automatisch, wenn es nicht bis zum 30.9. des laufenden Jahres schriftlich gekündigt wird. **Bestellungen nimmt der Verlag entgegen.**

**Redaktionsanschrift:** beta89, Günther-Wagner-Allee 13, 30177 Hannover

**Redaktionssekretariat:** Peter Weber  
Tel. 0511 1238282, Fax 0511 1238299  
E-Mail: si@psychiatrie.de

**Redaktion:**  
Peter Brieger, Kempten  
Michael Eink, Hannover  
Hermann Elgeti, Hannover  
Helmut Haselbeck, Bremen  
Gunther Kruse, Langenhagen  
Sibylle Prins, Bielefeld

Kathrin Reichel, Berlin  
Renate Schernus, Bielefeld  
Ulla Schmalz, Düsseldorf  
Ralf Seidel, Mönchengladbach  
Annette Theißing, Hannover  
Peter Weber, Hannover  
Dyrk Zedlick, Glauchau

# Mietvertrag statt Heimvertrag

## Lösungswege zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention oder Warum werden Heim ersetzende Unterstützungssettings nicht stärker befördert?

Autor: Ingmar Steinhart



**Zusammenfassung** Die Daten über die Lebenslagen von Menschen mit seelischen Behinderungen sind außerordentlich schlecht. Zumindest wissen wir, dass heute im Durchschnitt ca. 40 Prozent aller Menschen, die in einer betreuten Wohnform Eingliederungshilfe (SGB XII) erhalten, in einer Heimeinrichtung wohnen. Die UN-BRK fordert jedoch einen gleichberechtigten Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause. Dieses verbrieft Wahlrecht auf *heimalternative Hilfen* zu Hause, also in der eigenen Wohnung, sollte daher gestärkt werden. In Westfalen hat die Stiftung Bethel das Intensiv Betreute Wohnen (IBW) als echte Heimalternative mit annähernd vergleichbarem Leistungsspektrum gemeinsam mit dem Leistungsträger erfolgreich erprobt, sodass es heute in ganz Westfalen als Angebot zugelassen ist. Erste Erfahrungen und daraus abgeleitete Forderungen an Politik und Wissenschaft werden zusammengefasst.

### Einführung

Im Jahr 2015 können wir das 40-jährige Jubiläum der Psychiatrie-Enquete feiern. Aber ist es Grund zu jubeln oder zu trauern? Aus den alten maroden Anstalten sind in der Post-Enquete-Ära sehr gut restaurierte Behandlungszentren geworden, die Dezentralisierung in Kleinstheime hat ähnlich wie im Behandlungsbereich des SGB V im Rahmen der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) auch für die Eingliederungshilfe eine deutlich verbesserte Personalsituation gebracht und die auf den Kerngebieten der Anstalten verbliebenen (Groß-)Heime haben sich nicht nur neue Türschilder geleistet, sondern setzen überwiegend neue fachliche Inhalte und Konzeptionen um – auch wenn sich noch zahlreiche sehr versteckt gelegene Heimbereiche mit über 100 Plätzen in dieses Jahrtausend gerettet haben.

Strukturell gilt: Die neuen Psychiatrie-Heime sind überwiegend angekommen im Gemeindepsychiatrischen Verbund. Aber war's das? Wo ist der Drive der Normalisierungsdebatte aus dem letzten Jahrtausend geblieben? Haben wir in den 40 Jahren mehr als eine strukturelle »Umhospitalisierung« in ein neues gemeindepsychiatrisches Sondersystem geschafft? Erschwerend kommt

hinzu, dass wir in den letzten Jahren in Deutschland versäumt haben, diesen Umbruchprozess der Psychiatrie durch intelligente Versorgungsforschungsansätze zu evaluieren, deren Ergebnisse jetzt hilfreich zur Bewertung und zur Weiterentwicklung wären. Gerade für den Bereich Wohnen liegt im deutschen Sprachraum trotz steigender Fallzahlen erschreckend wenig wissenschaftliche Evidenz vor; von Multicenterstudien mit dem Vergleich unterschiedlicher Hilfeansätze und das gar im internationalen Vergleich können wir leider nur träumen. Der gesamte Prozess der »Heimpsychiatrie« der letzten Jahrzehnte war sicherlich wichtig und richtig; aber: warum nur sind wir auf halber Strecke stehen geblieben und haben uns alle gemeinsam im gemeindepsychiatrischen Verbund »eingerrichtet«? Warum »lahmt« die Psychiatriereform? Nur gut, dass wir neue Treiber haben:

### Treiber 1: Die UN-BRK

Die vom Bundestag verabschiedete UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) garantiert in Artikel 19 das Recht auf eine unabhängige Lebensführung und die Einbeziehung in die Gemeinschaft: »Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das glei-

*che Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass*

*a) 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; 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 Gemeinschaft notwendig ist.«*

Ein wesentliches Merkmal der UN-BRK ist die »Entpflichtung« vom »Zwangswohnen« in besonderen Wohnformen und stattdessen die Verpflichtung der Gesellschaft und der von ihr beauftragten Dienstleister u. a. den Zugang zu einer Reihe von gemeinde-

nahen Unterstützungsdiensten zu Hause zu gewährleisten verbunden mit dem Selbstbestimmungsrecht des Aufenthaltsortes und ohne »Gruppenzwang« in »therapeutischen Settings«.

Ein besserer Weckruf für das in die Jahre gekommene Normalisierungsprinzip und damit für die eigene Wohnung als Lebensmittelpunkt auch für Menschen mit aktuell höherem Unterstützungsbedarf konnte es eigentlich gar nicht geben. Fragt man psychisch kranke wie auch alte Menschen, so steht die eigene Wohnung, barrierearmer Zugang zu Unterstützungsleistungen und wenn nötig aufsuchende Hilfen in der Häuslichkeit ganz oben auf der Wunschliste. Die UN-BRK verstärkt diesen Wunsch mit der Forderung, zunächst die Menschen und ihre Selbstbestimmung und damit den Wunsch nach der eigenen Wohnung in den Mittelpunkt zu stellen. Für Menschen mit einer starken Krankheitsausprägung wird leider oft andersherum gedacht; statt an die Ressourcen anzuknüpfen, wird eher die Frage gestellt, wer gegebenenfalls nicht im Heim wohnen kann. Stattdessen gilt es mit Blick auf die Ressourcen zunächst den Blick darauf zu richten, welche Gestaltungsmöglichkeiten und -räume durch die Unterstützungssysteme in der bisherigen eigenen oder einer neuen eigenen Wohnung verfügbar gemacht werden können, bevor über einen Heimvertrag nachgedacht wird. Es gilt die Teilhabechancen in der eigenen Wohnung so zu stützen, dass das Wohnen in einer Institution nicht erforderlich wird.

### **Treiber 2: S3-Leitlinien Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen**

Die Empfehlung Nr. 16 mit Empfehlungsgrad A der Kommission der DGPPN (S3-Leitlinien Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen) beschreibt eindeutig, dass mit der Zunahme des Institutionalisierungsgrades unerwünschte Effekte zu- und die Lebensqualität abnehmen. Die Empfehlung lautet daher, dass eine Dauerinstitutionalisierung möglichst vermieden werden soll. Folgt man dieser Empfehlung kann das Heim als Dauerwohnform nur in Ausnahmen die Maßnahme der Wahl sein und Wohnformen mit geringerem Institutionalisierungsgrad verkörpern eher die leitliniengerechten Hilfen. Insofern müsste jedem Anspruchsberechtigten auf Eingliederungshilfe vor (!) einer Heimunterbringung die Wohnunterstützung außerhalb einer

Institution, also in der eigenen Wohnung, im Sinne einer heimesetzenden Alternative als Wahlmöglichkeit inklusive einer vergleichbaren Unterstützungsintensität eines Wohnheimes angeboten werden.

### **Treiber 3: Die Kosten**

Schaut man in den aktuellen Bericht der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger (BAGÜS 2013) so zeigt sich,

1. dass die absoluten Fallzahlen wesentlich seelisch behinderter Menschen in der Eingliederungshilfe kontinuierlich steigen,
2. dass dieser Trend überwiegend durch das ambulant Betreute Wohnen verursacht wird,
3. dass bei immer stärker ansteigenden Zahlen der ambulanten Hilfefälle die Zahl der in Heimen untergebrachten Menschen eher konstant bleibt, d. h. trotz zunehmendem Know-how-Erwerb im Rahmen »Ambulantisierung«, nicht (!) abnimmt und
4. dass die Informationen für die am stärksten steigende Zahl der Hilfeempfänger, die wesentlich seelisch behinderten Menschen, nach wie vor wenig differenziert sind. Daten über seelisch behinderte Menschen, die Eingliederungshilfe beziehen, sind in Deutschland ein großes schwarzes Loch.

Zwei Informationen aus dem aktuellen Bericht haben in diesem Rahmen eine besondere Bedeutung:

- Circa 47.000 leistungsberechtigte (LB) seelisch behinderte Menschen leben in stationären Einrichtungen, 75.000 LB werden ambulant betreut. Das heißt, im Durchschnitt wohnen ca. 40% aller LB mit einer seelischen Behinderung, die in einer betreuten Wohnform leben, in einer stationären Einrichtung (BAGÜS 2013, S. 40).
- Ein Vergleich zwischen verschiedenen Regionen in der Bundesrepublik belegt den Zusammenhang zwischen der Ambulantisierungsquote und den »Fallkosten insgesamt«: Es zeigt sich in der Tendenz, dass niedrige »Fallkosten insgesamt« mit hohen Ambulantisierungsquoten positiv korrelieren (BAGÜS 2013, S. 37).

Angesichts des Gewährleistungsversprechens der UN-BRK und den S3-Leitlinien Psychosoziale Versorgung könnte man die Frage stellen, ob eine Heimunterbringungsquote von 40% der LB womöglich rechtswidrig ist und warum trotz nachgewiesenem Kostendämpfungseffekts durch die Ambulantisierung der ambulante Sektor nicht

konsequenter als Wahlmöglichkeit auch für Menschen, die akut von einer Heimunterbringung bedroht sind, genutzt wird.

### **Treiber 4: Konzepte von gestern helfen nicht**

Angesichts der hohen Zahl von Menschen, die in Heimeinrichtungen wohnen, gilt es insbesondere, drei dahinterliegende Konzepte infrage zu stellen. Sie haben bis heute keine positive wissenschaftliche oder ökonomische Evidenz für sich nachweisen können, aber meinen, ihre Wirksamkeit zu belegen, frei nach dem Motto »das haben wir immer schon gemacht«:

1. Die therapeutische Kette ist das Fachkonzept, das trotz gegenteiliger Evidenz bis heute als resistent gegenüber Veränderungen gelten muss. Während im Bereich der beruflichen Reha mittlerweile ausreichend Nachweise auch im deutschsprachigen Raum vorhanden sind, dass ein *first place, than train* mit einem individuellen Job-Coach das überlegene Konzept ist (vgl. die *Supported Employment-Ansätze* u. a. Hoffmann 2013), bleibt bei der Wohnunterstützung die Philosophie der gestuften und schrittweisen Annäherung an die eigene Wohnung in Wohngruppensettings über als eigene Leistungstypen ausgewiesene »Reha-Stufen« von der geschlossenen über die offene und dann die Wohntrainingsgruppe bis zum stationären Einzelwohnen und schließlich dem Betreuten Wohnen unangetastet. Ein Beginn der Unterstützung in der eigenen Wohnung bei vergleichbarer Hilfeintensität wie im Wohnheim und damit das Überspringen zahlreicher Stufen scheint vielen Anbietern und Leistungsträgern auch heute noch schwer vollstellbar und noch weniger umsetzbar. Übersehen wird insbesondere die hohe Transferleistung, die seelisch behinderte Menschen auf ihren Schritten von Stufe zu Stufe bei sich veränderndem Milieu, krankheitsbedingter schwankender eigener Befindlichkeit und meistens wechselnden Bezugspersonen und -gruppen leisten müssen. Das funktioniert wahrscheinlich nur dann, wenn der einzelne Leistungsberechtigte psychisch ziemlich fit ist.

2. Finanzierungstechnisch sind Unterstützungsdichte und Unterstützungssetting eng miteinander verknüpft. Das heißt, dass der Bedarf nach zeitintensiver und komplexer Unterstützung inklusive 24-Stunden-Hilfen nur unter stationären Bedingungen gedeckt werden kann und dass Veränderungen der benötigten Unterstützungsdichte regelhaft mit einem Wechsel des Settings und damit

oft auch des Unterstützungskonzeptes und der Bezugspersonen einhergehen.

3. Belegte Heimbetten bzw. -plätze lassen sich immer noch leichter finanzieren als aufwendige hochintensive heimersetzende Alternativen z. B. mit einem »Wohn-Coach«. Es gibt seitens der Leistungsträger kaum Anreizsysteme wie z. B. im langjährig bewährten »Rostocker Modell« durch einen hohen Ambulantisierungsgrad auch für Menschen mit intensivem Hilfebedarf einen Beitrag zur Kostendämpfung zu leisten, verbunden mit einer Win-win-Situation für Leistungsträger und -anbieter. Stattdessen ziehen sich die meisten Leistungsträger auf ein reines »Cost cutting« zurück und verstärken kontinuierlich ihre ökonomischen Probleme in der Zukunft. Die neuesten Zahlen der überörtlichen Leistungsträger identifizieren bereits zahlreiche Regionen mit Mecklenburg-Vorpommern als Spitzenreiter, in denen absehbar ist, dass die Leitlinie »viele Heimplätze zu extrem geringen Preisen« fachlich wie ökonomisch ein Scheitern vorprogrammiert.

#### Heimersetzende Alternativen – wie wir uns im Ruhrgebiet dem Thema genähert haben

Die Stiftung Bethel baut im Rahmen ihres Dezentralisierungsprogrammes insbesondere ausgehend vom Traditionsstandort Bielefeld und der gleichzeitigen Verabredung mit dem Leistungsträger, die Disparitäten in der sozialräumlichen Angebotsverteilung innerhalb Westfalens zu verbessern, seit über 15 Jahren kleinere Heimeinrichtungen bis maximal 24 Plätze auf. Dies geschieht in den Regionen, wo eine große Bedarfsunterdeckung an Angeboten mit hoher Unterstützungsintensität und -sicherheit besteht. Mit einer sehr sozialräumlich und quartiersbezogenen Konzeption und der Einbindung in die regionalen Pflichtversorgungs- und Kommunikationsstrukturen soll hier der Gefahr einer reinen Umhospitalisierung der traditioneller Strukturen in die Gebietskörperschaften begegnet werden.

Gleichwohl galt es unter dem Eindruck der Vorboten der o. g. Treiber neben dem fernab gelegenen Großheim und dem sozialräumlich angesiedelten Kleinstheim weitere Wahlmöglichkeiten (siehe auch SGB IX § 9 Abs. 1 u. 2) im Sinne heimersetzender Alternativen aufzubauen, um dem heutigen Artikel 19 der UN-BRK folgend die Wahl zwischen Hilfen zu Hause oder in einer Einrichtung tatsächlich zu ermöglichen.

Eine entscheidende Voraussetzung und strukturelle Bedingung war für uns dabei, die Räume zum Leben und die jeweils notwendigen professionellen Hilfen rechtlich und ökonomisch voneinander zu trennen. Die eigene Wohnung mit ihren sozialen Bezügen sollte der Lebensmittelpunkt und der Bezugspunkt für professionelle Hilfen werden. Ebenso galt es, Hilfen so flexibel wie möglich zu organisieren, um diese dem individuellen Bedarf anpassen zu können, ohne dass wichtige soziale und therapeutische Beziehungen unterbrochen werden müssen: Kontinuität statt Fragmentierung von Unterstützung. Wohnen ist somit der spezifische Bezugspunkt für die Teilhabe in der Gemeinde, für soziale Beziehungen, Freizeit und Arbeit. Personen, die ihre Wohnumwelt nach eigenen Vorstellungen beeinflussen können, zeigen generell eine höhere Zufriedenheit. Mit dem Konzept des *Intensiv Betreuten Wohnens* (IBW) verfolgen wir vor allem das Ziel, Heimalternativen mit hoher Unterstützungssicherheit zu schaffen, eben einen Mietvertrag statt Heimvertrag bei annähernd vergleichbarer Unterstützungssicherheit.

Da diese IBW-Angebote Heimplätze ersetzen sollen, ist die Zugangsvoraussetzung zum IBW die nach dem Clearing- bzw. Hilfeplanverfahren des Leistungsträgers (Landschaftsverband Westfalen-Lippe) festgestellte Notwendigkeit der Betreuung in einer Heimeinrichtung für psychisch kranke Menschen entsprechend den stationären Leistungstypen 15/16 des Landesrahmenvertrages NRW. Beim IBW erhält der Leistungsberechtigte die Wahlmöglichkeit, die Maßnahme »Heim« als ein Budget in Form von Fachleistungsstunden in der eigenen Wohnung zu nutzen, sodass der Leistungserbringer Hilfen flexibel und personenbezogen in allen teilhaberelevanten Lebensbereichen erbringen kann. Dazu gehört u. a. Unterstützung bei der Haushaltsführung und Selbstversorgung, bei der sozialen Beziehungsgestaltung sowie Unterstützung in Krisenzeiten. Die Bemessung der Fachleistungsstunden pro Klient errechnet sich aus dem Preis der sonst notwendigen Heimunterbringungsmaßnahme abzüglich der sogenannten »Hotelkosten« (d. h. einer Pauschale für Wohnung und Lebensunterhalt von ca. 750 Euro pro Monat). Die sich aus dem verbleibenden Betrag ergebende Stundenzahl pro Person und Woche hat sich im Laufe der vergangenen Jahre auf einen Durchschnitt über alle Angebote hinweg von ca. zehn Fachleinstunden eingependelt und schwankt in Abhängigkeit von der

persönlichen Situation. Zusätzlich kann bei Bedarf eine sogenannten Tagesstrukturleistung (Leistungstyp 24 Landesrahmenvertrag NRW) vergleichbar zur stationären Unterbringung finanziert werden (Durchschnittspreis pro Tag = 31 €) oder ein Platz in einer Werkstatt für behinderte Menschen oder eine Tagesstätte besucht werden. Ein weiteres Merkmal ist, dass die Fachleistungsstunden pro Person und persönlichem Kontakt nicht wie in NRW ansonsten üblich präzise über die Quittierung durch die Klienten nachgewiesen werden müssen, sondern dass nur die inhaltlich sinnvolle und mögliche Zahl dokumentiert wird. Alle Fachleistungsstunden können über die im IBW eingeschriebene Zahl von Klienten »gepoolt« werden. Aus diesem hieraus entstehenden Gesamtstundenbudget ist es möglich, neben den individuell erforderlichen Leistungen eine 24-Stunden-Erreichbarkeit verbunden mit Krisendiensten bzw. Nachtbereitschaften sicherzustellen. Es gibt ferner eine Service-Wohnung an jedem Standort in der Nähe der Mietwohnungen, in der eine Gemeinschaftsküche, ein Gemeinschaftswohnzimmer, ein Büro und eine Schlafbereitschaftsmöglichkeit für die Mitarbeitenden vorgehalten werden. Eine Service-Wohnung dient für ca. zwölf Klienten als Treffpunkt, als Kommunikationszentrum, als Ort für gemeinsame Tagesgestaltung, als gemeinsames Wohnzimmer, als Anlaufstelle und in Krisenzeiten als Rückzugsraum mit der Möglichkeit, eine 24-Stunden-Betreuung in Anspruch zu nehmen – all dies nur bei Bedarf. Selbstverständlich sind für die Unterstützung in der eigenen Wohnung die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auch rund um die Uhr erreichbar. Die Grundsätze »so viel wie nötig und so wenig wie möglich« und »alles möglichst im Lebensfeld« greifen hier unmittelbar, da die zu erbringenden Hilfen situationsgebunden ausgehandelt werden. Hervorzuheben ist, dass aufgrund der Zugangsvoraussetzungen durchaus Menschen mit schweren psychiatrischen Krankheitsbildern und wiederkehrenden Krisen das Angebot des IBW nutzen. Als besonderer Anreiz für den Leistungsträger ist vereinbart, dass bei der Wahl des Alternativangebotes IBW ein Einspareffekt von 5 bis 10 Prozent im Vergleich zur traditionellen Heimunterbringung eintritt. Die kosten- und betreuungsintensive ambulante Variante IBW weist damit eine gewisse Robustheit gegenüber dem § 9 Abs. 2 Satz 3 SGB XII (»Mehrkostenvorbehalt«) auf.

## Zwischenbilanz 2014 des Intensiv Betreuten Wohnens (IBW)

Wir blicken im Jahr 2014 auf einen Aufbauzeitraum dieses Angebotes von sechs Jahren in mittlerweile drei Gebietskörperschaften des Ruhrgebietes zurück. In diesem Zeitraum wurden insgesamt 84 Personen mit wesentlichen psychischen Behinderungen intensiv-ambulant in ihren jeweils eigenständig angemieteten Wohnungen unterstützt. Vermieter direkt an die Nutzenden sind in der Regel kooperierende Wohnungsgesellschaften, insbesondere Genossenschaften. Die selbstständige Mieterrolle einschließlich der persönlichen Genossenschaftsanteile unterstreicht damit den Teilhabe- und Selbstbestimmungsgedanken. Das Angebot in Hagen gehört zu den fünf vom Bundesverband evangelische Behindertenhilfe mit dem »mitMenschPreis« 2010 ausgezeichneten Gewinnern und hat damit breite fachliche Anerkennung gefunden.

Aus einer ersten qualitativen Evaluationsstudie mit der TU Dortmund (Grauenhorst et al. 2011; Grauenhorst, Steinhart 2011) ist im Sinne des Kohärenzgefühls nach Antonovsky (1997) besonders herauszustellen, dass die Nutzer und Nutzerinnen trotz erhöhter Lebensrisiken die Zunahme an Selbstbestimmung im IBW als positiv bewerten und aktiv Chancen und Risiken ihrer selbstbestimmten Wohnsituation abwägen. Durch den Gewinn an Selbstständigkeit zeigten sich deutliche Verbesserungen im Hinblick auf ein positiveres Lebensgefühl sowie die Erweiterung und Stärkung von Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein. Der Faktor, dass die Nutzer selbst die Mieter ihrer jeweiligen Wohnungen sind, führte zu mehr Selbstentfaltung und Teilhabechancen. Das stationäre Setting galt vormals als Hemmnis hierfür, während die eigene Wohnung unter anderem die soziale Interaktion begünstigt. Bisherige Erfolge motivieren für die Zukunft und lassen das Leben in der eigenen Wohnung als handhabbar erscheinen. Der Aufwand dafür und die Risiken werden als lohnend empfunden.

Neben diesen qualitativen Studienergebnissen besagen die rein statistischen Daten:

- Diagnostisch verteilen sich die bisher 84 unterstützten Personen zu zwei Dritteln auf die ICD-Diagnosegruppen F2 »Schizophrenie (49%) und F3 »Affektive Störungen« (18%). Den hohen Unterstützungsbedarf signalisieren auch die hervorzuhebenden Nebendiagnosen: F1

»Sucht« (20%) und F6 »Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen« (19%).

- Mit Ausnahme von drei Menschen kamen alle(!) 84 Personen aus ihrer Versorgungsregion. 49% nutzten das IBW nach einem Heimaufenthalt und machten damit Heimplätze wieder frei, 18% kamen aus dem Betreuten Wohnen und benötigten trotz intensiverem Unterstützungsbedarf keinen Heimplatz, ebenfalls 18% wohnten vorher noch bei ihren Familien und konnten so in die eigene Wohnung ohne Heimaufnahme ziehen und bei 15% der Personen ist der vorherige Aufenthaltsort unklar.
- Mittlerweile wurden 27 Personen aus der Intensiv Betreuung entlassen, davon 13 in das ambulant betreute Wohnen, bei zehn Personen wurde das IBW aus diversen Gründen (Abbruch, Umzug, Tod, Rückzug zur Familie etc.) beendet und nur vier Personen sind in eine stationäre Einrichtung (zurück)gezogen.
- Tendenziell scheint sich während des Aufenthalts im IBW auch die Zahl der Krankenhaustage und -aufenthalte zu verringern: Der rasante Rückgang der durchschnittlich im Krankenhaus verbrachten Tage der ersten Jahre war 2013 nicht mehr sichtbar, da hier zwei Personen die Statistik mit einer hohen Zahl an Krankenhausaufnahmen und -tagen erheblich verzerrt haben. Sie sind mittlerweile auf eigenen Wunsch in ein Wohnheim bzw. in eine Gruppenwohnform gewechselt.
- Beide o.g. Fälle sind noch einmal Anlass, die Assessmentkriterien bzw. den Prozess für die Aufnahme in ein IBW-Angebot zu justieren. Tendenziell trauen sich die Mitarbeitenden zunehmend die Unterstützung von Personen mit immer höheren und komplexeren Hilfebedarfen zu – was aus unserer Sicht zunächst positiv zu werten ist, auch wenn in dem einen oder anderen Fall im Verlaufe gemeinsam die Entscheidung für einen Heimvertrag getroffen wird.

## Sozialpolitische Schlussfolgerungen

Aus der Perspektive der qualitativen wie quantitativen Evaluationsergebnisse kann geschlossen werden, dass Intensiv Betreute Wohnformen mit eigenem Mietvertrag und einer der stationären Betreuung vergleichbaren Leistungsintensität nicht nur eine im Einzelfall zu prüfende echte Alternative zur Heimunterbringung sein können, sondern generell zu einem deutlichen Gewinn an Teilhabe und Lebensqualität beitragen.

Wesentliches Merkmal für die Nutzenden ist eine hohe Unterstützungssicherheit, die sich u. a. in einer flexiblen und passgenauen Leistungserbringung und einer 24-Stunden-Erreichbarkeit der Unterstützung ausdrückt. Gleichzeitig beträgt – wie oben beschrieben – der finanzielle Spareffekt des Leistungsträgers 5–10% des vergleichbaren stationären Leistungsentgeltes. Insgesamt handelt es sich um eine Win-win-Situation für alle Beteiligten, denn auch der Leistungserbringer gewinnt eine höhere Flexibilität und eine gewisse Unabhängigkeit von Spezialimmobilien. Die Erfahrungen mit dem Modell des IBW legen auch nahe, dass eine »personenscharfe« Erfassung von ambulanten face-to-face-Leistungen jedenfalls dann in eine Sackgasse führen, wenn auch Menschen mit komplexen Hilfebedarfen unterstützt werden sollen. Pauschalere Kontingent- oder Budgetvarianten könnten in der Ergebnisqualität (Teilhabe, Kosten) deutliche Vorteile haben. Ganz im Sinne der Empfehlungen der Arbeits- und Sozialministerkonferenz der vergangenen Jahre bringt die Trennung von Wohnung und Maßnahme für viele, denen heute eine Heimeinweisung bevorsteht, einen erheblichen Vorteil, wenn alternativ das »Heimbudget« z. B. wie im vorliegenden Modell über die Fachleistungsstunden »ambulantisiert« wird. Auch psychisch kranke Menschen im Quartier mit einer geringeren Betreuungsdichte profitieren von dem Vorhandensein der Service-Wohnung und der damit verbundenen höheren »Unterstützungssicherheit« vor Ort.

Deutlich ist auch geworden, dass das IBW nicht sämtliche Heimplätze in einer Region ersetzen, aber gleichwohl die Zahl notwendiger stationärer Angebote deutlich reduzieren kann, insbesondere dann wenn sie in einem engen Verbund mit klassisch ambulant betreutem Wohnen und Heimplätzen mit sehr intensiver Unterstützung bis zur fakultativ geschlossenen Unterbringung aus einer Hand angeboten werden können – mit Wahlmöglichkeiten für die betroffenen Menschen.

Der zuständige Leistungsträger, der Landschaftsverband Westfalen-Lippe, teilt die von uns vertretene positive Einschätzung des IBW auf Basis der Evaluationsergebnisse der letzten Jahre und hat mit dem Beschluss des Sozialausschusses der Landschaftsversammlung vom Dezember 2013 das IBW in Westfalen-Lippe als eine Form der ambulanten Hilfen für Menschen mit höheren Hilfebedarfen zugelassen und es von einem »Modellstatus« in eine Standardleistung für ganz Westfalen überführt.

### Fachliche und politische Forderungen

Aus unseren bisherigen positiven Erfahrungen lassen sich folgende Forderungen ableiten:

1. Entsprechend den S3-Leitlinien der DGPPN und der UN-BRK gehören heimersetzende Alternativen (z.B. das von uns entwickelte IBW) in das verpflichtende Angebot einer jeden psychiatrischen Versorgungsregion. Alle bundesdeutschen Sozialhilfeträger sollten daher dem Vorbild des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe folgen.

2. Über die Ermächtigung der Personen, entsprechend UN-BRK nach ihrem Willen zu entscheiden und über das darauf aufbauend realisierte selbstbestimmte Wahlrecht aus dem Angebot der Region, wird es schließlich eine *Abstimmung der FüÙe* geben. Darauf aufbauend ist in jeder Region auszutariieren, wie viel Heimplätze am Ende noch erforderlich sind. Wir schlagen der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Sozialhilfeträger daher vor, in den nächsten zehn Jahren durch heimersetzende Alternativen mit der eigenen Wohnung als Mittelpunkt die stationäre Unterbringungsquote in der Eingliederungshilfe wesentlich seelisch behinderter Menschen bezogen auf alle Hilfefälle von zurzeit 40% auf zunächst 20% zu halbieren.

3. Neubauten sollten nur unter bestimmten Bedingungen zugelassen werden wie z.B. die, dass mindestens genauso viele Heimalternativen wie Heimplätze in einer Region vorhanden sein müssen.

4. Die Kommunen sind gefordert, im Rahmen ihrer Daseinsfürsorge heimersetzende Alternativen mit der eigenen Wohnung im Mittelpunkt deutlicher als bisher zu befördern und in der Stadtplanung zu be-

rücksichtigen. Gleiches gilt für die Wohnungsbaugesellschaften, insbesondere die Genossenschaften, die wir im Ruhrgebiet als engagierten, verlässlichen und starken Partner kennen und schätzen gelernt haben. Denn ohne Wohnraum und ohne Begegnung im Quartier kann die Umsetzung der UN-BRK nicht gelingen, schon gar nicht die von der Bevölkerung in diesem Zusammenhang geforderte und für den einzelnen Nachbarn manchmal auch »herausfordernde« *Verehrung der Vielfalt* einschließlich der damit verbundenen Entstigmatisierung psychisch kranker Menschen.

5. Natürlich muss auch die Wissenschaft demnächst »liefern«: Die magere Datenlage über die Lebenslagen psychisch kranker Menschen mit Wohnhilfen im Rahmen der Eingliederungshilfe muss nicht nur grundsätzlich verbessert werden, sondern die Versorgungsforschung ist aufgefordert, endlich z.B. in Form von Multicenter-Studien differenzierte Wirksamkeitsstudien für unterschiedliche Formen von Wohnangeboten durchzuführen. Die Forschungsförderung hat diesen Bereich über Jahrzehnte vernachlässigt und somit zu der »Blackbox«-Situation in der Eingliederungshilfe beigetragen. Sie muss diesen im Rahmen der gesamten UN-BRK-Debatte unerhört wichtigen Bereich der Teilhabe in ihren Katalog endlich mit Priorität aufnehmen – schließlich sind diejenigen, die das Label »wesentlich seelisch behindert« erhalten und in Heimeinrichtungen untergebracht werden, diejenigen, die angeblich »austherapiert« sind und die das gängige psychiatrische Behandlungssystem bereits »abgeschrieben« hat. Internationale Studien und eigene Erfahrungen sprechen allerdings dagegen (siehe u. a. Hoffmann 2014). Diesem Personenkreis

sollte daher von der Forschung wie der Therapie eine deutlich höhere Aufmerksamkeit gelten, verbunden mit neuen Konzepten und neuen Perspektiven im Rahmen heimeretzender ambulanter Angebote.

### Literatur

ANTONOVSKY, A. (1997). Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen  
BUNDESARBEITSGEMEINSCHAFT DER ÜBERÖRTLICHEN SOZIALHILFETRÄGER. Kennzahlenvergleich 2012 BAGüS/con\_sens 2013  
GRAUENHORST, I.; I. STEINHART (2011). »Heim-Alternativen. Wege zu Lebensqualität und Teilhabe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen.« Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 29 (2): 30–32  
GRAUENHORST, I., E. WACKER, B. BERNHARD et al. (2011). »Abschlussbericht zum Forschungsprojekt: Lebensqualität und Nutzerzufriedenheit von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen im Intensiv Betreuten Wohnen (LeNI).« TU Dortmund, Fakultät Rehabilitationswissenschaften.  
HOFFMANN, H. (2013). »Was macht Supported Employment so überlegen?« Die Psychiatrie 10: 95–101.  
HOFFMANN, H. (2014). »Transinstitutionalisierung als Folge des Bettenabbaus. Muss das sein?« Kerbe – Forum für Sozialpsychiatrie 2

### Der Autor

**Prof. Dr. Ingmar Steinhart**  
Geschäftsführung  
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel  
Bethel.regional  
Von-der-Tann-Str. 38  
44143 Dortmund  
ingmar.steinhart@bethel.de