



WieWohnen-BW

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

2. Zwischenbericht zum KVJS-Forschungsvorhaben

Berichtszeitraum Januar 2018 bis Mai 2019

Projektleitung / Projektkoordination

Prof. Dr. med. Tilman Steinert
Dr. rer. nat. Susanne Jaeger
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Universität Ulm
ZfP Südwürttemberg, Weissenau
Weingartshofer Str. 2
88214 Ravensburg

Projektpartnerin

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz
Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universität Heidelberg
Voßstr. 2
69115 Heidelberg



Inhaltsverzeichnis

0	Vorwort.....	3
1	Hintergrund und Zielsetzung des Forschungsvorhabens	4
2	Das Forschungsvorhaben im Detail.....	7
2.1	Überblick über das geplante Gesamtprojekt.....	7
2.2	Teilprojekt 1: Charakterisierung der Angebote und seiner Nutzerinnen und Nutzer...	9
2.3	Teilprojekt 2: Experteninterviews zum Thema „Was wirkt beim unterstützten Wohnen?“	10
2.4	Teilprojekt 3: Kohortenstudie zum Thema „Wie wirksam ist unterstütztes Wohnen?“	10
3	Praktische Umsetzung des Forschungsvorhabens	13
3.1	Organisation und Durchführung	13
3.1.1	Kooperation der Universitäten und Zusammenstellung des Forschungsteams.....	13
3.1.2	Ethische Aspekte der Studiendurchführung.....	13
3.1.3	Arbeits- und Projekttreffen.....	14
3.2	Stand der Teilprojekte im Überblick.....	15
3.3	Teilprojekt 1: Charakterisierung der Angebote und ihrer Nutzerinnen und Nutzer ...	15
3.4	Teilprojekt 2: Experteninterviews zum Thema „Was wirkt beim unterstützten Wohnen?“	16
3.4.1	Durchführungsschritte	16
3.4.2	Teilnehmerinnen und Teilnehmer	16
3.4.3	Stand der Dinge und Ausblick	17
3.5	Teilprojekt 3: Kohortenstudie zum Thema „Wie wirksam ist unterstütztes Wohnen?“	19
3.5.1	Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern	19
3.5.2	Datenerhebung	21
3.5.3	Merkmale der Stichprobe	21
3.5.4	Zusammenfassung und Ausblick.....	36
4	Fazit des bisherigen Studienverlaufs und Ausblick	38
	Literaturverzeichnis	40
	Anhang: Übersichtstabellen zum Stand der Teilnahme im Mai 2019	43
	Teilprojekt 2: Experteninterviews zum Thema „Was wirkt beim unterstützten Wohnen?“	44
	Teilprojekt 3: Kohortenstudie zum Thema „Wie wirksam ist unterstütztes Wohnen?“	45



0 Vorwort

Wir möchten Ihnen heute den zweiten Zwischenbericht des Forschungsvorhabens WieWohnen-BW vorstellen. Er wiederholt zunächst die grundlegenden Eckdaten des Projekts (Fragestellung, Methoden, Zeitplan, Organisatorisches), wie sie bereits im ersten Bericht vom Januar 2017 zu finden waren. Darüber hinaus zeigen wir Ihnen den Stand der Dinge zum Zeitpunkt Juni 2019 auf. Darunter sind erste Ergebnisse zum Teilprojekt 3 (Kohortenstudie), die die Charakterisierung der Stichprobe bei der ersten Befragung betreffen. Diese Daten haben wir am 14. Februar 2019 beim Projekttreffen des KVJS in Stuttgart vorgestellt. Sie belegen eindrücklich den hohen Unterstützungsbedarf der Betroffenen und sind eine solide Ausgangslage für die Untersuchung etwaiger Veränderungen über den Beobachtungszeitraum. Die Auswertungen der beiden anderen Teilprojekte sind noch im Gang, daher beschränken wir die Ausführungen hierzu auf bereits Bekanntes bzw. Organisatorisches.

Wir hoffen, mit diesem Zwischenbericht Ihre Neugierde auf die Ergebnisse zu wecken, die wir im April 2020 in Form eines Abschlussberichtes vorlegen werden. Es ist vorgesehen, die Studie und ihre Ergebnisse auf dem geplanten Fachtag des Kommunalverbands für Jugend und Soziales Baden-Württemberg (KVJS) am 22. Juli 2020 sowie auf dem ebenfalls für Sommer 2020 vorgesehenen Symposium in der Weissenau vorzustellen und mit Ihnen zu diskutieren.

3

Ravensburg im Juni 2019

Susanne Jaeger



1 Hintergrund und Zielsetzung des Forschungsvorhabens

Hintergrund des Forschungsvorhabens war zum einen die Einführung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG), mit der die Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg vor die Aufgabe gestellt sind, den Übergang von einer primär einrichtungszentrierten zu einer personenzentrierten Leistungsgewährung zu vollziehen. Die Rahmenbedingungen zur Erbringung von Teilhabeleistungen werden sich durch das BTHG erheblich verändern, nicht zuletzt bei der Ausgestaltung von Teilhabeleistungen im Bereich des Wohnens, wo in Zukunft nicht mehr die Wohnform im Fokus der Teilhabeleistung stehen wird, sondern die Unterstützung zu einem selbstbestimmten Leben. Um passgenaue Unterstützungsformen zu entwickeln, gilt es Wirksamkeitsindikatoren zu ermitteln. Die Wirksamkeit von Leistungen rückt zunehmend in den Fokus der Fachdiskussion.

Die Zahl der Menschen mit seelischer Behinderung, welche Eingliederungshilfe zum Wohnen beziehen, nimmt seit Jahren zu. Beispielsweise erhielten Ende des Jahres 2015 noch 13.554 Personen Leistungen der Eingliederungshilfe zum ambulanten (inklusive betreutes Wohnen in Familien) oder stationären Wohnen von einem der 44 Stadt- und Landkreise in Baden-Württemberg. Ende 2017 waren dies bereits 14.605 Personen (KVJS 2019). Von dieser Zunahme ist primär der Bereich des ambulanten Wohnens betroffen. Die Erhöhung der Anzahl der Leistungsberechtigten geht einher mit der jährlichen Steigerung des Bruttoaufwands für Wohnhilfen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg (KVJS 2018). Gemessen daran, wie viele Menschen mit seelischer Behinderung Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten, ist über ihre Lebenslagen erstaunlich wenig bekannt.

Ein wesentliches Ziel des Bundesteilhabegesetzes ist es, die Regelungen der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) umzusetzen, welche Menschen mit Behinderung die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sichern sollen. Dabei zielt die UN-BRK mit ihrem Leitbild Inklusion insbesondere im Bereich Wohnen auf ein selbstbestimmtes Leben ab. Nach Artikel 19 sollen Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, selbst zu bestimmen, wie, wo und mit wem sie leben möchten. Auch sollen sie nicht verpflichtet sein, in besonderen Wohnformen zu leben. Die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderungen sollen grundsätzlich den allgemeinen Lebensbedingungen in der Gesellschaft gleichen. Für die Praxis und Forschung der Gemeindepsychiatrie ergibt sich daraus ein Perspektivenwechsel: Die Unterstützung im Bereich Wohnen ist keine ärztlich verordnete Intervention, sondern die Hilfe bei der Umsetzung eines Rechtsanspruchs.

Es ist allgemeiner Konsens, dass eine Wohnung und ein geeignetes Lebensumfeld zentrale Faktoren sind, die zur Genesung und gesundheitlichen Stabilisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und seelischen Behinderungen beitragen (Richter 2010, DGPPN 2013). Die Zahl psychisch erkrankter Menschen, die im Rahmen der Eingliederungshilfe in unterstützten Wohnformen leben, ist hoch. Das BTHG verspricht Veränderungen in Richtung einer personenzentrierteren Unterstützung. Über die tatsächlichen Lebenslagen und Entwicklungsverläufe von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen, die in unterstützten Wohnformen leben, gibt es eine Menge professioneller Erfahrungen, aber nur wenig systematische Forschung. Wie wirken sich Leistungen der Eingliederungshilfe auf das

Leben und den Alltag der Leistungsberechtigten aus? Sind sie geeignet, den Betroffenen ein weitgehend selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen oder sie dazu zu befähigen?

In der klinischen Forschung gelten randomisiert-kontrollierte Studien (RCTs) zur Wirksamkeit von Interventionen immer noch als der „Gold-Standard“. Gerade in Bezug auf die Wirkungen verschiedener unterstützter Wohnformen sind aber solche Studien selten. Sie betreffen fast ausschließlich wohnungslose Menschen mit psychischen Erkrankungen (Gühne et al. 2017). Die Schlussfolgerungen aus diesen Studien sind somit immer unter dem Vorbehalt zu betrachten, dass möglicherweise bereits die Beschaffung einer Wohnung einer der Wirkfaktoren ist, dem die Betroffenen einen Teil ihrer Verbesserung verdanken (McPherson 2018). Menschen mit einer psychischen Erkrankung von der Teilnahme an einer Studie zu überzeugen, in der sie zufällig einem Modell von Wohnunterstützung zugeteilt werden, um Unterschiede in der Wirksamkeit zu erforschen, ist ethisch wie auch forschungspraktisch mit erheblichen Problemen behaftet. Erst kürzlich hat dies eine britische Machbarkeitsstudie von Killaspy et al. (2019) eindrucksvoll belegt: Verglichen werden sollte ambulant betreutes Wohnen in WGs oder als Einzelwohnen mit dem Ziel der Verselbständigung mit einer zeitlich flexiblen, dem Bedarf angepassten Betreuung in privater Umgebung. Klienten und Klientinnen gemeindepsychiatrischer Teams sollten zufällig der Wohnform zugeteilt werden. Nach 15 Monaten schienen von den ursprünglich 1432 Personen gerade einmal 38 geeignet für eine Studienteilnahme. Bei einem Großteil erlaubte die Art des Unterstützungsbedarfs keine zufällige Zuteilung. Vom verbliebenen Rest stimmten zwar 17 der Studienteilnahme zu, aber nur 8 Personen ließen sich letztlich auf die Randomisierung der Unterstützungsform ein. Es verwundert somit wenig, dass randomisiert-kontrollierte Studien in diesem Bereich fehlen, wenn sich keine Teilnehmerinnen und Teilnehmer finden.

5

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

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



Mit dem Forschungsprojekt WieWohnen-BW, das in Anlehnung an ein derzeit laufendes Projekt in Nordrhein-Westfalen (WiEWohnen) konzipiert wurde und in ähnlicher Form in Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt wird, möchten wir uns dieser Forschungslücke annehmen. Dabei verfolgen wir mehrere Ziele:

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

Das Forschungsvorhaben soll idealerweise dazu beitragen, die Grundlagen für kommunalpolitische Entscheidungen unter Berücksichtigung des BTHG zu verbessern.

2 Das Forschungsvorhaben im Detail

2.1 Überblick über das geplante Gesamtprojekt

Das Projekt wird in vier Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg durchgeführt: Landkreis Ravensburg, Bodenseekreis, Rhein-Neckar-Kreis und Stadt Heidelberg.

Die Durchführung der Studie erfolgt durch die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I der Universität Ulm in Ravensburg-Weißenau (ZfP Südwürttemberg). Kooperationspartner ist das Universitätsklinikum Heidelberg (Zentrum für Psychosoziale Medizin, Ärztliche Direktorin Frau Prof. Dr. Sabine Herpertz).

Das Forschungsvorhaben umfasst drei Teilprojekte, in denen unterschiedliche Methoden zur Anwendung kommen (siehe 2.2 bis 2.4). Ein Überblick über das Gesamtprojekt findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Überblick über das Gesamtprojekt

Titel der Studie	Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg („WieWohnen-BW“)
Projektleitung	Prof. Dr. med. Tilman Steinert, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Universität Ulm, am ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau. Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg, Deutschland. Tel. +49 751 7601 2738, e-mail tilman.steinert@zfp-zentrum.de
Projekt-koordination	Dr. rer. nat. Susanne Jaeger, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Universität Ulm, am ZfP Südwürttemberg, Standort Weissenau. Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg, Deutschland. Tel. +49 751 7601 2037, e-mail susanne.jaeger@zfp-zentrum.de
Projektpartnerin	Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie, Universität Heidelberg, Voßstr. 2, 69115 Heidelberg, Deutschland. Tel.: 06221 - 56 22751, e-mail sabine.herpertz@uni-heidelberg.de
Beteiligte Stadt- und Landkreise	Landkreis Ravensburg, Bodenseekreis, Stadt Heidelberg, Rhein-Neckar-Kreis
Finanzierung	Finanzierung durch den KVJS (Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg) aus öffentlichen Mitteln, nämlich aus Umlagen der Stadt- und Landkreise Baden-Württembergs
Zielgruppe	Menschen mit chronischer psychischer Erkrankung und wesentlicher seelischer Behinderung, die Leistungen der Eingliederungshilfe beziehen, in insgesamt vier Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> • Charakterisierung der Angebotsstruktur der Kreise und der Personengruppen, die die Angebote nutzen; Herstellung von Transparenz und Vergleichbarkeit dieser Leistungen • Ermittlung der Wirksamkeit von Maßnahmen der Eingliederungshilfe beim Wohnen und der Indikatoren der Struktur- und Prozessqualität der Leistungen beim Wohnen, die im Zusammenhang mit der Ergebnisqualität stehen • Entwicklung von empirisch begründeten Qualitätsstandards für Leistungen im



	Bereich des unterstützten Wohnens, unter Berücksichtigung des BTHG sowie Schaffung verbesserter Grundlagen für kommunalpolitische Entscheidungen	
Vorgehensweise und Methoden	<ol style="list-style-type: none"> 1.) Charakterisierung des Angebotes und seiner Nutzerinnen und Nutzer (Ist-Stand) <ol style="list-style-type: none"> a) Charakterisierung der vorhandenen Angebotsstruktur der Stadt- und Landkreise (Dokumentenanalyse, Befragung) b) Charakterisierung der Leistungsberechtigten in den verschiedenen Angeboten (Dokumentenanalyse, ggf. Befragung) 2.) Identifikation von Struktur- und Prozessmerkmalen zur Förderung von Teilhabe und Selbstbestimmung <ol style="list-style-type: none"> a) Auswertung des Leistungsgeschehens der Einrichtungen (Dokumentenanalyse) b) Interviews mit ca. je 20 Betroffenen, Bezugsmitarbeitenden in den Einrichtungen und relevanten Mitarbeitenden in den insgesamt vier Stadt- und Landkreisen c) Einordnung des Angebotes unterstützter Wohnformen in Bezug auf die ermittelten Kriterien zur Förderung von Teilhabe und Selbstbestimmung 3.) Evaluation der Wirksamkeit der Maßnahmen der Eingliederungshilfe bei ca. 240 bis 300 Neufällen und Wohnformwechslern über 18 Monate mit drei Messzeitpunkten <ol style="list-style-type: none"> a) Prospektive Kohorten-Studie unter Einbezug des möglichen Einflusses der ermittelten Struktur- und Prozessmerkmale unterstützten Wohnens b) Leitfadenterviews mit Personen, die innerhalb des Katamnesezeitraums in eine selbstbestimmtere Wohnform gewechselt haben oder ganz aus dem unterstützten Wohnen ausgestiegen sind - Identifikation von Motiven, Ressourcen und Barrieren sowie aktuelle Lebenssituation 	
Statistische Analyse	Deskriptive Statistik (Charakterisierung der Stichprobe, Merkmale der Wohnangebote) Identifikation von personalen Prädiktoren der Nutzung bestimmter Wohnangebote Vergleich des Langzeitverlaufs von sozialen Funktionen, subjektiv wahrgenommene Teilhabechancen, Versorgungsbedarf, Lebensqualität, Stabilität der Wohnform, Inanspruchnahme von Unterstützung, Symptomatik/Teilhabebeeinträchtigungen in den verschiedenen Wohnformen. Verwendung von Mixed Model Ansätzen und Regressionsmodellen	
Ergebnisdarstellung	Ausführlicher Abschlussbericht zum Projektende Zwischenberichte im Projektverlauf Herausarbeiten von Empfehlungen für Qualitätsstandards in Form von praktischen Handreichungen für die Kreise, z.B. Best Practice in der Ausgestaltung von Angeboten, Checklisten für Praktikerinnen und Praktiker, Publikationen in Fachzeitschriften	
Dauer des Gesamtprojekts	Vorbereitung der prospektiven Kohortenstudie Rekrutierungszeitraum Katamneseerhebungen Zeitraum der Datenerhebung insgesamt Datenbereinigung, Analyse der Daten und Aufbereitung der Ergebnisse Gesamtdauer des Projekts	3 Monate 12 Monate 18 Monate 30 Monate 3 Monate 36 Monate

Das Projekt startete am 1. März 2017. Die Projektlaufzeit beträgt 36 Monate. Ein Zeitplan zu den vorgesehenen Schritten ist in Abbildung 1 zu finden. Veränderungen im geplanten Ablauf sind im Zusammenhang mit dem Stand der Teilprojekte (siehe Abschnitt 3) beschrieben.

Projektende ist Ende Februar 2020. Im April 2020 soll der Abschlussbericht vorliegen. Für den 22. Juli 2020 ist ein Fachtag in Stuttgart vorgesehen, auf dem die Ergebnisse präsentiert werden. Außerdem soll ein wissenschaftliches Symposium in Ravensburg-Weissenau stattfinden.

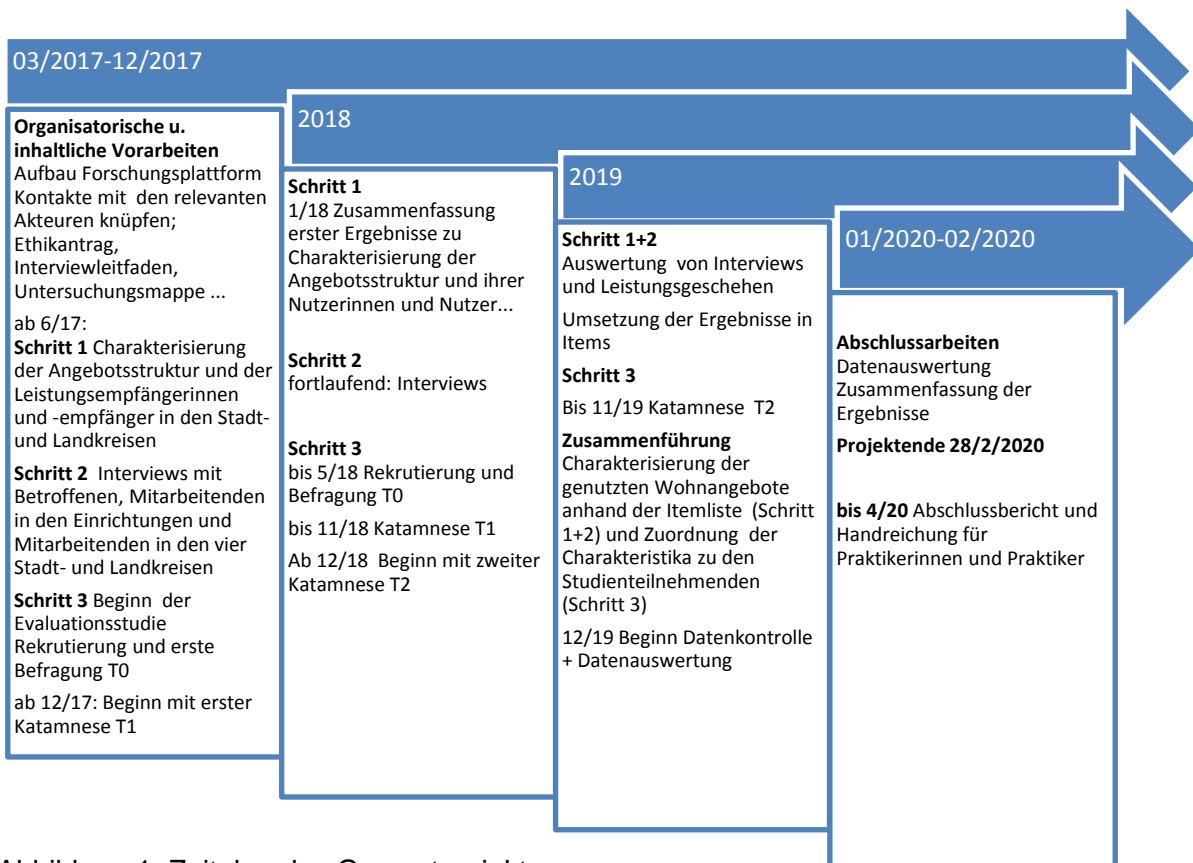


Abbildung 1: Zeitplan des Gesamtprojekts

2.2 Teilprojekt 1: Charakterisierung der Angebote und seiner Nutzerinnen und Nutzer

Teilprojekt 1 hat zum Ziel, die in den vier Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg vorgehaltene Angebotsstruktur für unterstützte Wohnformen zu beschreiben und Nutzerinnen und Nutzer dieser unterstützten Wohnformen näher zu charakterisieren. Hierdurch können auch Aussagen über die Repräsentativität der untersuchten Kohorte in Teilprojekt 3 getroffen werden.

Für diesen Schritt soll die vorhandene bzw. öffentlich zugängliche Dokumentation genutzt werden, z.B. GPV-Basisdokumentation (GPV-BADO) oder durch den KVJS erhobene Daten zur Teilhabeplanung einzelner Stadt- und Landkreise. Diese Daten sollen dann bezogen auf die jeweiligen Stadt- und Landkreise in einer deskriptiven Statistik präsentiert werden.



2.3 Teilprojekt 2: Experteninterviews zum Thema „Was wirkt beim unterstützten Wohnen?“

Teilprojekt 2 hat zum Ziel, die Erfahrungen von Experten zu sammeln und zu systematisieren, welche Strukturen und Prozesse beim unterstützten Wohnen für Menschen mit seelischer Behinderung wirksam sind.

Wir führen hierfür Experteninterviews mit Betroffenen, Bezugsmitarbeitenden in den Einrichtungen und relevanten Mitarbeitenden in den Kreisen. Die Interviews basieren auf einem Interviewleitfaden, der ergänzend als Checkliste verwendet wird. Ansonsten sollten die Gespräche so offen wie möglich geführt werden. Vorgesehen ist eine Interviewdauer von 20 bis 30 Minuten. Die Gespräche werden mit einem Diktiergerät aufgezeichnet und anschließend transkribiert. Nach erfolgter Transkription wird die Aufnahme gelöscht. Zum Schutz der Anonymität der Interviewpartner bzw. erwähnter dritter Personen oder Institutionen wird darauf geachtet, Textstellen zu schwärzen, aus denen die Identität erkenntlich wird. Eigennamen oder Ortsangaben werden pseudonymisiert.

Die Interviewpartner werden nach dem Gesichtspunkt der Vielseitigkeit der Erfahrungen gewählt. Die Klientinnen und Klienten, aber auch die Mitarbeitenden in unterstützten Wohnformen kommen idealerweise aus allen vier Stadt- und Landkreisen und repräsentieren unterschiedlichste Formen unterstützten Wohnens. Die Mitarbeitenden in den Stadt- und Landkreisen sind verschiedenen Funktionen im Umfeld der Eingliederungshilfe zuzuordnen - vom Fallmanagement bis zur Sozialplanung ist alles denkbar. Wichtig ist dabei die Heterogenität von Erfahrungen. Angestrebt sind je Perspektive (Leistungsträger, Leistungserbringer, Leistungsberechtigte) ca. 15 bis 20 Personen, die sich möglichst gleichmäßig auf die Stadt- und Landkreise verteilen. Um ein breites Spektrum verschiedener Perspektiven zu erfassen, kann dies jedoch entsprechend der Gegebenheiten variiert werden. Vor dem Interview wird ausführlich über Ziel und Vorgehen der Studie und über die Verwendung der Ergebnisse aufgeklärt und um eine schriftliche Einwilligung in die Teilnahme gebeten.

Die Auswertung erfolgt mittels zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalyse. Identifiziert werden Strukturen und Prozesse sowie Rahmenbedingungen der Wohnunterstützung, die geeignet sind, Menschen mit seelischer Behinderung hinsichtlich Selbständigkeit und Teilhabe zu fördern.

2.4 Teilprojekt 3: Kohortenstudie zum Thema „Wie wirksam ist unterstütztes Wohnen?“

Teilprojekt 3 hat zum Ziel, die Verläufe von Neueinsteigern und Wechslern in verschiedenen unterstützten Wohnformen über einen Zeitraum von 18 Monaten zu evaluieren.

Es handelt sich um eine prospektive Kohortenstudie zum Verlauf von Sozialen Funktionen, Teilhabechancen, Versorgungsbedarf, Inanspruchnahme von Unterstützungsleistungen, Lebensqualität und Symptomatik unter Einbezug des möglichen Einflusses von Struktur- und Prozessmerkmalen unterstützten Wohnens und unter Kontrolle eines möglichen Zuweisungsbias (d.h. Klientenmerkmale, die die Zuweisung zu bestimmten Wohnformen begünstigen).

Von Juni 2017 bis Juni 2018 soll möglichst jede Person für die Studienteilnahme gewonnen werden,

- die von einer unbetreuten Wohnsituation in eine unterstützte Wohnform wechselt (=“Neufall“) oder
- bei der ein bedeutsamer Wechsel des unterstützten Wohnsettings ansteht (z.B. vom ambulant betreuten Wohnen in ein stationäres Wohnen, vom stationären Wohnen in ein intensiv ambulant betreutes Wohnen, vom stationären Wohnen ins betreute Wohnen in Familien, etc.) (=“Wechsler“).

Nach Sichtung der möglichen Fallzahlen (Neuzugänge und Wechsler innerhalb eines Jahres) und unter Berücksichtigung einer aussagekräftigen Statistik (Regressionsanalysen mit multiplen Prädiktoren) wird eine Zahl von insgesamt ca. 240 Teilnehmerinnen und Teilnehmern angestrebt.

Geplant ist eine Kontaktvermittlung zu potentiell in Frage kommenden Klientinnen und Klienten durch das Fallmanagement (Rhein-Neckar-Kreis, Stadt Heidelberg) bzw. die Hilfeplankonferenz (Bodenseekreis, Landkreis Ravensburg). Damit die Fallverantwortlichen die Kontaktdaten der Betroffenen an das Studienteam weiterleiten dürfen, müssen Betroffene ihr schriftliches Einverständnis geben. Hierfür wurde in den Informationsflyer über die Studie ein spezieller abtrennbarer Coupon integriert. Nach dem der Kontakt zu potenziellen Teilnehmenden vermittelt ist, informieren die Studienmitarbeitenden selbst in einem ausführlichen Aufklärungsgespräch über Ziele des Projekts, Durchführung und Datenschutz. Im Anschluss bitten sie um Studienteilnahme und lassen sich die Zustimmung zur Studienteilnahme schriftlich bestätigen („informed consent“). Erst danach kann die Datenerhebung erfolgen.

11



Abbildung 2: Untersuchte Bereiche



Im Rahmen der Untersuchung wird ein breites Spektrum an Themen erfasst (Abbildung 2). Hierbei werden überwiegend bewährte, teilweise standardisierte Erhebungsinstrumente eingesetzt (Tabelle 2). Je nach den Möglichkeiten oder dem Wunsch der Befragten können die meisten Fragebögen mit Unterstützung durch eine Person aus dem Studienteam selbständig ausgefüllt werden. Die Datenerhebung kann aber auch komplett im Interviewstil durchgeführt werden.

Tabelle 2: Verwendete Messinstrumente

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

12

Die Teilnehmenden bleiben über die gesamte Dauer des Forschungsprojekts in der Studie, selbst wenn sie im Verlauf die Unterstützungsform wechseln oder umziehen, es sei denn, sie möchten nicht länger an der Studie teilnehmen. Wenn es zu einer Statusveränderung kommt, soll die quantitative Studie durch eine (retrospektive) qualitative Untersuchung ergänzt werden: Gedacht ist an Leitfadenterviews mit jenen Personen, die innerhalb des Katamnesezeitraums in eine weniger intensiv unterstützte Wohnform gewechselt haben oder ganz aus dem unterstützten Wohnen ausgestiegen sind. Hierbei interessiert insbesondere die Frage nach den Motiven, danach, wie die aktuelle Lebenssituation nun ist bzw. bewertet wird, und danach, welche persönlichen und umweltbezogenen Ressourcen die Betroffenen für diesen Schritt zur Verfügung hatten bzw. welche Barrieren den Schritt erschwert haben.

3 Praktische Umsetzung des Forschungsvorhabens

3.1 Organisation und Durchführung

Die Vorarbeiten des Projekts (Vertragliche Regelungen der Kooperation zwischen den Projektpartnern, Schaffung der ethischen und praktischen Voraussetzungen für die Studie) waren bis zum vorgesehenen Beginn der Datenerhebung im Juni 2017 weitgehend abgeschlossen.

3.1.1 Kooperation der Universitäten und Zusammenstellung des Forschungsteams

Die Zuwendungsweiterleitungs- und Kooperationsvereinbarung zwischen dem Universitätsklinikum Ulm und der Universität Heidelberg wurde Mitte April 2017 mit allen notwendigen Unterschriften besiegelt.

Die Stellen für die vorgesehenen wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter des Projekts wurden rechtzeitig ausgeschrieben und konnten vor Start der Datenerhebung besetzt werden:

Herr Johannes Gnauck (M.A. Soziologie) ist als wissenschaftlicher Mitarbeiter für die anfallenden Projektarbeiten im Rhein-Neckar-Kreis und in der Stadt Heidelberg (Teilprojekte 2 und 3) zuständig. Er wurde vom Universitätsklinikum Heidelberg über die zugeteilten Drittmittel mit einem Stellenumfang von 80% wie geplant zum 1. Mai 2017 eingestellt.

Frau Marie Kampmann (M.Sc. Psychologie) wurde zum 22. Mai 2017 für die anfallenden Tätigkeiten in Teilprojekt 3 im Bodenseekreis und Landkreis Ravensburg mit dem geplanten Stellenumfang von 60% über die zugeteilten Drittmittel vom Universitätsklinikum Ulm eingestellt.

Frau Dr. Susanne Jaeger (Dipl.-Psych.), zuständig für die Gesamtkoordination des Forschungsprojekts und für anfallenden Aufgaben aus Teilprojekt 1 und 2, wurde zum 15. März 2017 vom Universitätsklinikum Ulm mit einem Stellenumfang von 50% eingestellt.

3.1.2 Ethische Aspekte der Studiendurchführung

Das Studienvorhaben wurde der Ethikkommission der Universität Ulm zur Begutachtung vorgelegt (AZ 75/17). Am 6.4.2017 wurde bestätigt, dass es prinzipiell keine ethischen Bedenken gegen die Durchführung des Projekts gebe. Die letztgültige Fassung der Untersuchungsmaterialien und Dokumente wurde von der Ethikkommission mit einem Schreiben vom 23.5.2017 gutgeheißen. Auf Hinweis der Kommission wurde die Studie im April 2017 beim Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS) unter der Nummer DRKS00012334 registriert.

An der Ethikkommission der Universität Heidelberg wurde nach der Einstellung von Herrn Gnauck und dem Vorlegen des Votums der Ethikkommission Ulm die Begutachtung des Forschungsvorhabens im vereinfachten Verfahren mit gültigem Vorvotum beantragt (AZ S-293/2017). Mit Datum vom 21.6.2017 wurde dem Vorhaben stattgegeben. Die Weiterleitung



des entsprechenden Bescheids erfolgte am 28.6.2017. Damit konnte die Datenerhebung mit Verzögerung auch in der Stadt Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis starten.

Aufgrund der deutlich hinter den Erwartungen zurückbleibenden Kontaktvermittlung zu potenziellen Studienteilnehmenden in Teilprojekt 3 (s.u.) wurde es zwischenzeitlich erforderlich, das Rekrutierungsprozedere in den vier Stadt- und Landkreisen zu modifizieren. Diese Anpassungen wurden den Ethikkommissionen der Universitäten Ulm und Heidelberg zur Begutachtung vorgelegt. In der Stadt Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis ging es darum, neben den Fallmanagern des Sozialamtes auch den Kliniksozialdienst, die Hilfeplankonferenz und die unterstützenden Einrichtungen als Anlaufstelle für die Kontaktvermittlung mit potenziellen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern involvieren zu dürfen. Im Süden Baden-Württembergs ging es darum, im Rahmen der Hilfeplankonferenz auch direkt Kontakt zu Klientinnen und Klienten aufnehmen zu dürfen. Den vorgeschlagenen Veränderungen des Studienprotokolls an den beiden Studienstandorten wurde jeweils am 6.10.2017 (Ulm) bzw. am 21.11.2017 und am 3.1.2018 (Heidelberg) zugestimmt.

Am 25.Mai 2018 trat die Datenschutzgrundverordnung (DGSVO) der Europäischen Union in Kraft. Dies erforderte eine weitere Anpassung der bisher verwendeten Aufklärungsbögen mit einer Ausweitung der den Datenschutz betreffenden Abschnitte, sowie das Erstellen einer schriftliche Information über die relevanten Veränderungen an jene Teilnehmenden, die noch vor Inkrafttreten der DGSVO eine Studienteilnahme zugesagt hatten.

14

3.1.3 Arbeits- und Projekttreffen

- 14.03.2017 Lenkungsgruppe zum Start des KVJS-Forschungsvorhabens „Wirksamkeit verschiedener Formen des unterstützten Wohnens für Menschen mit seelischer Behinderung im Rahmen der Eingliederungshilfe in Baden-Württemberg“ (WieWohnen-BW) beim KVJS in Stuttgart
- 22.06.2017 Projektvorstellung des KVJS-Forschungsvorhabens WieWohnen-BW am 22.06.2017 in den Räumen des KVJS in Stuttgart
- 10.04.2018 Arbeitstreffen der verschiedenen Forschungsprojekte zum Thema Wohnunterstützung in der Eingliederungshilfe WiEWohnen-NRW (Nordrhein-Westfalen), WiEWohnen-MV (Mecklenburg-Vorpommern) und WieWohnen-BW in Baden-Württemberg sowie Austausch zum überregionalen Forschungsprojekt ZIPHER („Zwangmaßnahmen im psychiatrischen Hilfesystem: Erfassung und Reduktion“) beim KVJS in Stuttgart
- 14.02.2019 Projekttreffen zum KVJS-Forschungsvorhaben WieWohnen-BW in den Räumen des KVJS in Stuttgart
- 22.02.2019 Gemeinsamer überregionaler Workshop zu den verschiedenen Forschungsprojekten zum Thema „Wohnunterstützung in der Eingliederungshilfe“ in Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern und in der Schweiz (Bern, Zürich) in Dortmund auf Einladung von Bethel.regional (v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel), unter Beteiligung des KVJS.

3.2 Stand der Teilprojekte im Überblick

Teilprojekt 1 befindet sich noch in der Auswertung. Mit den Experteninterviews (Teilprojekt 2) und der Kohortenstudie (Teilprojekt 3) wurde im Juni 2017 begonnen. Die Experteninterviews sind mittlerweile abgeschlossen und werden derzeit noch ausgewertet. Die Rekrutierung der Teilnehmenden der Kohortenstudie ist abgeschlossen, die erste Katamnese ist fast vollständig abgeschlossen. Die letzte Befragung zur Kohortenstudie wird im November 2019 stattfinden. Die statistische Auswertung der Daten folgt im Anschluss.

3.3 Teilprojekt 1: Charakterisierung der Angebote und ihrer Nutzerinnen und Nutzer

Es war geplant, die Daten der GPV-Basisdokumentation der Landkreise Ravensburg und Bodenseekreis sowie die dem KVJS aus einer anderen Untersuchung vorliegenden Strukturdaten (Erstellung Teilhabepanung Stadt Heidelberg und Rhein-Neckar-Kreis) in einem gemeinsamen Datensatz zusammenzustellen und für diese Auswertung zu nutzen. Hierfür lag seit dem 28.8.2017 das Einverständnis aller Leistungserbringer für Wohnleistungen in den beteiligten Stadt- und Landkreisen vor.

Um zeitlich einander entsprechende, aber auch möglichst aktuelle und verfügbare Daten zu nutzen, wurde als Stichtag der 31.12.2015 gewählt. Dies war in drei Stadt- und Landkreisen möglich. Der Datensatz des anderen Stadt- und Landkreises stammt vom 30.6.2015.

Da die Datensätze aus unterschiedlichen Dokumentationen stammen, wurde zunächst eine Schnittmenge von Merkmalen bestimmt, die sowohl in den vom KVJS vorliegenden Datensätzen als auch in der GPV-BADO verfügbar waren. Es handelt sich um folgende Merkmale:

- Geschlecht
- Alter
- Wohnform
- Leistungsträger
- Wohnung des Trägers
- PLZ Wohnort
- Beginn der Leistungserbringung
- Hilfebedarfs-Gruppe
- Stellung im Erwerbsleben
- Ergänzende Tagesstruktur/Arbeit/Beschäftigung
- Psychiatrische Hauptdiagnose
- Komorbidität (Sucht)

Die Datensätze liegen zum jetzigen Zeitpunkt alle in elektronischer Form vor. Bevor mit der systematischen Verarbeitung begonnen werden kann, sind immer noch Vorarbeiten nötig. Die Datensätze müssen hinsichtlich relevanter Daten gefiltert werden. Auch entsprechen nicht alle Items einander passgenau. Zum Teil müssen Transformationen vorgenommen oder Angaben aus mehreren Items zusammengefasst werden (z.B. Umrechnung von Geburtsdaten in Alter, Identifikation von Komorbidität etc.), damit die Daten in einem gemeinsamen Datensatz verarbeitet werden können. Diese Vorarbeiten sind aufwändig und wurden bislang zugunsten der Bearbeitung der anderen Projektteile zurückgestellt. In einem



nächsten Schritt wird mit der Zusammenstellung der deskriptiven Statistik begonnen und dabei auch ein Abgleich mit vorliegender Berichterstattung (z.B. GPV-Dokumentation des KVJS) vorgenommen. Es ist festzuhalten, dass es in diesem Teilprojekt nicht um die Leistungserbringer selbst geht, sondern darum, das Leistungsgeschehen der Stadt- und Landkreise in Bezug auf Eingliederungshilfe zum Wohnen abzubilden und die Menschen mit seelischer Behinderung im Leistungsbezug näher zu charakterisieren. Insbesondere ist dieser Schritt relevant, um Aussagen über die Repräsentativität der in Teilprojekt 3 erreichten Stichprobe von Betroffenen in unterstützten Wohnformen treffen zu können.

3.4 Teilprojekt 2: Experteninterviews zum Thema „Was wirkt beim unterstützten Wohnen?“

3.4.1 Durchführungsschritte

Als erster Schritt wurde ein Interviewleitfaden entwickelt. Im Mittelpunkt stand die Frage, welche Faktoren am unterstützten Wohnen aus der eigenen Erfahrung heraus für hilfreich gehalten werden, um Teilhabe und Selbständigkeit zu unterstützen (bzw. sich unterstützt zu fühlen). Dabei wurden auch institutionelle, ökonomische und soziokulturelle Rahmenbedingungen mit einbezogen. Der Interviewleitfaden wurde im Sinne einer Checkliste eingesetzt, um interessierende Aspekte anzusprechen, die nicht von den Gesprächspartnern selbst benannt wurden. Generell ging es uns jedoch darum, das Gespräch möglichst offen zu gestalten, um die Themen zu erfassen, die den Gesprächspartnern wichtig waren. Die meisten Interviews fanden im Zweiergespräch statt, vereinzelt wurden sie auch in Kleingruppen bis zu drei Personen geführt. Die Interviewdauer war mit 20 bis 30 Minuten angesetzt. De facto dauerten aber einige Gespräche bis zu einer Stunde.

Die Interviews wurden mittels eines Diktiergerätes aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen werden unter Verwendung der kostenfreien Software easytranscript (softpedia.com) transkribiert. Da es um die reinen Textinhalte der Gespräche geht, wird nur eine einfache Transkription (z.B. keine wörtliche Übernahme von Dialekt, keine Tonhöhenvariationen oder Pausen) vorgenommen. Zur Unterstützung der qualitativen Auswertung wird die Software MAXQDA 18.2 (VERBI GmbH) verwendet. Alle Textstellen, die auf konkrete Personen oder Institutionen hindeuten, werden anonymisiert, um den Datenschutz zu wahren.

3.4.2 Teilnehmerinnen und Teilnehmer

Als geeignete Expertinnen und Experten definierten wir Menschen mit Berufserfahrung auf dem Gebiet des unterstützten Wohnens (ggf. auch mit der Planung entsprechender Maßnahmen) bzw. Menschen mit längerer Erfahrung hinsichtlich des Lebens in unterstützten Wohnformen. Auch wenn wir uns bemühten, möglichst aus allen Stadt- und Landkreisen Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu finden und die drei Perspektiven in annähernd ähnlichem Umfang abzubilden, ging es uns bei der Suche weniger um Repräsentativität als um die Vielfalt der Erfahrungen. Wir waren bestrebt, Erfahrungen aus möglichst allen Wohnformen bei unterschiedlicher Trägerschaft zu sammeln und dabei unterschiedliche Berufsgruppen einzubeziehen.

Die Interviewpartnerinnen und -partner fanden wir auf unterschiedlichen Wegen: Mitarbeitende seitens der Leistungserbringer und der Leistungsträger wurden teilweise direkt von uns angesprochen, teilweise wurden sie uns durch ihre Vorgesetzten vermittelt. Die Angefragten wurden in einem ausführlichen Schreiben über das Projekt und unser Anliegen an sie informiert. Die Expertinnen und Experten aus eigener Wohnerschaft waren den Studienmitarbeitenden zum Teil persönlich bekannt, zum Teil wurden sie durch betreuendes Personal bzw. versorgende Ärztinnen und Ärzte an uns verwiesen. Darüber hinaus erfolgte die Rekrutierung auch über Foren wie das Psychose-Seminar, über Selbsthilfegruppen und über Interessensvertretungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

3.4.3 Stand der Dinge und Ausblick

Die Durchführung der Experteninterviews startete im Sommer 2017. Seit April 2019 ist dieser Schritt abgeschlossen (Stand siehe Tabelle 3). Insgesamt konnten wir mit 62 Personen sprechen. Nach einer groben Schätzung entspricht dies ca. 35 Stunden Gesprächsmaterial bzw. etwa 500 Druckseiten. Derzeit steht die qualitative Inhaltsanalyse der transkribierten Interviews im Vordergrund unserer Aktivitäten. Beim Erschließen der Texte verfolgen wir zunächst einen induktiven Ansatz, gehen also vom Material selbst aus, um keine für unsere Interviewpartner relevanten Punkte zu übersehen.

Tabelle 3: Anzahl interviewter Expertinnen und Experten nach Perspektive sowie nach Stadt- und Landkreis

	Ravensburg	Bodenseekreis	Heidelberg	Rhein-Neckar-Kreis	Gesamt
Klientinnen und Klienten	7	5	2	8	22
Mitarbeitende betreuender Einrichtungen	9	3	2	8	22
Mitarbeitende in Fallmanagement bzw. Sozialplanung	5	4	6	3	18
Gesamt	21	12	10	19	62

In Abbildung 3 ist beispielhaft dargestellt, wie wir ausgehend von der Paraphrase (eigene Umschreibung des Inhalts) des Originaltextes zu den ersten (vorläufigen) Codes kommen. Während dieses Auswertungsschrittes werden kontinuierlich sog. „Memos“ erstellt, um Gedanken oder Zuordnungsvorschriften zu Codes für die weitere Analyse festzuhalten. In weiteren Schritten werden die Codes überprüft, sortiert und zusammenfassenden Überbegriffen zugeordnet.

Während wir bei der ersten Erschließung des Texts induktiv vorgehen, wechseln sich im Laufe der weiteren Analyse induktive und deduktive Schritte ab, zumal durch die Beschäftigung mit den Texten auch immer mehr Wissen generiert wird, das in die Zuordnung



einfließt. Zugunsten einer größtmöglichen Offenheit analysieren wir das Material als gesamten Textkörper, unterscheiden in der Analyse also nicht nach Region oder nach Perspektive der Befragten. Das Material wird immer weiter abstrahiert und zusammengefasst, um am Ende eine Zusammenstellung von Merkmalen der Unterstützung selbst und förderlicher Rahmenbedingungen für eine gelingende Unterstützung zu erhalten.

18

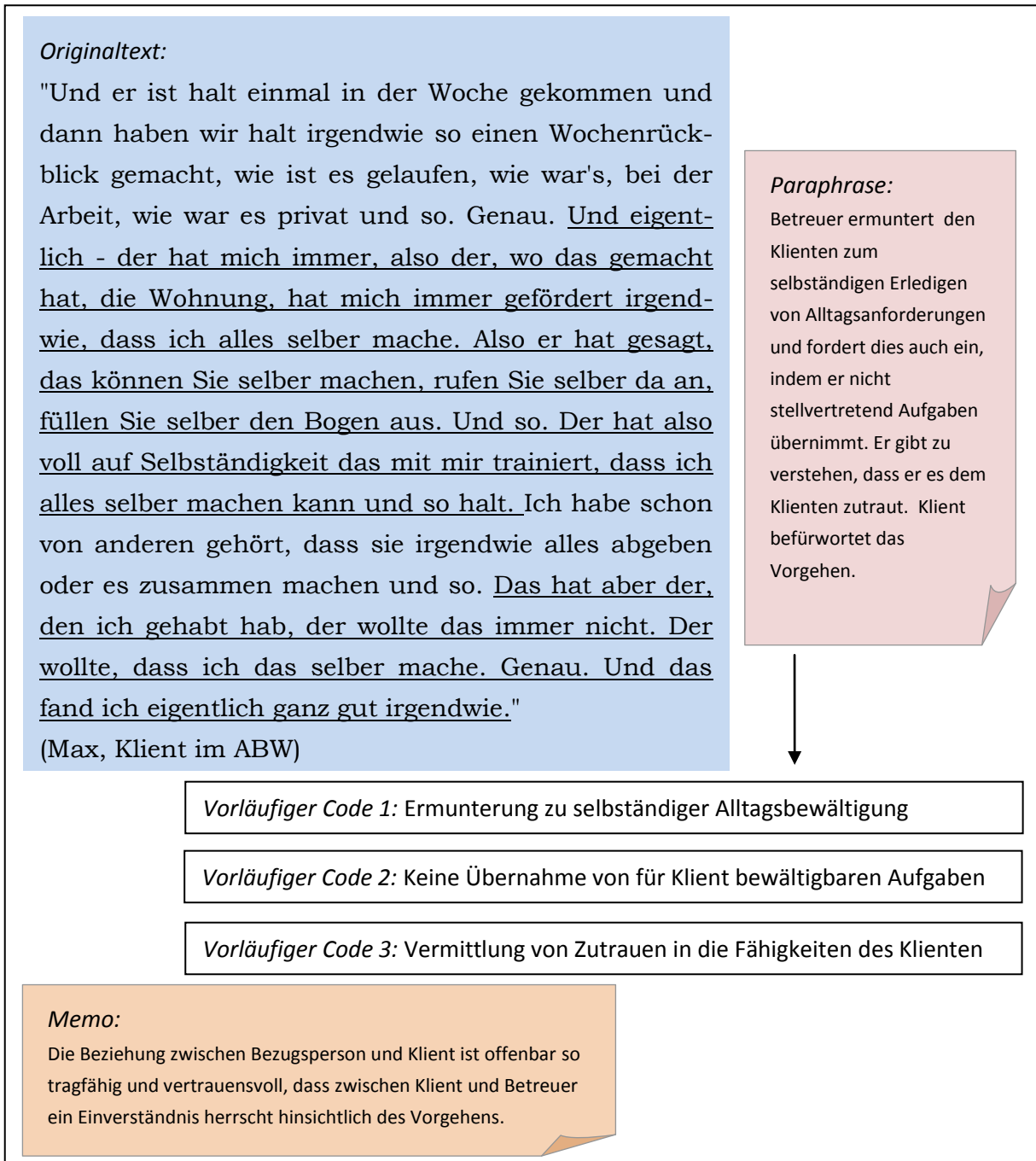


Abbildung 3: Beispiel für die ersten Analyseschritte der qualitativen Auswertung

3.5 Teilprojekt 3: Kohortenstudie zum Thema „Wie wirksam ist unterstütztes Wohnen?“

3.5.1 Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern

Die ersten Teilnehmerinnen und -teilnehmer wurden im Juli 2017 in die Studie aufgenommen. Nachdem sich abzeichnete, dass die geplante Zahl von Teilnehmenden innerhalb eines Jahres nicht erreicht werden würde, wurde in Absprache mit den vermittelnden Stellen eine Verlängerung des Rekrutierungszeitraums auf eine Dauer von eineinhalb Jahren, also bis einschließlich November 2018 beschlossen.

Aus Gründen des Datenschutzes konnten die Studienmitarbeitenden den Erstkontakt zu den Kandidatinnen und Kandidaten in der Regel nicht selbst herstellen. Sie erhielten dabei Unterstützung durch die Stadt- und Landkreise bzw. die Gemeindepsychiatrischen Verbände. Generell war geplant, dass Stellen bzw. Mitarbeitende mit unmittelbarem Kontakt zu möglichen Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern die betreffenden Personen informierten und deren schriftliche Zustimmung zur Weitergabe ihrer Kontaktdaten einholten. Die Studienmitarbeitenden nahmen im Anschluss an das erteilte Einverständnis persönlich Kontakt mit den potenziellen Kandidatinnen und Kandidaten auf. Erst nach einem ausführlichen Aufklärungsgespräch wurde um die eigentliche Einwilligung zur Studienteilnahme gebeten. Die erste Befragung sollte möglichst innerhalb von 8 Wochen nach Beginn der Maßnahme stattfinden.

19

Das komplexe Prozedere war aus datenschutzrechtlichen Gründen notwendig, erschwerte aber durch die vielen Zwischenschritte und Schnittstellen den Zugang zu den Studienteilnehmenden. Es waren daher im Laufe des Rekrutierungszeitraums immer wieder Anpassungen des Vorgehens notwendig, um die zögerliche Teilnahme zu verbessern.

Aufgrund der unterschiedlichen Organisation des Zugangs zur Eingliederungshilfe beim Wohnen in den vier Stadt- und Landkreisen war beim Screening und bei der Vermittlung potenzieller Teilnehmerinnen und Teilnehmer an die Studienmitarbeitenden ein differenzielles Vorgehen nötig. In der Stadt Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis sprachen die zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter potenziell geeignete Personen auf die Möglichkeit einer Studienteilnahme an und holten das schriftliche Einverständnis zur Weitergabe der Kontaktdaten an den Studienmitarbeiter ein. Ab November 2017 wurde das Screening und die Kontaktvermittlung auch durch den Sozialdienst des Universitätsklinikums Heidelberg und die dortige Hilfeplankonferenz unterstützt, ab Anfang 2018 zusätzlich durch Mitarbeitende der verschiedenen Leistungserbringer unterstützten Wohnens in der Stadt Heidelberg und im Rhein-Neckar-Kreis. Diese Vorgehensweisen wurden jeweils mit der Ethikkommission der Universität abgestimmt.

Im Landkreis Ravensburg und Bodenseekreis erfolgten das Screening und die Information über die Möglichkeit einer Studienteilnahme aufgrund der organisatorischen Strukturen über die Mitarbeitenden in den betreuenden Einrichtungen. Ab Oktober 2017 ermöglichten die GPV-Trägerkonferenzen beider Landkreise den Studienmitarbeiterinnen außerdem die Teilnahme an der monatlich stattfindenden Hilfeplankonferenz. Sie erhielten hierdurch die Möglichkeit, geeignete Personen direkt anzusprechen oder aber ihre koordinierenden Bezugspersonen (z.B. Sozialdienst, rechtliche Betreuer) um eine Vermittlung des Kontakts zu bitten. Dieses Vorgehen wurde von der Ethikkommission der Universität Ulm gebilligt.



Aufgrund der Vielzahl involvierter Stellen, aber auch der sensiblen Situation der oft fundamentalen Veränderung im Leben der Betroffenen durch den Umzug gelang es nicht immer, die Befragung tatsächlich innerhalb von 8 Wochen nach Beginn der Wohnunterstützung oder des Umzugs in eine neue unterstützte Wohnform einzuhalten. Zugunsten der Teilnahmezahlen beschlossen wir, das Zeitkriterium mit Augenmaß anzuwenden und akzeptierten auch leicht verspätete Meldungen.

Abbildung 4 zeigt den Verlauf der Rekrutierung. Zum Ende der Rekrutierung am 30. November 2018 waren 102 Teilnehmende in die Studie eingeschlossen (Tabelle 4). Die unterschiedlichen Zahlen in den einzelnen Stadt- und Landkreisen korrespondieren mit den tatsächlichen Unterschieden in der Anzahl der Leistungsberechtigten.

20

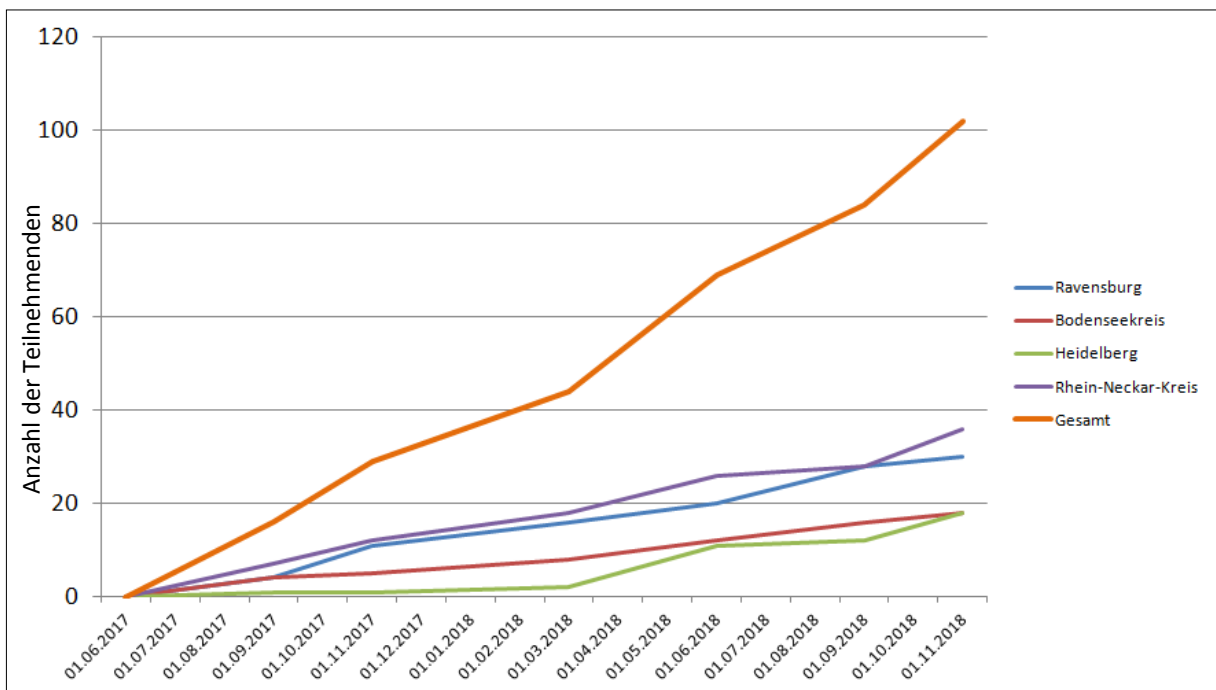


Abbildung 4: Verlauf der Rekrutierung über die Zeit nach Stadt- und Landkreisen

Tabelle 4: Anzahl der Teilnehmenden bei Rekrutierungsende

Anzahl Teilnehmende	Ravensburg	Bodenseekreis	Heidelberg	Rhein-Neckar-Kreis	Gesamt
30.11.2018	30	18	18	36	102

Entsprechend unserer Auswahlkriterien setzen sich die 102 Teilnehmenden folgendermaßen zusammen:

- 54% hatten nie zuvor in unterstützten Wohnformen gelebt

- 21% hatten zwar in der Vergangenheit Erfahrungen damit gemacht, lebten aber vor der Rekrutierung nicht in einer unterstützten Wohnform
- 25% waren „Wechsler“: sie lebten bereits in unterstützten Wohnformen, es hatte sich aber vor der Rekrutierung die Unterstützungsform oder -intensität verändert.

3.5.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung entwickelte sich von Anfang an recht gut. Nach dem bisherigen Eindruck ist die Datenqualität gut (z.B. vollständige Datensätze). Dies wird sicher auch dadurch begünstigt, dass die Erhebungen meist im Interviewstil durchgeführt werden. Falls Teile der Fragebögen von den Befragten selbst ausgefüllt werden, können Unklarheiten oder Rückfragen sofort mit den Mitarbeitenden geklärt werden.

In der Regel dauern die Befragungen mindestens eine Stunde, oft länger. Das Untersuchungsmaterial mit wechselnden Antwortformaten ist durchaus anspruchsvoll. Oft regen die Fragen die Teilnehmenden dazu an, ihre Antwort näher zu erläutern oder das angestoßene Thema weiter auszuführen. Teilweise führt eine beeinträchtigte Konzentration zu längerem Nachdenken. Die Mitglieder des Studienteams sind bemüht, die Befragung so angenehm wie möglich zu gestalten (z.B. Pausen anbieten, Untersuchung auf mehrere Termine aufteilen), damit die Befragung für die teilnehmenden Personen bewältigbar bleibt und kein Gefühl der Überforderung auftritt. Auch fragen sie nach der Befragung nach der aktuellen Befindlichkeit, um ggf. auf eine Verschlechterung der Stimmung einzugehen. Besonders erfreulich ist, dass die Zahl der Teilnehmenden, die sich nicht mehr für die Nachbefragungen zur Verfügung stellen, bislang sehr gering ist.

Das Einholen von Fremdauskünften zur Symptomatik und zur Einschätzung der Zukunftsperspektive durch eine von den Probanden genannte Bezugsperson und nach einer Schweigepflichtentbindung erweist sich auch weiterhin als machbar. Es hat sich mittlerweile gut eingespielt, diese Auskünfte durch die Bezugspersonen zu erfragen.

Als Partnerprojekt der Projekte WiEWohnen in Bethel/Nordrhein-Westfalen und Mecklenburg-Vorpommern stehen wir in regelmäßigem Austausch mit den dortigen Kolleginnen und Kollegen, z.B. über die einheitliche Codierung der Items im Untersuchungsmaterial. Außerdem nutzen wir die gleiche SPSS-Daten-Eingabemaske.

In dieser Teilstudie wird auch erfasst, wenn Personen aus dem unterstützten Wohnen ausscheiden oder zu einem geringeren Unterstützungsumfang wechseln. Mit diesen Aussteigern werden qualitative Interviews durchgeführt, um mehr über die Hintergründe und den weiteren Verlauf zu erfahren. Bisher stimmten 6 Personen einem solchen Gespräch zu.

3.5.3 Merkmale der Stichprobe

Soziodemographische und klinische Merkmale

Tabelle 5 zeigt einige soziodemographische und klinische Merkmale unserer Stichprobe. Der Anteil der Männer überwiegt leicht. Die Altersspanne umfasst ein Spektrum von 20 bis 69 Jahren. Die meisten Teilnehmenden haben einen Hauptschulabschluss (38%), fast ebenso viele einen Realschulabschluss (32%), seltener ist Fachabitur oder Abitur (19%). Jede zehnte Person hat keinen oder einen Sonderschulabschluss.



Tabelle 5: Merkmale der Stichprobe (N=102)

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

Immerhin haben aber fast zwei Drittel eine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein Studium bzw. befinden sich derzeit in einer Ausbildung. Sehr viele (87%) geben an, irgendwann in der Vergangenheit eine Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausgeübt zu haben

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

Wohnsituation der Teilnehmenden

Abbildung 5 zeigt, wie sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf die verschiedenen Wohnformen verteilen.

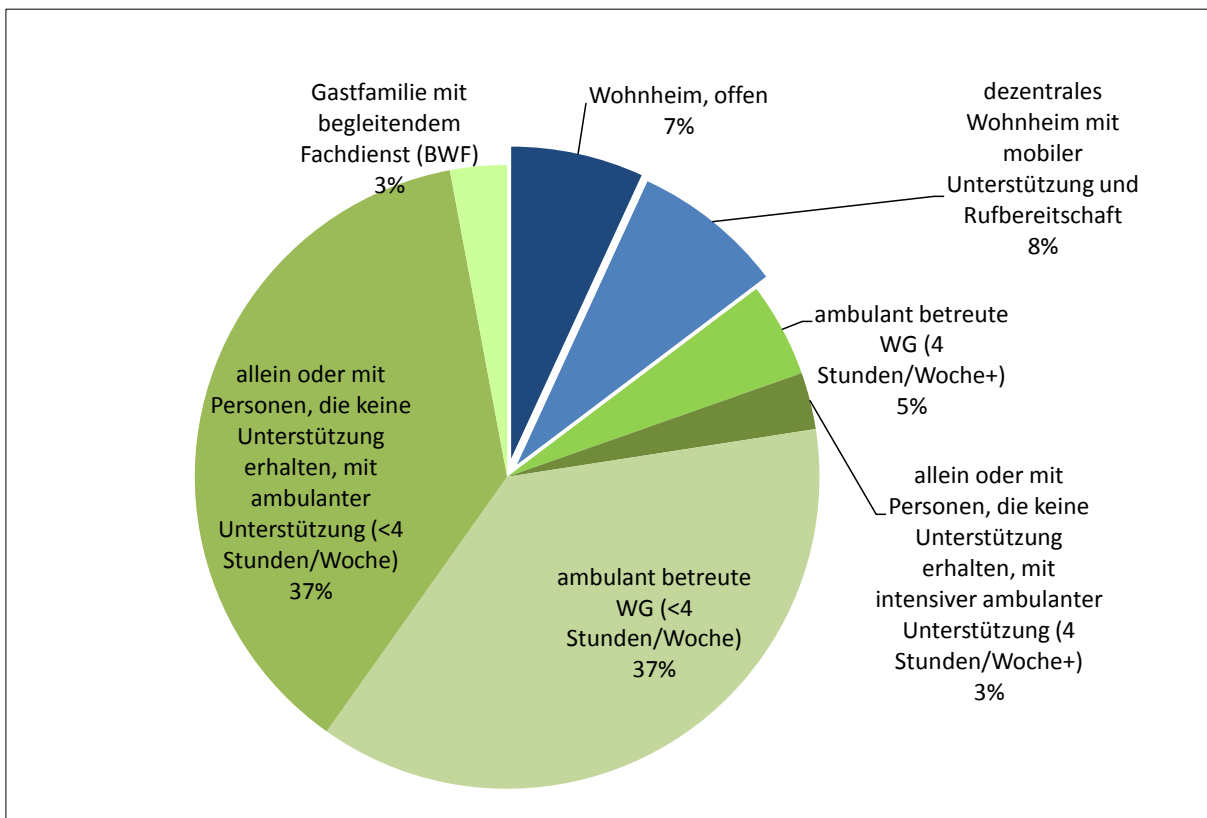


Abbildung 5: Wohnformen der Teilnehmenden



Zu Studienbeginn wohnen 85% der Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer in ambulant betreuten Wohnformen, meistens mit einer Betreuungsintensität von weniger als vier Stunden/Woche. Die ambulant Unterstützten verteilen sich etwa gleich auf Wohngemeinschaften oder alleine bzw. in einem privaten Kontext Wohnenden. Persönliches Budget hatten drei Personen (nicht abgebildet).

Im Jahr vor der Studie (Tabelle 6) hatten die meisten Teilnehmenden zumindest zeitweise in privaten Wohnformen ohne professionelle Unterstützung oder mit privater Unterstützung gelebt. Über 10% hatten zeitweilig gar keine Wohnung bzw. waren in Notunterkünften untergekommen.

Tabelle 6: Wohnformen (Stichtag 30.11.2018) vor und nach Studienbeginn

Wohnform	Im Jahr vor der Studie (Mehrfachangaben) N (%)	Zu Studienbeginn N (%)
Wohnheim fakultativ geschlossen	1 (1%)	-
Wohnheim offen mit Nachtwache	5 (5%)	2 (2%)
Wohnheim offen mit Anwesenheit nachts	2 (2%)	2 (2%)
Wohnheim offen mit Rufbereitschaft	5 (5%)	3 (3%)
Dezentrales Wohnheim	2 (2%)	8 (8%)
ABW Wohngemeinschaft	4 (4%)	43 (42%)
Alleine oder mit Personen, die keine Unterstützung erhalten, mind. 4h/Woche ambulante Betreuung	1 (1%)	3 (3%)
Alleine oder mit Personen, die keine Unterstützung erhalten, weniger als 4h/Woche ambulante Betreuung	1 (1%)	38 (37%)
Betreutes Wohnen in Familien	5 (5%)	3 (3%)
Alleine oder mit Personen, die keine Unterstützung erhalten, mit Unterstützung durch Angehörige/Mitbewohner	25 (25%)	-
Alleine in eigener Wohnung, ohne Unterstützung	41 (40%)	-
Wohnungslosigkeit	12 (12%)	-
Sonstiges	18 (18%)	-

Beschäftigungssituation

Abbildung 6 zeigt die Beschäftigungssituation zum Zeitpunkt der ersten Befragung.

Über 40% gingen keiner regelmäßigen Ausbildung, Arbeit oder Beschäftigung nach. Fast 30% waren in tagesstrukturierende Angebote eingebunden. Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) spielten eine eher geringe Rolle (insgesamt 8%). Beruflichen Trainingsmaßnahmen gingen 9% nach. Gelegenheitsjobs, geringfügige Beschäftigung oder Zuverdienst nutzten 7%. Verschwindend gering war der Anteil derjenigen, die eine Ausbildung oder ein Studium absolvierten oder einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgingen (zusammen 5%).

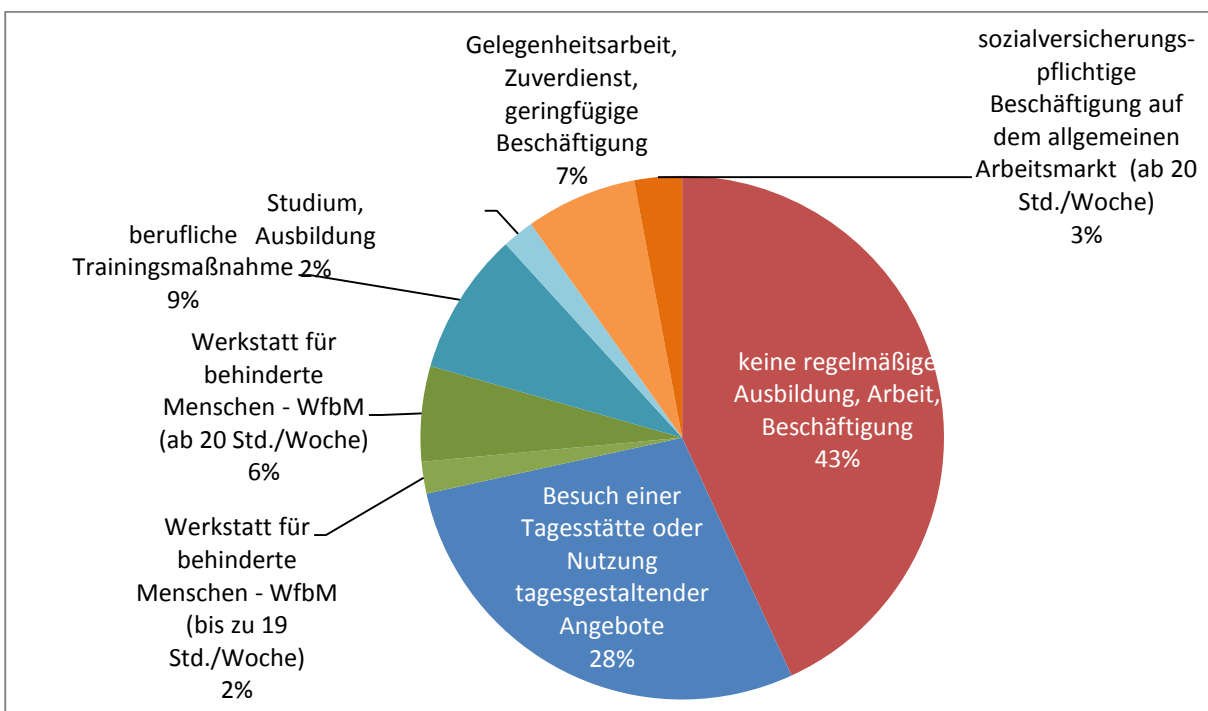


Abbildung 6: Beschäftigung und Tagesstruktur der Teilnehmenden



Zusätzliche Unterstützungsformen

Welche Unterstützungsformen wurden im Jahr vor der Aufnahme in die Studie zusätzlich zur Wohnunterstützung oder zur ärztlichen Betreuung genutzt? Tabelle 7 zeigt, dass 87% der 102 Teilnehmerinnen und Teilnehmern mindestens ein zusätzliches Angebot genutzt haben. Eindeutiger Schwerpunkt lag auf tagesstrukturierenden Maßnahmen wie Tagesstätte oder ambulante Ergotherapie, die von 47% der Befragten angegeben wurden. Außerdem spielten verschiedene berufliche Maßnahmen wie Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) vom Eingangs- bis zum Arbeitsbereich und andere berufliche Trainingsmaßnahmen eine nicht unerhebliche Rolle. Mehr als ein Viertel gab an, Psychotherapie erhalten zu haben (27%). Immerhin ein Fünftel der Befragten hatte Kontakte zu einer Selbsthilfegruppe. Kontakte zum SpDi oder Soziotherapie hatten 16% der Befragten.

Tabelle 7: Von den Studienteilnehmenden zusätzlich genutzte Unterstützungsangebote

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

Zufriedenheit mit der jetzigen Wohnform

Der überwiegende Teil der Befragten ist mit der aktuellen unterstützten Wohnform zufrieden (Abbildung 7).

Auf die Frage „Konnten Sie frei entscheiden, in welcher Wohnform Sie leben wollten?“ antworteten 55% mit „ja“, 25% mit „nein“ und 20% mit „teilweise“. Als Gründe dafür, nicht frei entschieden zu haben, wurden vor allem mangelnde Verfügbarkeit der bevorzugten Wohnform, drohende oder manifeste Wohnungslosigkeit und ein zu hoher Mietpreis angegeben. Diese drei Faktoren bestimmten zusammen über 75% der „nein“-Stimmen. Dass andere, z.B. gesetzliche Betreuungspersonen oder Amtspersonen über die Wohnform entschieden hätten, wurde nur selten genannt.

Doch selbst von denjenigen Personen, die angaben, in der Frage der aktuellen Wohnform keine Entscheidungsfreiheit gehabt zu haben, waren zu über 40% zufrieden oder sehr zufrieden mit der Wohnform. Nur ein knappes Viertel war wenig oder gar nicht zufrieden (ohne Abbildung).

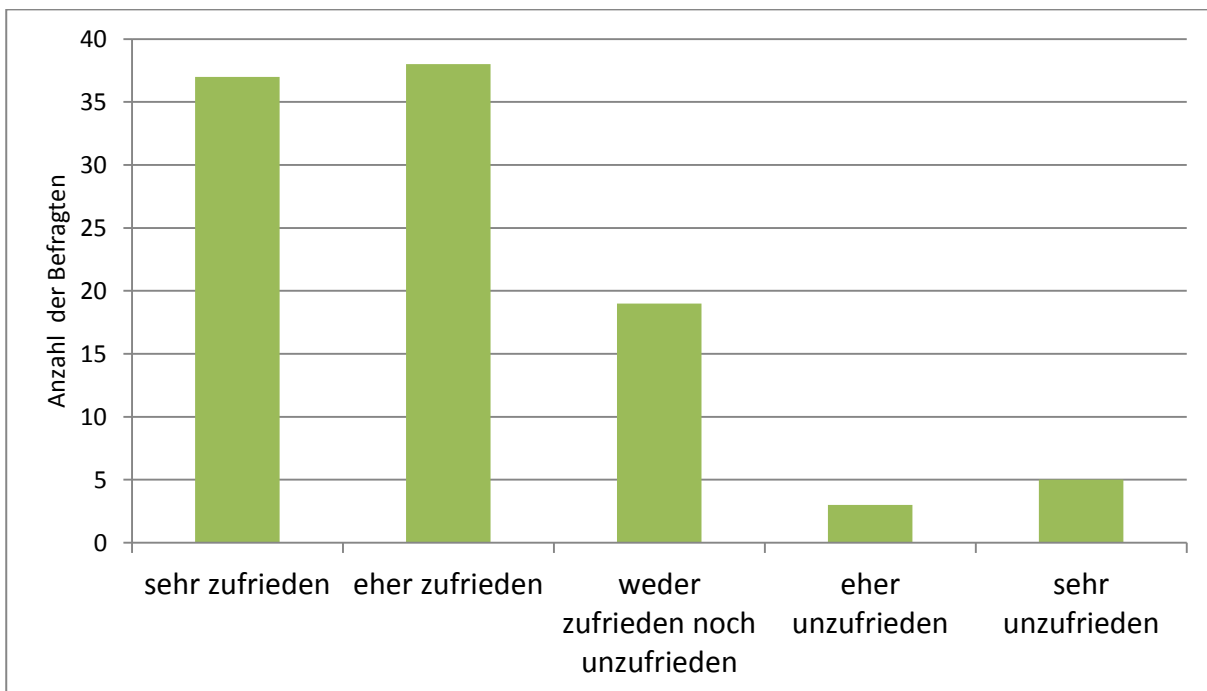


Abbildung 7: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer aktuellen Wohnform im Vergleich zu Ihrer vorherigen Wohnform?“



Soziale Funktionsfähigkeit

Die Social Functioning Scale (SFS) von Birchwood (1990) bildet verschiedene Dimensionen sozialer Funktionsfähigkeit ab: soziale Eingebundenheit/Rückzug, interpersonales Verhalten, soziale Aktivitäten, Freizeitgestaltung, unabhängige Lebensführung (Kompetenz = Beherrschen von Fähigkeiten), unabhängige Lebensführung (Performanz = Ausübung von Fähigkeiten) sowie Arbeit/Beschäftigung. Die Normstichprobe der Skala waren Menschen mit Schizophrenie ohne Arbeit (Birchwood 1990). Charakteristisch für diese Stichprobe ist ein Mittelwert von 100 und eine Standardabweichung von 15. Theoretisch können je nach Subskala 49 bis 145 skalierte Punkte erzielt werden. Eine Stichprobe von gesunden Personen würde durchschnittlich auf jeder Skala 115 bis 130 skalierte Punkte erreichen (Iffland 2015).

Abbildung 8 zeigt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer unserer Studie in so gut wie allen Subskalen und im Gesamtscore im Durchschnitt bei über 100 Punkten liegen. Diese Mittelwerte liegen noch innerhalb einer Standardabweichung der Normstichprobe (+/-15 Punkte), was darauf hinweist, dass sie sich nicht auffällig von der Normstichprobe unterscheiden. Die Werte der Teilnehmenden liegen damit eindeutig unter den Werten einer gesunden Vergleichsgruppe. Dies wiederum weist auf erhebliche Einschränkungen der sozialen Funktionsfähigkeit hin. Am deutlichsten betroffen sind die Bereiche soziale Eingebundenheit/Rückzug (z.B. Fragen nach Häufigkeit des Alleineseins) und soziale Aktivitäten (z.B. Besuche öffentlicher Veranstaltungen, Freizeitgestaltung in der Gruppe). Die höchsten Werte werden bei interpersoneller Kommunikation (z.B. Freundschaftspflege, Kommunikation) erzielt.

28

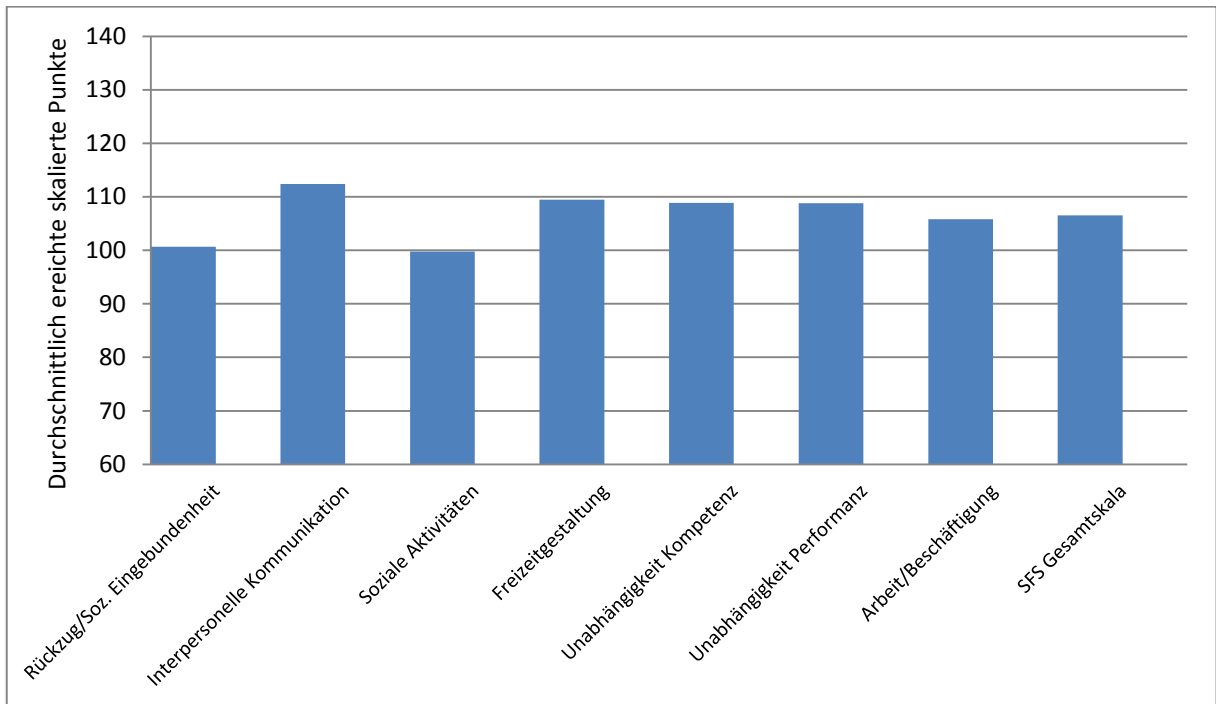


Abbildung 8: Durchschnittlich erreichte skalierte Punkte in den Subskalen und im Gesamtscore der Social Functioning Scale (SFS) (mögliche Spanne von 55 bis 145)

Subjektive Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen

Befragt nach ihrer Zufriedenheit mit verschiedenen Bereichen ihres Lebens auf einer Skala von 1 (völlig unzufrieden) bis 7 (völlig zufrieden) zeigen sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Durchschnitt eher zufrieden (Abb. 9). Im Schnitt eher unzufrieden sind sie mit ihrer finanziellen Lage sowie mit den Bereichen Arbeit und Beschäftigung, allgemeine Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit. Hingegen werden Lebensbereiche wie subjektive Sicherheit, Mitbewohner, Wohnen, freundschaftliche und familiäre Beziehungen im Schnitt als eher zufriedenstellend bewertet.

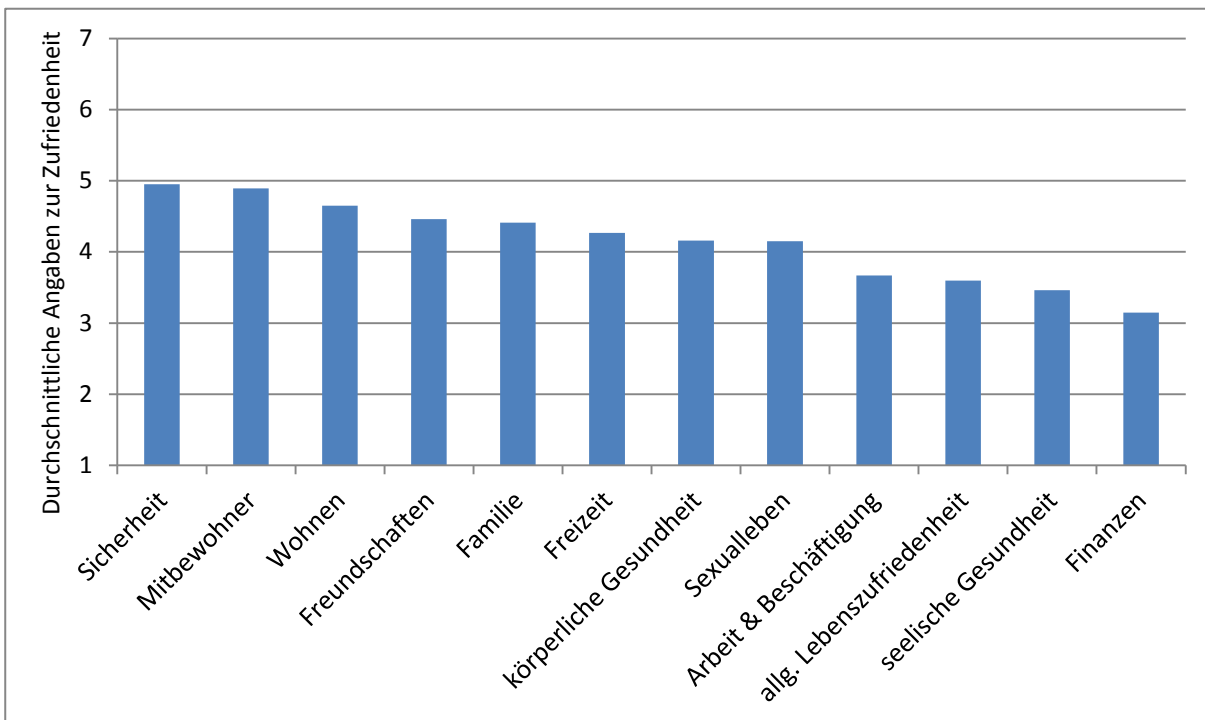


Abbildung 9: Subjektive Lebensqualität „Wie zufrieden sind Sie mit ...?“ (1=völlig unzufrieden, 7=völlig zufrieden)

Verwirklichungschancen - Capabilities

Mit dem Capabilities-Ansatz wird versucht, die Verwirklichung eines Lebens nach für sich selbst als wichtig erachteten Werten zu erfassen. Capabilities stellen die Möglichkeiten dar, mithilfe derer man etwas Geschätztes verwirklicht. Wie gut schätzt die Person ihre Möglichkeiten ein, ein Leben zu leben, das sie selbst als ein „gutes Leben“ empfindet? Verschiedene Bereiche wurden abgefragt. Ein Wert von 1 deutet auf geringe Verwirklichungschancen hin, ein Wert von 5 hingegen auf die umfängliche Verwirklichung in diesem Bereich.

Abbildung 10 zeigt, dass die Möglichkeiten und Fähigkeiten, Pflanzen, Tiere und Natur, aber auch die Menschen in der Umgebung wertzuschätzen, und die Chancen, ein Leben ohne Gewalterfahrung zu leben, als groß eingeschätzt werden. Ebenfalls hoch ist die Einschätzung, die eigene Kreativität entfalten zu können, seine Meinung frei äußern zu



können und in einer relativ sicheren Nachbarschaft zu leben. Hingegen werden häufig gesundheitliche Probleme als Einschränkung empfunden, Alltagsaktivitäten nachzugehen. Die Mitbestimmungsmöglichkeit bei kommunalen Entscheidungen („Entscheidungen beeinflussen, die sich auf mein Wohngebiet auswirken“) wird ebenfalls als eher gering wahrgenommen.

Diese Ergebnisse entsprechen sowohl in ihrer Rangfolge als auch in der Höhe der Ausprägungen auf beeindruckende Weise den Ergebnissen einer großen Befragung, die im Rahmen der BAESCAP-Studie bei einer großen Stichprobe von Besucherinnen und Besuchern gemeindepsychiatrischer Zentren durchgeführt wurde (Speck & Steinhart 2018). Dies weist einerseits darauf hin, dass wir in unserer Studie eine sehr ähnliche Personengruppe erreicht haben, andererseits, dass die Problemlagen von Menschen mit psychischen Erkrankungen, die ambulante Versorgungsangebote in Anspruch nehmen, regionenübergreifend sehr ähnlich sind.

30

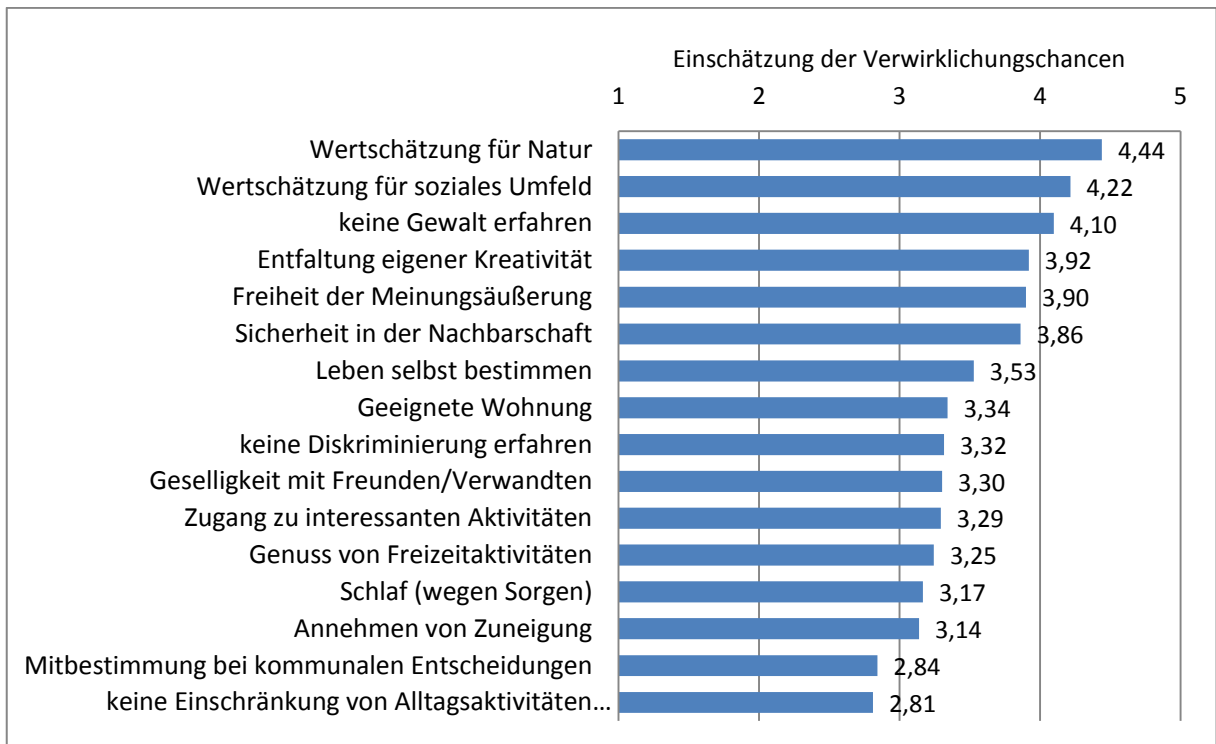


Abbildung 10: Durchschnittliche Einschätzung der Verwirklichungschancen in verschiedenen Bereichen (1=geringe Verwirklichungschancen, 5=umfangliche Verwirklichung)

Unterstützungs- und Versorgungsbedarf

Die Einschätzung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs erfolgt auf der Basis eines teilstandardisierten Interviews, in denen nach Problemen und geleisteter Unterstützung in den verschiedenen Bereiche gefragt wird („Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule“ CANSAS). Es kann sein, dass Klienten Unterstützungsbedarf in einem bestimmten Bereich sehen, dass dieses Problem aber mit der geleisteten Hilfe kompensiert werden kann. Es kann jedoch auch sein, dass es keine Unterstützung für die Probleme gibt oder die Hilfe nicht ausreicht und die Probleme weiterbestehen („ernstes Problem“).

Abbildung 11 zeigt, dass die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer Probleme am häufigsten in den Bereichen Seelischer Druck, Wohnsituation und Soziale Leistungen beziehen sehen (jeweils nur ca. 20% geben „kein Problem“ an). In Hinblick auf die Wohnsituation und den Bezug sozialer Leistungen wird offenbar umfangreiche Unterstützung geleistet, so dass nur noch wenige damit ein bleibendes Problem haben. Anders ist dies bei seelischem Druck: Hier geben 40% der Befragten einen ungedeckten Unterstützungsbedarf an. Auch hinsichtlich Partnerschaft und Soziale Kontakte bekunden mehr als ein Drittel ernste Probleme, für die sie keine oder keine ausreichende Unterstützung erhalten.

Eher wenige Personen geben Probleme in den Bereichen Versorgung von Kindern, Illegale Drogen, Nutzung von Telefon und Schulische Grundkenntnisse an (für mehr als 80% jeweils kein Problem), gefolgt von Alkohol, Fremdgefährdung und Körperpflege.

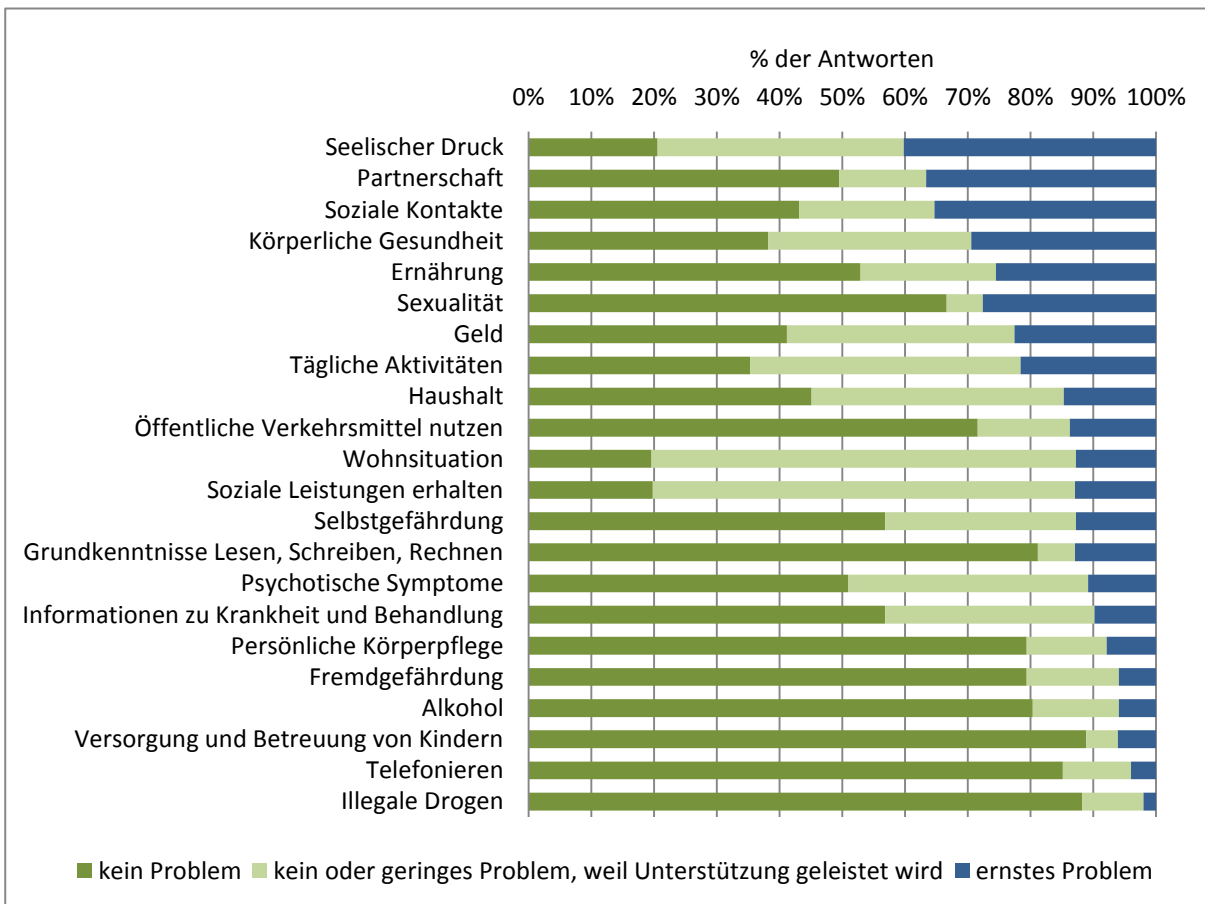


Abbildung 11: Einschätzung des Unterstützungs- und Versorgungsbedarfs (CANSAS)



Psychische Belastung

In einem Kurzfragebogen SCL-K-9, einer Kurzform der umfangreichen Symptomskala SCL-90, wurde das Ausmaß der Belastung durch eine Reihe psychischer Probleme und Beschwerden abgefragt.

Abbildung 12 unterstreicht, dass sich die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer psychisch erheblich belastet fühlen. Die häufigsten Beschwerden betreffen das Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen, Probleme mit dem Antrieb zu haben, übermäßig verletzlich zu sein und sich angespannt zu fühlen (jeweils über 70%). Mehr als ein Fünftel gibt an, sehr stark unter Anspannung zu leiden. Nur die Hälfte der Befragten gibt an, überhaupt keine Beziehungsideen („Paranoia“), Angst vor dem Alleinsein oder Schweregefühle in Armen oder Beinen zu haben.

32

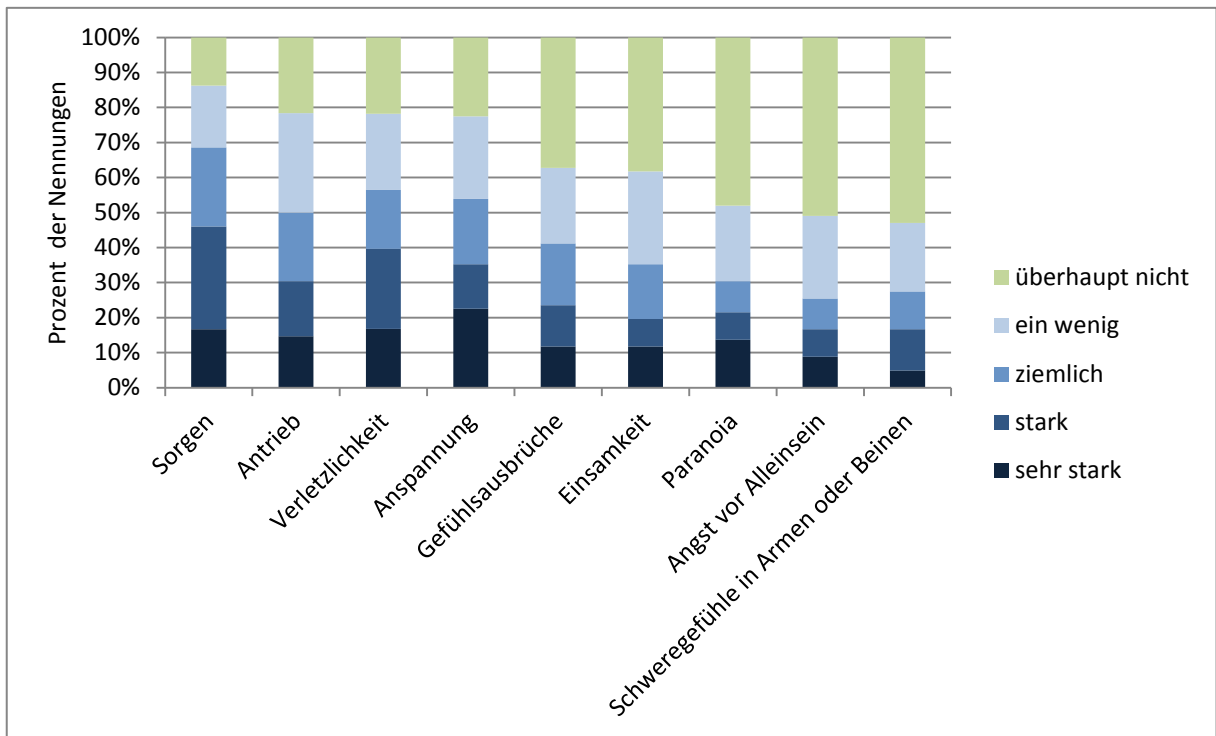


Abbildung 12: Angaben zur Symptombelastung (SCL-K-9)

Externe Beurteilung von Gesundheit und Funktionsniveau

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Studie nannten uns jeweils eine Bezugsperson, bei der wir eine externe Einschätzung von Gesundheit und Funktionsniveau einholen konnten. Verwendet wurde dafür die „Health of the Nations Outcome Scale“ (HoNOS). Es werden darin 12 verschiedene Bereiche abgefragt.

Nach der Fremdeinschätzung (Abbildung 13) waren in den Tagen vor der Befragung für über 75% der Teilnehmenden Substanzmissbrauch, Halluzinationen, Selbstverletzung oder aggressives Verhalten kein Problem. Hingegen wurden bei 75% mindestens leichte psychische Probleme (meist Angst, Anspannung oder Probleme mit dem Schlaf) vermerkt. Weitere Bereiche, bei denen ein Handlungsbedarf gesehen wurde, betrafen Probleme mit Beziehungen, eine gedrückte Stimmung, alltägliche Aktivitäten und Probleme im Zusammenhang mit körperlichen Erkrankungen.

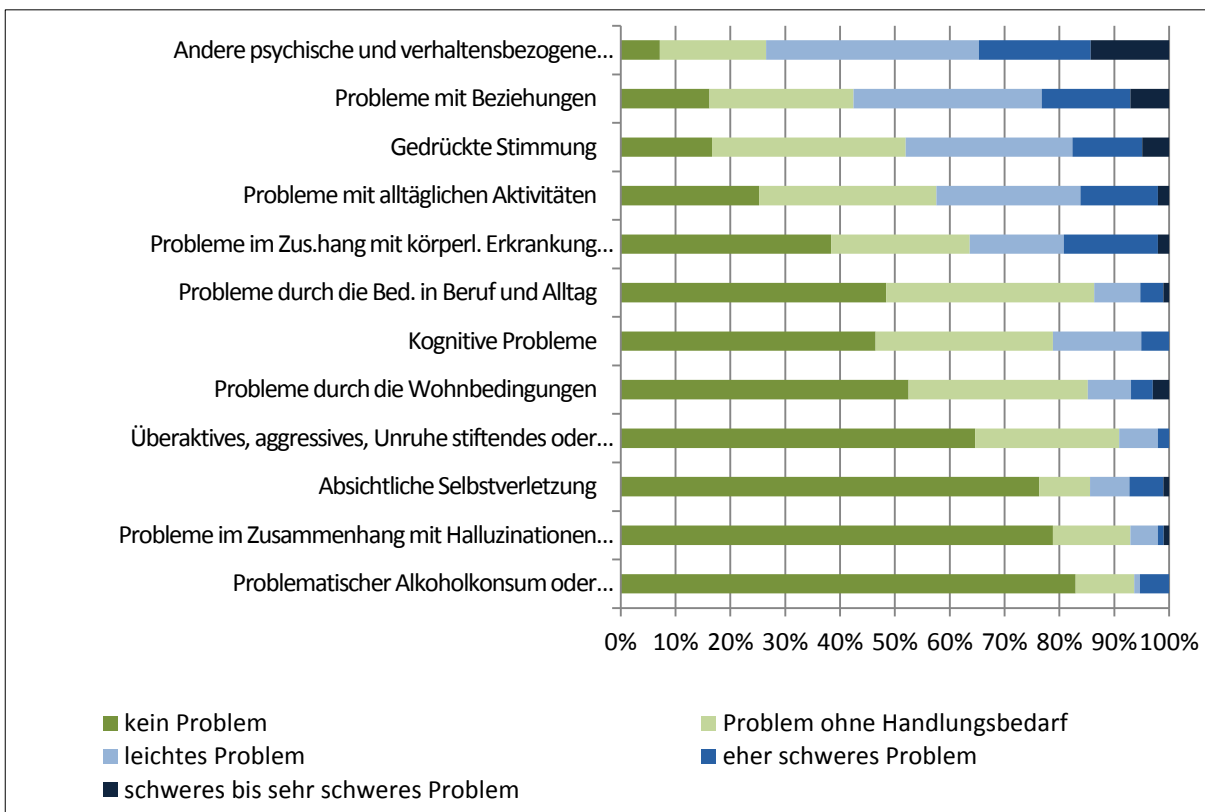


Abbildung 13: Externe Beurteilung von Gesundheit und Funktionsniveau (HoNOS)



Teilhabeperspektive in den Bereichen Wohnen und Beschäftigung

Abbildung 14 zeigt auf der linken Seite die aktuelle Wohnform der Studienteilnehmenden. Rechts ist die Einschätzung der Betroffenen sowie ihrer Bezugspersonen abgebildet: „Wie wird es in 2-3 Jahren sein?“ Es fällt auf, dass sich etwa die Hälfte der Teilnehmenden in Zukunft in einer unbetreuten Wohnform sieht. Immerhin haben auch in über 25% der Fälle die Bezugspersonen diese Perspektive vor Augen. Menschen in stationären Wohnformen sind in der Stichprobe bereits zu Beginn deutlich in der Minderzahl. Sowohl Betreuende als auch Teilnehmende gehen davon aus, dass ein Teil von ihnen in ambulante Wohnformen überwechseln wird. Auf beiden Seiten wird die Perspektive geäußert, dass in 2 bis 3 Jahren längst nicht mehr so viele Teilnehmende in ambulanten WGs wohnen werden.

34

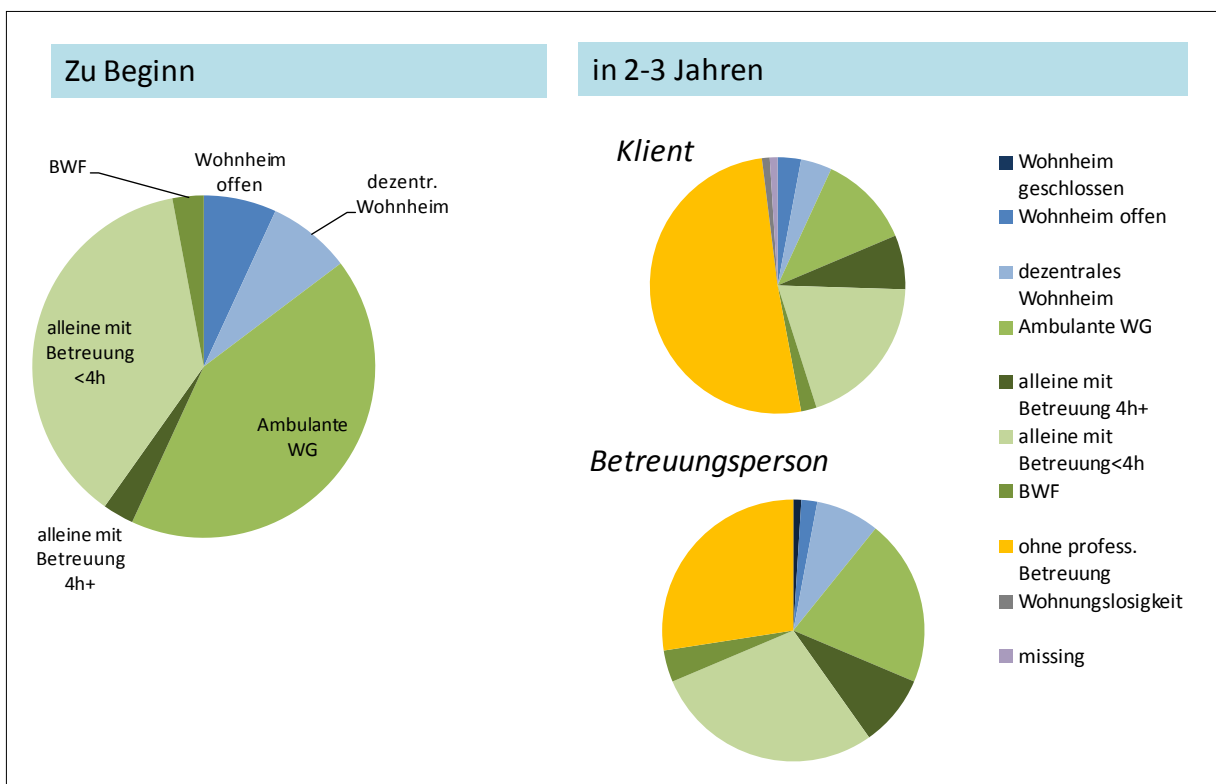


Abbildung 14: Teilhabeperspektive im Bereich Wohnen - Einschätzungen durch Studienteilnehmende und ihre Betreuungspersonen

Abbildung 15 zeigt links die Beschäftigung bzw. Tagesstruktur der Studienteilnehmenden bei Aufnahme in die Studie. Es fällt auf, dass über 40% keiner regelmäßigen Beschäftigung nachgehen und über ein Viertel eine Tagesstätte oder tagesstrukturierende Angebote besucht. Eine Beschäftigung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ist selten, allenfalls werden Gelegenheitsjobs angenommen oder Zuverdienstmöglichkeiten genutzt.

Was die Entwicklung innerhalb von 2 bis 3 Jahren anbelangt (rechte Seite), nehmen sowohl Betreuende als auch die befragten Klientinnen und Klienten des unterstützten Wohnens an, dass nur noch ein geringer Teil keiner regelmäßigen Beschäftigung nachgeht und auch der Anteil der Personen zurückgeht, der tagesstrukturierende Angebote nutzt. Ein Viertel der

Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer sieht für sich die Perspektive, einer Tätigkeit von über 20 Wochenstunden auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Insgesamt fast zwei Drittel aller Befragten sehen sich entweder auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt, in Gelegenheits- oder geringfügigen Jobs, Integrationsfirmen oder in Ausbildung oder Studium.

Ihre Bezugspersonen gehen davon aus, dass deutlich weniger Studienteilnehmende den Weg auf den allgemeinen Arbeitsmarkt oder in eine Ausbildung schaffen. Doch auch sie nennen einen Anteil von über 40%, der entweder ein reguläres oder stundenweises Beschäftigungsverhältnis haben wird, Gelegenheitsarbeiten und Zuverdienstmöglichkeiten nachgeht oder eine Ausbildung absolviert. Aus Sicht der Bezugspersonen werden 30% der Befragten in Zukunft in einer beruflichen Trainingsmaßnahme sein oder eine Tätigkeit in einer Werkstatt für behinderte Menschen ausüben. In den Zukunftsvisionen der Studienteilnehmenden spielt dieser Weg eine wesentlich untergeordnetere Rolle.

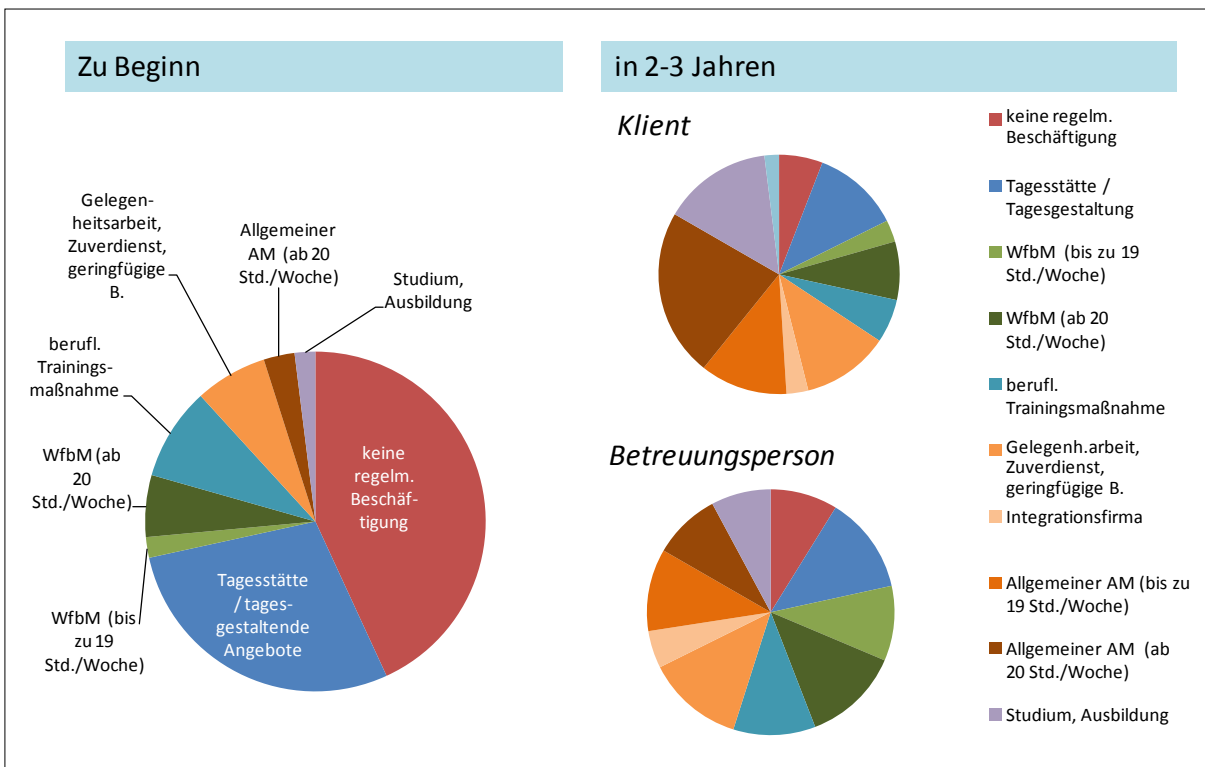


Abbildung 15: Teilhabeperspektive im Bereich Beschäftigung – Einschätzungen durch Studienteilnehmende und ihre Betreuungspersonen



3.5.4 Zusammenfassung und Ausblick

Als Gesamteindruck zum Teilprojekt 3 lässt sich im Moment festhalten, dass wir weniger Teilnehmerinnen und Teilnehmer für die Studie gewinnen konnten als ursprünglich angedacht. Die anfängliche Schätzung der in Frage kommenden Personen war offenbar zu optimistisch. Erschwerend hinzu kam das komplexe Rekrutierungsprozedere mit vielen Schnittstellen. Außerdem ist es inhaltlich zwar richtig, den Termin für die Erhebung des Ausgangszustands so früh wie möglich nach einer Veränderung anzusetzen, dabei wurde aber zu wenig in Betracht gezogen, dass der Wechsel der Wohnsituation für viele Betroffenen einen mit Unsicherheit und Gefühlen der Überlastung verbundenen Einschnitt in die vertraute Lebensführung bedeutete und der Zeitpunkt für die Frage nach einer Studienteilnahme daher denkbar ungünstig lag. Dies können wir aus den Rückmeldungen einiger Teilnehmender bzw. unserer Ansprechpartner in den Teams schließen.

Die 102 Personen, die der Teilnahme letztlich zustimmten, sind zu einem Großteil Neu- bzw. Wiedereinsteigerinnen und -einsteiger in unterstützte Wohnformen. Menschen, die in stationären Wohnformen leben, sind mit einem Anteil von nur 15% deutlich unterrepräsentiert, wenn man davon ausgeht, dass in Baden-Württemberg etwa ein Drittel der Leistungsberechtigten im Bereich der Eingliederungshilfe zum Wohnen in stationären Wohnformen lebt (KVJS 2019). Dies könnte damit zusammen hängen, dass im entsprechenden Zeitraum möglicherweise weniger Menschen in stationäre Wohnformen vermittelt wurden, die hätten angesprochen werden können, oder auch dass diese Personen aus verschiedenen Gründen (kein Erfüllen der Teilnahmekriterien oder Ablehnung der Studie) nicht für die Studie in Frage kamen oder erreicht werden konnten.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben meistens die Hauptdiagnosen einer affektiven Störung oder einer schizophrenen Erkrankung. Mehrfachdiagnosen und zusätzliche somatische Erkrankungen sind häufig. Viele waren im Jahr vor der Befragung in stationärer bzw. teilstationärer Behandlung gewesen.

Im Vergleich zur Normalbevölkerung sind die Teilnehmenden funktional deutlich eingeschränkt. Am stärksten betroffen sind die Bereiche sozialer Rückzug und soziale Aktivitäten. Ein vorrangiges Problem der Befragten ist außerdem die große psychische Belastung, insbesondere Anspannung, Sorgen, Dünnhäutigkeit und Antriebslosigkeit. Sie erleben ihre seelischen wie auch körperlichen Probleme als deutlich einschränkend für ihre Teilhabechancen, als Beeinträchtigung ihrer Lebensqualität und nicht selten als Bereiche mit ungedecktem Unterstützungsbedarf. Außerdem gibt ein großer Anteil der Betroffenen an, ernste Probleme mit Partnerschaften und Beziehungen zu haben. Unterstrichen werden diese Befunde durch die Beurteilung von Gesundheit und Funktionsniveau der Bezugsmitarbeitenden. Auch sie sehen die häufigsten Probleme ihrer Klientinnen und Klienten in psychischer Anspannung, gedrückter Stimmung, Ausübung von Alltagsaktivitäten, Beziehungen und körperlichen Problemen.

Die Wohnsituation selbst wird von den Betroffenen zwar als ein wichtiger Bereich betrachtet, in dem Unterstützung benötigt wird. Bis auf wenige Personen empfinden die Betroffenen die geleistete Unterstützung als ausreichend und sind mit ihrer jetzigen Wohnform zufrieden. Selbst von denjenigen, die angaben, nicht selbst über die jetzige Wohnform entschieden zu haben, sind fast alle zumindest teilweise zufrieden.



Was die Zukunftsperspektiven anbelangt, sehen die Befragten ihre Aussichten sowohl in Hinblick auf das Wohnen als auch auf die Beschäftigungssituation mit erheblich mehr Optimismus als ihre Bezugspersonen. Doch auch die Bezugspersonen prognostizieren bei einem nicht geringen Teil ihrer Klientel, in zwei bis drei Jahren wieder selbständig zu leben und (zumindest stundenweise) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt tätig zu sein oder einer Ausbildung nachzugehen.

Generell ist darauf hinzuweisen, dass diese ersten Ergebnisse zwar die Menschen charakterisieren, die an der Studie WieWohnen-BW teilnehmen. Diese Daten dienen jedoch in erster Linie zur Erfassung des Ausgangsniveaus für den eigentlichen Studienzweck, nämlich der Feststellung möglicher Veränderungen von Funktionsniveau, Teilhabe und Beschwerden im Laufe des unterstützten Wohnens.

Zum jetzigen Zeitpunkt ist die erste Nachbefragungswelle (6-Monats-Katamnese) fast vollständig abgeschlossen. Bisher gingen der Studie 9 Personen aus verschiedenen Gründen verloren (Todesfall, unbekannt verzogen, Rückzug der Teilnahme). Somit ist von einer wirklich guten Wiedergewinnungsrate von über 90% auszugehen. Die zweite Nachbefragungswelle läuft noch bis November 2019.



4 Fazit des bisherigen Studienverlaufs und Ausblick

Die Datenerhebung und Auswertung der bereits erhobenen Daten ist in vollem Gange. Zu Teilprojekt 3 (Kohortenstudie) liegt eine erste Beschreibung der Stichprobencharakteristika vor, die bereits im Februar 2019 auf einem Projekttreffen beim KVJS mit Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Stadt- und Landkreise sowie weiteren Akteuren vorgestellt wurde.

Auf dem Weg von der Konzeption bis zur Durchführung der Studie mussten verschiedene Hürden genommen werden. Die meisten Anpassungen wurden angesichts der aufwändigen Rekrutierung und der anhaltend geringen Zahl an Neuzugängen in die Studie bei Teilprojekt 3 (Kohortenstudie) vorgenommen: Die Rekrutierungswege und der Kreis der Ansprechpartnerinnen und -partner zur Vermittlung von Kontakten wurde entsprechend den regionalen Strukturen erweitert. Der Rekrutierungszeitraum wurde von einem Jahr auf anderthalb Jahre verlängert, d.h. bis November 2018. Dies bedeutet nun, dass sich das Intervall zwischen erster und zweiter Nachbefragung bei den zuletzt rekrutierten Personen entsprechend verkürzt, um das Projekt fristgerecht abzuschließen. Einige Teilnehmerinnen und Teilnehmer werden also nur insgesamt ein Jahr in der Studie sein. Dennoch war es wichtig, zugunsten einer besseren Aussagekraft der Studie möglichst viele Personen in die Studie einschließen zu können. Mit diesen Maßnahmen konnten wir am Ende immerhin über 100 Personen für die Teilnahme am Forschungsprojekt gewinnen. Der mögliche Einfluss des kürzeren Follow-Up-Intervalls bei einem Teil der Stichprobe muss dann mit statistischen Methoden kontrolliert werden.

38

Umso erfreulicher ist die gute Qualität und Vollständigkeit der Daten. Auch zeichnet sich eine hohe Beteiligung bei den Nachbefragungen ab. Bisher gingen der Studie nur wenige Personen verloren. Gelegentlich meldeten sich Teilnehmerinnen oder Teilnehmer sogar von sich aus beim Studienteam, wenn der Katamnesetermin anstand. Dies zeigt uns, dass es möglich ist, auch zeitlich und inhaltlich aufwändige Befragungen mit Fragebögen so zu gestalten, dass es für die Beteiligten nicht zu abschreckend ist. Allerdings müssen wir bei der Stichprobe davon ausgehen, dass wir einen bestimmten Personenkreis nicht für die Studie gewinnen konnten oder überhaupt erreicht haben. Darauf weist z.B. der geringe Anteil von Teilnehmenden aus stationären Wohnformen hin. Und natürlich erfordert es ein gewisses Maß an kommunikativen und kognitiven Fähigkeiten, Vertrauen und Belastbarkeit, sich über eine Stunde lang von einer fremden Person befragen zu lassen. Über die am stärksten eingeschränkten und belasteten Personen, die möglicherweise auf ganz spezifische Weise von unterstützten Wohnformen profitieren, werden wir mit unserer Untersuchung vermutlich keine Aussagen treffen können. Mithilfe von Teilprojekt 1 (Charakterisierung der Angebote und ihrer Nutzerinnen und Nutzer in den vier Stadt- und Landkreisen) können aber gegebenenfalls weitere Informationen dazu erschlossen werden, was Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende voneinander unterscheidet. Über die Teilnehmenden selbst lässt sich sagen, dass sie sich beim Einstieg in die neue Unterstützungsform durch ihre Symptomatik deutlich belastet fühlen und Einschränkungen in Aktivitäten und Teilhabe aufweisen, wie sie für eine chronisch erkrankte klinische Stichprobe typisch sind. Umso erfreulicher ist es, dass Probleme mit der Wohnsituation und mit dem Bezug sozialer Leistungen durch die Unterstützung im Wohnen in der Regel behoben werden, so dass nur wenige dauerhafte Schwierigkeiten in diesen Bereichen angeben.

Teilprojekt 1 (Charakterisierung der Nutzerinnen und Nutzer) wurde in den vergangenen Monaten zurückgestellt, um uns verstärkt der qualitativen Analyse der Experteninterviews aus Teilprojekt 2 zu widmen. Diese hat sich zu einem umfangreichen Unterfangen entwickelt, verspricht aber bereits jetzt interessante Ergebnisse. Es ist schwer, mitten in der Analyse bereits Aussagen über irgendwelche Trends zu treffen. Es zeichnet sich jedoch seit Beginn ab, dass neben den eigentlichen Strukturen und Prozessen in den Wohnangeboten die Rahmenbedingungen der Unterstützungsleistung einen bedeutenden Stellenwert für das Gelingen der Hilfe zugunsten einer Stärkung von Teilhabe haben. Bereits während der Interviews wurde klar, dass den Gesprächspartnerinnen und -partnern aus allen drei vertretenen Perspektiven immer auch wichtig erscheint, über den Kontext zu sprechen, in dem sich die Unterstützung vollzieht. Ein Beispiel hierfür ist das regelmäßige Thematisieren von Wohnraumknappheit. Ob nun Betroffene, Sozialarbeiter bei einem Leistungserbringer oder Mitarbeitende im Fallmanagement, sie alle erleben den Mangel an Wohnraum als einen Faktor, der ihre Handlungsspielräume massiv einschränkt und sich auf ihren (Berufs-)Alltag auswirkt. Gerade weil solche Aspekte für unsere Interviewpartnerinnen und -partner ganz offensichtlich eine hohe Relevanz besitzen, halten wir es für essentiell, sie ebenfalls zu erfassen und in die Auswertung mit einzubeziehen. Unser zunächst induktives, d.h. textgeleitetes Vorgehen erlaubt es, neben Merkmalen der Wohnunterstützung auch diese Kontextfaktoren zu identifizieren und in weiteren Schritten mit den anderen Faktoren in Beziehung zu setzen.

39

Mit unseren Partnerprojekten in Nordrhein-Westfalen, Mecklenburg-Vorpommern und in der Schweiz pflegen wir einen regelmäßigen Austausch. Die Kohortenstudie ist aufgrund des gemeinsam konzipierten Designs speziell darauf zugeschnitten, die Datensätze nach Abschluss und Auswertung der Studien an allen Standorten in anonymisierter Form miteinander zu kombinieren. Damit kann bei weiteren Auswertungen auf einen großen Datensatz zurückgegriffen und die Aussagekraft vergrößert werden. Wie bereits eingangs erwähnt, entspricht unser Forschungsdesign nicht dem Gold-Standard, was im Bereich der Forschung zum unterstützten Wohnen tatsächlich kaum zu erreichen ist. Dennoch ist dieses Forschungsprojekt im deutschen Raum alleine schon aufgrund der Menge der Daten und der Vielseitigkeit der erhobenen Aspekte und der Methodenvielfalt ein wichtiger Schritt, auf systematische Weise herauszufinden, was unterstützte Wohnformen bei den Betroffenen bewirken und was diese Wirkung ausmacht.



Literaturverzeichnis

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

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

Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaité L, van Wijngaarden B (2000). Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory--European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *Brit J Psychiat Suppl.* 39: s28-33

DGPPN/Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2013). S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Berlin: Springer

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Roick C, Kilian R, Matschinger H, Bernert S, Mory C, Angermeyer MC (2001). Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. Ein Instrument zur Erfassung psychiatrischer Versorgungskosten German Adaptation of the Client



Sociodemographic and Service Receipt Inventory - An Instrument for the Cost of Mental Health Care. Psychiat Prax 28: 84-90

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

Speck A, Steinhart I (Hrsg.) (2018). Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH

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



Anhang: Übersichtstabellen zum Stand der Teilnahme im Mai 2019



Teilprojekt 2: Experteninterviews zum Thema „Was wirkt beim unterstützten Wohnen?“

Anzahl interviewter Expertinnen und Experten nach Perspektive sowie nach Stadt- und Landkreis

	Ravensburg	Bodenseekreis	Heidelberg	Rhein-Neckar-Kreis	Gesamt
Klientinnen und Klienten	7	5	2	8	22
Mitarbeitende betreuender Einrichtungen	9	3	2	8	22
Mitarbeitende in Fallmanagement bzw. Sozialplanung	5	4	6	3	18
Gesamt (Endstand)	21	12	10	19	62



Teilprojekt 3: Kohortenstudie zum Thema „Wie wirksam ist unterstütztes Wohnen?“

Anzahl der Teilnehmenden in Teilprojekt 3

Anzahl Teilnehmende	Ravensburg	Bodenseekreis	Heidelberg	Rhein-Neckar-Kreis	Gesamt
30.11.18 (Endstand)	30	18	18	36	102