

WiEWohnen MV

Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen in Mecklenburg-Vorpommern

Abschlussbericht

Fördergeber: Landkreis Rostock, endvertreten durch den Landrat, Herrn Sebastian Constien
und der 2. Stellvertreterin des Landrates, Frau Anja Kerl

Projektlaufzeit: Jan 2018 bis Feb 2021

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. Ingmar Steinhart
Wissenschaftliche Mitarbeiterinnen: Sarah Jenderny, Julia Schreiter, Ilka Toebe

Institut für Sozialpsychiatrie MV e. V.
An-Institut der Universitätsmedizin Greifswald
Außenstelle Rostock: Carl-Hopp-Straße 19a, 18069 Rostock
Kontakt: institut@sozialpsychiatrie-mv.de, 0381-87394235

Inhalt

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Hinführung | 4 |
| 2. | Ziel der Studie | 6 |
| 3. | Studiendesign und Erhebungsinstrumente..... | 7 |
| 4. | Projektverlauf | 10 |
| 5. | Rücklauf | 12 |
| 6. | Ergebnisse..... | 13 |
| 6.1 | Beschreibung der Stichprobe..... | 13 |
| 6.1.1 | Basisdaten und Familienstand..... | 13 |
| 6.1.2 | Wohnform und Unterstützungssetting..... | 15 |
| 6.1.3 | Selbstbestimmtes Wohnen und Zufriedenheit..... | 17 |
| 6.1.4 | Schulische und berufliche Biographie..... | 18 |
| 6.1.5 | Psychische und körperliche Beeinträchtigungen..... | 21 |
| 6.1.6 | Vergleich zur WiEWohnen-Stichprobe in Baden-Württemberg..... | 22 |
| 6.1.7 | Fazit..... | 24 |
| 6.2 | Veränderungen innerhalb eines Jahres..... | 26 |
| 6.2.2 | Veränderungen im Betreuungsumfang und Beschäftigungsstatus..... | 27 |
| 6.2.3 | Rehabilitationserwartungen..... | 28 |
| 6.2.4 | Soziales Funktionsniveau..... | 31 |
| 6.2.5 | Verwirklichungschancen..... | 34 |
| 6.2.6 | Lebensqualität und Zufriedenheit..... | 36 |
| 6.2.7 | Psychische Beschwerden..... | 38 |
| 6.2.8 | Externe Bewertung der Gesundheit und des Funktionsniveaus..... | 40 |
| 6.2.9 | Behandlungs-, Unterstützungs- und Krankheitsverlauf..... | 42 |
| 6.2.10 | Fazit..... | 48 |
| 6.3 | Unterstützungs- und Versorgungsbedarf..... | 52 |
| 6.4 | Teilhabeziele und Zielerreichung..... | 58 |
| 7. | Empfehlungen..... | 59 |
| 8. | Reflektion und Ausblick..... | 61 |
| 9. | Zusammenfassung..... | 63 |
| 10. | Literaturverzeichnis..... | 64 |

Abbildungsverzeichnis

| | |
|---|----|
| Abbildung 1: Zeitplan | 7 |
| Abbildung 2: Zweigleisige Strategie bei der Akquise von Teilnehmer*innen..... | 10 |
| Abbildung 3: Rücklauf zum ersten Erhebungszeitpunkt (t0)..... | 12 |
| Abbildung 4: Rücklauf zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t1)..... | 12 |
| Abbildung 5: Rücklauf zum dritten Erhebungszeitpunkt (t2)..... | 12 |
| Abbildung 6: Altersgruppen (n=61)..... | 14 |
| Abbildung 7: Familienstand (n=61)..... | 14 |
| Abbildung 8: Kinder (n=61)..... | 15 |
| Abbildung 9: Wohnform zu Studienbeginn (n=61)..... | 15 |
| Abbildung 10: Fachleistungsstunden (n=61)..... | 16 |
| Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Wohnsituation (n=61)..... | 18 |
| Abbildung 12: Höchster erreichter Schulabschluss (n=61)..... | 19 |
| Abbildung 13: Letzte Beschäftigung auf dem Ersten Arbeitsmarkt (n=61)..... | 19 |
| Abbildung 14: Aktueller Beschäftigungsstatus (n=61)..... | 20 |
| Abbildung 15: Finanzielle Mittel zur freien Verfügung im Monat (n=61)..... | 21 |
| Abbildung 16: Psychiatrische Hauptdiagnose (n=61)..... | 21 |
| Abbildung 17: Ersterkrankungsalter (n=61)..... | 22 |
| Abbildung 18: Vergleich t0-t1: Betreuungsumfang (n=50)..... | 27 |
| Abbildung 19: Vergleich t0-t1: Beschäftigungssituation (n=54)..... | 27 |
| Abbildung 20: Rehabilitationserwartungen im Bereich Wohnen zu t0 (n=42)..... | 28 |
| Abbildung 21: Rehabilitationserwartungen im Bereich Arbeit zu t0 (n=36)..... | 29 |
| Abbildung 22: Vergleich t0-t1: Soziales Funktionsniveau (n=43-54)..... | 32 |
| Abbildung 23: Vergleich t0-t1: Wahrgenommene Einschränkungen (n=54)..... | 34 |
| Abbildung 24: Vergleich t0-t1: Freundschaften (n=54)..... | 36 |
| Abbildung 25: Vergleich t0-t1: Subjektive Lebensqualität und Zufriedenheit (n=47-54)..... | 37 |
| Abbildung 26: Vergleich t0-t1: Psychische Symptombelastung (n=52-54)..... | 38 |
| Abbildung 27: Psychische Symptombelastung zu t1 (n=52-54)..... | 39 |
| Abbildung 28: Vergleich t0-t1: Externe Bewertung Gesundheit und Funktionsniveau (n=19-25)..... | 40 |
| Abbildung 29: Vergleich t0-t1: Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung waren (n=54)..... | 42 |
| Abbildung 30: Vergleich t0-t1: Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen ihrer körperlichen Gesundheit in Behandlung waren (n=54)..... | 42 |
| Abbildung 31: Vergleich t0-t1: Anzahl der Freund*innen mit enger Beziehung außerhalb des Haushalts (n=54)..... | 43 |
| Abbildung 32: Vergleich t0-t1: Anzahl der Familienmitglieder mit enger Beziehung außerhalb des Haushalts (n=54)..... | 43 |
| Abbildung 33: Vergleich t0-t1: Zufriedenheit mit Anzahl der Freund*innen und Familienmitglieder (n=54)..... | 44 |
| Abbildung 34: Vergleich t0-t1: Soziale Eingebundenheit: Gespräche (n=54)..... | 44 |
| Abbildung 35: Vergleich t0-t1: Soziale Eingebundenheit: Ratschlag (n=54)..... | 44 |
| Abbildung 36: Vergleich t0-t1: Soziale Eingebundenheit: Emotionale Unterstützung (n=54)..... | 45 |
| Abbildung 37: Vergleich t0-t1: Soziale Eingebundenheit: Zuneigung (n=54)..... | 45 |
| Abbildung 38: Vergleich t0-t1: Internetnutzung in der Wohnung bzw. Wohneinrichtung (n=54)..... | 46 |
| Abbildung 39: Vergleich t0-t1: Internetnutzung per Smartphone (n=54)..... | 46 |
| Abbildung 40: Vergleich t0-t1: Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen (n=51-54)..... | 47 |
| Abbildung 41: Vergleich t0-t1: Gefühl, von der Gesellschaft respektiert zu werden (n=52)..... | 47 |
| Abbildung 42: Vergleich t0-t1: Unterstützungsbedarfe (n=41-54)..... | 53 |

Tabellenverzeichnis

| | |
|---|----|
| Tabelle 1: Vergleich zur WiEWohnen-Stichprobe in Baden-Württemberg (KVJS 2020)..... | 23 |
| Tabelle 2: Vergleich t0-t1: Ungedekte Unterstützungsbedarfe (n=41-54)..... | 55 |

1. Hinführung

Der Artikel 19 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) besagt, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben sollen, ihren Aufenthaltsort frei zu wählen, selbst zu entscheiden, wo und mit wem sie leben möchten und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben. Menschen mit Behinderung benötigen mitunter Unterstützung in verschiedenen Lebensbereichen, damit ihr Recht auf selbstbestimmte und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gewährleistet wird. Dabei sollen insbesondere die Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX) unterstützen.

Im Landkreis Rostock wurde bereits im Jahr 2014 die Relevanz erkannt, ein einheitliches Hilfeplanverfahren für Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Eingliederungshilfe zu implementieren. Mit fachlich-inhaltlicher Begleitung des Landesverbandes Sozialpsychiatrie MV e. V. widmete sich das Modellprojekt „Psychiatrie am Fall“ (2014-2017) der personenzentrierten Fallsteuerung zur Überwindung der Schnittstellen in der Psychiatrie im Landkreis Rostock. Das Engagement und die Aktivitäten der Akteure vor Ort ermöglichten die Stärkung des regionalen Prozesses hinsichtlich der Entwicklung einer qualitativ hochwertigen und systematisch angelegten Bedarfsermittlung und Hilfeplanung inklusive Hilfeplankonferenz für Leistungsberechtigte der Eingliederungshilfe.

Im Zuge des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) wurde das System der Eingliederungshilfe in den Jahren 2017 bis 2020 grundlegend umgestaltet und stufenweise aus dem Sozialhilferecht (SGB XII) herausgelöst. Mit der Trennung von Unterstützungsmaßnahmen (Fachleistungen) und Wohnform (Hilfe zum Lebensunterhalt) greift das BTHG das Thema „Wohnsituation für Menschen mit Behinderungen“ explizit auf. Die Eingliederungshilfeleistungen sollen sich am individuellen Bedarf des Menschen und nicht mehr an der Wohnform orientieren. Die Umsetzung dieses novellierten Eingliederungshilferechts eröffnet zahlreiche Chancen, z. B. in Form von personenzentrierten Unterstützungsleistungen, und stellt gleichzeitig Leistungsträger und Leistungserbringer vor neue Herausforderungen in der Umsetzung und Wirkungskontrolle ihrer Leistungen.

Angesichts dieses Paradigmenwechsels von einrichtungsbezogenen zu personenzentrierten Leistungen gilt es, an die Bestrebungen des Modellprojektes „Psychiatrie am Fall“ im Landkreis Rostock anzuknüpfen und wirksame Faktoren bei der Leistungserbringung zu identifizieren, die in die Ausgestaltung der Unterstützung einbezogen werden können. Es stellt sich daher zum einen die Frage, wie sich die Unterstützungsbedarfe und Lebenslagen der Personen mit seelischen Behinderungen beschreiben lassen, die Eingliederungshilfeleistungen in Anspruch nehmen. Zum anderen ist zu diskutieren, inwiefern Wirkungen der Eingliederungshilfe sichtbar gemacht werden können. Widmet man sich den bestehenden wissenschaftlichen Erkenntnissen zu den Lebenslagen der Leistungsberechtigten und den Wirkfaktoren unterstützter Wohnformen, findet man eine stark limitierte und wenig systematische Datenlage im Bundesgebiet vor.

Aus dem aktuellen Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS) ist bekannt, dass 407.539 volljährige Menschen Ende 2018 eine Wohnbetreuung in stationären Einrichtungen oder in ambulant unterstützten Wohnformen erhielten (BAGüS 2020). Im Vergleich zum Vorjahr ergibt sich eine Steigerung von 2,1 %. Die Gruppe der Personen mit seelischer Behinderung nimmt im stationären Wohnen 30,4 %, im ambulanten Wohnen 70,5 % der volljährigen Leistungsberechtigten ein.

Trotz der bundesweit steigenden Anzahl der Leistungsberechtigten und dem konstant hohen Anteil von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen im Leistungsbezug, existieren insbesondere für diese Teilgruppe im deutschen Sprachraum nur sporadisch systematische Studien zur Evaluation der Wohnumstände. Im Rahmen der BAESCAP-Studie (Teilprojekt C) wurde die biopsychosoziale Gesundheitslage und Versorgungssituation psychisch kranker, erwachsener Menschen auf Basis des Capabilities-Approachs und der UN-BRK untersucht (Landesverband Sozialpsychiatrie MV e. V. et al. 2018). Der Zugang zum Forschungsfeld ist der Studie gelungen, indem die Nutzer*innen sozialpsychiatrischer Leistungen der Eingliederungshilfe selbst zu ihrer Lebenssituation befragt wurden.

Die Untersuchungen zur Ergebnisqualität in der Eingliederungshilfe der Hansestadt Rostock am Beispiel der Zielgruppe „Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen“ von Ingmar Steinhart und Anja Höptner waren ein Anfang, die mangelnde Kenntnislage im Bereich der Wirkungsforschung zu bearbeiten (Steinhart & Höptner 2016).

Die Studie „WiEWohnen Mecklenburg-Vorpommern“ (WiEWohnen MV) befasst sich nun weitergehend und systematisch im Landkreis Rostock mit der Thematik, um zu klären, ob und wie die Maßnahmen der Eingliederungshilfe Wirkungen im Sinne eines Rehabilitationserfolges erzeugen. Diese Erkenntnisse sollen eine verbesserte Passgenauigkeit der Hilfen sowie einen passgenauen Einsatz der finanziellen Mittel der Eingliederungshilfe ermöglichen. Die „WiEWohnen“-Studie ist eingebunden in einen überregionalen Forschungsverbund mit Standorten in Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Bern/Zürich (Schweiz).

2. Ziel der Studie

Das Ziel von WiEWohnen MV besteht darin, die Ergebnisqualität der Eingliederungshilfe Wohnen zu analysieren und damit die Grundlagen für empirisch fundierte Zuweisungen von bzw. Empfehlungen für Menschen mit seelischen Behinderungen bezüglich unterschiedlicher Wohnunterstützungsangebote zu schaffen. Der vorliegende Bericht nähert sich diesem Ziel auf verschiedenen Ebenen:

- Die Beschreibung der Stichprobe zum ersten Erhebungszeitpunkt bietet einen Eindruck davon, wie die Gruppe der Leistungsempfänger*innen im Bereich der Eingliederungshilfe Wohnen im Landkreis Rostock charakterisiert werden kann. (► Kapitel 6.1)
- Das Längsschnittdesign der Studie ermöglicht Aussagen darüber, was sich im Verlauf eines Jahres im Leistungsbezug der Eingliederungshilfe Wohnen bei den Studienteilnehmer*innen verändert. (► Kapitel 6.2)
- Darüber hinaus können bislang ungedeckte Bedarfe in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen ermittelt und zukünftige Herausforderungen für die Leistungsträger und -anbieter abgeleitet werden. (► Kapitel 6.3)

Die Besonderheit der WiEWohnen-Studie liegt in der Befragung der Leistungsempfänger*innen selbst, sodass die empirischen Ergebnisse die Lebenswelt aus Sicht der Betroffenen widerspiegeln. Darüber hinaus bietet das Längsschnittdesign der Studie die Chance, nicht nur eine Momentaufnahme, sondern die Entwicklung über den Untersuchungszeitraum abzubilden.

Zielgruppe

Ursprünglich sollten alle Personen mit wesentlichen seelischen Behinderungen (i. S. von § 2 (1) SGB IX), die im Zeitraum von Januar 2018 bis November 2018 eine Neubewilligung oder wesentliche Leistungsänderung einer Eingliederungshilfemaßnahme im Bereich Wohnen vom Landkreis Rostock erhalten haben, in die Studie eingeschlossen werden.

Bei einer sehr geringen Stichprobengröße verlieren selbst einfache statistische Berechnungen ihre Repräsentativität und lassen somit kaum Rückschlüsse auf die Gesamtpopulation zu. Da sich der Rücklauf bis April 2018 als unbefriedigend erwies, wurden die Aufnahmekriterien für die Studie erweitert. Alle Projektbeteiligten verständigten sich gemeinsam auf den erweiterten Einschluss von Klient*innen ohne Leistungsänderung in der Eingliederungshilfe Wohnen. Da bei einer Weiterbewilligung ohne Leistungsänderung der Befragungszeitpunkt (anfänglich max. 8 Wochen nach Bewilligung bzw. Leistungseintritt) eine untergeordnete Rolle spielt, konnten zu diesem Zeitpunkt rückwirkend zum 01.01.2018 alle Klient*innen mit einer Weiterbewilligung ohne Leistungsänderung zur Studie zugelassen werden. Als eine weitere Maßnahme, um die wissenschaftliche Aussagekraft durch höhere Fallzahlen zu verbessern, wurde die Rekrutierungsphase (t0) um ein Jahr bis einschließlich 30.11.2019 verlängert. Ein unverändertes Kriterium für die Studienteilnahme blieb das Mindestalter von 18 Jahren.

3. Studiendesign und Erhebungsinstrumente

Die Datenerhebung erfolgte in Form einer zweijährigen Kohortenlängsschnittstudie, d. h. die Studienteilnehmer*innen wurden zu insgesamt drei Terminen, zu Beginn (Neu- oder Weiterbewilligung) der Eingliederungshilfemaßnahme im Bereich Wohnen (t0) sowie im Verlauf nach einem (t1) und zwei Jahren (t2) zu den inhaltlich relevanten Prädiktoren und Wirkungsindikatoren befragt.

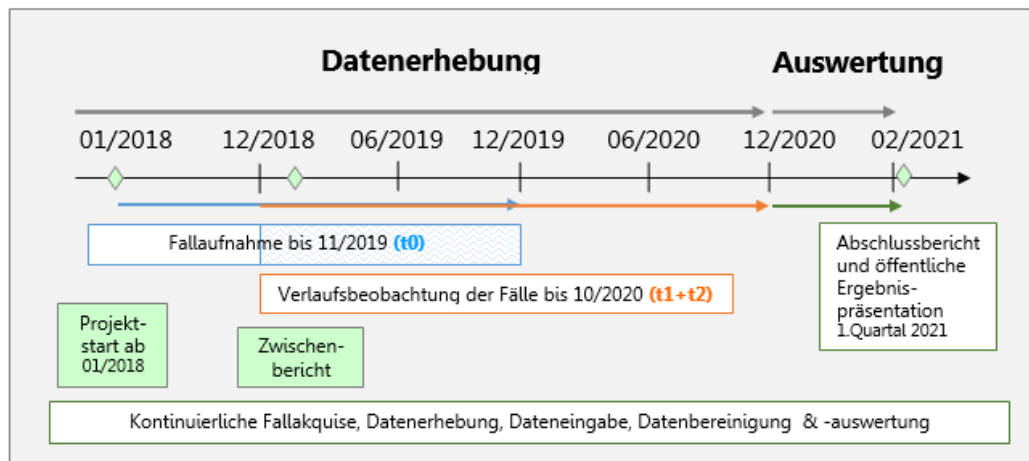


Abbildung 1: Zeitplan

Die Phase der Erstbefragung (t0) erstreckte sich vom 01.01.2018 bis zum 30.11.2019 und bildete somit die Baseline für alle weiterführenden Befragungen (► Abb. 1). Ab dem 01.12.2019 erfolgte keine weitere Aufnahme von Studienteilnehmer*innen, sondern ausschließlich die Verlaufsbeobachtung und -dokumentation der bereits eingeschlossenen Teilnehmer*innen. Parallel begann seit dem 01.01.2019 die zweite Befragungswelle (t1). Aufgrund der Verlängerung der Rekrutierungsphase (t0) um ein Jahr und der zeitlichen Begrenzung durch das Projektende verkürzte sich der dritte Erhebungszeitraum (t2) um maximal sechs Monate und somit erfolgte die letzte Befragung ca. ein halbes bis ganzes Jahr nach t1.

Erhebungsinstrumente

Um die Merkmale der Leistungsempfänger*innen und die Struktur des Leistungsangebots der Eingliederungshilfe sowie die intervenierenden Variablen zu erheben, kamen folgende Befragungsinstrumente zum Einsatz:

Basisdaten

Zum ersten Messzeitpunkt sind die relevanten soziodemografischen und klinischen Stammdaten, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Wohnform und psychiatrische Diagnose, in einem Gespräch durch den/die Projektmitarbeiter*in erhoben worden.

Soziales Funktionsniveau

Die Social Functioning Scale, kurz SFS, wurde eingesetzt, um die sozialen Fertigkeiten und deren Ausübung zu erfassen. Dieser standardisierte Fragebogen liegt als Fremd- und Selbstbeurteilungsbogen vor, wurde im Kontext dieser Studie jedoch allein von der/dem Teilnehmenden ausgefüllt.

Verwirklichungschancen

Mit dem Oxford CAPabilities Questionnaire-Mental Health, kurz OxCAP-MH, lassen sich die Verwirklichungschancen und die Lebensqualität der Teilnehmer*innen mittels 16 Items auf einer 5-stufigen Likert-Skala abbilden. Auch dieser Fragebogen wurde durch den/die Teilnehmer*in bearbeitet.

Lebensqualität und Zufriedenheit

Anhand des Manchester Short Assessment of Quality of Life, kurz MANSA, bekamen die Befragten die Möglichkeit, Angaben zu verschiedenen Bereichen und Aspekten ihres Lebens (z. B. Arbeit, Finanzen, Freizeit, Gesundheit) zu machen, mittels derer sich eine subjektiv empfundene Lebensqualität darstellen lässt.

Psychische Beschwerden

Ein weiterer, von dem/der Teilnehmer*in ausgefüllter Fragebogen ist der SCL-K-9. Diese Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90-R lässt Rückschlüsse auf die psychische Symptombelastung und Psychopathologie der Teilnehmer*innen zu.

Behandlungs-, Unterstützungs- und Krankheitsverlauf

Durch eine modifizierte Version des Client Sociodemographic Service Receipt Inventory, kurz CSSRI, bekam der/die Projektmitarbeiter*in im Gespräch einen Eindruck über die somatische und psychische Gesundheit des/der Teilnehmer*in sowie über das Unterstützungssetting und dessen Beurteilung durch den Befragten bzw. die Befragte.

Rehabilitationserwartung / Reha-Erfolg

Neben der Selbstauskunft des/der Teilnehmer*in stützte sich der Fragebogen zu den Teilhabe-Erwartungen in den Bereichen Wohnen und Arbeit zusätzlich auf die Einschätzungen des/der jeweiligen Bezugsmitarbeiter*in und ergänzte somit die Daten aus professioneller Sicht.

Verarbeitungsgeschwindigkeit

Der Trail Making Test, kurz TMT, ist ein weit verbreitetes Screeningverfahren, welches der Diagnostik verschiedener neuropsychologischer Funktionsbereiche, wie Aufmerksamkeit und kognitive Flexibilität, dient. Unter Anleitung des/der Projektmitarbeiter*in wurden die Testbestandteile A und B in möglichst kurzem Zeitfenster von den Befragten durchgeführt.

Unterstützungs- und Versorgungsbedarf

Für Informationen über Unterstützungs- und Versorgungsbedürfnisse hinsichtlich verschiedener Lebensbereiche interviewte der/die Projektmitarbeiter*in den/die Teilnehmer*in auf Grundlage des Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule, kurz CANSAS.

Gesundheit und Funktionsniveau

Anhand des Health of the Nation Outcome Scales, kurz HoNOS, gab der/die Bezugsmitarbeiter*in eine professionelle Beurteilung über die Gesundheit und das Funktionsniveau seines/r Klient*in in unterschiedlichen Bereichen ab.

Teilhabeziele

Die Teilhabeziele, ermittelt im Rahmen des Gesamtplanverfahrens, dienen als Basis für eine kompetente und effektive Leistungsplanung sowie fachgerechte Wirkungskontrolle. Jeweils am Ende des Bewilligungszeitraumes wurde die Zielvereinbarung gemäß dem Landesrahmenvertrag aus drei unterschiedlichen Perspektiven bezüglich der Zielerreichung bewertet. Zum Ende der Projektlaufzeit sollten die Ziele und Zielerreichungsgrade dem Institut für Sozialpsychiatrie MV e. V. zur Auswertung übermittelt werden.

Insgesamt hatte das ausgewählte Set an Erhebungsinstrumenten den Anspruch, ein möglichst umfassendes Bild der Personengruppe zu zeichnen, für die im Bereich der Eingliederungshilfe Wohnen durch den Landkreis Rostock Leistungen gewährt werden.

4. Projektverlauf

Im Januar 2018 startete das 3,5-jährige Projekt mit einer umfassenden Auftaktveranstaltung für alle projektbeteiligten Personen, Einrichtungen und Partner*innen im Landkreis Rostock. Im beeindruckenden „Ovalen Saal“ der Kreisverwaltung in Bad Doberan informierten die Mitarbeiterinnen des Instituts für Sozialpsychiatrie MV e. V. (ISP) sowie der Projektleiter Prof. Ingmar Steinhart am 18.01.2018 über das Projekt WiEWohnen MV. Mitarbeiter*innen des Sozialamtes und verschiedene Leistungserbringer im Landkreis Rostock sind zahlreich erschienen und zeigten sich dem neuen Projekt gegenüber interessiert und aufgeschlossen.

Seit dem 01.01.2018 erfolgte die Identifikation und Meldung der Studienteilnehmer*innen durch den Leistungsträger (Sozialamt Landkreis Rostock) an das ISP. Bereits in den ersten Monaten zeichnete sich ab, dass nicht genügend Teilnehmer*innen durch die Ansprache im Sozialamt gewonnen werden konnten. Ähnliche Erfahrungen und Schwierigkeiten mit dem Rücklauf berichtete das WiEWohnen-Projekt in Baden-Württemberg (WiEWohnen BW), das ein ähnliches Verfahren zur Rekrutierung von Teilnehmer*innen nutzte. Im Landkreis Rostock wurde im Frühjahr 2018 in Absprache mit allen Projektbeteiligten die Akquise-Strategie überarbeitet, um die Teilnehmer*innenzahl möglichst zu erhöhen (► Abb. 2). Statt potenzielle Studienteilnehmer*innen nur von Seiten des Leistungsträgers im Rahmen des Gesamtplanverfahrens für die Studie anzuwerben, wurden zusätzlich Leistungserbringer um ihre Unterstützung gebeten.

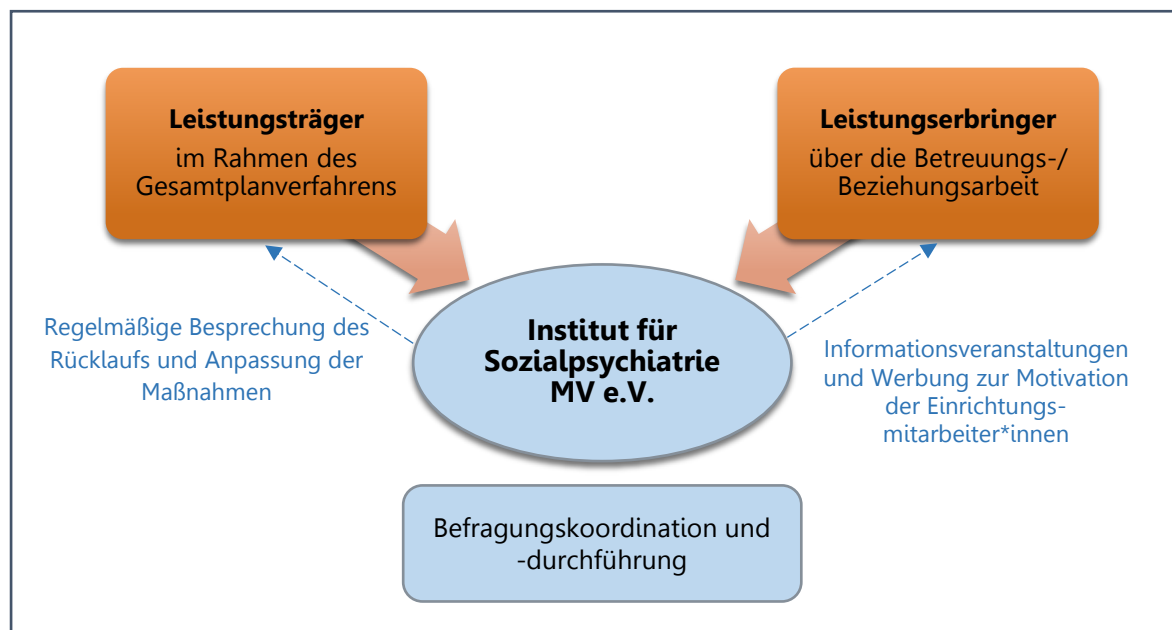


Abbildung 2: Zweigleisige Strategie bei der Akquise von Teilnehmer*innen.

Zu diesem Zweck führten die Mitarbeiterinnen des ISP Informationsveranstaltungen im Landkreis Rostock zur Bewerbung der WiEWohnen-Studie und zur Motivation der Leistungserbringer durch. Dies erfolgte zum einen im Rahmen formeller Gremien (z. B. im „Qualitätszirkel“ und der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft „Allgemeine Psychiatrie“) und zum anderen durch individuelle Informationsveranstaltungen bei einzelnen Leistungserbringern, die sich an die dortigen Mitarbeiter*innen bzw. z. T. auch direkt an die Leistungsempfänger*innen richteten.

Terminvereinbarung und Ablauf der Befragung

Um für interessierte Klient*innen einen Termin für die Befragung zu vereinbaren, sendete der/die Mitarbeiter*in des Sozialamtes oder des entsprechenden Leistungserbringers eine von der/dem Klient*in unterschriebene Einverständniserklärung zur Kontaktaufnahme an das ISP oder übermittelte direkt einen Terminwunsch an das Projektteam. Anhand der zuvor verteilten Flyer hatten die Interessent*innen auch die Möglichkeit, selbst Kontakt zu den wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen aufzunehmen, ggf. Informationen einzuholen und einen Termin zu vereinbaren.

Nach erfolgreicher Terminabsprache traf jeweils eine der Projektmitarbeiterinnen den/die interessierte/n Klient*in zumeist in der Einrichtung des Leistungserbringers oder der eigenen Häuslichkeit. Auf Wunsch konnte die Befragung auch an einem öffentlichen Ort, beispielsweise in einem ruhigen Café, stattfinden. Vor der Befragung wurden die Klient*innen über Ablauf, Ziel und Tragweite des Projekts sowie über ihre Rechte zum Widerruf aufgeklärt. Bei Einwilligung in die Studienteilnahme wurde eine schriftliche Einverständniserklärung der Teilnehmer*innen eingeholt.

Die Befragung dauerte im Durchschnitt 90 Minuten und wurde bei Bedarf durch Pausen aufgelockert oder auf mehrere Termine aufgeteilt. Einige Teilnehmer*innen nutzten das Angebot, eine Person ihres Vertrauens hinzuzuziehen, sodass einige Gespräche mit Unterstützung von Familienmitgliedern, Freund*innen oder dem/der Bezugsbetreuer*in durchgeführt wurden. Im Anschluss an die Befragung wurden, mit Einverständnis des/der Befragten, zwei kurze Fragebögen an den/die entsprechende/n Bezugsmitarbeiter*in verschickt, um die erhobenen Daten mit Angaben aus professioneller Sicht zu ergänzen. Nach den ersten beiden Interviewterminen erhielten die Teilnehmer*innen jeweils 15 € und nach der dritten Befragung weitere 20 € als Aufwandsentschädigung. Insgesamt wurden die Studienteilnehmer*innen somit mit maximal 50 € für ihren persönlichen Aufwand entschädigt.

Zur Vereinbarung der zweiten und ggf. dritten Befragung (t1 und t2) nahmen die Projektmitarbeiterinnen direkten Kontakt zu den Teilnehmer*innen, bzw. wenn gewünscht zu ihren Bezugsmitarbeiter*innen, auf und vereinbarten, unabhängig von einer weiteren Leistungserbringung, einen erneuten Befragungstermin. Sofern logistisch und finanziell möglich, wurden die Teilnehmer*innen auch nach Verzug weiterhin durch die wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen interviewt. Da die Befragung sehr umfassend war und zum Teil sehr sensible Themen angesprochen hat, waren die Mitarbeiterinnen des ISP bemüht, eine angenehme Interviewatmosphäre zu schaffen und den Teilnehmer*innen mit besonderem Einfühlungsvermögen zu begegnen. Als besonders positiv stellte sich heraus, dass für das Wissenschaftsteam auch eine Mitarbeiterin mit eigener Psychiatrie-Erfahrung angeworben werden konnte, die besonders sensible Interviews übernahm.

Im Frühjahr 2019 erfolgte die erste deskriptive Auswertung und Darstellung der Stichprobe zu t0 in einem Zwischenbericht. Alle Projektbeteiligten trafen sich über den gesamten Projektzeitraum in regelmäßigen Abständen zur Abstimmung über den aktuellen Stand und zur Vereinbarung notwendiger Nachjustierungen, um einen bestmöglichen Projektverlauf zu erzielen.

5. Rücklauf

In den Jahren 2018 und 2019 erfolgte die Rekrutierung der Stichprobe (t0) (► Abb. 3). Durch die Verlängerung der Rekrutierungsphase konnte die Teilnehmer*innenzahl bis November 2019 beinahe verdoppelt werden und erzielte somit den gewünschten Effekt.

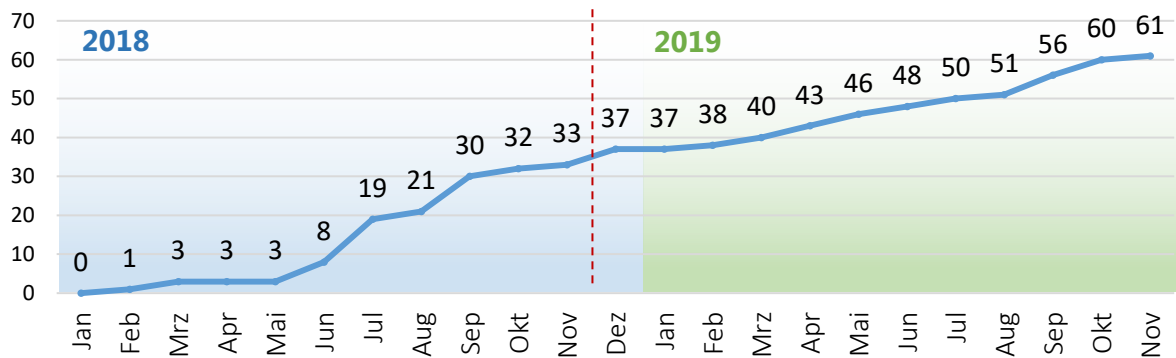


Abbildung 3: Rücklauf zum ersten Erhebungszeitpunkt (t0) --- ursprüngliches Ende der Rekrutierungsphase

Parallel begann ab April 2019 für die ersten Studienteilnehmer*innen die zweite Erhebungsphase (t1) (► Abb. 4). Diese erstreckte sich bis Oktober 2020.

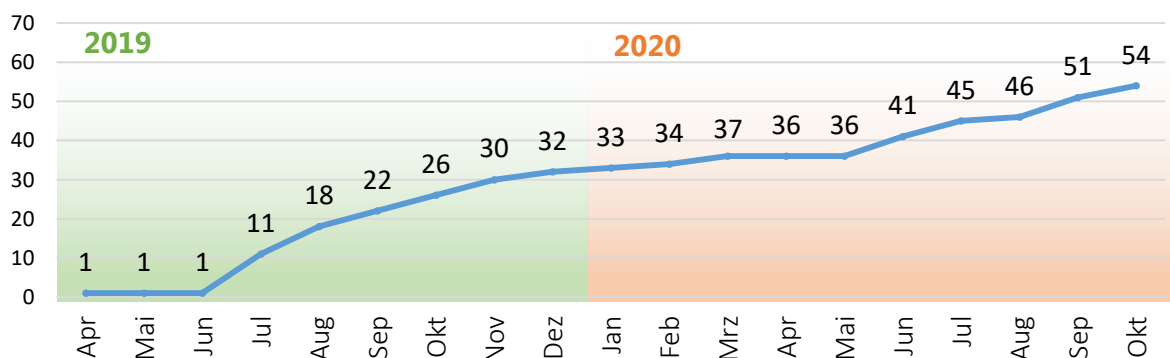


Abbildung 4: Rücklauf zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t1)

Wiederum parallel hätte ab April 2020 die dritte Erhebungsphase (t2) beginnen müssen. Aufgrund der coronabedingten Einschränkungen konnte die Erhebung jedoch erst im Juli 2020 aufgenommen werden und wurde im Oktober 2020 abgeschlossen (► Abb. 5).

Da die Rekrutierungsphase um ein Jahr verlängert wurde, die Projektlaufzeit aber gleich blieb, konnten nicht alle Teilnehmer*innen von t0 am dritten Erhebungszeitpunkt t2 teilnehmen.

Der Drop-Out konnte im weiteren Verlauf sowohl bei t1 als auch bei t2 geringgehalten werden. Insgesamt umfasst die Stichprobe 61 Personen (t0), von denen 54 am zweiten Erhebungszeitpunkt (t1) und 34 am dritten Erhebungszeitpunkt (t2) teilgenommen haben.

Der Landkreis konnte uns keine Zahlen zum Potenzial aller Leistungsempfänger*innen mit seelischen Beeinträchtigungen zur Verfügung stellen, sodass zur Rücklaufquote keinerlei Aussagen getroffen werden können.

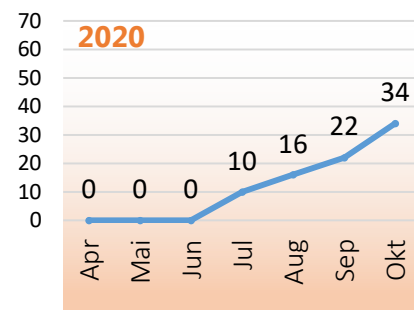


Abbildung 5: Rücklauf zum dritten Erhebungszeitpunkt (t2)

6. Ergebnisse

Im Nachfolgenden werden die Ergebnisse der statistischen Analysen aufgeführt. Dabei werden verschiedene thematische Schwerpunkte gesetzt: Zunächst wird die Stichprobe beschrieben, um einen Eindruck zu gewinnen, wie die Leistungsempfänger*innen der Eingliederungshilfe Wohnen im Landkreis Rostock zum Zeitpunkt der ersten Erhebung charakterisiert werden können (► Kapitel 6.1). Die Längsschnittstudie „WiEWohnen“ ermöglicht Aussagen zum Verlauf, sodass auch abgebildet werden kann, was sich innerhalb eines Jahres im Leistungsbezug der Eingliederungshilfe Wohnen bei den Studienteilnehmer*innen verändert (► Kapitel 6.2). Außerdem ergibt sich die Chance, bislang ungedeckte Bedarfe in der Versorgung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen zu ermitteln und zukünftige Herausforderungen für die Leistungsträger und -anbieter abzuleiten (► Kapitel 6.3).

6.1 Beschreibung der Stichprobe

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (t0) konnten insgesamt 61 Personen befragt werden. In den folgenden Unterkapiteln wird diese Ausgangsstichprobe anhand der erhobenen soziodemographischen Daten beschrieben. Sämtliche Angaben beziehen sich auf die gültigen Fälle, die jeweils durch die Gesamtzahl „n“ angezeigt werden.

Leitfragen der folgenden Kapitel ► 6.1.1 bis ► 6.1.7 sind:

- *Wer wurde in die Studie eingeschlossen?*
- *Wie kann die Stichprobe im Landkreis Rostock beschrieben werden?*

6.1.1 Basisdaten und Familienstand

Im Folgenden finden sich Angaben zum Geschlecht, Alter und Familienstand sowie zur Elternschaft der Befragten.

Geschlecht

Betrachtet man die Geschlechterverteilung, zeigt sich eine Mehrheit an männlichen Teilnehmern. Es haben sich 33 Männer (54,1 %) und 28 Frauen (45,9 %) an der Befragung beteiligt (n=61).

Alter

Das Alter der Teilnehmer*innen beträgt im Durchschnitt (MW) 45,3 Jahre und der Median (MD) liegt bei 47 Jahren (n=61). Der/die jüngste Teilnehmer*in ist zum Zeitpunkt der Erhebung 19 Jahre und der/die älteste 69 Jahre alt. Damit beträgt die Spannweite vom minimalen zum maximalen Alter genau 50 Jahre.

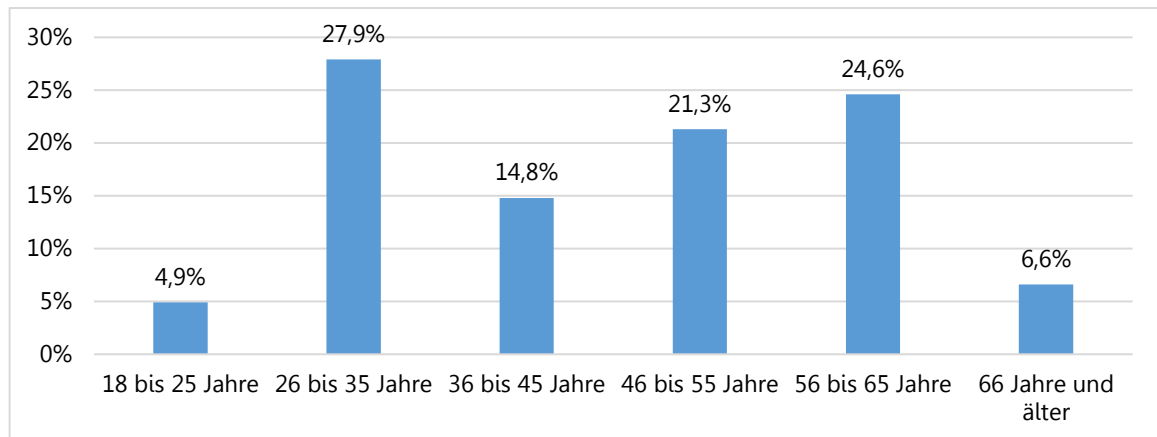


Abbildung 6: Altersgruppen (n=61).

Insgesamt ist die Gruppe der 26- bis 35-Jährigen am häufigsten in der Stichprobe vertreten, gefolgt von den 56- bis 65-Jährigen (► Abb. 6). Sowohl in der jüngsten als auch in der ältesten Gruppe finden sich vergleichsweise wenige Teilnehmer*innen wieder.

Familienstand

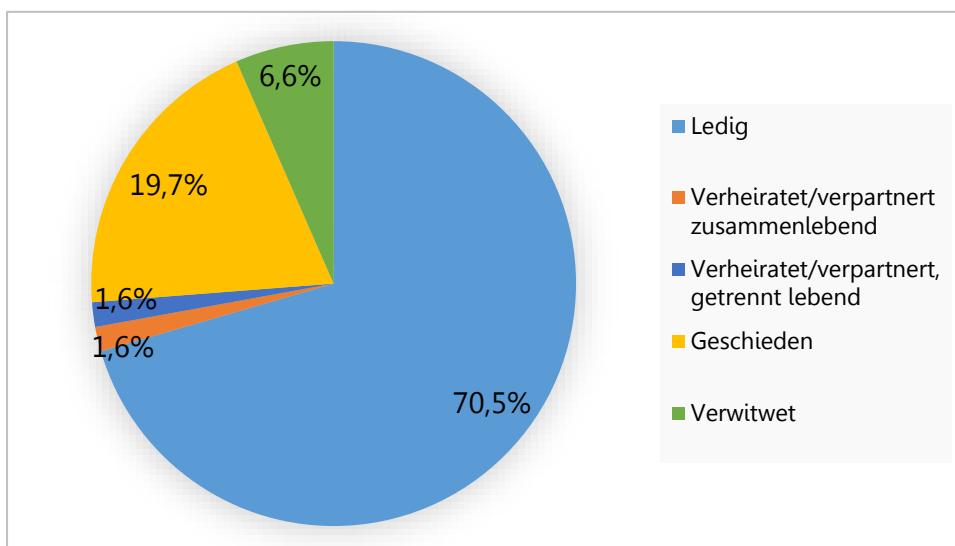


Abbildung 7: Familienstand (n=61).

Mit 70,5 % gab die überwiegende Mehrheit der Befragten an, zum Zeitpunkt der ersten Erhebung ledig zu sein, 19,7 % waren geschieden, 6,6 % verwitwet und insgesamt 3,2 % verheiratet oder lebten in einer eingetragenen Partnerschaft (► Abb. 7).

Neben dem Familienstand wurden die Teilnehmer*innen auch nach Bestehen einer festen Partnerschaft befragt. Es überwog der Anteil der partnerlosen Teilnehmer*innen mit 86,7 % deutlich gegenüber dem Anteil der Personen in fester Partnerschaft mit 13,3 % (n=60).

Kinder

Über die Hälfte der Befragten gab an, keine Kinder zu haben (► Abb. 8). Mehr als ein Drittel hatte ein bis zwei Kinder, 11,5 % waren Eltern von drei Kindern oder mehr.

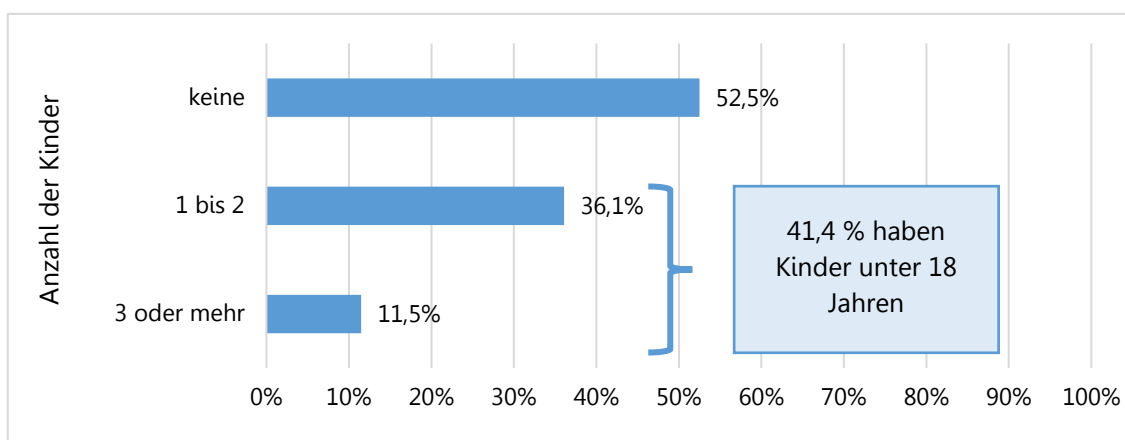


Abbildung 8: Kinder (n=61).

Von den 29 Teilnehmer*innen mit Kind(ern) gaben 41,4 % an, Kinder unter 18 Jahren zu haben. Lediglich 7 Personen, dies entspricht etwa einem Viertel der Eltern, gaben zum Zeitpunkt der ersten Erhebung an, mit ihrem Kind bzw. ihren Kindern zusammenzuwohnen.

6.1.2 Wohnform und Unterstützungssetting

Im Folgenden finden sich Angaben zur Wohnform inklusive der Fachleistungsstunden und der insgesamt in betreuten Wohnformen verbrachten Zeit sowie zum Vorhandensein einer ergänzenden gesetzlichen Betreuung.

Wohnform

Insgesamt wurden 86,9 % der Studienteilnehmer*innen im Einzelwohnen oder in einer Wohngemeinschaft ambulant betreut (► Abb. 9). In offenen Wohnheimen lebten zu Studienbeginn 13,1 % der Befragten.

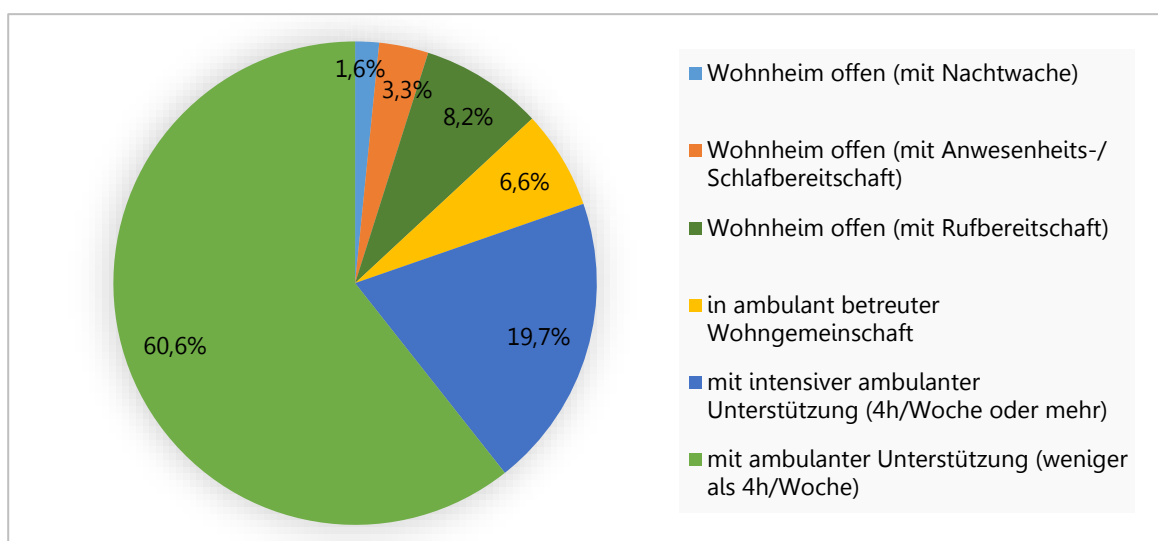


Abbildung 9: Wohnform zu Studienbeginn (n=61).

Das Wohnen in einem (fakultativ) geschlossenen Wohnheim, im dezentralen Wohnheim sowie das Wohnen in einer Gastfamilie mit begleitendem Fachdienst (BWF) traf auf keine/n der Teilnehmer*innen zu.

Die Vertragsgrundlage der Wohnform beruhte in 88,5 % der Fälle auf einem Miet- bzw. Wohnvertrag und bei 11,5 % der Personen auf einem Heim- bzw. Betreuungsvertrag (n=61).

Fachleistungsstunden

Die Mehrheit der Teilnehmer*innen wurde bei Studieneinschluss mit weniger als vier Fachleistungsstunden wöchentlich betreut, 21,3 % erhielten zwischen vier und neun Fachleistungsstunden (► Abb. 10). Keine/r der Teilnehmer*innen gab an, zehn oder mehr Stunden durch Eingliederungshilfeleistungen wöchentlich unterstützt zu werden. Zwei Personen konnten oder wollten hierzu keine Angabe machen.

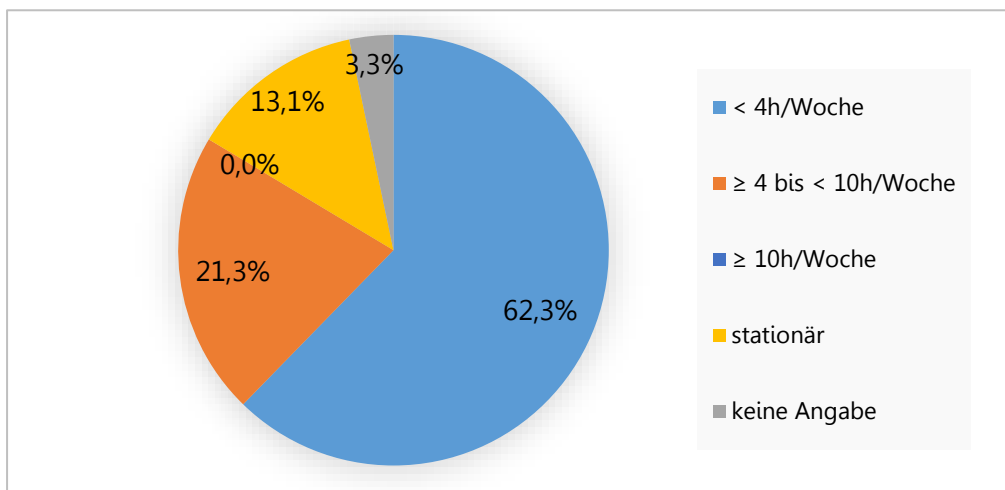


Abbildung 10: Fachleistungsstunden (n=61).

Im Durchschnitt erhielten die ambulant betreuten Studienteilnehmer*innen zum Projektbeginn 3,2 Fachleistungsstunden wöchentlich.

Anzahl der Jahre in betreuten Wohnformen

Die Teilnehmer*innen verbrachten zum Zeitpunkt der ersten Erhebung durchschnittlich 4,2 Jahre in betreuten Wohnformen (n=59). Dabei gab es einerseits Personen, die erstmalig Eingliederungshilfeleistungen in Anspruch genommen haben und andererseits Personen, die bereits bis zu 16 Jahre im Bereich Wohnen unterstützt wurden. Der Median lag bei 3 Jahren, d. h., dass 50 % der Teilnehmer*innen weniger und 50 % mehr als 3 Jahre in betreuten Wohnformen lebten.

Pflegegrad

Von den 61 Studienteilnehmer*innen gaben 95,1 % an, keinen Pflegegrad zu besitzen. Die 4,9 % mit Pflegegrad verteilten sich auf drei Teilnehmer*innen. Von diesen verfügten zwei Personen über Pflegegrad 2 und eine Person über Pflegegrad 1.

Pflegedienst

Auch wenn im Großteil der Fälle keine Pflegegradeinstufung vorlag, erbrachte bei 21,3 % der Teilnehmer*innen zusätzlich ein Pflegedienst Leistungen des SGB V, vorwiegend für die Vergabe von Medikamenten. Drei Viertel der Teilnehmer*innen nahmen keinen Pflegedienst in Anspruch, 3,3 % konnten oder wollten zu dieser Frage keine Angabe machen.

Gesetzliche Betreuung

Von den 61 befragten Personen gaben 31,1 % an, keine gesetzliche Betreuung zu haben. Die übrigen 68,9 % wurden nach eigenen Angaben in verschiedenen Bereichen durch eine gesetzliche Betreuung unterstützt.

6.1.3 Selbstbestimmtes Wohnen und Zufriedenheit

Am ersten Erhebungszeitpunkt wurden die 61 Teilnehmer*innen befragt, inwiefern sie ihre derzeitige Wohnform und ihren Alltag selbst bestimmen können.

Auf die Frage, ob sie frei entscheiden konnten, in welcher Wohnform sie leben möchten, antworteten 83,6 % der 61 Befragten mit „Ja“. Insgesamt gaben somit 16,4 % an, dass sie über ihre derzeitige Wohnsituation nicht selbst bestimmen konnten, davon 4,9 % teilweise und 11,5 % vollständig. Die Gründe hierfür waren sehr vielfältig: Am häufigsten wurde die Alternativlosigkeit der derzeitigen Wohnumstände bzw. die fehlende Verfügbarkeit anderer Wohnangebote genannt. Vereinzelt gaben die Befragten an, dass die/der Betreuer*in oder das Amt die gewünschte Wohnform nicht erlaubt hatten, der Mietpreis zu hoch war oder für den Umzug wenig Zeit zur Verfügung stand.

Ähnliches zeigte sich bei der Frage nach dem bevorzugten Wohnort. 78,7 % der 61 Befragten gaben an, dass sie frei entscheiden konnten, in welcher Stadt bzw. in welchem Stadtteil sie leben möchten. 13,1 % der Befragten berichteten, dass sie ihren Wohnort nicht selbst bestimmen konnten, 8,2 % teilweise. Bei den Gründen wurden auch hier am häufigsten die fehlenden Alternativen zum derzeitigen Wohnort genannt. Als weitere wichtige Faktoren wurden familiäre Gründe, zu hohe Mietpreise, die Nähe zum Arbeitsplatz sowie die fehlende Zustimmung durch das Amt oder den/die Betreuer*in angeführt.

Mit 80,3 % gab die überwiegende Mehrheit der 61 Befragten an, ihren Alltag in ihrer derzeitigen Wohnform selbst bestimmen zu können. Die freie Alltagsgestaltung ist für 9,8 % der Teilnehmer*innen meistens, für 3,3 % manchmal, für 4,9 % selten und für 1,6 % nie möglich. Als häufigste Hinderungsgründe wurden festgelegte Therapiezeiten oder Termine genannt. Einige Teilnehmer*innen berichteten von vorgeschriebenen Zeiten und Regeln in der Wohnform, die Einfluss auf ihre Alltagsgestaltung haben. Auch das soziale Umfeld, d. h. Nachbarn und Familie, Konflikte mit anderen Personen oder der eigene psychische Gesundheitszustand nahmen einzelne Befragte als einschränkend in ihrem Alltag wahr.

Insgesamt konnte eine hohe Zufriedenheit mit der Wohnsituation zum ersten Erhebungszeitpunkt ermittelt werden (► Abb. 11). In allen abgefragten Bereichen – d. h. sowohl bei der Größe und Ausstattung des Zimmers bzw. der Wohnung, bei den Mitsprachemöglichkeiten zur Gestaltung von Zimmern und Räumen, bei den Regeln und

Vorgaben als auch bei der Unterstützung bei Problemen, der Krankheitsbewältigung und dem Entwickeln von mehr Selbstständigkeit – gaben mindestens drei Viertel der Befragten an, eher oder sehr zufrieden zu sein.

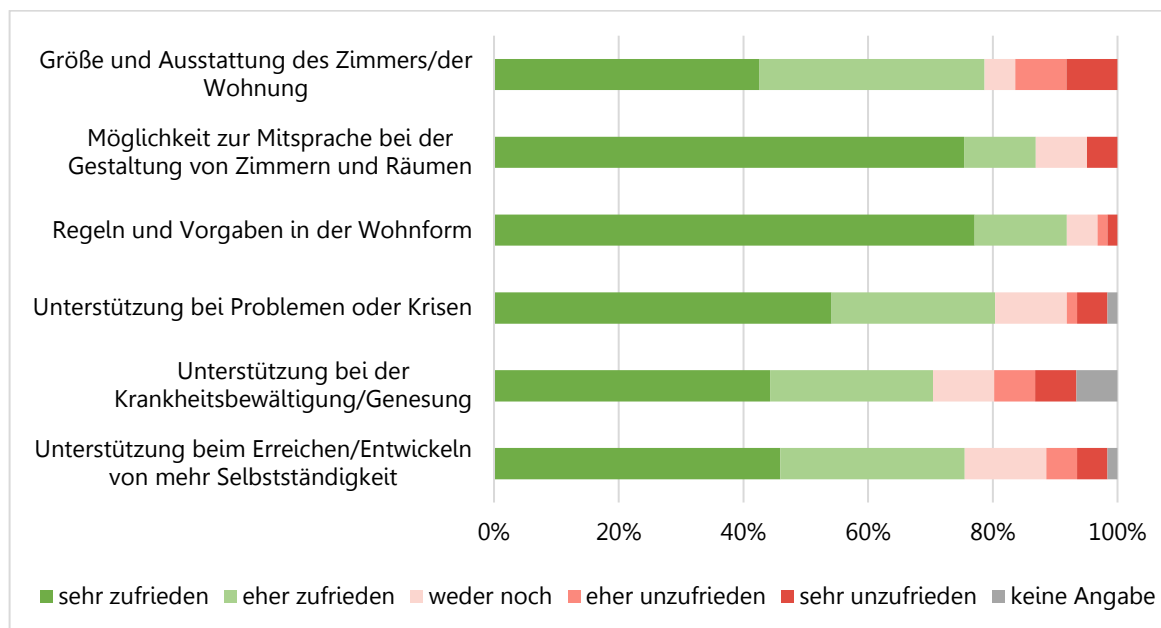


Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Wohnsituation (n=61).

Insbesondere bei der Mitgestaltung von Zimmern und Räumen sowie den vorgegebenen Regeln zeigte sich eine hohe Zufriedenheit. Dies liegt möglicherweise darin begründet, dass es sich bei der WiEWohnen-Stichprobe überwiegend um ambulant betreute Personen handelt, die sich weniger in institutionelle Rahmenbedingungen einfügen müssen. Nicht zu vernachlässigen sind die Befragten, die eher oder sehr unzufrieden in den verschiedenen Bereichen waren: 16,4 % mit der Größe und Ausstattung ihres Zimmers bzw. ihrer Wohnung, 13,2 % mit der Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung bzw. Genesung, 9,8 % mit der Förderung ihrer Selbstständigkeit, 6,5 % mit der Unterstützung bei Problemen oder Krisen, 4,9 % mit ihren Mitgestaltungsmöglichkeiten und 3,2 % mit den Regeln und Vorgaben in ihrer Wohnform.

6.1.4 Schulische und berufliche Biographie

Im Folgenden finden sich Angaben zur Schul- und Berufsausbildung, zum Beschäftigungsstatus und Einkommen der Teilnehmer*innen.

Schulbildung

Hinsichtlich der Schulbildung gab etwa ein Drittel der Befragten an, über die Mittlere Reife zu verfügen, ein weiteres Drittel besaß einen Hauptschulabschluss (► Abb. 12). Gut 13 % der Studienteilnehmer*innen verfügten über einen Sonderschulabschluss, ein genauso hoher Anteil hat die Schule ohne Abschluss beendet. Das (Fach-)Abitur erreichten 6,6 % der Befragten.

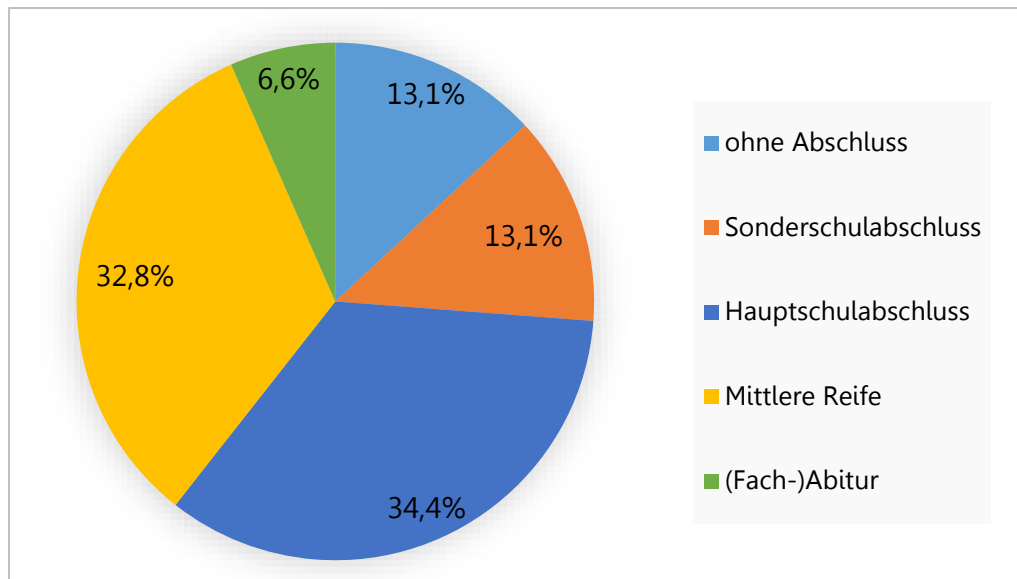


Abbildung 12: Höchster erreichter Schulabschluss (n=61).

Berufsbildung

Insgesamt gaben 67,2 % der Teilnehmer*innen an, über eine abgeschlossene Berufsausbildung (inkl. Teilfacharbeiter*in) zu verfügen. Die verbleibenden 32,8 % haben keine Berufsausbildung abgeschlossen.

Letzte Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt

Auf die Frage, wann die Teilnehmer*innen das letzte Mal auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt waren, antwortete etwa ein Drittel, dass die letzte Beschäftigung nicht länger als fünf Jahre her ist (► Abb. 13). Für insgesamt 41 % der Befragten lag eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt länger als fünf Jahre zurück. 21,3 % waren zum Zeitpunkt der Befragung noch nie auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig gewesen. Drei Personen konnten oder wollten zu dieser Frage keine Angaben machen.

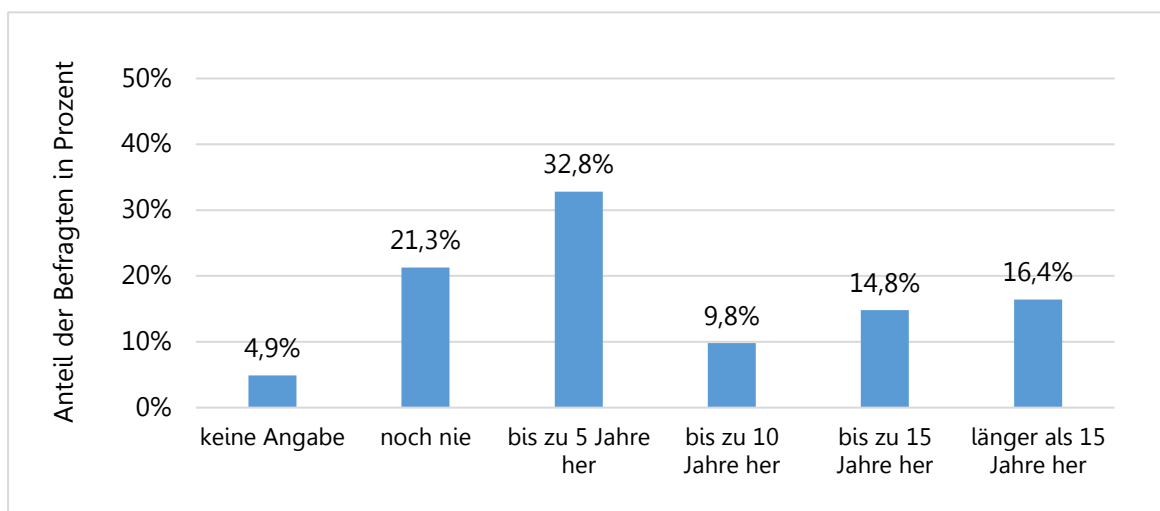


Abbildung 13: Letzte Beschäftigung auf dem Ersten Arbeitsmarkt (n=61).

Beschäftigungsstatus

Der Großteil der Befragten war zum Zeitpunkt der ersten Erhebung ohne regelmäßige Beschäftigung bzw. Arbeit (► Abb. 14). Dabei ist zu beachten, dass in diese Kategorie ebenfalls Altersrentner*innen fallen können.

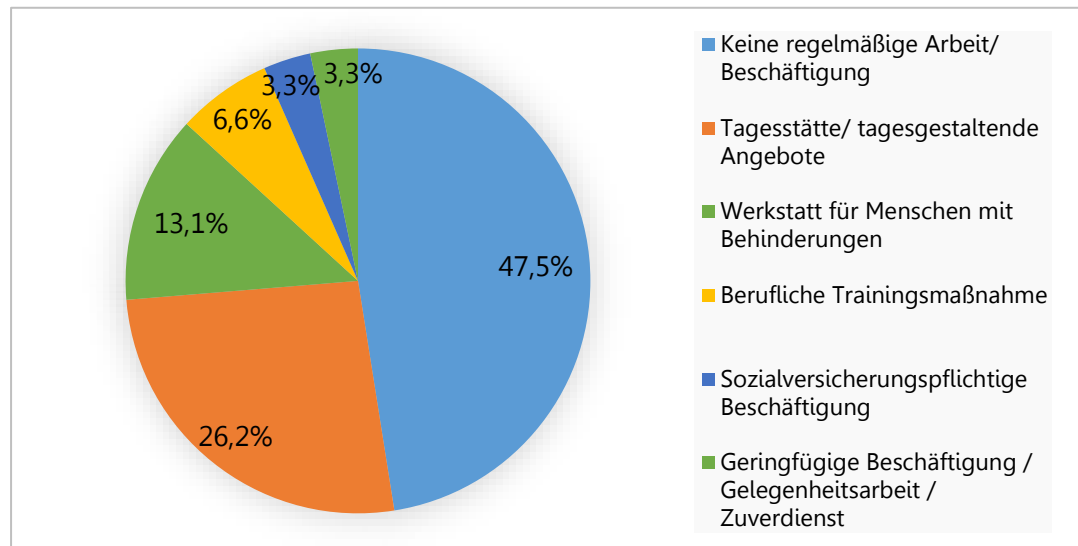


Abbildung 14: Aktueller Beschäftigungsstatus (n=61).

Über ein Viertel der Teilnehmer*innen besuchte eine Tagesstätte, 13,1 % der Befragten waren in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen (WfbM) beschäftigt. Vier Personen (6,6 %) nahmen an einer beruflichen Trainingsmaßnahme teil, zwei (3,3 %) waren auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt über 20h/Woche beschäftigt und ebenfalls zwei Personen (3,3 %) gingen einer geringfügigen Beschäftigung bzw. Gelegenheitsarbeit nach.

Einkommen

Bei der Hälfte der Teilnehmer*innen bestand die Haupteinnahmequelle in der Alters- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente (50,8 %). Für 42,6 % der Befragten sind Sozialleistungen das Haupteinkommen. Lediglich 4,9 % bestritten ihren Lebensunterhalt mit ihrem Gehalt oder Lohn, 1,6 % der Befragten gaben andere Einnahmequellen (z. B. Ersparnisse) an.

Über zwei Drittel (68,9 %) der Befragten waren zum ersten Erhebungszeitpunkt berufs-, erwerbs- oder arbeitsunfähig gemeldet, 24,6 % verneinten dies, 6,6 % der Befragten wollten oder konnten sich zu dieser Frage nicht äußern.

Die Befragten gaben an, durchschnittlich 108 € monatlich zur freien Verfügung zu haben, d. h. nach Abzug der Lebenshaltungskosten (z. B. Miete, Strom, Wasser, Lebensmittel, Hygieneartikel). Mehr als der Hälfte der Befragten standen weniger als 100 € monatlich zur freien Verfügung (► Abb. 15). Davon berichteten 13 Personen, abzüglich der Lebenshaltungskosten keine finanziellen Mittel übrig zu haben.

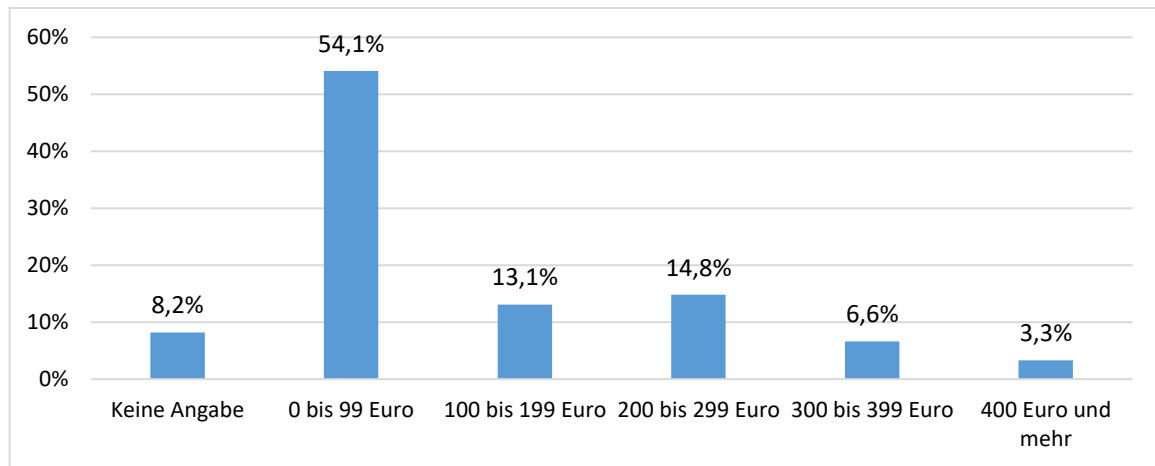


Abbildung 15: Finanzielle Mittel zur freien Verfügung im Monat (n=61).

6.1.5 Psychische und körperliche Beeinträchtigungen

Im Folgenden finden sich Angaben zur psychiatrischen Diagnose, zu Komorbiditäten und zum Ersterkrankungsalter der Teilnehmer*innen.

Psychiatrische Hauptdiagnose

Als psychiatrische Hauptdiagnose wurden Affektive Störungen (ICD-10: F30-F39), zu denen unter anderem depressive, manische und bipolare Störungen zählen, von den Befragten am häufigsten benannt (► Abb. 16). Darauf folgten Suchterkrankungen (ICD-10: F10-F19) mit 19,7 %, Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60-F69) mit 16,4 %, Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20-F29) mit 11,5 %, Angststörungen (ICD-10: F40-F49) mit 9,8 % und sonstige Diagnosen mit 4,9 %. Eine Person konnte oder wollte zu ihrer psychiatrischen Diagnose keine Auskunft geben.

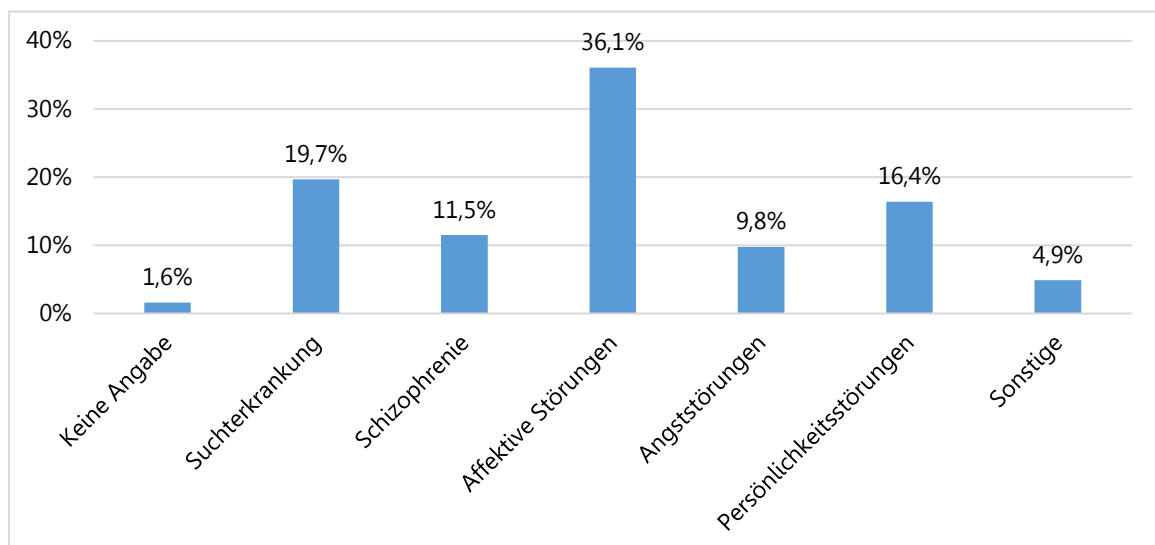


Abbildung 16: Psychiatrische Hauptdiagnose (n=61).

Hinsichtlich der Komorbiditäten gab mehr als die Hälfte der Befragten (59,0 %) an, mindestens eine weitere psychiatrische Diagnose zu besitzen, 45,9 % der Teilnehmer*innen litten außerdem an einer zusätzlichen somatischen Erkrankung.

Ersterkrankungsalter

Das erste Auftreten einer psychischen Erkrankung der Befragten lag bei fast einem Drittel unter 15 Jahren (► Abb. 17). Insgesamt erkrankten 57,4 % der Teilnehmer*innen vor dem vollendeten 25. Lebensjahr.

Drei Personen (4,9 %) konnten oder wollten zu dieser Frage keine Angabe machen.

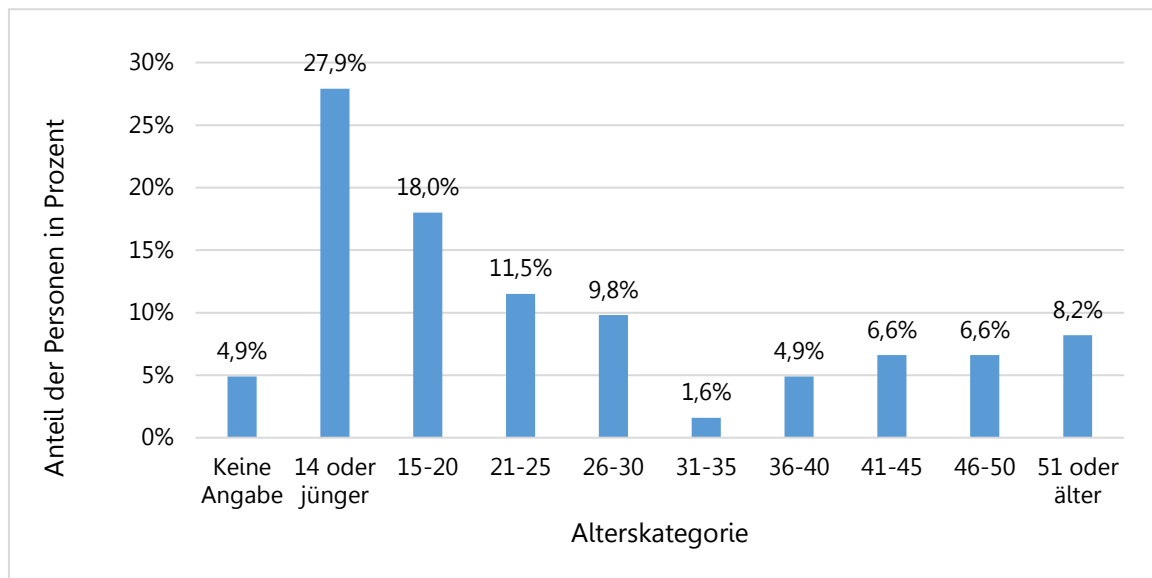


Abbildung 17: Ersterkrankungsalter (n=61).

6.1.6 Vergleich zur WiEWohnen-Stichprobe in Baden-Württemberg

Da die WiEWohnen MV Studie in einen überregionalen Forschungsverbund eingebettet ist, können nachfolgend Merkmale einer Stichprobe in Baden-Württemberg (WiEWohnen BW, KVJS Baden-Württemberg 2020) mit der Stichprobe aus dem Landkreis Rostock exemplarisch verglichen werden (► Tab. 1).

Im Alter und Geschlecht der Befragten unterscheiden sich die beiden Stichproben unwesentlich. In der Verteilung der Diagnosegruppen hingegen bestehen leichte Unterschiede: Die Anteile der Personen mit Angststörungen (ICD-10: F40-F49), Persönlichkeitsstörungen (ICD-10: F60-F69) und sonstigen Hauptdiagnosen sind zwar vergleichbar. In der Stichprobe aus dem Landkreis Rostock wurden jedoch 4 % mehr Menschen mit Suchterkrankungen (ICD-10: F10-F19), 7 % mehr Menschen mit Affektiven Störungen (ICD-10: F30-F39) und entsprechend 15 % weniger Menschen mit Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis (ICD-10: F20-F29) befragt.

In Baden-Württemberg nahm ebenfalls ein geringer Anteil von Personen an der Studie teil, die in stationären Wohnformen leben. Allerdings gibt es im Vergleich zur Stichprobe aus dem Landkreis Rostock auch Teilnehmer*innen, die intensiv ambulant (IABW/ABW +) unterstützt werden oder in einer Gastfamilie mit begleitendem Fachdienst wohnen (BWF). Hinsichtlich der Beschäftigungssituation wird deutlich, dass in beiden Stichproben fast die Hälfte der Befragten ohne regelmäßige Arbeit oder Beschäftigung ist. Auch die Anteile der Personen in Tagesstrukturierenden Maßnahmen, Werkstätten für Menschen mit Behinderung (WfBM), Geringfügiger Beschäftigung, Beruflicher Rehabilitation, Ausbildung, Schule und Studium sowie auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt sind vergleichbar. In beiden

Regionen ist lediglich ein geringer Anteil von bis zu 5 % auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt berufstätig.

| | | WiEWohnen Baden- Württemberg (N=102) | WiEWohnen Landkreis Rostock (N=61) |
|------------------------------|--|--|--|
| Alter | MW | 41 | 45 |
| | SD | 13,4 | 14,3 |
| Geschlecht | Männlich | 55 % | 54 % |
| | Weiblich | 45 % | 46 % |
| Hauptdiagnose | F1 | 16 % | 20 % |
| | F2 | 27 % | 12 % |
| | F3 | 29 % | 36 % |
| | F4 | 9 % | 10 % |
| | F6 | 16 % | 16 % |
| | Sonstige | 3 % | 5 % |
| Unterstützungsform | Stationäres Wohnen | 15 % | 13 % |
| | ABW | 75 % | 84 % |
| | IABW / ABW + | 8 % | 0 % |
| | BWF | 3 % | 0 % |
| Beschäftigungs- situation | Keine | 43 % | 48 % |
| | Tagesstrukturierende Maßnahmen | 28 % | 26 % |
| | WfbM | 8 % | 13 % |
| | Geringfügige Beschäftigung, Zuverdienst, Gelegenheitsjobs | 7 % | 3 % |
| | Berufliche Rehabilitation | 9 % | 7 % |
| | Ausbildung, Schule, Studium | 0 % | 0 % |
| | Allgemeiner Arbeitsmarkt | 5 % | 3 % |

Tabelle 1: Vergleich zur WiEWohnen-Stichprobe in Baden-Württemberg (KVJS 2020).

Weitere Informationen zur WiEWohnen-Studie in Baden-Württemberg sind im veröffentlichten Abschlussbericht zu finden (KVJS Baden-Württemberg 2020).

6.1.7 Fazit

Insgesamt kann konstatiert werden, dass die Stichprobe von WiEWohnen MV im Landkreis Rostock überwiegend Personen (86,9 %) umfasst, die ambulant durch das System der Eingliederungshilfe unterstützt werden (durchschnittlich 3,2 ambulante, wöchentliche Fachleistungsstunden).

Die Teilnehmer*innen sind mehrheitlich:

- männlich (54,1 %)
- ledig (70,5 %)
- kinderlos (52,5 %)
- nicht regelmäßig beschäftigt (47,5 %)
- beziehen als Haupteinkommensquelle Rentenleistungen (50,8 %)
- früh psychisch erkrankt (57,4 % vor dem vollendeten 25. Lebensjahr)
- verfügen über einen wettbewerbsfähigen Schulabschluss (73,8 %)
- weisen eine abgeschlossene Berufsausbildung auf (67,2 %)
- werden durch eine gesetzliche Betreuung unterstützt (68,9 %).

Deutlich wurde anhand der Stichprobenbeschreibung, dass eine intensive ambulante Betreuung mit einer hohen Anzahl an Fachleistungsstunden (≥ 10) bislang noch nicht als Alternative zur stationären Betreuung genutzt wird bzw. möglicherweise diese Klient*innen nicht an der WiEWohnen-Studie teilgenommen haben.

Hervorzuheben ist, dass die deutliche Mehrheit der Teilnehmer*innen früh psychisch erkrankt ist. Dies kann zum einen als Hinweis auf die Stärkung präventiver Angebote zur Förderung der seelischen Gesundheit gelten. Zum anderen unterstreicht die hohe Anzahl von Menschen mit frühem Krankheitsbeginn die Bedeutung des Schnittstellenmanagements zwischen den verschiedenen Versorgungssystemen – d. h. zwischen Gesundheitswesen (SGB V), Kinder- und Jugendhilfe (SGB XIII), Schul- und Bildungssystem und Eingliederungshilfe (SGB IX). Deutlich wird dies auch daran, dass knapp die Hälfte der Teilnehmer*innen selbst Eltern sind, in 41,4 % der Fälle von Kindern unter 18 Jahren. Leidglich etwa ein Viertel der Eltern lebt mit dem eigenen Kind bzw. den eigenen Kindern zusammen.

Ein Viertel (26,2 %) der Teilnehmer*innen verfügt über keinen wettbewerbsfähigen Schulabschluss und hat somit kaum Chancen auf eine Ausbildung bzw. Arbeit auf dem ersten Arbeitsmarkt. Dies spiegelt sich auch darin wider, dass lediglich 13,1 % der Teilnehmer*innen auf bzw. nahe dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt sind. Fast die Hälfte (47,5 %) hat überhaupt keine regelmäßige Beschäftigung. Die restlichen 39,3 % sind in Sonderformen beschäftigt. Der hohe Anteil an Personen mit Berufsausbildung (67,2 %) ist positiv zu bewerten, dennoch verfügt fast jeder Dritte über keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Die empirischen Ergebnisse geben bei jeder sechsten bis jeder fünften befragten Person Hinweise auf mangelnde Selbstbestimmung bei Art und Ort der Wohnform sowie der Alltagsgestaltung zu t0. 16,4 % der Befragten gaben an, über ihre Wohnform nicht oder

nur teilweise frei entschieden zu haben. Ein Fünftel (21,3 %) der Teilnehmer*innen waren (teilweise) eingeschränkt bei der Wahl ihres Wohnortes. Knapp ein Fünftel (19,7 %) berichtete, ihren Alltag nicht immer selbst gestalten zu können. Insgesamt schätzt die Mehrheit der Befragten ihre Zufriedenheit mit verschiedenen Aspekten ihrer Wohnsituation als hoch ein.

Der exemplarische Vergleich zur WiEWohnen-Stichprobe in Baden-Württemberg hat zum einen verdeutlicht, dass intensiv betreutes Wohnen möglich ist und zum anderen, dass es sich bei dem hohen Anteil an Personen ohne regelmäßige Beschäftigung bzw. mit Beschäftigung in Sonderformen nicht um ein regional spezifisches Problem des Landkreises Rostock handelt. Die gleichberechtigte Teilhabe am Arbeitsmarkt muss daher insgesamt für die Personengruppe der Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen gestärkt werden.

6.2 Veränderungen innerhalb eines Jahres

Die nachfolgenden Unterkapitel beschäftigen sich mit der Entwicklung vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der vergleichenden Auswertung der standardisierten Fragebögen zur subjektiven Einschätzung der Verwirklichungschancen, der Rehabilitationserwartungen, der Symptombelastung und der Lebensqualität. Dafür wurden jeweils nur diejenigen Teilnehmer*innen in die Berechnungen eingeschlossen, von denen sowohl zu t0 als auch zu t1 Angaben vorlagen, um die Vergleichbarkeit zu gewährleisten. Die Stichprobe, die in den nachfolgenden Kapiteln betrachtet wird, umfasst somit maximal 54 Personen.

Da es sich in der Stichprobe um überwiegend ambulant unterstützte Klient*innen handelt und lediglich vereinzelt stationäre Fälle enthalten sind, sind die Ergebnisse nicht differenziert für das ambulante und stationäre Wohnsetting dargestellt.

Beim Datenvergleich wird häufig ein Signifikanzniveau angegeben, das die Wahrscheinlichkeit angibt, dass die Differenz zwischen den Stichproben rein zufällig aufgetreten ist. Für die Angaben der Signifikanzniveaus gilt:

- * kennzeichnet einen statistisch signifikanten Zusammenhang ($p \leq 0,05$),
- ** kennzeichnet einen statistisch sehr signifikanten Zusammenhang ($p \leq 0,01$) und
- *** kennzeichnet einen statistisch hoch signifikanten Zusammenhang ($p \leq 0,001$).

Leitfragen der folgenden Kapitel ▶ 6.2.1 bis ▶ 6.2.10 sind:

- *Was hat sich innerhalb eines Jahres bei den Studienteilnehmer*innen im Hinblick auf ihre soziale Teilhabe, psychische Belastung und Lebensqualität verändert?*
- *In welchen Lebensbereichen treten Verbesserungen oder Verschlechterungen auf?*

6.2.2 Veränderungen im Betreuungsumfang und Beschäftigungsstatus

In ►Abbildung 18 ist der Umfang der Betreuung zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt dargestellt. Innerhalb eines Jahres traten 10 Befragte, d. h. 20 %, aus dem Leistungsbezug der Eingliederungshilfe aus. Entsprechend verringerten sich die Anteile der Personen mit ambulanter Unterstützung und im stationären Setting. Insgesamt wechselten drei Befragte ihre Wohnform bzw. ihren ambulanten Betreuungsumfang innerhalb des Systems der Eingliederungshilfe.

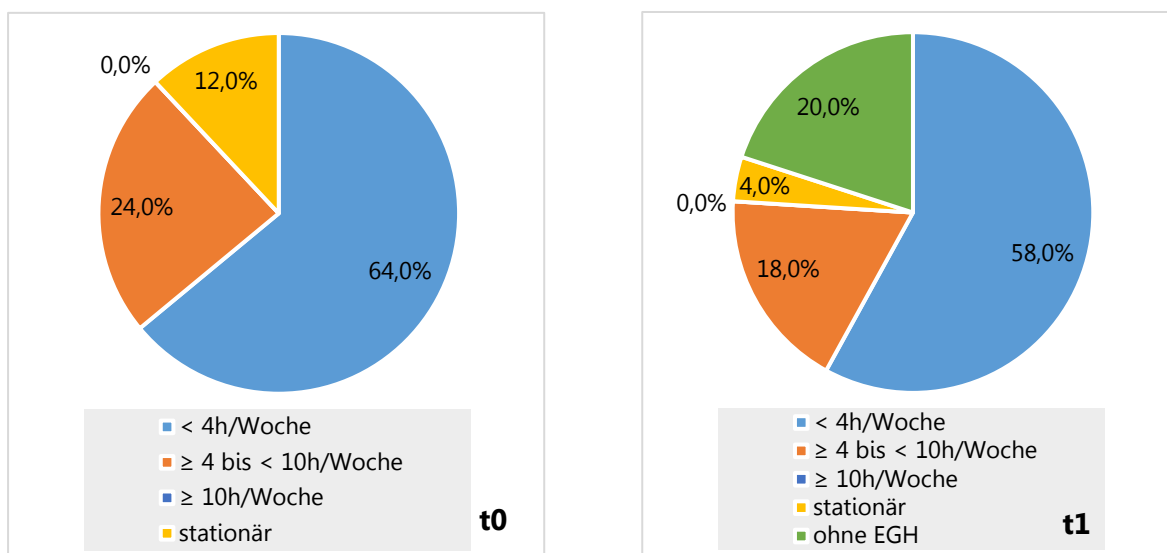


Abbildung 18: Vergleich t0-t1: Betreuungsumfang (n=50).

In ►Abbildung 19 ist die Beschäftigungssituation der Befragten zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt dargestellt. Der Anteil der Personen ohne regelmäßige Arbeit bzw. Beschäftigung steigt leicht von 50,0 % auf 53,7 %. Auch nach einem Jahr befindet sich lediglich ein geringer Anteil der Befragten in einem Beschäftigungsverhältnis auf bzw. nahe dem allgemeinen Arbeitsmarkt.

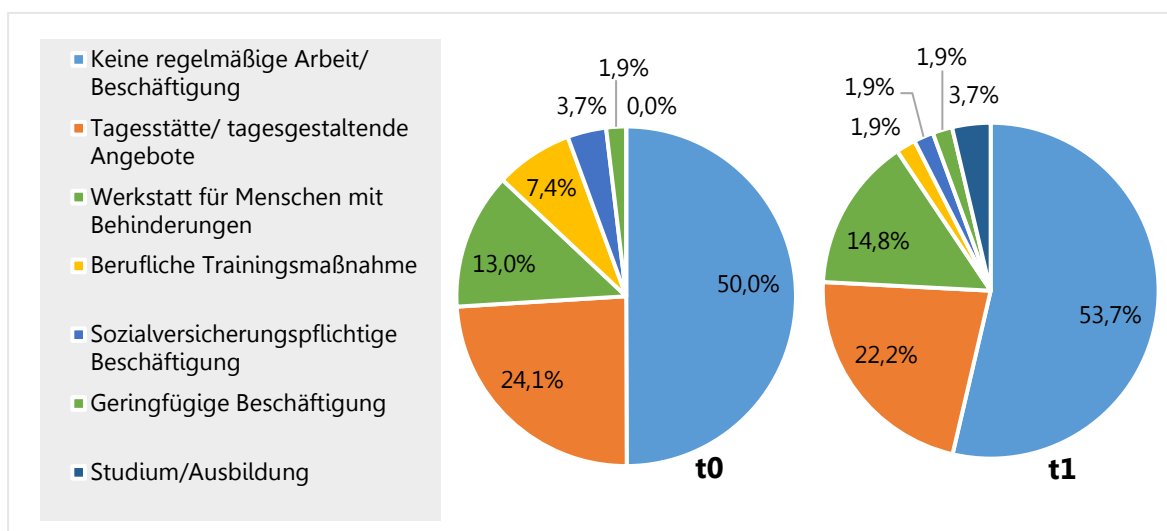


Abbildung 19: Vergleich t0-t1: Beschäftigungssituation (n=54).

6.2.3 Rehabilitationserwartungen

Sowohl die Teilnehmer*innen als auch die Bezugsmitarbeiter*innen wurden gebeten, anhand eines Fragebogens den aktuellen Stand des/der Teilnehmer*in im Bereich Wohnen und Arbeiten anzugeben und unabhängig voneinander einzuschätzen, in welchem Setting er bzw. sie sich in zwei bis drei Jahren befinden wird. Die Angaben wurden im Rahmen der Auswertung in drei Kategorien zusammengefasst:

- **„Verbesserung“**
D. h. im Vergleich zum aktuellen Setting wird in zwei bis drei Jahren im Bereich Wohnen eine Entwicklung zu mehr Selbstständigkeit bzw. ein geringerer Betreuungsumfang angenommen. Im Bereich Arbeit wird im Vergleich zum aktuellen Beschäftigungsstatus eine Entwicklung hin zur Vollzeitbeschäftigung bzw. zum ersten Arbeitsmarkt erwartet.
- **„Gleichbleibend“**
D. h. die aktuelle Wohnform bzw. Beschäftigungssituation wird auch in zwei bis drei Jahren erwartet.
- **„Verschlechterung“**
D. h. im Vergleich zum aktuellen Setting wird in zwei bis drei Jahren im Bereich Wohnen ein höherer Betreuungsumfang bzw. eine stärker institutionalisierte Wohnform angenommen. Im Bereich Arbeit wird im Vergleich ein weniger umfangreiches bzw. ein Beschäftigungsverhältnis in Sonderformen erwartet.

Zur Gewährleistung der Vergleichbarkeit wurden nur diejenigen Fälle einbezogen, für die sowohl die subjektive Einschätzung des/der Befragten als auch die professionelle Einschätzung des/der jeweiligen Bezugsmitarbeiter*in zum ersten Erhebungszeitpunkt vorlag. Somit reduziert sich die Fallzahl im Bereich Wohnen auf 42 und im Bereich Arbeit auf 36. Aufgrund der geringen Fallzahl können die ermittelten Ergebnisse nur Tendenzen wiedergeben. In ► Abbildung 20 sind die Ergebnisse für den Teilhabebereich Wohnen, in ► Abbildung 21 für den Teilhabebereich Arbeit dargestellt.

Teilhabebereich Wohnen

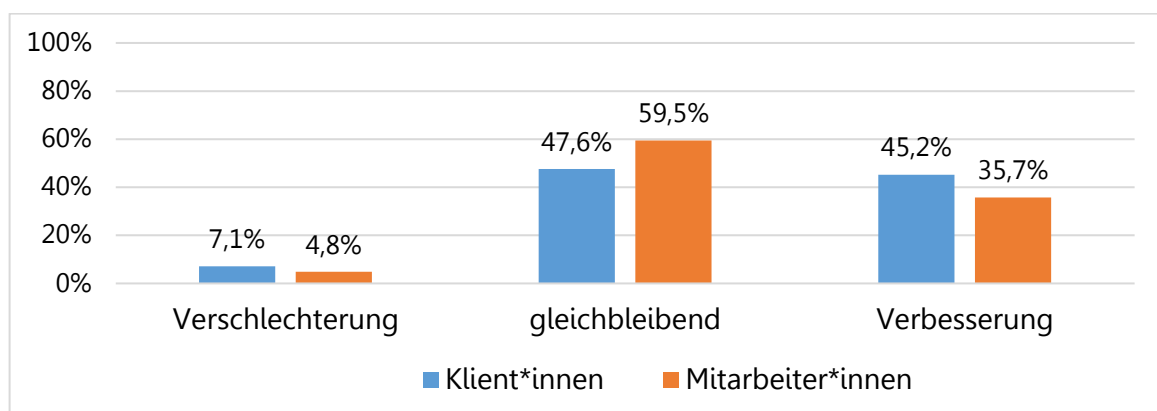


Abbildung 20: Rehabilitationserwartungen im Bereich Wohnen zu t0 (n=42).

Anhand der ► Abbildung 20 ist erkennbar, dass die Teilnehmer*innen (45,2 %) sich selbst tendenziell eine bessere Entwicklung im Bereich Wohnen zutrauen, als es ihre Bezugsmitarbeiter*innen (35,7 %) tun. Deutlich über die Hälfte der Betreuer*innen geht

davon aus, dass sich die Wohnsituation ihrer Klient*innen in zwei bis drei Jahren nicht verändern wird, bei den Teilnehmer*innen ist knapp die Hälfte dieser Meinung. Eine Verschlechterung wird in beiden Gruppen eher selten erwartet.

Teilhabebereich Arbeit

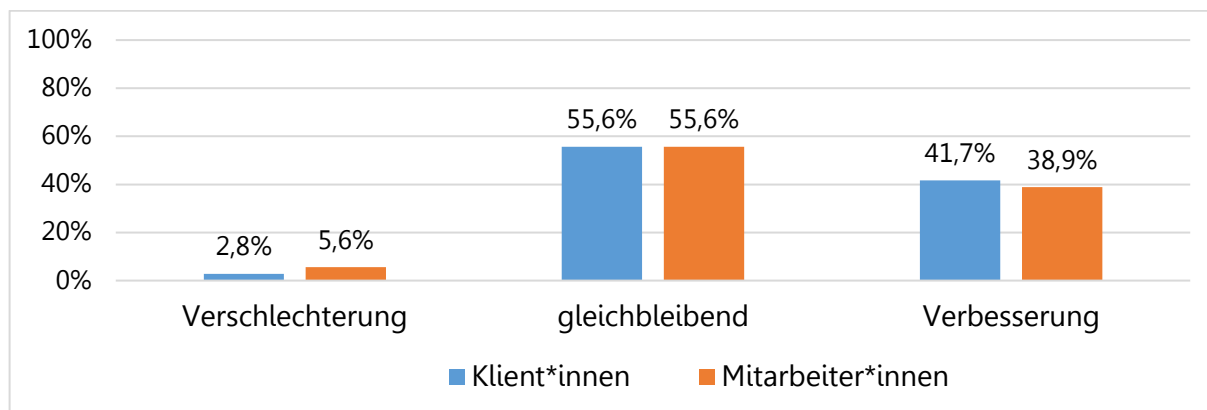


Abbildung 21: Rehabilitationserwartungen im Bereich Arbeit zu t0 (n=36).

Im Teilhabebereich Arbeit (► Abb. 21) schätzten die Teilnehmer*innen ihre Entwicklungschancen ebenfalls tendenziell etwas besser als die Bezugsmitarbeiter*innen ein. Eine Verschlechterung der Arbeitssituation wird in beiden Gruppen nur vereinzelt erwartet. Über die Hälfte der Teilnehmer*innen und Bezugsmitarbeiter*innen geht davon aus, dass sich die Beschäftigungssituation zum ersten Erhebungszeitpunkt in zwei bis drei Jahren nicht verändern wird.

Übereinstimmung zwischen Prognose und Realität

Da die WiEWohnen-Studie über drei Erhebungszeitpunkte im jährlichen Abstand verfügt, ist es möglich, die Einschätzung zur Entwicklung der Wohnform und Arbeitssituation in zwei bis drei Jahren mit dem tatsächlich eingetretenen Zustand nach zwei Jahren zu vergleichen.

Insgesamt liegt von 33 Teilnehmer*innen, die auch am dritten Erhebungszeitpunkt (t2) teilgenommen haben, die Einschätzung bezüglich des Wohnsettings zum ersten Erhebungszeitpunkt (t0) vor. Von diesen 33 Klient*innen haben 17 Personen (51,5 %) realistisch eingeschätzt, in welchem Wohnsetting sie in zwei Jahren leben werden. Dabei handelte es sich jedoch in allen Fällen um eine gleichbleibende Wohnform. Bei den anderen 16 Teilnehmer*innen (48,5 %) ist die prognostizierte Wohnform nach zwei Jahren nicht eingetreten. Von 22 Bezugsmitarbeiter*innen liegt zum ersten Erhebungszeitpunkt die professionelle Einschätzung vor, in welchem Wohnsetting sich ihr/e Klient*in in zwei bis drei Jahren befinden wird. In der Hälfte der Fälle stimmte die Einschätzung mit dem eingetretenen Wohnsetting zu t2 nicht überein, in der anderen Hälfte deckte sich das Setting zu t2 mit der professionellen Einschätzung zu t0. Auch hierbei handelte es sich ausschließlich um unveränderte Wohnsettings.

Im Bereich Arbeit schätzten 20 der 33 Klient*innen (60,6 %) ihre zukünftige Beschäftigungssituation realistisch ein, in 13 Fällen (39,4 %) trat die prognostizierte Beschäftigungssituation nicht ein. Für die externe Beurteilung liegt lediglich von 20 Bezugsmitarbeiter*innen eine professionelle Einschätzung vor. Bei dem Großteil der

Bezugsmitarbeiter*innen (n=17, 85,0 %) stimmte das erwartete Arbeitssetting ihrer Klient*innen nicht mit der Realität nach zwei Jahren überein. Drei Bezugsmitarbeiter*innen (15,0 %) schätzten die Beschäftigungssituation in zwei bis drei Jahren realistisch ein.

Für die Interpretation der Ergebnisse ist einschränkend zu erwähnen, dass es sich um sehr geringe Fallzahlen handelt und die in zwei bis drei Jahren prognostizierte Wohnform und Beschäftigungssituation bereits nach zwei Jahren abgeglichen wurde. Es sind jedoch Tendenzen sichtbar, dass sowohl die Teilnehmer*innen mit ihrer Erfahrungsperspektive als auch die Bezugsmitarbeiter*innen mit der Perspektive einer professionell tätigen Fachkraft das Wohn- und Arbeitssetting der Klient*innen realistisch einschätzen können. Bei einer Passung zwischen Prognose und Realität handelte es sich in allen Fällen um eine gleichbleibende Wohn- bzw. Arbeitssituation. Es kann somit konstatiert werden, dass sowohl die Klient*innen als Expert*innen für ihre eigene Situation als auch die Bezugsmitarbeiter*innen mit ihrer fachlichen Expertise wichtige Positionen bei der Entwicklung einer mittelfristigen Zukunftsperspektive in den Teilhabebereichen Wohnen und Arbeit einnehmen.

6.2.4 Soziales Funktionsniveau

Die „Social Functioning Scale“ (SFS) erfasst das soziale Funktionsniveau der Befragten, d. h. ihre sozialen Fertigkeiten und deren individuelle Ausübung. Dafür schätzten die Teilnehmer*innen selbst ein, wie häufig sie den vorgegebenen Aktivitäten in ihrem Alltag nachgingen und inwiefern sie dabei Unterstützung benötigten. Die Auswertung des Fragebogens erfolgt in sieben Subskalen:

- **Rückzug / Soziale Eingebundenheit**
u. a.: *Um wieviel Uhr stehen Sie gewöhnlich auf? Wenn Sie wach sind, wie viele Stunden verbringen Sie gewöhnlich alleine am Tag? Wie häufig verlassen Sie die Wohnung? Wie reagieren Sie auf die Anwesenheit von fremden Personen?*
- **Interpersonelle Kommunikation**
u. a.: *Wie viele Freunde haben Sie im Moment? Haben Sie eine/n Partner*in? Wie leicht oder schwer fällt es Ihnen derzeit, sich mit Mitmenschen zu unterhalten?*
- **Unabhängigkeit – Performanz**
u. a.: *Wie häufig haben Sie in den vergangenen drei Monaten etwas im Geschäft eingekauft (ohne Hilfe)? Wie häufig haben Sie gespült, geputzt, etc.? Wie häufig haben Sie Essen vorbereitet und gekocht?*
- **Unabhängigkeit – Kompetenz**
u. a.: *Bitte schätzen Sie Ihre Fähigkeiten im Umgang mit Öffentlichen Verkehrsmitteln / im Umgang mit Geld / beim wöchentlichen Einkauf / beim Aussuchen und Kaufen von Kleidung etc. ein.*
- **Freizeitgestaltung**
u. a.: *Wie häufig haben Sie in den vergangenen drei Monaten ein Musikinstrument gespielt? Wie häufig haben Sie gelesen? Wie häufig haben Sie ferngesehen? Wie häufig sind Sie spazieren gegangen?*
- **Soziale Aktivitäten**
u. a.: *Wie häufig haben Sie in den vergangenen drei Monaten ein Kino besucht? Wie häufig haben Sie Besuch von Verwandten bekommen? Wie häufig haben Sie Freund*innen besucht? Wie häufig sind Sie Essen gegangen?*
- **Arbeit / Beschäftigung**
u. a.: *Befinden Sie sich in einem regulären Beschäftigungsverhältnis? Glauben Sie, dass Sie in der Lage wären, einem Beschäftigungsverhältnis nachzugehen? Wie häufig unternehmen Sie den Versuch, eine neue Arbeit zu finden?*

Für die verschiedenen Subskalen der SFS liegen Standardnormwerte vor, die den ermittelten Werten in der WiEWohnen-Stichprobe zugeordnet werden können. In ►Abbildung 22 sind diese skalierten Werte zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt dargestellt.

Auf Grundlage einer Normstichprobe wurde von den Autor*innen der SFS ein Bereich definiert, der charakteristisch für Menschen mit schizophrenen Erkrankungen und ohne Erwerbstätigkeit ist (Birchwood et al. 1990). Diese Personen erreichten im Mittel einen Wert von 100 mit einer Standardabweichung von 15 Punkten. Der Normbereich kann bei der

Interpretation der Stichprobe von WiEWohnen MV als Vergleich hinzugezogen werden und ist in ►Abb. 22 grün gekennzeichnet. Eine spätere Untersuchung von Iffland (2015) ermittelte für eine gesunde Stichprobe einen durchschnittlichen Wert von mindestens 115 skalierten Punkten in jeder Subskala.

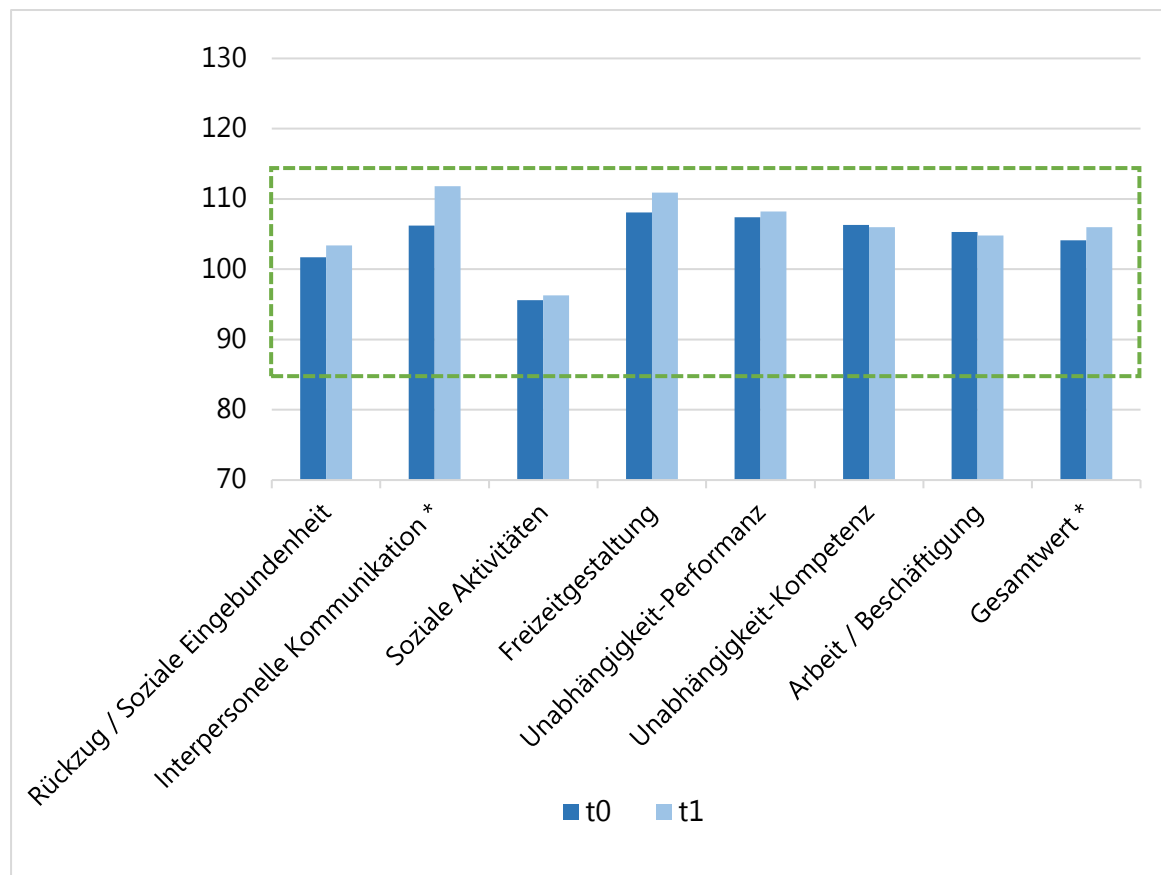


Abbildung 22: Vergleich t0-t1: Soziales Funktionsniveau (n=43-54).

Anhand der ermittelten Skalenwerte wird deutlich, dass sich die Stichprobe von WiEWohnen MV im Normbereich von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und erheblichen funktionalen Beeinträchtigungen befindet (►Abb. 22). Den durchschnittlichen Wert von 115, den gesunde Personen in einer Vergleichsstichprobe erzielten, erreicht die Stichprobe in keiner der sieben Subskalen. Im Vergleich erreichen die Befragten im Bereich soziale Aktivitäten die niedrigsten Skalenwerte. Unter soziale Aktivitäten werden Treffen mit Verwandten und Freunden, aber auch Besuche von Konzerten, Theater, Museen, Sportveranstaltungen, Tagungen, Cafés oder Diskotheken gefasst. Eine Vielzahl der Aktivitäten ist demnach mit sozialen Kontakten und finanziellen Ausgaben verbunden, die einem Großteil der Befragten nicht zur Verfügung stehen. Hinzu kommen zum Teil erhebliche Fahrtwege zu Freizeiteinrichtungen im ländlichen Raum.

Positiv zu bewerten ist, dass sich im Zeitverlauf insgesamt keine Verschlechterung des sozialen Funktionsniveaus bei den Befragten zeigt. In fünf der sieben Subskalen konnte eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit ermittelt werden. Im Bereich der interpersonellen Kommunikation sowie im Gesamtmittelwert ist der Unterschied vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt statistisch signifikant.

Da die zweite Befragung von insgesamt 18 Teilnehmer*innen in den Zeitraum von Juni bis Oktober 2020 fiel, kann nicht ausgeschlossen werden, dass die mit der Corona-Pandemie

verbundenen Kontaktbeschränkungen und Schließungen von Freizeiteinrichtungen Auswirkungen auf die empirischen Ergebnisse haben können. Das heißt, die Möglichkeit, einen hohen Wert im Bereich soziale Aktivitäten zu erzielen, kann für einen Teil der Stichprobe durch die coronabedingten Einschränkungen im Freizeitbereich zusätzlich erschwert worden sein.

6.2.5 Verwirklichungschancen

Für die Operationalisierung der Verwirklichungschancen wurde der Fragebogen „Oxford CAPabilities questionnaire – Mental Health“ (OxCAP-MH) eingesetzt. Dieser besteht aus 16 Items und einer Unterfrage, die von den Teilnehmer*innen als Selbsteinschätzung beantwortet wurden. Für die Interpretation des OxCAP-MH lässt sich aus den 16 Hauptitems ein Score ermitteln. Bei einer Spanne von 0-100 Punkten entspricht der Wert 100 einer maximalen Verwirklichungschance. Für 45 Befragte liegt sowohl zu t0 als auch zu t1 der standardisierte Summenscore vor. Sie erreichten zum ersten Erhebungszeitpunkt einen durchschnittlichen Wert von 62,5 Punkten. Dieser Wert erhöhte sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt auf 66,1 Punkte. Da ein höherer Wert einer höheren Verwirklichungschance entspricht, ist die ermittelte Tendenz positiv zu bewerten, auch wenn sie statistisch nicht signifikant ist.

In ►Abbildung 23 sind die errechneten Mittelwerte der einzelnen Items zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt aufgelistet. Ein hoher Wert entspricht einer hohen subjektiven Verwirklichungschance bzw. einer geringen Beeinträchtigung in diesem Bereich.



Abbildung 23: Vergleich t0-t1: Wahrgenommene Einschränkungen (n=54).

Im Vergleich fühlen sich die Befragten am geringsten eingeschränkt bei der Wertschätzung von Pflanzen, Tieren und der Natur einerseits und der Wertschätzung der Menschen in ihrer Umgebung andererseits. Auch ihre Selbstbestimmung wird sehr hoch eingeschätzt, obgleich etwa zwei Drittel der Befragten von einem/r gesetzlichen Betreuer*in unterstützt werden (siehe Kapitel ► 6.1.2). Bei dem Genuss ihrer Freizeitaktivitäten, ihrer Gesundheit bei Alltagsaktivitäten und ihrer Mitbestimmung bei kommunalen Entscheidungen nehmen die Teilnehmer*innen am häufigsten Einschränkungen wahr. Am niedrigsten, d. h. sehr einschränkend, wurde bewertet, dass die Befragten in den vergangenen vier Wochen weniger Schlaf gefunden haben, weil sie sich Sorgen machten.

Im zeitlichen Verlauf vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt erhöhten sich in 13 der 16 Bereiche die ermittelten Werte zur Einschätzung der Verwirklichungschancen. Lediglich in drei Bereichen wurden zum zweiten Erhebungszeitpunkt gleichbleibend niedrige bzw. niedrigere Verwirklichungschancen wahrgenommen. Der Gesamtwert hat sich in der Tendenz signifikant von 3,5 auf 3,7 verbessert. Deutliche Verbesserungen zeigten sich vor allem in den Bereichen, die bereits zum ersten Erhebungszeitpunkt niedrig bewertet wurden. Die Einschränkungen, die die Befragten aufgrund ihres Gesundheitszustandes bei der Ausübung von Alltagsaktivitäten wahrnahmen, haben sich sogar signifikant verringert.

6.2.6 Lebensqualität und Zufriedenheit

Der Fragebogen MANSA besteht zum einen aus vier dichotomen Items und zum anderen aus 12 Items, welche auf einer 7-stufigen Antwortskala die Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen abbilden.

Nachfolgend sind zunächst die Auswertungen der dichotomen Items aufgeführt.

Freundschaften

Zum ersten Befragungszeitpunkt gaben etwa drei Viertel der Befragten an, zurzeit einen guten Freund oder eine gute Freundin zu haben (► Abb. 24). Von diesen 74,1 % hatten 87,5 % in der vergangenen Woche auch persönlichen Kontakt zu ihren Freund*innen.

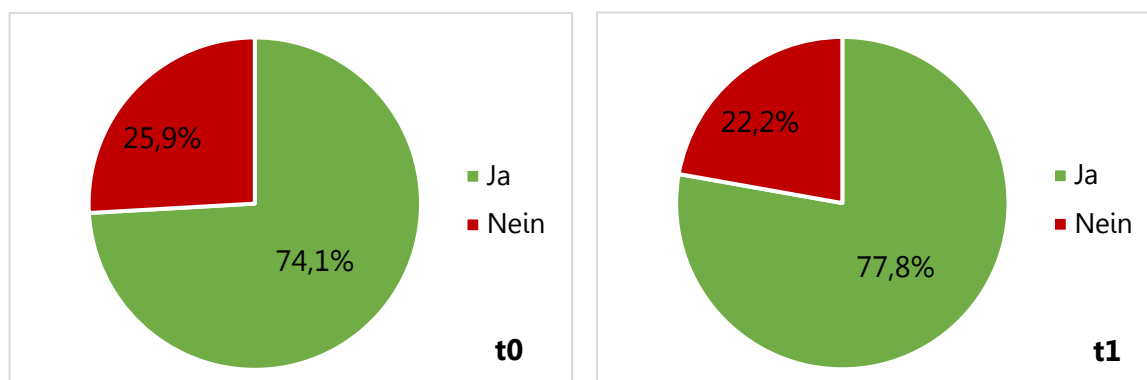


Abbildung 24: Vergleich t0-t1: Freundschaften (n=54).

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt stieg der Anteil der Personen mit Freund*innen auf 77,8 % (► Abb. 24). Von diesen 77,8 % hatten 81,0 % in der vergangenen Woche auch persönlichen Kontakt zu ihren Freund*innen.

Straftaten

Im Rahmen des Fragebogens MANSA wurden auch aktuell begangene oder erlittene Straftaten erfragt. Zum ersten Erhebungszeitpunkt gaben 11,1 % der Personen an, im vergangenen Jahr wegen einer Straftat angezeigt bzw. angeklagt worden zu sein, zum zweiten Erhebungszeitpunkt halbiert sich der Anteil auf 5,6 %.

Der Anteil der Befragten, die im vergangenen Jahr Opfer einer kriminellen Straftat geworden sind, erhöhte sich vom ersten Erhebungszeitpunkt mit 11,1 % auf 16,7 % zum zweiten Erhebungszeitpunkt.

Zufriedenheit

Die 12 Fragen des MANSA zur Zufriedenheit beginnen mit der Formulierung „*Wie zufrieden sind Sie mit...*“ und widmen sich unterschiedlichen Lebensbereichen, wie zum Beispiel der finanziellen Situation, Freizeitgestaltung, Wohnsituation oder der persönlichen Sicherheit. Von 1=*völlig unzufrieden* bis 7=*völlig zufrieden* konnten die Teilnehmer*innen eine subjektive Einschätzung abgeben. In ►Abbildung 25 sind die Mittelwerte zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt vergleichend dargestellt.

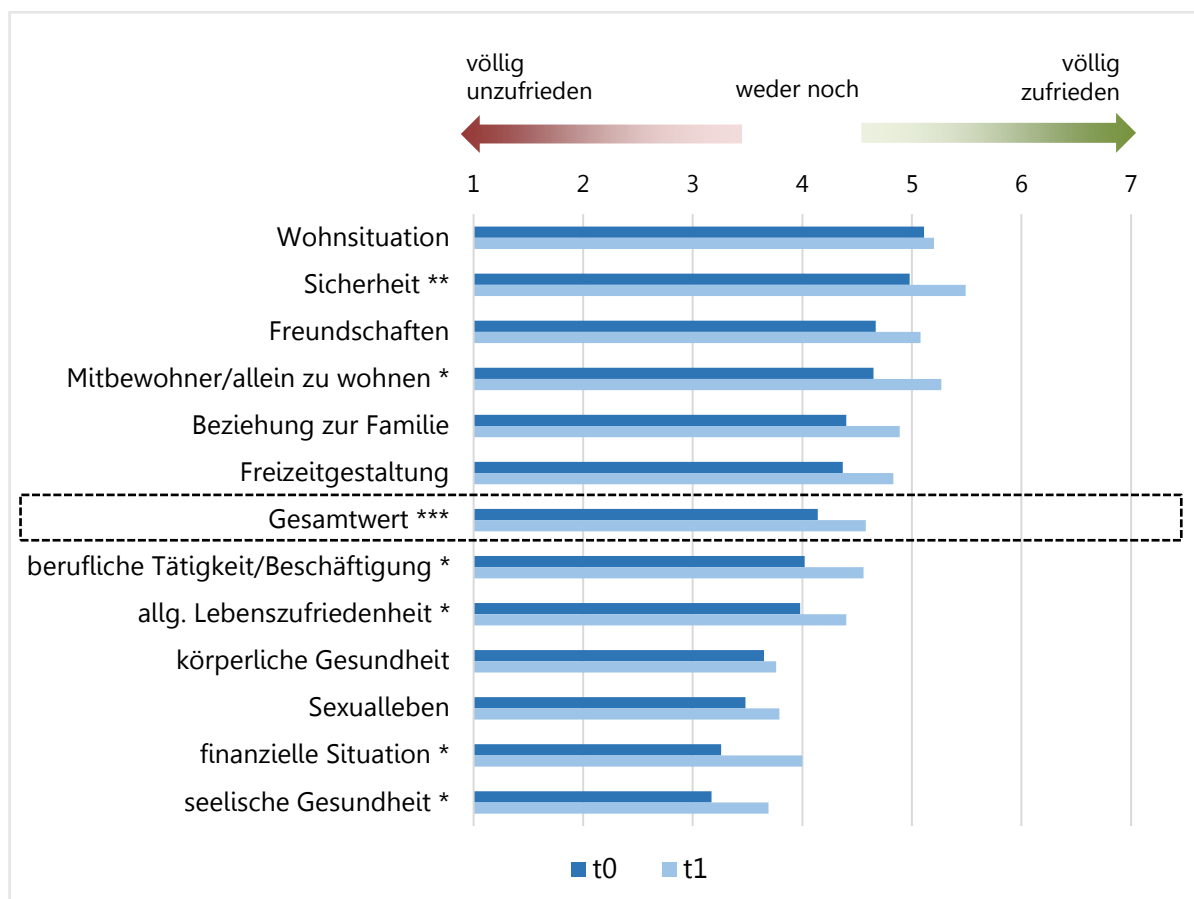


Abbildung 25: Vergleich t0-t1: Subjektive Lebensqualität und Zufriedenheit (n=47-54).

Insgesamt liegt die Zufriedenheit zum ersten Erhebungszeitpunkt in den Bereichen Wohnsituation, persönliche Sicherheit, Freundschaften und dem Zusammenleben mit Mitbewohner*innen bzw. dem Alleinleben vergleichsweise am höchsten (►Abb. 25). Eine niedrige Zufriedenheit zeigt sich in den Bereichen körperliche Gesundheit, Sexualleben, finanzielle Situation und seelische Gesundheit. Diese vier Bereiche liegen unter der mittleren Ausprägung, die „*weder zufrieden noch unzufrieden*“ bedeutet, und somit im Bereich der Unzufriedenheit. Positiv zu bewerten ist, dass zu t1 in allen Lebensbereichen Verbesserungen zu verzeichnen sind. Der Gesamtwert ist signifikant von 4,1 auf 4,6 gestiegen. Deutliche Verbesserungen zeigten sich nach einem Jahr insbesondere in den Bereichen persönliche Sicherheit, berufliche Tätigkeit bzw. Beschäftigung, finanzielle Situation und seelische Gesundheit. Zu berücksichtigen ist, dass bei den Fragen zur Zufriedenheit mit dem Sexualleben und mit den Beziehungen zu Familienmitgliedern deutlich weniger Teilnehmer*innen eine Antwort gegeben haben. Zu begründen ist dies u. a. durch die Sensibilität der abgefragten Bereiche.

6.2.7 Psychische Beschwerden

Mit dem Selbstbeurteilungsinstrument SCL-K-9 schätzten die Teilnehmer*innen auf einer 5-stufigen Skala ein, wie stark sie in den letzten sieben Tagen unter verschiedenen psychischen Beschwerden gelitten haben. Die vorgegebene Skala der 9 Items reichte von 0= *überhaupt nicht* bis zu 4= *sehr stark*.

In ►Abbildung 26 ist die Veränderung der subjektiv eingeschätzten Symptombelastung vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt in Form eines Mittelwertvergleichs dargestellt.

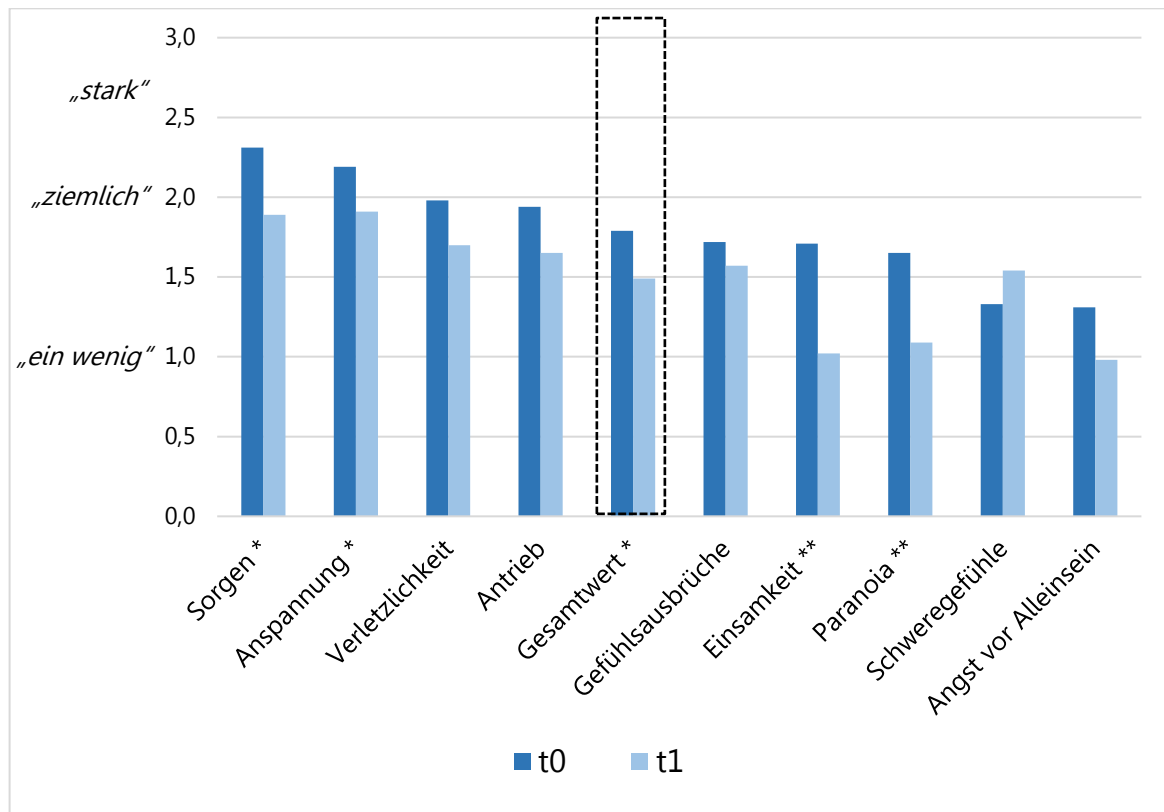


Abbildung 26: Vergleich t0-t1: Psychische Symptombelastung (n=52-54).

Deutlich wird, dass sich das Ausmaß der psychischen Symptombelastung insgesamt signifikant verringert hat. In acht Bereichen ist eine Reduzierung der psychischen Beschwerden zu verzeichnen. Einzig der Bereich, der Schweregefühle in den Armen oder Beinen beschreibt, ist angestiegen. Eine statistisch relevante Abnahme der Belastung konnte bei den Symptomen, sich zu viele Sorgen machen zu müssen, angespannt oder aufgereggt zu sein, sich auch in Gesellschaft einsam zu fühlen und dem Gefühl, dass andere sie beobachten oder über sie reden, festgestellt werden.

Trotz der positiven Tendenz, dass sich die psychische Belastung bei den Studienteilnehmer*innen innerhalb eines Jahres verringert hat, sollte bei der Interpretation der Ergebnisse nicht vernachlässigt werden, dass es sich insgesamt um eine psychisch stark belastete Stichprobe handelt. Dies wird in ►Abbildung 27 erkennbar, in der die Symptombelastung zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t1) differenziert dargestellt ist.

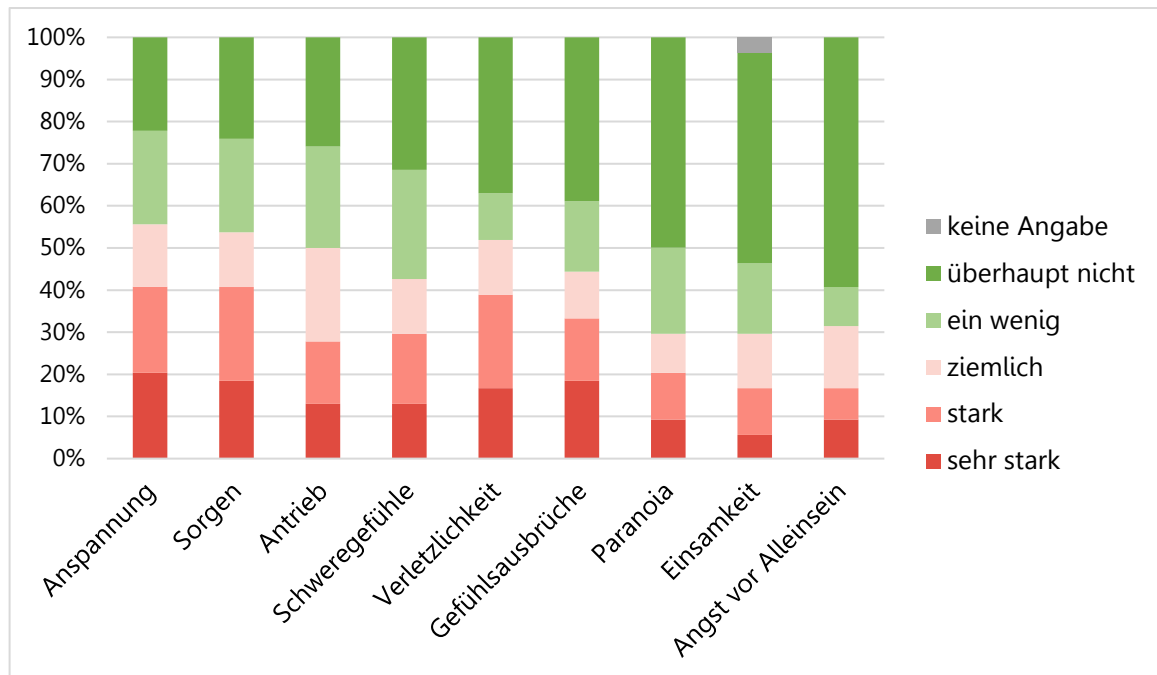


Abbildung 27: Psychische Symptombelastung zu t1 (n=52-54).

Auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt (t1) kann festgestellt werden, dass die Teilnehmer*innen sich psychisch sehr belastet fühlen (► Abb. 27). In allen Bereichen berichteten mindestens 40 % der Befragten von aktuell auftretenden Symptomen. Besonders häufig wird das Gefühl wahrgenommen, gespannt oder aufgeregt zu sein und sich zu viele Sorgen machen zu müssen. Auch werden vermehrt Schwierigkeiten mit dem eigenen Antrieb, Schweregefühle in den Armen oder den Beinen sowie Verletzlichkeit in Gefühlsdingen und unkontrollierte Gefühlsausbrüche angegeben. Geringer ausgeprägt waren das Gefühl, beobachtet zu werden („Paranoia“), das Gefühl, auch in Gesellschaft einsam zu sein sowie Nervosität beim bzw. Angst vor dem Alleinsein.

6.2.8 Externe Bewertung der Gesundheit und des Funktionsniveaus

Mittels des HoNOS-Fragebogens wurde die professionelle Einschätzung der Bezugsmitarbeiter*innen zur Gesundheit und zum Funktionsniveau ihrer Klient*innen erfasst. Der Fragebogen umfasste zwölf Symptom- bzw. Problembereiche, die anhand der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten eingeschätzt wurden, dabei bedeutete 0=*kein Problem*, 1=*klinisch unbedeutendes Problem ohne Handlungsbedarf*, 2=*leichtes Problem, aber eindeutig vorhanden*, 3=*eher schweres Problem*, und 4=*schweres bis sehr schweres Problem*. In ►Abbildung 28 sind die ermittelten Werte zum ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt vergleichend dargestellt. Die Interpretation der empirischen Ergebnisse ist durch die geringe Fallzahl jedoch nur eingeschränkt möglich. Für einige Bereiche lag lediglich für 19 Teilnehmer*innen eine externe Einschätzung zu t0 und t1 vor. Maximal konnten 25 externe Bewertungen zu beiden Erhebungszeitpunkten ermittelt werden. Die Aussagekraft der Ergebnisse ist dadurch erheblich beeinträchtigt.

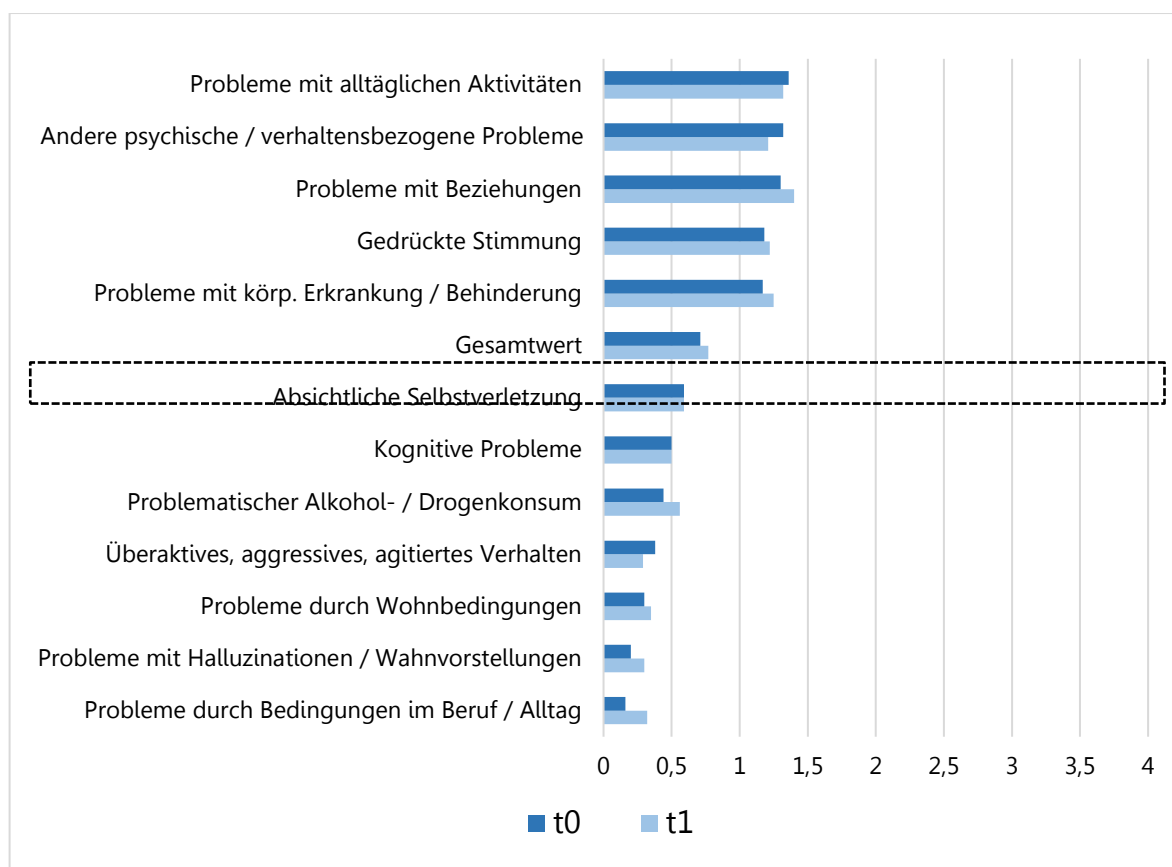


Abbildung 28: Vergleich t0-t1: Externe Bewertung Gesundheit und Funktionsniveau (n=19-25).

Insgesamt werden die Schwierigkeiten in den unterschiedlichen Bereichen überwiegend als klinisch unbedeutende Probleme ohne Handlungsbedarf bis hin zu leichten, eindeutig vorhandenen Problemen bewertet (►Abb. 28). Es kann die Tendenz ermittelt werden, dass am häufigsten Probleme mit den alltäglichen Aktivitäten, andere psychische bzw. verhaltensbezogene Probleme (z. B. Angst, Schlaf, Essen, psychische Belastung), Probleme mit Beziehungen, gedrückte Stimmung und Probleme mit einer körperlichen Erkrankung oder Behinderung von den Bezugsmitarbeiter*innen angegeben wurden. Weniger häufig wurden Probleme mit aggressivem Verhalten oder Wahnvorstellungen sowie Probleme durch Bedingungen im Beruf oder Alltag sowie beim Wohnen genannt.

Über den Zeitverlauf erhöhten sich in sieben Bereichen die Problemanzeigen, in drei Bereichen sind geringere Werte zum zweiten Erhebungszeitpunkt zu verzeichnen. Zwei Bereiche weisen keine Veränderung auf. Die ermittelten Unterschiede zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt sind statistisch jedoch nicht signifikant.

6.2.9 Behandlungs-, Unterstützungs- und Krankheitsverlauf

Der Fragebogen „CSSRI“ wurde in der WiEWohnen-Studie in leicht modifizierter Form eingesetzt und umfasst über 30 Einzelfragen, welche zum Teil zusätzlich untergliedert sind. Im Folgenden ist die deskriptive Auswertung für eine Auswahl der Fragen aus dem Repertoire des Fragebogens dargestellt.

Psychiatrische Behandlung und Medikation

In den letzten zwölf Monaten vor der ersten Befragung waren 75,9 % der Befragten wegen ihrer körperlichen Gesundheit (► Abb. 29) und 77,8 % der Befragten wegen ihrer psychischen Gesundheit in Behandlung (► Abb. 30). Diese Anteile reduzierten sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt leicht.

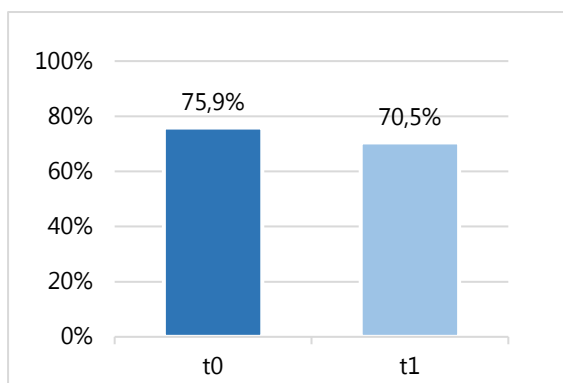


Abbildung 29: Vergleich t0-t1: Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen ihrer körperlichen Gesundheit in Behandlung waren (n=54).

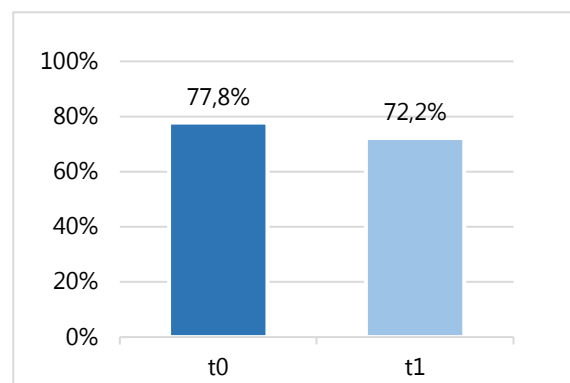


Abbildung 30: Vergleich t0-t1: Anteil der Personen, die in den letzten 12 Monaten wegen ihrer psychischen Erkrankung in Behandlung waren (n=54).

Von den 42 Personen (77,8 %), die sich in den zwölf Monaten vor der ersten Befragung in psychiatrischer Behandlung befanden, wurden 38,1 % (teil-)stationär und 95,2 % ambulant behandelt (Mehrfachnennungen möglich). In den 12 Monaten zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt reduzierte sich der Anteil der stationär behandelten Personen: Von den 39 Personen (72,2 %), die sich zwischen t0 und t1 in psychiatrischer Behandlung befanden, wurden 28,2 % (teil-)stationär und 94,9 % ambulant behandelt.

Über die Hälfte (57,5 %) der ambulant behandelten Befragten befand sich in den zwölf Monaten vor der ersten Erhebung in Behandlung eines/r niedergelassen/e Psychiater*in oder Ärzt*in. Dieser Anteil erhöhte sich im Zeitraum vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt auf 64,9 %. 27,5 % der Befragten besuchten im Jahr vor der ersten Befragung eine Psychiatrische Institutsambulanz, zwischen t0 und t1 verringerte sich dieser Anteil auf 18,9 %. Eine/n ambulante/n Psychotherapeut*in suchten vor dem ersten Erhebungszeitpunkt 32,5 % der Teilnehmer*innen, im Jahr vor der zweiten Befragung 27,0 % der Teilnehmer*innen auf.

Insgesamt nahmen 68,5 % der Befragten im Jahr vor der ersten Befragung Psychopharmaka für ihre psychische Gesundheit ein (davon 91,9 % regelmäßig, 5,4 % ab und zu, 2,7 % regelmäßig und als Depotspritze). Dieser Anteil reduzierte sich zwischen t0 und t1 leicht auf 61,1 % (davon 91,2 % regelmäßig, 8,8 % ab und zu).

Soziale Eingebundenheit

Im Rahmen des Fragebogens CSSRI wurden ebenfalls die Anzahl der Bezugspersonen im freundschaftlichen und familiären Umfeld (► Abb. 31 - 33) und die soziale Eingebundenheit der Befragten erfasst (► Abb. 34 - 37).

Die Anzahl der Freund*innen, zu denen die Befragten eine enge Beziehung hatten, blieb über den Erhebungszeitpunkt weitgehend konstant (► Abb. 31). Sowohl zum ersten als auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt berichteten 22,2 % der Teilnehmer*innen keine/n enge/n Freund*in zu haben. Am häufigsten wurden ein bis zwei Freund*innen angegeben.

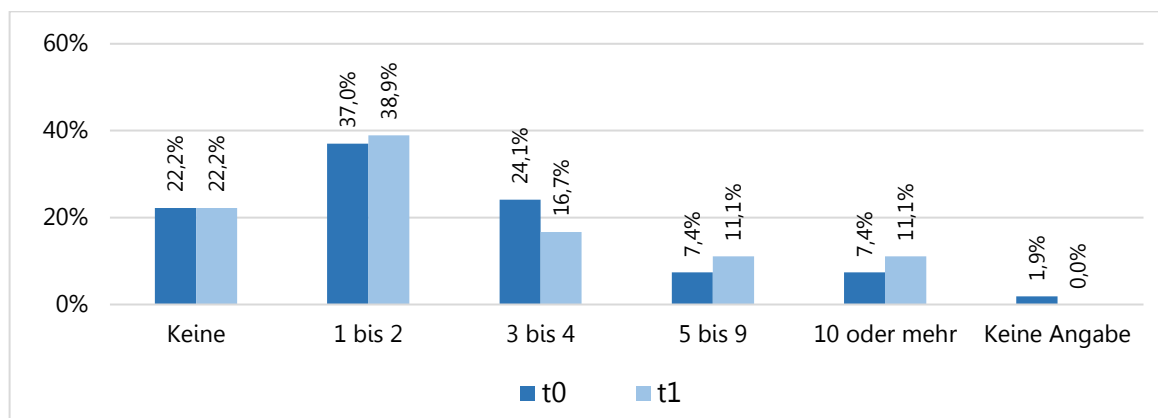


Abbildung 31: Vergleich t0-t1: Anzahl der Freund*innen mit enger Beziehung außerhalb des Haushalts (n=54).

Auch bei der Anzahl der Familienmitglieder, zu denen die Teilnehmer*innen außerhalb ihres Haushalts eine enge Beziehung pflegten, wurden am häufigsten ein bis zwei Verwandte genannt (► Abb. 32). Der Anteil der Befragten ohne familiären Anschluss stieg zwischen t0 und t1 von 24,1 % auf 31,5 %.

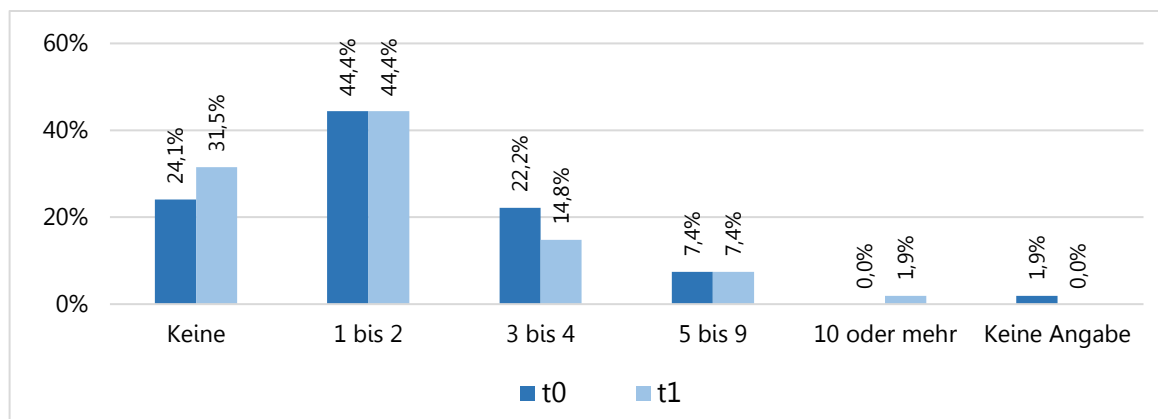


Abbildung 32: Vergleich t0-t1: Anzahl der Familienmitglieder mit enger Beziehung außerhalb des Haushalts (n=54).

Um nicht nur Aussagen darüber treffen zu können, zu wie vielen Personen eine enge Beziehung besteht, sondern auch, wie zufrieden die Befragten mit der Größe ihres sozialen Umfeldes sind, wurde dieser Aspekt ebenfalls im Rahmen des Fragebogens erhoben (► Abb. 34). Zwischen t0 und t1 erhöhte sich der Anteil der Personen, die sehr mit der Anzahl ihrer Freund*innen und Familienmitgliedern zufrieden sind deutlich. Dennoch gibt auch noch zum zweiten Erhebungszeitpunkt rund ein Fünftel der Teilnehmer*innen an, sehr oder eher unzufrieden zu sein. Zu berücksichtigen ist hierbei, dass die Frage sich sowohl auf die Anzahl der Freund*innen als auch Familienmitglieder bezog. Die Erfahrungen aus der Interviewsituation zeigten, dass diese verschiedenen Personengruppen teilweise ganz

unterschiedlich von den Befragten bewertet wurden. Die Beziehung zu Freund*innen und Familie sollte demnach in zukünftigen Erhebungen getrennt voneinander betrachtet werden, um zu validen Aussagen gelangen zu können.

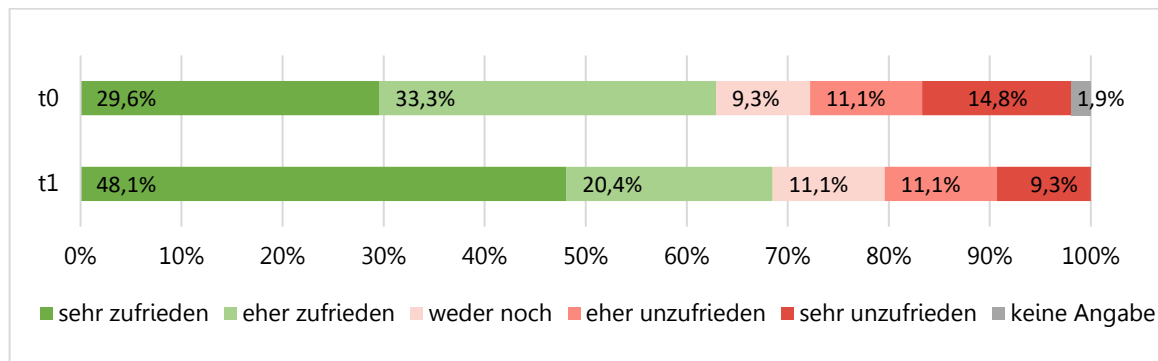


Abbildung 33: Vergleich t0-t1: Zufriedenheit mit Anzahl der Freund*innen und Familienmitglieder (n=54).

Darüber hinaus wurde erfragt, welche sozialen Funktionen im Umfeld der Befragten erfüllt werden. Der Anteil der Personen, die immer oder meistens über eine/n Ansprechpartner*in in ihrem sozialen Umfeld verfügten, stieg vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt um 14,8 % (► Abb. 34). Gleichzeitig sank der Anteil der Teilnehmer*innen, die angaben, sich nie, selten oder manchmal bei Gesprächsbedarf an jemanden wenden zu können. Dennoch stand über der Hälfte der Personen auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt nicht immer ein/e Gesprächspartner*in zur Verfügung.

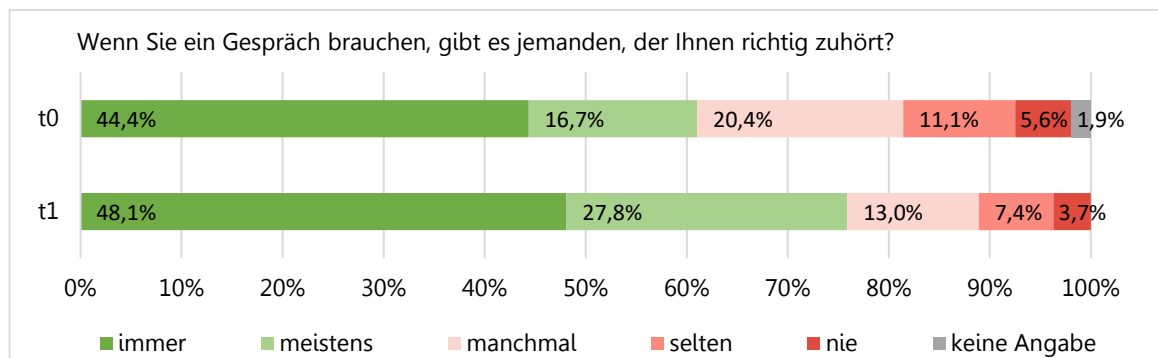


Abbildung 34: Vergleich t0-t1: Soziale Eingebundenheit: Gespräche (n=54).

Eine ähnliche, wenn auch nicht so deutliche Tendenz zeigt sich bei der Frage nach Bezugspersonen, die die Teilnehmer*innen bei Bedarf mit Ratschlägen unterstützten (► Abb. 35). Der Anteil der Personen, die immer oder meistens auf jemanden zählen konnten, der/die ihnen einen guten Rat gibt, stieg zum zweiten Erhebungszeitpunkt leicht.

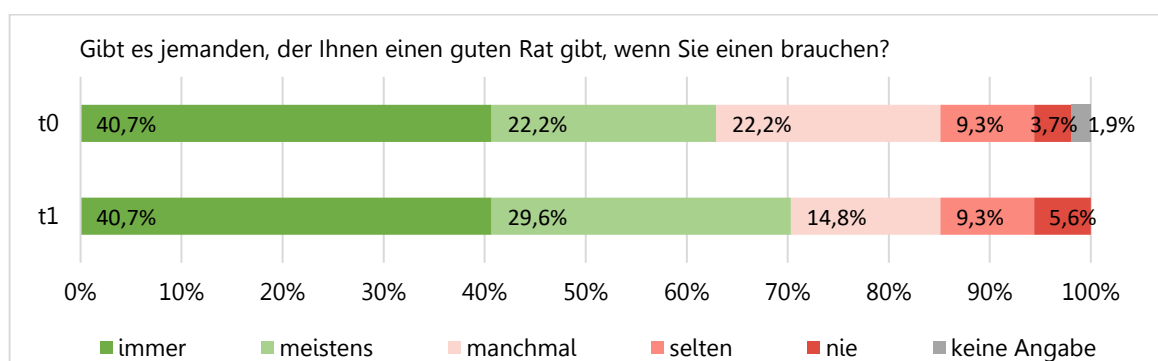


Abbildung 35: Vergleich t0-t1: Soziale Eingebundenheit: Ratschlag (n=54).

Zum ersten Erhebungszeitpunkt berichteten über zwei Drittel (64,8 %) der Teilnehmer*innen, dass sie immer oder meistens auf jemanden zählen können, der sie emotional unterstützt, d. h. mit ihnen über Sorgen spricht oder ihnen bei schwierigen Entscheidungen hilft (► Abb. 36). Zum zweiten Erhebungszeitpunkt sank dieser Anteil leicht. Der Anteil der Befragten, die nie eine Bezugsperson als emotionale Unterstützung zur Verfügung haben, verdoppelte sich vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt.

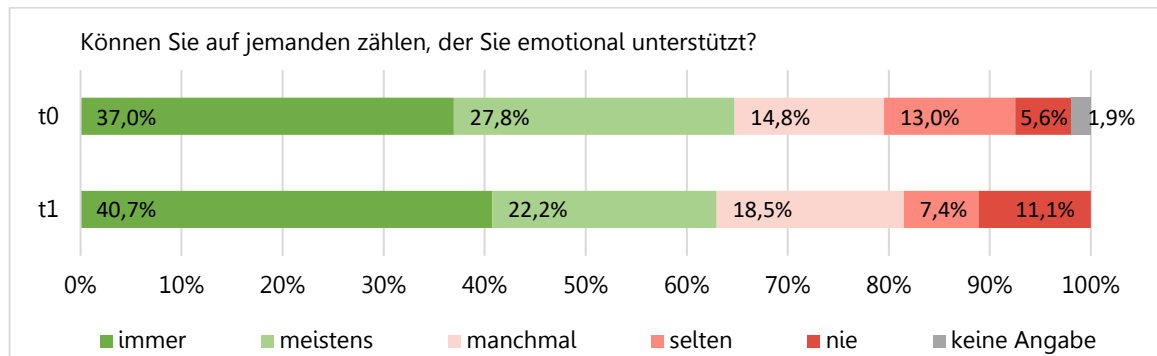


Abbildung 36: Vergleich t0-t1: Soziale Eingebundenheit: Emotionale Unterstützung (n=54).

Im Vergleich zu den anderen Bereichen, gaben die befragten Personen weniger häufig an, Menschen in ihrem sozialen Umfeld zu haben, die ihnen Liebe und Zuneigung zeigen (► Abb. 37). Zum ersten Erhebungszeitpunkt verfügten 48,1 % der Befragten immer oder meistens über eine solche Bezugsperson, sei es im familiären, freundschaftlichen oder partnerschaftlichen Verhältnis. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt stieg dieser Anteil leicht an. Nicht zu vernachlässigen sind die 16,7 % zum ersten und 18,5 % der Befragten zum zweiten Erhebungszeitpunkt, die angaben, nie Liebe und Zuneigung durch eine andere Person zu erfahren.

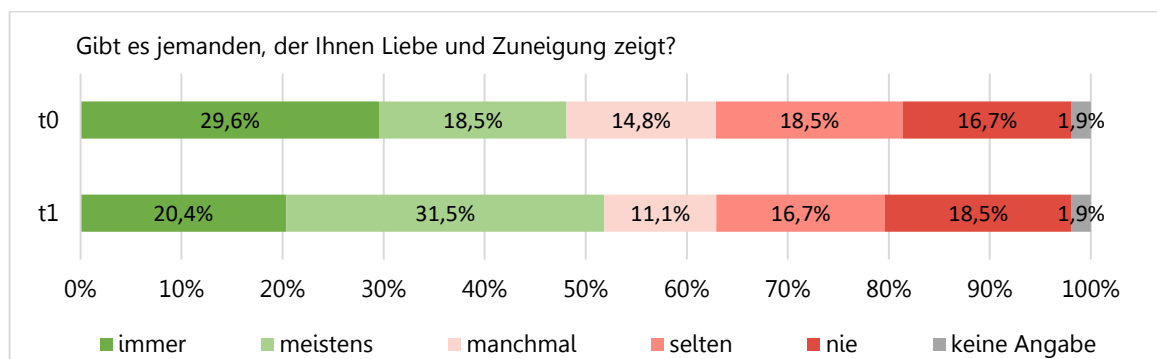


Abbildung 37: Vergleich t0-t1: Soziale Eingebundenheit: Zuneigung (n=54).

Digitale Teilhabe

In Rahmen des CSSRI-Fragebogens wurde auch erhoben, inwiefern die Teilnehmer*innen Zugang zu digitalen bzw. internetbasierten Angeboten haben. In ►Abbildung 38 ist erkennbar, dass sowohl zum ersten als auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt weniger als die Hälfte der Befragten das Internet nutzten. Knapp ein Fünftel der Personen verfügte in ihrer Wohnung bzw. ihrer Wohneinrichtung nicht über einen Internetanschluss. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt verringerte sich dieser Anteil leicht auf 22,2 %.

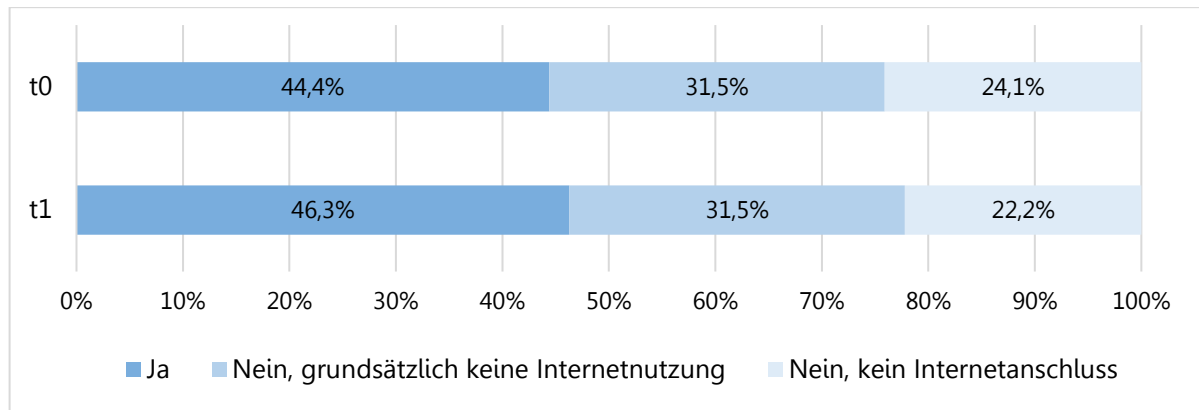


Abbildung 38: Vergleich t0-t1: Internetnutzung in der Wohnung bzw. Wohneinrichtung (n=54).

Für die Inanspruchnahme von internetbasierten Angeboten stellte sich im Rahmen der Datenauswertung die Relevanz von Smartphones heraus. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt nutzten drei Viertel der Befragten das Internet über ihr Smartphone (►Abb. 39). Ein knappes Viertel nutzte das Internet grundsätzlich nicht mit dem Smartphone. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt gab keine/r der Befragten an, kein Smartphone zu besitzen, im Jahr zuvor waren es noch 13,0 %.

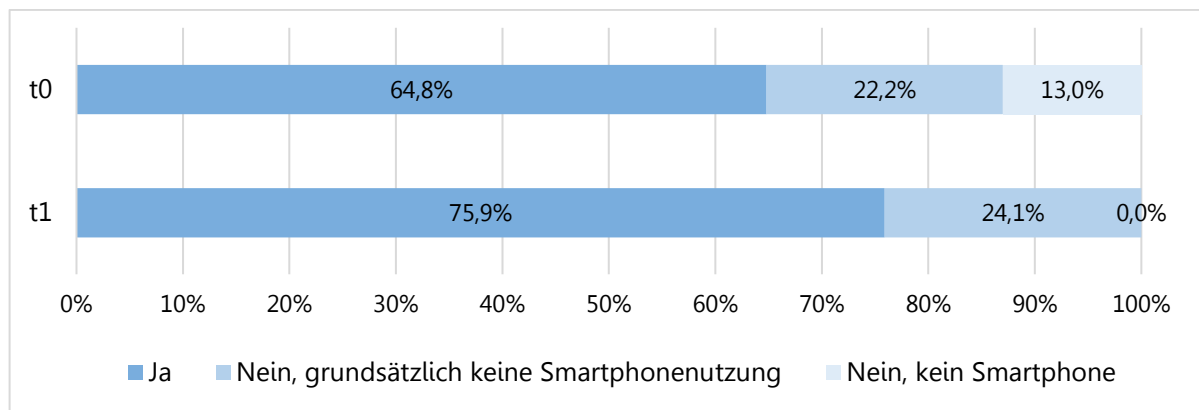


Abbildung 39: Vergleich t0-t1: Internetnutzung per Smartphone (n=54).

Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen

Abschließend wurden die Teilnehmer*innen befragt, wie zufrieden sie mit verschiedenen Bereichen ihres Lebens auf einer Skala von 1= *völlig unzufrieden* bis 10= *völlig zufrieden* sind. In ►Abbildung 40 sind die Ergebnisse vom ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt dargestellt. Deutlich wird, dass die Befragten im Vergleich mit ihrer Wohnsituation und Freizeit am zufriedensten sind. Die berufliche Situation, der Lebensstandard und die Gesundheit liegen unterhalb des Wertes 5 und damit im Bereich der Unzufriedenheit. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt erhöhte sich die Zufriedenheit in allen abgefragten Bereichen. Hinsichtlich des allgemeinen Lebensstandards konnte ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Mittelwerten des ersten und zweiten Erhebungszeitpunktes erfasst werden.

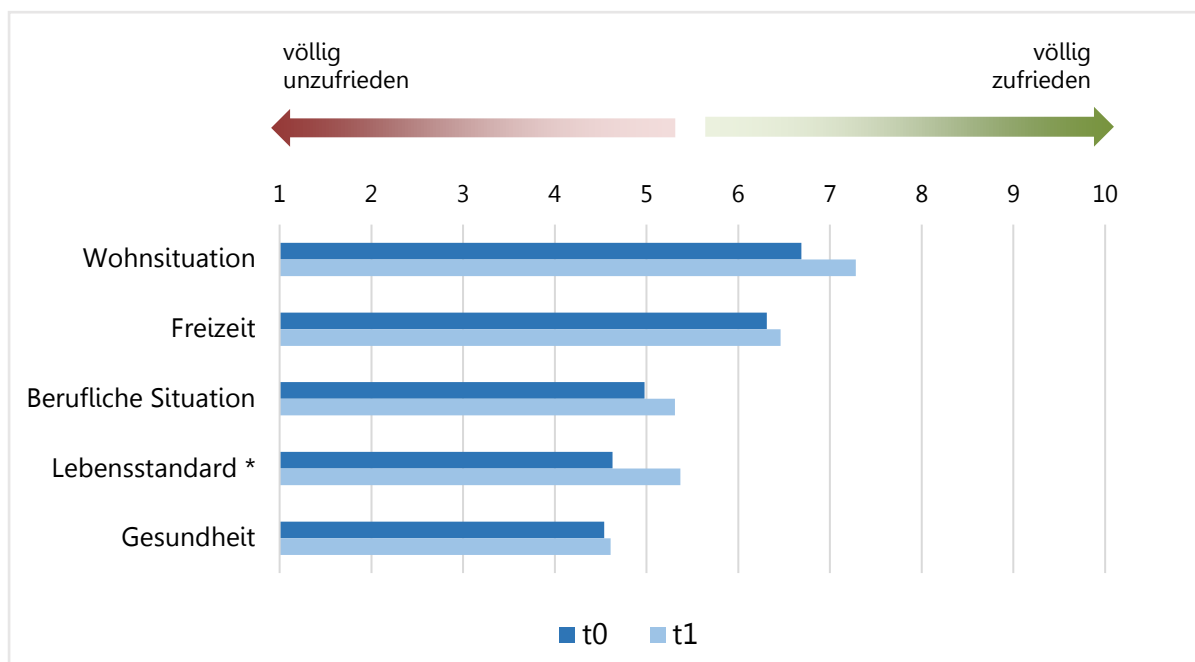


Abbildung 40: Vergleich t0-t1: Zufriedenheit in verschiedenen Lebensbereichen (n=51-54).

Neben der Zufriedenheit ist auch das Gefühl, von der Gesellschaft respektiert und angenommen zu werden, für die Betrachtung von gesellschaftlicher Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen von Bedeutung (►Abb. 41). Zum ersten Erhebungszeitpunkt empfanden 17,3 %, dass sie „gar nicht“ und 42,3%, dass sie „wenig“ von der Gesellschaft anerkannt wurden. Dieser Anteil verringerte sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt auf 11,5 % bzw. 38,5 %. Trotz dieser positiven Entwicklung bleibt festzuhalten, dass sich auch noch zum zweiten Erhebungszeitpunkt die Hälfte der Teilnehmer*innen nicht oder nur wenig von der Gesellschaft respektiert fühlten.

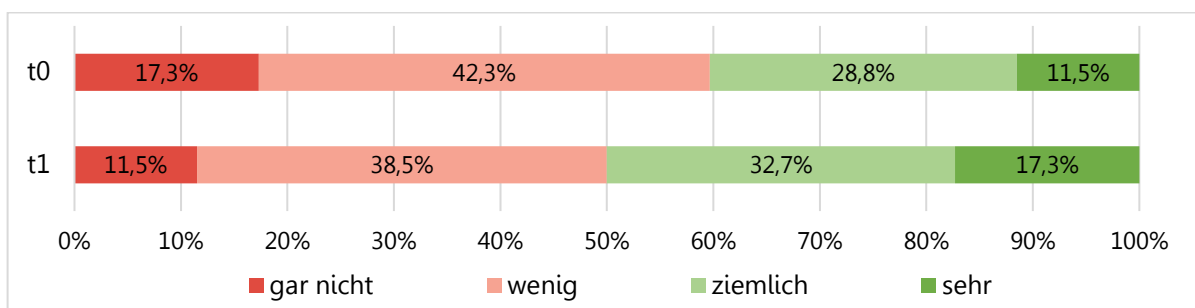


Abbildung 41: Vergleich t0-t1: Gefühl, von der Gesellschaft respektiert zu werden (n=52).

6.2.10 Fazit

Auf Grundlage der empirischen Ergebnisse soll resümiert werden, wie wirksam die Leistungen der Eingliederungshilfe Wohnen sind und in welchen Bereichen sich Veränderungen bei den Teilnehmer*innen ergeben haben. Die Wirksamkeit wurde im Rahmen der WiEWohnen-Studie durch die überwiegend standardisierten Erhebungsinstrumente (► Kap. 3) operationalisiert, die das soziale Funktionsniveau, die Verwirklichungschancen, die psychische Belastung sowie die Lebensqualität und Zufriedenheit abbildeten. Insgesamt kann festgestellt werden, dass innerhalb eines Jahres bei den Studienteilnehmer*innen signifikante Veränderungen und positive Effekte in verschiedenen Bereichen ermittelt werden konnten.

Inhaltlich zeichnete sich insbesondere die Relevanz der Themen Gesundheit, soziale Kontakte, Wohnsituation und gesellschaftliche Teilhabe ab, die im Folgenden näher beleuchtet werden.

Bei dem gewählten Studiendesign kann grundsätzlich nicht davon ausgegangen werden, dass die ermittelten Veränderungen ausschließlich und ursächlich durch die Unterstützungsleistungen im Bereich Wohnen bedingt sind. Hierfür wäre beispielsweise der Vergleich mit einer randomisierten Kontrollgruppe ohne Eingliederungshilfeleistungen notwendig gewesen. Bei der Interpretation der Ergebnisse sollte außerdem berücksichtigt werden, dass es sich um eine Stichprobe handelt, die vorwiegend ambulant durch Leistungen der Eingliederungshilfe betreut wurde. Wenn die Befragten zum zweiten Erhebungszeitpunkt nicht mehr im Leistungsbezug waren, wurden sie weiterhin durch die wissenschaftliche Begleitung befragt. Die geringe Fallzahl erlaubte es jedoch nicht, die Auswertungen nach den unterschiedlichen Betreuungsumfängen vorzunehmen. Die Größe der Stichprobe wirkt demnach einschränkend für die Repräsentativität bzw. Aussagekraft der Ergebnisse, dennoch lassen sich Tendenzen in den verschiedenen Bereichen ermitteln und empirisch fundierte Anhaltspunkte für die weitere Entwicklung der Unterstützungsleistungen ableiten.

Gesundheit

Das Thema Gesundheit findet sich an mehreren Stellen in den empirischen Ergebnissen wieder: Die subjektiv eingeschätzte Symptombelastung der Teilnehmer*innen nimmt vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt signifikant ab. Dennoch sind die psychischen Beschwerden insbesondere in den Bereichen Sorgen, Anspannung und Einsamkeit vergleichsweise hoch (► Kap. 6.2.7). Bei der Stichprobe handelt es sich demnach um Menschen, die psychisch stark belastet sind. Dementsprechend ist die deutliche Mehrheit der Befragten im Studienzeitraum (t0-t1) ambulant psychiatrisch versorgt worden. Der Anteil (teil-)stationär behandelter Personen verringert sich vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt (► Kap. 6.2.9).

Die externe Bewertung der Symptombelastung wies eine geringe Fallzahl auf. Es zeichnete sich jedoch die Tendenz ab, dass am häufigsten Probleme im Bereich alltägliche Aktivitäten, psychische/verhaltensbezogene Probleme, Probleme mit Beziehungen, gedrückte Stimmung und Probleme mit der körperlichen Erkrankung/Behinderung von den Bezugsmitarbeiter*innen genannt wurden (► Kap. 6.2.8).

Neben der psychischen Erkrankung spielte auch die Komorbidität mit somatischen Erkrankungen eine wichtige Rolle: Zwar nahm der Anteil der Personen, die wegen einer körperlichen Erkrankung behandelt wurden, über den Erhebungszeitraum ab, dennoch waren fast drei Viertel (70,5 %) in den 12 Monaten vor dem zweiten Erhebungszeitpunkt in ambulanter oder stationärer Behandlung.

Im Hinblick auf die Verwirklichungschancen belegten die gesundheitsbedingten Einschränkungen bei Alltagsaktivitäten zu Studienbeginn den drittletzten Platz und lagen somit deutlich unter dem Gesamtwert. Positiv zu bewerten ist, dass sich dieser Wert zum zweiten Erhebungszeitpunkt signifikant verbessert hat, jedoch immer noch im unteren Mittelfeld liegt (► Kap. 6.2.5).

Bei der subjektiv eingeschätzten Lebensqualität und Zufriedenheit erreichte die körperliche Gesundheit zum ersten Erhebungszeitpunkt den viertletzten und die seelische Gesundheit den letzten Platz. Die hohe Unzufriedenheit der Befragten mit ihrer psychischen und körperlichen Verfasstheit spiegelt sich deutlich in den empirischen Ergebnissen wider. Für den Bereich der seelischen Gesundheit konnte eine statistisch signifikante Verbesserung beobachtet werden (► Kap. 6.2.6).

Im allgemeinen Vergleich der fünf Lebensbereiche Wohnsituation, Freizeit, berufliche Situation, Lebensstandard und Gesundheit wurde die geringste Zufriedenheit sowohl zum ersten als auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt im Bereich Gesundheit angegeben (► Kap. 6.2.9).

Insgesamt stellt sich deutlich heraus, dass das Thema Gesundheit für die befragten Menschen von hoher Bedeutung ist. Es zeigten sich nicht nur eine hohe Unzufriedenheit, sondern auch wahrgenommene Einschränkungen im Alltag durch den psychischen und körperlichen Gesundheitszustand. Auch wenn teilweise positive Effekte nachgewiesen wurden, sollte das Thema Gesundheit bei der Planung und Erbringung der Eingliederungshilfeleistungen einen hohen Stellenwert haben. Dies ergibt sich auch aus dem Anspruch der Eingliederungshilfeleistungen, eine drohende Behinderung zu verhindern (Prävention) und eine Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen bzw. zu mildern, um die gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft zu gewährleisten.

Soziale Kontakte

Im Zuge der Auswertung stellten sich die sozialen Kontakte der Teilnehmer*innen und ihre Eingebundenheit in Beziehungskontexte als relevantes Thema heraus. Beim sozialen Funktionsniveau der Befragten wurden in den Bereichen Rückzug / soziale Eingebundenheit und soziale Aktivitäten sehr geringe Werte erzielt. Die erzielten Werte lagen auch deutlich unter dem Mittelwert einer Normstichprobe von Menschen ohne gesundheitliche Beeinträchtigung. Dabei handelte es sich um die Bereiche, die die Häufigkeit von Aktivitäten mit Mitmenschen abbilden. Positiv zu bewerten ist, dass sich vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt der Wert im Bereich interpersonelle Kommunikation sowie der Gesamtmittelwert verbesserten (► Kap. 6.2.4).

Die Relevanz des Themas soziale Kontakte zeigt sich auch in den wahrgenommenen Einschränkungen bzw. Verwirklichungschancen der Teilnehmer*innen. Zwar gelang es den Befragten, ihr soziales Umfeld wertzuschätzen und zu respektieren, sie nahmen jedoch leichte bis moderate Einschränkungen beim Annehmen von Zuneigung und geselligem Beisammensein mit Freunden und Verwandten wahr. Diese Einschränkungen blieben auch

zum zweiten Erhebungszeitpunkt auf dem gleichen Niveau bestehen bzw. verbesserten sich lediglich leicht (► Kap. 6.2.5).

Zum ersten Erhebungszeitpunkt gab ein Viertel (25,9 %) und zum zweiten Erhebungszeitpunkt 22,2 % der Befragten an, zurzeit keine/n gute/n Freund*in zu haben. Gleichzeitig zeigte sich im Bereich Freundschaften eine mittlere Zufriedenheit, die über den Erhebungszeitraum leicht anstieg (► Kap. 6.2.6).

Beim Thema soziale Kontakte ist auch von Bedeutung, welche Bedürfnisse in den Beziehungskontexten gedeckt werden können. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Befragten hatte auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt selten oder nie eine Ansprechperson im sozialen Umfeld, die als Zuhörer*in bei Gesprächsbedarf (11,1 %) fungiert, einen guten Ratschlag (14,9 %) geben kann, sie emotional unterstützt (18,5 %) oder ihnen Liebe und Zuneigung zeigt (35,2 %) (► Kap. 6.2.9).

Wohnsituation

Die WiEWohnen-Studie untersuchte die Wirksamkeit der Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen. Deutlich wird angesichts der empirischen Ergebnisse, dass sich die Unterstützungsleistungen keineswegs nur auf den Bereich Wohnen beschränken. Positiv zu bewerten ist, dass die Zufriedenheit mit der Wohnsituation von den Befragten insgesamt hoch eingeschätzt wurde. Sowohl im Fragebogen zur Lebensqualität (► Kap. 6.2.6) als auch bei der Erfassung des Behandlungs-, Unterstützungs- und Krankheitsverlaufes (► Kap. 6.2.9) erreichte die Zufriedenheit mit der Wohnsituation im Vergleich mit den anderen Bereichen die höchsten Werte und stieg über den Erhebungszeitraum leicht an. Wenn es um die Frage ging, wie geeignet oder ungeeignet die Wohnsituation für die derzeitigen Bedürfnisse der Befragten war, lag der erzielte Wert eher im Mittelfeld, aber dennoch über dem Gesamtmittelwert und mit positiver Tendenz zum zweiten Erhebungszeitpunkt (► Kap. 6.2.5).

Bei der Einschätzung der mittelfristigen Rehabilitation erwarteten sowohl die Teilnehmer*innen als auch die Bezugsmitarbeiter*innen am häufigsten ein gleichbleibendes Wohnsetting. Bei der Einschätzung der zukünftigen Teilhabe im Bereich Wohnen war die professionelle Perspektive der Bezugsmitarbeiter*innen nicht der Erfahrenenperspektive der Befragten überlegen (► Kap. 6.2.3).

Gesellschaftliche Teilhabe

Die empirischen Daten weisen darauf hin, dass sich das primäre Ziel der Eingliederungshilfeleistungen, die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit (drohenden) Behinderungen zu gewährleisten, als gesamtgesellschaftliche Herausforderung darstellt.

Ein Großteil der Befragten fühlte sich von der Gesellschaft nicht oder nur wenig respektiert und angenommen. Auch wenn im Verlauf ein positiver Trend erkennbar ist, fühlten sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt immer noch 50 % der Teilnehmer*innen nicht oder nur wenig als Teil der Gesellschaft akzeptiert (► Kap. 6.2.9).

Bei der subjektiven Einschätzung der Teilhabechancen erreichte die Möglichkeit zur Mitbestimmung bei kommunalen Entscheidungen im Vergleich zu den anderen Bereichen

den vorletzten Platz und liegt damit deutlich unter dem Gesamtmittelwert. Es ist jedoch ein leicht positiver Trend im Projektverlauf zu erkennen. Ein nicht zu vernachlässigender Anteil der Personen hielt es für wahrscheinlich, aufgrund persönlicher Merkmale diskriminiert zu werden. Auch dieser Bereich lag unter dem Gesamtmittelwert und verbesserte sich im Verlauf leicht (► Kap. 6.2.5).

In Zeiten des digitalen Wandels ist die Anbindung an internetbasierte und digitale (Informations-)Angebote von großer Bedeutung. Auch zum zweiten Erhebungszeitpunkt besaß oder nutzte weniger als die Hälfte der Befragten einen Internetanschluss in ihrer Wohnform. Die digitale Teilhabe der Befragten verbesserte sich zum zweiten Erhebungszeitpunkt. Es stellte sich insbesondere die hohe Relevanz von Smartphones heraus, die zum zweiten Erhebungszeitpunkt von drei Vierteln der Befragten zur Internetnutzung verwendet wurden (► Kap. 6.2.9).

Die gesellschaftliche und gleichberechtigte Teilhabe sollte nicht von den verfügbaren finanziellen Mitteln abhängig sein. Dennoch soll an dieser Stelle die teilweise schwierige finanzielle Situation der Befragten Berücksichtigung finden. Insgesamt waren die Teilnehmer*innen mit ihrer finanziellen Lage eher unzufrieden, es konnte jedoch eine signifikante Verbesserung vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt ermittelt werden (► Kap. 6.2.6). Auch die Zufriedenheit mit dem allgemeinen Lebensstandard wurde von den Befragten niedrig bewertet, zeigte aber ebenfalls eine signifikante Steigerung im Projektverlauf (► Kap. 6.2.9). Im Kontext von Teilhabe an sozialen und Freizeitaktivitäten sind die teilweise beschränkten finanziellen Mittel der Teilnehmer*innen nicht außer Acht zu lassen.

6.3 Unterstützungs- und Versorgungsbedarf

Für die Einschätzung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs der Teilnehmer*innen sind im Folgenden Auswertungen des Fragebogens CANSAS dargestellt. Die Angaben der Teilnehmer*innen beziehen sich auf den Bewertungszeitraum der letzten vier Wochen vor der Befragung. Für die Bewertung jedes Bereiches gibt es drei verschiedene Antwortmöglichkeiten: 0=*kein Problem*, 1=*kein/geringes Problem, weil Hilfe geleistet wird* und 2=*ernstes Problem*. Der Fragebogen CANSAS ermöglicht somit Aussagen darüber, in welchen Lebensbereichen aktuelle Unterstützungsbedarfe der Teilnehmer*innen gedeckt bzw. nicht gedeckt sind.

In ►Abbildung 42 sind die empirischen Ergebnisse vergleichend für den ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt dargestellt. In der Abbildung sind die verschiedenen Lebensbereiche aufsteigend nach dem Anteil der Personen mit ungedeckten Unterstützungsbedarfen zu t0 geordnet. Am ersten Erhebungszeitpunkt gaben die Befragten am seltensten an, im Umgang mit illegalen Drogen und Geld (0 %), bei der persönlichen Körperpflege (1,9 %) und im Haushalt (1,9 %) ernste Probleme zu haben. Insbesondere beim Umgang mit bzw. der Einteilung von Geld (41,5 %) und im Haushalt (43,4 %) erhält ein Großteil der Teilnehmer*innen Unterstützung, z. B. durch einen Pflegedienst bzw. eine gesetzliche Betreuung.

Die Versorgung und Betreuung von Kindern ist im Vergleich der ungedeckten Bedarfe ebenfalls im unteren Viertel zu finden (2,0 %). Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sowohl kinderlose Personen als auch Eltern mit Kindern, die über 18 Jahre alt sind, in der Kategorie „*kein Problem*“ (88,0 %) eingeordnet sind. Betrachtet man lediglich die Eltern von Kindern unter 18 Jahren, so ergibt sich folgendes Bild: Von den zehn Elternteilen geben zum ersten Erhebungszeitpunkt vier Personen an, kein Problem bei der Versorgung und Betreuung ihres/ihrer Kindes/r zu haben. Fünf Personen erhalten bei der Problembewältigung Unterstützung, eine Person berichtet von ernsthaften Problemen, die elterliche Fürsorge wahrzunehmen. Zum zweiten Erhebungszeitpunkt sind nur noch bei vier Personen geringe bzw. keine Probleme vorhanden, weil Hilfe geleistet wird. Die übrigen sechs Eltern geben an, keine Probleme zu haben.

Vergleichsweise geringe ungedeckte Unterstützungsbedarfe zeigen sich beim Zugang und der Benutzung eines Telefons (3,7 %), bei der Ernährung (3,7 %) und Wohnsituation (3,8 %), bei den Grundkenntnissen Lesen, Schreiben, Rechnen (5,7 %) sowie bei der angemessenen Information über Krankheit und Behandlung (5,9 %). Die Eingliederungshilfeleistungen im Bereich Wohnen spiegeln sich im hohen Anteil der Personen (92,5 %) wider, die keine bzw. geringe Probleme bei der Wohnsituation angeben, weil sie professionelle Unterstützung erhalten. Auch die regelmäßige Versorgung mit Mahlzeiten (37,0 %), z. B. in gemeinschaftlichen Wohnformen, wird im Bereich Ernährung deutlich. Bei der angemessenen Aufklärung über die psychische Erkrankung und (medikamentöse) Behandlung benötigen und erhalten einige Teilnehmer*innen (23,5 %) zusätzliche Unterstützung. Ein geringer Anteil der Befragten gab an, nicht ausreichend informiert worden zu sein bzw. nicht alle Informationen verstanden zu haben. Wenige Personen zeigten keine Krankheitseinsicht.

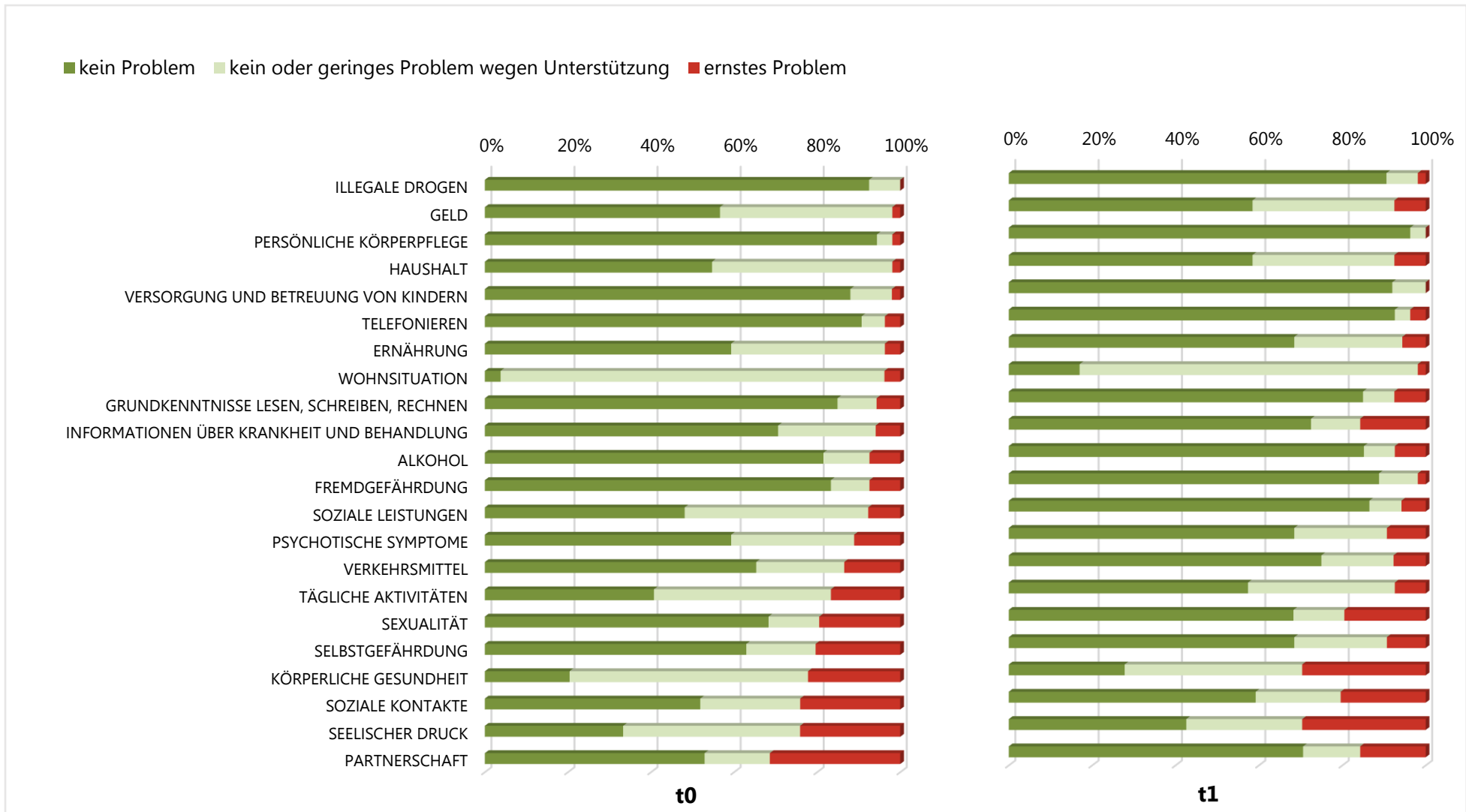


Abbildung 42: Vergleich t0-t1: Unterstützungsbedarfe (n=41-54).

Etwas höhere ungedeckte Unterstützungsbedarfe finden sich in den Bereichen Alkoholkonsum (7,4 %), fremdgefährdendes Verhalten (7,4 %), Erhalt von zustehenden Sozialleistungen (7,7 %), psychotische Symptome (11,1 %) und bei der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln (13,5 %). Insbesondere bei der Einforderung zustehender sozialer Leistungen wird ein Großteil der Befragten (44,2 %) unterstützt, z. B. durch eine gesetzliche Betreuung. Der ebenfalls nicht geringe Anteil an Personen (29,6 %), die aufgrund von psychotischen Symptomen Hilfe erhalten, erklärt sich z. B. durch eine therapeutische bzw. medikamentöse Behandlung. Beim Thema öffentliche Verkehrsmittel wurde im Fragebogen erfasst, inwiefern die Teilnehmer*innen mit der Benutzung von Bus, Straßenbahn oder Zug zurechtkommen, d. h. zum Beispiel beim Auswählen und Kauf der entsprechenden Fahrkarte. Im Rahmen der Interviewsituation wurde jedoch deutlich, dass nicht nur die Benutzung der Verkehrsmittel an sich Probleme bereiten kann, sondern auch der Kontakt mit den weiteren Fahrgästen. Einige der Befragten berichteten, grundsätzlich die Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln zu vermeiden, u. a. aufgrund von wahrgenommenen Schwierigkeiten mit Menschenmassen. Der Unterstützungsbedarf zur Teilhabe und Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel dürfte damit deutlich höher liegen als im Rahmen der Untersuchung ermittelt wurde.

Besonders hohe ungedeckte Unterstützungsbedarfe wurden in den Bereichen tägliche Aktivitäten (16,7 %), Sexualität (19,5 %), Selbstgefährdung (20,4 %), körperliche Gesundheit (22,2 %), soziale Kontakte (24,1 %) und seelischer Druck (24,1 %) erfasst. Die hohen Anteile der Personen mit Unterstützung im Bereich tägliche Aktivitäten (42,6 %) erklärt sich durch die Teilnahme an tagesstrukturierenden Angeboten bzw. durch den Besuch einer Tagesstätte. Beim Thema Sexualität zeigten die Befragten eine deutlich geringere Antwortbereitschaft, da es für viele ein sensibles bzw. privates Thema darstellte. Die Fallzahl beträgt in diesem Bereich lediglich 41. Dennoch wird deutlich, dass knapp ein Fünftel der Teilnehmer*innen schwerwiegende Probleme mit ihrem aktuellen Sexualleben aufweisen. In diesem Bereich erfahren die Befragten vergleichsweise selten professionelle Hilfeleistungen (12,2 %). Ähnliches gilt für den Bereich der Selbstgefährdung: Auch hier berichtet ein Fünftel der Befragten von Suizidgedanken in den vergangenen vier Wochen vor der Befragung. Ein etwas geringerer Anteil (16,7 %) erhält eine ausreichende Behandlung, die den persönlichen Unterstützungsbedarf deckt. Die hohe Komorbidität psychischer und somatischer Erkrankungen wird bei der Kategorie körperliche Gesundheit deutlich. Lediglich ein Fünftel der Befragten (20,4 %) gab an, aktuell keine Probleme mit ihrer körperlichen Gesundheit zu haben. Der Anteil der Personen mit ungedeckten Bedarfen ist in den Bereichen soziale Kontakte und seelischer Druck gleich hoch, jedoch erhält ein deutlich höherer Anteil Hilfe bei den psychischen Belastungen (42,6 %) als bei der Organisation und Unterstützung sozialer Aktivitäten (24,1 %).

Am häufigsten gaben die Befragten an, ernste Probleme in ihrer Partnerschaft bzw. mit ihrer Partnerlosigkeit zu haben. Fast ein Drittel der Teilnehmer*innen (31,4 %) berichtete von bedeutenden Schwierigkeiten in der Partnerschaft bzw. von einem starken Wunsch nach einem/einer Partner*in. 15,7 % der Teilnehmer*innen erhalten Unterstützung in diesem Bereich, z. B. durch Beratungsleistungen oder Gesprächen mit der Bezugsperson aus dem Eingliederungshilfesystem.

Zur vereinfachten Vergleichbarkeit ist in ► Tabelle 2 zusammengefasst, inwiefern sich die ungedeckten Unterstützungsbedarfe der Befragten zum zweiten Erhebungszeitpunkt verändert haben. Dabei ist insbesondere von Interesse, inwiefern Verbesserungen oder Verschlechterungen aufgetreten sind.

| | t0 | t1 |
|---|-----------|-----------|
| Gesunkener ungedeckter Bedarf | | |
| Partnerschaft | 31,4 % | 15,7 % |
| Soziale Kontakte | 24,1 % | 20,4 % |
| Selbstgefährdung | 20,4 % | 9,3 % |
| Tägliche Aktivitäten | 16,7 % | 7,4 % |
| Verkehrsmittel | 13,5 % | 7,7 % |
| Psychotische Symptome | 11,1 % | 9,3 % |
| Soziale Leistungen | 7,7 % | 5,8 % |
| Fremdgefährdung | 7,4 % | 1,9 % |
| Wohnsituation | 3,8 % | 1,9 % |
| Versorgung und Betreuung von Kindern | 2,0 % | 0 % |
| Persönliche Körperpflege | 1,9 % | 0 % |
| Gleichbleibender ungedeckter Bedarf | | |
| Sexualität | 19,5 % | 19,5 % |
| Telefonieren | 3,7 % | 3,7 % |
| Alkohol | 7,4 % | 7,4 % |
| Gestiegener ungedeckter Bedarf | | |
| Seelischer Druck | 24,1 % | 29,6 % |
| Körperliche Gesundheit | 22,2 % | 29,6 % |
| Informationen über Krankheit und Behandlung | 5,9 % | 15,7 % |
| Grundkenntnisse Lesen, Schreiben, Rechnen | 5,7 % | 7,5 % |
| Ernährung | 3,7 % | 5,6 % |
| Haushalt | 1,9 % | 7,5 % |
| Geld | 1,9 % | 7,5 % |
| Illegale Drogen | 0 % | 1,9 % |

Tabelle 2: Vergleich t0-t1: Ungedeckte Unterstützungsbedarfe (n=41-54).

Deutlich wird, dass in der Hälfte der untersuchten Bereiche der Anteil von Personen mit ungedeckten Bedarfen gesunken und damit eine Verbesserung eingetreten ist (► Tabelle 2). In drei Bereichen ist der Anteil der Teilnehmer*innen mit ernststen Problemen auf dem gleichen Niveau geblieben. Acht Bereiche verzeichneten einen Anstieg ungedeckter Bedarfe und somit eine Verschlechterung der Problematik.

Positiv zu bewerten ist, dass gerade im Bereich Partnerschaft, der zum ersten Erhebungszeitpunkt die höchsten ungedeckten Unterstützungsbedarfe aufwies, eine deutliche Abnahme zum zweiten Erhebungszeitpunkt ermittelt werden konnte. Der Anteil der Personen mit schwerwiegenden Problemen halbierte sich in diesem Bereich auf 15,7 %. Auch die Bereiche soziale Kontakte, Selbstgefährdung, tägliche Aktivitäten und Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel weisen eine deutliche Verbesserung auf.

Die ungedeckten Unterstützungsbedarfe in den Bereichen Sexualität, Umgang mit einem Telefon und Alkohol blieben zum zweiten Erhebungszeitpunkt unverändert.

In den Bereichen, die die körperliche und seelische Gesundheit betreffen, einschließlich der Information über Erkrankung und Behandlung, sind die ungedeckten Bedarfe der Teilnehmer*innen gestiegen. Auch bei den Grundkenntnissen Lesen, Schreiben, Rechnen, bei der Ernährung, im Haushalt, im Umgang mit Geld und illegalen Drogen benötigten die Teilnehmer*innen zum zweiten Erhebungszeitpunkt mehr Hilfe als sie erhielten.

Insgesamt konnten zwar in der Hälfte der abgefragten Bereiche ungedeckte Bedarfe innerhalb eines Jahres gesenkt werden, in der anderen Hälfte blieben die Bedarfe jedoch unverändert oder erhöhten sich.

Herausforderungen für die Eingliederungshilfe Wohnen

Aus den empirischen Ergebnissen zu den Unterstützungs- und Versorgungsbedarfen der Zielgruppe werden im Folgenden Herausforderungen für die Ausgestaltung von Eingliederungshilfeleistungen im Bereich Wohnen abgeleitet. Dabei soll den Fragen nachgegangen werden, was die ungedeckten Hilfebedarfe der Leistungsempfänger*innen als Konsequenz für den Leistungsträger und den Leistungserbringer bedeuten können.

Zunächst kann festgestellt werden, dass in der Stichprobe von WiEWohnen MV sehr vielfältige Bedarfe erfasst werden konnten. Es gab zum ersten Erhebungszeitpunkt lediglich einen und zum zweiten Erhebungszeitpunkt zwei Bereiche, in denen sich keine ungedeckten Unterstützungsbedarfe zeigten. Mit dem Anspruch diese ungedeckten Bedarfe in den verschiedenen Lebensbereichen zu bearbeiten, braucht es folglich eine komplexe und gleichzeitig individuelle Leistungserbringung. Die empirischen Erkenntnisse unterstreichen somit den Grundgedanken des Bundesteilhabegesetzes, Unterstützungsleistungen personenzentriert und an den individuellen Bedarfen der Leistungsempfänger*innen auszurichten. Das Angebot des Leistungserbringers kann demnach nicht aus pauschalen Lösungen bestehen und muss die Ziele, Wünsche und Bedarfe des/der Leistungsempfänger*in in den Fokus stellen. Für die Umsetzung bedeutet dies, dass der Leistungsträger die entsprechenden Rahmenbedingungen zur Verfügung stellen sollte, damit der Leistungserbringer individuelle und flexible Leistungen erbringen kann.

Insgesamt handelt es sich bei der WiEWohnen-Stichprobe um eine hoch belastete Personengruppe. Gerade im Bereich Partnerschaft, soziale Kontakte, Sexualität, seelischer Druck und körperliche Gesundheit benennen die Teilnehmer*innen vermehrt Schwierigkeiten, bei denen sie keine oder nicht ausreichend Hilfe erhalten. Die subjektiven Problemanzeigen zeichnen sich demnach zum einen in Bereichen ab, in denen Begegnung mit anderen Menschen stattfindet, d. h. im sozialen, partnerschaftlichen und sexuellen Miteinander. Zum anderen sind insbesondere Bereiche betroffen, die die körperliche und psychische Gesundheit betreffen. Die Leistungen der Eingliederungshilfe sollen die

Chancen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gewährleisten. Teilhabe muss demnach allen Menschen gleichberechtigt und uneingeschränkt möglich sein, auch Menschen mit schweren psychischen und körperlichen Erkrankungen. Um eine Exklusion aufgrund von seelischen und körperlichen Beschwerden zu verhindern, braucht es demnach zum einen eine angemessene therapeutische und medizinische Behandlung, die eine gelingende Kooperation zwischen den verschiedenen Leistungssystemen voraussetzt (SGB V und SGB IX). Es geht aber auch darum, Begegnung zwischen Menschen zu ermöglichen und die Anbahnung und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte zu unterstützen. Im Sinne des Bundesteilhabegesetzes gilt es dabei nicht, Sonderformen zu etablieren, die dem Gedanken einer inklusiven Gesellschaft widerstreben.

Insgesamt konnten die empirischen Ergebnisse verdeutlichen, dass die Herausforderung für die Eingliederungshilfe im Bereich Wohnen darin besteht, dass sie sich keineswegs nur auf den Bereich Wohnen beschränkt. Die Gewährleistung gesellschaftlicher Teilhabe bedeutet viel mehr, als nur selbstständiges Wohnen zu ermöglichen. Die Wohnsituation an sich wird von den Teilnehmer*innen der WiEWohnen-Studie als vergleichsweise wenig problematisch eingeschätzt, auch weil in diesem Bereich bereits professionelle Unterstützung geleistet wird. Das Konzept der Personenzentrierung bietet die Chance, die subjektiv wahrgenommenen ungedeckten Bedarfe weiterhin zu senken.

6.4 Teilhabeziele und Zielerreichung

Im Rahmen der WiEWohnen-Studie wurde der Frage nachgegangen, wie die Wirksamkeit von Eingliederungshilfeleistungen gemessen und sichtbar gemacht werden kann. Hierfür kamen verschiedene standardisierte Erhebungsinstrumente zum Einsatz. Darüber hinaus sollte im Landkreis Rostock ein Schwerpunkt auf der Zielerfassung und -bewertung im Rahmen des Gesamtplanverfahrens liegen.

Nach dem Bundesteilhabegesetz dient der Gesamtplan „der Steuerung, Wirkungskontrolle und Dokumentation des Teilhabeprozesses. Er bedarf der Schriftform und soll regelmäßig, spätestens nach zwei Jahren, überprüft und fortgeschrieben werden.“ (§ 121 Gesamtplan, Absatz 2). In Mecklenburg-Vorpommern wird zur Bedarfsermittlung der Integrierte Teilhabeplan „ITP“ als Instrument eingesetzt. Die Erarbeitung, Abstimmung und sorgfältige Formulierung der Ziele des Leistungsberechtigten für den aktuellen Leistungszeitraum sind dabei wesentlicher Bestandteil für die Leistungsplanung und Wirkungskontrolle. Die gesetzlichen Änderungen durch das BTHG boten somit die Chance, dieses neue Instrument zur Formulierung und Bewertung der Ziele auch im Rahmen der WiEWohnen-Studie zu nutzen und in Bezug zu den weiteren wissenschaftlichen Ergebnissen zu setzen.

Jedoch bedeutete die Einführung des Gesamtplanverfahrens und des neuen Bedarfsermittlungsinstruments auch wesentliche Umstrukturierungen im Bereich des Leistungsträgers. Die Übertragung der Ziele und Zielerreichung der Studienteilnehmer*innen in die Vorlage des Instituts für Sozialpsychiatrie MV e. V. war mit einem erheblichen zeitlichen und personellen Mehraufwand verbunden, sodass nicht rechtzeitig zum Ende der Studienlaufzeit vollständige Daten zur Auswertung bereitgestellt werden konnten. Die Idee, anhand der individuellen Ziele und Zielerreichung Wirksamkeit zu messen, konnte deshalb im Rahmen des Abschlussberichtes von WiEWohnen MV nicht umgesetzt werden.

7. Empfehlungen

Auf Grundlage der empirischen Erkenntnisse sollen abschließend Empfehlungen formuliert werden, die bei der weiteren fachlichen Diskussion und der Erbringung von Eingliederungshilfeleistungen für Menschen mit seelischen Behinderungen berücksichtigt werden sollten:

- Es handelt sich insgesamt um eine hoch belastete Zielgruppe, die sehr differenzierte Unterstützungsbedarfe in verschiedenen Lebensbereichen aufweist. Eingliederungshilfeleistungen sollten sich am individuellen Bedarf des/der Leistungsempfänger*in ausrichten. Die konsequente Umsetzung der Personenzentrierung in den Angeboten der Leistungserbringer ist unabdingbar für eine individuelle, flexible und zielgerichtete Leistungserbringung. Dafür ist die (finanzielle) Unterstützung und fachliche Begleitung des Leistungsträgers notwendig.
- Wie bereits aus anderen wissenschaftlichen Studien bekannt, konnte auch in der WiEWohnen-Studie festgestellt werden, dass ein hoher Anteil der Teilnehmer*innen früh psychisch erkrankt ist, d. h. Angebote der Früherkennung und -intervention sowie präventive Angebote in der Kinder- und Jugendhilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und in den alltäglichen Lebensräumen (z. B. Kita und Schule) sollten insgesamt gestärkt und qualifiziert werden. Auch die Eingliederungshilfe als Reha-Träger sollte sich an präventiven Maßnahmen und der Vermeidung von Eingliederungshilfe beteiligen. Es sind außerdem integrierte Unterstützungskonzepte und ein gelingendes Schnittstellenmanagement zwischen den verschiedenen Leistungssystemen (SGB XIII, SGB V und SGB IX) notwendig.
- Die Bedeutung des Themas Gesundheit zeigte sich in der hohen Komorbidität mit somatischen Erkrankungen und den gleichzeitig hohen seelischen und körperlichen Belastungen. In der Leistungserbringung braucht es zum einen individuelle Lösungen zur Gesundheitsförderung (z. B. in Form von Einzel- und Gruppenangeboten) und zum anderen eine Verzahnung mit der psychiatrischen und medizinischen Behandlung auf Systemebene (SGB V und SGB IX).
- Neben den gesundheitlichen Problemanzeigen wurden insbesondere Bedarfe und Belastungen in den Bereichen soziale Kontakte und Partnerschaft von den Befragten wahrgenommen. Die Hälfte der Teilnehmer*innen fühlt sich außerdem nicht von der Gesellschaft respektiert und angenommen. Leistungen der Eingliederungshilfe sollen die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gewährleisten. Das bedeutet auch, Menschen nicht in Sonderformen zu exkludieren, Begegnung auf Augenhöhe zu fördern und ein soziales Miteinander zu schaffen. Dafür braucht es innovative Konzepte zur Entstigmatisierung von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in der Gesellschaft und die Förderung des Themas seelische Gesundheit in der Kommune.
- Lediglich ein geringer Anteil der Teilnehmer*innen geht einer Beschäftigung auf dem Allgemeinen Arbeitsmarkt nach, der Großteil ist nicht oder in Sonderformen beschäftigt. Gleichzeitig stehen den Teilnehmer*innen monatlich geringe finanzielle Mittel zur freien Verfügung und es zeigt sich eine Unzufriedenheit mit der finanziellen Situation. Die Beschäftigung von Menschen mit seelischen Behinderungen auf einem inklusiven Arbeitsmarkt sollte zukünftig stärker gefördert werden. Die Eingliederungshilfe kann dabei ihre Verantwortung wahrnehmen, die Chancen auf Bildung und Beschäftigung durch innovative Konzepte (z. B. das evidenzbasierte IPS-Coaching) zu stärken und positive Wege aus der Eingliederungshilfe aufzuzeigen.

- Ein nicht unerheblicher Anteil der Teilnehmer*innen sind Eltern, nicht alle von ihnen leben mit ihrem Kind bzw. ihren Kindern in einem gemeinsamen Haushalt, d. h. das Thema **Kinder und Elternschaft** muss in den Leistungen der Eingliederungshilfe mitgedacht werden, auch und gerade, wenn es nicht in den Verantwortungsbereich der Hilfen zur Erziehung fällt.
- Die WiEWohnen-Studie lieferte wichtige Erkenntnisse zu den Lebenslagen und den Bedarfen der Menschen, die durch Eingliederungshilfeleistungen unterstützt werden und kann als gute Ausgangsbasis für die weitere fachliche Diskussion im Landkreis Rostock und für zukünftige Forschungsarbeiten gelten. Bei der Umsetzung von weiteren **Forschungsvorhaben** sollten die Erfahrungen und subjektiven Einschätzungen der **Leistungsempfänger*innen** möglichst in den **Fokus** gestellt werden, um einen realistischen Eindruck von ihrer Lebenssituation zu erlangen. Die Beteiligung von **Psychiatrieerfahrenen** im wissenschaftlichen Team ist wünschenswert und hat sich in dieser Studie bewährt.

8. Reflektion und Ausblick

Im folgenden Kapitel wird der Projektverlauf mit seinen Herausforderungen und Chancen kritisch reflektiert und Erkenntnisse für die Durchführung zukünftiger Studien abgeleitet.

Die Erfahrungen im WiEWohnen-Projekt haben verdeutlicht, dass das Gelingen eines Praxisforschungsprojektes maßgeblich von dem Engagement der beteiligten Akteur*innen abhängig ist. Die Akquise der Teilnehmer*innen wurde zunächst vornehmlich über den Leistungsträger, anschließend auch über die Leistungserbringer realisiert. Da die Ansprache und Information potentieller Teilnehmer*innen in der regulären Arbeitszeit der Mitarbeiter*innen erfolgten, waren die personellen und zeitlichen Ressourcen begrenzt. Unser Dank gilt an dieser Stelle der Unterstützung und dem Engagement der beteiligten Mitarbeiter*innen von Seiten des Leistungsträgers und der Leistungserbringer im Landkreis Rostock!

Trotz der Bemühungen aller Projektpartner gestaltete sich die Akquise der Studienteilnehmer*innen eher schleppend, sodass die Rekrutierungsphase um ein Jahr verlängert werden musste. In diesem Prozess war der kontinuierliche Austausch der direkt am Projekt beteiligten Personen essenziell, um rechtzeitig notwendige Nachjustierungen vorzunehmen und die Zugangskriterien anzupassen. Der Austausch mit dem Partnerprojekt WiEWohnen BW offenbarte, dass es sich bei dem geringen Rücklauf und den Schwierigkeiten bei der Akquise um kein spezifisches Problem im Landkreis Rostock handelte. Die Rekrutierung von Teilnehmer*innen beim Leistungsträger zu verorten und das Projekt im Rahmen der Teilhabeplanung zu platzieren, erwies sich als wenig günstig. Zum einen befand sich der Leistungsträger selbst durch die BTHG-Reform der Eingliederungshilfe in einem umfassenden Umstrukturierungsprozess. Zum anderen boten die umfangreichen Gespräche zur neuen integrierten Teilhabeplanung wenig Raum für die Bewerbung der Forschungsstudie bei den Leistungsempfänger*innen.

Die Interviewsituation stellte an die Befragten Anforderungen, die von den Teilnehmer*innen ganz unterschiedlich wahrgenommen wurden. Der Fragebogen war umfangreich und enthielt z. T. sensible Fragen, die für einzelne Teilnehmer*innen als belastend empfunden wurden. Die Dauer eines Interviews lag bei durchschnittlich eineinhalb Stunden, in einigen Fällen dauerte die Befragung deutlich kürzer oder länger. Die wissenschaftlichen Mitarbeiter*innen erhielten überwiegend positives Feedback von den Teilnehmer*innen. Viele der Befragten empfanden die Interviewsituation als gute Gelegenheit, gehört zu werden und ihre Bedürfnisse und Probleme klar zu benennen. Bemängelt wurden in einigen Fällen die vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, die die Form des quantitativen Fragebogens mit sich brachte, sodass wenig Platz für individuelle Anmerkungen der Teilnehmer*innen blieb. Neben den Prinzipien des wissenschaftlichen Arbeitens stand für die Interviewer*innen ebenfalls im Vordergrund, die Interviewsituation angenehm und wertschätzend zu gestalten und auf die individuellen Bedürfnisse der Befragten zu reagieren (z. B. durch Pausen und ggf. Gesprächsangebote).

Die Erfahrungsexpertise einer wissenschaftlichen Mitarbeiterin im WiEWohnen-Team ermöglichte eine besondere Sensibilisierung der Interviewer*innen für die Bedürfnisse von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen sowie einen Zugang zum Forschungsfeld auf Augenhöhe.

Insgesamt konnte die geplante Teilnehmer*innenzahl nicht erreicht werden, sodass die Repräsentativität der Ergebnisse eingeschränkt ist und umfassende multivariate

Analysenethoden nicht angewandt werden konnten. Die differenzierte Auswertung nach stationären und ambulanten Wohnsettings konnte aufgrund der geringen Fallzahl stationär unterstützter Teilnehmer*innen nicht erfolgen. Bei der externen Einschätzung durch die Bezugsmitarbeiter*innen war der Rücklauf teilweise gering.

Die Ergebnisse der WiEWohnen-Studie liefern dennoch wichtige Erkenntnisse zur Lebenssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, die durch Leistungen der Eingliederungshilfe unterstützt werden. Die empirischen Ergebnisse weisen außerdem auf ungedeckte Bedarfe und Herausforderungen im Versorgungssystem der Eingliederungshilfe hin.

Zusammenfassend kann für zukünftige empirische Studien mit Leistungsberechtigten in der Eingliederungshilfe empfohlen werden:

- die Benennung und Finanzierung von Mitarbeiter*innen, die ausschließlich für die Ansprache von potenziellen Teilnehmer*innen und die Einsteuerung in das Projekt verantwortlich sind und diese zentral verwalten
- die Beteiligung von Erfahrungsexpert*innen in der Vorbereitung und Durchführung der Interviews
- die Wertschätzung der Studienteilnahme durch eine Aufwandsentschädigung
- die umfassende Information über den Zweck der Studie sowie die Motivation der professionell tätigen Fachkräfte bei den Leistungserbringern, das Forschungsvorhaben zu unterstützen
- regelmäßige und transparente Besprechungen des Projektstands und -verlaufes aller Projektbeteiligten
- die Ergänzung quantitativer Fragebogenteile durch qualitative Erhebungsinstrumente.

Nicht zuletzt gilt unser Dank allen Personen, die die WiEWohnen-Studie durch ihre Teilnahme unterstützt haben!

Sie haben uns einen Einblick in Ihre persönliche Lebenssituation gewährt und damit einen wichtigen Beitrag zur Erforschung der Wohnunterstützung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Eingliederungshilfe geleistet.

9. Zusammenfassung

Die WiEWohnen-Studie verfolgte das Ziel, die Wirksamkeit der Eingliederungshilfe Wohnen für Menschen mit seelischen Behinderungen mit Hilfe von ausgewählten und überwiegend standardisierten Erhebungsinstrumenten zu beleuchten. Wie wirksam die Unterstützungsleistungen waren, wurde über die Veränderung in den Bereichen soziales Funktionsniveau, Verwirklichungschancen, Lebensqualität, Zufriedenheit und psychische Belastung sowie anhand des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfes abgebildet. Die Zielgruppe waren Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen, die im Rekrutierungszeitraum Eingliederungshilfemaßnahmen im Landkreis Rostock erhielten. Die Datenerhebung erfolgte in Form einer zweijährigen Kohortenlängsschnittstudie mit drei Messzeitpunkten, d. h. die Studienteilnehmer*innen wurden zum Einschluss in die Studie (t0), ein Jahr nach Studienbeginn (t1) und zwei Jahre nach Studienbeginn (t2) durch das wissenschaftliche Team befragt.

Aufgrund des geringen Rücklaufes wurde das geplante Forschungsvorhaben in Abstimmung aller Beteiligten durch die Verlängerung der Rekrutierungsphase und die Erweiterung der Einschlusskriterien sukzessive angepasst. Die Stichprobe umfasste zum ersten Erhebungszeitpunkt 61 Personen, von denen zum zweiten Erhebungszeitpunkt 54 Personen erneut befragt werden konnten. Mit 34 Personen konnte eine dritte Befragung stattfinden.

Die WiEWohnen-Stichprobe umfasste überwiegend Personen, die ambulant durch das System der Eingliederungshilfe unterstützt wurden. Die Teilnehmer*innen waren überwiegend männlich (54,1 %), ledig (70,5 %), kinderlos (52,5 %), nicht regelmäßig beschäftigt (47,5 %), bezogen als Haupteinkommensquelle Rentenleistungen (50,8 %) und waren früh psychisch erkrankt (57,4 % vor dem vollendeten 25. Lebensjahr). Die Mehrheit verfügte über einen wettbewerbsfähigen Schulabschluss (73,8 %) und wies eine abgeschlossene Berufsausbildung auf (67,2 %). Lediglich 13,1 % der Teilnehmer*innen waren zum Zeitpunkt der ersten Erhebung auf bzw. nahe dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt.

Insgesamt handelte es sich bei der WiEWohnen-Stichprobe um eine hoch belastete Personengruppe. Für die Befragten ergaben sich Einschränkungen im Alltag insbesondere durch ihre psychischen und körperlichen Belastungen, der einhergehenden gesellschaftlichen Stigmatisierung und der teilweise geringen Eingebundenheit in soziale Beziehungskontexte. Besonders hohe ungedeckte Unterstützungsbedarfe konnten in den Bereichen Partnerschaft, soziale Kontakte, Sexualität, seelischer Druck und körperliche Gesundheit identifiziert werden.

Vom ersten zum zweiten Erhebungszeitpunkt wurden zahlreiche, überwiegend positive Veränderungen beobachtet. Sowohl beim sozialen Funktionsniveau als auch bei den Verwirklichungschancen, bei der Lebensqualität und Zufriedenheit sowie den psychischen Beschwerden konnten teilweise signifikante Verbesserungen ermittelt werden.

Zusammenfassend gewährte die WiEWohnen-Studie einen Einblick in die Lebenslagen der Leistungsempfänger*innen, ermöglichte durch ihren Längsschnittcharakter Aussagen zu Veränderungen über den Projektverlauf und konnte ungedeckte Unterstützungsbedarfe aufzeigen, die als Ausgangspunkt für die weitere fachliche Diskussion im Landkreis Rostock dienen können.

10. Literaturverzeichnis

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

Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Eingliederungshilfe (BAGüS) (2020): Kennzahlenvergleich Eingliederungshilfe 2020. Online verfügbar unter: https://www.lwl.org/spur-download/bag/Endbericht%202018_final.pdf

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

Kommunalverband für Jugend und Soziales (KVJS) Baden-Württemberg (2020): Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (WieWohnen-BW). Abschlussbericht. Online verfügbar unter: <https://www.kvjs.de/fileadmin/publikationen/soziales/2020-Abschlussbericht-WieWohnen.pdf>

Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e. V.; Speck, Andreas; Steinhart, Ingmar (Hg.) (2018): Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag.

Steinhart, Ingmar; Höpnter, Anja (2016): Ergebnisqualität im Fokus der Sozialpsychiatrie. In: *NeuroTransmitter* 27 (1): 12-18. Online verfügbar unter: https://www.sozialpsychiatrie-mv.de/PDF/NT1601_FB_Wirkungsorientierung_Steinhart_final_incl.lit.pdf