

Intervention Wohnen bei Menschen mit der Diagnose chronische Schizophrenie Betroffene werden befragt

**Empirische Studie. „Betreutes Wohnen im Heim“ versus „Betreutes
Wohnen in einer Gastfamilie“.
Die wahrgenommene subjektive Lebensqualität von Betroffenen im
Vergleich.**

Eingereicht am:

01. Juli 2016

Eingereicht an:

**Prof. Dr. rer. soc.
Peter Sommerfeld**

Verfasst von:

Alessandra Lolli

Matrikelnummer:

12-265-278

Abstract

Der Begriff *Lebenswelt* ist in der Sozialen Arbeit ebenso im Diskurs wie die geforderte Orientierung an dieser Lebenswelt. Selbstbestimmung, Autonomie Teilhabe und Partizipation zu schaffen, sind damit die Kernherausforderungen der Sozialen Arbeit.

Im hier betrachteten Kontext gilt es dabei zu versuchen, die gegebenenfalls vorhandenen Grenzen des Lebensraumes von chronisch schizophrenen Menschen zu akzeptieren und durch den Einbezug ihrer wahrgenommenen subjektiven Lebensqualität die Angebote anzupassen und zu optimieren.

Im ersten Teil werden die relevantesten Begrifflichkeiten erörtert sowie ihre Hintergründe dargestellt, welche für die Arbeit relevant sind. Die Lebensweltorientierung nach Thiersch wird als handlungsleitende Professionstheorie angesehen und daher ebenfalls vorgestellt. Die Bedeutung der Intervention Wohnen für chronisch schizophrene Menschen soll daran anschliessend dargelegt werden. Die subjektive Lebensqualität der Betroffenen muss dementsprechend mit einbezogen werden, sodass ein Vergleich zwischen der empfundenen Lebensqualität bei den Konzepten „Betreutes Wohnen im Heim“ und „Betreutes Wohnen in einer Gastfamilie“ erarbeitet wird.

So konnte festgestellt werden, dass im Konzept „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ die Betroffenen ihre subjektive Lebensqualität als besser empfinden. In dieser Wohnform konnten sich Züge der Lebensweltorientierung etablieren.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Persönliche Hinführung zum Thema.....	1
1.2	Relevanz für die Soziale Arbeit.....	2
1.3	Fragestellung	5
1.3.1	Unterfragestellungen	5
2	Beschreibung des methodischen Aufbaus der Arbeit	5
3	Begriffserklärung	7
3.1	Psychische Störungen.....	7
3.2	Menschen mit der Diagnose „chronische Schizophrenie“	7
3.3	Psychiatrische Versorgung	7
3.4	Betreutes Wohnen im Heim.....	8
3.5	Betreutes Wohnen in Gastfamilien	8
3.6	Subjektive Lebensqualität.....	9
4	Psychische Krankheiten.....	9
4.1	Schizophrenie	10
4.1.1	Psychopathologie	11
4.1.2	Epidemiologie	12
4.1.3	Diagnose der Schizophrenie	12
4.1.4	Therapiemöglichkeiten	14
5	Lebensweltorientierung.....	16
5.1	Traditionslinien als theoretischer Hintergrund.....	18
5.2	Strukturmaxime	19
5.3	Dimensionen	19
6	Psychiatrische Versorgung	20
6.1	Historischer Kontext	20
6.2	Die Psychiatriereform	22
6.3	Aktuelle Ansätze der psychiatrischen Versorgung.....	23
6.3.1	Gemeindenahе Versorgung	23
6.3.2	Integrierte Versorgung.....	24
6.4	Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Schweiz	24
7	Wohnen für chronisch schizophrene Menschen	26
7.1	Soziale Arbeit und die Intervention Wohnen	28

7.2	Betreutes Wohnen in Gastfamilien für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie	29
7.2.1	Ursprung	29
7.2.2	Heute	29
7.3	Betreutes Wohnen im Heim für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie.	31
8	Lebensqualität.....	33
9	Studie.....	36
9.1	Auswahl des Befragungsinstruments.....	36
9.2	Aufbau des Befragungsinstruments.....	37
9.3	Methodisches Vorgehen.....	37
9.4	Zielgruppe	38
9.5	Untersuchungsergebnisse	39
9.5.1	Soziodemographische Daten aus dem Fragebogen WHOQOL-BREF.....	39
9.5.2	Auswertung Fragebogen WHOQOL-BREF	40
9.5.3	Zusammenfassung	48
9.5.4	Erklärungsversuche	49
10	Schlussfolgerungen.....	53
10.1	Unterfragestellungen	53
10.2	Fragestellung	55
10.3	Fazit und Ausblick	56
10.4	Persönliches Fazit	57
	Quellenverzeichnis	59
10.5	Zeitschriftenartikel	62
10.6	Unveröffentlichte Publikationen	62
10.7	Internetquellen	62
11	Anhang.....	63
11.1	Überblick Anpassungen des Fragebogens	63
11.2	Fragebogen.....	65
11.3	Gesamtüberblick „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“.....	71
11.4	Kennzahlen „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“	74
11.5	Gesamtüberblick „Betreutes Wohnen im Heim“	76
11.6	Kennzahlen „Betreutes Wohnen im Heim“	79
11.7	Gesamtauswertung Befragungsinstrument.....	81
12	Ehrenwörtliche Erklärung.....	84

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1. und 2.: Auswertung allgemeine Zufriedenheit Wohnsituation	39
Abb. 3. und 4.: Auswertung Bewertung Lebensqualität	40
Abb. 5. und 6.: Auswertung Erfreulichkeit am Leben	41
Abb. 7. und 8.: Auswertung Konzentration	41
Abb. 9. und 10.: Auswertung Gesundheit Umfeld	42
Abb. 11. und 12.: Auswertung erfahrene Akzeptanz durch Andere	42
Abb. 13. und 14.: Auswertung Geld	43
Abb. 15. und 16.: Auswertung Zugänglichkeit Informationen	44
Abb. 17. und 18.: Auswertung Zufriedenheit Zusammenleben	44
Abb. 19. und 20.: Auswertung Zufriedenheit Alltagsgestaltung	45
Abb. 21. und 22.: Auswertung Zufriedenheit mit sich selbst	45
Abb. 23. und 24.: Auswertung Zufriedenheit Wohnraum	46
Abb. 25. und 26.: Auswertung Zufriedenheit äusserliches Erscheinungsbild	46
Abb. 27. und 28.: Auswertung Umfrage Zugänge medizinische Versorgung	47
Abb. 29. und 30.: Auswertung Zufriedenheit Privatsphäre	47
Abb. 31. und 32.: Auswertung Zufriedenheit weiterhin in dieser Wohnform zu leben	48

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Gesamtüberblick „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“	73
Tab. 2: Kennzahlen „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“	75
Tab. 3: Gesamtüberblick „Betreutes Wohnen im Heim“	78
Tab. 4: Kennzahlen „Betreutes Wohnen im Heim“	80
Tab. 5: Gesamtauswertung Befragungsinstrument	83

1 Einleitung

1.1 Persönliche Hinführung zum Thema

Das Studium an der Fachhochschule Nordwestschweiz, Hochschule für Soziale Arbeit, habe ich wegen meines Wunsches, mit Menschen zusammen zu arbeiten, begonnen. Ich habe vorgängig die Lehre als Fachangestellte Gesundheit in der Langzeitpflege absolviert und kam bereits damals mit verschiedenen Geschichten, Biographien, Charakteren und Menschen zusammen. Die Faszination an der Arbeit mit Menschen hatte mich vom ersten Tag an 'gepackt' und bis heute hat sie mich nicht verlassen.

Ich betrachtete es als mein Ziel, dieses Studium zur Professionellen der Sozialen Arbeit als Chance zu sehen, an den unterschiedlichsten Geschichten von Menschen teilhaben und diese vielleicht sogar mit ihnen gemeinsam beeinflussen zu können.

Mir schien es infolge meines Interesses an der Psyche des Menschen am sinnvollsten, meine Ausbildungsstelle parallel zum studienbegleitenden Studiengang an der Fachhochschule Nordwestschweiz in einer psychiatrischen Klinik zu absolvieren.

Wie es der Zufall so wollte, erhielt ich einen vierjährigen Vertrag als Sozialarbeiterin in Ausbildung bei der Psychiatrischen Familienpflege der Universitätsklinik für Psychiatrie der Universitären Psychiatrischen Dienste (UPD) Bern.

Ich lernte während dieser Anstellung viele verschiedene Krankheitsbilder kennen und eine mir vorher unbekanntes Wohnform für Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Das betreute Wohnen in einem Heim war mir durch frühere Tätigkeiten bekannt, jedoch das betreute Wohnen in einer Gastfamilie nicht.

Ich habe viele positive Eigenschaften an dieser Form des betreuten Wohnens gesehen und die 'Normalitätsnähe', welche dadurch Menschen gegeben wird, die oftmals einer Stigmatisierung ausgesetzt sind, als sehr positiv erfahren.

Diese positiv wahrgenommene Resonanz, welche ich durch die betroffenen Menschen erfahren durfte, hat mich motiviert, die zwei unterschiedlichen Wohnformen „Wohnen im Heim“ und „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ zu vergleichen.

Um bei der Alltagsnähe zu bleiben, habe ich mich dafür entschieden, diejenigen Menschen mit einzubeziehen, welche direkt von der Intervention Wohnen betroffen sind. Ich habe daher den Entschluss gefasst, eine empirische Arbeit zu erstellen. Um einen Vergleich herstellen zu können, habe ich mich entschlossen, die wahrgenommene subjektive Lebensqualität von jenen Menschen zu ermitteln, welche in einer der beiden Wohnformen leben.

Da mir in meiner Tätigkeit am häufigsten Menschen mit der Diagnose einer chronischen Schizophrenie begegnet sind, habe ich beschlossen, für die vorliegende Arbeit die Zielgruppe auf Menschen mit einer chronischen Schizophrenie einzugrenzen.

1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit

Psychisch erkrankte Menschen werden oftmals als Randgruppe angesehen, denn sie entsprechen oftmals nicht der Norm der Gesellschaft und können häufig nicht am normalen Alltagsgeschehen wie Arbeiten, Wohnen, Freizeit usw. partizipieren. Sie sind in ihrem Krankheitsverlauf meist nicht befähigt, ihren Alltag selbstständig zu bewältigen und alltägliche Herausforderungen zu meistern. Sie sind vermehrt auf Hilfestellung Professioneller angewiesen, um in schwierigen und belastenden oder unerwarteten Situationen sowie in ihrem Symptomerleben nicht eine Destabilisierung des psychosozialen Gleichgewichtes zu erleben.

Um der Stigmatisierung entgegenzuwirken und Menschen mit einer psychischen Erkrankung in ihrem Alltag zu unterstützen, bieten sich verschiedene Hilfssysteme an. Ein Medium für die Unterstützung in der Lebensführung eines Menschen mit einer psychischen Erkrankung ist die Soziale Arbeit.

Böhnisch und Lösch (1973: 22) beschreiben, dass historisch betrachtet die Sozialarbeit das Produkt eines gesellschaftlichen Prozesses der sozialen „Verfügbarmachung“ als Kontroll- und Disziplinierungsinstitution unterprivilegierter gesellschaftlicher Gruppen sei.

Heute hat sich das Verständnis der Sozialen Arbeit komplett geändert.

Aus professionstheoretischen Gründen wie auch mit Blick auf die Versorgung psychisch erkrankter Menschen ist in der Psychiatrie die Berufsgruppe der Professionellen der Sozialen Arbeit nicht mehr wegzudenken. Die Berufsgruppen der Psychiatrie können laut Becker et al. (2008: 17) auf eine lange Tradition ihrer klinischen Arbeit zurückblicken, weshalb die Etablierung der sozialen Arbeit in der Psychiatrie noch etwas hinkt.

So ist die ärztlich-therapeutische Tradition mit der Geschichte des medizinischen Faches Psychiatrie für die Pflegeberufe mit der Entwicklung der psychiatrischen Krankenpflege als Subdisziplin verbunden. Zum anderen ist die therapeutische Grundorientierung (das therapeutische Paradigma) in der Psychiatrie immer auch ein fachübergreifendes Phänomen, das Berufsgruppen-Grenzen überschreitet und die gemeinsamen Grundvorstellungen einer therapeutischen Kultur reflektiert. (Becker et al. 2008: 17)

Das Setting respektive das therapeutische Milieu, also Räumlichkeiten, involvierte Personen, Professionelle, Organisationsformen und so weiter, in dem sich psychisch erkrankte Menschen befinden, ist zentral für die psychiatrische Behandlung. Dieses Setting ist daher berufsübergreifend als wichtig anzusehen.

Die Soziale Arbeit hat eigene Methoden und Ansätze in der therapeutischen Arbeit mit psychisch kranken Menschen entwickelt.

Gemäss Grundwald und Thiersch (2004: 14) kann die Soziale Arbeit durch ihre institutionellen, rechtlichen und professionellen Ressourcen Menschen in ihrer Gestaltung des eigenen Lebens durch Anwendung ihrer meist verstellten oder unterdrückten Kompetenzen unterstützen und fördern.

Mit der Deinstitutionalisierung steigt der Bedarf an Professionalität der Sozialen Arbeit wie auch der Zuwachs an verschiedenen Angeboten für die psychiatrische Versorgungslage für Menschen mit einer psychischen Erkrankung.

Die internationale Definition der International Federation of Social Workers IFSW, welche im Jahr 2000 überarbeitet und von Molderings (2000) in die deutsche Sprache übersetzt wurde, zeigt den daraus resultierenden Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit auf.

Soziale Arbeit als Beruf fördert den sozialen Wandel und die Lösung von Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen und sie befähigt die Menschen, in freier Entscheidung ihr Leben besser zu gestalten. Gestützt auf wissenschaftliche Erkenntnisse über menschliches Verhalten und soziale Systeme greift soziale Arbeit dort ein, wo Menschen mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Grundlagen der Sozialen Arbeit sind die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit. (Molderings 2000: 1)

Menschen mit der Diagnose "chronische Schizophrenie" leben meist in einer betreuten Wohnform, sei diese ambulant, teilstationär oder stationär.

Aus der Definition der International Federation of Social Workers IFSW (2000) kann entnommen werden, dass die Soziale Arbeit dafür zuständig ist, Menschen in ihrer freien Entscheidung, ihr Leben (besser) gestalten zu können, zu unterstützen.

Auch in der Intervention des Wohnens muss dieser Leitgedanke übernommen und angewendet werden. Es stellt sich daher die Frage, wie stark chronisch schizophrene Menschen, welche in einem betreuten Setting wohnen, selbstbestimmt und autonom über ihren Alltag entscheiden können.

In der Schweiz dominiert nach wie vor die Versorgung psychisch kranker Menschen in einer stationären Versorgung. Becker et al. (2008) zeigen verschiedene Modelle der psychiatrischen Versorgung auf. Nach verschiedenen Reformbewegungen seit den 1960er Jahren, dem Einbezug verschiedener Berufsgruppen und dem Leitgedanken ‚weg von der Grossinstitution hin zur wohnortsnahen und klientenorientierten Hilfe‘ zu kommen, kommen Becker et al. (2008) trotzdem zum Schluss, dass weiterhin die Gefahr besteht, dass in der Schweiz "(...) bei der Psychiatrieplanung vor allem auf die Versorgung im stationären Bereich fokussiert wird,

wodurch der sozial- und gemeindepsychiatrische Versorgungsbereich nur beschränkt in die Planungsüberlegungen mit einbezogen wird." (ebd.: 63-64)

Die psychiatrische Versorgung bleibt damit weiterhin primär krankenzentriert, dadurch wird dem Kriterium der Patientenorientierung nicht Rechnung getragen (vgl. ebd.: 64).

Durch das betreute Wohnen in Gastfamilien (auch *Psychiatrische Familienpflege* genannt) werden die psychosozialen Betreuungsansätze der Normalisierung und der Selbstentfaltung in alltagsweltlichen Lebensbedingungen verwirklicht (vgl. Schönberger/Stotz 2003: 6).

Das betreute Wohnen in Gastfamilien stellt damit eine Alternative zur stationären Versorgung für psychisch erkrankte Menschen dar. Laut J. Becker (2011: 267) ist das betreute Wohnen in Gastfamilien keine Alternative zum ambulant betreuten Wohnen, sondern eine Alternative zur Institution, zum Wohnen im Heim. Gemäss Schmidt-Michel (2007: 180) waren in allen europäischen und amerikanischen Familienpflege-Einrichtungen chronisch schizophrene Menschen das ‚historische Kernklientel‘ des betreuten Wohnens in einer Gastfamilie.

Wenn das neue bio-psycho-soziale Krankheitsverständnis beachtet wird, scheint die soziale Dimension in der Psychiatrie anerkannt zu sein. Dies ist somit ebenfalls ein Grundstein, um die Soziale Arbeit im Arbeitsbereich der Psychiatrie zu legitimieren.

Aus Sicht der Sozialen Arbeit ist der Einbezug der sozialen Dimension im psychiatrischen Hilfeprozess also unabdingbar, dies bedeutet jedoch unter anderem, dass im Zusammenhang mit der Versorgung von psychisch erkrankten Menschen die Gewährleistung einer möglichst qualitativ hochwertigen Versorgung notwendig ist.

Um, unter anderem, die psychische Gesundheit zu erhalten oder wiederherzustellen, ist der Einbezug und die Rücksichtnahme auf die subjektiv wahrgenommene Lebensqualität der Betroffenen unumgänglich.

Laut Hinterhuber (1994: 33) rückte die Lebensqualität psychisch Kranker erst mit der Psychiatriereform und durch psychosoziale, pharmako- und psychotherapeutische Betreuungsprogramme ins Zentrum der Aufmerksamkeit. Hinterhuber erwähnt, dass die Lebensqualitätsforschung für psychisch Kranke trotz der Tatsache, dass das wichtigste Kriterium für die Beurteilung der Dienstleistungen die erlebte Qualität des Patienten gelebten Lebens sein müsste, wenig entwickelt sei.

1.3 Fragestellung

Die im Kapitel 1.1 genannten persönlichen Interessen an der Frage nach der subjektiv wahrgenommenen Lebensqualität von chronisch schizophrenen Menschen in den Wohnformen „Betreutes Wohnen im Heim“ und dem „Betreuten Wohnen bei Gastfamilien“ und die im Kapitel 1.2 erörterte Relevanz für die Soziale Arbeit ergaben die Hauptfragestellung dieser Bachelor Thesis:

Kann das betreute Wohnen in Gastfamilien, im Gegensatz zum betreuten Wohnen im Heim, eine höhere subjektiv wahrgenommene Lebensqualität für chronisch schizophrene Menschen gewährleisten?

1.3.1 Unterfragestellungen

Die Fragestellung dieser Bachelor Thesis soll mit Hilfe folgender Unterfragestellungen beantwortet werden:

- 1. Inwiefern konnte sich die handlungsleitende Professionstheorie nach Hans Thiersch (1986) in den beiden Wohnformen „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ sowie im „Betreuten Wohnen im Heim“ etablieren?*
- 2. Welche signifikanten Unterschiede bestehen in der Beurteilung der subjektiven Lebensqualität für chronisch schizophrene Menschen zwischen den Wohnformen „Betreutes Wohnen im Heim“ und „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“?*

2 Beschreibung des methodischen Aufbaus der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird von der Hypothese ausgegangen, dass sich die Lebensweltorientierung nach Thiersch (1986) vermehrt in der Wohnform „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ etablieren konnte und weniger in der Wohnform „Wohnen im Heim“.

Somit besteht die Schlussfolgerung, dass das betreute Wohnen in Gastfamilien eine höhere subjektive Lebensqualität für Menschen mit der Diagnose „chronische Schizophrenie“ bieten sollte als das Wohnen im Heim

In dieser Arbeit soll nach einer theoretischen Einführung in die verschiedenen Thematiken die wahrgenommene subjektive Lebensqualität von Menschen mit der Diagnose „chronische Schizophrenie“ in den zwei verschiedenen Wohnformen „Betreutes Wohnen in einer Gastfamilie“ sowie „Betreutes Wohnen im Heim“ anhand einer quantitativen Umfrage verglichen werden.

Die vorliegende Bachelor Thesis ist dafür in 10 Kapitel gegliedert. Nach der Einleitung, welche das persönliche Interesse an der Thematik sowie die Relevanz für die Soziale Arbeit aufzeigen soll, wird in Kapitel drei eine Begriffserklärung vorgenommen.

Danach wird in Kapitel vier eine Wissensgrundlage zu der Erkrankung Schizophrenie geschaffen. Im Kapitel 4.1.4.3 „Psychosoziale Therapie“ wird ersichtlich, dass eine „(...) klare Trennung soziotherapeutischer Interventionen von der Gestaltung des psychiatrischen Versorgungssystems nicht möglich ist“ (Kösters/Becker 2013: 120), was die Wichtigkeit des psychiatrischen Versorgungssystems aufzeigt.

Im fünften Kapitel wird die handlungsleitende Professionstheorie der Lebensweltorientierung behandelt.

In Kapitel sechs wird nach einem historischen Rückblick die aktuelle psychiatrische Versorgungslage verdeutlicht.

Die Bedeutung der Intervention Wohnen für Menschen mit der Diagnose „chronische Schizophrenie“ wird in Kapitel sieben erörtert wie auch die verschiedenen Wohnformen „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ und „Betreutes Wohnen im Heim“.

Das achte Kapitel befasst sich sowohl mit der subjektiven Lebensqualität als auch deren Bedeutung für Menschen mit der Diagnose „chronische Schizophrenie“.

Um die Fragestellung dieser Arbeit beantworten zu können, wurde eine quantitative Umfrage durchgeführt, die in Kapitel neun ausgewertet wird. Erklärungsversuche für die signifikanten Unterschiede, die bei der Beantwortung der Umfrage seitens der Menschen mit einer chronischen Schizophrenie in beiden Wohnformen beobachtet wurden, werden in diesem Kontext ebenfalls vorgestellt.

Zuletzt wird die Beantwortung der Fragestellung in Kapitel 10 vorgenommen sowie das Fazit und einen Ausblick und offenen Fragen präsentiert. Mit einem persönlichen Fazit der Verfasserin wird die Arbeit abgeschlossen.

3 Begriffserklärung

3.1 Psychische Störungen

Zeitgenössische Termini wie Irresein, Irrenarzt, Irrenanstalten klingen heute diffamierend, ebenso ist es nicht mehr üblich, von Geisteskranken zu sprechen. Krankenhäuser für Kranke sind heute in "Zentren für Psychiatrie" mit einem differenzierten Versorgungsangebot eingebunden. (Brink 2010: 15)

Schon seit dem Altertum sind schizophrene Psychosen bekannt, sie wurden jedoch mit Termini wie *Wahnsinn*, *Verrücktheit*, oder *Geisteskrankheit* belegt.

Im historischen Kontext wird in dieser Arbeit von Begrifflichkeiten wie *Irre*, *Irrenanstalt* oder *Verrücktheit* Gebrauch gemacht, diese sollen jedoch keinesfalls als abschätzend betrachtet werden, sondern lediglich die in der Vergangenheit verwendete Sprache wiedergeben. Ansonsten wird in dieser Arbeit der Begriff *psychische Störung* verwendet.

Um Betroffene zu beschreiben werden die Formulierungen „Menschen mit einer psychischen Erkrankung“ oder „Menschen mit einer psychischen Beeinträchtigung“ sowie „psychisch erkrankte Menschen“ gebraucht.

3.2 Menschen mit der Diagnose „chronische Schizophrenie“

Erst 1911 wurde der Begriff "Schizophrenie" vom Zürcher Psychiater Eugen Bleuler eingeführt (vgl. Hell et al. 2007: 99).

Um eine umständliche Formulierung zu umgehen, wird in dieser Arbeit der Begriff „chronisch schizophrene Menschen“ oder „Menschen mit der Diagnose 'chronische Schizophrenie'“ verwendet. Diese Begriffe sollen diejenigen Betroffene beschreiben, welche sich in der stabilen Phase der Schizophrenie befinden. Das heisst, sie beziehen sich auf jenen Zeitraum, in welchem eine rasche Änderung der Symptomatik nicht mehr zu erwarten ist (vgl. Klingberg et al. 2012: 112).

3.3 Psychiatrische Versorgung

Psychiatrische Versorgung meint die „institutionellen Strukturen sowie die Quantität und Qualität der Leistungsangebote im psychiatrischen Bereich, mit denen dem Hilfebedarf von Menschen mit psychischen und psychosozialen Störungen professionell begegnet wird“. (Baer/Cahn: 2005, zit. nach Kuhl 2008: 14)

3.4 Betreutes Wohnen im Heim

Der Begriff „Betreutes Wohnen im Heim“ soll in dieser Arbeit nicht den Langzeitbereich in der psychiatrischen Klinik ersetzen, da dieser weitestgehend abgebaut ist. „Betreutes Wohnen im Heim“ soll diejenigen Heime beschreiben, welche aus dem Abbau des Langzeitbereiches der psychiatrischen Kliniken nach der Psychiatriereform für psychisch erkrankte Menschen als Ersatz entstanden sind. Gleichbedeutend wird der Begriff „Wohnen im Heim“ verwendet werden, da die Betreuung in jedem Heim gewährleistet ist und diese nicht explizit erwähnt werden muss.

3.5 Betreutes Wohnen in Gastfamilien

Melichar et al. (2002: 23) beschliessen, Gebrauch vom Begriff der „Familienpflege“ zu machen, jedoch besagen sie, dass dieser Begriff ein Pflegeverhältnis suggeriert, welches überwiegend gar nicht vorliegt.

2005 beschloss der Fachausschuss Familienpflege der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie (DGSP), den Leistungstyp "Familienpflege" in "Betreutes Wohnen in Familien/Psychiatrische Familienpflege für Menschen mit geistiger Behinderung" umzubenennen und die Abkürzung BWF zu verwenden. Diese Titulierung ist durchaus kritisch zu betrachten, da sowohl die historischen Wurzeln der Psychiatrischen Familienpflege verlassen werden, als auch der Kernbegriff dieser Betreuungsform "Gastfamilie" (ursprünglich Fremdfamilienpflege) aufgegeben wird. (Schmidt-Michel 2007: 175-176)

Da in der Literatur die Formulierungen „Betreutes Wohnen in Gastfamilien/Familien“ sowie „Psychiatrische Familienpflege“ verwendet werden und für diese Bachelor Thesis der Begriff der „geistigen Behinderung“, wie die DGSP sie beschreibt, nicht gebraucht wird, wird weiter mit der Bezeichnung „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ gearbeitet. Da sich die vorliegende Arbeit auf Menschen mit einer psychischen Erkrankung beschränkt, wird allerdings ebenfalls der Begriff „Psychiatrische Familienpflege“ benutzt. In Zitaten werden jedoch die Begriffe wiedergegeben, welche von den jeweiligen Autoren ausgewählt wurden.

3.6 Subjektive Lebensqualität

„'Lebensqualität' entzieht sich einer exakten Definierbarkeit. Wollen wir den Begriff präzisieren, muss festgehalten werden, dass nur der einzelne selbst seine Lebensqualität beurteilen kann.“ (Hinterhuber 1994: 25)

Der Begriff "subjektive Lebensqualität" soll in dieser Arbeit daher im Sinne der von den Betroffenen erlebten subjektiven Lebensqualität verstanden werden.

4 Psychische Krankheiten

Auch nachdem Psychiater sich im Laufe des 19. Jahrhunderts als Experten für die Grenzziehung zwischen Geisteskrankheit und geistiger Gesundheit, zwischen Normalität und Anormalität etabliert hatten, ist das, was unter Irresein, Geisteskrankheit, psychischer Krankheit gefasst wurde, in höchst unterschiedlicher, nicht selten widersprüchlicher Weise und im Zusammenspiel mit nichtmedizinischen Akteuren und Institutionen bestimmt worden. Immer wieder finden sich auch Sammelkategorien wie das "einfache Irresein", unter die sehr heterogene Phänomene gefasst wurden. (Brink 2010: 16)

Die Diagnostik in der Psychiatrie war aufgrund von unterschiedlichen Krankheitsbegriffen schwierig. Laut Fleischhacker und Hinterhuber (2012: 2) lässt sich die Kategorie "psychische Krankheit" in vielen Fällen nicht klar definieren, denn hierfür wäre zunächst eine Definition des Begriffes "Gesundheit" notwendig.

Zu einer Internationalisierung der Klassifikationsbemühungen kam es erst im letzten Jahrhundert (vgl. Fleischhacker/Hinterhuber: 4). Das triadische System der psychiatrischen Klassifikationen unterscheidet dabei:

„1. organisch begründbare psychische Störungen,
2. schizophrene und affektive Störungen,
3. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen.“ (ebd.)

Es legt einen Grundbaustein für die heute gebräuchlichen Klassifikationssysteme sowie für deren Hierarchisierung einzelner diagnostischer Kategorien (vgl. ebd.).

Weltweite Akzeptanz erhalten wir dadurch heute zwei Klassifikationssysteme. Die *International Classification of Diseases (ICD)* wurde von der Weltgesundheitsorganisation vorgelegt und ist momentan in der 10. Revision (*ICD-10*) erhältlich.

Das *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* wurde von der American Psychiatric Association (APA) entwickelt und liegt seit 1994 in der vierten Fassung (*DSM-IV*) vor (vgl. ebd.: 5).

In den weiteren Kapiteln wird, um eine Wissensgrundlage zu dem Krankheitsbild der Schizophrenie schaffen zu können, Bezug auf das ICD-10 genommen.

4.1 Schizophrenie

Im deutschen Sprachraum wurde erstmals im Jahr 1896 von Emil Kraepelin das Krankheitsbild der schizophrenen Störung unter dem Begriff „Dementia praecox“ beschrieben (vgl. Hofer/Fleischhacker 2012: 111). Im Jahr 1911 prägte Eugen Bleuler den Begriff „Schizophrenie“. Er sprach dabei von der „Gruppe der Schizophrenien“, womit er in Frage stellte, ob es sich bei der Schizophrenie wirklich um ein einheitliches Krankheitsbild handelt (vgl. ebd.).

Dass unter Schizophrenie kein einheitliches Krankheitsbild verstanden werden kann, sondern dass verschiedenen Symptome in unterschiedlicher Ausprägung und Stärke vorhanden sind und es viele verschiedene Verlaufsformen der Krankheit gibt, wurde bereits bei der Beschreibung der Schizophrenie von Bleuler klar (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005: 272).

Kurt Schneider unterschied im Jahre 1959 Symptome ersten und zweiten Ranges. Diese stellten eine Vorstufe der Operationalisierung heutiger Klassifikationssystemen dar. Die Symptome ersten Ranges umfassten dialogische Stimmen, kommentierende Stimmen, Gedankenlautwerden, leibliche Beeinflussungserlebnisse, Gedankeneingebung, Gedankenentzug, Gedankenausbreitung, Gefühl des Gemachten sowie Wahrnehmungen (vgl. Hofer/Fleischhacker 2012: 112). Die Symptome zweiten Ranges bestehen aus sonstigen akustischen Halluzinationen, Halluzinationen auf anderen Sinnesgebieten, Wahneinfällen, Ratlosigkeit, depressiven und frohen Verstimmungen sowie erlebter Gefühlsverarmung (vgl. ebd.).

Weiter wurden noch einige andere Konzepte, Klassifikationsversuche und Symptome, welche das Krankheitsbild der Schizophrenie definieren sollen, beschrieben.

Gemäss Hofer und Fleischhacker (2012: 118) werden in den heute verwendeten, international etablierten Diagnosesystemen (ICD-10 und DSM-IV) die verschiedenen Konzepte weitgehend aufgegriffen.

Schizophrenie ist im ICD-10 Kapitel V (F20-F29) (Dilling et al. 2008: S. 109-136) zusammen mit der schizotypen Störung und wahnhaften Störung in eine Kategorie gesetzt, wobei die Schizophrenie die häufigste und wichtigste Störung dieser Gruppe ist (vgl. ebd.: 111).

Die Schizophrenie zeichnet sich durch ihre Vielseitigkeit aus. Schizophrene Störungen sind gekennzeichnet durch „(...) grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affektivität (...)“ (ebd.)

Es gibt kein Symptom, welches von allen Menschen mit der Diagnose Schizophrenie aufgewiesen wird. Diagnostisch wegleitend ist deshalb nicht ein einzelnes Symptom, sondern ein Zusammenspiel mehrerer Symptome mit einhergehenden Veränderungen des Erlebens und des Verhaltens. Diese Veränderungen werden unter anderem auch als „psychotische Erleben“ bezeichnet (vgl. Hell et al. 2007: 100).

Schizophrenie kann akut oder schleichend auftreten, sie kann einmalig und nur über kurze Zeit präsent sein, kann aber auch ein Leben lang andauern. Schizophrenie kann bei Frauen und Männern in allen Altersgruppen mit den verschiedensten Lebensgeschichten auftreten (vgl. Finzen 2013: 11).

4.1.1 Psychopathologie

Wie bereits erwähnt gibt es kein Symptom, welches für sich alleine Schizophrenie-typisch ist. Gemäss Hofer und Fleischhacker (2012: 113) betreffen schizophrene Störungen den zentralen Bereich des Ich. Somit führen sie zu „(...) einer Veränderung von Persönlichkeit, Denken und Sprechen, von Wahrnehmung und Realitätserfassung, sowie des Erlebens, Handelns und der Affekte“ (ebd.), welche fluktuierend und wechselhaft sind.

Diese Veränderungen sind abhängig von der zugrundeliegenden Pathophysiologie wie auch von der Umgebung sowie den zwischenmenschlichen Beziehungen (vgl. ebd.).

Für die Diagnose einer Schizophrenie sind psychopathologische Symptome von grösster Wertigkeit (vgl. ebd.).

Im Folgenden werden diese kurz beschrieben.

Störung von Denken und Sprache: Es wird zwischen formalen und inhaltlichen Denkstörungen unterschieden. Formale Denkstörung meinen oftmals zerfahrenes, inkohärentes Denken. Die inhaltlichen Denkstörungen sind im Wesentlichen gleichbedeutend mit Wahnhaltungen. Es wird oftmals eine Störung im Sprechen beobachtet, sei dies Danebenreden, Paralogik, Neologismen oder Konkretismus (vgl. ebd.: 114).

Störungen der Affektivität: Betroffen sind hier das fehlende oder inadäquate Aufzeigen von Emotionen in Mimik, Gestik und Sprache. Ebenfalls werden Gefühle und Stimmungen uneinheitlich wahrgenommen (vgl. ebd.).

Halluzinationen: „Halluzinationen sind Wahrnehmungen in einem oder mehreren Sinnesgebieten bei fehlendem objektivem physikalischem Reiz“ (ebd.: 115).

Ich-Störungen: Ich-Störungen werden beschrieben als die Überzeugung, dass das Denken, Handeln und Fühlen von äusseren Einflüssen gesteuert, beeinträchtigt oder beeinflusst werden kann. Weiter tritt sowohl das Gefühl der Gedankenausbreitung als auch des Gedankenentzugs auf. Gedankeneingebungen, Fremdbeeinflussungserlebnisse sowie Derealisation und Depersonalisation können wahrgenommen werden (vgl. ebd.: 116).

Störungen der Psychomotorik: Hofer und Fleischhacker (vgl. ebd.) beschrieben diese Störungen als „mimische und gestische Besonderheiten, Auffälligkeiten in Gang und Motorik, Veränderungen der Stimmlage und der Sprechweise (...)“ (vgl. ebd.).

Kognitive Symptome: Kognitive Defizite sind ein Kernsymptom bei Menschen mit einer Schizophrenie. Es können zum Beispiel bei der Aufmerksamkeit sowie bei der Auffassung, beim Arbeitsgedächtnis sowie auch im Langzeitgedächtnis Defizite auftreten (vgl. ebd.: 117-118).

4.1.2 Epidemiologie

Die Schizophrenie ist eine der am häufigsten vorkommenden psychischen Erkrankung. Die Prävalenz liegt zwischen 1,6% und 12,6%, die Wahrscheinlichkeit an einer schizophrenen Störung zu erkranken, liegt bei circa 1% (vgl. Hofer/Fleischhacker 2012: 121).

Männer und Frauen sind gleichermassen betroffen (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005: 273), wobei der Erkrankungsgipfel bei Männern zwischen 15 und 25 Jahren und bei Frauen zwischen 25 und 35 Jahren liegt (vgl. Hofer/Fleischhacker 2012: 121).

4.1.3 Diagnose der Schizophrenie

Um eine Schizophrenie diagnostizieren zu können, fasst das ICD-10 (Kapitel F 20) Symptomgruppen zusammen, welche häufig gemeinsam auftreten. Um eine Diagnose stellen zu können, muss aus den folgenden Gruppen 1 – 4 mindestens ein eindeutiges Symptom (oder zwei und mehrere, wenn es weniger eindeutig ist) oder mindestens zwei Symptome der folgenden Gruppen 5 – 8 vorhanden sein (vgl. ebd.: 119).

Die Symptome müssen mindesten einen Monat lang deutlich vorhanden sein, ansonsten „(...) soll zunächst eine „akute schizophrenieforme psychotische Störung“ diagnostiziert werden.“ (ebd.)

Hofer und Fleischhacker (2012: 119) fassen die Symptomgruppen folgendermaßen zusammen:

1. Gedankenlautwerden, -eingebung oder -entzug, -ausbreitung.
2. Kontroll- / Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegung oder bestimmte Gedanken, Tätigkeiten oder Empfindungen; Wahnwahrnehmungen.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen, oder andere Stimmen, die aus einem Teil des Körpers kommen.
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer Wahn.
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet entweder von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken ohne deutliche affektive Beteiligung, oder begleitet von anhaltenden überwertigen Ideen, täglich über Wochen oder Monate auftretend.
6. Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit, Danebenreden oder Neologismen führt.
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypen oder wächserne Biegsamkeit (Flexibilitas cerea), Negativismus, Mutismus und Stupor.
8. „Negative“ Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit. Diese Symptome dürfen nicht durch eine Depression oder eine neuroleptische Medikation verursacht sein.
9. Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens der betreffenden Person, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert.

Die Prodromalphase, welche eine Woche bis Monate dauern kann, geht dem eigentlichen Ausbruch der Erkrankung voraus. Oft findet bereits in dieser Zeit ein sozialer Rückzug statt, welcher durch Störungen im Bereich des Affekts, der Kognition und des sozialen Verhaltens prädestiniert ist.

Der Verlauf der Schizophrenie gestaltet sich individuell unterschiedlich. Sie besteht einerseits aus Episoden, in welchen die Positivsymptomatik (auch Plussymptomatik) ausgeprägt zu Einschränkungen führt. Dieser akute, psychotische Schub zeichnet sich durch das Erleben von Halluzinationen, Denkstörungen wie auch wahnhaftes Ideen und Gedanken aus. Die Negativsymptomatik (auch Minussymptomatik) kann zu einer chronischen Beeinträchtigung führen. Sie umfasst persistierende Zustände, welche durch Verminderung des Antriebes, des Affekts, des Denkens und der Psychomotorik ausgezeichnet sind.

Gemäss Hofer und Fleischhacker (2012: 123) erfahren etwa 20% der Menschen mit schizophrenen Störungen eine Vollremission, 40% der Betroffenen können einen stabilen Residualzustand mit sozialer Integration erreichen und 40% der Betroffenen zeigt chronische Symptome mit behinderter Ausprägung auf.

Bei den zuletzt genannten 80% der Betroffenen kann zwischen zwei Krankheitsverläufen unterschieden werden: Der episodische Verlauf wird geprägt durch psychotische Episoden im Wechsel mit symptomfreien Zeiten. Durch medikamentöse Behandlung können die Krankheitsepisoden verkürzt werden. Der chronische (langzeitige) Verlauf beinhaltet konstant andauernde Symptome. Einen Rückfall, also eine akut psychotische Symptomatik, kann sowohl durch biologische als auch durch psychosoziale Stressoren ausgelöst werden (vgl. ebd.: 123-124).

Die Schizophrenie unterteilt sich nach ICD-10 in sieben verschiedene Unterformen. Bei der *paranoiden Schizophrenie* stehen inhaltliche Denkstörungen in Form von Wahnvorstellungen und/oder Halluzinationen im Mittelpunkt (vgl. ebd.: 120). Diese Unterform ist die häufigste Ausdrucksform der Schizophrenie.

Die *hebephrene Schizophrenie* dominiert mit Affekt-, Antriebs- und Denkstörungen.

Im klinischen Bild der *katatonen Schizophrenie* stehen ein oder mehrere katatone Symptome. Hier prägen psychomotorische Störungen das Erscheinungsbild.

Die *undifferenzierte Schizophrenie* wird diagnostiziert, falls die Kriterien der vorher beschriebenen Unterformen nicht eindeutig erfüllt werden.

Weiter gibt es die weniger verbreiteten Unterformen der *postschizophrenen Depression*, das *schizophrene Residuum* und die *Schizophrenia simplex* (vgl. ebd.: 120-121).

4.1.4 Therapiemöglichkeiten

Da sich die Symptome der Schizophrenie in biologischen sowie psychologischen Aspekten zeigen, ist die Behandlung mehrschichtig. „Die psychopharmakologische Intervention ist notwendig, jedoch nicht ausreichend“ (Klingberg et al. 2013: 111). Eine einseitige Therapie macht meist keinen Sinn, die Betroffenen brauchen eine Kombination von verschiedenen therapeutischen Massnahmen. Eine Verbindung von medikamentöser und psychotherapeutischer sowie psychosozialer Behandlung ist sinnvoll. Der Schwerpunkt der Behandlung richtet sich individuell nach den Symptomen sowie der jeweiligen Krankheitsphase, in der sich die betroffene Person befindet (vgl. Hell et al. 2007: 110). Die Behandlung der Schizophrenie umfasst die Linderung in der akuten Psychose, die Vorbeugung von Rückfällen sowie eine langfristige Stabilisierung.

In den folgenden drei Kapiteln werden die verschiedenen Therapieformen kurz beschrieben.

4.1.4.1 Medikamentöse Therapie

Der Einsatz von Neuroleptika hat in der Behandlung der Schizophrenie einen hohen Stellenwert und dies, obwohl die Medikamente nicht gegen die Ursachen der Krankheit wirken (vgl. Hell et al. 2007: 111). Die Neuroleptika verringern die psychotischen Symptome und helfen durch eine Reizabschirmung, die innere Struktur neu zu ordnen und die betroffene Person zu normalisieren. Die Behandlung mit Neuroleptika führt hauptsächlich zu der Unterdrückung der positiven und akuten Symptome. Oftmals zeigt sich dadurch von aussen eine rasche Besserung, gleichzeitig haben die Neuroleptika aber keine verringemde Wirkung auf die negativen Symptome, teilweise verstärken sie die negativen Symptome sogar und können zusätzlich sedierend wirken (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005: 321).

In der medikamentösen Behandlung von Schizophrenien ist ein Behandlungsbündnis mit der betroffenen Person wichtig, um zu erreichen, dass die Medikamenteneinnahme regelmässig und freiwillig erfolgt. Dazu sollten die Vorteile der Medikamente aber auch die Nebenwirkungen erklärt werden. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die medikamentöse Behandlung eine Gratwanderung zwischen erwünschter therapeutischer Wirkung und unerwünschten Nebenwirkungen ist (vgl. Hell et al. 2007: 112).

Neben den Neuroleptika, welche eingesetzt werden, um die akute psychotische Phase zu verkürzen und Krisen zu vermeiden, können je nach Symptomen auch andere Psychopharmaka wie zum Beispiel Antidepressiva eingesetzt werden (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005: 336).

4.1.4.2 Psychotherapie

Wie vorgängig bereits erwähnt, ist in der Behandlung der Schizophrenie eine psychotherapeutische Intervention geeignet, um über die Medikamentenwirkung hinaus zu einer Verbesserung der Situation des Betroffenen/der Betroffenen beizutragen.

Die Behandlungsziele können gemäss Klingberg et al. (2013: 111) nach Behandlungsphasen systematisiert werden. Im Folgenden wird auf diese Systematisierung verzichtet.

Die Effektstärke des Trainings sozialer Kompetenzen kann durch die aktuelle Metaanalyse von Kurtz und Mueser (2008) (in: Klingberg et al. 2013: 113) belegt werden. Die Trainingsinhalte sollten jedoch sehr individuell ausgerichtet sein. Patienten mit einer chronischen Schizophrenie können ihre sozialen Kompetenzen damit verbessern, was zu einer besseren Funktionsfähigkeit in der Gemeinde führen kann (vgl. ebd.).

Personen mit einer schizophrenen Erkrankung leiden unter stigmatisierenden Beurteilungen von aussen und krankheitsbedingten Leistungseinbussen. Die Psychotherapie dient hier dazu, das Selbstbewusstsein sowie den Umgang mit belastenden Situationen zu stärken (vgl. Hell et al. 2007:113-114).

In der Psychotherapie hilft die Aufklärung über die Krankheit (Psychoedukation) für eine konstruktive Mitarbeit bei der Bewältigung von Schwierigkeiten (vgl. Rahn/Mahnkopf 2005: 336). „(...) Jede Art psychoedukativer Interventionen verringert Rückfall- oder Wiederaufnahmeraten im Zeitraum von 9 bis 18 Monaten, verglichen mit der Standardbehandlung“ (Klingberg et al. 2013: 113).

4.1.4.3 Psychosoziale Therapie

Während bei psychotherapeutischen und medikamentösen Strategien der psychisch Erkrankte im Wesentlichen als Individuum im Zentrum der Therapie steht, sind die soziotherapeutischen Ansätze dadurch charakterisiert, dass sie notwendigerweise das soziale Umfeld in die Interventionen einbeziehen. (Kösters/Becker 2013: 120)

Durch die psychosoziale Therapie (auch Soziotherapie) soll die individuelle Möglichkeit, in der sozialen Umgebung zu leben und am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen, verbessert werden (vgl. ebd.).

Sie steht seit der Verkleinerung der psychiatrischen Kliniken und ihrer neu zugeordneten Bedeutung für die gemeindepsychiatrische Versorgung im Zentrum des wissenschaftlichen Interesses, „(...) auch weil mittlerweile kulturelle und sozioökonomische Einflussfaktoren auf das Auftreten und den Verlauf der Schizophrenie nachgewiesen sind“ (ebd.).

Der Terminus *Empowerment* wird oft mit dem Ziel der psychosozialen Therapie verbunden. Damit sei gemeint, den Betroffenen Unterstützung zu bieten, um ihre Fähigkeiten zu entwickeln sowie zu entfalten und somit das grösstmögliche Mass an Selbstständigkeit und Autonomie zu erreichen (vgl. ebd.: 121).

Die psychiatrische Versorgung für Menschen mit der Diagnose “chronische Schizophrenie” ist nur eine einzelne von vielen psychosozialen Interventionen.

Kapitel 6 „Psychiatrische Versorgung“ soll einen historischen wie auch aktuellen Überblick über die psychiatrische Versorgung geben.

5 Lebensweltorientierung

Durch die Expansion der Sozialen Arbeit seit den psychiatrischen Reformbewegungen sowie die zunehmende Verrechtlichung und Vergesellschaftung menschlichen Lebens und die damit verbundene Institutionalisierung, Professionalisierung und Verwissenschaftlichung entstehen neue Herausforderungen.

Diese verlangen ein neues professionelles Selbst- und Arbeitsbewusstsein. Gegensätzlich zu dieser Professionalisierung stellt sich die Frage nach dem Alltag und dessen Relevanz, nach unmittelbaren Erfahrungen in den Lebenszusammenhängen von Menschen sowie nach persönlichen Lebenskompetenzen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 14). Für die Soziale Arbeit stellt die Lebensweltorientierung nach Thiersch im Zusammenhang mit dem Lebenswohnraum eine Möglichkeit dar, als handlungsleitende Professionstheorie zu gelten. Aus diesem Grund wird in diesem Kapitel auf die Lebensweltorientierung näher eingegangen.

Wie sich in den vorgängigen Kapiteln herauskristallisiert hat, sind die Begrifflichkeiten "Autonomie", "Teilhabe", "Normalisierung", "persönlicher Lebensraum", "Selbstbestimmung" sowie "Unterstützung in natürlichen Lebensumwelten" zentral für die Rehabilitation von chronisch schizophrenen Menschen. Auch sind diese Begrifflichkeiten Ansätze oder Ziele der Sozialen Arbeit.

Ziel des Konzeptes der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist ein gelingender Alltag, Hilfe zur Selbsthilfe und Empowerment.

Das Konzept soll damit eine allgemeine Orientierung darstellen, deren Bedeutung jedoch nur im konkreten gesellschaftlichen und sozialpolitischen Kontext bestimmt werden kann (vgl. Thiersch 1993: 11).

Das Konzept entwickelt „(...) Kriterien zur Kritik an Institutionen und Strukturen heutiger Sozialer Arbeit und entsprechenden Professionalisierungsmustern und zum Entwurf von institutionellen Arbeitsstrukturen, die heutigen Lebensverhältnissen angemessen sind“ (Grunwald/Thiersch 2004: 13).

Ein Schwerpunkt der Sozialen Arbeit stellt in der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit der Gegensatz zwischen dem Respekt vor den gegebenen Alltagskompetenzen und der Notwendigkeit institutionell-professioneller Unterstützung dar (vgl. ebd.).

Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit soll als institutionalisierte, professionelle und pädagogische Hilfe im Alltag verstanden werden.

Das Ideal, welches aus der Lebensweltorientierung abgeleitet werden könnte, dass jeder und jede in seinen/ihren eigenen vier Wänden wohnen kann oder in jeglicher Wohnform seiner/ihrer Wahl und dass keine Strukturierungen des Alltages nötig sind, wird durch die effektiven Gestaltungsräume der Sozialen Arbeit sowie die oft knappen Ressourcen und die Tatsache, dass sich die Zusammenarbeit mit der Klientel in der Sozialen Arbeit oftmals verbunden mit Zwang gestaltet, zunichte gemacht.

5.1 Traditionslinien als theoretischer Hintergrund

Gemäss Grunwald/Thiersch (2004: 17-19) greift die Lebensweltorientierung auf vier Wissenschaftskonzepte zurück.

Zum Ersten auf die *hermeneutisch-pragmatischen Traditionslinien der Erziehungswissenschaft*. Für die hermeneutisch-pragmatische Erziehungswissenschaft ist die Frage nach dem Alltag sowie die individuell interpretierte Welt der Menschen bestimmend. Sie interessiert sich für die alltägliche Praxis des Verstehens und das darauf bezogene Handeln. Sie trennt Praxis- und Theoriewissen nicht, sondern ermöglicht ein höheres Verstehen. Im Zentrum dieser Erziehungswissenschaft steht die bereits vorgefundene Lebenswirklichkeit in ihrer historischen, kulturellen und sozialen Dimension. Diese Lebenswirklichkeit soll jedoch nicht als unveränderbar angesehen werden.

Zum Zweiten ist die Lebensweltorientierung durch das *phänomenologisch-interaktionistische Paradigma* geprägt. Lebenswirklichkeit und Handlungsmuster werden hier unter Berücksichtigung der Alltäglichkeit rekonstruiert. „Alltag ist eine ausgezeichnete Wirklichkeit für die Menschen“ (ebd.: 18). Menschen werden in ihren alltäglichen Verhältnisse gesehen, welche sie prägen und welche sie aber auch mitbestimmen und gestalten können.

Im Zentrum der *kritischen Variante der Alltagstheorie* steht die Doppelbödigkeit von Realität und Möglichkeit. Der Alltag wird als Ambivalenz beschrieben: Routine im Alltag, welche Sicherheit im Handeln ermöglicht, gegen Enge und Unbeweglichkeit der Routine, welche Möglichkeiten einschränken kann. Das Ziel dieser kritischen Alltagstheorie ist es, Möglichkeiten eines „gelingenden Alltages“ durch Aufdeckung von Ressourcen, Eliminierung von Borniertheiten und aufzeigen von unentdeckten Möglichkeiten zu erreichen (vgl. ebd.).

Die *Analyse gesellschaftlicher Strukturen* stellt die Lebenswelt als Ort der Erfahrung und Bewältigung, als Ort von Objektivem und Subjektivem, von Strukturen und Handlungsmustern dar.

Zur Rekonstruktion von Möglichkeiten und Grenzen der lebensweltbestimmenden Muster analysiert das Konzept der Lebensweltorientierung gesellschaftliche Entwicklungen (vgl. ebd.: 18-19).

5.2 Strukturmaxime

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit organisiert sich in fünf Strukturmaxime.

Prävention sieht vor, die Stabilisierung und Inszenierung belastbarer und unterstützender Infrastrukturen sowie die Bildung und/oder Stabilisierung allgemeiner Kompetenzen zur Lebensbewältigung herzustellen. Sie soll rechtzeitig stattfinden und nicht erst in Problemlagen agieren (vgl. ebd.: 26).

Alltagsnähe versteht die Präsenz der Hilfen in der direkten Lebenswelt der Klientel, Angebote müssen niederschwellig und erreichbar sein. Die Hilfen sollen ganzheitlich an der Lebenswelt orientiert sein (vgl. ebd.).

Die *Dezentralisierung/Regionalisierung* und *Vernetzung* meint die in der Alltagsnähe erwähnte Präsenz der Hilfe vor Ort, damit diese in regionale und lokale Strukturen eingebettet werden können (vgl. ebd.).

Integration setzt auf „(...) Nichtausgrenzung, also auf Gleichheit in den Grundansprüchen und Anerkennung im Recht auf Verschiedenheit“ (vgl. ebd.).

Partizipation meint die Mitbestimmung und Beteiligung. Sie zielt auf die Schaffung der Voraussetzungen um gleichberechtigte, offene Handlungsprozesse für die Planung und Realisierung von Hilfeprozessen und regionale Planung zu gewährleisten (vgl. ebd.).

5.3 Dimensionen

Die verschiedenen Aufgaben der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit können in die unterschiedlichen Dimensionen von Zeit, Raum, soziale Beziehungen und Bewältigungsarbeiten unterteilt werden. Im Folgenden werden diese erläutert (vgl. ebd.: 32).

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit agiert im Besonderen mit Respekt vor den eher unauffälligen Bewältigungsaufgaben.

In der *Dimension der erfahrenen Zeit* bezieht sich die lebensweltorientierte Soziale Arbeit auf die Strukturen der Zeit im Lebenslauf, auf die zu bewältigenden Aufgaben in den verschiedenen Lebensphasen. Die Soziale Arbeit will die Gegenwart nicht der Zukunft aufopfern, das Heute soll angesehen werden als das Dasein und auch Aushalten. Die Zukunft kann riskant erscheinen, sie ist offen und nicht planbar.

Es ist damit ein Ziel der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit, der Klientel Kompetenzen zu vermitteln, mit welchen sie dieser Offenheit gewachsen sein kann (vgl. ebd. 33).

Die *Dimension des Raumes* sieht vor, „(...) bornierte, unattraktive und deprivierende Strukturen eines verengenden Lebensraumes für neue Optionen zu öffnen, indem gegebene Ressourcen zugänglich gemacht und neue inszeniert werden“ (ebd.).

Dieses Konzept geht davon aus, dass jeder Mensch ein elementares Recht auf einen eigenen, verlässlichen und individuell gestaltbaren Lebensraum hat (vgl. ebd.: 34).

In den *sozialen Bezügen* ist es zentral, Spannungen und Ressourcen, in denen Menschen leben, zu erkennen. Lebensweltorientierte Soziale Arbeit sieht die Uneinigkeiten zwischen dem Bedürfnis nach Dauer und Verlässlichkeit und den neuen offenen Lebensformen. Die lebensweltorientierte Soziale Arbeit muss, kompensierend und entlastend zu den heutigen oft belastenden sozialen Erfahrungen, verlässliche und belastbare Beziehungen anbieten.

Ein Ziel der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist *Hilfe zur Selbsthilfe, Empowerment*.

Menschen werden in ihrer Stärke gesehen, welche aus der Zumutung von Bewältigungsaufgaben resultiert. Die Klientel soll Sicherheit im eigenen Lebenskonzept gewinnen, um mit dem Risiko des Offenen umgehen zu können und Verzweiflung oder Ausbrüche der Gewalt vermeiden zu können.

In der vorliegenden Arbeit wird von der Grundhaltung der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ausgegangen. Um die hier bearbeitete Fragestellung beantworten zu können, wird die Lebensweltorientierung in Bezug auf die Intervention Wohnen angesehen. Wie am Anfang des Kapitels erwähnt, wird die Tatsache, dass Zwangskontexte bestehen können, berücksichtigt.

Es stellt sich die Frage, inwieweit sich die Wohnformen „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ und „Betreutes Wohnen im Heim“ nach der Lebenswelt der Klientel richten respektive inwieweit die psychiatrische Versorgung sich nach der Alltagsnähe richtet. Wie weit kann ein chronisch schizophrener Mensch seinen Alltag im betreuten Wohnen im Heim selbst bestimmen? Können Betroffene ihrer Meinung nach in einer betreuten Wohnform mitbestimmen und im Alltag partizipieren?

Im folgenden Kapitel wird ein historischer Rückblick der psychiatrischen Versorgung gegeben, aktuelle Ansätze sowie die aktuelle Lage der psychiatrischen Versorgung werden erörtert.

6 Psychiatrische Versorgung

6.1 Historischer Kontext

Die Psychiatrie und deren stetige Veränderung spiegelt bis heute noch das gesellschaftliche und politische Verständnis des nicht an die Normen und Werte angepassten Bevölkerungsteils wider.

Schon früher wurden die 'Irren' versorgt und somit von der 'normalen' Bevölkerung sozial ausgesondert und isoliert.

Die Zeit der Jahrhundertwende vom 18. zum 19. Jahrhundert gilt in der Geschichtsschreibung als Epochenscheide: der Beginn der 'Irrenhäuser'. Störende Gesellschaftsmitglieder wurden ohne Unterscheidung in Institutionen abseits der Gesellschaft und meist geschlossen eingesperrt.

Im 19. Jahrhundert wurden vermehrt Menschen mit einer seelischen Störung in eigenen medizinischen Institutionen versorgt.

Dieser Aufstieg der sogenannten „Irrenasyle“ besagt nicht, dass vorher keine gesellschaftliche Verantwortung für erkrankte Menschen übernommen wurde (vgl. Becker et al. 2008: 32), jedoch bestanden vorher andere Strukturen und medizinische Angebote. Die Familienpflege wurde zu dieser Zeit an die Anstalten geknüpft, die Menschen, welche bei einer Gastfamilie lebten, galten also noch als Patienten der Anstalten. Die Familienpflege stellte im 19. Jahrhundert die einzige Versorgungsform ausserhalb der Anstalt dar.

Es fand zu dieser Zeit eine Zentralisierung in Anstalten statt, welche gemäss Becker et al. (vgl. ebd.) vielleicht sogar erst eine Professionalisierung der Hilfen ermöglichte. Aus den Anstalten wurden ganze Zentren. Die Charakteristika dieser Entwicklung stellt „(...) eine zunehmende Institutionalisierung, reifere Professionalisierung und deutliche Zentralisierung (...)“ (vgl. ebd.) dar. Nachdem sie durch diese Entwicklung in Vergessenheit geraten war, traten 1890 die Pioniere der deutschen Familienpflege auf. „Sie etablierten die vornehmlich deutsche Variante der Familienpflege, den sogenannten Andex-Typ“ (Schmidt-Michel 2007: 176).

Historisch betrachtet kann die Zeit vor dem ersten Weltkrieg als goldene Zeit für die deutsche Familienpflege betrachtet werden. Die Familienpflege wurde im grossen Stil etabliert, weltweit. In der Zeit des ersten Weltkrieges geriet sie erneut in Vergessenheit, durch Nahrungs- wie auch Wohnungsknappheit wurden die Patienten an die Anstalten 'zurückgegeben', wo jedoch vermehrt das Sterben an Hungersnot verbreitet war (vgl. ebd.:177).

Die Zeit des Nationalsozialismus, d.h. die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts, war eine Zeit der „Säuberung“, denn im deutschen Reich wurden Zwangssterilisationen vorgenommen, Liquidierungsmassnahmen bis nach dem zweiten Weltkrieg, dezentralisierte Tötungen durch Nahrungsentzug und so weiter (vgl. Becker et al. 2008: 32).

Auch in der Schweiz war der eugenische Gedanke, die rassenhygienische sowie utilitaristische Theorie vertreten und dies ebenfalls bis weit über den zweiten Weltkrieg hinaus. Nach dieser Zeit gab es die Familienpflege nicht mehr.

Durch Gesetzesänderungen konnten die eugenischen Handlungen gestoppt und bestraft werden.

Die Jahre 1945-1965 gelten als wenig beschrieben und erforscht, sie werden als Vorgängerjahre der Reformbewegungen in den späten 1960er Jahren sowie 1970er Jahren angesehen (vgl. ebd.: 39).

Nicht unbeachtet bleiben sollte jedoch die Einführung von Neuroleptika und Antidepressiva. Gemäss Leucht (2007: 51) waren in der Prä-Antipsychotika-Ära viele schizophrene Menschen auf Dauer hospitalisiert.

Nach der Einführung der Antipsychotika in den 1950er Jahren wurde im Zusammenhang mit Reformen der psychiatrischen Krankenhausbehandlung in den Industriestaaten Europas und Nordamerikas die Anzahl an psychiatrischen Langzeitbetten dramatisch reduziert. Der Weg aus dem Spital wurde dadurch ermöglicht, die Verwahrung psychisch kranker Menschen immer seltener.

6.2 Die Psychiatriereform

Durch die geschichtliche Entwicklung sowie die daraus entstandene Kritik fanden in verschiedenen europäischen Ländern Psychiatriereformen statt. Die psychiatrische Versorgung wurde als menschenunwürdig gesehen, die systematische Ausgliederung von psychisch erkrankten Menschen sowie die totale Verwahrung und der naturwissenschaftliche Objektivismus sowie die biochemisch orientierten Krankheitsmodelle wurden stark verurteilt.

Aufgrund dieser Kritiken wurde die Psychiatrie-Enquete 1971 von der Bundesregierung in Deutschland in Auftrag gegeben. Unzureichende Versorgung psychisch erkrankter Menschen, katastrophale Missstände in den Anstalten, Mangel an Behandlung ausserhalb der psychiatrischen Anstalten wie auch das zu wenig aus- und weitergebildete Personal der Psychiatrie wurden von der Psychiatrie-Enquete kritisiert.

Die Forderung nach einer Änderung war gesetzt, die Anstalten sollten aufgelöst werden, die psychiatrischen Kliniken ihre Langzeitbetten abbauen, das Prinzip der gemeindenahen Versorgung und einer bedarfsgerechten sowie individuellen Behandlung sollte umgesetzt werden und somit auch eine Professionalisierung der entsprechenden Hilfen stattfinden.

Die Psychiatrie-Enquete wie auch die Psychiatriereform sahen keinen Wiederaufbau der Familienpflege vor, erst ab 1984 erlebte diese Wohnform ein Wiederaufleben.

Die psychiatrischen Kliniken haben im Zuge der Psychiatrie - Enquete ihre Langzeitbereiche für psychisch Kranke weitestgehend abgebaut - erfreulicherweise. (...) . Damit endet die Verwahrung von Menschen in psychiatrischen Kliniken, gleichzeitig begann aber ein Aus- und Aufbau von Heimeinrichtungen, in denen diese Menschen heute leben. (Schulze et al. 2003: 14)

Becker et al. (2008: 47) beschreiben das Phänomen der Transinstitutionalisierung. Dies bedeutet, dass im Zuge der Deinstitutionalisierung (Schliessung von Grosskliniken zugunsten gemeindenaher Unterstützungsangebote in Folge der Psychiatriereform) ein Anstieg kostengünstiger Wohnformen stattfindet. Die Beschreibung von Deinstitutionalisierungsprozessen ist lediglich auf den Abbau der Klinikbetten fokussiert, wo jedoch die Betroffenen stattdessen behandelt werden sollten, wurde kaum beachtet.

Daraus entsteht ein Verlagerungsprozess in Wohnheime, Wohngemeinschaften und Ähnliches, der in der Literatur als Transinstitutionalisierung beschrieben wird (vgl. ebd.), allerdings noch keine gemeindenahere Versorgung mit sich bringt.

Die sozialpsychiatrische Bewegung wurde ebenfalls durch die Reformbewegung gestärkt. Der Gedanke der gemeindenahen Versorgung stellt eine wichtige Basis für neue Ansätze in der psychiatrischen Versorgung dar. Die Lebensweltorientierung, die Subjektorientierung, die Reflexion sozialpolitischer Zusammenhänge und das politische Bewusstsein stellen Ansätze für das sozialpsychiatrische Handeln dar.

Das Kapitel 4.1.4.3 „Psychoziale Therapie“ zeigt die Bedeutung der Sozialpsychiatrie für die Erkrankung der chronischen Schizophrenie auf und in Kapitel 5 „Lebensweltorientierung“ wurde das Konzept der Lebensweltorientierung bereits als handlungsleitende Professionstheorie erläutert.

6.3 Aktuelle Ansätze der psychiatrischen Versorgung

Nach einem kurzen historischen Überblick über die Veränderungen und Entwicklungen von der Etablierung psychiatrischer Kliniken bis hin zu der Psychiatriereform soll nun im Folgenden ein Überblick über die zwei aktuellen Ansätze aus der Sozialpsychiatrie gegeben werden.

6.3.1 Gemeindenahere Versorgung

Gemäss Becker et al. (2008: 69) hat die Wohnform des gemeindenahen betreuten Wohnens stark zugenommen. Die gewünschte Entwicklung weg von grossen, wohnortfernen Heimen hin zu gemeindenahen Wohneinheiten hat stattgefunden. „Damit wurde den Prinzipien der Normalisierung, Bedarfsorientierung, patientenzentrierte Behandlung und Behandlungskontinuität Rechnung getragen“ (ebd.).

Es ist jedoch unbefriedigend, dass ein nicht geringer Teil von Menschen mit einer psychischen Erkrankung immer noch in Dauerwohnheimen lebt.

Die gemeindenahere Versorgung ist als Folge der Deinstitutionalisierung zu verstehen. Alternative Hilfen und alternative Wohnformen wie geschützte Arbeitsplätze, teilbetreute Wohnungen in der Gemeinde oder an eine Institution angeschlossene Tageskliniken und noch etliche andere Hilfsorganisationen wurden mit dem Bettenabbau in den psychiatrischen Kliniken und den daraus folgenden Entlassungen psychisch erkrankter Menschen erforderlich.

Zunächst wurde das Augenmerk daher sowohl auf die Nachbetreuung als auch die Rehabilitation gesetzt, dies mit dem Ziel, Langzeitklienten und Langzeitklientinnen zurück in ihr Lebensfeld zu integrieren. Das Verständnis hat sich mit den Jahren geändert und Ansätze für die Akutbehandlung sowie Kriseninterventionen wurden ausgebaut. Diese Spezialisierung erschwert vielen Betroffenen den Zugang aufgrund von Orientierungslosigkeit angesichts der vielen Angebote.

Der Gemeindepsychiatrische Verbund in Deutschland setzt sich vermehrt in der Sozialpsychiatrie, bei den Kostenträgern sowie in der Sozialpolitik durch.

Ein vernetztes System aller professioneller Hilfesysteme in der Region zu verankern, ist hier der Leitgedanke. Professionelle Unterstützung kann somit personenzentriert und nicht mehr institutionsorientiert stattfinden. Die verbesserte Vernetzung wie auch die Kooperation sollen den Bedürfnissen der Betroffenen angepasst sein (vgl. Clausen/Eichenbrenner 2010: 22).

6.3.2 Integrierte Versorgung

Ziel ist eine sektor- und disziplinübergreifende Arbeit, welche eine bessere Vernetzung sowie Abstimmung und Kooperation von Dienstleistungen im Gesundheitssystem gewährleistet. Dadurch soll keine Erlösoptimierung mehr angestrebt werden, sondern eine Gewährleistung möglichst qualitativ hochwertiger und individueller Behandlungen bei möglichst geringem Ressourcenverbrauch erzielt werden. Im Zentrum der Überlegungen stehen nun die Angemessenheit sowie auch die Kontinuität der Versorgung (vgl. Wendt 2010: 104).

6.4 Psychiatrische Versorgungsstruktur in der Schweiz

Auch in der Schweiz befindet sich die psychiatrische Versorgung seit Jahren in einem Prozess der Umstrukturierung. Die Veränderungen der psychiatrischen Versorgung vollziehen sich in der Schweiz eher in geringerem Umfang als in ihren Nachbarländern. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass in der Schweiz, anders als in Deutschland, keine zeitlich definierte Psychiatriereform besteht (vgl. Kuhl 2008: 13).

Auf politischer Ebene bestehen in der Schweiz keine nationale Psychiatriepolitik, keine verbindlichen Grundsätze sowie keine gemeinsamen Strategien, welche eine psychiatrische Versorgung gewährleisten sollen (vgl. ebd.: 14).

Auch wenn der Prozess der Umstrukturierung der Versorgungslandschaft noch nicht abgeschlossen ist und sich stets weiterentwickelt, dominiert in der Schweiz doch heute noch die traditionelle stationäre Psychiatriestruktur (vgl. ebd.: 18).

Viele Autoren beschreiben, dass unter anderem die Unausgewogenheit zwischen stationären und ambulanten Angeboten mit der Immobilität der Tarife verbunden ist (vgl. ebd.: 19). Das Krankenhausversicherungsgesetz zieht eine pauschalisierte Finanzierung über Krankenversicherung und Kantone vor, deshalb existieren für die Verlagerung der Versorgung in Richtung ambulant oder teilstationär keine finanziellen Anreize (vgl. ebd.: 19).

Im Rahmen des Schlussberichtes des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) „Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung“, verfasst von Guggenbühl, Ettlín und Ruffin (2012), konnte für die Versorgungsstruktur Folgendes festgehalten werden:

15 Kantone verfügen über eine bis drei Kliniken auf Kantonsgebiet, in vier Kantonen ist keine Klinik vorhanden (vgl. ebd.: 4).

In 12 Kantonen sind keine psychiatrischen Abteilungen in Akutspitälern (vgl. ebd.).

Da den Kantonen keine Statistiken zur Verfügung stehen, können im ambulanten Bereich nur Schätzungen vorgenommen werden. 14 Kantone finden, es gibt zu wenig ambulante Angebote. Einschätzungen zu der psychiatrischen Versorgung besagen,

(...) dass erhebliche Versorgungslücken bei den psychiatrischen Tageskliniken, bei den psychiatrischen Arztpraxen, in der ambulanten Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie bei den allgemeinen ambulanten Angeboten (Psychiatrische Spitex, Ambulatorien, Sprechstunden) verortet werden. (Guggenbühl/Ettlín/Ruffin 2012: 4)

Nur teilweise gewährleistet ist gemäss 15 Kantonen eine gemeindenahe Versorgung, das heisst, dass nur zu gewissen Zeiten und nicht in allen Regionen ein solches Angebot besteht (vgl. ebd.).

Durch eine Online-Befragung wurden Kantone im Rahmen des Schlussberichtes des Bundesamtes für Gesundheit (2012) gefragt, welche Bereiche die Psychiatriekonzepte und -planungen ihres Kantons abdecken. So konnte folgender Status quo ermittelt werden:

22 Kantone verfügen über eine Planung für die stationäre psychiatrische Grundversorgung.

17 Kantone verfügen über eine Planung für die spezialisierte psychiatrische Versorgung.

14 Kantone verfügen über eine Planung für die ambulante psychiatrische Grundversorgung.

2 Kantone verfügen gemäss eigenen Angaben über keine Psychiatrieplanung.
(Guggenbühl/Ettlin/Ruflin 2012: 13)

Bestrebungen, welche in die Richtung einer gemeinsamen Strategie weisen, sind im Gange. Die Kantone können jedoch weiterhin selbst über ihre Psychiatriekonzepte bestimmen.

7 Wohnen für chronisch schizophrene Menschen

Wancata et al. (1994: 189-202) sagen:

Der krankheitsbedingte Rückzug bei Schizophrenen und die daraus resultierende Isolierung führen nicht nur zu Defiziten im sozialen Leben: der Verlust im Bereich von zwischenmenschlichen Beziehungen und die Vereinsamung geben häufig Anlass zu akuten Krankheitsrückfällen, die wiederum bei vielen teilstationäre oder stationäre Behandlungen erforderlich machen. (ebd.)

Als handlungsleitende Präferenzwerte gelten in der Sozialen Arbeit, im Gegensatz zu medizinischen Berufsgruppen, welche sich den Faktoren Krankheit und Gesundheit widmen und somit den Präferenzwert „Heilen von diagnostischen Erkrankungen“ verfolgen, „Autonomie“ und „Teilhabe“ (vgl. Sommerfeld/Hierlemann 2004: 328).

Die Intervention Wohnen für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie soll als Teil der Rehabilitation angesehen werden. Die Soziotherapie (vgl. Fleischhacker/Hofer 2012: 142) ist ein zentraler Bestandteil der Rehabilitation von Menschen mit einer Schizophrenie und hat soziale Reintegration zum Ziel. „Sie setzt somit ein Netzwerk sozialpsychiatrischer Rehabilitationseinrichtungen (...) voraus“ (vgl. ebd.).

Gemäss Amering (1994: 155-156) hat der Zeitpunkt der Ersterkrankung bereits einen spezifischen Einfluss auf die Entwicklung der Wohnsituation eines Betroffenen.

Im jungen Erwachsenenalter sowie in der Spätadoleszenz kann der stationäre Klinikeintritt zum Beispiel direkt aus der elterlichen Wohnung stattfinden. Eine stationäre Aufnahme ist in jedem Fall ein dramatischer Riss in der Lebens- und Wohnsituation (vgl. ebd.).

Auch besteht bereits seit je her für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie eine Verunsicherung hinsichtlich der lebensweltlichen Erfahrung in Deutungs- und Handlungsmustern. Soziale Ungleichheiten in Bezug auf Zugehörigkeit sowie Partizipation an Bildung, Arbeit und sozialen Dienstleistungen gehen einher mit der Erschütterung der bestehenden Lebensumstände und Strukturen (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 15). Die Soziale Arbeit setzt unter anderem an diesem Punkt an und hat den Auftrag, diese Ungleichheiten zu überwinden und Teilhabe zu ermöglichen.

Der Gedanke der gemeindenahen Versorgung kann ebenfalls hier ansetzen, um Informationen zugänglich zu machen und niederschwellig zentral eine angepasste Wohnform für chronisch schizophrene Menschen zu gewährleisten.

Der Wohnortwechsel kann als Chance angesehen werden, denn in einer Klinik zu sein, kann Therapie bedeuten und eine solche kann für die Entwicklung des Krankheitsverlaufes günstig sein, jedoch kann ein Klinikaufenthalt auch als Ort der Verwahrung wahrgenommen werden, „(...) wie uns die alten grossen psychiatrischen Kliniken gezeigt haben“ (vgl. ebd.: 156).

Laut Rössler (2006: XI) beruht die Behandlung chronisch schizophrener Menschen auf drei Hauptpfeilern: Zuerst auf Medikamenten, welche die Symptome reduzieren und helfen, Rückfälle zu vermeiden, dann aus psychosozialen Interventionen, welche den Patienten und Familien helfen, mit der Krankheit umzugehen und ebenfalls Rückfälle zu vermeiden. Schliesslich soll die psychiatrische Rehabilitation darauf abzielen, Menschen mit der Diagnose “chronische Schizophrenie” in das soziale und berufliche Leben zu integrieren, um trotz ihrer fortlaufenden Beeinträchtigung ein möglichst hohes Mass an Autonomie und Selbstbestimmung zu erlangen.

Gemäss Bruce und Paxton (2002, zit. nach Becker et al. 2008: 114) ist die Autonomie der Betroffenen betreffend der von ihnen gewünschten Lebensformen und Behandlungsmassnahmen zu einem ethischen Prinzip geworden, an dem die Qualität der psychiatrischen Versorgung gemessen wird.

Amering (1994: 157) fasst Indikatoren für globales Wohlbefinden aus der Studie zum Thema Lebensqualität psychisch kranker Menschen, welche im Jahr 1983 von A. Lehmann publiziert wurde, zusammen. Wichtige Faktoren, welche demzufolge das Wohnen psychisch kranker Menschen betreffen, sind laut Amering (vgl. ebd.).

- „nicht Opfer eines Verbrechens zu werden (die Studie wurde in Los Angeles durchgeführt),
- wenig Inanspruchnahme von Einrichtungen,
- mehr und intimere Kontakte zu Hause,
- mehr Privatsphäre am Wohnort.“ (ebd.)

Amering (vgl. ebd.) zieht aus diesen Ergebnissen Argumente, welche den Vorschlag unterstützen, für psychisch kranke Menschen eine ähnliche Wohnform anzustreben wie für psychisch gesunde Menschen. Dies wäre eine Wohngruppe von der Grösse einer Familie. „Das kommt sowohl den Bedürfnissen nach mehr intimen Kontakten zu Hause als auch dem Wunsch nach Privatsphäre entgegen“ (ebd.).

Abschliessend kann gesagt werden, dass die richtige Wohnform für chronisch schizophrene Menschen zentral ist.

Aufgrund der vorgängig, unter anderem von Becker und Praxton, erwähnten Wichtigkeit der Autonomie und Selbstbestimmung wird in der vorliegenden Arbeit der Fokus auf das betreute Wohnen in Gastfamilien gesetzt.

Bei dieser Intervention des Wohnens können Betroffene selbst bestimmen, in welcher Gastfamilie sie leben möchten und diese bietet zudem eine gleichberechtigte Teilhabe im Alltag wie in der Gesellschaft. In Kapitel 7.2 „Betreutes Wohnen in Gastfamilien für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie“ wird näher auf diese Wohnform eingegangen. Im Gegensatz dazu wird das Leben im Heim in Kapitel 7.3 „Betreutes Wohnen im Heim für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie“ kurz ausgeführt.

7.1 Soziale Arbeit und die Intervention Wohnen

Wie bereits in Kapitel 1.2 „Relevanz für die Soziale Arbeit“ erwähnt, werden psychisch erkrankte Menschen als Randgruppe angesehen. Durch ihre Erkrankung und die damit verbundenen Einschränkungen im täglichen Leben können sie am normalen Alltagsgeschehen vermehrt nicht partizipieren.

Um dieser Stigmatisierung bestmöglich entgegenzuwirken soll die Soziale Arbeit nicht nur unterstützend wirken, sondern sogar Veränderungsanstösse einbringen.

Im Hinblick auf die Realisierung einer persönlichen und selbstbestimmten Lebensführung zielt die professionelle Soziale Arbeit auf die Herstellung sowie Gewährleistung eines möglichst hohen Autonomiespielraumes hin. Um die Realisierung dieses Anspruchs zu ermöglichen, ist für die Soziale Arbeit die soziale und gesellschaftliche Teilhabe im Sinne von Integration und Partizipation von zentraler Bedeutung.

Die Soziale Arbeit steht gemäss Bosshard, Ebert und Lazarus (2007: 47) als Mittelsperson zwischen gesellschaftlichen Bedingungen und Anforderungen einerseits und den individuellen Fähigkeiten, Bedürfnissen und Wünschen der betroffenen Menschen andererseits. Eine Erweiterung der Teilhabe von Individuen an gesundheitsbezogenen, medizinischen, psychischen, sozialen sowie kulturellen Ressourcen oder Errungenschaften einer Gesellschaft wird somit durch die Soziale Arbeit angestrebt (Staub-Bernasconi 1994, zit. nach Bosshard/Ebert/Lazarus 2007: 47).

7.2 Betreutes Wohnen in Gastfamilien für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie

Die Entwicklung des betreuten Wohnens in einer Gastfamilie wurde bereits in Kapitel 6.1 „Historischer Kontext“ und in Kapitel 6.2 „Die Psychiatriereform“ dargestellt. Der Ursprung dieser Betreuungsform wird in Kapitel 7.2.1 „Ursprung“ erläutert. Weiter soll die Wohnform des betreuten Wohnens in Gastfamilien erklärt werden.

7.2.1 Ursprung

Seinen Ursprung fand die „psychiatrische Familienpflege“ im flämischen Ort Geel. Schon ab dem 13. Jahrhundert pilgerten Menschen mit ihren Angehörigen an diesen Ort und erhofften sich durch ein neuntägiges exorzistisches Ritual eine Besserung ihrer Leiden (vgl. Schmidt-Michel 2007: 176). Die Entstehung der Familienpflege ist historisch in Geel erklärbar, da viele Menschen, welche nach dem Ritual keine Besserung empfanden, in der Regel gegen Geld in ortsansässigen Geeler Familien untergebracht wurden, wo ihnen Wohnraum, entsprechend dem Sozialstatus der Familie, geboten wurde (vgl. ebd.). Das Chorherrenkollegium der Stadt übernahm die Vermittlung der Betroffenen in die Familien.

Circa 1850 wurde diese Einrichtung in eine medizinisch-psychiatrische Versorgungseinrichtung gewandelt. Dadurch wurde auch eine Beobachtungsstation errichtet, welche durch psychiatrisch geschulte Ärzte geleitet war und ab nun die Vermittlung der Betroffenen in die Gastfamilien übernahm (vgl. ebd.).

Das betreute Wohnen in Gastfamilien in Geel sowie die Nachfolgeprojekte in Belgien und Frankreich existieren bis heute noch.

7.2.2 Heute

„Unter Psychiatrischer Familienpflege wird die Integration eines psychisch Kranken in eine nicht mit ihm direkt verwandte Familie (Gastfamilie) verstanden“ (Schmidt-Michel 2007: 175).

In Deutschland wurden historisch und in den ersten 20 Jahren des Wiederaufbaus des Betreuten Wohnens in Gastfamilien mehrheitlich Menschen mit einer länger andauernden schizophrenen Störung vermittelt (vgl. ebd.: 175).

Das Zusammenspiel der Platzierung von chronisch schizophrenen Menschen in einer Laienfamilie und die Unterstützung durch ein professionelles Netzwerk kann als einzigartig bezeichnet werden.

Das multiprofessionelle Fachteam übernimmt dabei als erstes die Entscheidung, ob eine Gastfamilie geeignet ist oder nicht. Nach sorgfältigen Abklärungen, wenn die Gastfamilie formelle Bedingungen wie auch angepasste Beweggründe für den Wunsch, diese Dienstleistung zu erbringen, aufweist, wird eine Gastfamilie in das Setting aufgenommen.

Die Familie kann unterschiedlich aussehen; es bestehen hier keine Voraussetzungen hinsichtlich Grösse, Wohnort, Herkunft oder Ähnliches. Je unterschiedlicher die Gastfamilien, desto individueller können die betroffenen Menschen platziert werden.

Die fachliche Begleitung und Beratung der betroffenen Bewohner sowie der Gastfamilien ist zu jeder Zeit durch ein multiprofessionelles Fachteam gewährleistet.

Das professionelle Team sollte beachten, dass die Gastfamilien ein Angebot erbringen, welches nicht geändert werden soll, sondern dass sie vielmehr ein Alltagsmilieu anbieten, in welchem Chancen gesehen werden sollten.

Die Familiengründung ist meist geleitet durch ein möglichst harmonisches Zusammenleben-Können, durch den Wunsch, Freizeit gemeinsam zu gestalten, die Notwendigkeiten des Alltages möglichst effektiv zu gestalten, für die individuellen Lebensgestaltungswünsche Akzeptanz zu finden und vom sozialen Umfeld anerkannt zu werden (vgl. ebd. 178).

Ein Mensch mit einer chronischen Schizophrenie, welcher sich für dieses Wohnsetting entscheidet, hat die Chance, sich in diesem gegebenen Alltagsmilieu zurecht zu finden, diese aber auch zu verändern und sich in diesen entfalten zu können. Jedoch ist die Normalität in einer Familie nicht mit Harmonie gleichzusetzen. Die Realität, dass Reibungen, Unstimmigkeiten, Streitigkeiten, Ärger im Alltag vorhanden sind, wird auch im 'Pflege - Alltag' widergespiegelt. Diese Unstimmigkeiten sind jedoch in einer Familie von diffuser Solidarität geprägt (vgl. Schönberger/Stotz 2003: 50).

„Familien nutzen ganz eigene, individuelle Strategien für die kreative Passung von Bedürfnisbefriedigung und Problemlösung. Sie erzeugen in ihrer unverwechselbaren Identität und intimen Einzigartigkeit das Gefühl von Zugehörigkeit und Orientierung“ (vgl. ebd.: 17).

Ein Selbstbestimmtes Leben führen zu können beinhaltet unter anderem auch, ohne Sanktionen im eigenen Leben „nein“ sagen zu können. Nur so kann die Entfaltung von Individualität und Eigensinn gestärkt werden.

Dieser Normalitätsanspruch im betreuten Wohnen in Gastfamilien kann für das subjektive Erleben und Empfinden eines chronisch schizophrener Menschen einen bedeutsamen Umfang erhalten.

Menschen mit der Diagnose "chronische Schizophrenie" erleben oftmals Stigmatisierung, sie sind durch ihre Erkrankung oftmals sozial isoliert, was vermehrt wieder zu akuten Krankheitsausbrüchen führen kann.

Schönberger und Stotz (2003: 49) benennen folgende Entwicklungschancen, welche ebenfalls für langjährig hospitalisierte psychisch erkrankte Menschen im familiären Rahmen bestehen:

- Überwindung von hospitalisierungsbedingten Verhaltenseinschränkungen;
- Wiederaneignung alltagspraktischer Fertigkeiten bei Körperhygiene, Kleidung, Ordnung des eigenen Bereichs, Umgang mit Geld;
- Übernahme verschiedener sozialer Rollen;
- Aufnahme und Pflege alter und neuer Sozialbeziehungen;
- Zugewinn an Selbstbestimmung, Selbstsicherheit und Entscheidungsfreiheit;
- Subjektives Wohlbefinden und Zufriedenheit mit der getroffenen Lebensentscheidung und den neuen Lebensumständen. (ebd.)

Das betreute Wohnen in Gastfamilien stellt ein Setting dar, das bezahltes bürgerschaftliches Engagement und professionelle Hilfe vereinigt. Auch wirtschaftlich sollte es interessant sein. Die Finanzierung ist weniger hoch als in einem „Rund – um – die – Uhr“-betreuten Wohninstitut.

Die Lebensweltorientierung zeigt sich bei dieser Wohnform in der Chance des normalen Alltages. Chronisch schizophrene Menschen finden in einer Gastfamilie eine natürliche Umgebung vor, welche durch ihre Beeinflussung zu der ihren werden kann.

Der Mensch wird hier in seinem Alltag gelassen, das betreute Wohnen in Gastfamilien bietet weitestgehend eine individuelle Gestaltungsmöglichkeit des Alltages. Die Lebensbewältigungen können durch die Gastfamilie sowie das professionelle Team unterstützt werden. Der Übergang in ein selbstständiges Wohnen, fernab von Institutionen wird somit geebnet.

7.3 Betreutes Wohnen im Heim für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie

Wie aus dem historischen Kontext der psychiatrischen Versorgung ersichtlich wurde, wurde jahrzehntelang die Praxis der Unterstützung für psychisch erkrankte Menschen zum Leitmodell für eine bestimmte Sonderform des Lebens erhoben: das Wohnen im Heim (vgl. Klein 2011: 58).

Gemäss Becker et al. (2008: 99) sind Wohnheime unter anderem Unterkünfte für Menschen, welche zum Beispiel aufgrund von krankheitsbedingten Einschränkungen die eigene Versorgung nicht gewährleisten können. Unterkünfte für Menschen, die kontinuierliche Ansprechpartner benötigen, welche ambulant nicht finanziert werden. Nicht selten sind sie auch Alternativen zum Leben in Obdachlosenunterkünften.

Gemäss Schulze et al. (2003: 17) werden auch jene psychisch erkrankten Menschen in Heime entlassen, welche als 'schwierig' gelten. Das Heim kann ein spezielles Wohnsetting beziehungsweise ein Wohn- und Lebensmilieu anbieten, das Selbsthilfeunterstützung aktivieren und Schutz bieten kann (vgl. Hölzke 2003: 140).

„Die Massierung von Menschen, welche Probleme haben, hat negative Effekte. Das Mass an positiven Zukunftserwartungen, die Möglichkeit des Modellerns und die Chancen gegenseitiger Unterstützung sind geringer als in natürlichen Lebensumwelten, (...)“ (ebd.)

Die Notwendigkeit der Heimversorgung soll nicht in Frage gestellt werden, doch Grossheime stehen noch immer in grosser Kritik.

Das Milieu der Institution erzwingt weitestgehend eine Normierung der Bewohner (vgl. Konrad/Schock/Jaeger 2006: 33). Der in einer Institution lebende Mensch erhält ein Etikett „Bewohner“ und seine Verhaltensweisen werden danach beurteilt. Wenn der Bewohner/die Bewohnerin sich ärgert, dann wird das Verhalten als Impulskontrolle definiert, wenn er/sie Streit hat, wird vom Heimmitarbeitenden ein klärendes Gespräch initiiert.

Jedes aussergewöhnliche Verhalten kann bewirken, dass eine Indikation für professionelles Eingreifen diagnostiziert wird. Die Entfaltung der eigenen Persönlichkeit, kann so durch die Angst vor Konsequenzen eingeengt werden, die Selbstbestimmung wird dadurch eingeschränkt.

Auch wird im Heim nur eine Basisversorgung angeboten: Das Heim bietet meist ein Komplexleistungsangebot unter einem Dach und auch wenn ein Bewohner oder eine Bewohnerin nur selektive Hilfe benötigt, erhält er/sie die gesamten Hilfestellungen (vgl. Schulze-Steinmann et al. 2003: 44).

Das Heim kann ebenfalls die zwischenmenschliche Isolierung der Bewohner und Bewohnerinnen stärken. Das institutionelle System „Heim“ hat Grenzen nach aussen sowie handelt es sich im Innern um eine künstliche Lebenswelt (vgl. ebd.: 89).

Die Hilfeplanung ist ein zentrales Anliegen, das Herzstück der Umgestaltung der psychiatrischen Versorgung. Für Mitarbeitende in Heimeinrichtungen ist dies eine radikale Veränderung im Denken. Trotz Qualitätsrichtlinien, welche die Betonung der Selbstbestimmung und Orientierung auf die individuellen Hilfebedarfe legen, „(...) bleibt die Heimversorgung in der Praxis auf die Fremdbestimmung des Bewohners fixiert“ (Konrad/Schock/Jaeger 2006: 33).

Das häufig noch vorhandene klinische Denken in den Heimen sieht in den Wohnformen eher ein mehr oder weniger therapeutisches Setting, die individuelle Lebensgestaltung bleibt hingegen aussen vor.

Mit der gemeindenahen Versorgung geht der Übergang von grossen Heimen zu kleinen Wohngemeinschaften einher, wo alltägliche Fertigkeiten trainiert und stabilisiert werden sollten.

„Die Verlagerung der grossen Heime in die Gemeinde kann von ihnen als Diversifizierung ihres Angebotes betrachtet werden und muss nicht als Infragestellung der Heimversorgung begriffen werden.“ (ebd.: 39)

In kleinen Wohnvorrichtungen können Hilfeplanungen vorgenommen werden und die Professionellen der Sozialen Arbeit können mit den betroffenen Menschen zusammen ausarbeiten, wo Hilfe benötigt wird und wo nicht.

Es findet jedoch keine Ablösung der Heimvorrichtung statt, das therapeutische Denken bleibt bestehen.

Um zurück auf die lebensweltorientierte Soziale Arbeit zu kommen, kann abschliessend gesagt werden, dass sich in einem Heim der Leitgedanke der Lebensweltorientierung noch kaum etablieren konnte.

Die Partizipation am gesellschaftlichen Leben wird dort kaum gewährleistet, der Lebensraum ‚Heim‘ stigmatisiert weiterhin die Bewohner. Selbstbestimmung und Orientierung an Ressourcen können durch starre Vorschriften wie auch vorgegebene Tagesstrukturen nicht gefördert werden, wenn sie nicht sogar gänzlich ignoriert werden.

8 Lebensqualität

Die Menschen beschäftigen schon immer die Frage nach dem Glück und danach, was ein gutes Leben bedingt und ausmacht.

Im 19. Jahrhundert diskutierte die politische Philosophie den Zusammenhang zwischen individuellem Wohlergehen, persönlicher Entwicklung und der Ausgestaltung politischer und ökonomischer Strukturen erstmals explizit in Kategorien, von denen heute noch Gebrauch gemacht wird, wie zum Beispiel „Selbstbestimmung“ und „Selbstverwirklichung“ (vgl. Müller 2008: 3).

Schon die ersten Studien über soziale Indikatoren und Lebensqualität wurden durch subjektive Beurteilungen von Lebensbedingungen ergänzt. Diese galten bereits damals als gleichwertiger Indikator der Lebensqualität.

Subjektive Lebensqualität wurde in der Sozialindikatorenforschung und in der psychologischen Forschung fast ausschliesslich mit dem Begriff „subjektives Wohlbefinden“ bezeichnet (vgl. ebd.:4).

Ab den 50er Jahren wurde auch in der Psychiatrie die subjektive Lebensqualität von Betroffenen mit wachsendem Interesse betrachtet. Eine Entwicklung, die hierzu beitrug, ist die Einführung von Psychopharmaka, welche aufzeigte, dass neben den dominanten Symptomen einer psychischen Erkrankung auch andere Aspekte in den Vordergrund traten.

Die soziologischen Theorien wie der Labeling-Ansatz gemäss Goffmann (1963, in: Müller 2008: 5) und die Bewegung der Antipsychiatrie betrachteten die gesellschaftliche Stigmatisierung und soziale Exklusion als ursächlich für das Leiden der kranken Menschen (vgl. ebd.).

Müller (vgl. ebd.) besagt, dass schon Becker und Itagliata (1982) das Fehlen einer verbindlichen Definition, die Vielzahl der genutzten Messinstrumente sowie die daraus resultierenden mangelnden Vergleichbarkeiten der Studien und den gravierenden Mangel an Theorien beklagt haben. Solche Mängel werden bis heute noch beanstandet (vgl. ebd.).

Lebensqualität ist Partizipation an den Sach- und Kulturgütern einer Epoche und hat mit Lebenszufriedenheit zu tun, mit individuellen Vorstellungen und Erwartungen. Lebensqualität ist – von Extremsituationen abgesehen – primär eine Frage der inneren Einstellung und äusserer sozioökonomischer Rahmenbedingungen. Somit entzieht sie sich weitgehend der Objektivierbarkeit und der Messbarkeit. Lebensqualität ist weiters (sic!) assoziiert mit Gesundheit, Sicherstellung der körperlichen und geistigen Bedürfnisse und geglückten Beziehungen im sozialen und im sexuellen Bereich, sie hängt wesentlich mit der Selbstbestimmung zusammen. (Hinterhuber 1994: 23)

Gemäss Hinterhuber (1994: 43-44) ist die optimale Lebensqualität für psychisch erkrankte Menschen per se nicht erreicht und kann im Vergleich zu der Normalbevölkerung auch nicht erreicht werden. Jedoch habe sich die Lebensqualität psychisch erkrankter Menschen durch vernetzte rehabilitative Einrichtungen deutlich verbessert. Er besagt des Weiteren, dass für Menschen mit der Diagnose einer Schizophrenie, Lebensqualität immer 'Normalisierung' im Rahmen von bedarfs- und bedürfnisgerechten therapeutischen Programmen bedeutet (vgl. ebd.: 43-44).

Müller (2008: 8) definiert die subjektive Lebensqualität als die „(...) *subjektive Einschätzung des eigenen Lebens und der eigenen Lebenssituation* die sich aus einer kognitiven Dimension, nämlich der bewertenden Zufriedenheit mit den eigenen Lebensbedingungen, und einer affektiven Dimension, d.h. einem Gefühl des Wohlbefindens, zusammensetzt (Kursivierung i. Orig.).“

Für schizophrene beziehungsweise chronisch psychisch erkrankte Menschen liegt keine systematische Übersicht über Eigenschaften von subjektiver Lebensqualität vor (vgl. Meyer 2004: 54). „Materielles Wohlergehen, gesellschaftliche Akzeptanz, körperliches Befinden etc. können zu Lebensqualität beitragen, sie *sind* jedoch nicht Lebensqualität (Kursivierung i. Orig.).“ (Hinterhuber 1994: 25-26).

Wie durch die vielen verschiedenen Versuchen einer Definition von Lebensqualität ersichtlich wird, entzieht sich dieses Konzept einer eindeutigen Definierbarkeit.

In den letzten Jahren hat für die Beurteilung der Qualität und Effizienz medizinischer Versorgung die Lebensqualität der Betroffenen jedoch eine immer stärkere Bedeutung gewonnen.

Gemäss Angermeyer, Kilian und Matschnig (2000: 7) kann die Behandlung chronisch erkrankter Menschen mit rehabilitativen Massnahmen nur durch die Einbeziehung der subjektiven Einschätzung Betroffener beurteilt werden.

Das Problem der verschiedenen Lebensqualitätserfassungssysteme ist, dass sie kaum international sowie in verschiedenen Kulturen angewendet werden können. Um ein internationales Erfassungsinstrument der subjektiven Lebensqualität zu haben, wurde das WHOQOL Projekt gestartet.

Als Grundlage des WHOQOL Projektes, welches 1991 ins Leben gerufen wurde, wurde eine Definition des Begriffes entwickelt:

Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext von der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertesystems und in bezug (sic!) auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmassstäbe und Interessen“ (WHOQOL-Group 1994, zit. nach Angermeyer/Kilian/Matschinger 2000: 10).

Auf der Grundlage internationaler Literatur unter Beteiligung verschiedener Forschungszentren wurden zur Entwicklung eines gemeinsamen theoretischen Konzeptes von Lebensqualität verschiedene relevante Bereiche bestimmt (vgl. ebd.: 12). Dazu haben die Experten Domänen ausgearbeitet und ihnen Facetten untergeordnet. Diese Domänen und dazugehörigen Facetten umfassen die folgenden Aspekte:

Physisch: Schmerz, Energie, Schlaf.

Psychisch: Positive Gefühle, Denken, Selbstwert, Körper, negative Gefühle.

Unabhängigkeit: Mobilität, Aktivität, Medikation.

Soziale Beziehungen: Soziale Beziehungen, soziale Unterstützung, Sexualität.

Umwelt: Sicherheit, Wohnung, Finanzielle Ressourcen, Gesundheitsversorgung, Information, Freizeit, Umwelt, Transport.

Spiritualität: Spiritualität.

Gesamt: Gesamt (vgl. ebd.: 27).

9 Studie

Wie in den vorgängigen Kapiteln zum Vorschein gekommen ist, hat sich mit dem betreuten Wohnen in Gastfamilien eine alternative Wohnform für chronisch schizophrene Menschen zum betreuten Wohnen im Heim eröffnet.

In der vorliegenden Studie werden chronisch schizophrene Menschen, welche im betreuten Wohnen in einer Gastfamilie untergebracht sind, als Kontrollgruppe mit der Kontrollgruppe von chronisch schizophrenen Menschen, welche in der Form „Betreutes Wohnen im Heim“ leben verglichen.

Die Studie untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der subjektiven Lebensqualität und der Versorgung von Menschen mit der Diagnose „chronische Schizophrenie“ besteht. Die gewonnenen Ergebnisse werden für Schlussfolgerungen genutzt, welche auf der Hypothese basieren, die in Kapitel 2 „Beschreibung des methodischen Aufbaus der Arbeit“ erwähnt ist und die besagt, dass sich die Lebensweltorientierung nach Thiersch (1986) in der Wohnform „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ stärker etablieren konnte als in der Wohnform „Wohnen im Heim“, wodurch die subjektive Lebensqualität im betreuten Wohnen in Gastfamilien für Menschen mit der Diagnose „chronische Schizophrenie“ als höher eingeschätzt wird als beim Wohnen im Heim.

9.1 Auswahl des Befragungsinstruments

Wie bereits erwähnt, wurde 1991 das WHOQOL Projekt von der Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse der WHO in Genf gestartet (vgl. Angermeyer/Kilian/Matschinger 2000: 10). Als Grundlage dieses Projektes wurde eine Definition des Begriffes „Lebensqualität“ entwickelt, welche bereits in Kapitel 8 „Lebensqualität“ erläutert wurde. Bereits an der Entwicklung des Pilotinstrumentes waren Forschungszentren aus verschiedenen Kulturkreisen beteiligt, die interkulturelle Vergleichbarkeit ist damit gewährleistet (vgl. ebd.).

Zur Untersuchung wurde das Instrument WHOQOL-BREF verwendet. Das Instrument WHOQOL-BREF ist, neben dem WHOQOL-100, das Ergebnis einer umfassenden internationalen und interkulturellen Zusammenarbeit (vgl. ebd.: 4). Das WHOQOL-BREF, welches eine Kurzfassung des Instrumentes WHOQOL100 darstellt, sowie das WHOQOL-100 sind „(...) als generische Lebensqualitätsfragebögen entwickelt und sind deshalb nicht auf spezifische Anwendungsbereiche beschränkt“ (vgl. ebd.).

Beide Befragungsinstrumente können von Menschen mit körperlichen sowie psychischen Beeinträchtigungen bearbeitet werden. In der vorliegenden Arbeit wurde die Auswahl auf das Instrument WHOQOL-BREF beschränkt, da dieses für die Beantwortung nur circa 5 – 10 Minuten in Anspruch nimmt (vgl. ebd.: 25).

9.2 Aufbau des Befragungsinstruments

Im Befragungsinstrument finden sich die Fragen betreffend der soziodemographischen Daten unter dem Titel „Über Sie“- Diese sind in acht Fragen aufgeteilt.

Um eine Ja-Sage-Tendenz zu verhindern, sind die Fragen mehrheitlich nominal (beispielsweise Frau/Mann) und binär (Ratingskalen von beispielsweise 1 bis 5) aufgebaut.

Im Befragungsinstrument finden sich die Fragen betreffend die Lebensqualität unter dem Titel nach der Erfragung der soziodemographischen Fragen, weshalb die Nummerierung erneut bei 1 anfängt. Es gibt insgesamt 29 Fragen.

Die Fragen des WHOQOL-BREF Fragebogens können in die in Kapitel 8 „Lebensqualität“ erwähnten Domänen unterteilt werden.

Die Fragen 1. – 2. gehören in die Domäne *Global*.

Die Fragen 3., 5., 12., 13. und 19. können der Domäne *Physisch* zugeteilt werden.

Die Fragen 4., 6., 7., 19., 20., 21., 24. und 29 gehören in die Domäne *Psychisch*.

Die Fragen 16., 21. und 22. fallen in die Domäne *soziale Beziehungen*.

Die Fragen 8., 9., 10., 11., 14., 15., 17., 18., 23., 25., 26., 27. und 28. gehören in die Domäne *Umwelt*.

Die Reihenfolge der Fragen wurde, um eine möglichst einfache Beantwortung zu gewährleisten, den verschiedenen Ratingskalen angepasst.

Der Fragebogen, welcher aus dem englischsprachigen Raum kommt, wurde durch die Verfasserin sorgfältig ins Deutsche übersetzt, da die übersetzte Version von Angermeyer, Reinhold und Matschinger (2000: 104-108) nicht zur Verfügung stand.

Es wurden zudem zum Teil Fragen angepasst, um die Fragestellung besser beantworten zu können (s. Anhang: Überblick Anpassungen des Fragebogens).

9.3 Methodisches Vorgehen

Insgesamt wurden 120 Umfragen in Umlauf gegeben. Ziel war es, von beiden Zielgruppen je 30 ausgefüllte Umfragebögen zu erhalten. Mit dem Verweis auf die Dringlichkeit und durch Nachfragen haben insgesamt je 30 Personen, welche im Setting „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ und „Betreutes Wohnen im Heim“ leben, den Fragebogen vollständig ausgefüllt. Das heisst, der Stichprobenumfang beträgt insgesamt $n = 30$ Personen im betreuten Wohnen in Gastfamilien und $n = 30$ Personen im Heim lebend. Die Datenerhebung erfolgte im Zeitraum vom 10.03.2016 bis zum 15.05.2016.

Die erhobenen Daten wurden mit Hilfe von Excel quantitativ ausgewertet. Die Daten mussten hierbei manuell eingetragen werden, weil die Teilnehmenden das Befragungsinstrument in Papierform erhielten. Es wurde die Papierform gewählt, da die Teilnehmenden oftmals keinen Zugang zu elektronischen Geräten haben und die elektronische Form durch die Angabe von Emailadressen kaum hätte anonym durchgeführt werden können.

Damit Verzerrungen vermieden werden, wurde die Zielgruppe sorgfältig ausgesucht. Die Anonymität wurde gewährleistet, sodass die Beantwortung nicht nach sozialen Normen und Werten stattfindet, sondern das subjektive Empfinden ehrlich dargestellt werden kann.

Neben den soziodemographischen Daten der Studienteilnehmenden werden die Antworten der beiden Zielgruppen analysiert, welche einen signifikanten Unterschied aufweisen. Für den entsprechenden statistischen Vergleich wurde der p-Wert verwendet. Der p-Wert wurde anhand des t-Tests (Methode "Zweistichproben t-Test: Unterschiedlicher Varianzen", d.h. Heteroskedastizität wird angenommen) errechnet. Ist der p-Wert <0.05 , so gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den zwei Stichproben. Ist der p-Wert >0.05 , so kann kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden.

Für die Auswertung der quantitativen Daten wird anschliessend eine deskriptive Analyse (beschreibende Statistik) der signifikanten Unterschiede durchgeführt. Ziel hierbei ist die Darstellung und Zusammenfassung der gesammelten Daten sowie der Vergleich der festgehaltenen Resultate vor allem anhand des Mittelwertes (arithmetisches Mittel), des Modalwertes, des Minimumwertes und des Maximumwertes.

9.4 Zielgruppe

Um die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantworten zu können, ist die Zielgruppe auf Menschen mit der Diagnose "chronische Schizophrenie", welche entweder im „Betreuten Wohnen in Gastfamilien“ oder im „Betreuten Wohnen im Heim“ in der Schweiz leben, eingeschränkt. Neben der Voraussetzung der Volljährigkeit wurde keine Altersgruppe festgelegt.

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit wird im Kapitel 9.5 „Untersuchungsergebnisse“, im Kapitel 9.5.3 „Zusammenfassung“ als auch im Kapitel 9.5.4 „Erklärungsversuche“ für die Zielgruppe „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ die Abkürzung „BWF“ und für die Zielgruppe „Betreutes Wohnen im Heim“ die Abkürzung „BWH“ verwendet.

9.5 Untersuchungsergebnisse

9.5.1 Soziodemographische Daten aus dem Fragebogen WHOQOL-BREF

Die Zielgruppe BWH wurde von 14 Männern (46,67%) und von 16 Frauen (53,33%) beantwortet. In der Zielgruppe BWF befanden sich 19 Frauen (63,33%) und 11 Männer (36,67%). Das Alter der Zielgruppe im betreuten Wohnen in Gastfamilien liegt zwischen 19 Jahren und 64 Jahren, der Mittelwert beträgt 41,16 Jahre, jedoch hat eine Person keine Angaben zum Alter gemacht. Das Alter der Zielgruppe beim betreuten Wohnen im Heim liegt zwischen 22 Jahren und 58 Jahren, der Mittelwert liegt hier bei 35,57 Jahren.

23 Personen (76,67%) der Zielgruppe BWH sind ledig, 24 Personen (82,76%) der Zielgruppe BWF ebenfalls. In der Zielgruppe BWH schätzen 12 Personen (41,38%) ihren gesundheitlichen Zustand als „Weder schlecht noch gut“ ein, im Vergleich dazu schätzen 17 Personen (56,67%) der Zielgruppe BWF ihren gesundheitlichen Zustand als „Gut“ ein.

Gemäss Müller (2008: 25) lassen sich aus den soziodemographischen Daten Alter, Geschlecht und Bildung keine Einflüsse auf die subjektive Lebensqualität feststellen. Aus diesem Grund sind diese Unterschiede für den weiteren Verlauf nicht von Bedeutung.

Weiter wurde im ersten Teil die **Frage 8. „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Wohnsituation?“** gestellt.

Diese Frage wurde bewusst zu Anfang des Befragungsinstrumentes gestellt, um eine unvoreingenommene, nicht durch Gedanken, welche beim Ausfüllen der weiteren Fragen entstehen könnten, beeinflusste erste Meinung zu erhalten.

Für diese Frage gilt die Ratingskala: 1 = Sehr unzufrieden, 2 = Unzufrieden, 3 = Gleichgültig, 4 = Zufrieden, 5 = Sehr zufrieden.

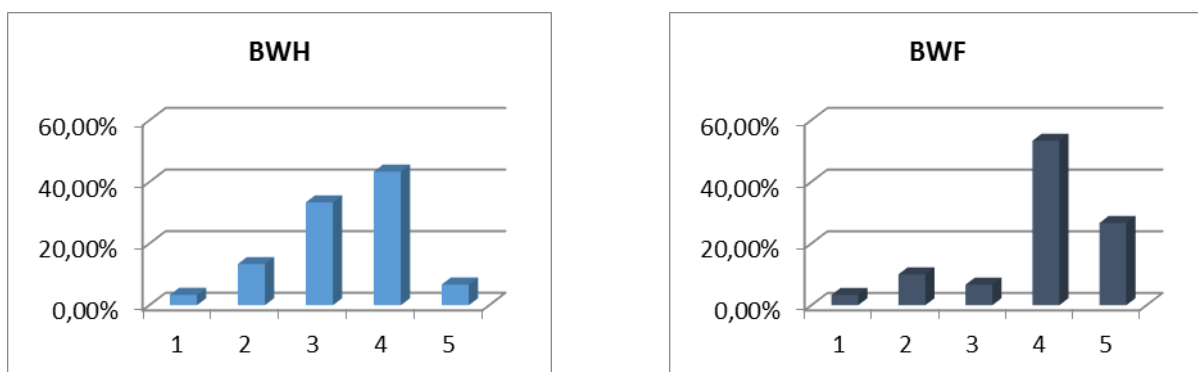


Abb. 1. und 2.: Auswertung allgemeine Zufriedenheit Wohnsituation
Quelle: Eigene Darstellung (2016).

13 Personen (43,33%) der Zielgruppe BWH sind mit ihrer Wohnsituation „Zufrieden“, 10 Personen (33,33%) dieser Zielgruppe beantworteten die Frage mit der Antwort „Gleichgültig“. 16 Personen (53,33%) der Zielgruppe BWF sind „Zufrieden“, acht Personen (26,67%) sind „Sehr zufrieden“.

9.5.2 Auswertung Fragebogen WHOQOL-BREF

Für die Frage 1 gilt folgende Ratingskala: 1 = Sehr schlecht, 2 = Schlecht, 3 = Durchschnittlich, 4 = Gut, 5 = Sehr gut.

Frage 1: Wie würden Sie Ihre Lebensqualität bewerten?

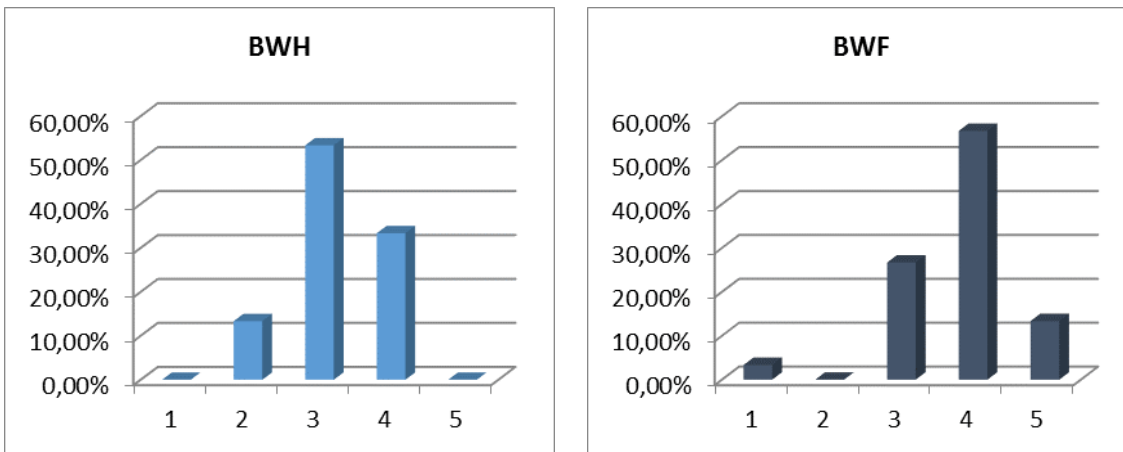


Abb. 3. und 4.: Auswertung Bewertung Lebensqualität

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

Wie der Grafik der BWH entnommen werden kann, bewerten 16 Betroffene (53,33%) die Frage mit „Durchschnittlich“, der Mittelwert beträgt 3.2. 10 Personen (33,33%) bewerten ihre Lebensqualität als „Gut“. Im Vergleich dazu bewerten 17 Personen (56,67%) der Gruppe BWF ihre Lebensqualität als „Gut“ und nur 8 Personen (26,67%) haben hier die Frage mit „Durchschnittlich“ bewertet.

Dies führt zu einem Peak bei diesem Rating und einer Linksschiefe der Verteilung und ergibt einen Mittelwert von 3.77. Der Modalwert liegt bei der Zielgruppe BWH auf der Ratingskala bei „Durchschnittlich“ und bei der Zielgruppe BWF bei „Gut“.

Für die Fragen 3 bis 12 gilt folgende Ratingskala: 1 = Gar nicht, 2 = Wenig, 3 = Gleichgültig, 4 = Fest, 5 = Sehr fest.

4. Frage: Wie fest erfreuen Sie sich an Ihrem Leben?

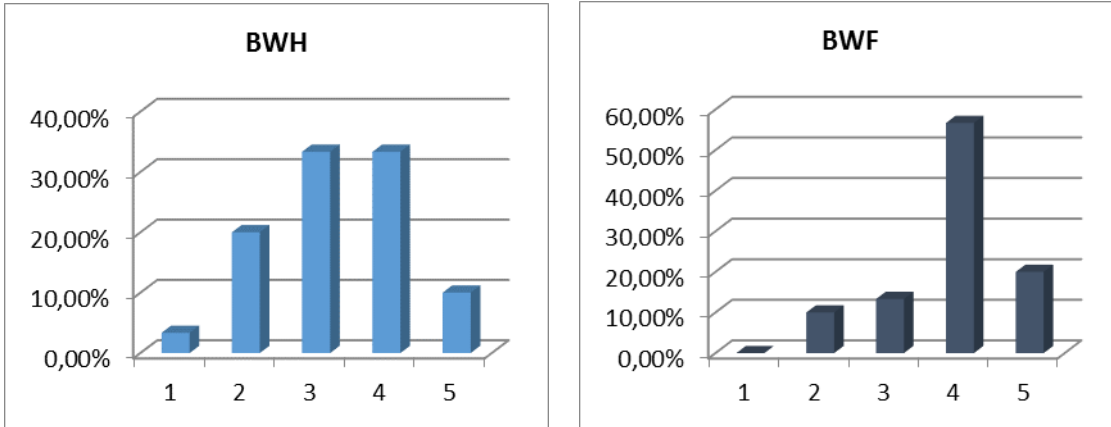


Abb. 5. und 6.: Auswertung Erfreulichkeit am Leben

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

Wie der Grafik der BWH entnommen werden kann, bewerten je 10 Betroffene (33,33%) die Frage mit „Gleichgültig“ und „Fest“, der Mittelwert beträgt 3.27. 17 Personen (56,67%) der Gruppe BWF erfreuen sich „Fest“ an ihrem Leben, sechs Personen (20,00%) „Sehr fest“. Dies führt zu einem Peak beim Rating „Fest“ und einer Rechtsschiefe der Verteilung, was einen Mittelwert von 3.87 ergibt.

8. Frage: Wie gut können Sie sich konzentrieren?¹

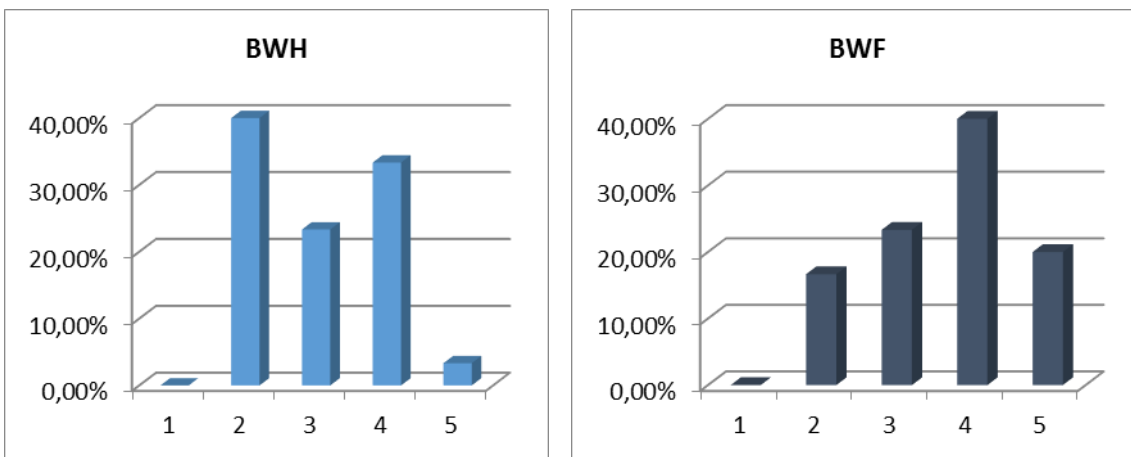


Abb. 7. und 8.: Auswertung Konzentration

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

12 Personen (40,00%) der Zielgruppe BWH können sich nur „Wenig“ konzentrieren, 10 Personen (33,33%) „Fest“.

¹ Hier tritt erneut eine Frage 8 auf, da die Fragen im zweiten Teil der Befragung erneut von 1. an nummeriert wurden.

Es entsteht ein Mittelwert von 3. Hingegen besteht bei der Zielgruppe BWF der Mittelwert 3.63, denn 12 Personen (40,00%) können sich „Gut“ konzentrieren. Bei der Zielgruppe entsteht somit ein Peak beim Rating „Gut“ und eine Linksschiefe der Verteilung. Der Modalwert der Zielgruppe BWH liegt bei der Ratingskala auf der Beantwortung „Wenig“, bei der Zielgruppe BWF hingegen bei „Fest“.

Frage 10: Wie gesund ist Ihr Umfeld/Ihre Umwelt?

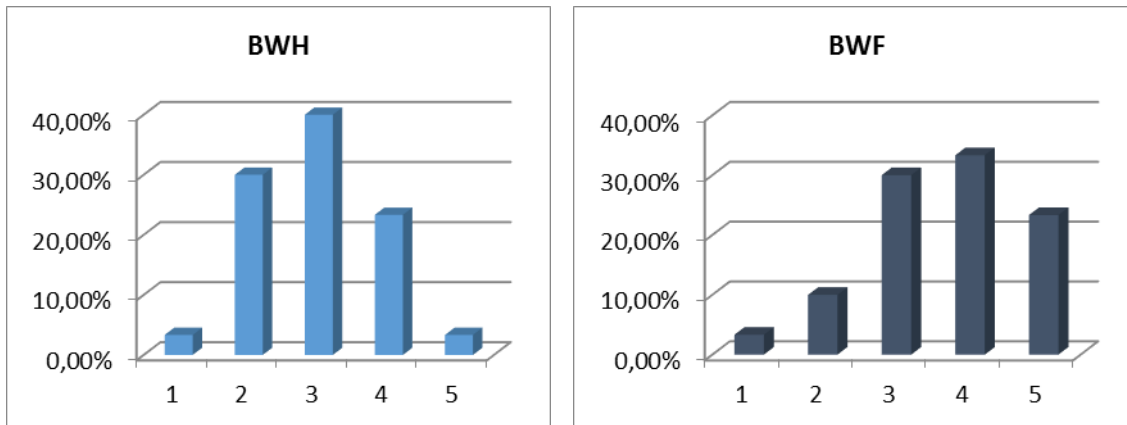


Abb. 9. und 10.: Auswertung Gesundheit Umfeld

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

Bei der Zielgruppe BWH ergibt sich ein Mittelwert von 2.93. 12 Personen (40,00%) beantworten die Frage mit „Gleichgültig“ und 9 Personen (30,00%) mit „Wenig“. Im Vergleich dazu ergibt sich bei der Zielgruppe BWF ein Mittelwert von 3.63.

10 Personen (33,33%) stufen ihr Umfeld als „Fest“ gesund ein und 9 Personen (30,00%) beantworten die Frage mit „Gleichgültig“. Die Zielgruppe BWH hat dabei am häufigsten mit „Gleichgültig“ geantwortet, die Zielgruppe BWF mit „Fest“.

Frage 11: Wie fest fühlen Sie sich von den Leuten, welche Sie kennen, akzeptiert?

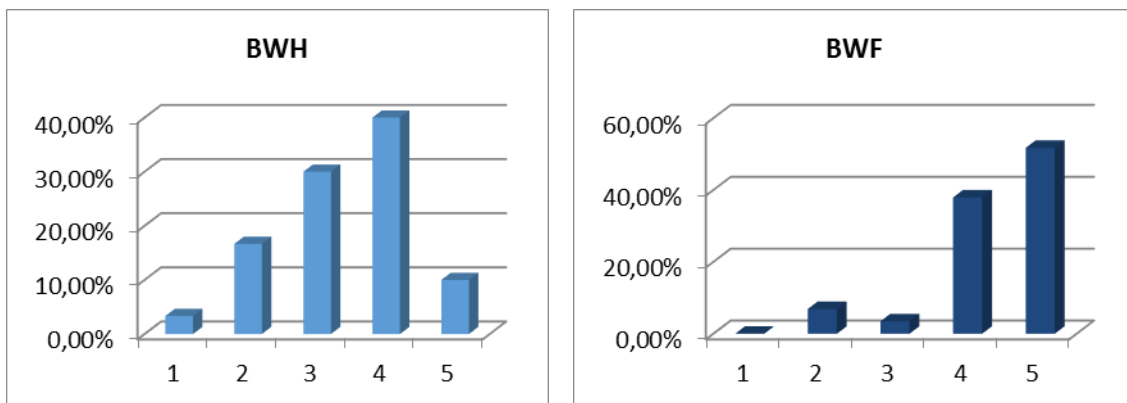


Abb. 11. und 12.: Auswertung erfahrene Akzeptanz durch Andere

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

12 Personen (40,00%) der Zielgruppe BWF fühlen sich durch ihr Umfeld „Fest“ akzeptiert, neun Personen (30,00%) beantworten diese Frage mit „Gleichgültig“. Daraus ergibt sich ein Mittelwert von 3.37. Die Zielgruppe der BWF erzielt einen Mittelwert von 4.37, denn 15 Personen (51,75%) fühlen sich durch ihr Umfeld „Sehr fest“ akzeptiert, 11 Personen (37,93%) „Fest“. Eine Person der Zielgruppe BWF hat keine Angaben gemacht. Die Antwort „Fest“ wurde von der Zielgruppe BWH am häufigsten ausgewählt, die Zielgruppe BWF hingegen optierte am häufigsten für „Sehr fest“.

Für die Fragen 13 bis 15 gilt folgende Ratingskala: 1 = Gar nicht, 2 = Wenig, 3 = Gleichgültig, 4 = Meistens, 5 = Immer.

Frage 14: Haben Sie genügend Geld, um Ihre Bedürfnisse zu decken?

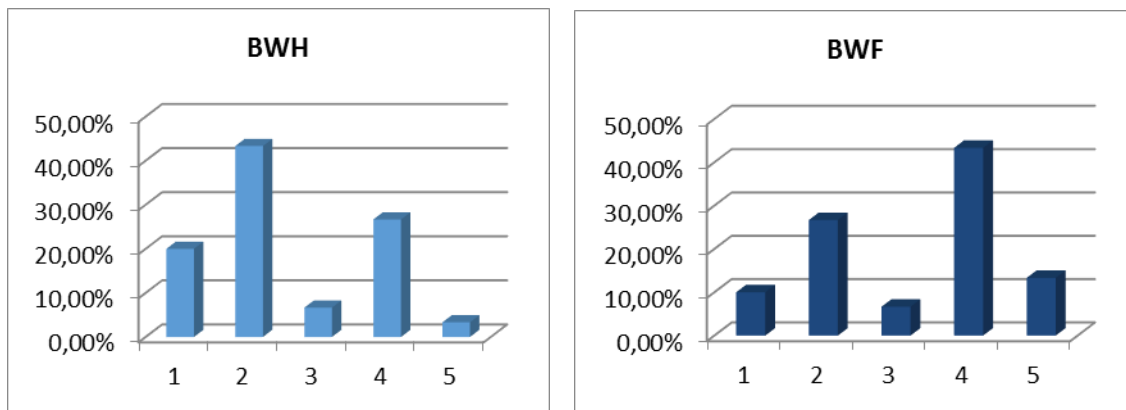


Abb. 13. und 14.: Auswertung Geld

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

13 Personen (43,33%) der Zielgruppe BWH haben zu „Wenig“ Geld, um ihre Bedürfnisse abzudecken, und 9 Personen (30,00%) sind „Zufrieden“. Daraus folgert ein Mittelwert von 2.5. Für die Zielgruppe BWF ergibt sich ein Mittelwert von 3.23, denn 13 Personen (43,33%) beantworten die Frage mit „Meistens“, 8 Personen (26,67%) mit „Wenig“. Der Modalwert liegt bei der Zielgruppe BWH bei der Antwort „Wenig“ und bei der Zielgruppe BWF bei „Meistens“.

Frage 15: Sind für Sie Informationen, welche Sie für Ihren Alltag benötigen, zugänglich?

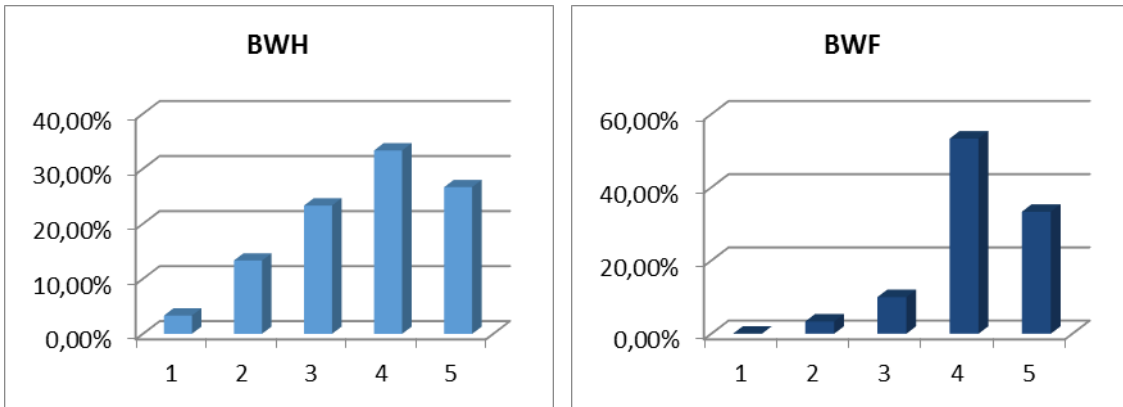


Abb. 15. und 16.: Auswertung Zugänglichkeit Informationen

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

Die Zielgruppe BWH erzielt einen Mittelwert von 3.37, denn 10 Personen (33,33%) haben die Frage mit „Meistens“ beantwortet und 8 Personen (26,67%) mit „Immer“. Für 16 Personen (53,33%) der Zielgruppe BWF sind die Informationen „Meistens“ zugänglich, für 10 Personen (33,33%) „Immer“, daraus ergibt sich ein Mittelwert von 4.17.

Für die Fragen 16 bis 28 gilt folgende Ratingskala: 1 = Sehr unzufrieden, 2 = Unzufrieden, 3 = Gleichgültig, 4 = Zufrieden, 5 = Sehr zufrieden.

Frage 16: Wie zufrieden sind Sie im Zusammenleben?

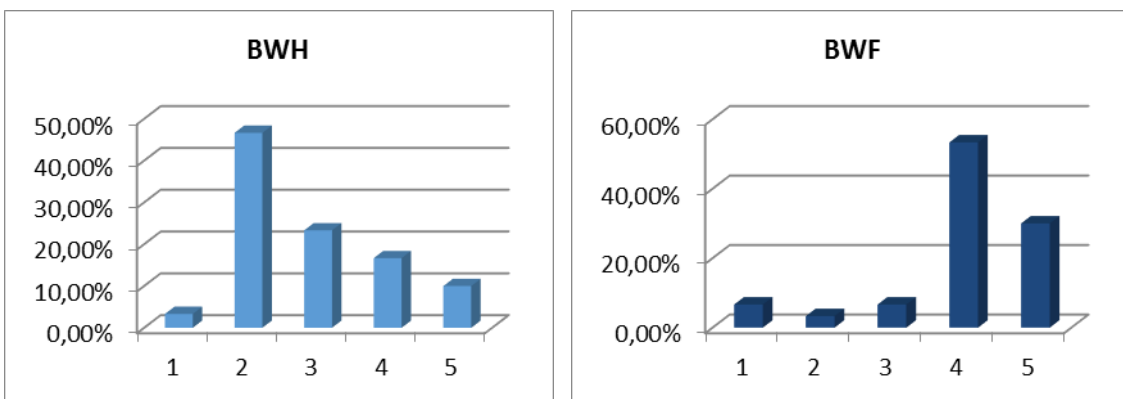


Abb. 17. und 18.: Auswertung Zufriedenheit Zusammenleben

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

14 Personen (46,67%) der Zielgruppe BWH ist im Zusammenleben „Unzufrieden“, 7 Personen (23,33%) hat die Frage mit „Gleichgültig“ beantwortet. Es erschliesst sich hieraus ein Mittelwert von 2.83. Im Vergleich dazu ergibt sich für die Zielgruppe BWF ein Mittelwert von 3.97. 16 Personen (53,33%) sind im Zusammenleben „Zufrieden“, 9 Personen (30,00%) sind sogar „Sehr zufrieden“.

In der Grafik der Zielgruppe BWH entsteht ein Peak beim Rating „Unzufrieden“, es kann daher eine Rechtsschiefe beobachtet werden. Bei der Grafik der Zielgruppe BWF hingegen entsteht ein Peak beim Rating „Zufrieden“; somit entsteht hier eine Rechtsschiefe.

Frage 17: Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Ihren Alltag zu gestalten?

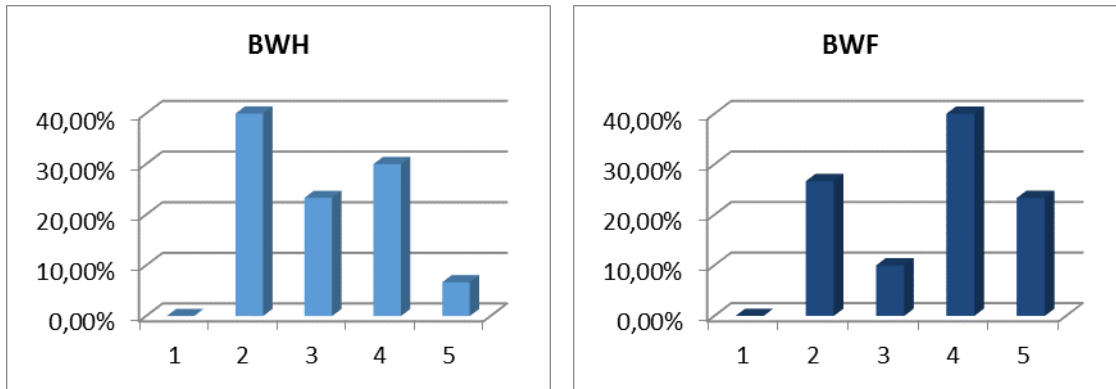


Abb. 19. und 20.: Auswertung Zufriedenheit Alltagsgestaltung

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

Bei der Zielgruppe BWH sind 12 Personen (40,00%) „Unzufrieden“, 9 Personen (30,00%) „Zufrieden“, dies führt zu einem Mittelwert von 3.03. „Zufrieden“ sind 12 Personen (40,00%) der Zielgruppe BWF, „Unzufrieden“ sind 8 Personen (26,67%). Es erschliesst sich folglich ein Mittelwert von 3.6 für die Zielgruppe BWF.

Frage 20: Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?

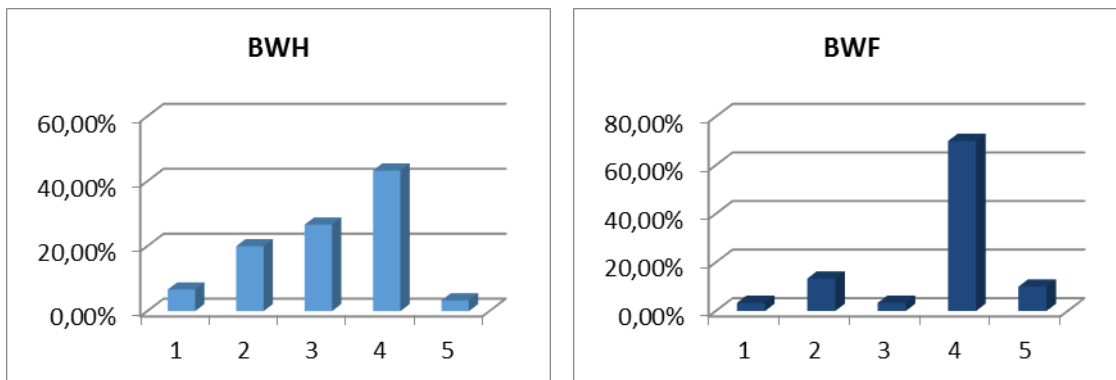


Abb. 21. und 22.: Auswertung Zufriedenheit mit sich selbst

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

13 Personen (43,33%) der Zielgruppe BWH sind „Zufrieden“, 8 Personen (26,67%) beantworten die Frage mit „Gleichgültig“. Es erschliesst sich ein Mittelwert von 3.17. Bei der Zielgruppe BWF sind 21 Personen (70%) „Zufrieden“ und 4 Personen (13,33%) „Unzufrieden“, dies führt zu einem Mittelwert von 3.7. Der Modalwert zeigt keinen Unterschied auf. Der signifikante Unterschied ist damit auf die Anzahl der Personen zurückzuführen, welche bei der Zielgruppe BWF „Zufrieden“ ist. So entsteht hier beim Rating „Zufrieden“ ein Peak. Bei der Zielgruppe BWH ist das Rating hingegen gleichmässiger verteilt.

Frage 23: Wie zufrieden sind sie mit den Konditionen Ihres Wohnraumes?

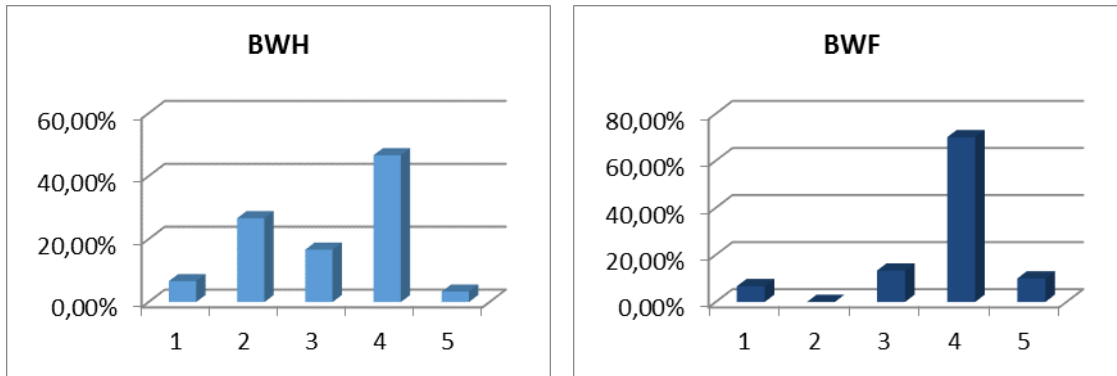


Abb. 23. und 24.: Auswertung Zufriedenheit Wohnraum

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

In der Zielgruppe BWH wurde diese Frage von 14 Personen (46,67%) mit „Zufrieden“ beantwortet, 8 Personen (26,67%) gaben an, „Unzufrieden“ zu sein. Der Mittelwert liegt bei 3.13. Im Vergleich dazu liegt der Mittelwert der Zielgruppe BWF bei 3.77. 21 Personen (70,00%) geben an, „Zufrieden“ zu sein und 4 Personen (13,33%) haben diese Frage mit „Gleichgültig“ beantwortet. Der Modalwert liegt somit bei beiden Zielgruppen bei „4“, der signifikante Unterschied kann daher aufgrund der Verteilung erklärt werden. Bei der Zielgruppe BWF entsteht ein Peak beim Rating „Zufrieden“ und eine Linksschiefe der Verteilung. Die Grafik der Zielgruppe BWH zeigt ebenfalls eine Mehrheit bei der Bewertung „Zufrieden“ an, jedoch haben auch andere Ratings eine nicht zu ignorierende Anzahl an Stimmen erhalten.

Frage 24: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem äusserlichen Erscheinungsbild?

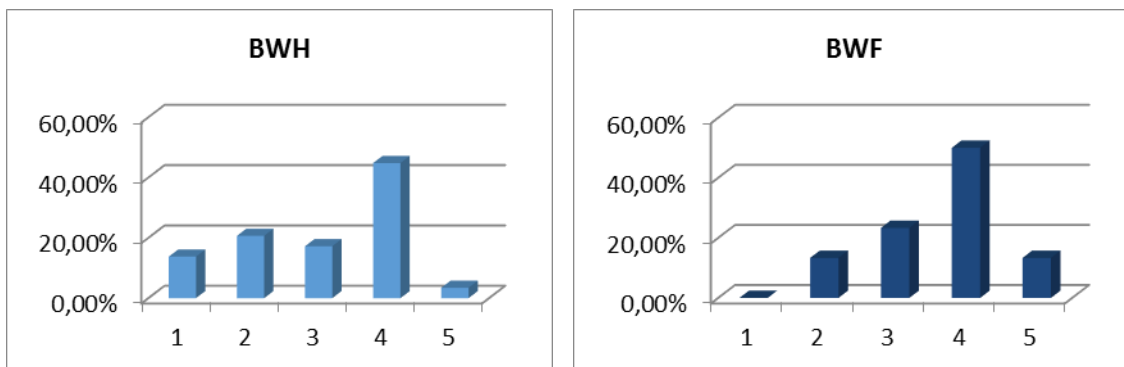


Abb. 25. und 26.: Auswertung Zufriedenheit äusserliches Erscheinungsbild

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

13 Personen (44,83%) haben in der Zielgruppe BWH mit „Zufrieden“ geantwortet, 6 Personen (20,69%) mit „Unzufrieden“, der Mittelwert liegt somit bei 3.03. Eine Angabe fehlt.

In der Zielgruppe BWH sind 15 Personen (50%) mit ihrem äusserlichen Erscheinungsbild „Zufrieden“, 7 Personen (23,33%) haben die Frage mit „Gleichgültig“ beantwortet. Der Modalwert liegt bei beiden Zielgruppen beim Rating „Zufrieden“.

Frage 25: Wie zufrieden sind Sie mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Zugängen zu medizinischer Versorgung?

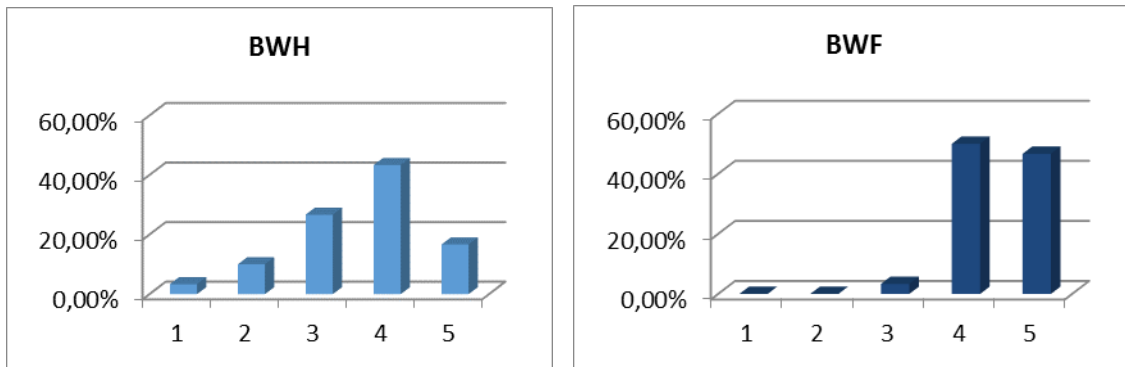


Abb. 27. und 28.: Auswertung Umfrage Zugänge medizinische Versorgung

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

Wie der Grafik BWH entnommen werden kann, sind 13 Personen (43,33%) „Zufrieden“ mit den ihnen zur Verfügung stehenden Zugängen zur medizinischen Versorgung, 8 Personen (26,67%) haben die Frage mit „Gleichgültig“ beantwortet. Der Mittelwert beträgt folglich 3.6. 15 Personen (50,00%) der Zielgruppe BWF sind „Zufrieden“ und 14 Personen (46,67%) „Sehr zufrieden“, wodurch der Mittelwert bei 4.43 liegt. Der Modalwert ist bei beiden Zielgruppen das Rating „Zufrieden“.

Frage 27: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Privatsphäre?

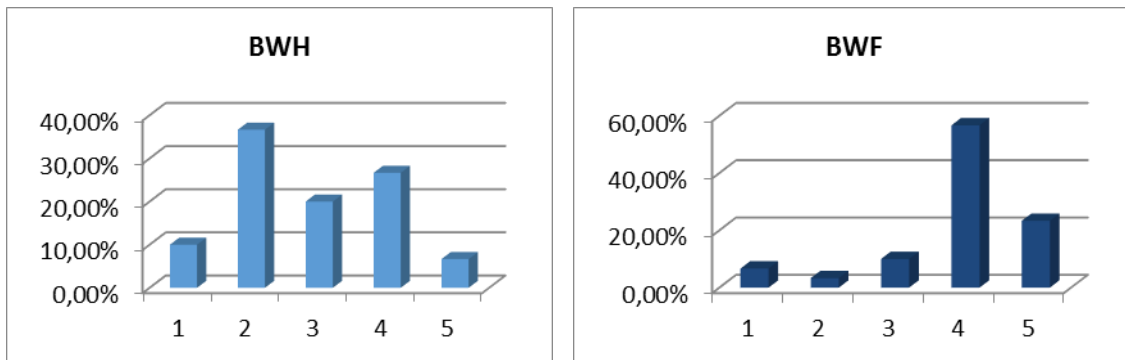


Abb. 29. und 30.: Auswertung Zufriedenheit Privatsphäre

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

11 Personen (36,67%) haben in der Zielgruppe BWH die Frage mit „Unzufrieden“ beantwortet, 8 Personen (26,67%) sind „Zufrieden“. Es lässt sich ein Mittelwert von 2.83 bei der Zielgruppe BWH und bei der Zielgruppe BWF von 3.87 errechnen. In der Grafik BWH kann ein Peak beim Rating „Unzufrieden“ sowie eine Linksschiefe der Verteilung erkannt werden, denn 17 Personen (56,67%) haben dieses Rating gewählt, sieben Personen (23,33%) sind sogar „Sehr zufrieden“.

Frage 28: Wie zufrieden sind Sie mit der Aussicht, weiterhin in dieser Familie/Wohngruppe zu leben?

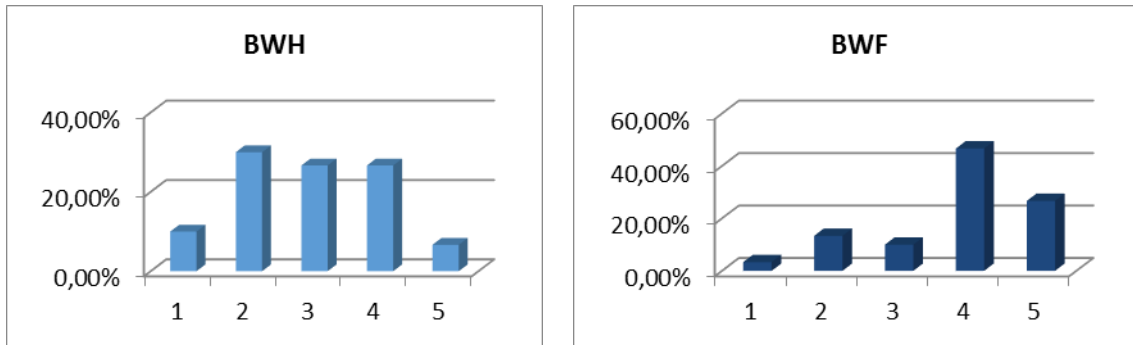


Abb. 31. und 32.: Auswertung Zufriedenheit weiterhin in dieser Wohnform zu leben

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

In der Grafik BWH lässt sich erkennen, dass 9 Personen (30,00%) mit der Aussicht, weiterhin in der Wohngruppe zu leben, „Unzufrieden“ sind. Je 8 Personen (26,67%) sind „Zufrieden“ oder stehen dieser Aussicht „Gleichgültig“ gegenüber. Der Mittelwert liegt bei 2.9.

Im Vergleich dazu liegt der Mittelwert bei der Zielgruppe BWF bei 3.8. 14 Personen (46,67%) sind „Zufrieden“ und 8 Personen (26,67%) sind „Sehr zufrieden“.

9.5.3 Zusammenfassung

Es haben sich bei insgesamt 16 Fragen signifikante Unterschiede ergeben.

Bei der Auswertung des Befragungsinstrumentes zeigte sich in keiner der Fragen, welche mit einem signifikanten Unterschied ausgewertet wurde, eine höhere, zufriedenere oder bessere Einschätzung der Lebensqualität der Zielgruppe BWH im Vergleich zu der Zielgruppe BWF.

Spannend zu sehen ist auch, dass sich in den Fragen betreffend die Domäne *Physisch* keine signifikanten Unterschiede der Beantwortung der Fragen haben feststellen lassen.

Dies könnte daher kommen, dass alle Teilnehmenden der Studie die Diagnose „chronische Schizophrenie“ haben. Die Komorbidität wurde bei der Eingrenzung der Zielgruppe der vorliegenden Studie nicht beachtet.

Aus der Domäne *Umwelt*, zu welcher unter anderem die Fragen betreffend die Wohnform, das Zusammenleben, die Privatsphäre und ähnliche gehören, haben sich bei 10 Fragen von 13 Fragen signifikante Unterschiede feststellen lassen.

In der Domäne *Psychisch* ergaben sich bei zwei von sieben Fragen signifikante Unterschiede.

Betreffend die Domäne *soziale Beziehungen* haben sich bei einer von drei Fragen signifikante Unterschiede bei der Beantwortung der Fragen ergeben.

In der Domäne *Global*, zu welcher sich zwei Fragen haben zuteilen lassen, hat sich bei einer der beiden Fragen ein signifikanter Unterschied bei der Beantwortung gezeigt.

9.5.4 Erklärungsversuche

Neben den soziodemographischen Daten wurde im ersten Teil des Befragungsinstrumentes die **Frage 8: „Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Wohnsituation?“** gestellt. Die Zufriedenheit bei der Zielgruppe BWF ist deutlich höher als die der Zielgruppe BFH.

In Kapitel 7.3 „Betreutes Wohnen im Heim für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie“ wurde herauskristallisiert, dass sich die lebensweltorientierte Grundhaltung der Sozialen Arbeit in einem Heim noch fast gar nicht etablieren konnte.

Die Partizipation am gesellschaftlichen Leben wird nur in geringem Masse gewährleistet, der Lebensraum „Heim“ bietet wenig Selbstbestimmung und die Orientierung an Ressourcen kann durch starre Vorschriften wie auch vorgegebene Tagesstrukturen nicht gefördert werden.

In Kapitel 7.2 „Betreutes Wohnen in Gastfamilien für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie“ konnte hingegen der Leitgedanke der Lebensweltorientierung und dessen Etablierung im betreuten Wohnen bei einer Gastfamilie festgestellt werden.

Die Lebensweltorientierung zeigt sich unter anderem in der Chance des normalen Alltages. Chronisch schizophrene Menschen finden in einer Gastfamilie eine natürliche Umgebung vor, welche durch ihre Beeinflussung zu der ihren werden kann. Selbstbestimmung und die Entfaltung der eigenen Persönlichkeit sowie weitere Merkmale von Lebensqualität sind in dieser Wohnform gegeben.

Die unterschiedliche Bewertung der ersten Frage, welche im Teil der Befragung betreffend die Lebensqualität gestellt wurde und lautete: **„Wie würden Sie Ihre Lebensqualität bewerten?“**, kann sich damit erklären lassen, dass in allen Bereichen, in welchen sich signifikante Unterschiede gezeigt haben, die Zielgruppe der BWH ihre Lebensqualität als weniger zufriedenstellend und weniger hoch eingeschätzt hat.

Überwiegend wurde in der Domäne *Umwelt*, welche als ein zentraler Faktor für die Einschätzung der Lebensqualität gilt, die Einschätzung der Lebensqualität von der Zielgruppe BWH signifikant tiefer bewertet als bei der BWF. Die Wichtigkeit der richtigen und angepassten Intervention Wohnen für chronisch schizophrene Menschen ist somit auch im Hinblick auf ihr psychisches Wohlbefinden belegt.

Wie in Kapitel 7 „Wohnen für chronisch schizophrene Menschen“ erwähnt, ist die Teilhabe und Partizipation, die Selbstbestimmung und Autonomie sowie aber auch die Alltagsnähe, welche in Kapitel 5 „Lebensweltorientierung“ erwähnt wird, zentral für Menschen mit einer chronischen Schizophrenie.

Weitere Erklärungsversuche der unterschiedlichen Beantwortungen der beiden Zielgruppen des Befragungsinstrumentes sollen die Facetten aufzeigen, in welchen sich die Unterschiedlichkeit der Lebensqualität der Betroffenen manifestiert.

Der signifikante Unterschied der Beantwortung der **Frage 4: „Wie fest erfreuen Sie sich an Ihrem Leben?“** lässt sich mit denselben Gründen erklären wie in der Frage 1. Das Sich-Erfreuen am Leben setzt ein wohlwollendes Umfeld, soziale Kontakte, die Möglichkeit, den eigenen Alltag nach den eigenen Wünschen zu gestalten, den erfreulichen Blick in die Zukunft und weitere ähnliche Punkte voraus. Diese Merkmale sind beim betreuten Wohnen in Gastfamilien eher vorhanden als beim betreuten Wohnen im Heim.

Die **Frage 8: „Wie gut können Sie sich konzentrieren?“**² aus dem zweiten Befragungsabschnitt könnte ebenfalls mit der Situation des Wohnens in Verbindung gebracht werden. In einem kleinen Rahmen in einer Gastfamilie besteht die bessere Möglichkeit des Rückzuges: Die Ruhe im eigenen Zimmer sowie aber auch in anderen Räumen kann hier gewährleistet werden. Die Möglichkeit, sich auf sich selbst konzentrieren zu können, ist in diesem Rahmen gegeben. Die Gastfamilie reagiert beim Rückzug der betroffenen Person nicht unmittelbar mit einer Intervention und lässt dem Betroffenen seine Ruhe. Im betreuten Wohnen in einem Heim hingegen ist die Möglichkeit des Alleine-Seins beschränkt.

Auffallend ist, dass bei beiden Zielgruppen ein nicht geringer Teil der Betroffenen die **Frage 10: „Wie gesund ist Ihr Umfeld/Ihre Umwelt?“** mit „Gleichgültig“ beantwortet hat. Der Gedanke an die Gesundheit des Umfeldes scheint für einige somit keine Rolle zu spielen.

Jedoch hat bei der Zielgruppe BWH der grösste Teil die Frage mit „Wenig“ beantwortet und der grösste Teil der Zielgruppe der BWG mit „Fest“.

Das Umfeld und dessen „Gesundsein“ ist also trotzdem ein Indikator, um die subjektive Lebensqualität im Wohnraum zu messen. Denn das Umfeld spielt im Alltag und in den sozialen Beziehungen eine grosse Rolle.

Beim Wohnen im Heim wird die Gesundheit des Umfeldes wohl als schlechter eingestuft als in der Zielgruppe BWF, weil im Heim eine grössere Menge an Betroffenen lebt und keine Menschen ohne psychischen Beeinträchtigungen. Hingegen ist die Anzahl Betroffener in den Gastfamilien beschränkt. Bisher konnten maximal fünf betroffene Personen in einer Gastfamilie leben. Ab dem Jahr 2017 werden nur noch drei betroffene Personen in eine Gastfamilie platziert werden dürfen.

Die Akzeptanz, welche die Zielgruppe durch ihr Umfeld erfährt, wurde in der **Frage 11: „Wie fest fühlen Sie sich von den Leuten, welche Sie kennen, akzeptiert?“** erfragt.

² Hier tritt erneut eine Frage 8 auf, da die Fragen im zweiten Teil der Befragung erneut von 1. an nummeriert wurden.

Die Zielgruppe der BWF wird in einer mehr oder weniger kleinen Familie aufgenommen, sie agiert im normalen Alltag mit der Gastfamilie zusammen und wird meist als ein Mitglied der Familie akzeptiert.

In einem Heim sind diese Strukturen nicht gegeben. Die betroffenen Menschen leben oft, ohne einen gemeinsamen Konsens finden zu können, miteinander oder gar aneinander vorbei.

Die Frage nach dem Geld und ob dieses ausreicht, um den Alltag zu gestalten, ist für die Lebensqualität ebenfalls von grosser Bedeutung. Die **Frage 14: „Haben Sie genügend Geld, um Ihre Bedürfnisse zu decken?“** hat ergeben, dass in beiden Zielgruppen die Mittelwerte nicht besonders hoch sind. Die Zielgruppe BWH hat jedoch im Vergleich zu der Zielgruppe BWF vermehrt angegeben, zu wenig Geld zu haben.

Dies zeugt sicherlich von dem tief angesetzten Existenzminimum, denn die meisten Betroffenen leben von der Sozialhilfe oder werden von der Invalidenrente sowie den Ergänzungsleistungen unterstützt.

In der Wohnform der Gastfamilien besteht die Möglichkeit, kleinere oder grössere Aufgaben im Haushalt oder gegebenenfalls auf dem hauseigenen Hof zu übernehmen und sich dadurch das Taschengeld etwas zu erhöhen. Beim Wohnen im Heim besteht diese Möglichkeit nicht.

Die Unterschiedlichkeit der Ansichten bei der Beantwortung der **Frage 15: „Sind für Sie Informationen, welche Sie für Ihren Alltag benötigen, zugänglich?“** ist trotz der im Heim stets vorhandenen Begleitung durch Professionelle in der Gruppe BWH schlechter bewertet worden als von der Zielgruppe der BWF. Dieses Ergebnis könnte davon zeugen, dass Professionelle, welche Menschen im Heim begleiten, meist unter Zeit- und Leistungsdruck stehen. Auch wenn in der Wohnform betreutes Wohnen in Gastfamilien keine 24 Stunden-Betreuung gewährleistet werden kann, ist jederzeit eine andere Hilfe durch die Vernetzung der Betroffenen gegeben. Die Gastfamilie sowie das professionelle Fachteam der psychiatrischen Familienpflege können ihr Angebot vermehrt nach den Betroffenen richten.

Die von der Zielgruppe BWH schlechter bewertete **Frage 16: „Wie zufrieden sind Sie im Zusammenleben?“** kann auf Grundlage des Unterschieds in der Atmosphäre beim Wohnen erklärt werden. Dieser erklärt sich u.a. durch die Menge der Bewohnenden sowie auch durch die Wahlmöglichkeit der Gastfamilie der Zielgruppe BWF.

Beim Wohnen im Heim sind oftmals Tagesstrukturen vorgegeben, denn durch die Menge der Bewohner müssen Regeln festgelegt werden. Dies kann den Unterschied in der Beantwortung der **Frage 17: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Ihren Alltag zu gestalten?“** erklären. Ebenfalls hängt dieses Ergebnis wohl auch mit der Frage 14 betreffend das Geld zusammen.

Die **Frage 20: „Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?“** gehört in die Domäne *Psychisch*. Hier könnte die allgemeine Unzufriedenheit der Zielgruppe BWH im Zusammenleben als Erklärung für die schlechteren Werte herangezogen werden. Die 'Verwahrung' im Heim kann sich negativ auf das Selbstwertgefühl auswirken, da diese eine Aussichtslosigkeit hinsichtlich der Zukunft befördern kann.

Die **Frage 23: „Wie zufrieden sind sie mit den Konditionen Ihres Wohnraumes?“** und die niedrigere Bewertung der Zufriedenheit in der Zielgruppe BWH im Gegensatz zu der Zielgruppe BWF kann mit den beschriebenen Erklärungsversuchen der Fragen 11 und 16 begründet werden.

Die grössere Zufriedenheit der Zielgruppe BWF bei der **Frage 24: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem äusserlichen Erscheinungsbild?“** im Vergleich zu der Zielgruppe BWH kann durch die höher empfundene Akzeptanz des Umfeldes bei der Zielgruppe BWF erklärt werden.

Die Zufriedenheit bei der **Frage 25: „Wie zufrieden sind Sie mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Zugängen zu medizinischer Versorgung?“** wurde im Fall der Zielgruppe BWH als niedriger wahrgenommen als im Fall der Zielgruppe der BWF. Für diese Bewertung greift die Erklärung, dass Betroffene in der Zielgruppe BWF ihre Arzttermine sowie Termine mit Psychiater und anderen Hilfssysteme selbst bestimmen können. Im Heim ist die medizinische Versorgung zwar meist im Haus gegeben, jedoch bestehen für zum Beispiel Arzttermine Rahmenzeiten durch Visiten des Heimarztes.

Durch die verschiedenen Rückzugsmöglichkeiten, welche im kleinen Rahmen der Gastfamilie gegeben sind, und durch die kleinere Menge an Bewohnenden in der Gastfamilie kann die höhere Zufriedenheit der Zielgruppe BWF im Vergleich zu der Zielgruppe BWH bei der **Frage 27: „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Privatsphäre“** erklärt werden.

Die Beantwortung der **Frage 28: „Wie zufrieden sind Sie mit der Aussicht, weiterhin in dieser Familie/Wohngruppe zu leben?“**, bei welcher die Zielgruppe BWF zufriedener ist als die Zielgruppe BWH, wird durch die im Allgemeinen tiefere Zufriedenheit der Zielgruppe BWH erklärt.

10 Schlussfolgerungen

Um die vorliegende Bachelor Thesis abzuschliessen, soll in diesem Kapitel die Fragestellung beantwortet und die wichtigsten Erkenntnisse aus dieser Arbeit festgehalten werden. Dazu soll die Fragestellung nach der Beantwortung der Unterfragestellungen aufgeklärt werden.

Im Kapitel 10.3 „Fazit und Ausblick“ wird ein Fazit mit Ausblick und offenen Fragen dargelegt, abgeschlossen wird diese Arbeit mit einem persönlichen Fazit.

10.1 Unterfragestellungen

1. Inwiefern konnte sich die handlungsleitende Professionstheorie nach Hans Thiersch (1986) in den beiden Wohnformen „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ sowie im „Betreuten Wohnen im Heim“ etablieren?

Die Etablierung der Lebensweltorientierung konnte sich in der Wohnform „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“, wie in Kapitel 7.2.2 „Heute“ erwähnt, insofern etablieren, dass der Lebensraum in einer Gastfamilie sich nach dem ‚normalen‘ Alltag widmet. Es wird kein künstliches Umfeld erstellt. Nicht ungesagt soll bleiben, dass das Wohnen in einer Gastfamilie eine Intervention im Sinne der psychiatrischen Versorgung darstellt. Es stellt nicht das natürliche Lebensumfeld der Betroffenen dar, jedoch wird hier die Rücksichtnahme auf die Selbstbestimmung, die Autonomie und die Mitbestimmung gegeben.

Durch das niederschwellige Angebot der Gastfamilien sowie die Vernetzung in der Gemeinde, sei dies auf die professionellen Hilfen aber auch auf zum Beispiel die Integration in der Nachbarschaft bezogen, ist die Strukturmaxime, welche im Kapitel 5.2 „Strukturmaxime“ erörtert sind, der *Alltagsnähe* sowie diese der *Dezentralisierung/Regionalisierung* und *Vernetzung* (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 26) gewährleistet.

Die Strukturmaxime *Integration* und *Partizipation* (vgl. ebd.) sind durch die Anerkennung der Betroffenen in der Gastfamilie als einer/eine ihrer Familienmitglieder mit denselben Grundrechten gestellt.

Die verschiedenen Dimensionen im Konzept der Lebensweltorientierung (Kapitel 5.3 „Dimensionen“) können in der Wohnform „Betreutes Wohnen in Gasfamilien“ wie folgt interpretiert werden;

In der psychiatrischen Familienpflege ist die Platzierung in verschiedenste Gastfamilien möglich, die Betroffenen haben die Wahl, mit wem sie zusammenleben möchten und mit wem nicht. Die Gastfamilie kann entsprechend ihren Kompetenzen, ob sie auf die Lebensphasen der Betroffenen eingehen und sie in dieser unterstützen können, ausgewählt werden, die *Dimension der erfahrenen Zeit* ist somit abgedeckt. Der Lebensraum kann beschränkt gestaltet werden, meist nur im eigenen Zimmer, jedoch kann dieses und der Ort an welchem sich der Lebensraum gestalten soll von den Betroffenen gewählt werden. Die *Dimension des Raumes* ist teilweise berücksichtigt. Die Beziehung in einer Gastfamilie basiert auf dem Sinn der familiären Beziehungen, sie ist wohlwollend, beständig, individuell. Der Betroffene hat die Möglichkeit in dieser Wohnform stabile und verlässliche Beziehungen aufzubauen, die *Dimension der sozialen Bezüge* konnte sich also in dieser Wohnform etablieren.

Das Ziel der Lebensweltorientierung, *Hilfe zur Selbsthilfe* ist im Rahmen der Gastfamilie unter anderem durch ihre Einzigartigkeit Probleme zu lösen gegeben, die betroffene Person wird dort abgeholt, wo sie sich in seiner/ihrer Lebensphase befindet. Der Alltag kann gänzlich individuell gestaltet werden.

Wie im Kapitel 7.3 „Betreutes Wohnen im Heim für chronisch schizophrene Menschen“ ersichtlich wird, konnte sich die Etablierung der Lebensweltorientierung in der Wohnform „Betreutes Wohnen im Heim“ weniger erkennbar machen.

Das Heim zwingt durch seine Strukturierung, zum Beispiel dass sich eine grössere Menge an betroffenen Personen denselben Lebensraum teilen, eine Normierung der Bewohner (vgl. Konrad/Schock/Jaeger 2006: 3) wie auch starre Vorschriften auf.

Die Inhalte der verschiedenen Strukturmaxime *Prävention, Alltagsnähe, Dezentralisierung/Regionalisierung* und *Vernetzung, Integration* sowie *Partizipation* können nicht gewährleistet werden.

Die Berücksichtigung oder Rücksichtnahme auf die verschiedenen Dimensionen der Lebensweltorientierung kann mit der gleichen Begründung nicht garantiert werden.

2. Welche signifikanten Unterschiede bestehen in der Beurteilung der subjektiven Lebensqualität für chronisch schizophrene Menschen zwischen den Wohnformen „Betreutes Wohnen im Heim“ und „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“?

Es bestehen bei 16 Fragen des Befragungsinstrumentes signifikante Unterschiede in der Beurteilung der subjektiven Lebensqualität durch die Betroffene der beiden Wohnformen. Im Kapitel 9.5.2 „Auswertung Fragebogen WHOQOL-BREF“ werden die signifikante Unterschiede graphisch wie auch deskriptiv dargestellt.

Dem Kapitel 9.5.3 „Zusammenfassung“ kann entnommen werden, dass sich aus den im Kapitel 8 „Lebensqualität“ beschriebenen Domänen der Lebensqualität, die signifikanten Unterschiede in der Domäne *Umwelt* stark auszeichnen. In der Domäne *Psychisch* sowie *Global* ergaben sich auch signifikante Unterschiede.

Die signifikanten Unterschiede des Vergleiches der ausgefüllten Untersuchungsinstrumente der Wohnform „Betreutes Wohnen im Heim“ und „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ bezogen sich auf folgende verschiedenen Themen;

- Allgemeine Zufriedenheit mit der Wohnsituation;
- Bewertung der Lebensqualität;
- Erfreulichkeit am Leben;
- Konzentration;
- Akzeptanz des Umfeldes;
- Ausreichen des Geldes für die Abdeckung der Bedürfnisse;
- Zugänglichkeit der Informationen für den Alltag;
- Zufriedenheit im Zusammenleben;
- Zufriedenheit mit sich selbst;
- Zufriedenheit mit der Möglichkeit den Alltag zu gestalten;
- Zufriedenheit in Bezug auf die Konditionen des Wohnraumes;
- Zufriedenheit mit dem äusserlichen Erscheinungsbild
- Zufriedenheit mit den Zugängen zu medizinischer Versorgung;
- Zufriedenheit mit der Privatsphäre;
- Zufriedenheit mit der Aussicht weiterhin in dieser Wohnform zu leben.

Wie im Kapitel 9.5.3 „Zusammenfassung“ festgestellt wird, wurde in keiner der Fragen, in welcher ein signifikanter Unterschied besteht, von der Zielgruppe „Betreutes Wohnen im Heim“ eine höhere, zufriedenerere oder bessere Einschätzung der Lebensqualität im Vergleich zu der Zielgruppe „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ angegeben.

10.2 Fragestellung

Kann das betreute Wohnen in Gastfamilien, im Gegensatz zum betreuten Wohnen im Heim, eine höhere subjektiv wahrgenommene Lebensqualität für chronisch schizophrene Menschen gewährleisten?

Im Kapitel 8 „Lebensqualität“ wird erkenntlich, dass sich die subjektive Lebensqualität nicht einfach Definieren lässt. Durch die vorgenommene Einschränkung der Definition der Lebensqualität auf die von der WHOQOL-Group (1994) festgelegten Definierung konnte ein

Befragungsinstrument, welches die verschiedenen Domänen und Facetten der Lebensqualität berücksichtigt, gewählt und die beiden Zielgruppen verglichen werden.

Wie in Kapitel 9.5 „Untersuchungsergebnisse“ ersichtlich und in weiteren Kapiteln beschrieben wird, haben sich bei der Auswertung des Befragungsinstrumentes bei keiner der Fragen, welche mit einem signifikanten Unterschied ausgewertet wurden, höhere, zufriedenerere oder bessere Einschätzungen der Lebensqualität bei der Zielgruppe „Betreutes Wohnen im Heim“ im Vergleich zu der Zielgruppe „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ ergeben.

Die Fragestellung kann demnach mit ‚Ja‘ beantwortet werden.

10.3 Fazit und Ausblick

Wie bereits im Kapitel 5 „Lebensweltorientierung“ erwähnt ist, stellt ein Schwerpunkt der Sozialen Arbeit der Respekt zu den gegebenen Alltagskompetenzen sowie aber auch die Notwendigkeit institutionell-professioneller Unterstützung dar (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 13). Jedoch auch die Initialisierung von Veränderungsprozessen und Kritik an den institutionellen Rahmenbedingungen zu stellen.

Es wurde aufgezeigt, dass sich die psychiatrische Versorgung in der Schweiz in einem Wandel befindet. Dieser Wandel läuft jedoch durch das Fehlen einer zeitlich definierten Psychiatriereform sowie einer nationalen Psychiatriepolitik in geringerem Umfang ab als in den Nachbarländern der Schweiz. Es herrscht eine Unausgewogenheit in der Schweiz zwischen stationären und ambulanten oder gemeindenahen Versorgungen.

Teilhabe und Autonomie sowie Selbstbestimmung und Partizipation werden als Ziel der Sozialen Arbeit verfolgt. Die soziale Dimension wurde in der Psychiatrie anerkannt und stellt nebst dem medizinisch-therapeutischen Leitgedanke ein weiterer zentraler Aspekt dar. Die Rahmenbedingungen um die oben genannten Terminologien sicherstellen zu können müssen geschaffen werden. Ein Umdenken der Gesellschaft bezüglich Randgruppen, zum Beispiel chronisch schizophrene Menschen, muss durch zugängliche Informationen und die Integration der Betroffenen stattfinden.

Die Soziale Arbeit ist verantwortlich, die soziale Dimension in der psychiatrischen Behandlung einzubringen, dadurch kann eine umfassende und optimierte Behandlung stattfinden.

Um chronisch schizophrene Menschen einen möglichst grossen Autonomiespielraum sowie Integration und Partizipation zu ermöglichen, setzt die Soziale Arbeit auf verschiedene mögliche Interventionen.

Die Berücksichtigung der handlungsleitende Professionstheorie der Lebensweltorientierung in der Sozialen Arbeit und dessen Etablierung in der Wohnform „Wohnen in Gastfamilien“ zeigen sich in der Auswertung der Studie als eine gelingende Möglichkeit, um eine möglichst hohe subjektive Lebensqualität zu gewährleisten.

Offen bleibt, wie sich die Versorgungslandschaft in der Schweiz entwickeln wird. Eine einheitliche Psychiatrieplanung wäre zu begrüßen um die gemeindenahere Versorgung gewährleisten zu können.

10.4 Persönliches Fazit

Ich möchte mit dieser Arbeit keinesfalls die Arbeit der Professionellen, welche die Betreuung und Begleitung der in einem betreuten Heim lebenden Menschen sicherstellen, abwerten oder kritisieren. Ich möchte vielmehr aufzeigen, dass der Anstoss für eine Veränderung in Richtung gemeindenahere Versorgung und Orientierung an der Lebenswelt der Betroffenen gewinnbringend für die Betroffenen selbst sein kann.

Auch die immer wieder kritisierte Familienpflege und die Angst, dass die Professionalisierung der Sozialen Arbeit in Gefahr sei, wenn Laien die Aufgabe der Begleitung von psychisch erkrankten Menschen meistern können, sollen mit der Begründung der Wichtigkeit einer fachlichen Betreuung oder Beratung und Vernetzung entkräftet werden.

Die Begleitung des multiprofessionellen Fachteams der Gastfamilien, die Abklärungen, welche vorgängig getroffen werden müssen, die Begleitung der Betroffenen sowie die Vernetzungsaufgabe, welche das Fachteam im betreuten Wohnen in einer Gastfamilie leistet, sind unabdingbar und stehen somit in keinerlei Konkurrenz zur Unterstützung durch helfende Privatpersonen und -familien. Eine optimale Betreuungssituation kann somit nur gemeinsam und im Bewusstsein der Stärken aller Beteiligten geschaffen werden.

Ich möchte hiermit ein Anstoss geben und aufzeigen, dass ein natürliches Umfeld, welches in einer Gastfamilie geboten wird, zum Wohlbefinden der Betroffenen beitragen kann und unterstützend für die Behandlung ist.

Zum Schluss möchte ich noch ein Zitat einbringen, die folgende persönliche Aussage fasst besser als alle theoretischen Rückbezüge die hier gewonnenen Einsichten zusammen. Mit Blick auf die immer noch starke Heimzentriertheit in der Betreuung betroffener Personen kann somit eine Kritik an der bestehenden Situation vorgenommen werden welche konstruktiv zu verstehen ist.

„Wenn ich davon ausgehe, wie sehr meine Vergangenheit geprägt war mit Alkoholmissbrauch-Exzessen und Depressionen, fühle ich mich wirklich sehr gut!!! Meine Gastfamilie hilft mir wirklich sehr, meine Restgesundheit bewahren zu können!“ (Anonym 2015: Bemerkung bei der Beantwortung des Beantwortungsinstrumentes zum Wohnen bei einer Gastfamilie)

Quellenverzeichnis

- Amering, M. (1994). Wohnen und Lebensqualität schizophrener Patienten. In: Katschnig, H./König, P. (Hg.). Schizophrenie und Lebensqualität. Wien: Springer-Verlag, S. 153-161.
- Angermeyer, Matthias/Kilian, Reinhold/Matschinger, Herbert (2000). WHOQOL – 100 und WHOQOL – BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle: Hogrefe-Verlag.
- Becker, Jo (2011). Betreutes Wohnen in Familien – ein Weg zur Inklusion. In: Rosemann, Matthias/Konrad, Michael (Hg.). Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung. Bonn: Psychiatrie Verlag GmbH, S. 269-276.
- Becker, Thomas/Bäumli, Josef/Pitschel-Walz, Gabriele/Weig, Wolfgang (Hg.) (2007). Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte – Interventionen – Perspektiven. Köln: Deutscher-Ärzte-Verlag.
- Becker, Thomas/Hoffmann, Holger/Puscher, Bernd/Weinmann, Stefan (2008). Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Brink, Cornelia (2010). Grenzen der Anstalt. Psychiatrie und Gesellschaft in Deutschland 1860 - 1980. Göttingen: Wallstein Verlag.
- Bosshard, Marianne/Ebert, Ursula/Lazarus, Horst (2007). Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch. 5. Aufl. Köln: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Böhnisch, Lothar/Lösch, Hans (1973). Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In: Otto, Hans-Uwe/Schneider, Siegfried (Hg.). Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit 2. Kritische Texte zur Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Neuwied/Berlin: Luchterhand.
- Clausen, Jens(Eichenbrenner, Ilse (2010). Soziale Psychiatrie. Grundlagen, Zielgruppen, Hilfeformen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.
- Dilling, H./Mombour, W./Schmidt, M.H. (2008). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 6. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Finzen, Asmus (2013) . Schizophrenie- Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen. 2. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.
- Fleischhacker, W. Wolfgang/Hinterhuber Hartmann (Hg.) (2012). Lehrbuch Psychiatrie. Wien: Springer-Verlag.
- Grundwald, Klaus/Thiersch, Hans (2004). Das Konzept Lebensweltorientierte Soziale Arbeit – einleitende Bemerkungen. N: Grundwald, Klaus/Thiersch, Hans (Hg.). Praxis Lebensweltorientierter Sozialer Arbeit. Handlungszugänge und Methoden in unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Weinheim/München: Juventa Verlag. S. 13-39

- Guggenbühl, Lisa/Ettlin, Ricarda/Ruflin, Regula (2012). Schlussbericht. Bundesamt für Gesundheit. Zukunft Psychiatrie: Kantonale Psychiatriekonzepte und ihre Umsetzung. Eine Bestandsaufnahme. Bern: socialdesign ag.
- Hell, Daniel/Endrass, Jérôme/Vontobel, Jürg/Schnyder, Ulrich (2007). Kurzes Lehrbuch der Psychiatrie. Das Basiswissen mit Repetitoriumsfragen. 2. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- Hölzke, Rainer (2003). Wirkungen und Nebenwirkungen von Heimen. Zur Entkoppelung von Wohnen und Hilfen. In: Schulze-Steinmann, Lisa/Heimler, Joachim/Claassen, Josef/Cordshagen, Hans (Hg.). Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH, S. 132-142.
- Hinterhuber, H. (1994). Soziokulturelle Aspekte und biopsychosoziale Grundlagen der Lebensqualität schizophrener Patienten. In: Katschnig, H./König, P. (Hg.). Schizophrenie und Lebensqualität. Wien: Springer-Verlag, S. 23-47.
- Hofer, Alex/Fleischhacker, W. Wolfgang (2012). Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (ICD-10 F2). In: Fleischhacker, W. Wolfgang/Hinterhuber Hartmann (Hg.). Lehrbuch Psychiatrie. Wien: Springer-Verlag, S. 111-151.
- Katschnig, H./König, P. (Hg.) (1994). Schizophrenie und Lebensqualität. In: König, P./Platz, T./Schubert, H. Aktuelle Probleme der Schizophrenie. Band 5. Wien: Springer-Verlag.
- Klein, Rüdiger (2011). Vor- und Nachteile unterschiedlicher Wohnformen. In: Rosemann, Matthias/Konrad, Michel (Hg.). Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH, S. 58-69.
- Klingberg, Stefan/Kösters, Markus/Bechdorf, Andreas/Becker, Thomas (2012). Schizophrenie – psychosoziale Therapie (ICD-10 F2). In: Voderholzer, Ulrich/Hohagen, Fritz (Hg.). Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art. 8. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag, S. 111-119.
- Kösters, Markus/Becker Thomas (2013). Psychosoziale Therapien in der Schizophreniebehandlung. In: Voderholzer, Ulrich/Hohagen, Fritz (Hg.). Therapie psychischer Erkrankungen. State of the art. 8. Aufl. München: Urban & Fischer Verlag, S. 120-130.
- Konrad, Michael/Schock, Sabine/Jaeger, Joachim (2006). Dezentrale Heimversorgung in der Sozialpsychiatrie. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Leucht, S. (2007). Pharmakotherapie bei schizophrenen Erkrankungen unter rehabilitativen Aspekten. In: Becker, Thomas/Bäumli, Josef/Pitschel-Walz, Gabriele/Weig, Wolfgang (Hg.). Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte – Interventionen – Perspektiven. Köln: Deutscher-Ärzte-Verlag, S. 51-59.
- Meyer, Thorsten (2004). Vorstellungen schizophrener Menschen über Lebensqualität. Band 7. Kiel: Verlag Dr. Kovač

- Melichar, Sabine/Orbke-Lütke-meier, Ellen/Schmidt, Kristina (2002). Qualität ist eine Frage der Perspektive?!. In: Orbke-Lütke-meier, Ellen (Hg.). *Betreutes Wohnen in Gastfamilien / Familienpflege. Kreative Wege einer ungewöhnlichen Betreuungsform für Menschen mit psychischen und geistigen Beeinträchtigungen*. Bielefeld: Bethel-Verlag, S. 17-30.
- Rahn, Ewald/Mahnkopf, Angela (2005). *Lehrbuch Psychiatrie für Studium und Beruf*. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Rosemann, Matthias/Konrad, Michel (2011). *Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterstützung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Rössler, Wulf (2006). Geleitwort. In: Becker, Thomas/Bäumel, Josef/Pitschel-Walz, Gabriele/Weig, Wolfgang (Hg.) (2007). *Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte - Interventionen - Perspektiven*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, S. XI-XII.
- Schilling, Johannes/Zeller, Susanne (2010). *Soziale Arbeit. Geschichte – Theorie – Profession*. 4. Aufl. München: Ernst Reinhardt.
- Schmidt-Michel, P.-O. (2007). *Psychiatrische Familienpflege - Betreutes Leben in Gastfamilien*. In: Becker, T./Bäumel, J./Pitschel-Walz, G./Weig, W. (Hg.). *Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen. Konzepte - Interventionen - Perspektiven*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, S. 175-185.
- Schulze-Steinmann, Lisa/Heimler, Joachim/Claassen, Josef/Cordshagen, Hans (Hg.) (2003). *Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime*. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Schönberger, Christine/Stolz, Peter (2003). *Psychosoziale Arbeitshilfen 22. Betreutes Leben in Familien – Psychiatrische Familienpflege. Ein Handbuch für die Praxis*. Mit einem Vorwort von Michael Konrad. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Sommerfeld, Peter/Hierlemann, Franz (2004). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie und im Rehabilitationsprozess*. In: Rössler, Wulf (Hg.). *Psychiatrische Rehabilitation*. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, S. 326-332.
- Thiersch, Hans (1993). *Strukturierte Offenheit. Zur Methodenfrage einer lebensweltorientierten Sozialen Arbeit*. In: Rauschenbach, Thomas/Ortmann, Friedrich/Karsten, Maria-E. (Hg.). *Der sozialpädagogische Blick. Lebensweltorientierte Methoden der Sozialen Arbeit*. München: Juventa Verlag, S. 11-28.
- Wancata, J./Gasselseder, M./Müller, Ch. (1994). *Arbeit und Lebensqualität schizophrener Patienten*. In: Katschnig, H./König, P. (Hg.). *Schizophrenie und Lebensqualität*. Wien: Springer-Verlag, S. 189-202.
- Wendt, Wolf Rainer (2010). *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung*. 5. Aufl. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

10.5 Zeitschriftenartikel

- Staub-Bernasconi, Silvia (2007). Vom beruflichen Doppel - zum professionellen Tripelmandat: Wissenschaft und Menschenrechte als Begründungsbasis der Profession Soziale Arbeit. In: Sozialarbeit in Österreich. 2007. Nr. 2. S. 8-17.
- Zimmermann, Ingo/Andrae, Jennifer (2015). Wohnst du noch oder lebst du schon? Eine empirische Untersuchung zur Lebensqualität von Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im Betreuten Wohnen in Familien (BWF). Erschienen im März 2015. In: Pflegewissenschaft. S. 171-184

10.6 Unveröffentlichte Publikationen

- Bigler, Eliane (2003). Psychiatrische Familienpflege. Evaluation der Familienpflege der Universitären Psychiatrischen Dienste UPD Bern. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Diplomarbeit Berner Fachhochschule. Hochschule für Sozialarbeit. Bern.
- Müller, Brigitte (2008). Subjektive Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Von der Messung der Lebenszufriedenheit zu dynamischen Anpassungsprozessen und Recovery. Ergebnisse einer Längsschnittuntersuchung mit Methodentriangulation. Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich. Zürich
- Kuhl, Hans Christian (2008). Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2006. Arbeitsdokument 31. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

10.7 Internetquellen

- Molderings, Barbara (2000). Neue Definition von Sozialarbeit. In: International Federation of Social Workers IFSW (Hg.). Definition of Social Work. URL: http://www.sozialarbeit.at/files/definition-international_1.pdf [Zugriffsdatum: 13. Mai 2016].

11 Anhang

11.1 Überblick Anpassungen des Fragebogens

Da eine selbstständige Erarbeitung eines angepassten Erfassungsinstrumentes den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte, wurde ein bereits vorhandenes Instrument gebraucht.

Bei einer ersten Durchführung mit einer Probandin und einem Probanden wurde ersichtlich, dass einige Angaben für den Erwünschten Vergleich der unterschiedlichen Wohnformen „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“ mit dem „Wohnen im Heim“ fehlend oder mangelnd sind.

Ebenfalls wurde bei der Durchführung herauskristallisiert, dass zwei vorhandene Fragen als sehr unangenehm wahrgenommen werden sowie zu einer depressiven Verstimmung führen können.

In der Studie von Zimmermann und Andrae (2015) „Wohnst du noch oder lebst du schon?“ Welche in verschiedene Dimensionen aufgeteilt ist, haben sich Teils markante Unterschiede bei der Beantwortung gewisser Fragen ergeben.“

Aus der Dimension des wohnbezogenes Wohlbefindens wurden für die Erweiterung des in der Studie verwendeten Befragungsinstrumentes dieser Arbeit folgende Fragen gezogen:

Fragen unter dem Titel „Über Sie“

8. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Wohnsituation?

Fragen betreffend der Lebensqualität

16. Wie zufrieden sind Sie im Zusammenleben?

26. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Privatsphäre?

27. Wie zufrieden sind Sie mit der Aussicht, weiterhin in dieser Familie/Wohngruppe zu leben?

Aus der von Zimmerwald und Andrea (2015) beschriebenen Dimension des physischen Wohlbefindens wurde folgende Frage zur Erweiterung des Befragungsinstrumentes verwendet:

*5. Wie fest hat sich Ihre Symptomatik verbessert seit dem Einzug in die Familie/
Wohngruppe?*

Da die lebensweltorientierte Soziale Arbeit wie im Kapitel 5 „Lebensweltorientierung“ erwähnt, in der Dimension der erfahrener Zeit das Ziel hat, dem Klientel Kompetenzen zu vermitteln, mit welchen sie der Offenheit der Zukunft, welche oftmals riskant erscheint und Ängste auslöst, gewachsen sein kann (vgl. Grunwald/Thiersch 2004: 33).

Aus diesem Grund wurde der Umfrage noch folgende zwei Fragen hinzugefügt:

6. Wie fest fürchten Sie sich vor der Zukunft?

7. Wie fest fürchten Sie sich vor Ihrem Tod?

4. Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern? Diese Frage deckt sich zum Teil mit der „Frage 17. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Ihr Alltag zu gestalten?“ ab, diese Frage nicht als notwendig um einen Bezug der Lebensqualität zu der Wohnform herzustellen.

Weitere zwei Fragen wurden aus dem oben genannten Gründen aus der Umfrage ausgeschlossen:

6. Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?

21. Wie zufrieden sind Sie mit ihrem Sexualleben?

11.2 Fragenbogen

WHOQOL- BREF

**MENTAL HEALTH: EVIDENCE AND RESEARCH DEPARTEMENT OF MENTAL HEALTH
AND SUBSTANCE DEPENDENCE WORLD HEALTH ORGANIZATION
GENEVA**

UMFRAGE BETREFFEND IHRER LEBENSQUALITÄT

**DIESE UMFRAGE WIRD SORGFÄLTIG BEHANDELT UND AUSSCHLIESSLICH VON
ALESSANDRA LOLLI IM RAHMEN DER BACHELOR THESIS FÜR DAS STUDIUM DER
SOZIALEN ARBEIT GEBRAUCHT.**

FRÜHLING 2016

ÜBER SIE

Gerne würden wir Ihnen zu Beginn einige generelle Fragen über Sie persönlich stellen. Bitte beantworten Sie diese durch das Umkreisen der korrekten Antwort oder durch das Ausfüllen der dafür vorgesehenen Lücken.

1. Was ist Ihr Geschlecht?

Männlich	Weiblich
----------	----------

2. Wie alt sind Sie? _____ (Alter in Jahren)

3. Zivilstand?

Ledig	Verheiratet	Geschieden	Verwitwet
-------	-------------	------------	-----------

4. Wie schätzen Sie Ihren gesundheitlichen Zustand ein?

Sehr schlecht	Schlecht	Weder schlecht noch gut	Gut	Sehr gut
---------------	----------	----------------------------	-----	----------

5. Würden Sie sich selbst als krank beschreiben?

Ja	Nein
----	------

6. Falls etwas mit Ihnen nicht in Ordnung ist, was denken Sie ist es?

7. In welcher Wohnsituation befinden Sie sich?

In einem Heim lebend	Im Betreuten Wohnen in einer Gastfamilie
----------------------	--

8. Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Wohnsituation?

Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Gleichgültig	Zufrieden	Sehr zufrieden
------------------	-------------	--------------	-----------	----------------

INSTRUKTION

Diese Umfrage befragt Sie über Ihre Wahrnehmung Ihrer Lebensqualität, Ihrer Gesundheit und anderen Bereichen Ihres Lebens. **Bitte beantworten Sie alle Fragen.** Falls Sie betreffend der Antwort auf eine Frage unsicher sind, wählen Sie die Antwort welche am ehesten zutrifft. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung Ihre eigene Wertvorstellungen, Hoffnungen, Freuden und Sorgen. Die Fragen beziehen sich auf die letzten zwei Wochen Ihres Lebens. Zum Beispiel, an die letzten zwei Wochen denkend, könnte eine Frage wie folgt lauten:

Wie gut können Sie sich konzentrieren?

Gar nicht	Ein wenig	Durchschnittlich	Gut	Sehr gut
1	2	3	4	5

Sie sollten die Nummer umkreisen, welche am besten beschreibt, wie gut Sie sich in den letzten zwei Wochen konzentrieren konnten. Falls Sie sich in den letzten zwei Wochen sehr gut konzentrieren konnten würden Sie die Nummer 5 umkreisen. Sie würden die Nummer 1 umkreisen, falls Sie sich in den letzten zwei Wochen gar nicht konzentrieren konnten. Bitte lesen Sie jede Frage durch, erforschen Sie Ihre Gefühle und umkreisen Sie bei jeder Frage die Nummer, welche für Sie die treffendste Antwort ergibt.

		Sehr schlecht	Schlecht	Durchschnittlich	Gut	Sehr gut
1.	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität bewerten?	1	2	3	4	5

		Gar nicht	Nicht	Durchschnittlich	Zufrieden	Sehr zufrieden
2.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen befragen Sie über die Häufigkeit bestimmter Erfahrungen welche Sie in den letzten zwei Wochen gemacht haben.

		Gar nicht	Wenig	Gleichgültig	Fest	Sehr fest
3.	Wie fest fühlen Sie sich von körperlichem Schmerz beeinträchtigt?	1	2	3	4	5
4.	Wie fest erfreuen Sie sich an Ihrem Leben?	1	2	3	4	5

		Gar nicht	Wenig	Gleichgültig	Fest	Sehr fest
5.	Wie fest hat sich Ihre Symptomatik verbessert seit dem Einzug in die Familie/ Wohngruppe?	1	2	3	4	5
6.	Wie fest fürchten Sie sich vor der Zukunft?	1	2	3	4	5
7.	Wie fest fürchten Sie sich vor Ihrem Tod?	1	2	3	4	5
8.	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	1	2	3	4	5
9.	Wie fest fühlen Sie sich in Ihrem Alltag sicher?	1	2	3	4	5
10.	Wie gesund ist Ihr Umfeld/Ihre Umwelt?	1	2	3	4	5
11.	Wie fest fühlen Sie sich von den Leuten, welche Sie kennen, akzeptiert?	1	2	3	4	5
12.	Wie mobil sind Sie?	1	2	3	4	5

		Gar nicht	Wenig	Gleichgültig	Meistens	Immer
13.	Haben Sie genug Energie für den Alltag?	1	2	3	4	5
14.	Haben Sie genügend Geld um Ihre Bedürfnisse zu decken?	1	2	3	4	5
15.	Sind für Sie Informationen welche Sie für Ihren Alltag benötigen zugänglich?	1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen befragen Sie wie gut oder zufrieden Sie sich über verschiedene Aspekte Ihres Lebens in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Gleichgültig	Zufrieden	Sehr zufrieden
16.	Wie zufrieden sind Sie im Zusammenleben?	1	2	3	4	5
17.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Ihr Alltag zu gestalten?	1	2	3	4	5
18.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Freizeitaktivitäten zu Betreiben?	1	2	3	4	5
19.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitskapazität?	1	2	3	4	5
20.	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	2	3	4	5
21.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	2	3	4	5
22.	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung welche Sie von Ihren Freunden bekommen?	1	2	3	4	5
23.	Wie zufrieden sind sie mit den Konditionen Ihres Wohnraumes?	1	2	3	4	5
24.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem äusserlichen Erscheinungsbild?	1	2	3	4	5

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Gleichgültig	Zufrieden	Sehr zufrieden
25.	Wie zufrieden sind Sie mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Zugängen zu medizinischer Versorgung?	1	2	3	4	5
26.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Transportmöglichkeiten?	1	2	3	4	5
27.	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Privatsphäre?	1	2	3	4	5
28.	Wie zufrieden sind Sie mit der Aussicht, weiterhin in dieser Familie/Wohngruppe zu leben?	1	2	3	4	5

Die folgende Frage befragt Sie über die Häufigkeit von Erfahrungen und Empfindungen in den letzten zwei Wochen.

		Nie	Selten	Durchschnittlich	Oft	Sehr oft
29.	Wie oft haben Sie negative Gefühle wie Melancholie, Verzweiflung, Ängste?	1	2	3	4	5

Haben Sie Bemerkungen zu dieser Umfrage?

Danke für Ihre Hilfe!

11.3 Gesamtüberblick „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“

Umfrage Über Sie

		Männlich	Weiblich
Frage 1	Geschlecht (männlich = 1, weiblich = 2)	11	19
Prozent		36,67%	63,33%

		Ledig	Verheiratet	Geschieden	Verwitwet
Frage 3	Zivilstand	24	0	3	2
Prozent		82,76%	0,00%	10,34%	6,90%

		Sehr schlecht	Schlecht	Weder schlecht noch gut	Gut	Sehr gut
Frage 4	Wie schätzen Sie Ihren gesundheitlichen Zustand ein?	0	4	9	17	0
Prozent		0,00%	13,33%	30,00%	56,67%	0,00%

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Gleichgültig	Zufrieden	Sehr zufrieden
Frage 8	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Wohnsituation?	1	3	2	16	8
Prozent		3,33%	10,00%	6,67%	53,33%	26,67%

Umfrage betreffend Lebensqualität

		Sehr schlecht	Schlecht	Durchschnittlich	Gut	Sehr gut
Frage 1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität bewerten?	1	0	8	17	4
Prozent		3,33%	0,00%	26,67%	56,67%	13,33%

		Gar nicht	Nicht	Durchschnittlich	Zufrieden	Sehr zufrieden
Frage 2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	1	5	5	16	3
Prozent		3,33%	16,67%	16,67%	53,33%	10,00%

		Gar nicht	Wenig	Gleichgültig	Fest	Sehr fest
Frage 3	Wie fest fühlen Sie sich von körperlichem Schmerz beeinträchtigt?	12	10	1	6	1
Prozent		40,00%	33,33%	3,33%	20,00%	3,33%

		0	3	4	17	6
Frage 4	Wie fest erfreuen Sie sich an Ihrem Leben?	0,00%	10,00%	13,33%	56,67%	20,00%

		7	7	4	9	3
Frage 5	Wie fest hat sich Ihre Symptomatik verbessert seit dem Einzug in die Familie/ Wohngruppe?	23,33%	23,33%	13,33%	30,00%	10,00%

		9	13	2	6	0
Frage 6	Wie fest fürchten Sie sich vor der Zukunft?	30,00%	43,33%	6,67%	20,00%	0,00%

		18	6	3	3	0
Frage 7	Wie fest fürchten Sie sich vor Ihrem Tod?	60,00%	20,00%	10,00%	10,00%	0,00%

N	
Gültig	Fehlend
30	0
29	1
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0

							Gültig	Fehlend
		Gar nicht	Wenig	Gleichgültig	Fest	Sehr fest		
Frage 8	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	0	5	7	12	6	30	0
Prozent		0,00%	16,67%	23,33%	40,00%	20,00%		
Frage 9	Wie fest fühlen Sie sich in Ihrem Alltag sicher?	3	4	5	12	6	30	0
Prozent		10,00%	13,33%	16,67%	40,00%	20,00%		
Frage 10	Wie gesund ist Ihr Umfeld/Ihre Umwelt?	1	3	9	10	7	30	0
Prozent		3,33%	10,00%	30,00%	33,33%	23,33%		
Frage 11	Wie fest fühlen Sie sich von den Leuten, welche Sie kennen, akzeptiert?	0	2	1	11	15	29	1
Prozent		0,00%	6,90%	3,45%	37,93%	51,72%		
Frage 12	Wie mobil sind Sie?	1	7	1	13	8	30	0
Prozent		3,33%	23,33%	3,33%	43,33%	26,67%		
		Gar nicht	Wenig	Gleichgültig	Meistens	Immer		
Frage 13	Haben Sie genug Energie für den Alltag?	1	8	4	13	4	30	0
Prozent		3,33%	26,67%	13,33%	43,33%	13,33%		
Frage 14	Haben Sie genügend Geld um Ihre Bedürfnisse zu decken?	3	8	2	13	4	30	0
Prozent		10,00%	26,67%	6,67%	43,33%	13,33%		
		Gar nicht	Wenig	Gleichgültig	Meistens	Immer		
Frage 15	Sind für Sie Informationen welche Sie für Ihren Alltag benötigen zugänglich?	0	1	3	16	10	30	0
Prozent		0,00%	3,33%	10,00%	53,33%	33,33%		
		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Gleichgültig	Zufrieden	Sehr zufrieden		
Frage 16	Wie zufrieden sind Sie im Zusammenleben?	2	1	2	16	9	30	0
Prozent		6,67%	3,33%	6,67%	53,33%	30,00%		
Frage 17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Ihr Alltag zu gestalten?	0	8	3	12	7	30	0
Prozent		0,00%	26,67%	10,00%	40,00%	23,33%		
Frage 18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Freizeittätigkeiten zu Betreiben?	1	7	4	12	6	30	0
Prozent		3,33%	23,33%	13,33%	40,00%	20,00%		
Frage 19	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitskapazität?	1	6	8	9	6	30	0
Prozent		3,33%	20,00%	26,67%	30,00%	20,00%		
Frage 20	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	1	4	1	21	3	30	0
Prozent		3,33%	13,33%	3,33%	70,00%	10,00%		
Frage 21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	5	3	16	5	30	0
Prozent		3,33%	16,67%	10,00%	53,33%	16,67%		

							Gültig	Fehlend
		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Gleichgültig	Zufrieden	Sehr zufrieden		
Frage 22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung welche Sie von Ihren Freunden bekommen?	0	2	13	14	1	30	0
Prozent		0,00%	6,67%	43,33%	46,67%	3,33%		
Frage 23	Wie zufrieden sind sie mit den Konditionen Ihres Wohnraumes?	2	0	4	21	3	30	0
Prozent		6,67%	0,00%	13,33%	70,00%	10,00%		
Frage 24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem äusserlichen Erscheinungsbild?	0	4	7	15	4	30	0
Prozent		0,00%	13,33%	23,33%	50,00%	13,33%		
Frage 25	Wie zufrieden sind Sie mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Zugängen zu medizinischer Versorgung?	0	0	1	15	14	30	0
Prozent		0,00%	0,00%	3,33%	50,00%	46,67%		
Frage 26	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Transportmöglichkeiten?	3	5	8	10	4	30	0
Prozent		10,00%	16,67%	26,67%	33,33%	13,33%		
Frage 27	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Privatsphäre?	2	1	3	17	7	30	0
Prozent		6,67%	3,33%	10,00%	56,67%	23,33%		
Frage 28	Wie zufrieden sind Sie mit der Aussicht, weiterhin in dieser Familie/Wohngruppe zu leben?	1	4	3	14	8	30	0
Prozent		3,33%	13,33%	10,00%	46,67%	26,67%		
		Nie	Selten	Durchschnittlich	Oft	Sehr Oft		
Frage 29	Wie oft haben Sie negative Gefühle wie Melancholie, Verzweiflung, Ängste?	6	11	6	6	1	30	0
Prozent		20,00%	36,67%	20,00%	20,00%	3,33%		

Tab. 1: Gesamtüberblick „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

11.4 Kennzahlen „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“

		Fehlend	Min.	Max.	Mittelwert	Modalwert	SD
Über Sie							
Frage 1	Geschlecht (männlich = 1, weiblich = 2)	0					
Frage 2	Alter	1	19	64	41,16	32	12,8
Frage 3	Zivilstand	0					
Frage 4	Wie schätzen Sie Ihren gesundheitlichen Zustand ein?	0	2	4	3,43	4	0,7
Frage 5	Würden Sie sich selbst als krank beschreiben? (ja = 1, nein = 2)	0	1	2	1,37	1	0,5
Frage 6	Falls etwas mit Ihnen nicht in Ordnung ist, was denken Sie ist es?	18					
Frage 7	In welcher Wohnsituation befinden Sie sich? (In einem Heim lebend = 1, Im Betreuten Wohnen in einer Gastfamilie = 2)	0					
Frage 8	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Wohnsituation?	0	1	5	3,90	4	1,0
Umfrage betreffend Lebensqualität							
Frage 1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität bewerten?	0	1	5	3,77	4	0,8
Frage 2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	0	1	5	3,50	4	1,0
Frage 3	Wie fest fühlen Sie sich von körperlichem Schmerz beeinträchtigt?	0	1	5	2,13	1	1,3
Frage 4	Wie fest erfreuen Sie sich an Ihrem Leben?	0	2	5	3,87	4	0,9
Frage 5	Wie fest hat sich Ihre Symptomatik verbessert seit dem Einzug in die Familie/Wohngruppe?	0	1	5	2,80	4	1,4
Frage 6	Wie fest fürchten Sie sich vor der Zukunft?	0	1	4	2,17	2	1,1
Frage 7	Wie fest fürchten Sie sich vor Ihrem Tod?	0	1	4	1,70	1	1,0
Frage 8	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	0	2	5	3,63	4	1,0
Frage 9	Wie fest fühlen Sie sich in Ihrem Alltag sicher?	0	1	5	3,47	4	1,3
Frage 10	Wie gesund ist Ihr Umfeld/Ihre Umwelt?	0	1	5	3,63	4	1,1
Frage 11	Wie fest fühlen Sie sich von den Leuten, welche Sie kennen, akzeptiert?	1	2	5	4,34	5	0,9
Frage 12	Wie mobil sind Sie?	0	1	5	3,67	4	1,2
Frage 13	Haben Sie genug Energie für den Alltag?	0	1	5	3,37	4	1,1
Frage 14	Haben Sie genügend Geld um Ihre Bedürfnisse zu decken?	0	1	5	3,23	4	1,3
Frage 15	Sind für Sie Informationen welche Sie für Ihren Alltag benötigen zugänglich?	0	2	5	4,17	4	0,7
Frage 16	Wie zufrieden sind Sie im Zusammenleben?	0	1	5	3,97	4	1,1
Frage 17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Ihr Alltag zu gestalten?	0	2	5	3,60	4	1,1
Frage 18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Freizeitaktivitäten zu Betreiben?	0	1	5	3,50	4	1,2
Frage 19	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitskapazität?	0	1	5	3,43	4	1,1
Frage 20	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	0	1	5	3,70	4	1,0
Frage 21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	0	1	5	3,63	4	1,1
Frage 22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung welche Sie von Ihren Freunden bekommen?	0	2	5	3,47	4	0,7
Frage 23	Wie zufrieden sind sie mit den Konditionen Ihres Wohnraumes?	0	1	5	3,77	4	0,9
Frage 24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem äusserlichen Erscheinungsbild?	0	2	5	3,63	4	0,9

		Fehlend	Min.	Max.	Mittelwert	Modalwert	SD
Umfrage betreffend Lebensqualität							
Frage 25	Wie zufrieden sind Sie mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Zugängen zu medizinischer Versorgung?	0	3	5	4,43	4	0,6
Frage 26	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Transportmöglichkeiten?	0	1	5	3,23	4	1,2
Frage 27	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Privatsphäre?	0	1	5	3,87	4	1,0
Frage 28	Wie zufrieden sind Sie mit der Aussicht, weiterhin in dieser Familie/Wohngruppe zu leben?	0	1	5	3,80	4	1,1
Frage 29	Wie oft haben Sie negative Gefühle wie Melancholie, Verzweiflung, Ängste?	0	1	5	2,50	2	1,1

Tab. 2: Kennzahlen „Betreutes Wohnen in Gastfamilien“

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

11.5 Gesamtüberblick „Betreutes Wohnen im Heim“

Umfrage über Sie

		Männlich	Weiblich
Frage 1	Geschlecht (männlich = 1, weiblich = 2)	14	16
Prozent		46,67%	53,33%

		Ledig	Verheiratet	Geschieden	Verwitwet
Frage 3	Zivilstand	23	1	6	0
Prozent		76,67%	3,33%	20,00%	0,00%

		Sehr schlecht	Schlecht	Weder schlecht noch gut	Gut	Sehr gut
Frage 4	Wie schätzen Sie Ihren gesundheitlichen Zustand ein?	1	8	12	8	0
Prozent		3,45%	27,59%	41,38%	27,59%	0,00%

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Gleichgültig	Zufrieden	Sehr zufrieden
Frage 8	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Wohnsituation?	1	4	10	13	2
Prozent		3,33%	13,33%	33,33%	43,33%	6,67%

Umfrage betreffend Lebensqualität

		Sehr schlecht	Schlecht	Durchschnittlich	Gut	Sehr gut
Frage 1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität bewerten?	0	4	16	10	0
Prozent		0,00%	13,33%	53,33%	33,33%	0,00%

		Gar nicht	Nicht	Durchschnittlich	Zufrieden	Sehr zufrieden
Frage 2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	0	5	13	10	2
Prozent		0,00%	16,67%	43,33%	33,33%	6,67%

		Gar nicht	Wenig	Gleichgültig	Fest	Sehr fest
Frage 3	Wie fest fühlen Sie sich von körperlichem Schmerz beeinträchtigt?	10	9	5	6	0
Prozent		33,33%	30,00%	16,67%	20,00%	0,00%

Frage 4	Wie fest erfreuen Sie sich an Ihrem Leben?	1	6	10	10	3
Prozent		3,33%	20,00%	33,33%	33,33%	10,00%

Frage 5	Wie fest hat sich Ihre Symptomatik verbessert seit dem Einzug in die Familie/Wohngruppe?	5	6	8	10	1
Prozent		16,67%	20,00%	26,67%	33,33%	3,33%

Frage 6	Wie fest fürchten Sie sich vor der Zukunft?	6	11	5	8	0
Prozent		20,00%	36,67%	16,67%	26,67%	0,00%

Frage 7	Wie fest fürchten Sie sich vor Ihrem Tod?	10	9	7	2	2
Prozent		33,33%	30,00%	23,33%	6,67%	6,67%

Frage 8	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	0	12	7	10	1
Prozent		0,00%	40,00%	23,33%	33,33%	3,33%

N	
Gültig	Fehlend
30	0
30	0
29	1
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0
30	0

							Gültig	Fehlend
		Gar nicht	Wenig	Gleichgültig	Fest	Sehr fest		
Frage 9	Wie fest fühlen Sie sich in Ihrem Alltag sicher?	0	12	6	10	2	30	0
Prozent		0,00%	40,00%	20,00%	33,33%	6,67%		
Frage 10	Wie gesund ist Ihr Umfeld/Ihre Umwelt?	1	9	12	7	1	30	0
Prozent		3,33%	30,00%	40,00%	23,33%	3,33%		
Frage 11	Wie fest fühlen Sie sich von den Leuten, welche Sie kennen, akzeptiert?	1	5	9	12	3	30	0
Prozent		3,33%	16,67%	30,00%	40,00%	10,00%		
Frage 12	Wie mobil sind Sie?	2	9	6	5	7	29	1
Prozent		6,90%	31,03%	20,69%	17,24%	24,14%		
		Gar nicht	Wenig	Gleichgültig	Meistens	Immer		
Frage 13	Haben Sie genug Energie für den Alltag?	2	7	4	15	2	30	0
Prozent		6,67%	23,33%	13,33%	50,00%	6,67%		
Frage 14	Haben Sie genügend Geld um Ihre Bedürfnisse zu decken?	6	13	2	8	1	30	0
Prozent		20,00%	43,33%	6,67%	26,67%	3,33%		
Frage 15	Sind für Sie Informationen welche Sie für Ihren Alltag benötigen zugänglich?	1	4	7	10	8	30	0
Prozent		3,33%	13,33%	23,33%	33,33%	26,67%		
		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Gleichgültig	Zufrieden	Sehr zufrieden		
Frage 16	Wie zufrieden sind Sie im Zusammenleben?	1	14	7	5	3	30	0
Prozent		3,33%	46,67%	23,33%	16,67%	10,00%		
Frage 17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Ihr Alltag zu gestalten?	0	12	7	9	2	30	0
Prozent		0,00%	40,00%	23,33%	30,00%	6,67%		
Frage 18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Freizeitaktivitäten zu Betreiben?	0	11	5	12	2	30	0
Prozent		0,00%	36,67%	16,67%	40,00%	6,67%		
Frage 19	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitskapazität?	2	7	13	6	2	30	0
Prozent		6,67%	23,33%	43,33%	20,00%	6,67%		
Frage 20	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	2	6	8	13	1	30	0
Prozent		6,67%	20,00%	26,67%	43,33%	3,33%		
Frage 21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	1	8	7	12	2	30	0
Prozent		3,33%	26,67%	23,33%	40,00%	6,67%		
Frage 22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung welche Sie von Ihren Freunden bekommen?	3	4	9	11	3	30	0
Prozent		10,00%	13,33%	30,00%	36,67%	10,00%		
Frage 23	Wie zufrieden sind sie mit den Konditionen Ihres Wohnraumes?	2	8	5	14	1	30	0
Prozent		6,67%	26,67%	16,67%	46,67%	3,33%		

		Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Gleichgültig	Zufrieden	Sehr zufrieden	Gültig	Fehlend
Frage 24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem äusserlichen Erscheinungsbild?	4	6	5	13	1	29	1
Prozent		13,79%	20,69%	17,24%	44,83%	3,45%		
Frage 25	Wie zufrieden sind Sie mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Zugängen zu medizinischer Versorgung?	1	3	8	13	5	30	0
Prozent		3,33%	10,00%	26,67%	43,33%	16,67%		
Frage 26	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Transportmöglichkeiten?	1	8	11	10	0	30	0
Prozent		3,33%	26,67%	36,67%	33,33%	0,00%		
Frage 27	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Privatsphäre?	3	11	6	8	2	30	0
Prozent		10,00%	36,67%	20,00%	26,67%	6,67%		
Frage 28	Wie zufrieden sind Sie mit der Aussicht, weiterhin in dieser Familie/Wohngruppe zu leben?	3	9	8	8	2	30	0
Prozent		10,00%	30,00%	26,67%	26,67%	6,67%		
		Nie	Selten	Durchschnittlich	Oft	Sehr oft		
Frage 29	Wie oft haben Sie negative Gefühle wie Melancholie, Verzweiflung, Ängste?	2	9	7	10	2	30	0
Prozent		6,67%	30,00%	23,33%	33,33%	6,67%		

Tab. 3: Gesamtüberblick „Betreutes Wohnen im Heim“

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

11.6 Kennzahlen „Betreutes Wohnen im Heim“

		Fehlend	Min.	Max.	Mittelwert	Modalwert	SD
Über Sie							
Frage 1	Geschlecht (männlich = 1, weiblich = 2)	0					
Frage 2	Alter	0	22	58	35,57	28	9,89
Frage 3	Zivilstand	0					
Frage 4	Wie schätzen Sie Ihren gesundheitlichen Zustand ein?	1	1	4	2,93	3	0,84
Frage 5	Würden Sie sich selbst als krank beschreiben? (ja = 1, nein = 2)	1	1	2	1,41	1	0,50
Frage 6	Falls etwas mit Ihnen nicht in Ordnung ist, was denken Sie ist es?	14					
Frage 7	In welcher Wohnsituation befinden Sie sich? (In einem Heim lebend = 1, Im Betreuten Wohnen in einer Gastfamilie = 2)	0					
Frage 8	Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen mit Ihrer Wohnsituation?	0	1	5	3,37	4	0,93
Umfrage betreffend Lebensqualität							
Frage 1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität bewerten?	0	2	4	3,20	3	0,66
Frage 2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	0	2	5	3,30	3	0,84
Frage 3	Wie fest fühlen Sie sich von körperlichem Schmerz beeinträchtigt?	0	1	4	2,23	1	1,14
Frage 4	Wie fest erfreuen Sie sich an Ihrem Leben?	0	1	5	3,27	4	1,01
Frage 5	Wie fest hat sich Ihre Symptomatik verbessert seit dem Einzug in die Familie/ Wohngruppe?	0	1	5	2,87	4	1,17
Frage 6	Wie fest fürchten Sie sich vor der Zukunft?	0	1	4	2,50	2	1,11
Frage 7	Wie fest fürchten Sie sich vor Ihrem Tod?	0	1	5	2,23	1	1,19
Frage 8	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	0	2	5	3,00	2	0,95
Frage 9	Wie fest fühlen Sie sich in Ihrem Alltag sicher?	0	2	5	3,07	2	1,01
Frage 10	Wie gesund ist Ihr Umfeld/Ihre Umwelt?	0	1	5	2,93	3	0,91
Frage 11	Wie fest fühlen Sie sich von den Leuten, welche Sie kennen, akzeptiert?	0	1	5	3,37	4	1,00
Frage 12	Wie mobil sind Sie?	1	1	5	3,21	2	1,32
Frage 13	Haben Sie genug Energie für den Alltag?	0	1	5	3,27	4	1,11
Frage 14	Haben Sie genügend Geld um Ihre Bedürfnisse zu decken?	0	1	5	2,50	2	1,20
Frage 15	Sind für Sie Informationen welche Sie für Ihren Alltag benötigen zugänglich?	0	1	5	3,67	4	1,12
Frage 16	Wie zufrieden sind Sie im Zusammenleben?	0	1	5	2,83	2	1,09
Frage 17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Ihr Alltag zu gestalten?	0	2	5	3,03	2	1,00
Frage 18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Freizeitaktivitäten zu Betreiben?	0	2	5	3,17	4	1,02
Frage 19	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitskapazität?	0	1	5	2,97	3	1,00
Frage 20	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	0	1	5	3,17	4	1,02

		Fehlend	Min.	Max.	Mittelwert	Modalwert	SD
Über Sie							
Frage 21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	0	1	5	3,20	4	1,03
Frage 22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung welche Sie von Ihren Freunden bekommen?	0	1	5	3,23	4	1,14
Frage 23	Wie zufrieden sind sie mit den Konditionen Ihres Wohnraumes?	0	1	5	3,13	4	1,07
Frage 24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem äusserlichen Erscheinungsbild?	1	1	5	3,03	4	1,18
Frage 25	Wie zufrieden sind Sie mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Zugängen zu medizinischer Versorgung?	0	1	5	3,60	4	1,00
Frage 26	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Transportmöglichkeiten?	0	1	4	3,00	3	0,87
Frage 27	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Privatsphäre?	0	1	5	2,83	2	1,15
Frage 28	Wie zufrieden sind Sie mit der Aussicht, weiterhin in dieser Familie/Wohngruppe zu leben?	0	1	5	2,90	2	1,12
Frage 29	Wie oft haben Sie negative Gefühle wie Melancholie, Verzweiflung, Ängste?	0	1	5	3,03	4	1,10

Tab. 4: Kennzahlen „Betreutes Wohnen im Heim“

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

11.7 Gesamtauswertung Befragungsinstrument

Umfrage betreffend Lebensqualität – Betreutes Wohnen in Gastfamilie (grün) und Betreutes Wohnen im Heim (violett)		Mittelwert	n =	df	p-Wert	Signifikanz	
Frage 1	Wie würden Sie Ihre Lebensqualität bewerten?	4 4 3 4 3 1 4 4 5 4 5 4 4 3 4 3 4 3 3 3 5 4 4 4 4 4 4 3 4 5	3,77	30	58	0,0047	Gegeben
		3 3 3 3 4 3 4 3 4 2 3 2 3 3 3 4 3 3 4 3 3 2 2 3 4 4 3 4 4 4	3,20	30			
Frage 2	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	5 3 3 4 3 1 2 5 4 2 4 4 4 4 3 4 5 2 4 2 4 3 4 4 4 4 2 4 4	3,50	30	58	0,4067	Nein
		3 3 3 4 4 2 5 3 3 4 3 3 4 3 2 3 4 3 2 2 4 3 2 3 5 4 3 4 4 4	3,30	30			
Frage 3	Wie fest fühlen Sie sich von körperlichem Schmerz beeinträchtigt?	2 4 3 2 4 1 2 1 1 4 2 4 2 2 4 1 1 1 1 5 1 2 2 2 1 1 1 4 1 2	2,13	30	58	0,7471	Nein
		4 2 3 2 1 1 1 2 4 2 2 2 1 3 4 2 3 4 1 2 3 3 4 2 1 4 1 1 1 1	2,23	30			
Frage 4	Wie fest erfreuen Sie sich an Ihrem Leben?	5 4 2 4 3 4 2 5 5 4 5 5 4 3 4 2 3 3 4 4 5 4 4 4 4 4 4 4 4 4	3,87	30	58	0,0166	Gegeben
		4 3 3 3 4 1 4 3 3 3 3 2 3 2 2 4 4 3 2 3 4 2 2 4 5 4 4 5 4 5	3,27	30			
Frage 5	Wie fest hat sich Ihre Symptomatik verbessert seit dem Einzug in die Familie/Wohngruppe?	3 4 3 4 4 1 2 4 5 2 5 5 1 3 2 1 1 2 4 3 4 2 1 2 4 4 1 2 4 1	2,80	30	58	0,8402	Nein
		4 3 4 4 2 1 4 1 4 4 2 4 2 3 2 2 3 3 1 3 4 3 1 3 5 1 3 4 2 4	2,87	30			
Frage 6	Wie fest fürchten Sie sich vor der Zukunft?	4 3 4 2 2 4 2 1 1 2 1 2 2 2 1 4 1 2 1 2 2 3 2 4 2 1 1 1 2 4	2,17	30	58	0,2436	Nein
		3 2 2 2 2 4 1 4 4 2 3 3 4 4 4 2 1 2 2 4 2 3 4 1 1 2 3 1 2 1	2,50	30			
Frage 7	Wie fest fürchten Sie sich vor Ihrem Tod?	1 1 1 1 1 4 4 1 2 1 1 2 1 3 2 1 1 2 1 1 2 3 1 4 1 1 3 1 2 1	1,70	30	58	0,0683	Nein
		3 3 3 2 3 3 1 2 2 2 1 1 5 2 5 3 1 2 2 4 1 2 1 2 1 4 3 1 1 1	2,23	30			
Frage 8	Wie gut können Sie sich konzentrieren?	5 4 4 3 4 2 4 4 3 2 5 4 4 3 5 2 5 5 3 4 4 2 2 4 4 3 3 4 5 3	3,63	30	58	0,0145	Gegeben
		4 3 3 2 4 4 2 3 2 2 4 2 4 2 2 3 4 3 3 2 2 2 2 3 5 2 4 4 4 4	3,00	30			
Frage 9	Wie fest fühlen Sie sich in Ihrem Alltag sicher?	1 4 4 3 3 4 2 5 4 1 4 4 2 3 5 1 5 4 5 4 4 4 2 2 5 3 3 5 4 4	3,47	30	58	0,1795	Nein
		3 3 4 4 4 4 4 3 2 4 2 2 2 2 2 2 2 2 3 3 2 2 2 4 5 4 3 5 4 4	3,07	30			
Frage 10	Wie gesund ist Ihr Umfeld/Ihre Umwelt?	5 4 3 4 4 1 2 2 5 4 5 4 3 3 5 3 3 5 4 5 5 3 2 3 4 3 4 3 4 4	3,63	30	58	0,0082	Gegeben
		3 3 2 3 3 3 4 2 4 2 2 4 1 4 4 2 2 2 4 2 3 3 3 4 5 3 3 2 3 3	2,93	30			
Frage 11	Wie fest fühlen Sie sich von den Leuten, welche Sie kennen, akzeptiert?	5 4 4 5 5 2 2 5 4 5 5 4 4 5 4 5 5 5 5 5 4 4 4 5 3 5 5 4 4	4,34	29	57	0,0002	Gegeben
		3 4 4 4 4 3 4 3 4 2 2 4 3 4 4 5 3 3 4 3 2 2 1 4 5 4 2 5 3 3	3,37	30			
Frage 12	Wie mobil sind Sie?	5 4 3 4 2 5 1 2 4 4 5 5 4 4 2 5 5 2 5 2 5 4 4 2 4 4 4 2 4 4	3,67	30	57	0,1694	Nein
		2 5 2 5 5 3 3 3 2 1 2 2 5 2 5 4 1 2 4 4 2 2 3 4 3 5 4 3 5	3,21	29			
Frage 13	Haben Sie genug Energie für den Alltag?	4 2 4 3 3 4 1 5 4 2 4 5 3 5 2 2 5 4 4 2 4 4 2 2 4 3 4 2 4 4	3,37	30	58	0,7309	Nein
		4 4 2 4 4 1 4 2 4 4 4 2 3 2 2 5 4 4 2 4 3 2 1 4 5 3 3 4 4 4	3,27	30			

Umfrage betreffend Lebensqualität – Betreutes Wohnen in Gastfamilie (grün) und Betreutes Wohnen im Heim (violett)																								Mittelwert	n =	df	p-Wert	Signifikanz
Frage 14	Haben Sie genügend Geld um Ihre Bedürfnisse zu decken?	1 4 3 4 4 1 4 2 4 2 2 5 2 4 4 4 1 2 5 5 2 4 4 4 3 4 2 5 2 4	3,23	30	58	0,0254	Gegeben																					
		4 2 2 1 2 1 4 3 2 1 2 1 5 4 1 2 2 2 4 2 2 3 1 4 4 2 4 2 2 4	2,50	30																								
Frage 15	Sind für Sie Informationen welche Sie für Ihren Alltag benötigen zugänglich?	5 4 4 4 4 5 2 5 5 3 5 5 4 4 4 4 4 4 5 5 5 4 4 3 3 4 4 5 4 4	4,17	30	58	0,0478	Gegeben																					
		3 3 5 3 5 3 3 4 2 2 2 4 3 4 2 4 5 4 4 3 4 4 1 4 5 5 5 5 5 4	3,67	30																								
Frage 16	Wie zufrieden sind Sie im Zusammenleben?	5 5 3 4 4 1 4 4 5 2 5 5 4 4 4 4 3 1 4 5 4 5 4 4 4 4 5 4 5 4 4	3,97	30	58	0,0001	Gegeben																					
		3 4 3 3 3 2 4 2 4 2 3 2 1 2 2 2 2 2 4 2 3 2 2 5 5 4 2 5 3 2	2,83	30																								
Frage 17	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Ihr Alltag zu gestalten?	5 3 2 4 4 2 4 4 5 4 5 5 4 3 2 2 2 2 4 2 4 4 3 5 5 4 5 4 4 2	3,60	30	58	0,0445	Gegeben																					
		3 3 2 3 4 3 3 2 2 2 2 2 2 2 4 5 4 2 2 3 4 3 2 2 5 4 4 4 4 4	3,03	30																								
Frage 18	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten Freizeittätigkeiten zu Betreiben?	5 4 3 4 4 1 4 4 5 4 5 5 4 3 2 2 4 2 3 2 2 4 3 5 2 4 5 4 4 2	3,50	30	58	0,2437	Nein																					
		2 4 2 4 5 3 4 2 2 2 2 3 2 3 4 3 4 2 3 4 4 2 2 2 5 4 4 4 4 4	3,17	30																								
Frage 19	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitskapazität?	2 5 3 5 1 2 4 4 4 2 4 5 3 3 2 2 4 3 5 3 4 4 4 3 5 3 5 4 3 2	3,43	30	58	0,0965	Nein																					
		4 3 4 3 4 1 3 2 3 4 4 2 2 2 2 3 3 1 3 3 3 3 3 2 5 3 4 2 5 3	2,97	30																								
Frage 20	Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	4 4 1 4 4 2 4 4 4 2 5 4 4 4 2 2 5 4 4 4 4 3 4 4 5 4 4 4 4 4	3,70	30	58	0,0407	Gegeben																					
		4 2 4 3 4 1 4 2 2 4 3 4 3 2 3 4 3 3 2 2 4 3 1 4 5 4 3 4 4 4	3,17	30																								
Frage 21	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	5 4 4 4 4 1 4 4 5 4 5 5 3 4 2 3 4 4 2 2 4 3 4 4 5 4 2 4 4 2	3,63	30	58	0,1149	Nein																					
		3 2 4 4 4 3 5 3 4 2 2 4 4 4 3 4 2 2 2 2 3 4 1 4 5 2 3 3 4 4	3,20	30																								
Frage 22	Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung welche Sie von Ihren Freunden bekommen?	3 4 4 4 4 2 4 4 5 4 4 4 3 3 3 3 4 3 3 3 3 2 4 3 3 3 4 4 4 4	3,47	30	58	0,3393	Nein																					
		3 3 4 3 4 2 5 2 4 2 2 4 5 4 4 4 3 1 4 1 3 4 1 4 5 4 3 3 3 3	3,23	30																								
Frage 23	Wie zufrieden sind sie mit den Konditionen Ihres Wohnraumes?	4 4 3 4 4 1 4 5 5 4 4 5 4 3 4 3 1 4 4 4 4 4 4 4 3 4 4 4 4 4	3,77	30	58	0,0162	Gegeben																					
		4 4 4 4 4 3 3 1 4 1 2 4 2 2 2 4 3 2 3 2 2 3 2 4 5 4 4 4 4 4	3,13	30																								
Frage 24	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem äusserlichen Erscheinungsbild?	5 5 3 4 2 4 2 4 3 4 4 4 3 3 4 2 4 4 5 3 4 3 2 4 4 5 4 4 3 4	3,63	30	57	0,0326	Gegeben																					
		2 2 4 4 1 4 2 4 4 3 4 1 4 4 4 4 3 3 1 2 2 1 4 5 3 3 4 2 4	3,03	29																								
Frage 25	Wie zufrieden sind Sie mit den Ihnen zur Verfügung stehenden Zugängen zu medizinischer Versorgung?	5 5 3 5 4 4 4 5 5 4 5 5 4 4 5 4 4 4 5 5 4 4 4 4 5 5 4 5 5 4	4,43	30	58	0,0003	Gegeben																					
		3 4 4 4 4 1 2 3 4 4 4 4 3 3 4 4 5 3 2 3 3 4 2 5 5 5 4 5 3 4	3,60	30																								

Umfrage betreffend Lebensqualität – Betreutes Wohnen in Gastfamilie (grün) und Betreutes Wohnen im Heim (violett)		Mittelwert	n =	df	p-Wert	Signifikanz	
Frage 26	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Transportmöglichkeiten?	5 3 3 4 3 1 4 4 5 4 5 5 3 3 2 3 2 1 2 4 4 2 4 4 4 3 2 4 3 1	3,23	30	58	0,3912	Nein
		3 3 3 4 4 3 3 2 2 1 2 2 4 2 2 2 3 3 4 4 4 3 2 3 4 3 4 4 3 4	3,00	30			
Frage 27	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Privatsphäre?	5 4 3 4 4 1 1 4 5 4 5 5 4 3 5 4 2 4 5 4 4 4 3 4 5 4 4 4 4 4	3,87	30	58	0,0006	Gegeben
		3 4 4 4 4 1 4 2 2 2 2 1 2 2 1 2 2 2 3 3 3 3 2 4 5 4 2 5 4 3	2,83	30			
Frage 28	Wie zufrieden sind Sie mit der Aussicht, weiterhin in dieser Familie/Wohngruppe zu leben?	5 5 4 5 4 1 2 2 5 4 5 5 4 3 4 3 2 4 4 4 4 4 3 4 4 5 4 5 4 2	3,80	30	58	0,0027	Gegeben
		4 3 4 3 2 2 4 1 4 1 2 3 3 2 2 2 3 2 3 2 4 2 1 5 5 4 3 4 4 3	2,90	30			
Frage 29	Wie oft haben Sie negative Gefühle wie Melancholie, Verzweiflung, Ängste?	1 3 4 2 3 5 4 2 2 4 1 2 3 3 4 4 1 2 1 3 2 1 2 2 2 4 3 2 2 1	2,50	30	58	0,0697	Nein
		2 4 4 2 2 5 2 2 4 4 4 4 4 4 2 3 3 4 3 3 3 4 5 2 1 2 3 2 3 1	3,03	30			

Tab. 5: Gesamtauswertung Befragungsinstrument

Quelle: Eigene Darstellung (2016).

12 Ehrenwörtliche Erklärung

Name, Vorname:

Lolli, Alessandra

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Intervention Wohnen bei Menschen mit der Diagnose „chronische Schizophrenie“.

Betroffene werden befragt

Empirische Studie. Betreutes Wohnen im Heim versus Betreutes Wohnen in einer Gastfamilie.

Die wahrgenommene subjektive Lebensqualität von Betroffenen im Vergleich.

Begleitung Bachelor Thesis:

Prof. Dr. rer. soc. Peter Sommerfeld

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 30. Juni 2016

Unterschrift: _____