

Luisa Heim

## Teilhabe aus theoretischer und praktischer Sicht

Der Begriff und seine Umsetzung am Beispiel schwer psychisch kranker Menschen

Luisa Heim

## Teilhabe aus theoretischer und praktischer Sicht

Der Begriff und seine Umsetzung am Beispiel  
schwer psychisch kranker Menschen



## **Impressum**

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek:

Luisa Heim  
**Teilhabe aus theoretischer und praktischer Sicht  
Der Begriff und seine Umsetzung am Beispiel  
schwer psychisch kranker Menschen**

Höchberg b. Würzburg: ZKS Verlag für psychosoziale Medien  
Alle Rechte vorbehalten  
© 2020 Luisa Heim  
ISBN 978-3-947502-27-1

Technische Redaktion: Meike Kappenstei  
Lektorat: Tony Hofmann  
Cover-Design: Leon Reicherts / Tony Hofmann  
Layout: Hanna Hoos

**Herausgeber der „Schriften zur psychosozialen Gesundheit“:**  
Prof. Dr. Helmut Pauls  
Prof. Dr. Frank Como-Zipfel,  
Dr. Gernot Hahn

**Anschrift ZKS Verlag für psychosoziale Medien:**  
ZKS Verlag für psychosoziale Medien  
Albrecht-Dürer-Str. 166  
97204 Höchberg

## Abstract

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Begriff der Teilhabe und seiner Umsetzung am Beispiel schwer psychisch kranker Menschen. Es wird der Frage nachgegangen, wie sich der Begriff theoretisch darstellen lässt und seine praktische Umsetzung konkret gemessen werden kann. Dies gilt besonders vor dem Hintergrund der prekären Datenlage hinsichtlich dieses Themas. Ziel ist es, den komplexen Begriff zu erläutern, ihn in einen aktuellen, gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang zu bringen und eine Möglichkeit zur Erfassung von Teilhabe aufzuzeigen. Hierfür findet eine Replikation der „BAESCAP-Studie“ („Bewertung aktueller Entwicklungen der sozialpsychiatrischen Versorgung auf Basis des Capabilities-Approaches und der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen“) statt.

Im Ergebnis wird deutlich, dass die Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen oftmals eingeschränkt ist. Dies zeigt sich über alle erhobenen Bereiche – Wohnen, Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Gesundheit, Freizeit, soziale Beziehungen und Stigmatisierung – hinweg. Ergänzend werden individuelle Gestaltungsspielräume (Verwirklichungschancen) im Sinne des Capabilities Approachs erfasst. Es können schließlich entscheidende Einflussfaktoren auf die Höhe dieser Verwirklichungschancen herausgearbeitet werden: Eine gute soziale Unterstützung, geringe Stigmaerfahrungen und wenige gesundheitliche Einschränkungen wirken sich in beiden Erhebungen positiv auf die Verwirklichungschancen aus (in der „BAESCAP-Studie“ konnte zusätzlich ein Effekt der Freizeitaktivitäten verzeichnet werden).

Auf Grundlage der Ergebnisse sollte zukünftig die Selbstbestimmung von schwer psychisch kranken Menschen im Bereich Wohnen verbessert werden. Des Weiteren sollten inklusive Strukturen die Chancen auf Ausbildung und Erwerbstätigkeit erhöhen und die Einbindung in Freizeitaktivitäten ermöglichen. Auch der Bereich der Gesundheit sollte von der Eingliederungshilfe verstärkt in den Blick genommen werden. Zusätzlich ist die Stigmatisierung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu thematisieren und aktiv abzubauen. Um schließlich die Verwirklichungschancen zu verbessern, sollte an den beschriebenen Einflussgrößen gearbeitet und eine ressourcenorientierte Perspektive im Sinne des Recovery Ansatzes eingenommen werden.

# Inhaltsverzeichnis

|   |           |
|---|-----------|
| Tabellenverzeichnis .....   | IV        |
| Abbildungsverzeichnis .....   | V         |
| <b>1. Fragestellung und Zielsetzung.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>2. Der Begriff der Teilhabe .....</b>  | <b>3</b>  |
| 2.1. Theoretische Ebene: Der komplexe Begriff der Teilhabe .....  | 3         |
| 2.1.1. Problemstellung .....  | 3         |
| 2.1.2. Verhältnis von Teilhabe zu Inklusion, Integration, Partizipation und Subvention .....                  | 4         |
| 2.1.3. Teilhabedimensionen .....  | 7         |
| 2.1.4. Aspekt der Anerkennung und der „Teilgabe“.....   | 9         |
| 2.2. Verschiedene Teilhabedefinitionen.....   | 10        |
| 2.2.1. Teilhabe in der UN-Behindertenrechtskonvention.....  | 10        |
| 2.2.2. Teilhabe in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit..... | 13        |
| 2.2.3. Teilhabe im Bundesteilhabegesetz .....   | 17        |
| 2.3. Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen .....   | 21        |
| 2.3.1. Begriffsklärung .....  | 21        |
| 2.3.2. Verbreitung in der Gesellschaft.....   | 22        |
| 2.3.3. Besonderheiten in der Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen .                                     | 22        |
| 2.4. Fazit.....   | 23        |
| <b>3. Teilhabe psychisch erkrankter Menschen vor dem Hintergrund der aktuellen Wirtschaftsform.....</b>       | <b>26</b> |
| 3.1. Auswirkungen des Neoliberalismus .....   | 26        |
| 3.2. Bedeutung von Arbeit .....   | 29        |
| 3.3. Entsolidarisierung in der Gesellschaft.....  | 30        |
| 3.4. Marktkonforme Inklusion.....   | 30        |
| 3.5. Psychische Erkrankungen als Folge der erhöhten Anforderungen .....                                       | 31        |
| 3.6. Fazit.....   | 32        |
| <b>4. Methodisches Vorgehen zur Erhebung der Teilhabesituation von schwer psychisch kranken Menschen.....</b> | <b>33</b> |
| 4.1. „BAESCAP-Studie“.....  | 33        |
| 4.1.1. Allgemeine Informationen.....  | 33        |
| 4.1.2. Capabilities Approach als Grundlage der Studie .....   | 34        |
| 4.2. Planung der Erhebung.....  | 38        |

|   |            |
|---|------------|
| 4.3. Vorstellung des Praxispartners .....                                       | 40         |
| 4.4. Datenerhebung und -auswertung .....  | 41         |
| <b>5. Ergebnisdarstellung und Vergleich zur „BAESCAP-Studie“</b> .....          | <b>42</b>  |
| 5.1. Stichprobe .....   | 42         |
| 5.2. Teilhabechancen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung .....                | 44         |
| 5.3. Wohnen .....   | 52         |
| 5.4. Arbeit und Beschäftigung .....   | 66         |
| 5.5. Gesundheit .....   | 73         |
| 5.6. Stigmatisierung .....  | 79         |
| 5.7. Verwirklichungschancen .....   | 83         |
| 5.7.1. Bivariate Analysen .....   | 83         |
| 5.7.2. Logistische Regressionsanalyse .....                                     | 88         |
| <b>6. Methodische Diskussion</b> .....  | <b>91</b>  |
| 6.1. Stärken der Erhebung .....   | 91         |
| 6.2. Schwächen der Erhebung .....   | 94         |
| 6.3. Fazit .....  | 97         |
| <b>7. Probleme und Handlungsempfehlungen auf Grundlage der Ergebnisse</b> ..... | <b>98</b>  |
| 7.1. Wohnen .....   | 98         |
| 7.2. Bildung und Ausbildung .....   | 99         |
| 7.3. Arbeit und Beschäftigung .....   | 100        |
| 7.4. Freizeit .....   | 102        |
| 7.5. Gesundheit .....   | 102        |
| 7.6. Stigmatisierung .....  | 104        |
| 7.7. Verwirklichungschancen .....   | 105        |
| <b>8. Zusammenfassung und Fazit</b> .....                                       | <b>107</b> |
| Literaturverzeichnis .....  | 109        |

## Tabellenverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Teilhabeformen .....  | 8  |
| Tabelle 2: Basic Capabilities .....  | 37 |
| Tabelle 3: Verteilungen innerhalb der Leistungsumfangsstufen .....               | 44 |
| Tabelle 4: Familienstand, Partnerschaft und Migration .....                      | 44 |
| Tabelle 5: Verteilung der Schulabschlüsse .....                                  | 48 |
| Tabelle 6: Häufigkeit von Freizeitaktivitäten .....                              | 50 |
| Tabelle 7: Personenbezogene Merkmale und Leistungsform .....                     | 53 |
| Tabelle 8: Gründe für die Einschränkung der Entscheidungsfreiheit .....          | 60 |
| Tabelle 9: Häufigkeit von Freizeitaktivitäten .....                              | 63 |
| Tabelle 10: Bildung und verschiedene Einflussfaktoren .....                      | 68 |
| Tabelle 11: Zustimmung zur Stigmaerwartung und Stigmaerfahrung .....             | 79 |
| Tabelle 12: Stigmaerwartung und Stigmaerfahrung nach Alter der Ersterkrankung .. | 81 |
| Tabelle 13: Potenzielle Prädiktoren für die Verwirklichungschancen .....         | 86 |
| Tabelle 14: Logistische Regression zu den Verwirklichungschancen .....           | 89 |

## Abbildungsverzeichnis

|  |    |
|--|----|
| Abbildung 1: Teilhabe als komplexer Begriff.....   | 6  |
| Abbildung 2: Gesellschaftliche Teilhabe .....  | 8  |
| Abbildung 3: Teile der ICF .....   | 14 |
| Abbildung 4: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF .....   | 15 |
| Abbildung 5: Teilhabe als Capabilities .....   | 36 |
| Abbildung 6: Verteilung der Diagnosen.....   | 43 |
| Abbildung 7: Diagnosen in Abhängigkeit von der Leistungsform .....  | 56 |
| Abbildung 8: Eingeschätzte Gesundheit in Abhängigkeit von der Leistungsform ...  | 58 |
| Abbildung 9: Emotionale Unterstützung in Abhängigkeit von der Leistungsform ....   | 59 |
| Abbildung 10: Entscheidungsfreiheit in der Wahl der Wohnform in Abhängigkeit<br>von der Leistungsform.....                          | 60 |
| Abbildung 11: Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen.....   | 66 |
| Abbildung 12: Alter bei Ersterkrankung nach Berufsabschluss.....   | 73 |
| Abbildung 13: Selbstauskunft zur somatischen Komorbidität .....   | 74 |
| Abbildung 14: Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit in verschiedenen<br>Bereichen und der Anzahl somatischer Komorbiditäten ..... | 76 |
| Abbildung 15: Einschätzung des Gesundheitszustandes .....   | 77 |
| Abbildung 16: Einschätzung des Gesundheitszustandes und Alter bei<br>Ersterkrankung.....  | 77 |
| Abbildung 17: Einzelne Items des OxCAP-MH .....  | 83 |

# 1. Fragestellung und Zielsetzung

„Was bin ich, wenn ich nicht teilhabe?“  
(Antoine de Saint-Exupéry, zit. n. Göhring-Lange 2011, S. 34)

Dieses Zitat von Antoine de Saint-Exupéry zeigt in einem Satz die Relevanz des Themas Teilhabe auf. Was bleibt einer Person, die nicht am gesellschaftlichen Leben teilhaben kann? Kann ohne Teilhabe überhaupt ein menschenwürdiges Leben geführt werden? Seit einigen Jahren wird der Begriff der Teilhabe immer gebräuchlicher und kann als Indikator für soziale Gerechtigkeit gelten (Göhring-Lange 2011, S. 8 f.). Auch gilt er als behindertenpolitische und –pädagogische Leit- und Zielkategorie (Gröschke 2011, S. 114). Doch was ist genau unter dem Begriff der Teilhabe zu verstehen? Und wie lässt sich die konkrete Umsetzung messen?

Trotz Art. 31 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), in dem sich die Vertragsstaaten zur Sammlung geeigneter Informationen, einschließlich statistischer Angaben und Forschungsdaten, verpflichten „kann das repräsentative empirische Wissen über die soziale Lage behinderter Menschen im Allgemeinen und über die Realisierung oder Beeinträchtigung ihrer gesellschaftlichen Teilhabe im Besonderen in Deutschland insgesamt als unbefriedigend bezeichnet werden“ (Wansing 2006, S. 82). Auch speziell für Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen kann diese Problematik konstatiert werden: Es gibt für diese Personengruppe bislang kaum empirische Daten zur Teilhabe in verschiedenen Lebensbereichen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion 2013, S. 387). Daher sind dringend weitere Erkenntnisse aus der Praxis notwendig, um die Datenlage über diese Thematik zu verbessern. Die Forschungserkenntnisse, die jedoch bereits vorhanden sind, weisen auf Problematiken in der Teilhabesituation von psychisch kranken Menschen hin (z.B. Kahl 2016).

Ziel dieser Arbeit ist es, den Begriff der Teilhabe genauer zu definieren, ihn in einen Gesamtzusammenhang zu bringen sowie eine Möglichkeit für die Erfassung der Umsetzung von Teilhabe aufzuzeigen. Daher wird zunächst der komplexe Begriff der Teilhabe theoretisch erläutert, von ähnlichen Begriffen abgegrenzt und verschiedene relevante Definitionen aufgezeigt. Da sich diese Arbeit dem Personenkreis schwer psychisch kranker Menschen widmet, wird deren Teilhabesituation im Besonderen betrachtet.

Um diese theoretischen Überlegungen in einen Gesamtzusammenhang zu bringen, wird das Thema Teilhabe auch vor dem Hintergrund der aktuellen Wirtschaftsform

beleuchtet, welche sich als Herausforderung für die Implementierung inklusiver Strukturen herausstellt.

Anschließend wird anhand einer quantitativen Studie eine Möglichkeit der konkreten Erfassung der Teilhabesituation schwer psychisch kranker Menschen aufgezeigt. Denn vor allem bei der Operationalisierung des Begriffes Teilhabe, der für eine aussagekräftige Erfassung von Teilhabe unerlässlich ist, herrscht oftmals Unklarheit: Kann Teilhabe durch Zufriedenheit mit der Lebenssituation gemessen werden? Wenn nicht, welche objektiven Kriterien können dann stattdessen angewendet werden? Ein möglicher Lösungsvorschlag dieser „Operationalisierungsprobleme“ erfolgte durch die „BAESCAP-Studie“ des Landesverbands Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., welche Teilhabe auf Grundlage des philosophischen Konzepts des Capabilities Approach<sup>1</sup> erfasste. Hierbei geht es nicht darum, Lebensqualität über Güter und Vermögensverhältnisse zu beurteilen, sondern darum, welcher individuelle Handlungs- und Gestaltungsspielraum durch die vorhandenen Ressourcen eröffnet wird (Speck 2018b, S. 14). Diese quantitative Erhebung wird im Rahmen dieser Arbeit – mit einigen Anpassungen und Kürzungen (siehe Kapitel 4.2.) – repliziert, wodurch ein Vergleich der Ergebnisse möglich wird. Betrachtet werden die Bereiche Gesundheit, Bildung und Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Wohnen, Freizeit, soziale Beziehungen, Diskriminierung sowie Meinungen und Einstellungen. Ergänzend werden die Verwirklichungschancen erfasst, welche den individuellen Gestaltungsspielraum darstellen, und durch multivariate Analysen herausgearbeitet, welche Einflussfaktoren deren Höhe bestimmen.

Abschließend erfolgt eine methodische Diskussion, in der die Stärken und Schwächen der Erhebung aufgezeigt werden. Hierbei werden vor allem das Forschungsdesign und der Capabilities Approach als theoretische Grundlage betrachtet.

Auf Basis der Ergebnisse der beiden Erhebungen werden schließlich Probleme und Handlungsempfehlungen ausgearbeitet.

---

<sup>1</sup> In dieser Arbeit wird einheitlich die Schreibweise „Capabilities Approach“ verwendet. Es soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass in der Literatur unterschiedliche Schreibweisen dieses Ansatzes vorgefunden werden können (z. B. Capability Approach, Capability-Approach, Capabilities-Approach).

## 2. Der Begriff der Teilhabe

Im folgenden Kapitel erfolgt zunächst eine theoretische Betrachtung des Begriffs der Teilhabe, die durch verschiedene Teilhabedefinitionen ergänzt wird, wie sie in der UN-BRK, der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie dem Bundesteilhabegesetz vorkommen. Anschließend wird die Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen betrachtet, da sich diese Arbeit vorrangig dieser Personengruppe widmet.

### 2.1. Theoretische Ebene: Der komplexe Begriff der Teilhabe

Zunächst wird der Begriff der Teilhabe auf theoretischer Ebene betrachtet und zu Begriffen, die in seinem Kontext verwendet werden, abgegrenzt. Auch werden die verschiedenen Teilhabedimensionen und der Aspekt der Teilgabe dargestellt.

#### 2.1.1. Problemstellung

Wie bereits angemerkt, gilt der Begriff Teilhabe als behindertenpolitische und – pädagogische Leit- und Zielkategorie (Gröschke 2011, S. 114). Doch wie kann der Begriff genau definiert und von anderen Begriffen abgegrenzt werden?

Der Begriff der Teilhabe steht zunächst in Zusammenhang mit den Begriffen Integration, Inklusion und Partizipation. Diese Fachbegriffe werden in einschlägiger Literatur verwendet und haben manchmal die gleiche, manchmal jedoch auch eine unterschiedliche Bedeutung. Dies ist der Fall, obwohl gesicherte Begriffe eine Voraussetzung für eine gute Verständigung zwischen den Akteuren im Praxisfeld der Teilhabe sein sollten (Grampp, Jackstell & Wöbke 2013, S. 15).

Teilhabe als anzustrebendes Ziel von Sozialleistungen stützt sich zunächst auf den Begriff „participation“ aus der englischen Version<sup>2</sup> der ICF (siehe auch Kapitel 2.2.2.). In der deutschen Übersetzung der ICF wird „Partizipation [Teilhabe]“ verwendet (Grampp et al. 2013, S. 15). Die Definition von „Partizipation [Teilhabe]“ in der ICF lautet „Einbezogensein in eine Lebenssituation“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005). Jedoch steht im englischsprachigen Originaltext der UN-BRK „inclusion“ für „Einbeziehung in die Gesellschaft“ und „participation“ für „Teilhabe“ (Gröschke 2011, S. 115). Somit entsteht die Situation, dass Einbezie-

---

<sup>2</sup> Becker (2016, S. 92) weist darauf hin, dass durch diese Übersetzung unter anderem der Aspekt der Mitbestimmung verloren geht.

hung/Einbezogensein sowohl im Zusammenhang mit Teilhabe (ICF) als auch im Zusammenhang mit Inklusion (UN-BRK) verwendet wird (Grampp et al. 2013, S. 15). Göhring-Lange (2011, S. 16) merkt an, dass Teilhabe ein komplexer Begriff ist,<sup>3</sup> für den es keine allgemeingültige Definition gibt. Daher ist seine konkrete Ausgestaltung immer wieder neu zu diskutieren. Lob-Hüdepohl (2010, S. 13) bezeichnet Teilhabe daher als „schillernde Leitoption“ und betont die notwendige weitere Präzisierung. Schließlich konstatiert auch Kardorff (2010, S. 136 f.) den unscharfen Begriffsinhalt von Teilhabe.

### **2.1.2. Verhältnis von Teilhabe zu Inklusion, Integration, Partizipation und Subvention**

Aufgrund des beschriebenen Zusammenhangs und der problematischen synonymen Verwendung der Begriffe Teilhabe, Inklusion, Integration und Partizipation ist nun fraglich, wie die Begriffe konkret in Verbindung stehen. Möglich wäre die Annahme, dass Teilhabe „für die Inhalte [steht], die durch Inklusion als Form verwirklicht werden sollen“ (Grampp et al. 2013, S. 15). Diese Annahme wird auch von einigen Autoren gestützt: „Für das Verhältnis von Teilhabe („participation“) und Einbeziehung („inclusion“) gilt dabei, dass Inklusion der Weg und das Mittel ist, um eine umfassende Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Insofern ist Teilhabe/Partizipation der übergeordnete Begriff, aus dem sich die normative und pragmatische Notwendigkeit von Inklusion ableiten lässt“ (Gröschke 2011, S. 115). Für Lob-Hüdepohl (2010, S. 14) kann Inklusion als Instrument zur Erreichung von Teilhabe als unveräußerliches Menschenrecht angesehen werden. Teilhabe ist somit die menschenrechtsethische Grundlage und Zielbestimmung von Inklusion. Auch die AWO-ISS-Kooperation versteht die Schaffung von Teilhabechancen als zentrale Zielgröße von Inklusion (Alicke, Eichler & Laubstein 2015, S. 36). Schließlich stellt für Kahl (2016, S. 33) Teilhabe Gegenstand und Zielbestimmung von Inklusion dar.

Trotzdem soll angemerkt werden, dass es Kontroversen um die Definition von Teilhabe und Inklusion gibt: Beispielsweise merkt Göhring-Lange (2011, S. 19) an, dass es bei der Abgrenzung von Inklusion und Teilhabe keine klare Sprachregelung besteht. Für sie entspricht Inklusion jedoch uneingeschränkter Teilhabe. Für Beck (2015, S. 21) sind Inklusion, Partizipation und Teilhabe keine Zwecke an sich, sondern Mittel für Lebenschancen. Sie bedingen den Handlungsspielraum einer Person.

---

<sup>3</sup> Siehe auch Gröschke 2011, S. 114 und Grampp et al. 2013, S. 11

Auch sei Partizipation in der UN-BRK eine Bedingung für Inklusion (Beck 2015, S. 21).

Aufgrund der häufigen Übereinstimmungen in der Literatur soll in dieser Arbeit jedoch von Inklusion als Voraussetzung für Teilhabe ausgegangen werden. Aus diesem Grund werden nun die Begriffe Inklusion und Teilhabe und deren Verhältnis genauer erläutert. Zwar kann auch für Inklusion festgestellt werden, dass sich die inhaltliche Bedeutung des Begriffs historisch, theoretisch und konzeptionell nicht einheitlich darstellen lässt<sup>4</sup> (Wansing 2012, S. 93), jedoch soll trotzdem eine begriffliche Annäherung erfolgen. Inklusion bedeutet, dass Heterogenität als gesellschaftliche Realität angesehen wird und dadurch die Vorstellung einer homogenen Normalität abgelöst wird. Dadurch sollen Rechte auf Teilhabe verankert werden. Nicht mehr der Einzelne<sup>5</sup> soll sich an bestehende Strukturen anpassen, sondern Regelstrukturen müssen so gestaltet werden, dass alle Mitglieder einer Gesellschaft ihr Recht auf Teilhabe wahrnehmen können (Alicke et al. 2015, S. 31). Lob-Hüdepohl (2010, S. 14) verwendet hierfür den Begriff der „gesellschaftlichen Enthinderung“.

Unter Inklusion kann die bedingungslose Einbezogenheit und Zugehörigkeit aller Mitglieder einer Gesellschaft verstanden werden. Ziel ist die gleichberechtigte Teilhabe Aller, unabhängig von Geschlecht, Hautfarbe, Leistung, ethnischer Zugehörigkeit oder Behinderung. Dementsprechend wird von Heterogenität innerhalb der Gesellschaft ausgegangen (Wunder 2010, S. 25). Teilhabe hingegen stellt die konkrete Nutzung von gesellschaftlich zur Verfügung gestellten Rahmenbedingungen und die Inanspruchnahme von Möglichkeiten der Teilhabe dar (Kahl 2016, S. 33).

Zusammenfassend kann zum Verhältnis von Inklusion und Teilhabe somit Folgendes festgehalten werden: „Inklusion beschreibt eine Blickrichtung von gesellschaftlichen Strukturen und Prozessen auf den Menschen und stellt sich aus dessen Sicht zunächst eher als ein passives Sich-Ereignen von Gesellschaft dar. Teilhabe ist hingegen stärker als aktiver Begriff gefasst, der am handelnden Subjekt ansetzt und dessen Blick auf gesellschaftliche Verhältnisse fokussiert“ (Wansing 2012, S. 96). Wansing (2012, S. 96) versteht somit unter Inklusion das, was durch gleiche Rechte als Teilhabeoption grundsätzlich möglich ist. Teilhabe ist dahingegen das, was vom Individuum tatsächlich verwirklicht wird bzw. werden kann. Hierbei können erhebliche

---

<sup>4</sup> Auch Behrendt (2017, S. 51) kritisiert den in der wissenschaftlichen Diskussion oftmals unterkomplexen und umstrittenen Inklusionsbegriff und plädiert für eine einheitliche begriffliche Grundlage.

<sup>5</sup> Lediglich aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beide Geschlechter.

Diskrepanzen entstehen, da Menschen unterschiedliche Voraussetzungen mitbringen, diese Möglichkeiten auch wirklich zu nutzen. Art und Form der Beteiligung ist damit abhängig von den vorliegenden gesellschaftlichen Bedingungen und den persönlichen Voraussetzungen der Person (Kahl 2016, S. 37).

Neben Inklusion stellen nach Grampp et al. (2013, S. 18) jedoch auch Integration, Partizipation und Subvention Bestandteile von Teilhabe dar: Unter Integration kann die aktive Einbeziehung von Menschen mit Behinderungen in gesellschaftliche Prozesse verstanden werden. Es handelt sich um Maßnahmen, um Menschen, die bisher exkludiert waren und daher nicht teilnehmen konnten, in Angebote einzubeziehen (Wunder 2010, S. 23). Partizipation muss in allen Lebensbereichen stattfinden, die das Individuum tangieren und eine Wirkung auf die Lebenswelt der Betroffenen garantieren (Alicke et al. 2015, S. 38).<sup>6</sup> Um Partizipation, Inklusion und Integration zu erreichen, wurden die Sozialleistungen auf Basis der Sozialgesetzbücher geschaffen. Aus diesem Grund ist auch der Begriff der Subvention zu beachten. Hierunter fällt finanzielle Unterstützung, um Menschen in die Lage zu versetzen in Lebensbereiche eingegliedert zu werden und um Lebensbereiche zu verändern, damit Menschen einbezogen werden können (Grampp et al. 2013, S. 17 f.).

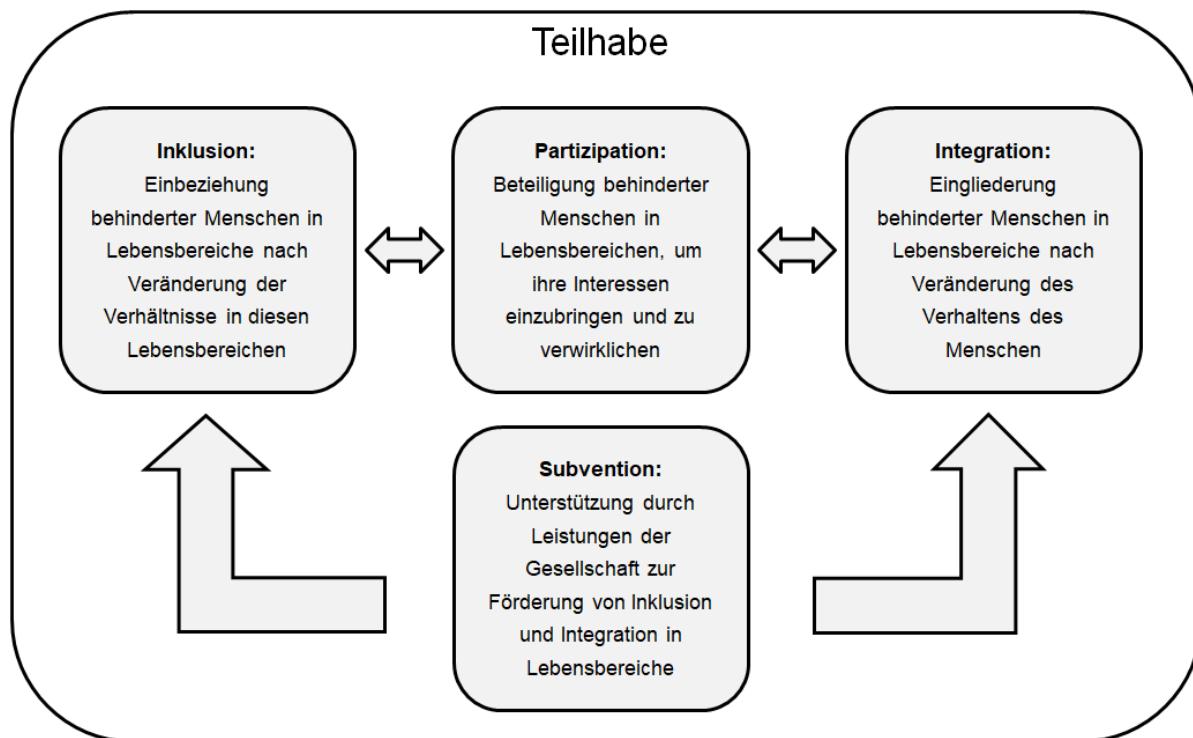


Abbildung 1: Teilhabe als komplexer Begriff (in Anlehnung an Grampp et al. 2013, S. 18 f.)

<sup>6</sup> Jedoch ist anzumerken, dass bei Alicke et al. (2015, S. 36) neben Teilhabe auch Partizipation als Zieldimension von Inklusion angesehen wird nicht als Bestandteil von Teilhabe gilt.

### 2.1.3. Teilhabedimensionen

Nun stellt sich die Frage, in welchen konkreten Bereichen Teilhabe erfolgen soll. Auch hierzu gibt es keine allgemeingültigen Aussagen, weshalb im Folgenden exemplarisch drei Ansätze aus der Literatur dargestellt werden. Kronauer (2006, S. 34 f.) schlägt folgende drei Lebensbereiche vor, wenn es um gesellschaftliche Teilhabe und Zugehörigkeit geht: Zunächst ermöglicht die Einbindung in Erwerbsarbeit das Eingehen wechselseitiger Kooperationsbeziehungen. Neben dem Bezug von Einkommen kann soziale Identität und Anerkennung erfahren werden. Außerdem ermöglichen wechselseitige Abhängigkeiten Widerstand gegen Ausbeutung und Bevormundung. Ausgrenzung in diesem Bereich würde von einer Marginalisierung am Arbeitsmarkt bis zum totalen Ausschluss von Erwerbsarbeit reichen, was zu einer einseitigen Abhängigkeit von der Gesellschaft führen würde und den Menschen damit „überzählig“ macht. Der zweite Bereich stellt die Einbindung in unterstützende soziale Netze dar und ermöglicht dadurch gegenseitige Nahbeziehungen. Ausgrenzung in dieser Dimension bedeutet soziale Isolation, sodass ausschließlich Kontakte zu Menschen in gleicher, benachteiligter Lage bestehen oder schlimmstenfalls die Vereinzelung. Schließlich ist als dritter Bereich die Teilhabe am Lebensstandard und an Lebenschancen notwendig. Diese sollten kulturell angemessen sein und werden über die Gesundheitsversorgung, Bildungseinrichtungen, rechtliche Regelungen der Arbeitsverhältnisse und Institutionen der betrieblichen und politischen Interessenvertretung vermittelt. Auch ein Mindestmaß an finanzieller Sicherheit in schwierigen Lebensphasen, ohne Entwürdigung zu erleben, sollte gegeben sein. Ausgrenzung würde durch den Verlust von Bürgerrechten, den Ausschluss und die Diskriminierung von Institutionen sowie unzureichende Schutzrechte und Leistungen entstehen, die ein Leben nach anerkannten Standards nicht mehr erlauben. Macht- und Chancenlosigkeit sind die Folge.

Auch Bartelheimer (2007, S. 11) unterscheidet verschiedene Teilhabeformen und knüpft an die Überlegungen Kronauers an. Es lässt sich in Tabelle 1 erkennen, dass Bartelheimer den dritten Bereich Kronauers (Teilhabe am Lebensstandard und an Lebenschancen) nochmals unterteilt in bürgerliche und politische Rechte, soziale Rechte sowie Bildung und Kultur.

| Teilhabeformen  | Gesellschaftliche Ressourcen und Umwandlungsfaktoren                    | Teilhabeergebnis   |
|---|---|--|
| <b>Erwerbsarbeit</b>                                      | Haushalt, Betrieb/<br>Unternehmen, Arbeitsmarkt,<br>Arbeitsmarktpolitik | Erwerbsbeteiligung (wie sicher?),<br>Erwerbseinkommen<br>(existenzsichernd?)   |
| <b>Soziale Nahbeziehungen</b><br><b>Informelle Arbeit</b> | Haushalt/Familie, Betrieb,<br>Quartier, andere                          | Netzwerke, Isolation,<br>empfangene/geleistete<br>informelle Arbeit, Unterhalt |
| <b>Bürgerliche,<br/>politische Rechte</b>                 | Staat, Parteien, Verbände   | Bürgerstatus,<br>politische Partizipation                                      |
| <b>Soziale Rechte</b>                                     | System sozialer Sicherung   | Transfereinkommen,<br>soziale Dienstleistungen                                 |
| <b>Bildung, Kultur</b>                                    | Bildungssystem  | Qualifikation (Kompetenz),<br>Werteorientierung                                |

Tabelle 1: Teilhabeformen (in Anlehnung an Bartelheimer 2007, S. 10)

Auch Göhring-Lange (2011, S. 33) schlägt verschiedene Bereiche von Teilhabe vor und bringt sie zusätzlich in ein hierarchisches Verhältnis. In Abbildung 2 können auch hier Parallelen zu Kronauers Teilhabeformen gefunden werden: Existenzminimum und Arbeit/Tätigkeit können dem Bereich Einbindung in Erwerbsarbeit zugeordnet werden. Soziale Netzwerke entsprechen dem Bereich der Einbindung in unterstützende soziale Netze. Politischer Zugang und Mitbestimmung, ganzheitliche Bildung sowie gesellschaftliche Zugehörigkeit und Anerkennung entsprechen der Teilhabe am Lebensstandard und an den Lebenschancen.

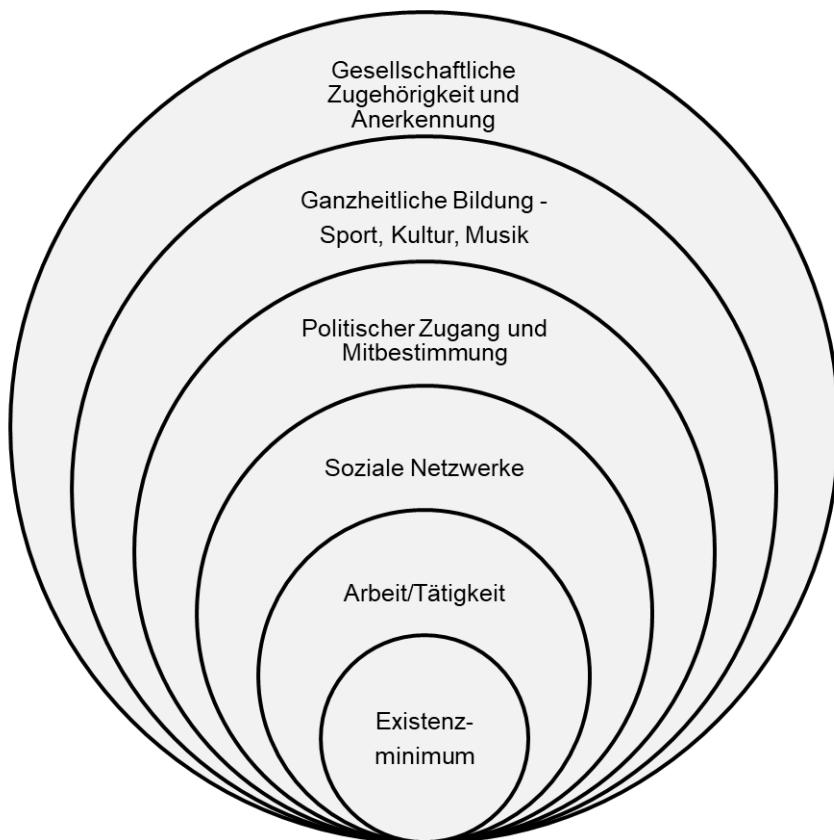


Abbildung 2: Gesellschaftliche Teilhabe (in Anlehnung an Göhring-Lange 2011, S. 33)

Bezüglich der Bereiche von Teilhabe kann somit zusammenfassend festgehalten werden: „Selbstbestimmte Teilhabe bedeutet, dass jeder Mensch das Recht hat, an den politischen, wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Prozessen einer Gesellschaft teilzunehmen und diese mitzugestalten und mitzubestimmen“ (Göhring-Lange 2011, S. 17). Zu beachten ist, dass die verschiedenen Teilhabeformen zusammenwirken und Teilhabeergebnisse durch deren Kombination entstehen. Hierbei kann eine Teilhabeform Ressource oder Umwandlungsfaktor für eine andere darstellen. Teilhabeformen können sich somit kompensieren und Risiken „abpuffern“. Beispielsweise ermöglichen soziale Nahbeziehungen gemeinsames Wirtschaften, begründen Unterhaltsansprüche und können bei der Stellensuche unterstützen (Bartelheimer & Kädtler 2012, S. 58). Auch Göhring-Lange (2011, S. 22) betont aufgrund dieser Wechselwirkungen, dass alle Teilhabedimensionen betrachtet werden müssen, um Aussagen über die Teilhabe in der Gesellschaft zu treffen.

#### **2.1.4. Aspekt der Anerkennung und der „Teilgabe“**

Kahl (2016, S. 34) zeigt auf, dass Kronauers Formulierungen darauf hinweisen, dass neben der bloßen Beteiligung an gesellschaftlichen Prozessen auch das Erleben von Wertschätzung, Anerkennung und Gleichberechtigung wichtig ist. Sich als Person selbst einzubringen ist für das subjektive Erleben von gelingender Teilhabe äußerst wichtig.

Anerkennung stellt ein Grundbedürfnis dar.<sup>7</sup> Oftmals ist diese bei Menschen mit Behinderungen jedoch eingeschränkt und wird missachtet, da sie meist von Leistung abhängig ist. Beeinträchtigte haben wenig Chance sich einzubringen. Somit entsteht oftmals eher ein System der Fürsorge statt einem symmetrischen Verhältnis (Schreiner 2017, S. 75 ff.). Im Zusammenhang hiermit kann auch der Begriff der „Teilgabe“ eingebracht werden: Wenn vollwirksame Teilhabe erreicht ist, können eigene Fähigkeiten und Kompetenzen eingebracht werden, woran die Gesellschaft partizipieren und dadurch bereichert werden kann (Lob-Hüdepohl 2010, S. 21). Auch Steinhart (2010, S. 71) geht davon aus, dass Menschen mit Behinderungen die Rolle des „Hilfe-Empfangenden“ verlassen und selbst (ehrenamtlich) geben wollen, um vollwirksame Teilhabe, Normalität und Selbstwertgefühl zu erleben

---

<sup>7</sup> Felder (2017, S. 107 ff.) erweitert Axel Honneths Anerkennungstheorie und zeigt vier Formen der Anerkennung auf: Liebe als elementares Bedürfnis (1), Respekt, der in Rechten zum Ausdruck kommt (2), soziale Wertschätzung, die das Selbstwertgefühl absichert (3) und Rücksicht, was vor allem bei Menschen mit Behinderungen von Bedeutung ist (4).

## **2.2. Verschiedene Teilhabedefinitionen**

Teilhabe als Zielbestimmung von Sozialleistungen basiert auf der ICF. Der Begriff „participation“ aus dem englischsprachigen Original wird mit „Partizipation [Teilhabe]“ übersetzt. Seit 2001 ist er Leitbegriff des Sozialrechts in Deutschland. 2008 kam mit der UN-BRK Inklusion als neuer Begriff hinzu.<sup>8</sup> Die Akteure im Bereich der psychosozialen Hilfen stehen vor der schwierigen Aufgabe, das in der ICF und in der UN-BRK festgelegte Verständnis von Partizipation, Inklusion und Teilhabe als Basis der Hilfeplanung und -leistung zu verwirklichen. Parallel dazu müssen die Regelungen der Sozialgesetzbücher zur Planung und Erbringung von Teilhabeleistungen eingehalten werden (Grampp et al. 2013, S. 10). Im Folgenden soll daher dargestellt werden, wie das Thema Teilhabe in den verschiedenen Regelwerken interpretiert wird.

### **2.2.1. Teilhabe in der UN-Behindertenrechtskonvention**

Die UN-BRK präzisiert universelle Rechte wie Gleichberechtigung, Chancengleichheit, Mitbestimmung und selbstbestimmte Teilhabe für Menschen mit Behinderungen. Der Staat muss dafür sorgen, dass diese Rechte auch im Alltag gelebt werden und Menschen mit Behinderungen sich darauf berufen können (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018, S. 2). „Inklusion“ entspricht hierbei dem Leitbild, was bedeutet, dass keine vorherige Anpassung geschehen muss, um teilhaben und mitgestalten zu können. Ziel ist eine tolerante Gesellschaft, in der alle Mitglieder als wertvoll anerkannt sind. Menschen mit Behinderungen sollen dazu aufgerufen werden, sich zu beteiligen und auch selbst mehr Teilhabe einzufordern (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2017, S. 2). Im Mai 2008 ist die UN-BRK in Kraft getreten (Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018, S. 4). Im Jahr 2009 wurde sie zu geltendem deutschen Recht (ebd., S. 2). Menschenrechtsverletzungen bei Menschen mit Behinderungen können nun nicht mehr einfach als behinderungsbedingtes Schicksal erklärt werden (Becker 2016, S. 93). Es muss jedoch angemerkt werden, dass in der deutschen Übersetzung „inclusive“ mit „integrativ“ übersetzt wurde (Grampp et al. 2013, S. 18).<sup>9</sup> Becker (2016, S. 92) nennt dies eine „politisch weichgespülte Übersetzung“, die zusätzlich noch fast

---

<sup>8</sup> Auch Becker (2016, S. 92) weist darauf hin, dass die sonderpädagogische Fachwelt erst durch die UN-BRK auf den Begriff der Inklusion aufmerksam geworden ist.

<sup>9</sup> Auch Wunder (2010, S. 23) und Becker (2016, S. 92) kritisieren diese Übersetzung. Kahl (2016, S. 17) merkt an, dass beispielsweise bei einem integrativen Arbeitsmarkt keine Änderung der segregierenden Verhältnisse stattfindet, wie es bei einem inklusiven Arbeitsmarkt der Fall wäre.

ohne Beteiligung von behinderten Menschen und ihrer Verbände stattgefunden hat. Um diese Fehler zu korrigieren hat das NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. eine Schattenübersetzung veröffentlicht (NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. 2018).

In der UN-BRK wird davon ausgegangen, „dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern“ (e der Präambel). Inklusive Maßnahmen zielen ausschließlich auf eine Veränderung der Umwelt ab (Grampp et al. 2013, S. 20). Dieses Verständnis von Behinderung bedeutet eine Abkehr von individumszentrierten Perspektiven, da nicht mehr der Mensch mit seinem Störungsbild der Auslöser seiner fehlenden Teilhabe ist (Kahl 2016, S. 23). Durch die Konvention geschieht ein endgültiger Wechsel vom medizinischen zum sozialen Modell der Behinderung und spricht damit der Gesellschaft Verantwortung an Exklusion zu. Das Individuum steht mit seinem Willen und seinen Wünschen im Mittelpunkt. Sein Wohl wird zum Maßstab aller Unterstützung, um ein selbstbestimmtes Leben führen zu können (Wunder 2010, S. 22). Der Beitrag, den Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt in der Gesellschaft leisten wird anerkannt und wertgeschätzt. Eine uneingeschränkte Umsetzung der Menschenrechte und Grundfreiheiten und eine vollumfängliche Teilhabe sollen das Zugehörigkeitsgefühl von Menschen mit Behinderungen verbessern (m der Präambel). Auch Wansing (2012, S. 99) betont in diesem Zusammenhang, dass das Leben mit Beeinträchtigungen als eine Variante menschlicher Vielfalt angesehen und bei Gesetzen oder der Infrastruktur von vorneherein berücksichtigt werden sollte. Anders-sein soll nicht nur toleriert und akzeptiert werden, sondern stattdessen als ein Beitrag zur Lebendigkeit der Gesellschaft angesehen werden (Lob-Hüdepohl 2010, S. 20 f.). Das Übereinkommen soll daher zur Eliminierung von Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen beitragen und die Teilhabe am politischen, wirtschaftlichen, kulturellen, sozialen und bürgerlichen Leben verbessern (y der Präambel). Um diese Ziele zu erreichen werden die Konzepte „angemessene Vorkehrungen“ und „universelles Design“ genannt. „Angemessene Vorkehrungen“ entsprechen notwendigen und angemessenen Anpassungen, die gewährleisten sollen, dass Menschen mit Behinderungen Gleichberechtigung erleben und in den vollen Genuss der Menschenrechte und Grundfreiheiten kommen. Ein „universelles Design“ für Produkte, Programme, Dienstleistungen und Umgebung soll dazu beitragen, dass diese von allen Menschen weitestgehend ohne weitere Anpassung oder spezielles Design genutzt werden können (Beauftragte der

Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018, S. 8). Diese beiden Konzepte können als Grundlage für Teilhabe angesehen werden und sollten daher auch für staatliches Handeln gelten (Grampp et al. 2013, S. 19).

Die Vertragsstaaten werden verpflichtet, Maßnahmen zu ergreifen, um die Einbeziehung und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu fördern. In Anlehnung an Grampp et al. (2013, S. 26 f.) kann aus den geforderten Maßnahmen eine Auswahl an Artikeln getroffen werden, die bezüglich der Teilhabe von Menschen mit Behinderungen besonders relevant sind. Zunächst lassen sich in den ersten fünf Artikeln allgemeine Anforderungen finden: (1) Zweck, (2) Begriffsbestimmungen, (3) Allgemeine Grundsätze, zu denen auch die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft gehört, (4) Allgemeine Verpflichtungen und (5) Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung. Des Weiteren können Artikel mit den Lebensbereichen von Menschen mit Behinderungen herausgearbeitet werden: Art. 19 der UN-BRK betont die unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft. Hierbei geht es vor allem um die freie Wahl der Wohnform und gemeindenahe Unterstützungsmöglichkeiten. Durch Art. 24 der UN-BRK soll ein integratives<sup>10</sup> Bildungssystem sichergestellt werden, das auf Chancengleichheit beruht und lebenslanges Lernen und die Entfaltung von individuellen Fähigkeiten ermöglicht. Um diese Ziele zu erreichen müssen individuelle Unterstützungsleistungen gewährleistet werden. Der Bereich der Arbeit und Beschäftigung wird in Art. 27 der UN-BRK behandelt. Es sollen Möglichkeiten geschaffen werden, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen. Hierfür wird ein offener, integrativer und für Menschen mit Behinderungen zugänglicher Arbeitsmarkt gefordert. Art. 29 der UN-BRK regelt die Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben und garantiert politische Rechte für Menschen mit Behinderungen. Durch Art. 30 der UN-BRK soll schließlich die Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport sichergestellt werden. Neben diesen Lebensbereichen können ergänzende Anforderungen gefunden werden, die besonders relevant für die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen sind: Durch Art. 8 der UN-BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten dazu, Maßnahmen zu ergreifen, um das Bewusstsein für Menschen mit Behinderung zu schärfen und Vorurteile abzubauen. Mit Art. 9 der UN-BRK wird die Zugänglichkeit und Barrierefreiheit des öffentlichen Raums gefordert, damit Menschen mit Behinderungen ein unabhängiges Leben führen und vollumfassend an allen Lebensbereichen teilhaben können.

---

<sup>10</sup> Wie bereits zu Beginn des Kapitels erläutert, kann kritisiert werden, dass „inclusive“ mit „integrativ“ übersetzt wurde.

Um sich frei bewegen zu können, fordert Art. 20 der UN-BRK die Gewährleistung von persönlicher Mobilität zu erschwinglichen Preisen und zum gewünschten Zeitpunkt. Art. 21 der UN-BRK soll die Meinungsfreiheit und den Zugang zu Informationen sicherstellen. Hierfür sind auch alternative Kommunikationsformen einzusetzen. Auch das Recht auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit wird durch Art. 25 der UN-BRK geregelt. Es müssen Maßnahmen getroffen werden, um dieses ohne Diskriminierung zu gewährleisten. Schließlich sollen durch die Regelungen in Art. 26 der UN-BRK Menschen mit Behinderungen in die Lage versetzt werden, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassenden Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung und Teilhabe in allen Bereichen des Lebens zu erreichen.

Durch die Konvention ist somit eine Basis geschaffen, Benachteiligungen bezüglich der Möglichkeiten zur Teilhabe auf Grundlage rechtsverbindlicher Standards zu kritisieren und die Verbesserung von gesellschaftlichen Prozessen einzufordern, die Selbstbestimmung, Wahlmöglichkeiten und Teilhabechancen beeinträchtigen. In Zukunft muss vor allem an gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gearbeitet werden. Diese müssen so gestaltet sein, dass alle Menschen, unabhängig von vorhandenen Beeinträchtigungen, ihre Grundfreiheiten und Menschenrechte ausnahmslos wahrnehmen können (Kahl 2016, S. 22 f.). Wansing (2012, S. 102) weist jedoch darauf hin, dass insbesondere die Art. 19 (Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft), Art. 24 (Bildung) und Art. 26 (Habilitation und Rehabilitation) der UN-BRK aufzeigen, dass eine barrierefreie Umwelt nicht immer ausreicht, um Teilhabechancen zu verwirklichen. Trotz einer inklusiv gestalteten Gesellschaft wird die Notwendigkeit von Fachdiensten somit nicht überflüssig (Kahl 2016, S. 31 f.).

### **2.2.2. Teilhabe in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**

Die 2001 von der World Health Organization verabschiedete „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) soll es ermöglichen, Gesundheits- und mit Gesundheit zusammenhängende Zustände in standardisierter und einheitlicher Sprache auszudrücken (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 9). Die Informationen werden in der ICF in zwei Teile gruppiert: Der erste Teil behandelt Funktionsfähigkeit und Behinderung. Er beinhaltet die Komponente des Körpers (Körpersysteme und -strukturen) und die Komponente der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe]. Der zweite Teil umfasst Kontextfaktoren und be-

inhaltet Umweltfaktoren<sup>11</sup> und Personenbezogene Faktoren.<sup>12</sup> Diese stehen in Wechselwirkung mit den Komponenten der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ebd., S. 13 f.).

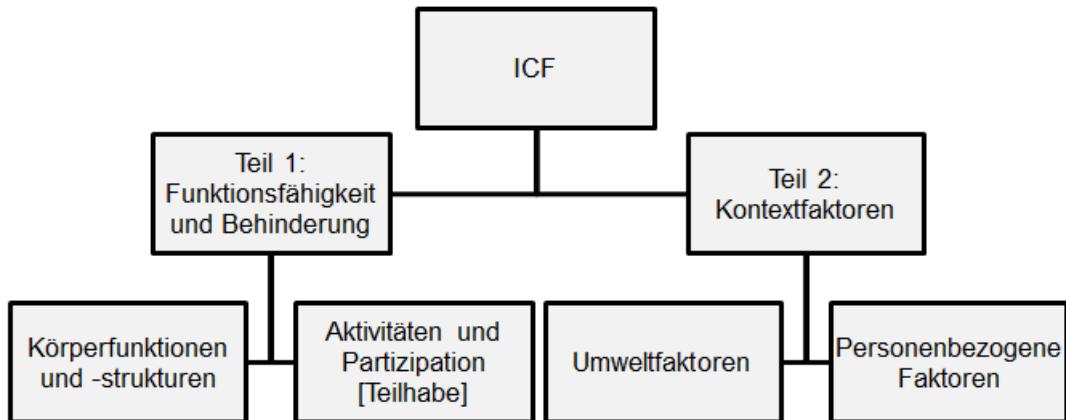


Abbildung 3: Teile der ICF (in Anlehnung an Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2015, S. 12)

Eine Person gilt demnach als funktional gesund, wenn

- „1. ihre körperlichen Funktionen (einschließlich des mentalen Bereichs) und Körperstrukturen denen eines gesunden Menschen entsprechen (Konzepte der Körperfunktionen und -strukturen),
- 2. sie all das tut oder tun kann, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem (ICD) erwartet wird (Konzept der Aktivitäten),
- 3. sie ihr Dasein in allen Lebensbereichen, die ihr wichtig sind, in der Weise und dem Umfang entfalten kann, wie es von einem Menschen ohne gesundheitsbedingte Beeinträchtigung der Körperfunktionen oder -strukturen oder der Aktivitäten erwartet wird (Konzept der Partizipation [Teilhabe] an Lebensbereichen)“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 4).

*Funktionsfähigkeit* ist ein Überbegriff, welcher alle Körperfunktionen, Körperstrukturen, Aktivitäten sowie auch Partizipation [Teilhabe] umfasst. Er bezeichnet die positiven Aspekte der Interaktion zwischen einer Person und ihren Kontextfaktoren. Unter dem Begriff der *Behinderung* werden hingegen alle Schädigungen, Beeinträchtigungen der Aktivität und Beeinträchtigungen der Partizipation [Teilhabe] verstanden. Er bezeichnet die negativen Aspekte der Interaktion zwischen einer Person und ihren Kontextfaktoren (ebd., S. 145 f.). Somit können Profile der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit einer Person für verschiedene Bereiche dargestellt werden

<sup>11</sup> Beispiele hierfür sind Hilfsprodukte, Konstruktion von Gebäuden, soziale Unterstützung, Einstellungen in der Gesellschaft oder Versorgungs-, Kommunikations-, Transport- und Gesundheitswesen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 125-142)

<sup>12</sup> Diese sind wegen großer soziokultureller Unterschiedlichkeit nicht klassifiziert (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 14)

(ebd., S. 9). Im Gegensatz zur vorherigen Version erfolgte bei der ICF eine Erweiterung des bio-psycho-sozialen Modells, damit auch der Lebenshintergrund beachtet wird. Es wird explizit Bezug genommen auf Kontext- und Umweltfaktoren. Die ICF ist daher nicht mehr nur defizit- sondern auch ressourcenorientiert. Soziale Beeinträchtigungen werden nicht mehr nur als Attribut eines Menschen angesehen, sondern Partizipation [Teilhabe] und deren mögliche Beeinträchtigungen werden als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem eines Menschen und seinen Umweltfaktoren angesehen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 4 f.).

Diese Wechselwirkung wird durch die Abbildung 4 verdeutlicht:

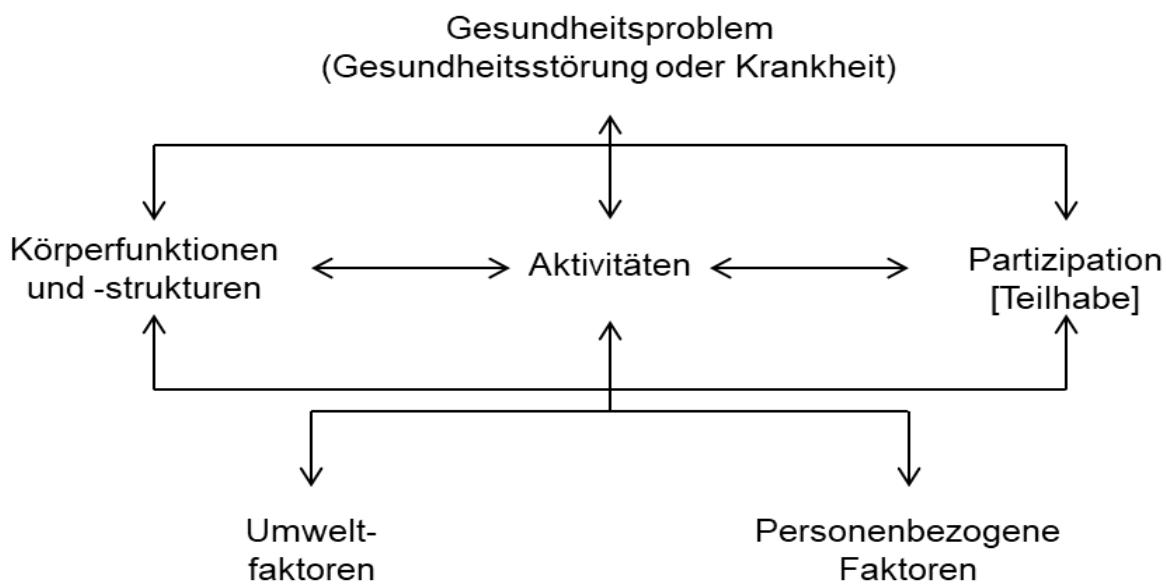


Abbildung 4: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (in Anlehnung an Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 23)

Die verschiedenen Lebensbereiche für die Komponente der Aktivitäten und Partizipation [Teilhabe] sind in einer gemeinsamen Liste enthalten (ebd., S. 19). Mit den Konzepten der Aktivitäten und Teilhabe wird die rein medizinische Sichtweise verlassen. Der Fokus wird auf das Individuum als handelndes Subjekt sowie auf das Individuum in seiner Daseinsentfaltung in Gesellschaft und Umwelt gesetzt. Die „Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe“ ist in neun Lebensbereiche aufgegliedert. Diese entsprechen Bereichen menschlicher Tätigkeiten, Handlungen und Aufgaben (Aktivitätskonzept) und/oder menschlicher Daseinsentfaltung (Teilhabekonzept) (Schuntermann 2018, S. 47). Folgende neun Bereiche werden diesbezüglich in der ICF benannt: (1) Lernen und Wissensanwendung, (2) Allgemeine Aufgaben und Anforderungen, (3) Kommunikation, (4) Mobilität, (5) Selbstversorgung, (6) Häusliches Leben, (7) Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen, (8) Bedeutende Lebensbe-

reiche, (9) Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 20). Eine Person führt also einerseits Aktivitäten in einem gewünschten Lebensbereich aus und nimmt dadurch am Lebensbereich teil und andererseits gibt die Umwelt der Person teil, indem sie die Voraussetzungen für die Teilnahme der Person schafft (Grampp et al. 2013, S. 65). Jedes Item der Klassifikation der Aktivitäten und Teilhabe kann unter dem Gesichtspunkt der Aktivitäten (Leistung, Leistungsfähigkeit) als auch unter dem Gesichtspunkt der Teilhabe (Menschenrechte, subjektive Erfahrung) betrachtet werden. Beispielsweise kann eine Person, die im Rollstuhl sitzt an ihrem Arbeitsplatz alle von ihr geforderten Leistungen erbringen (Aktivität nicht beeinträchtigt), jedoch vor Ort gemobbt werden (Teilhabe stark beeinträchtigt) (Schuntermann 2018, S. 60 ff.). In der deutschen Übersetzung der ICF von 2005 wird Teilhabe folgendermaßen definiert:

„Partizipation [Teilhabe] ist das Einbezogensein einer Person in eine Lebenssituation. Sie repräsentiert die gesellschaftliche Perspektive der Funktionsfähigkeit. Einschränkungen der Partizipation [Teilhabe] sind Probleme beim Einbezogensein in eine Lebenssituation, die eine Person erlebt. Das Vorhandensein einer Einschränkung der Partizipation [Teilhabe] einer Person wird durch den Vergleich mit der erwarteten Partizipation [Teilhabe] einer Person der entsprechenden Kultur oder Gesellschaft ohne Behinderung bestimmt“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 146).<sup>13</sup>

Im Konzept der Teilhabe wird der Mensch als Subjekt in Gesellschaft und Umwelt angesehen. Neben dem Zusammenhang zur Umsetzung von Menschenrechten geht es darum, wie ein Individuum mit einer funktionalen Problematik in der Gesellschaft seine Situation erlebt (Schuntermann 2018, S. 60 ff.).

Nach Kahl (2016, S. 35) wird durch die Beachtung von Umweltfaktoren in der ICF der Bezug zum Inklusionsbegriff (siehe Kapitel 2.1.2.) deutlich, da auch hier die Gesellschaft die Möglichkeiten zur Teilhabe für psychisch kranke Menschen mitbestimmt. Des Weiteren verbindet Kahl (2016, S. 35 ff.) die von Kronauer vorgeschlagenen Teilhabedimensionen (siehe Kapitel 2.1.3.) mit der ICF: Der Bereich der Erwerbsarbeit von Kronauer lässt sich in Kapitel acht der ICF finden (Kahl 2016, S. 35). Es beinhaltet bedeutende Lebensbereiche und befasst sich mit Aufgaben und Handlungen,

---

<sup>13</sup> Es kann trotz dieser Definition kritisiert werden, dass Teilhabe in der ICF nicht angemessen als eigenständiges Konzept operationalisiert ist. Diese Forschungslücke ist noch zu schließen (Schuntermann 2018, S. 47).

die für die Teilhabe an Erziehung und Bildung, Arbeit und Beschäftigung und für wirtschaftliche Transaktionen notwendig sind. Zum Bereich Arbeit und Beschäftigung gehören somit alle Prozesse zur Suche, zum Erhalt und zur Beendigung einer Arbeit (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 118 f.). Der Bereich der sozialen Nahbeziehungen von Kronauer entspricht in der ICF dem Kapitel sieben, den interpersonellen Interaktionen und Beziehungen (Kahl 2016, S. 36). Hierbei geht es um die Fähigkeit zu sozialen Interaktionen mit Menschen (z.B. Fremden, Freunden oder Verwandten), die sozial und dem Kontext angemessen sein müssen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 115 ff.).

Die Dimension Teilhabe am Lebensstandard und an Lebenschancen von Kronauer kann mit Kapitel neun der ICF in Verbindung gesetzt werden (Kahl 2016, S. 36). Es beinhaltet Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben und befasst sich mit Aufgaben, die für die Beteiligung am sozialen Leben in der Gemeinschaft und in staatsbürgerlichen Lebensbereichen notwendig sind. Hierzu gehören beispielsweise gesellschaftliche Feierlichkeiten, religiöse, kulturelle und Freizeitaktivitäten und die Teilhabe an den Menschenrechten und dem politischen Leben (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 120 ff.).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Teilhabe in der ICF als Bereich des Gesundheitszustands angesehen wird, was dessen besondere Bedeutung unterstreicht. Auch betont die ICF die Wechselwirkung von Mensch und Umwelt, aus der eine Behinderung entsteht.

### **2.2.3. Teilhabe im Bundesteilhabegesetz**

Eingeführt wurde die Eingliederungshilfe in den 60er-Jahren, um die Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben zu gewährleisten (Konrad & Rosemann 2016, S. 24). Der Begriff der Teilhabe wurde 2001 im SGB IX Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen eingeführt. Der Begriff knüpft wie bereits beschrieben an die Bezeichnung „Partizipation [Teilhabe]“ aus der ICF an.<sup>14</sup> Wie es jedoch in Gesetzen üblich ist, wurde er hier nicht konkreter definiert (Grampp et al. 2013, S. 15). Neben der Titelbezeichnung wurden wesentliche Aspekte der ICF in das SGB IX aufgenommen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2005, S. 4).

---

<sup>14</sup> Siehe auch Bartelheimer & Kädtler 2012, S. 52

Relativ neu ist das Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) vom 23. Dezember 2016. Es handelt sich um „ein umfassendes Gesetzespaket, das für Menschen mit Behinderungen viele Verbesserungen vorsieht. Mit dem BTHG werden mehr Möglichkeiten der Teilhabe und mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen geschaffen“ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2018).

In einem Entwurf für das BTHG wurde auf Grundlage der UN-BRK auf die Notwendigkeit der Weiterentwicklung des deutschen Rechts hingewiesen (Deutscher Bundestag 2016, S. 1). Die neue Gesetzgebung soll in mehreren Stufen bis 2023 in Kraft treten und zur Umsetzung der UN-BRK in Deutschland beitragen (Conty 2018, S. 132).

Nach § 1 SGB IX besteht das Ziel der Leistungen darin, Selbstbestimmung und eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern. Des Weiteren soll Benachteiligung vermieden und entgegengewirkt werden.

Behinderung wird im § 2 Abs. 1 SGB IX folgendermaßen definiert:

„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können.“

Dieser neue Behinderungsbegriff legt nun den Fokus auf die Wechselwirkung zwischen Person und Umwelt. Grundlage für diese Definition ist das bio-psycho-soziale Modell, das auch der ICF zugrunde liegt (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2017, S. 8).

Nach § 4 Abs. 1 SGB IX umfassen die Leistungen zur Teilhabe die notwendigen Sozialleistungen, um

- „1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. die Teilhabe am Arbeitsleben entsprechend den Neigungen und Fähigkeiten dauerhaft zu sichern oder
4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.“

Nach § 5 SGB IX gibt es fünf verschiedene Leistungsgruppen, die zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erbracht werden. Diese bestehen aus (1) Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, (2) Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, (3) unterhaltssichernden und anderen ergänzenden Leistungen, (4) Leistungen zur Teilhabe an Bildung und (5) Leistungen zur sozialen Teilhabe.

Neu sind hierbei die Leistungen zur Teilhabe an Bildung, die kommunikative, technische oder andere Hilfsmittel enthalten. Auch die Leistungen zur sozialen Teilhabe sind neu und entstanden aus der Leistungsgruppe Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft heraus. Dies brachte eine Neuformulierung des Leistungskatalogs mit sich, wie beispielsweise Assistenzleistungen oder Leistungen zur Mobilität (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation 2017, S. 8).

Exemplarisch werden im Folgenden einige Neuerungen aufgeführt: Um die Position von Menschen mit Behinderungen zu verbessern, sollen beispielsweise die Leistungen zur Teilhabe weitestgehend einkommens- und vermögensunabhängig als Rehabilitationsleistungen gestaltet werden (Conty 2018, S. 133). Außerdem werden unterhaltssichernde Leistungen wie Unterkunft und Verpflegung von den fachlichen Leistungen getrennt, was langfristig zum Wegfall der Unterscheidung zwischen ambulant und stationär führen wird (Konrad & Rosemann 2016, S. 27).

Zentrales Ziel des BTHG ist es, die Erwerbsfähigkeit als Zugang zur Arbeit und gesellschaftlicher Teilhabe zu erhalten und zu fördern (Conty 2018, S. 136). Zur Teilhabe am Arbeitsleben wurden zwei neue Leistungen generiert: Andere Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) stellen eine kostengünstige Alternative zu den Werkstätten für Menschen mit Behinderung dar, wodurch mehr Wahlmöglichkeiten geschaffen werden sollen (Conty 2018, S. 138).<sup>15</sup> Das Gesetz zum Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX) bestimmt, dass Menschen mit Behinderungen, die Anspruch auf eine Beschäftigung in einer Werkstatt für Menschen mit Behinderung haben und mit einem privaten oder öffentlichen Arbeitgeber ein sozialversicherungspflichtiges Arbeitsverhältnis eingehen, ein Budget für Arbeit erhalten können. Es handelt sich um einen Lohnkostenzuschuss an den Arbeitgeber, welcher die Leistungsminderung des Beschäftigten und

---

<sup>15</sup> Jedoch kann angemerkt werden, dass es derzeit noch kein flächendeckendes Angebot gibt. Auch muss sich der behinderte Mensch selbst um eine Beschäftigung bei einem anderen Anbieter kümmern und selbst wenn dies geschieht, ist der Leistungsanbieter nicht zur Aufnahme des Menschen mit Behinderung verpflichtet (Schumacher 2018, S. 96).

die Aufwendungen für die erforderliche Anleitung am Arbeitsplatz ausgleichen soll.<sup>16</sup> Durch das Gesamtplanverfahren (§§ 117 ff. SGB IX) sollen die Leistungsberechtigten in allen Verfahrensschritten beteiligt und die Wünsche dokumentiert werden. Das Verfahren muss transparent, trägerübergreifend, interdisziplinär, konsensorientiert, individuell, lebensweltbezogen, sozialraumorientiert und zielorientiert sein (§ 117 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX). Der Bedarf soll individuell ermittelt (§ 117 Abs. 1 Nr. 4) und eine Gesamtplankonferenz durchgeführt werden (§ 117 Abs. 1 Nr. 5). Das Verfahren muss somit partizipativ gestaltet sein (Conty 2018, S. 139).

Nach § 19 Abs. 1 SGB IX ist ein Teilhabeplan anzufertigen, wenn Leistungen verschiedener Leistungsgruppen oder mehrerer Rehabilitationsträger erforderlich sind. Dieser muss miteinander und in Abstimmung mit den Leistungsberechtigten gestaltet werden und die nach dem individuellen Bedarf voraussichtlich erforderlichen Leistungen hinsichtlich Ziel, Art und Umfang funktionsbezogen feststellen. Auf der Grundlage dieses Teilhabeplans sollen die Leistungsberechtigten nach § 78 Abs. 2 SGB IX über die konkrete Gestaltung der Leistungen hinsichtlich Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme von Assistenzleistungen entscheiden. Hier werden hohe Anforderungen an Unterstützungssysteme und deren Mitarbeitende gestellt, die jedoch aufgrund der großen Bedeutung von Selbstbestimmung gerechtfertigt und notwendig sind (Conty 2018, S. 141).

Auch die ergänzende unabhängige Teilhabeberatung nach § 32 Abs. 1 SGB IX soll als niedrigschwelliges Angebot dienen, das bereits im Vorfeld der Beantragung konkreter Leistungen zur Verfügung steht und damit Selbstbestimmung fördert.

Conty (2018, S. 142 f.) merkt an, dass das Gesetz prinzipiell nur personenbezogene, individuelle und auf Gruppen von Leistungsberechtigten bezogene Leistungen kennt und keine personenunabhängige, auf den Sozialraum bezogene Leistungen benennt. Trotzdem hat der Sozialraum Eingang in das Gesetz gefunden, da sowohl bei der Bedarfsermittlung als auch bei der Leistungserbringung eine sozialräumliche Ausrichtung gegeben sein muss. Es kann großes Potenzial im neuen Gesetz gesehen werden, da der Leistungskatalog offen gestaltet und die Ausrichtung personenzentrierter ist. Außerdem wird die Position des Leistungsberechtigten gestärkt. Ob das

---

<sup>16</sup> Es kann jedoch angemerkt werden, dass der Leistungsträger nicht verpflichtet ist, dem Menschen mit Behinderung einen Arbeitgeber zu benennen oder zu vermitteln. Aus diesem Grund ist eine gewisse Eigeninitiative erforderlich (Schumacher 2018, S. 102). Es kann vermutet werden, dass dies gerade für schwer psychisch erkrankte Menschen eine große Herausforderung darstellt.

Gesetz die Lebenslagen von schwer psychisch erkrankten Menschen wirklich verbessern wird, kann noch nicht sicher vorhergesagt werden. Die Umsetzung wird zeigen, ob die Forderung der UN-BRK „Freiheit mit Unterstützung“ tatsächlich eingelöst wird. Die Umsetzung stellt daher für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar (Axmann 2018, S. 319).

## **2.3. Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen**

Da es in dieser Arbeit um schwer psychisch kranke Menschen geht, soll im Folgenden erläutert werden, um welche Personengruppe es sich hierbei handelt, wie sich ihre Verbreitung in der Gesellschaft darstellt und welche Besonderheiten sich für die Teilhabe schwer psychisch erkrankter Menschen daraus ergeben.

### **2.3.1. Begriffsklärung**

Schwer psychisch kranke Menschen (engl. severe mental illness/severe and persistent mental illness) sind durch die Auswirkungen ihrer schweren und anhaltenden psychischen Erkrankung gekennzeichnet, die mit erheblichen Einschränkungen in verschiedenen Funktions- und Lebensbereichen einhergehen. Oftmals nehmen sie medizinische und psychosoziale Hilfen zur Förderung sozialer und beruflicher Teilhabe in Anspruch. Historisch gesehen handelt es sich um diejenigen psychisch kranken Menschen, die vor der Psychiatrieenquete in psychiatrischen Anstalten leben mussten und nun gemeindenah versorgt werden (Gühne & Riedel-Heller 2015, S. 6).

Eine schwere psychische Erkrankung liegt vor, wenn bei einer Person eine psychische Erkrankung wie Schizophrenie, Schwere Affektive Störung, Persönlichkeitsstörung, Angststörung, Zwangsstörung oder Suchtstörung vorliegt und über mindestens zwei Jahre zu Krankheitssymptomen führt. Diese Symptome gehen mit erheblichen Auswirkungen auf die Aktivitäten des täglichen Lebens und das soziale Funktionsniveau einher und sind oftmals mit einer intensiven Inanspruchnahme des Behandlungs- und psychosozialen Hilfesystems verbunden. Diese Definition findet sich in vielen internationalen Studien wieder (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde 2013, S. 3).

Es muss jedoch angemerkt werden, dass es noch Unstimmigkeiten in der Operationalisierung des Begriffes der schweren psychischen Erkrankung gibt. Es ist beispielsweise umstritten, ob noch weitere Kriterien wie die Unterstützung durch das soziale Umfeld, das Ersterkrankungsalter oder das Fehlen von Krankheitseinsicht mit aufgenommen werden sollten (Gühne & Riedel-Heller 2015, S. 9 f.).

### **2.3.2. Verbreitung in der Gesellschaft**

Die internationale Datenlage zur Häufigkeit schwerer und anhaltender psychischer Erkrankungen kann als spärlich bezeichnet werden. Außerdem ist sie heterogen, da es wie bereits beschrieben Unstimmigkeiten über die Kriterien bei der Operationalisierung gibt und verschiedene Erhebungszugänge vorzufinden sind. Die Zahl der Betroffenen wird auf 1 % bis 2 % der Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren geschätzt. In Deutschland wären somit ca. 500.000 bis zu 1 Million Menschen schwer psychisch krank. Weitere Forschung ist jedoch dringend erforderlich (ebd., S. 6).

Werden hingegen die Zahlen psychisch kranker Menschen unabhängig vom Schweregrad betrachtet, zeigt sich eine deutlich höhere Verbreitung: Die Zahlen zur Verbreitung von psychischen Erkrankungen unabhängig vom Schweregrad bei Menschen zwischen 18 und 79 Jahren in Deutschland zeigen, dass etwa jede dritte Frau (33,3 %) und etwa jeder vierte bis fünfte Mann (22,0 %) im Erhebungsjahr zumindest zeitweise die Kriterien für mindestens eine psychiatrische Diagnose erfüllte. Die geschätzte Gesamtprävalenz lag bei 27,7 %. Angststörungen stellen mit 15,3 % die größte Gruppe dar, gefolgt von affektiven Störungen (9,3 %) und Störungen durch Alkohol- oder Medikamentenkonsum (5,7 %). Seltener fanden sich Zwangsstörungen (3,6 %), somatoforme Störungen (3,5 %), posttraumatische Belastungsstörungen (2,3 %) oder Essstörungen (0,9 %) (Jacobi et al. 2014, S. 80 f.).

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen stellen somit eine Teilgruppe aller Menschen dar, die von einer psychischen Erkrankung betroffen sind.

### **2.3.3. Besonderheiten in der Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen**

Um einen Einblick in die Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen zu erhalten, erfolgt eine kurze Beschreibung der historischen Entwicklung des Umgangs mit dieser Personengruppe: Bis in die 70er-Jahre war die psychiatrische Versorgung in Deutschland auf Nervenärzte und große Anstalten begrenzt, welche durch die Zeit des Nationalsozialismus in Verruf geraten sind (Konrad & Rosemann 2016, S. 16 f.). Der gesellschaftliche Auftrag bestand in der Ausgrenzung psychisch kranker Menschen und therapeutische Möglichkeiten waren kaum gegeben. Innerhalb der „Verwahranstalten“ herrschten daher menschenunwürdige Zustände. Schließlich fanden sogar massenhafte Ermordungen von Menschen mit psychischer Erkrankung oder geistiger Behinderung statt (Kukla 2015, S. 40). Es wird deutlich, dass zu dieser Zeit so gut wie keine Teilhabe von psychisch kranken Menschen gegeben war.

Die Psychiatrie-Enquête stellte einen entscheidenden Schritt für die vermehrt ambulante Versorgung psychisch erkrankter Menschen dar. Die Einrichtungen und Hilfsangebote der Sozialpsychiatrie werden nun vermehrt im Gemeinwesen verortet und nicht mehr in geschlossenen Einrichtungen abseits der Gesellschaft (Kahl 2016, S. 102). Durch die umfassende Beschreibung der Lage der Psychiatrie und ihrer Entwicklungsbedarfe in der Psychiatrie-Enquête konnte eine Neuordnung der Versorgung psychisch kranker und behinderter Menschen erfolgen. Durch eine bessere Vernetzung entstanden gemeindepsychiatrische Angebote in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeit. Besonders ist auch die durch die Enquête angestoßene Einstellungsänderung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und geistigen Behinderungen hervorzuheben (Kukla 2015, S. 48 ff.).

Trotz dieser Verbesserungen muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass psychisch erkrankte Menschen in den erarbeiteten Teilhabebereichen (siehe Kapitel 2.1.3.) auch heutzutage noch große Einschränkungen erleben. Dies wird besonders im 3. Kapitel dieser Arbeit deutlich, welches die Teilhabe psychisch kranker Menschen vor dem Hintergrund der aktuellen Wirtschaftsform betrachtet. Auch der empirische Teil dieser Arbeit zeigt auf, welche Probleme heutzutage noch in den Bereichen Erwerbsarbeit, sozialen Kontakten und auch in der Teilhabe am Lebensstandard (z.B. durch Bildung oder das Gesundheitssystem) vorliegen. Menschen mit psychischen Erkrankungen können somit als Risikogruppe bezeichnet werden, die gefährdet ist, keinen angemessenen Zugang zu den verschiedenen Lebensbereichen zu haben (Kahl 2016, S. 208). Es wird ersichtlich, dass sie auf die beschriebenen inklusiven Strukturen angewiesen sind. Denn wenn sie nur durch deren Anpassung beteiligt werden könnten, könnte nur integriert werden, wer zumindest annähernd so interagiert wie die gesellschaftliche Norm, was psychisch kranken Menschen aufgrund ihrer Beeinträchtigung oftmals nicht gelingt (ebd., S. 27 f.).

## **2.4. Fazit**

Insgesamt kann festgehalten werden, dass Teilhabe durch Inklusion, Integration, Partizipation und Subvention erreicht werden kann. Bezuglich der Bereiche, in denen Teilhabe stattfinden sollte, wurden auf theoretischer Ebene die grundlegenden Bereiche Einbindung in Erwerbsarbeit, Einbindung in unterstützende soziale Netze und die Teilhabe am Lebensstandard und an Lebenschancen herausgearbeitet. Auch der Aspekt der „Teilgabe“ wurde beleuchtet, da ein natürliches Bedürfnis von Anerkennung besteht, welches zu umfassender Teilhabe gehört.

Des Weiteren wurde betrachtet, wie das Thema Teilhabe in der UN-BRK, der ICF und dem neuen Bundesteilhabegesetz definiert wird. Es lassen sich – wenn auch mit anderen Bezeichnungen – auch hier die verschiedenen Teilhabedimensionen vorfinden. In allen drei Regelwerken wird Behinderung als das Ergebnis von Wechselwirkungen zwischen Mensch und Umwelt verstanden, was auch als Grundlage dieser Arbeit dienen soll. Nur so kann der erkrankte Mensch als Symptomträger nicht alleinig verantwortlich für seine individuelle Teilhabesituation gemacht werden (Kahl 2016, S. 77). Aufgrund dieses Verständnisses von Behinderung wurde die Notwendigkeit inklusiver Strukturen und damit eine Veränderung der Umwelt deutlich. Trotzdem soll angemerkt werden, dass auch Einzelmaßnahmen noch ihre Berechtigung haben (Wunder 2010, S. 27). Sie setzen am Verhalten von Personen an, eröffnen individuelle Entwicklungsmöglichkeiten und fördern Unabhängigkeit (Grampp et al. 2013, S. 21 f.). Somit wird deutlich, dass Integration neben Inklusion ein notwendiger Bestandteil von Teilhabe ist (ebd., S. 24). Dies gilt vor allem, da sich Menschen immer zwischen Inklusion und Exklusion bewegen. Ab dem Zeitpunkt der Geburt müssen Menschen immer wieder in gesellschaftliche Systeme integriert werden (Becker 2016, S. 91). Somit kann trotz der Kritik am Integrationsbegriff, da er zwischen Integrierenden und zu Integrierenden unterscheidet, seine historische Berechtigung nicht verleugnet werden. Stattdessen sollten die Grenzen des Integrationskonzeptes beachtet und deren Überwindung erarbeitet werden (Wunder 2010, S. 25). Die Notwendigkeit von Einzelmaßnahmen kann an einem konkreten Beispiel verdeutlicht werden: „Für viele psychisch erkrankte Menschen ist gerade die Vorstellung, geheilt zu werden, wieder „normal“ zu werden, wichtig. Das nett gemeinte Teilhabeangebot ihrer Umgebung, die Einladung zum Stadtteilfest mit Einweihung des neuen Kinderspielplatzes, kann hilfreich sein. Aber es löst nicht das Problem von jemandem, der unter Panikattacken auf öffentlichen Plätzen oder suizidalen Tendenzen leidet. Sehr oft sind dann gerade Rückzüge, zeitlich befristete Segregationen und therapeutische Infragestellungen wichtig“ (Kastl 2014, S. 6).

Bezüglich der Teilhabe schwer psychisch kranker Menschen wurde darauf hingewiesen, dass diese besonders in den herausgearbeiteten Teilhabedimensionen Einschränkungen erleben, was in den folgenden Kapiteln deutlich wird.

Allgemein sollten bei der Verwendung des Teilhabebegriffs fünf Anforderungen beachtet werden: Erstens ist Teilhabe nur historisch relativ zu verstehen, was bedeutet, dass man sie an den gegebenen Möglichkeiten und am Lebensstandard der Gesellschaft bemessen muss. Des Weiteren ist Teilhabe mehrdimensional, da verschiede-

ne Teilhabeformen zusammenwirken (siehe auch Kapitel 2.1.3.). Außerdem beschreibt Teilhabe kein einfaches „Drinnen“ oder „Draußen“, sondern es können Abstufungen<sup>17</sup> ungleicher Teilhabe unterschieden werden. Zusätzlich ist Teilhabe ein dynamisches Konzept und muss die Dauer von Zuständen und Lebensverläufe beachten. Schließlich ist Teilhabe aktiv, was bedeutet, dass sie durch soziales Handeln angestrebt und verwirklicht werden kann (Bartelheimer 2007, S. 8).

---

<sup>17</sup> Auch Behrendt (2017, S. 51) betont diesen Aspekt von Teilhabe: „Wird ›Inklusion‹ in erster Annäherung verstanden als soziale Einbindung von Personen, bezeichnet ›Exklusion‹ demgegenüber Phänomene sozialen Ausschlusses. Es handelt sich hierbei also um zwei einander entgegengesetzte Pole *sozialer Teilhabe*. Wird jemand erfolgreich inkludiert, hat er anschließend folglich in größerem Umfang am Sozialen teil, als dies vorher der Fall gewesen ist. Als Prozess zielt Inklusion somit auf eine Steigerung sozialer Teilhabe, die nach erfolgreicher Verwirklichung als *Zustand* realisiert ist. Das heißt, zunächst *wird* man in soziale Verhältnisse inkludiert; anschließend *ist* man es. Auf dem Kontinuum sozialer Teilhabe können Inklusion und Exklusion auf diese Weise komplementär bestimmt werden.“

### **3. Teilhabe psychisch erkrankter Menschen vor dem Hintergrund der aktuellen Wirtschaftsform**

Nach einer theoretischen Darstellung des Begriffes Teilhabe stellt sich nun die Frage, inwieweit die Forderungen nach Teilhabe, die in der Literatur, der UN-BRK, der ICF und im Bundesteilhabegesetz festgehalten sind, in der Realität tatsächlich umgesetzt werden. Hierzu sollen allgemeine Auswirkungen der aktuellen Wirtschaftsform auf Teilhabe aufgezeigt, jedoch vor allem die spezielle Situation von psychisch erkrankten Menschen beleuchtet werden.

#### **3.1. Auswirkungen des Neoliberalismus**

Um die tatsächlichen Perspektiven von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu beleuchten, müssen diese in einem Gesamtzusammenhang betrachtet werden. Hierbei stellen marktwirtschaftliche Strukturen und die damit einhergehende Wettbewerbslogik bedeutende Säulen dar (Kahl 2016, S. 25). In den 80er- und 90er-Jahren entstand das Vorhaben der neoliberalen Rekonstruktion der Gesellschaft. Konkrete Maßnahmen stellen beispielsweise die Deregulierung der Märkte, die Privatisierung staatlicher Leistungen, die Senkung von wohlfahrtsstaatlichen Kosten und die Einschränkung von individuellen Rechtsansprüchen dar. Insgesamt betrachtet kommt es zu einer Neuformulierung des Verhältnisses von Markt und Staat, bei der der Staat die Freiheit des Marktes nicht mehr einschränken soll (Wolf 2011, S. 78 ff.). Dies stellt für die Änderung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen und die Schaffung von Optionen der Teilhabe für psychisch Erkrankte eine Herausforderung dar (Kahl 2016, S. 38).

Beim Thema Inklusion ist es daher wichtig, zunächst exkludierende Mechanismen aufzudecken. Denn einige mächtige Gruppen haben großes Interesse daran und tragen dazu bei, dass die Gesellschaft nicht inklusiv wird. Politische Beschlüsse wie die Agenda 2010 und die Steuerpolitik führen zu auseinanderdriftenden gesellschaftlichen Milieus. Die steigende Zahl an Menschen im Billiglohnsektor ist von der Teilhabe am ökonomischen und kulturellen Reichtum ausgeschlossen (Becker 2016, S. 96). Durch den Neoliberalismus kommen Exklusionsmechanismen ungebremst zum Einsatz. Personen, die als nicht mehr verwertungsgeeignet eingestuft werden, werden überflüssig. Die Devise „Fördern und Fordern“ prägt den aktivierenden Sozialstaat. Eine schnelle Wiedereingliederung von Arbeitslosen in Erwerbstätigkeit hat oberste Priorität. Der Mensch wird zum selbstverantwortlichen Unternehmer seiner

Arbeitskraft und muss sich flexibel an die veränderten Arbeitsmarktbedingungen anpassen. Die Ursachen für sozialen Ausschluss werden nun in individuellen Verhaltensdefiziten und nicht mehr in gesellschaftlichen Strukturen oder ungleichen Verteilungsmechanismen gesehen, wodurch Exklusion selbst zu verantworten ist (Schedeck & Stahlmann 2010, S. 82 f.).

Vor allem drei zentrale Veränderungen in der modernen Gesellschaft sind folgenreich für die Teilhabe: Individualisierung, Erweiterung der Wahlmöglichkeiten und die Neuen Medien. Einerseits ermöglichen diese Entwicklungen mehr Selbstbestimmung und Partizipation.<sup>18</sup> Andererseits stellen die veränderten Bedingungen hohe Anforderungen an das Individuum (Kardorff 2010, S. 129 f.). Das Individuum ist somit weniger als beispielsweise zur Zeit der Industrialisierung durch verlässliche soziale Lebensformen, wie Nachbarschaft und Familie, abgesichert (Kahl 2016, S. 59). Der Mensch wird dadurch zum „Shareholder seines individuellen Humankapitals, der in aller unternehmerischen Freiheit, aber auch bei vollem Geschäftsrisiko sein Leben managt“ (Bröckling 2005, S. 20).

Menschen werden nach ihrer Leistungsfähigkeit bewertet, wodurch es zu einer Segregation innerhalb der Gesellschaft kommt (Göhring-Lange 2011, S. 12). „Die Eigenlogik des Funktionssystems Wirtschaft [...] erweist sich als Exklusionsmechanismus für Personen, bei denen die Erwartbarkeit ökonomisch verwertbarer Leistung herabgesetzt ist“ (Wansing 2006, S. 83). Daher kann der Einbezug eines wachsenden Teils der Gesellschaft in die verschiedenen Leistungssysteme nicht mehr garantiert werden (ebd., S. 15). Wer den erhöhten Anforderungen nicht gerecht wird, wird von anderen Personen, die flexibler und schneller agieren, überholt. Dadurch kann der Rückzug aus bestimmten Lebensbereichen erzwungen werden (Kahl 2016, S. 41). Auch dadurch, dass die jeweiligen Konsumstandards nicht mehr eingehalten werden können, wird Ausgrenzung erzeugt (ebd., S. 59).

Neben Menschen mit Lernschwierigkeiten, älteren chronisch kranken Menschen und Frauen sind vor allem seelisch behinderte Menschen von diesen Veränderungen betroffen (Kardorff 2010, S. 132). Gesellschaftliche Entwicklungen, wie beispielsweise eine Zunahme von Arbeitslosigkeit, wirken sich bei Menschen mit Behinderungen grundsätzlich stärker und oftmals auch früher negativ aus als beim Rest der Gesellschaft. Auch durch das Verschwinden von weniger anspruchsvollen Arbeitsplätzen

---

<sup>18</sup> Das Problem hierbei jedoch ist, dass es nicht allen Menschen gelingt, bei der Vielzahl an möglichen Lebensentwürfen den eigenen Lebenslauf selbstständig und nach den eigenen Bedürfnissen zu gestalten (Kahl 2016, S. 41).

aufgrund von technischen Innovationen fehlen Möglichkeiten der Erwerbstätigkeit für Menschen mit Einschränkungen. Jedoch ist zu beachten, dass selbst diese Arbeitsplätze meist Niedriglohnarbeiten entsprechen und daher ein hohes Risiko beinhalten, trotz Erwerbstätigkeit arm zu sein (Felder 2017, S. 100). Es werden somit vor allem im Bereich der Arbeit vielfältige Ausschlussprozesse deutlich, denen Menschen mit Behinderungen ausgesetzt sind, da hier über Nutzlosigkeit und Machtlosigkeit entschieden wird (ebd., S. 101).

Gesellschaftliche Entwicklungen stehen somit den Vorgaben der UN-BRK<sup>19</sup> entgegen und schränken Beteiligungsmöglichkeiten ein. Die aktuelle Wettbewerbssituation begünstigt den Ausschluss von psychisch kranken Menschen, da diese in ihrer zwischenmenschlichen Kompetenz und Leistungsfähigkeit eingeschränkt sind und den hohen Erwartungen nicht gerecht werden können (Kahl 2016, S. 25). Sie haben weniger Kraft für die Aktivierung von Antrieb und Selbstdisziplin, da sie einen erheblichen Teil ihrer Energie dazu benötigen, die Erkrankung „unter der Decke zu halten“ (Steier-Mecklenburg 2015, S. 227). Vor allem nach akuten Krankheitsphasen können Betroffene nicht die notwendige psychische Stabilität aufweisen. Da Leistungseinschränkungen dieser Art jedoch kaum toleriert werden, erfahren Betroffene häufig Ablehnung und Misserfolg, was wiederum als kontraproduktiv für die Genesung angesehen werden kann (Kahl 2016, S. 41 f.). Auch Stigmatisierung, Resignation und wechselhafte Krankheitsverläufe erschweren die Aufnahme und den Erhalt von Erwerbstätigkeit für psychisch kranke Menschen (Aktion psychisch Kranke e.V. 2007, S. 7). Trotz Neuerungen in der Rehabilitation können die Ergebnisse zur beruflichen Wiedereingliederung daher als ernüchternd bezeichnet werden. Vorrangig bestehen prekäre Arbeitsverhältnisse auf dem ersten oder geschützte Beschäftigungen auf dem zweiten Arbeitsmarkt (Kardorff 2010, S. 135).

Menschen mit psychischen Erkrankungen gehören jedoch nicht nur aufgrund des häufigen Ausschlusses aus dem Erwerbsleben zu einer Risikogruppe, die von Exklusion bedroht ist. Stattdessen können auch Auswirkungen auf soziale Kontakte und das Gemeinschaftsleben verzeichnet werden. Das Entstehen der Gruppe der „Überflüssigen“ geschieht somit in unterschiedlichen gesellschaftlichen Kontexten. Der soziale Rückzug und die Vereinzelung von Betroffenen kann auf dieser Basis nachvollzogen werden (Kahl 2016, S. 48 f.).

---

<sup>19</sup> v. a. Art. 27 der UN-BRK (Arbeit und Beschäftigung)

### 3.2. Bedeutung von Arbeit

Erwerbsarbeit wird als Basis für das Funktionieren unserer Gesellschaft und für die soziale Teilhabe des Einzelnen angesehen (Kardorff 2010, S. 131). Da unsere Gesellschaft wie bereits beschrieben marktwirtschaftlich organisiert ist, ist Erwerbstätigkeit gleichzeitig Voraussetzung und Indikator für Teilhabe (Wansing 2006, S. 83). Durch den Wettbewerb in der Arbeitswelt ist ein Recht auf Arbeit jedoch nur schwer zu verwirklichen. Problematisch ist dies, da Erwerbstätigkeit einem Bereich entspricht, durch den Respekt und Akzeptanz erfahren werden kann (Stoppenbrink 2017, S. 166). Außerdem trägt er zu einer geordneten Tagesstruktur bei (Klein & Tenambergen 2016, S. 11). Vier nicht-monetäre Güter von Arbeit, die neben dem Einkommen eine wichtige Rolle spielen, sind besonders hervorzuheben: *Könnerschaft* bedeutet das Erlangen von Wissen, technischer Leistung oder Schönheit. Eigene Fähigkeiten werden entwickelt und haben reale Resultate der Arbeit zur Folge. Außerdem stellt der *gesellschaftliche Beitrag* ein hohes Gut dar, welches allgemein angestrebt wird. Des Weiteren kann *Gemeinschaft* erlebt werden, was zusätzlich zur Arbeit motiviert. Schließlich stellt die *soziale Anerkennung* einen wichtigen Baustein dar (Gheaus & Herzog 2017, S. 194-200). Das Erfahren von Anerkennung ist notwendig für eine gelingende Identitätsentwicklung und trägt zusätzlich zu gesellschaftlicher Gerechtigkeit bei. Dem Bereich der Arbeit kommt daher eine doppelte Bedeutung zu: Er sichert nicht nur den Lebensunterhalt, sondern stellt auch eine Quelle sozialer Inklusion dar und vermittelt Selbstwertgefühl und Sinnerfahrung.<sup>20</sup> Ein Ausschluss in diesem Bereich und die Erfahrung von Diskriminierung und Missachtung sind daher als höchst problematisch anzusehen (Felder 2017, S. 116). Aufgrund der zentralen Bedeutung von Erwerbstätigkeit senkt das erhöhte Exklusionsrisiko in diesem Bereich auch die Inklusionschancen in anderen gesellschaftlichen Zusammenhängen (Wansing 2006, S. 83) und stellt daher einen wesentlichen Indikator für soziale Ungleichheit dar (Becker 2016, S. 99 f.).

Langfristige Erwerbslosigkeit führt meist zu starker Verunsicherung und dem Verlust eines positiven Selbstwertgefühls, womit oftmals sozialer Rückzug einhergeht. Dauert die Erwerbslosigkeit länger als ein Jahr an, verschlechtern sich die Chancen der beruflichen Wiedereingliederung dramatisch (Kardorff 2010, S. 134). Bei psychisch erkrankten Menschen können sich diese Folgen zusätzlich negativ auf die ohnehin beeinträchtigte psychische Stabilität auswirken (Kahl 2016, S. 43). Jedoch ist auch

---

<sup>20</sup> Siehe auch Kardorff 2010, S. 131

die Veränderung der materiellen Gegebenheiten durch Arbeitslosigkeit nicht zu vernachlässigen, da es gegebenenfalls nicht mehr möglich ist, an interessierenden Bereichen des öffentlichen Lebens teilzunehmen (ebd., S. 76 f.). Aus diesen Gründen ist es wichtig, dass auch Menschen mit Behinderungen eine langfristige Möglichkeit der Partizipation am ersten Arbeitsmarkt zukommt (Stoppenbrink 2017, S. 166).

### **3.3. Entsolidarisierung in der Gesellschaft**

Durch individuelle und strukturelle Benachteiligung wächst die Kluft zwischen den Milieus mit und ohne gesellschaftliche Teilhabe. Dadurch wird der Zusammenhalt der Gesellschaft geschwächt (Göhring-Lange 2011, S. 14). Der einzelne Bürger ist nun gefordert, sein Leben zu managen und sich in Notlagen selbst um sozialstaatliche Hilfe zu kümmern. Die Individualisierung der Lebensformen führt zu einer Entsolidarisierung,<sup>21</sup> was für eine „inklusive Gesellschaft“ kontraproduktiv ist. Zusätzlich kann neben dieser neoliberalen „Ego-Gesellschaft“ eine Reduktion der sozialen Versorgung durch den Staat verzeichnet werden (Theunissen 2010, S. 52 f.). Individuelle Verantwortungszuschreibung für Misserfolg ersetzt somit die allgemeine Solidaritätsverpflichtung. Diese Entsolidarisierung geschieht im Bereich der sozialen Leistungen und in den Köpfen der Gesellschaft. Die erhöhten Anforderungen und Perfektionsideale führen dazu, dass eine steigende Anzahl von Menschen nicht mehr mithalten kann. Hierbei sind vor allem seelisch und sozial verletzliche Menschen gefährdet, sozial abhängig und überflüssig zu werden (Kardorff 2010, S. 130 f.).

Auch Kahl (2016, S. 61) merkt an, dass diese individuelle Verantwortungszuschreibung besonders für psychisch erkrankte Menschen ein Problem darstellt, da sie sich dementsprechend alleine verantwortlich für ihre Lebenssituation und ihre gesellschaftliche Stellung fühlen.

### **3.4. Marktkonforme Inklusion**

Aussagen wie eine „marktkonforme[n] Verwirklichung des Ziels für mehr Teilhabe von Menschen mit Behinderungen in Gesellschaft und Arbeitsleben“ (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände [BDA] 2011, S. 1) machen deutlich, dass Inklusion oftmals nur unter gewissen Bedingungen verwirklicht und nicht zum bedingungslosen Ziel erklärt wird.

---

<sup>21</sup> Siehe auch Becker 2016, S. 98

Die Überflüssigen werden beispielsweise über prekäre Zeitarbeitsverhältnisse in den Arbeitsmarkt vermittelt und damit Inklusion lediglich simuliert. Stattdessen liegt jedoch eine Ent-Exkludierung mit repressivem Charakter vor (Schiedeck & Stahlmann 2010, S. 82 f.). Die Begriffe „Inklusion“ und „Markt“ schließen sich aus. Je näher die wirtschaftliche Verwertung des Individuums rückt, desto geringer wird die Chance auf eine Umsetzung von Inklusion. Die Frage nach Inklusion in der Arbeitswelt rüttelt an der Basis unseres Wirtschaftssystems. Denn dieses ist der Rahmen, in dem aktuell über Inklusion gesprochen wird und lediglich eine „marktkonforme Inklusion“ zulässt (Becker 2016, S. 109 f.). Inklusion sollte jedoch keine Frage der Kosten sein, sondern eine Frage von politischem Willen (ebd., S. 104). Es wird daher eine „Diskrepanz zwischen einer fulminanten Programmatik und ihrer fachlich desolaten, geradezu experimentellen Umsetzung“ (Becker 2013, S. 6) deutlich. Becker (2016, S. 102) fordert daher eine Änderung des Systems, da mit den Instrumenten eines segregierenden und selektierenden Systems keine inklusive Gesellschaft gestaltet werden kann. Auch der Bildungs- und Inklusionsforscher Tony Booth betont diesen notwendigen Wandel: „Wenn wir es mit der Inklusion ernst meinen, werden wir eine andere Wirtschaftsform finden müssen, die nicht so einen starken exkludierenden Druck ausübt“ (Aktion Mensch 2013, S. 44).

### **3.5. Psychische Erkrankungen als Folge der erhöhten Anforderungen**

Es wurde deutlich, dass die heutige Wirtschaftsform ein großes Hindernis für die Teilhabe von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen darstellt.

Es ist jedoch nicht nur so, dass Menschen aufgrund ihrer psychischen Erkrankungen nicht mehr an der Arbeitswelt teilhaben können, sondern auch die erhöhten Anforderungen in der Arbeitswelt tragen selbst zur Entstehung von psychischen Problemen bei. Die Effizienzorientierung produziert psychische Probleme selbst mit und lässt Krankheitssymptome durch kontinuierliche Forderung nach Leistung aufleben (Kahl 2016, S. 31). Beispielsweise führen technische Innovationen zu erhöhten Anforderungen, Rationalisierung zur Erhöhung der psychischen Belastung und die Internationalisierung der Märkte zu Konkurrenzdruck. Des Weiteren entstehen durch die Entwicklung eines Niedriglohnsektors und den Rückgang einfacher Arbeiten sowie unbefristeter Arbeitsverhältnissen starke Ängste. Dies betrifft vor allem vulnerable, weniger leistungsfähige, weniger stressresistente und weniger gut ausgebildete Personen (Kardorff 2010, S. 131 f.). Es kommt zu seelischer Überforderung und psychi-

schen Beschwerden (ebd., S. 135). Kahl (2016, S. 86) weist daher darauf hin, dass der Arbeitsmarkt aktuell selbst zur Förderung von Behinderung beiträgt. Verdeutlicht wird dieser Zusammenhang auch dadurch, dass fast jede zweite neue Frührente (42 %) psychisch bedingt ist (Bundespsychotherapeutenkammer 2014).

### **3.6. Fazit**

Insgesamt wurde deutlich, dass die aktuelle Wirtschaftsform die Teilhabesituation von psychisch kranken Menschen zusätzlich verschärft. Besonders der Bereich der Erwerbstätigkeit ist hierbei betroffen, welcher jedoch aufgrund seiner zentralen Bedeutung auch zu Exklusionsmechanismen in anderen Bereichen führt. Es kommt zu einer Entsolidarisierung der Gesellschaft, in der der Einzelne für seine Teilhabesituation verantwortlich gemacht wird. Denn Inklusion als Veränderung der Umweltbedingungen findet oftmals lediglich „marktkonform“ statt und wird daher simuliert. Auch wurde aufgezeigt, dass die erhöhten Anforderungen der Arbeitswelt selbst zur Entstehung von psychischen Erkrankungen beitragen.

## **4. Methodisches Vorgehen zur Erhebung der Teilhabesituation von schwer psychisch kranken Menschen**

Nun stellt sich die Frage, wie die Umsetzung von Teilhabe konkret gemessen werden kann. Es wurde hierzu eine Replikation einer Studie durchgeführt, die Teilhabe auf Grundlage des Capabilities Approachs rekonstruiert und die Teilhabesituation schwer psychisch kranker Menschen in der Eingliederungshilfe erfasst. Die Studie, die als Vorlage diente, wird nun zunächst vorgestellt und dabei der Ansatz des Capabilities Approachs erläutert. Anschließend folgt die Darstellung der Planung und Durchführung der Erhebung einschließlich einer kurzen Vorstellung der Organisation, deren Klienten befragt wurden.

### **4.1. „BAESCAP-Studie“**

Zunächst erfolgt eine kurze Beschreibung der Studie, die als „Vorlage“ für die Erhebung dieser Arbeit diente. Hierzu wird auch die dazugehörige theoretische Grundlage erläutert.

#### **4.1.1. Allgemeine Informationen**

Als Vorlage für die Erhebung diente die „BAESCAP-Studie“ des Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V. (Riek & Pomowski 2018, S. 7).

Die Studie hatte zum Ziel, eine Anregung für die Berichterstattung zur Teilhabesituation von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen zu geben. Es sollte methodisch aufgezeigt werden, wie eine Erhebung bei Nutzern von sozialpsychiatrischen Angeboten möglich ist. Denn nur wenn dies regelmäßig geschieht, können Folgen von Gesetzesänderungen und Leistungsverschiebungen erfasst und zur Diskussion gestellt werden (Speck 2018b, S. 11).

Es wurden folgende Forschungsfragen ausgewählt:

- „Wie bewerten Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen und Eingliederungshilfebezug ihre Teilhabechancen?“
- Welche TeilhabebARRIEREN und -RISIKEN werden angezeigt?
- Welche Unterschiede in der Lebens- und Teilhabesituation zeigen sich in ausgewählten Dimensionen von Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung?
- Welche Empfehlungen für die strukturelle Weiterentwicklung der verschiedenen Hilfen im System lassen sich auf der Basis der Ergebnisse ableiten?“ (Höptner & Daum 2018, S. 41)

Insgesamt entstand somit ein Erhebungsinstrument mit 190 Items, welches neben allgemeinen Angaben zur Person folgende neun Themenbereiche umfasst: Capabilities und Diskriminierung, Gesundheit, Bildung und Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung, Wohnsituation, Freizeit, soziale Beziehungen, Sicherheitsgefühl sowie Meinungen und Einstellungen (ebd., S. 41–46).

Zielgruppe der Befragung waren Personen über 18, die

„aufgrund einer vorliegenden schweren psychischen Erkrankung in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sind und daher von einer wesentlichen seelischen Behinderung betroffen oder von einer solchen bedroht sind (gemäß § 2 SGB IX) und in diesem Zusammenhang Leistungen der Eingliederungshilfe (gemäß § 53 SGB XII) bezogen, unabhängig von der Wohnsituation (eigene Wohnung, Wohngemeinschaft oder Wohnheim)“ (ebd., S. 47).

Mecklenburg-Vorpommern, Hamburg, Teile von Westfalen und Baden-Württemberg (GPV Ravensburg) entsprachen den Befragungsregionen. Die direkte Feldarbeit in den Befragungsregionen erstreckte sich über den Zeitraum von Juli 2015 bis März 2016 (ebd., S. 48). Insgesamt wurden 6089 Fragebögen verteilt und ein Rücklauf von 1897 auswertbaren Fragebögen (31 %) erzielt. Obwohl kein Anspruch auf bundesweite Repräsentativität erhoben wird, wird die Aussagekraft als sehr hoch eingeschätzt, da mehr als 1 % aller Eingliederungshilfeempfänger bundesweit erfasst werden konnten (ebd., S. 50).

#### **4.1.2. Capabilities Approach als Grundlage der Studie**

Der Teilhabebegriff wurde in dieser Studie über ein philosophisches Konzept rekonstruiert, welches sich in den Sozialwissenschaften etabliert hat: Den Capabilities Approach. Es handelt sich um einen gerechtigkeitstheoretischen Ansatz, der die Frage nach einem guten Leben bzw. einer gelingenden praktischen Lebensführung fokussiert. Er wird auch international zunehmend diskutiert (Otto & Ziegler 2010, S. 9). Speck (2018b, S. 14 f.) erläutert diesen Ansatz mit Rückgriff auf den prominentesten Vertreter dieses Ansatzes, Amartya Sen: Es ging beim Capabilities Approach nach Sen in den 70er-Jahren zunächst um das Ziel, Bewertungskriterien für die Bemessung von Lebensqualität hervorzu bringen. Diese sollten über das Bruttosozialprodukt hinausgehen. Lebensqualität sollte nicht länger nur über Güter und Vermögensverhältnisse bewertet werden. Stattdessen geht es beim Capabilities Approach darum, die konkreten Handlungs- und Gestaltungsspielräume des Einzelnen zu fokussieren. Ungleichheit gründet somit weniger in den zur Verfügung stehenden Ressourcen,

sondern im subjektiven Gestaltungsspielraum, der durch die vorhandenen Ressourcen tatsächlich ermöglicht wird. Dieser Gestaltungsspielraum wird von Sen als „capabilities“ bezeichnet. Hierbei geht es nicht nur um individuelle Fähigkeiten und Kompetenzen, sondern auch um strukturelle Rahmenbedingungen und Zugangschancen. Die „functionings“ beschreiben in diesem Ansatz dagegen den konkreten realisierten Handlungs- und Lebensvollzug, wie beispielsweise das Vorhandensein einer Beschäftigung. Die getrennte Betrachtung von „capabilities“ und „functionings“ ermöglicht differenzierte Analysemöglichkeiten, da nicht nur betrachtet wird, ob jemand etwas hat (beispielsweise eine Beschäftigung) sondern auch, ob es hierzu Alternativen gegeben hätte bzw. ob eine freie Wahl möglich war.

Das Wohlergehen des Menschen hängt somit davon ab, was ein Mensch tut oder ist (Funktionen) und dem, was ein Mensch zu tun oder zu sein in der Lage ist (Verwirklichungschancen) (Sen 1999, S. 75, zit. n. Leßmann 2011, S. 54). Hier wird eine moralphilosophische Perspektive deutlich, da die Freiheit des Individuums fokussiert wird. Das Bild von einem „guten Leben“ unterstreicht die Notwendigkeit von Freiheit. Es geht somit um die Chance, jene Dinge tun zu können, die tatsächlich wertgeschätzt werden. Hierfür stellen Güter, wie beispielsweise Vermögen, auch weiterhin eine Voraussetzung dar (Speck 2018b, S. 16). Sie stellen nach Sen jedoch nur das Mittel dar, um Funktionsweisen zu erreichen, die von der jeweiligen Person wertgeschätzt werden (Sen 1999, S. 6, zit. n. Graf 2011, S. 18 f.). Sen versteht das Wählen als wertvolle Funktionsweise und unterscheidet zwischen dem Besitzen eines Gegenstandes, wenn keine Alternative möglich ist und der bewussten Entscheidung für etwas, wenn reale Alternativen bestehen (Sen 1999, S. 81, zit. n. Graf 2011, S. 22). Es ist somit essentiell, dass individuelle Kompetenzen und Ressourcen vor dem Hintergrund konkreter sozialstruktureller Bedingungen so gestaltet werden, dass eine möglichst große Entscheidungsbasis entsteht (Speck 2018b, S. 14). Sen tritt somit dafür ein, vor allem zu hinterfragen, ob eine Maßnahme den Menschen dazu befähigt, das Leben zu führen, welches er tatsächlich leben möchte. Statt den Blick auf einzelne Bereiche wie das Einkommen oder die Befriedigung von Bedürfnissen zu richten, sollte nach ihm die individuelle Entscheidungsfreiheit für ein Leben nach den persönlichen Wertvorstellungen zum Kriterium gesellschaftlicher Entwicklung gemacht werden (Babic, Bauer, Posch & Sedmak 2011, S. 7). Beispielsweise würde aus der Perspektive des Capabilities Approachs das Wohlergehen einer fastenden Person höher eingeschätzt werden, als das einer hungernden, da erstere die Mög-

lichkeit hätte, etwas zu essen, während letztere diese Entscheidung nicht treffen kann (Leßmann 2011, S. 55).

Das folgende Modell, das auf Sens Gedankengängen basiert, stellt die Einflussfaktoren auf Teilhabe dar. Individuelle Potenziale können nur entfaltet werden, wenn die gesellschaftlichen Bedingungen hierfür förderlich sind. Die aus dem Zusammenwirken der beiden Bereiche entstehenden Teilhabechancen müssen so transformiert werden, dass Spielräume entstehen, damit individuelle Lebensvorstellungen in die Realität umgesetzt werden können (Speck 2018b, S. 17 f.).

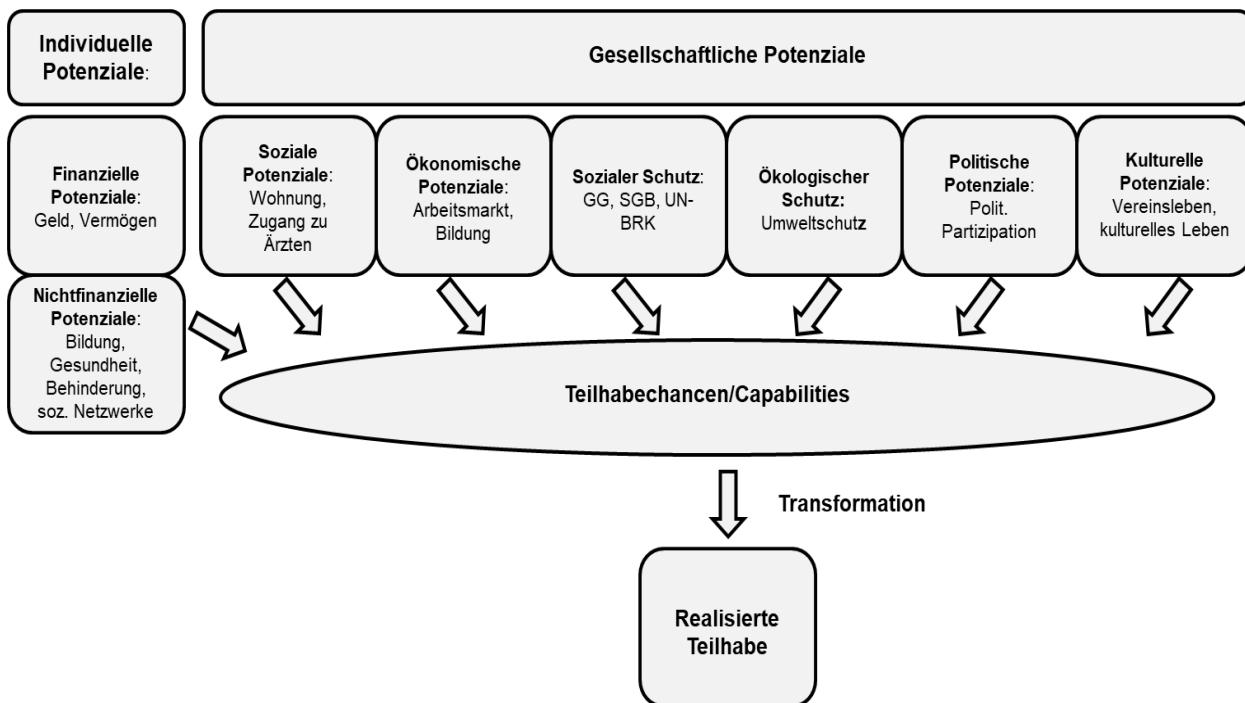


Abbildung 5: Teilhabe als Capabilities (in Anlehnung an Speck 2018b, S. 18)

Die Sozialpsychiatrie muss somit drei Bereichen gerecht werden: Der Stärkung der individuellen Potenziale, der Beeinflussung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der Begleitung der individuellen Transformationsleistungen (Speck 2018b, S. 17 ff.).

Die Kernfrage der Sozialpsychiatrie lässt sich somit neu justieren: „Welche Möglichkeiten, zu sein und zu wählen, ergeben sich aus den Interventionen der Sozialpsychiatrie für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen?“ (ebd., S. 21).<sup>22</sup> Auch der Begriff Teilhabe kann daraus neu rekonstruiert werden: „Generierung individueller Entscheidungsmöglichkeiten mit Blick auf sozial relevante Handlungsbereiche“ (ebd., S. 21).

<sup>22</sup> Siehe auch Ziegler 2011, S. 130

Um soziale Einrichtungen zu bewerten müssen gewisse Aspekte des menschlichen Lebens als wesentlich erachtet werden. Nur so können normative Urteile gefällt werden, wie menschliches Zusammenleben gestaltet werden sollte. Diese Auswahl an Aspekten ist zwar notwendig, jedoch zutiefst evaluativ und keineswegs trivial (Graf 2011, S. 12). Wenn solch eine Auswahl an wesentlichen Aspekten des Lebens jedoch nicht getroffen wird, droht „Uferlosigkeit“, da der Raum potentiell förderbarer Möglichkeiten und Fähigkeiten sehr vielfältig ist (Ziegler 2011, S. 131).

Martha Nussbaum schlägt für diese Präzisierung einen Katalog der „basic capabilities“ vor (siehe Tabelle 2), der für sie als ein Mindeststandard einer gerechten Gesellschaft gilt. Diese muss ein Staat befördern, um elementare Freiheiten der Mitglieder einer Gesellschaft gewährleisten zu können (Speck 2018b, S. 24).

|   |   |
|---|---|
| <b>Leben</b>                            | Es muss ein Leben von normaler Dauer gelebt werden können, ohne frühzeitigen Tod.   |
| <b>Körperliche Gesundheit</b>           | Befähigung, gesund zu sein, inklusive geeigneter Ernährung und Unterkunft.  |
| <b>Körperliche Unversehrtheit</b>       | Befähigung, sich frei bewegen zu können, vor Übergriffen und Gewalt geschützt zu sein und die Möglichkeit zu sexueller Befriedigung zu haben.   |
| <b>Sinne, Vorstellungskraft, Denken</b> | Fähig zu sein, die Sinne zu gebrauchen und zu denken. Eine hinreichende Bildung befähigt hierbei den Verstand zu nutzen. Außerdem beinhaltet diese Kategorie die Fähigkeit, schöne Erfahrungen zu machen.   |
| <b>Gefühle</b>                          | Fähig zu sein, Bindungen zu entwickeln und Liebe, Sehnsucht, Trauer und Dankbarkeit und Zorn erfahren zu können.  |
| <b>Praktische Vernunft</b>              | Befähigung, eine eigene Vorstellung vom Guten zu entwerfen und die Lebensplanung zu reflektieren.   |
| <b>Zugehörigkeit</b>                    | Befähigung, sich an gesellschaftlichen Interaktionen zu beteiligen, empathisch zu sein und auf Basis der Gleichberechtigung mit Würde behandelt zu werden.  |
| <b>Andere Gattungen</b>                 | Fähigkeit, mit Behutsamkeit mit der Natur und den Tieren zusammen zu leben.   |
| <b>Spiel</b>                            | Fähigkeit zu spielen, zu lachen und sich an Aktivitäten erfreuen zu können.   |
| <b>Kontrolle über die eigene Umwelt</b> | Das Recht zur politischen Teilnahme zu besitzen, um die eigene Umwelt zu beeinflussen. Außerdem die Fähigkeit über Eigentum zu verfügen, eine Beschäftigung zu suchen und dadurch mit anderen Beschäftigten eine Beziehung von Anerkennung einzugehen |

Tabelle 2: Basic Capabilities (Nussbaum 1999, zit. n. Speck 2018b, S. 24 ff.)

Mit diesen Kategorien geht es nicht darum, Wohlergehen verbindlich zu definieren. Stattdessen sollen allgemeine Voraussetzungen für Wohlergehen vorgelegt werden. Es ist zu beachten, dass diese nur mit Blick auf die Kultur und das soziale Umfeld, in dem die Menschen leben, konkretisiert werden können. Es muss also sichergestellt sein, dass man sich für diese Capabilities entscheiden kann, die Realisierung jedoch keine Pflicht darstellt (Ziegler 2011, S. 132).

Um die Teilhabesituation nun konkret zu erfassen, wurden methodisch folgende zwei Bereiche abgefragt: (1) Die realisierte Teilhabe (Functionings), was den tatsächlichen

Lebensbedingungen entspricht und (2) die Teilhabechancen (Capabilities) als subjektiv bewertete Verwirklichungschancen. Um die realisierte Teilhabe zu operationalisieren wurden relevante Teilhabedimensionen aus dem Capabilities Approach abgeleitet. Diese wurden anschließend in geeignete Teilhabeindikatoren bzw. Messinstrumente umgewandelt. Hierzu wurde - wenn vorhanden - auf bereits existierende Instrumente zurückgegriffen. Wenn dies nicht möglich war, wurden selbst Fragestellungen konstruiert. Für die Operationalisierung der Capabilities wurde auf die deutsche Vorversion des Oxford Capabilities Questionnaire - Mental Health (OxCAP-MH)<sup>23</sup> zurückgegriffen (Höptner & Daum 2018, S. 41 ff.). Dieser soll die subjektive Wahrnehmung eigener Handlungsmöglichkeiten mit Blick auf die „basic capabilities“ erheben (Speck 2018b, S. 15).

## 4.2. Planung der Erhebung

In der vorliegenden Untersuchung erfolgte - wie auch bei der „BAESCAP-Studie“ - der Zugang zur Zielgruppe in Anlehnung an das Stichprobenverfahren des *location samplings*, bei dem konkrete Orte ausgewählt werden, an denen die Merkmalsträger (Menschen mit einer seelischen Behinderung und Eingliederungshilfebezug) anzutreffen sind (Höptner & Daum 2018, S. 47). Aus diesem Grund wurde das Erthal-Sozialwerk als Leistungsanbieter mit seinen ambulanten, stationären und teilstationären Angeboten der Eingliederungshilfe für Menschen mit wesentlichen seelischen Behinderungen ausgewählt. Auch der Leiter des Wohnverbunds hatte großes Interesse an einer Erhebung der Teilhabesituation der Klienten. Über ihn wurde auch der Kontakt zu den Mitarbeitern der verschiedenen Leistungsformen hergestellt. Mit diesen wurden Termine vereinbart, um ihnen die Studie vorzustellen sowie die Pretests und die Befragungen durchzuführen.

Für die Erhebung wurde der Autorin freundlicherweise der Fragebogen der „BAESCAP-Studie“ zur Verfügung gestellt, weshalb es sich um ein erprobtes Erhebungsinstrument handelt. Dieser wurde jedoch dahingehend verändert, dass die Fragen herausgenommen wurden, die in der Veröffentlichung der „BAESCAP-Studie“ nicht ausgewertet wurden. Neben der Streichung dieser Fragen wurden stellenweise Antwortkategorien zusammengefasst oder Fragen umformuliert, wobei Veröffentlichung der „BAESCAP-Studie“ stets als Orientierung diente. Auch muss auf die Verwendung

---

<sup>23</sup> Siehe hierzu auch: Simon, Judit; Anand, Paul; Gray, Alastair; Rugkåsa, Jorun; Yeeles, Ksenija; Burns, Tom (2013): Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Social Science and Medicine*, 98, S. 187-196

der endgültig validierten deutschen Übersetzung des „OxCAP-MH“ hingewiesen werden, da zum Zeitpunkt der „BAESCAP-Studie“ lediglich die deutsche Vorversion zur Verfügung stand.

Die Anschreiben für die Klienten (in Standard- und in Leichter Sprache) wurden so weit wie möglich übernommen und lediglich an die Erhebung im Erthal-Sozialwerk angepasst.

Aufgrund dieser Veränderungen wurden Pretests mit sechs Klienten durchgeführt.<sup>24</sup> Es kann in der empirischen Sozialforschung heutzutage als Common Sense angesehen werden, diese vor der eigentlichen Datenerhebung durchzuführen. Ziel dabei ist es, das Erhebungsinstrument vor dem eigentlichen Beginn der Befragung zu verbessern, da nach Beginn der Feldphase keine Veränderungen mehr vorgenommen werden dürfen, um die Standardisierung nicht zu gefährden (Weichbold 2014, S. 299). Der Autorin waren vor allem Rückmeldungen zu Verständnisproblemen und zur Länge des Fragebogens wichtig. Bei den Pretests wurden die Methoden „Probing“ und „Think-aloud“ angewendet. „Probing“ bedeutet, dass teilweise Zusatzfragen gestellt werden, wie beispielsweise: „Ist Ihnen bei der Frage etwas aufgefallen?“. Bei der Methode „Think-aloud“ geht es darum, die Klienten aufzufordern, laut zu denken, um Hinweise auf Missverständnisse zu erhalten (ebd., S. 302). Es wurden unterschiedliche Rückmeldungen abgegeben: Manche Klienten haben die Länge des Fragebogens als angemessen empfunden. Es wurde jedoch auch zurückgemeldet, dass der Fragebogen zu umfangreich sei und sich die Klienten nicht so lange konzentrieren könnten, was auch von einigen Mitarbeitern angemerkt und daher eine weitere Kürzung eingehend empfohlen wurde. Aus diesem Grund wurden weitere Fragen aus dem Fragebogen genommen. Hierbei waren folgende Kriterien ausschlaggebend: Bereiche, die bereits über andere Items abgefragt werden oder Bereiche, die sich in der „BAESCAP-Studie“ als nicht ausschlaggebend herausgestellt haben. Es wurden jedoch nur Fragen herausgenommen, die in der finalen Regression nicht benötigt werden. Auch wurden keine Fragen gekürzt, die Teil einer „Fragebatterie“ waren (z. B. das Konstrukt „Soziale Unterstützung“ wurde mit Hilfe von fünf Items gemessen). Insgesamt wurde stets abgewogen, welcher „Informationsverlust“ in Kauf genommen werden kann, um eine höhere Rücklaufquote zu erhalten. Auch Steinhart (2018a, S. 148) weist darauf hin, dass der ursprüngliche Fragebogen mit 190 Fragen eine deutliche Überlänge hatte und schlägt eine Verkürzung des Instruments vor.

---

<sup>24</sup> Eine Klientin aus dem ambulant betreuten Wohnen, drei Klienten aus einer Tagesstätte und zwei Klienten aus der therapeutischen Wohngemeinschaft.

Folglich kann festgehalten werden, dass der Fragebogen nur soweit verändert wurde, dass trotzdem noch eine hohe Vergleichbarkeit der Daten gegeben ist. Es handelt sich daher um eine Art der „Replikationsstudie“. Replikationen dienen der Qualitätskontrolle empirischer Studien und gelten in der Sozialforschung als unentbehrlich. Es können Nachlässigkeiten, Fehler oder auch bewusste Fälschungen aufgedeckt werden (Tausendpfund 2018, S. 143). Bezuglich der Forschungsmethode handelt es sich um eine quantitative Studie, da eine soziale Gegebenheit (in diesem Fall Teilhabe) operationalisiert und damit messbar gemacht wurde. Ein empirisches Relativ wurde somit auf einem numerischen Relativ (Zahlen) abgebildet, wodurch statistische Analysen möglich werden. Somit können Hypothesen über Zusammenhänge zwischen verschiedenen Variablen an der Realität geprüft werden (Raithel 2008, S. 7 f.).

#### **4.3. Vorstellung des Praxispartners**

Um eine mit der „BAESCAP-Studie“ vergleichbare Zielgruppe zu erreichen, wurde wie bereits beschrieben die Erhebung in verschiedenen Einrichtungen des Erthal-Sozialwerks durchgeführt. Hier erhalten Personen Leistungen der Eingliederungshilfe, die aufgrund einer schweren psychischen Erkrankung in ihrer Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt sind und daher von einer wesentlichen seelischen Behinderung betroffen oder von einer solchen bedroht sind.

Das Erthal-Sozialwerk wurde 1996 von der Würzburger Brücke e. V., der St. Josefs-Stiftung Eisingen e. V. und dem Caritasverband der Diözese Würzburg e. V. gegründet. Ziel war es, die Einrichtungen zu vernetzen und die Angebote gemeindenaher psychiatrischer Versorgung auszubauen (Erthal-Sozialwerk o. J.). Die Einrichtungen des Erthal-Sozialwerks bieten Angebote für Menschen mit psychischer Erkrankung in Mainfranken. Das Leistungsspektrum umfasst die Bereiche Wohnen, Arbeiten, Beratung, Rehabilitation und Tagesstrukturierende Beschäftigungs- und Freizeitangebote (St. Josefs Stift o. J.). Erhoben wurde in folgenden Angebotsstrukturen des Erthal-Sozialwerks: In den Tagesstätten, den stationären Angeboten (Wohnheim und Therapeutische Wohngemeinschaft), dem Ambulant Betreuten Wohnen (Haus St. Josef und Klienten, die in eigener Wohnung leben) und in der Werkstatt für psychisch kranke und behinderte Menschen.

#### **4.4. Datenerhebung und -auswertung**

In den Tagesstätten, im Wohnheim, in der therapeutischen Wohngemeinschaft und im Haus St. Josef wurden die Befragungen von der Autorin persönlich durchgeführt. Auf eine kurze Vorstellung der Erhebung folgte das Ausfüllen der Fragebögen durch die Klienten. Klienten, die zu diesen Terminen nicht anwesend sein konnten, hatten die Möglichkeit, den Fragebogen noch nachträglich auszufüllen und abzugeben.

Für die ambulant betreuten Klienten, die in einer eigenen Wohnung leben, wurden die Fragebögen den jeweils zuständigen Betreuern ausgehändigt und gemeinsam mit diesen ausgefüllt. Auch die Klienten, die in der Werkstatt angegliedert sind, erhielten den Fragebogen durch deren Gruppenleiter und füllten diesen gemeinsam mit ihnen aus.

Für die Auswertung der Erhebung wurde das Statistikprogramm SPSS verwendet. Aufgrund von fehlenden oder unplausiblen Antworten wurden Regeln für die Dateneingabe aufgestellt.

## 5. Ergebnisdarstellung und Vergleich zur „BAESCAP-Studie“

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebung im Erthal-Sozialwerk (ESW) dargestellt und mit den Ergebnissen der „BAESCAP-Studie“ verglichen.<sup>25</sup>

### 5.1. Stichprobe

Aufgrund von Überschneidungen der Hilfeformen konnte die genaue Anzahl der Leistungsempfänger des Erthal-Sozialwerks nicht ermittelt werden. Auf der Grundlage von Schätzungen wurden 455 Fragebögen gedruckt und verteilt. Insgesamt wurde ein Rücklauf von 217 auswertbaren Fragebögen (ca. 48 %) erzielt.

Es zeigte sich in der Stichprobe ein eher unausgeglichenes Geschlechterverhältnis, da 38,8 % weibliche und 61,2 % männliche Betroffene an der Befragung teilnahmen (BAESCAP: 50 % weiblich, 50 % männlich).<sup>26</sup>

Wie auch in der „BAESCAP-Studie“ waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung ca. drei Viertel der Teilnehmer zwischen 31 und 60 Jahre alt (74,5 %). 21,8 % entsprachen im ESW der Alterskategorie „18 bis 30 Jahre“ und 3,7 % der Kategorie „61 Jahre oder älter“. In der „BAESCAP-Studie“ nahmen im Vergleich etwas mehr ältere und weniger jüngere Menschen teil. Auch die häufigste Alterskategorie unterscheidet sich dahingehend: Im ESW liegt diese bei „41 bis 50 Jahren“ mit 28,4 % und bei der „BAESCAP-Studie“ bei „51 bis 60 Jahren“ mit 28,3 %.

---

<sup>25</sup> Alle in diesem Kapitel genannten Ergebnisse der „BAESCAP-Studie“ basieren auf der dazugehörigen Veröffentlichung: „Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und –risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen“ (Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Speck und Steinhart 2018).

<sup>26</sup> Der SPSS-Syntax und die SPSS-Ausgabe für alle Ergebnisse können auf Nachfrage bei der Autorin eingesehen werden.

91,2 % der Befragten im ESW machten Angaben zur psychiatrischen Diagnose:<sup>27</sup>

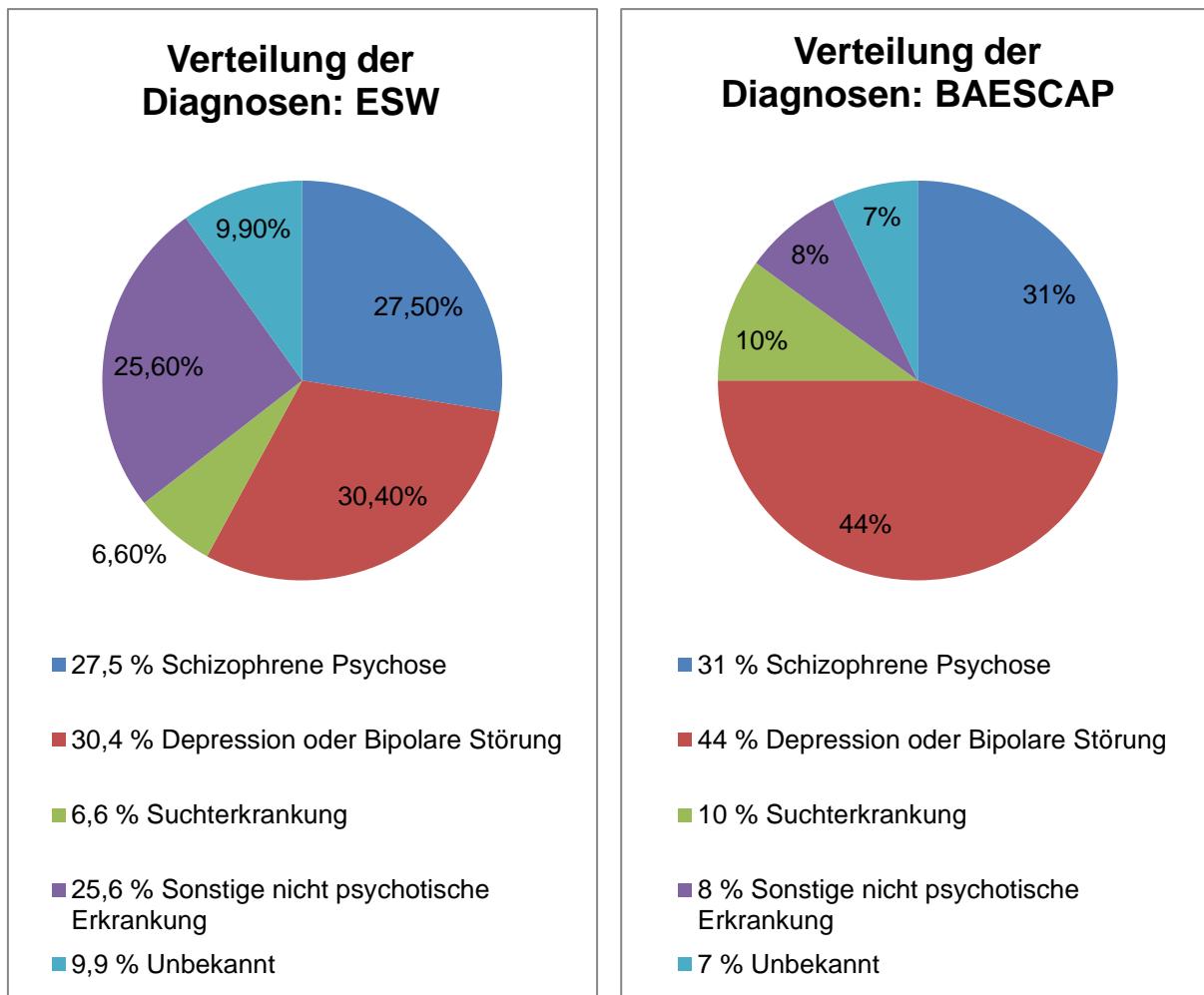


Abbildung 6: Verteilung der Diagnosen (ESW und BAESCAP)

Es wird deutlich, dass bei der Erhebung im ESW im Vergleich zur „BAESCAP-Studie“ deutlich mehr Menschen zu verzeichnen sind, die eine sonstige nicht psychotische Erkrankung<sup>28</sup> angeben. Dafür geben deutlich weniger Menschen an, an einer Depression oder Bipolaren Störung zu leiden. Die restlichen Anteile der Erkrankungen unterscheiden sich nur wenig. Es muss jedoch beachtet werden, dass die psychiatrischen Diagnosen in beiden Erhebungen einer Selbstzuschreibung entsprechen und daher keine ärztlich-psychiatrischen bzw. wissenschaftlich fundierten Diagnosen sind (Höptner 2018, S. 71).

83,41 % der Befragten im ESW machten eine Angabe zu den in Anspruch genommenen Eingliederungshilfeleistungen:

<sup>27</sup> Aufgrund der Möglichkeit zu Mehrfachantworten entsprechen die Prozentzahlen den Prozents der Antworten.

<sup>28</sup> In der Erhebung im ESW wurden wie in der Veröffentlichung der „BAESCAP-Studie“ beschrieben einige Diagnosen in der Kategorie „Sonstige nicht psychotische Erkrankungen (Zwangserkrankung, Angsterkrankung, Persönlichkeitsstörung, Andere psychische Erkrankungen)“ zusammengefasst, was eventuell eine Erklärung für diesen Unterschied darstellen könnte (siehe auch Kapitel 6.2.).

|  | ESW                   | BAESCAP              |
|--|-----------------------|----------------------|
| <b>Ambulant betreutes Wohnen (ABW)</b>   | 11,6 %                | 38,2 %               |
| <b>Tagesstätte/Werkstatt für Menschen mit Behinderung (TS/WfbM)</b>                          | 46,96 % <sup>29</sup> | 12,7 % <sup>30</sup> |
| <b>Ambulant Betreutes Wohnen + Tagesstätte/Werkstatt für Menschen mit Behinderung (ABW+)</b> | 28,18 % <sup>31</sup> | 26,3 % <sup>32</sup> |
| <b>Heim</b>  | 13,26 % <sup>33</sup> | 22,8 %               |

Tabelle 3: Verteilungen innerhalb der Leistungsumfangsstufen (ESW und BAESCAP)

Aufgrund der hohen Rücklaufquote aus der Werkstatt für Menschen mit Behinderung entsprechen im ESW die beiden Gruppen TS/WfbM und ABW+ den am stärksten vertretenen Gruppen. Im Vergleich zur „BAESCAP-Studie“ lassen sich deutlich weniger nur ambulant betreute Menschen oder Menschen im Heimsetting verzeichnen.

## 5.2. Teilhabechancen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung

Auch wurde die Befragungspopulation der „BAESCAP-Studie“ mithilfe des Sozio-ökonomischen Panels (SOEP) mit der Allgemeinbevölkerung verglichen:

### Familienstand und Partnerschaft:

|   | ESW  | BAESCAP  | SOEP   |
|---|--|--|--|
| <b>ledig</b>  | 84,0 %   | 67,0 %   | 28,5 %   |
| <b>Verheiratet bzw. eingetragene Partnerschaft</b>          | 4,3 %  | 4,7 %  | 57,9 %   |
| <b>Geschieden, getrennt lebend, verwitwet</b>               | 11,7 %   | 28,2 %   | 13,6 %   |
| <b>Feste Partnerschaft</b>                                  | 27,7 %   | 24,0 %   | 80,1 %   |
| <b>Kinder</b><br>(davon 25 % mind. ein minderjähriges Kind) | 14,8 %<br>(davon 25 % mind. ein minderjähriges Kind) | 37,4 %<br>(davon 35 % mind. ein minderjähriges Kind) | 70,8 %<br>(davon 48 % mind. ein minderjähriges Kind) |
| <b>1-2 Kinder</b>   | 12,4 %   | 27,5 %   | -  |
| <b>3 oder mehr Kinder</b>                                   | 2,4 %  | 9,8 %  | -  |
| <b>Selbst migriert</b>                                      | 8,5 %  | 6,0 %  | -  |

Tabelle 4: Familienstand, Partnerschaft und Migration (ESW, BAESCAP, SOEP)

Auffällig ist, dass der Anteil der Ledigen im ESW und in der „BAESCAP-Studie“ deutlich höher ist als in der Allgemeinbevölkerung, wobei der Anteil im ESW hierbei sogar noch deutlicher heraussticht. Dementsprechend sind die Personen im ESW und in der „BAESCAP-Studie“ auch deutlich seltener verheiratet als der Rest der Bevölkerung. Dies gilt auch für das Vorhandensein von festen Partnerschaften. Das Merkmal

<sup>29</sup> 7,18 % nur Tagesstätte, 39,78 % nur Werkstatt für Menschen mit Behinderung

<sup>30</sup> 6,6 % nur Tagesstätte, 6,1 % nur Werkstatt für Menschen mit Behinderung

<sup>31</sup> 2,76 % ABW + Tagesstätte, 22,65 % ABW + Werkstatt für Menschen mit Behinderung, 2,76 % keine genaue Zuordnung möglich aufgrund fehlender Angaben

<sup>32</sup> 11 % ABW + Tagesstätte, 15,3 % ABW + Werkstatt für Menschen mit Behinderung

<sup>33</sup> Hier wurde auch die therapeutische Wohngemeinschaft zugeordnet.

der Elternschaft deutet in eine ähnliche Richtung, wobei das ESW einen noch geringeren Anteil an Personen mit Kindern aufweist als die Befragten der „BAESCAP-Studie“. Geschieden sind in der Erhebung im ESW deutlich weniger Personen als in der „BAESCAP-Studie“, weshalb der Anteil eher dem der Allgemeinbevölkerung entspricht.

In der „BAESCAP-Studie“ stellte sich heraus, dass je älter die Befragten sind, desto seltener besteht eine Paarbeziehung. Um für diese Analysen aussagekräftigere Ergebnisse zu erhalten, wurden im ESW die ursprünglichen sieben Altersgruppen zu drei Kategorien zusammengefasst<sup>34</sup> (30 Jahre oder jünger, 31-50 Jahre, 51 Jahre oder älter): Werden die Personen unter 30 Jahren betrachtet, sind 34,8 % in einer Beziehung. Von den über 51-Jährigen sind dies „lediglich“ 28,8 %. Es muss jedoch beachtet werden, dass diese Unterschiede statistisch nicht signifikant sind.<sup>35</sup>

Dahingegen zeigte der Familienstand in der „BAESCAP-Studie“ in eine andere Richtung: Fast jede Person im Alter von 30 oder jünger ist ledig (95 %), was auf Personen im Alter von 61 oder älter nur zu 44 % zutrifft. In der Studie im ESW sind alle Personen (100 %) im Alter von 30 oder jünger ledig. Bei den über 51 Jährigen betrifft dies lediglich 69,2 %. Es kann eine ähnliche Tendenz verzeichnet werden, wobei beachtet werden muss, dass diese Unterschiede nicht auf statistische Signifikanz geprüft werden konnten, da notwendige Testvoraussetzungen für den Chi-Quadrat-Test<sup>36</sup> nicht gegeben waren. Folgende Regel diente in den Analysen stets als Abgrenzungskriterium: „Bei höchstens 20 % der Kategorien darf die erwartete Häufigkeit unter 5 liegen“ (Universität Zürich 2018).

In der „BAESCAP-Studie“ dominiert bei den Personen ab 51 Jahren mit 37 % die Gruppe der Geschiedenen. Die jüngeren Altersgruppen geben dies nur zu 16 % an. Im ESW entsprechen die Geschiedenen in den Altersgruppen ab 51 Jahren einem Anteil von 22 %. Auch ab einem Alter von 51 dominiert im ESW somit noch der Anteil der Ledigen mit 69 %. In den jüngeren Altersgruppen liegt der Anteil der Geschiedenen bei 6 %.

---

<sup>34</sup> Grund hierfür stellte die geringe Anzahl der Personen über 61 Jahren dar (n=8).

<sup>35</sup> Signifikanz entspricht einem Kriterium für die Gültigkeit von Untersuchungsbefunden. Die Irrtumswahrscheinlichkeit (p) bezeichnet die Wahrscheinlichkeit, sich zu irren, wenn man von Unterschieden zwischen den Untersuchungseinheiten ausgeht, obwohl sie zufällig entstanden sind. Je näher sie an Null liegt, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass in der Grundgesamtheit tatsächlich ein Zusammenhang zwischen den Variablen vorliegt (Raithel 2008, S. 123 f.).

<sup>36</sup> „Der  $\chi^2$ -Test überprüft die Unabhängigkeit der beiden Variablen der Kreuztabelle und damit indirekt den Zusammenhang der beiden Merkmale (Signifikanztest). Zwei Variablen einer Kreuztabelle gelten dann als voneinander unabhängig, wenn die beobachteten Häufigkeiten der einzelnen Zellen mit den erwarteten Häufigkeiten übereinstimmen“ (Raithel 2008, S. 143).

## **Kinder:**

Nach Altersgruppen differenziert ergab sich bei der „BAESCAP-Studie“ ein deutlicher Trend, dass jüngere Befragte häufiger kinderlos sind (84 % bis 46 %, Prozente über die Altersgruppen begonnen bei der jüngsten). Im ESW kann eine ähnliche Tendenz verzeichnet werden: Die Anteile von Kinderlosigkeit nach Altersgruppen liegen im ESW bei 100 % (bis 30 Jahre), 87,1 % (31-50 Jahre) und 71,4 % (über 51 Jahre), wobei diese Unterschiede jedoch nicht auf Signifikanz geprüft werden konnten, da notwendige Testvoraussetzungen nicht gegeben waren.

Bezogen auf die psychiatrische Diagnose gaben Befragte mit Schizophrener Psychose oder sonstiger nicht psychotischer Erkrankung in der „BAESCAP-Studie“ am häufigsten an, kinderlos zu sein (jeweils zu 70 % vs. weitere Diagnosen 58 %). Geringe Kinderlosigkeit ging bei der „BAESCAP-Studie“ mit der Diagnose Suchterkrankung einher (54 %). Bei der Erhebung im ESW gaben die Befragten mit Schizophrener Psychose am häufigsten an, kinderlos zu sein (89 %), gefolgt von den Diagnosen Depression und Sucht (je 83 %) und sonstigen nicht psychotischen Erkrankungen (80 %). Jedoch sind diese Unterschiede nicht signifikant. Es kann festgehalten werden, dass die Kinderlosigkeit im ESW insgesamt höher ist als in der „BAESCAP-Studie“, sich die Zahlen bezüglich der Diagnosen jedoch kaum unterscheiden.

## **Freundschaften und Verwandtschaften:**

Außerdem wurde die subjektiv erlebte Qualität von sozialen Kontakten erfragt. Hierzu wurde ein Instrument verwendet (ENRICHED Social Support Inventory – Deutsch – ESSI-D), welches die emotionale soziale Unterstützung anhand eines Scores misst. Auf der fünfstufigen Likertskala (von 1=„nie“ bis 5=„immer“) wurden bei der Erhebung im ESW über alle fünf Fragen hinweg durchschnittliche Werte zwischen 3 und 4 angegeben. Die Mittelwerte variieren nur leicht und liegen zwischen 3,57 („Haben Sie zu einem Menschen, dem Sie sich nahe fühlen und dem Sie vertrauen, so viel Kontakt, wie Sie sich das wünschen?“) und 3,97 („Wenn Sie ein Gespräch brauchen, gibt es jemanden, der Ihnen richtig zuhört?“). Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der „BAESCAP-Studie“ und zeigen, dass Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen tendenziell schwächer sozial unterstützt sind als Personen mit somatischen Erkrankungen (Daum 2018a, S. 59).

Wird soziale Unterstützung hinsichtlich des Alters betrachtet, zeigen sich in der „BAESCAP-Studie“ schwache Zusammenhänge in Richtung einer Polarisierung, die aufzeigen, dass ältere und jüngere Altersgruppen besser eingebunden sind. Es wur-

de hierzu eine dichotome Variable gebildet, die starke und schwache soziale Unterstützung abbildet (Insgesamt konnten Werte von 5 bis 25 erreicht werden; der Trennwert wurde bei 18 gesetzt (Kendel et al. 2011, S. 101)). Im ESW scheint es eher Tendenzen dahingehend zu geben, dass die jüngeren Befragten besser eingebunden sind: 80,9 % der Personen unter 30 Jahren geben eine hohe soziale Unterstützung an, gefolgt von 60,2 % der Personen zwischen 31 und 50 Jahren. Lediglich 45,0 % der Befragten über 51 Jahren geben eine gute soziale Unterstützung an. Auch der Korrelationskoeffizient<sup>37</sup> deutet auf diesen Zusammenhang hin: Er liegt bei -0,247<sup>38</sup> und ist auf dem 0,01 Niveau signifikant, was bedeutet, dass je älter die Befragten sind, desto seltener geben sie eine hohe soziale Unterstützung an.

Hinsichtlich des Geschlechts konnte in der „BAESCAP-Studie“ und im ESW festgestellt werden, dass Frauen besser eingebunden sind als Männer (der Mittelwertvergleich zeigt im ESW, dass Frauen durchschnittlich einen Mittelwert von 4,0 erreichen und Männer von 3,7). Dieser Unterschied ist signifikant ( $p=0,04$ ). Auch konnte festgestellt werden, dass 72 % der Frauen eine hohe soziale Unterstützung angeben und nur 55 % der Männer ( $p=0,018$ ).

Zusätzlich hatte auch eine bestehende Partnerschaft bei der „BAESCAP-Studie“ einen starken Effekt auf gute soziale Unterstützung (77 % vs. 59 %). Dies konnte auch im ESW festgestellt werden: Die Personen, die eine Partnerschaft haben, geben zu 83 % an eine starke soziale Unterstützung zu haben, wohingegen dies nur 52 % der Personen ohne Partnerschaft angeben ( $p=0,000$ ). Auch der Mittelwertvergleich bestätigt dieses Ergebnis (4,3 vs. 3,6;  $p=0,000$ ).

Die Ergebnisse zum Familienstand weisen in der „BAESCAP–Studie“ in die gleiche Richtung: Verheiratete sind am besten (75 %) und Geschiedene am schlechtesten (56 %) eingebunden. Im ESW zeigten sich ähnliche Tendenzen: Verheiratete geben zu 75 % an, eine hohe soziale Unterstützung zu haben, Ledige nur zu 63 % und Geschiedene nur zu 40 %, wobei die Unterschiede nicht auf statistische Signifikanz geprüft werden konnten, da notwendige Testvoraussetzungen nicht gegeben waren. Jedoch unterscheiden sich die Mittelwerte der sozialen Unterstützung der Verheirateten und der Geschiedenen (4,1 vs. 3,3) signifikant voneinander ( $p=0,037$ ).

---

<sup>37</sup> Der Korrelationskoeffizient entspricht einer Messzahl für einen linearen Zusammenhang. Er kann maximal den Wert 1 für extrem positive Korrelationen und minimal den Wert von -1 für extrem negative Korrelationen annehmen. Ist der Korrelationskoeffizient gleich 0, konnte kein linearer Zusammenhang gemessen werden (Raithel 2008, S. 153).

<sup>38</sup> Nach Raithel (2008, S. 154) entsprechen Werte bis 0,2 einer sehr geringen Korrelation, Werte bis 0,5 einer geringen Korrelation, Werte bis 0,7 einer mittleren Korrelation, Werte bis 0,9 einer hohen Korrelation und Werte über 0,9 einer sehr hohen Korrelation.

Hinsichtlich der Diagnose weisen bei der „BAESCAP-Studie“ Befragte mit Depressionen bzw. Bipolaren Störungen signifikant seltener eine starke soziale Unterstützung auf als der Rest (56 % vs. 66 % - 69 %). Im ESW gaben Suchterkrankte am seltens-ten (56 %) und Befragte mit sonstigen nicht psychotischen Erkrankungen am häu-figsten (68 %) an, eine starke soziale Unterstützung zu haben (Schizophrene Psy-chose: 60 %, Depression: 62 %). Jedoch sind diese Unterschiede relativ gering und statistisch nicht signifikant.

### **Bildung:**

|                | Ohne Abschluss verlassen | Hauptschul-abschluss | Realschul-abschluss | Fachhoch- oder Hochschulreife | Anderer Schul-abschluss |
|----------------|--------------------------|----------------------|---------------------|-------------------------------|-------------------------|
| <b>ESW</b>     | 9,5 %                    | 44,8 %               | 19,5 %              | 15,7 %                        | 10,5 %                  |
| <b>BAESCAP</b> | 11,6 %                   | 37 %                 | 31 %                | 17,2 %                        | 3,2 %                   |
| <b>SOEP</b>    | 2,6 %                    | 20,5 %               | 31,4 %              | 30,9 %                        | 14,7 %                  |

Tabelle 5: Verteilung der Schulabschlüsse (ESW, BAESCAP, SOEP)

Betrachtet man das Thema Bildung, dann fällt auf, dass das Bildungsniveau der Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich abfällt. Die Anteile der Menschen, die keinen Schulabschluss vorweisen können, lagen bei der „BAESCAP-Studie“ und dem ESW bei ca. 10 % und sind damit fast viermal so groß wie der Anteil in der Allgemeinbevölkerung. Auch Hauptschulabschlüsse lagen bei der „BAESCAP-Studie“ und dem ESW ungefähr doppelt so häufig vor als in der Allgemeinbevölkerung.

Im ESW konnten weniger Realschulabschlüsse als in der „BAESCAP-Studie“ und somit deutlich seltener als in Allgemeinbevölkerung vorgewiesen werden.

Auch das Abitur kann von Menschen mit psychischen Erkrankungen nur ca. halb so oft erreicht werden als von der Allgemeinbevölkerung.

Problematisch ist vor allem, dass im ESW 75 % der Personen, die keinen Schulabschluss haben, auch keinen Berufsabschluss haben (BAESCAP: 87 %).

### **Ausbildung:**

Auch beim Thema Ausbildung lassen sich deutliche Unterschiede zur Allgemeinbevölkerung finden: 39,6 % haben im ESW keinen Berufsabschluss (BAESCAP: 41 %), was einem mehr als doppelt so großen Anteil als in der Allgemeinbevölkerung ent-spricht (SOEP: 18 %). Berufliche Abschlüsse lassen sich im ESW zu einem Anteil von 47,8 % finden, was mit den Anteilen der „BAESCAP-Studie“ und der Allgemein-bevölkerung vergleichbar ist (BAESCAP: 50 %, SOEP: 53 %).

Ein großer Unterschied zur Allgemeinbevölkerung liegt bezüglich der akademischen Abschlüsse vor: Im ESW liegt dieser Anteil bei lediglich 5,8 % (BAESCAP: 6 %), wohingegen der Anteil in der Allgemeinbevölkerung bei 23 % liegt.

Auch in der Beschäftigungssituation lassen sich Unterschiede finden: Im ESW sind 78,2 % geschützt beschäftigt und lediglich 1,9 % regulär tätig. Es muss jedoch beachtet werden, dass besonders aus der Werkstatt ein hoher Rücklauf zu verzeichnen war, der an dieser Stelle vermutlich die Stichprobe verzerrt. In der „BAESCAP-Studie“ lag der Anteil der Erwerbstätigen bei 40 %, wobei die geschützt Beschäftigten mit eingerechnet wurden. In der Allgemeinbevölkerung gehen dagegen mehr als zwei Drittel einer regulären Beschäftigung nach.

Ein Blick auf das Ersterkrankungsalter kann möglicherweise die prekäre Bildungssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen erklären: Insgesamt sind im ESW 53,1 % unter 21 Jahren und 25,8 % vor dem 14. Lebensjahr erkrankt (BAESCAP: 46 % und 23 %). Es zeigt sich, wie auch in der „BAESCAP-Studie“, dass der Beginn der Erkrankung oftmals in jener biografischen Phase liegt, in der die grundlegenden Bildungsabschlüsse erreicht werden. Von denen, die keinen Berufsabschluss haben, sind im ESW 62 % vor dem 21. Lebensjahr erkrankt (BAESCAP: 59 %) und 30 % sogar vor dem 14 Lebensjahr (BAESCAP: 30 %).

#### **Freizeit:**

Im Fragebogen wurden zwölf Fragen zur Häufigkeit von verschiedenen Tätigkeiten gestellt. An dieser Stelle sollen einige dieser Aspekte exemplarisch dargestellt und ein Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aufgezeigt werden (siehe Tabelle 6).

|  | Befragungs-population | Täglich | Mind. 1x pro Woche | Mind. 1x pro Monat | Seltener | Nie  |
|--|-----------------------|---------|--------------------|--------------------|----------|------|
|  |                       | %       | %                  | %                  | %        | %    |
| Besuche von Nachbarn, Freunden oder Bekannten                      | ESW                   | 5,9     | 27,3               | 17,6               | 32,7     | 16,6 |
|  | BAESCAP               | 10,3    | 24,6               | 15,2               | 31,3     | 18,5 |
|  | SOEP                  | 4,6     | 40,7               | 33,4               | 18,8     | 2,5  |
| Besuche von Familienangehörigen oder Verwandten                    | ESW                   | 11,2    | 18,4               | 24,3               | 35,4     | 10,7 |
|  | BAESCAP               | 4,6     | 19,9               | 21,1               | 33,7     | 20,7 |
|  | SOEP                  | 7,8     | 38,3               | 30,7               | 20,8     | 2,4  |
| Nutzung sozialer Online Netzwerke                                  | ESW                   | 37,8    | 8,1                | 1,4                | 9,1      | 43,5 |
|  | BAESCAP               | 23,8    | 6,5                | 2,8                | 10,5     | 56,4 |
|  | SOEP                  | 32,0    | 13,2               | 3,3                | 8,4      | 43,1 |
| Ausflüge oder kurze Reisen machen                                  | ESW                   | 0,5     | 6,7                | 18,7               | 56,0     | 18,2 |
|  | BAESCAP               | 1,2     | 3,5                | 12,8               | 51,3     | 31,1 |
|  | SOEP                  | 0,1     | 4,4                | 28,5               | 55,9     | 11,0 |
| Beteiligung in Parteien, in der Kommunalpolitik, Bürgerinitiativen | ESW                   | 0,5     | 0,5                | 2,0                | 13,9     | 83,1 |
|  | BAESCAP               | 0,2     | 0,7                | 1,2                | 7,1      | 90,8 |
|  | SOEP                  | 0,3     | 0,9                | 1,9                | 8,0      | 88,9 |
| Ehrenamtliche Tätigkeiten  | ESW                   | 0       | 6,3                | 4,9                | 16,1     | 72,7 |
|  | BAESCAP               | 1,0     | 4,7                | 3,2                | 7,1      | 83,9 |
|  | SOEP                  | 1,6     | 10,1               | 9,4                | 11,0     | 67,8 |
| Kirchgang, Besuch religiöser Veranstaltungen                       | ESW                   | 1,4     | 11,5               | 8,1                | 32,1     | 46,9 |
|  | BAESCAP               | 1,1     | 6,2                | 4,7                | 19,6     | 68,4 |
|  | SOEP                  | 0,2     | 7,1                | 8,9                | 27,1     | 56,7 |
| Nutzung des Internets  | ESW                   | 44,9    | 11,1               | 3,4                | 10,1     | 30,4 |
|  | BAESCAP               | 33,6    | 9,8                | 3,0                | 9,0      | 44,7 |
|  | SOEP                  | 61,2    | 21,2               | 2,2                | 5,1      | 10,3 |

Tabelle 6: Häufigkeit von Freizeitaktivitäten (ESW, BAESCAP, SOEP)

Auffallend ist, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung sehr viele Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen nie Besuch von Familienangehörigen bekommen (ESW: 16,6 %, BAESCAP: 18,5 %, SOEP: 2,5 %).

Die tägliche Internetnutzung wird deutlich seltener angegeben, wobei der Unterschied zur Allgemeinbevölkerung im ESW nicht so extrem ausfällt wie bei der „BAESCAP-Studie“. Auch der Anteil derjenigen, die das Internet nie nutzen ist im ESW ein wenig geringer als in der „BAESCAP-Studie“, wobei der Unterschied zur Allgemeinbevölkerung immer noch sehr deutlich ist (30,4 % vs. 10,3 %). Im Bereich der digitalen Teilhabe ist auch ein starker Alterseffekt zu verzeichnen: 76 % der Personen im ESW, die unter 30 Jahren alt sind, nutzen das Internet täglich, wohingegen dies keine der Personen, die über 60 Jahre alt sind, angegeben hat (BAESCAP: bis 30 Jahre: 67 % vs. über 60 Jahre: 9 %). Es kann im ESW ein signifikanter Zusammenhang verzeichnet werden: Je älter die Personen sind, desto seltener nutzen sie das Internet (Korrelationskoeffizient=0,437, p=0,000).

Im Bereich der Beteiligung in der Politik gaben 83 % der Befragten im ESW an, sich nie zu beteiligen, wobei dieser Anteil unter den Anteilen der „BAESCAP-Studie“ und der Allgemeinbevölkerung liegt (BAESCAP: 92 %, SOEP: 89 %), was als positiv angesehen werden kann. Auch bezüglich ehrenamtlicher Tätigkeiten schneidet das ESW etwas besser ab als die Befragten der „BAESCAP-Studie“: „Nur“ 72 % geben an, sich nie zu engagieren (BAESCAP: 84 %) und 11,2 % engagieren sich mindestens einmal im Monat oder öfter (BAESCAP: 9%). Trotzdem ist noch ein Unterschied zur Allgemeinbevölkerung zu verzeichnen (21,1% engagieren sich hier mindestens einmal im Monat oder öfter).

Gefragt nach dem Besuch religiöser Veranstaltungen lässt sich im ESW der größte Anteil an Menschen finden (1,4 %), die eine tägliche Nutzung angeben (BAESCAP: 1,1 % vs. SOEP: 0,2 %). Auch sind in dieser Gruppe am wenigsten Personen (47 %), die der Religion sämtlich abgewandt sind (BAESCAP: 68 % vs. SOEP: 57 %).

Bei Betrachtung aller erhobenen Freizeitaktivitäten und deren Korrelationen mit der Zufriedenheit mit den Freizeitaktivitäten wurde in der „BAESCAP-Studie“ deutlich, dass soziale Interaktionen (Essen gehen, Freunde treffen, an Ausflügen teilnehmen) schwache und mäßige Zusammenhänge mit der Zufriedenheit aufweisen. Bei der digitalen Teilhabe hingegen (Nutzung Internet, Onlinenetzwerke, PC) konnten deutliche Effekte in negativer Richtung verzeichnet werden.

Im ESW konnte hierzu bei der Aktivität „Ausflüge oder kurze Reisen machen“ ein schwacher aber signifikanter Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit den Freizeitaktivitäten verzeichnet werden: Je öfter diese Freizeitaktivität ausgeführt wird, desto zufriedener sind die Personen mit den Freizeitaktivitäten (Korrelationskoeffizient= -0,182<sup>39</sup>, p=0,001).

#### **EX-IN:**

Bezüglich Beratungs- und Unterstützungsangeboten durch Psychiatrieerfahrene geben im ESW 72,1 % an, noch keine Erfahrungen hiermit zu haben (BAESCAP: 80 %). Von 79,8 % werden diese Angebote jedoch als wichtig oder sehr wichtig angesehen (BAESCAP: 80 %).

90 % der Personen, die Unterstützung solcher Art bereits in Anspruch genommen haben, geben im ESW an, dieses Angebot als wichtig oder sehr wichtig zu erachten (BAESCAP: 96 %).

---

<sup>39</sup> Der Korrelationskoeffizient hat aufgrund der Codierung ein negatives Vorzeichen: Zufriedenheit wurde auf einer Skala von 0=„ganz und gar unzufrieden“ bis 10=„ganz und gar zufrieden“ gemessen und die Häufigkeiten von 1=„Täglich“ bis 5=„Nie“ codiert.

### 5.3. Wohnen

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Erhebung mit Blick auf die erhaltenen Wohn- bzw. Leistungsformen dargestellt. Hierbei wurden in Anlehnung an die „BAESCAP-Studie“ vier Leistungsumfangsstufen unterschieden:

- Niedriger Umfang (= nur ambulant Betreutes Wohnen – im Folgenden mit „ABW“ abgekürzt)
- Mittlerer Umfang (= Tagesstätte oder Werkstatt für Menschen mit Behinderung – im Folgenden mit „TS/WfbM“ abgekürzt)
- Hoher Umfang (= ambulant Betreutes Wohnen plus Tagesstätte oder Werkstatt für Menschen mit Behinderung – im Folgenden mit „ABW+“ abgekürzt)
- Sehr hoher Umfang (= Wohnen im Heim oder in der Therapeutischen Wohngemeinschaft – im Folgenden mit „Heim“ abgekürzt)

Im Vergleich zur bundesweiten Situation (32 % der Menschen mit seelischen Behinderungen und Eingliederungshilfebezug leben in Heimen) liegt der Stichprobenanteil befragter Heimbewohner im ESW mit 13,3 % weit unter dem Bundesdurchschnitt. 86,7 % der Stichprobe werden demnach ambulant betreut. In der „BAESCAP-Studie“ konnte hingegen ein Anteil an Heimbewohnern von 22,8 % erreicht werden, was näher am Bundesdurchschnitt liegt.

Tabelle 7 zeigt personenbezogene Merkmale bezüglich der Leistungsform auf.

|                    | Befragungs-population | Niedriger Umfang (ABW) | Mittlerer Umfang (TS/WfbM) | Hoher Umfang (ABW+) | Sehr hoher Umfang (Heim) |
|--------------------|-----------------------|------------------------|----------------------------|---------------------|--------------------------|
|                    |                       | %                      | %                          | %                   | %                        |
| <b>Geschlecht</b>  |                       |                        |                            |                     |                          |
| weiblich           | ESW                   | 25,0                   | 41,3                       | 46,9                | 39,1                     |
|                    | BAESCAP               | 52,0                   | 52,0                       | 49,3                | 44,7                     |
| <b>Alter</b>       |                       |                        |                            |                     |                          |
| Bis 30 Jahre       | ESW                   | 38,1                   | 20,2                       | 13,7                | 41,7                     |
|                    | BAESCAP               | 15,6                   | 13,6                       | 12,4                | 11,0                     |
| 31 bis 40 Jahre    | ESW                   | 4,8                    | 20,2                       | 21,6                | 20,8                     |
|                    | BAESCAP               | 23,8                   | 16,0                       | 21,8                | 18,3                     |
| 41 bis 50 Jahre    | ESW                   | 28,6                   | 23,8                       | 37,3                | 12,5                     |
|                    | BAESCAP               | 23,7                   | 29,9                       | 29,4                | 21,0                     |
| 51 bis 60 Jahre    | ESW                   | 23,8                   | 33,3                       | 23,5                | 25,0                     |
|                    | BAESCAP               | 26,2                   | 31,6                       | 28,3                | 29,1                     |
| 61 Jahre und älter | ESW                   | 4,8                    | 2,4                        | 3,9                 | 0,0                      |
|                    | BAESCAP               | 10,7                   | 9,1                        | 8,2                 | 20,5                     |

|  |                | ABW  | TS/WfbM | ABW+ | Heim |
|--|----------------|------|---------|------|------|
| <b>Familienstand</b>   |                |      |         |      |      |
| ledig  | <b>ESW</b>     | 85,7 | 80,7    | 84,3 | 91,7 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 66,4 | 61,0    | 68,8 | 69,7 |
| Verheiratet/eingetragene Partnerschaft                           | <b>ESW</b>     | 4,8  | 7,2     | 2,0  | 0,00 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 3,6  | 12,6    | 4,7  | 1,7  |
| Verheiratet/eingetragene Partnerschaft aber getrennt lebend      | <b>ESW</b>     | -    | -       | -    | -    |
|  | <b>BAESCAP</b> | 2,3  | 2,2     | 3,8  | 4,6  |
| geschieden   | <b>ESW</b>     | 9,5  | 12,0    | 9,8  | 8,3  |
|  | <b>BAESCAP</b> | 25,7 | 21,6    | 20,7 | 20,3 |
| verwitwet  | <b>ESW</b>     | 0,0  | 0,0     | 3,9  | 0,0  |
|  | <b>BAESCAP</b> | 1,9  | 2,6     | 1,9  | 3,7  |
| <b>Partnerschaft</b>   |                |      |         |      |      |
| ja   | <b>ESW</b>     | 28,6 | 30,1    | 23,5 | 16,7 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 22,4 | 36,0    | 24,1 | 18,6 |
| <b>Kinder</b>  |                |      |         |      |      |
| ja   | <b>ESW</b>     | 14,3 | 14,5    | 14,0 | 13,0 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 37,3 | 39,7    | 32,7 | 39,3 |
| <b>Davon (mindestens ein) Kind unter 18 Jahre</b>                |                |      |         |      |      |
| ja   | <b>ESW</b>     | 33,3 | 38,5    | 14,3 | 0,0  |
|  | <b>BAESCAP</b> | 39,7 | 25,6    | 38,2 | 27,5 |
| <b>Gesetzliche Betreuung</b>                                     |                |      |         |      |      |
| Ja   | <b>ESW</b>     | 71,4 | 54,2    | 81,6 | 54,2 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 39,1 | 25,6    | 47,6 | 72,4 |
| <b>Bildungsabschluss</b>   |                |      |         |      |      |
| Ohne Abschluss   | <b>ESW</b>     | 4,8  | 4,8     | 16,3 | 4,3  |
|  | <b>BAESCAP</b> | 9,8  | 10,0    | 10,9 | 16,6 |
| Volks-/Hauptschulabschluss/POS (mit Abschluss 8./9. Klasse)      | <b>ESW</b>     | 28,6 | 48,8    | 40,8 | 43,5 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 38,9 | 32,0    | 36,9 | 37,8 |
| Realschulabschluss/mittlere Reife/POS (mit Abschluss 10. Klasse) | <b>ESW</b>     | 19,0 | 21,4    | 26,5 | 21,7 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 28,9 | 37,0    | 34,1 | 28,2 |
| Fachhoch- oder Hochschulreife                                    | <b>ESW</b>     | 38,1 | 14,3    | 8,2  | 17,4 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 19,1 | 18,7    | 15,0 | 13,7 |
| Anderer Abschluss  | <b>ESW</b>     | 9,5  | 10,7    | 8,2  | 17,4 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 3,3  | 2,3     | 3,0  | 3,8  |
| <b>Berufsabschluss</b>   |                |      |         |      |      |
| Kein Berufsabschluss   | <b>ESW</b>     | 55,0 | 36,1    | 42,9 | 43,5 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 41,2 | 30,0    | 41,3 | 46,4 |
| Beruflicher Bildungsabschluss                                    | <b>ESW</b>     | 35,0 | 51,8    | 42,9 | 47,8 |
|  | <b>BAESCAP</b> | 49,2 | 60,9    | 51,7 | 43,7 |
| Hochschulabschluss   | <b>ESW</b>     | 5,0  | 6,0     | 4,1  | 4,3  |
|  | <b>BAESCAP</b> | 7,1  | 6,8     | 4,1  | 5,1  |
| Anderer Abschluss  | <b>ESW</b>     | 5,0  | 6,0     | 10,2 | 4,3  |
|  | <b>BAESCAP</b> | 2,5  | 2,3     | 2,8  | 4,8  |

Tabelle 7: Personenbezogene Merkmale und Leistungsform (ESW und BAESCAP)

### **Geschlecht und Alter:**

Bezüglich der Inanspruchnahme der verschiedenen Leistungsformen zeigten sich in der „BAESCAP-Studie“ und dem ESW keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Im ESW konnte lediglich - wie in der gesamten Stichprobe auch - ein geringerer Anteil von weiblichen Befragten in den verschiedenen Leistungsformen gefunden wurden. Bezüglich des Alters wurde in der „BAESCAP-Studie“ deutlich, dass die älteren Altersgruppen doppelt so häufig im Heim zu finden sind als Befragte in den Altersgruppen bis 50 Jahre. Dieser Effekt konnte im ESW jedoch nicht beobachtet werden.

### **Partnerschaft und Kinder:**

Bezüglich des Partnerschaftsstatus sind die Personen ohne Wohnunterstützung (TS/WfbM) ca. doppelt so häufig in einer Partnerschaft als die Personen, die im Wohnheim leben (ESW: 30,1 % vs. 16,7 %, BAESCAP: 36,0 % vs. 18,6 %). Dieser Trend besteht auch mit Blick auf den Familienstand: Auch hier gaben Befragte ohne Wohnunterstützung (TS/WfbM) häufiger an, verheiratet zu sein als Befragte anderer Leistungsformen (ESW: 7,2 % (TS/WfbM) vs. 0 % (Heim) - 4,8 % (ABW); BAESCAP: 12,6 % (TS/WfbM) vs. 1,7 % - 4,7 %). Im ESW sind diese Unterschiede jedoch statistisch nicht signifikant. Das Merkmal der Elternschaft liegt im ESW insgesamt seltener vor als in der „BAESCAP-Studie“, ist jedoch in beiden Erhebungen über die Leistungsformen relativ gleich verteilt.

### **Gesetzliche Betreuung:**

Von den Befragten im ESW gaben insgesamt 60 % an, einen gesetzlichen Betreuer zu haben (BAESCAP: 46,8 %). Innerhalb der Leistungsformen bestätigte sich im ESW die Tendenz aus der „BAESCAP-Studie“ nicht, dass die Menschen, die im Heim leben, öfter eine gesetzliche Betreuung haben als die Menschen in den ambulanten Leistungsformen. Im ESW weisen die Personen mit ABW+ am häufigsten eine gesetzliche Betreuung auf (81,6 %), gefolgt von den Personen mit ABW (71,4 %) und den Personen mit TS/WfbM oder Heim (je 54,2 %). Diese Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p=0,009$ ).

### **Schulbildung und Berufsabschluss:**

Bezüglich des Bildungsabschlusses zeigte sich in der „BAESCAP-Studie“, dass Heimbewohner tendenziell häufiger keinen Schulabschluss haben als die Personen in den anderen Wohnformen (16,6 % vs. 9,8 % - 10,9 %). Im ESW hingegen lag der

größte Anteil derer, die keinen Schulabschluss haben, bei den Personen im ABW+ (16,3 % vs. 4,3 % - 4,8 %), wobei aufgrund fehlender Testvoraussetzungen nicht nachgewiesen werden konnte, ob diese Unterschiede statistisch signifikant sind.

Die Anteile derer, die einen Volksschulabschluss vorweisen können, lagen in der „BAESCAP-Studie“ je nach Leistungsform zwischen 32,0 % und 38,9 %. Im ESW lassen sich tendenziell am wenigsten Volksschulabschlüsse bei den Personen im ABW finden (28,6 % vs. 40,8 % - 48,8 %).

Realschulabschlüsse lagen im ESW zwischen 19,0 % (ABW) und 26,5 % (ABW+) vor (BAESCAP: 28,2 % (Heim) - 37,0 % (TS/WfbM)).

Abitur wurde im ESW am häufigsten von den Personen im ABW angegeben (38,1 % vs. 8,2 % - 17,4 %). Auch in der „BAESCAP–Studie“ lag der größte Anteil derer, die Abitur haben, bei den Personen, die lediglich eine ambulante Betreuung in Anspruch nehmen.

Ein anderer Abschluss wurde im ESW grundsätzlich häufiger angegeben als in der „BAESCAP-Studie“, wobei jedoch keine großen Unterschiede zwischen den jeweiligen Betreuungsformen festgestellt werden konnten.

Wird der Berufsabschluss in den Blick genommen, kann festgestellt werden, dass im ESW in der Leistungsform ABW der größte Anteil an Personen ohne Berufsabschluss zu finden ist (55 %). In der „BAESCAP-Studie“ lag der größte Anteil derer ohne Schulabschluss bei den Heimbewohnern (46,4 %). Gemeinsam ist den beiden Erhebungen jedoch der geringe Anteil der Personen ohne Berufsabschluss innerhalb der Leistungsform TS/WfbM (ESW: 36,1 %; BAESCAP: 30,0 %). Folglich liegen in dieser Leistungsform viele Berufsabschlüsse vor.

Der Anteil der Befragten mit einem Hochschulabschluss fällt in beiden Erhebungen recht gering aus und beträgt im ESW anteilig nur zwischen 4,1 % (ABW+) und 6 % (TS/WfbM) (BAESCAP: 4,1 % - 7,1 %). Jedoch konnten die Unterschiede in den Berufsabschlüssen im ESW nicht auf statistische Signifikanz geprüft werden, da Testvoraussetzungen nicht gegeben waren.

### **Diagnose und subjektive Gesundheit:**

Betrachtet man die psychiatrische Diagnose in Bezug auf die untersuchten Leistungsformen wurde in der „BAESCAP-Studie“ deutlich, dass die Diagnose Depression oder Bipolare Störung im Heim seltener angegeben wird als in den ambulanten Wohnformen (26,6 % vs. 41,4 % - 55 %). Die Diagnose Schizophrene Psychose deutete in der „BAESCAP-Studie“ dagegen in andere Richtung: Im stationären Setting

überwiegt diese mit 43,2 % und nimmt mit Abnahme des Leistungsumfangs ab. Ein weiterer Unterschied fand sich bezüglich der Diagnose Suchterkrankung: In der „BAESCAP-Studie“ ist dieser Anteil im Heim doppelt so groß als in den ambulanten Angeboten.

Im ESW konnte ein sehr niedriger Anteil an Depressionen oder Bipolaren Störungen bei den Personen mit TS/WfbM (34,2 %) verzeichnet werden. Der Anteil im Heim lag bei 43,5 % und ist damit geringer als die Anteile in den Leistungsformen ABW+ (46,8 %) und ABW (76,2 %). Die Diagnose Schizophrenie wurde auch im ESW am häufigsten im Heimsetting (56,5 %) und mit Abnahme des Leistungsumfangs seltener angegeben (ABW+: 46,8 %, TS/WfbM: 36,7 %, ABW: 19,0 %). Die Diagnose Suchterkrankung wurde im Gegensatz zur „BAESCAP-Studie“ nicht am häufigsten im Heim angegeben, sondern in der Leistungsform ABW+ (19,1 % zu 2,5 % - 8,7 %).

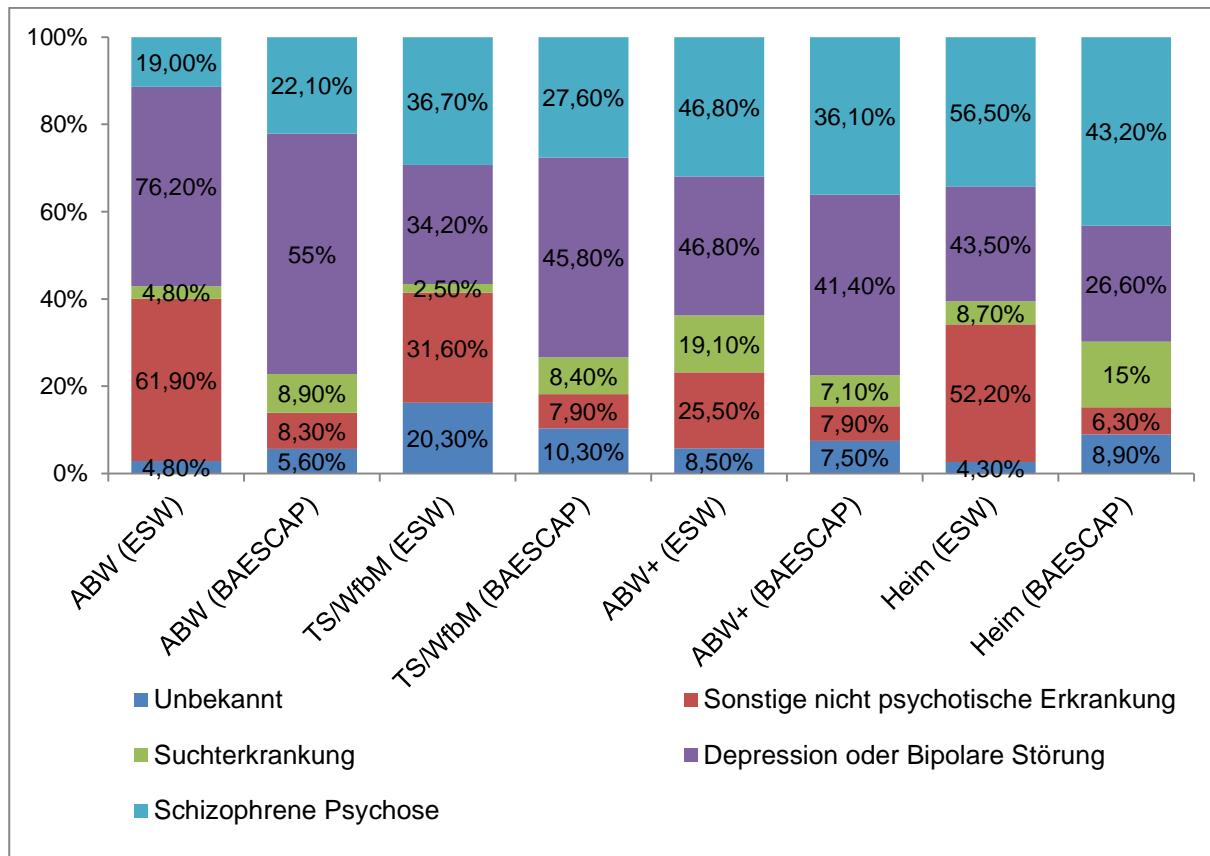


Abbildung 7: Diagnosen in Abhängigkeit von der Leistungsform (ESW und BAESCAP)

Auch die Diagnoseanzahl wurde betrachtet: In der „BAESCAP-Studie“ wurde von 57,5 % mehr als eine psychiatrische Diagnose angegeben. Von 27,4 % wurden sogar drei oder mehr psychiatrische Diagnosen angegeben. Im ESW wurde von 30,3 %

mehr als eine psychiatrische Diagnose und von 7,6 % drei psychiatrische Diagnosen angegeben.<sup>40</sup>

Differenziert nach den Leistungsformen gaben Befragte der „BAESCAP-Studie“ mit den Leistungsformen ABW (62,0 %) und ABW+ (59,0 %) signifikant häufiger zwei oder mehr psychiatrische Diagnosen als Heimbewohner (48,7 %) an. In der Leistungsform TS/WfbM gaben dies 54,3 % der Personen an. Im ESW gaben die Befragten mit der Leistungsform TS/WfbM am seltensten zwei oder mehr psychiatrische Diagnosen (21,5 %) an. Am häufigsten wurde dies - wie in der BAESCAP-Studie“ auch - von Befragten mit der Leistungsform ABW (52,4 %) angegeben. Im Heimsetting wurde dies von 43,5 % und in der Leistungsform ABW+ von 38,3 % angegeben ( $p=0,031$ ).

Bezüglich des Gesundheitszustands zeigte sich in der „BAESCAP-Studie“, dass nur 23 % der Befragten im ABW einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand angeben. Im Gegensatz dazu wurde dies von 35,8 % der Heimbewohner angegeben. Auch eine weniger gute oder schlechte Gesundheit wurde häufiger von Personen mit der Leistungsform ABW angegeben (43,6 %) und seltener im Heimsetting (29,8 %). Im ESW wurde ein guter oder sehr guter Gesundheitszustand am häufigsten bei der Leistungsform TS/WfbM angegeben (41 %) und am seltensten – wie auch in der „BAESCAP-Studie“ - bei der Leistungsform ABW (19 %). Eine weniger gute oder schlechte Gesundheit wurde im ESW auch am häufigsten im ABW angegeben (38,1 %). Am seltensten gaben dies Befragte aus der Leistungsform TS/WfbM an (21,7 %). Im Heimsetting lag dieser Anteil bei 30,4 % (siehe Abbildung 8). Jedoch sind diese Unterschiede im ESW statistisch nicht signifikant.

---

<sup>40</sup> Wie bereits angemerkt wurden in der Erhebung im ESW einige Diagnosen in der Kategorie „Sonstige nicht psychotische Erkrankungen (Zwangserkrankung, Angsterkrankung, Persönlichkeitsstörung, Andere psychische Erkrankungen)“ zusammengefasst, wodurch die Anzahl der Komorbiditäten evtl. unterschätzt wurde (siehe Kapitel 6.2.).

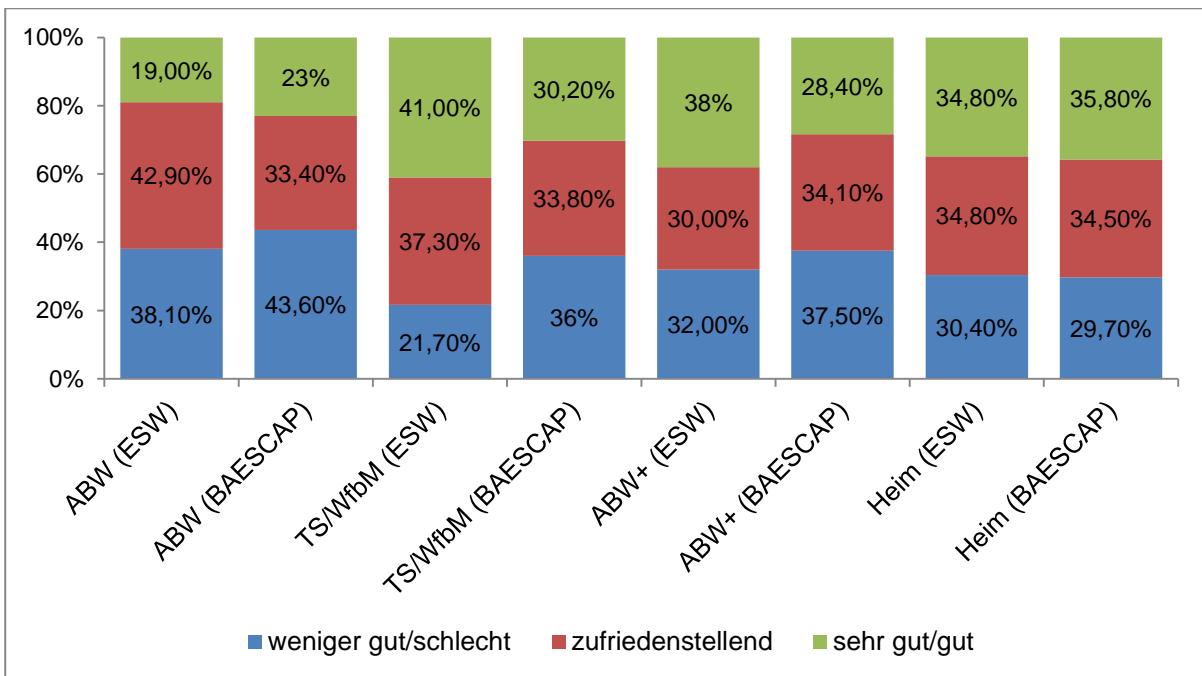


Abbildung 8: Eingeschätzte Gesundheit in Abhängigkeit von der Leistungsform (ESW und BAESCAP)

Die Frage, ob keine medizinische Behandlung erhalten wurde, weil die Warteliste zu lang war, wurde in der „BAESCAP-Studie“ seltener mit „Ja“ beantwortet, je höher der Leistungsumfang ist. Im ESW hingegen wurde diese Frage im Heimsetting am schlechtesten bewertet (20,8 % Zustimmung), gefolgt von ABW (14,3 %) und ABW+ (11,8 %). Am seltensten wurde diese Frage in der Leistungsform TS/WfbM mit „Ja“ beantwortet (3,6 %), wobei diese Unterschiede nicht auf statistische Signifikanz geprüft werden konnten, da notwendige Testvoraussetzungen nicht gegeben waren.

Jedoch ist anzumerken, dass in der medizinischen Versorgung insgesamt eine geringe Problemanzeige ablesbar ist, da im ESW nur 11,2 % angeben keine medizinische Behandlung erhalten zu haben, weil die Warteliste zu lang war (BAESCAP: 14,7 %).

### **Soziales Netz und emotionale Unterstützung:**

Auch bezüglich sozialer Unterstützung konnten in der „BAESCAP-Studie“ Unterschiede innerhalb der Leistungsformen gefunden werden: Befragte aus intensiver betreuten Leistungsformen (TS/WfbM, ABW+, Heim) schneiden über alle fünf Items hinweg besser ab als die Personen, die lediglich ambulant betreut werden (ABW). Zwar sind hierbei nicht alle Ergebnisse statistisch signifikant, jedoch kann eine konkrete Tendenz verzeichnet werden. Diese Tendenz konnte im ESW jedoch nicht bestätigt werden. Die Befragten, die lediglich ambulant betreut werden (ABW), schneiden lediglich bezüglich der Frage nach Liebe und Zuneigung am schlechtesten ab,

erzielen jedoch bei den Fragen nach einem Zuhörer oder Rat sogar die besten Werte (siehe Abbildung 9). Es muss jedoch angemerkt werden, dass diese Ergebnisse heterogen und statistisch nicht signifikant sind und daher die Tendenz der „BAESCAP-Studie“ auch nicht widerlegt werden kann.

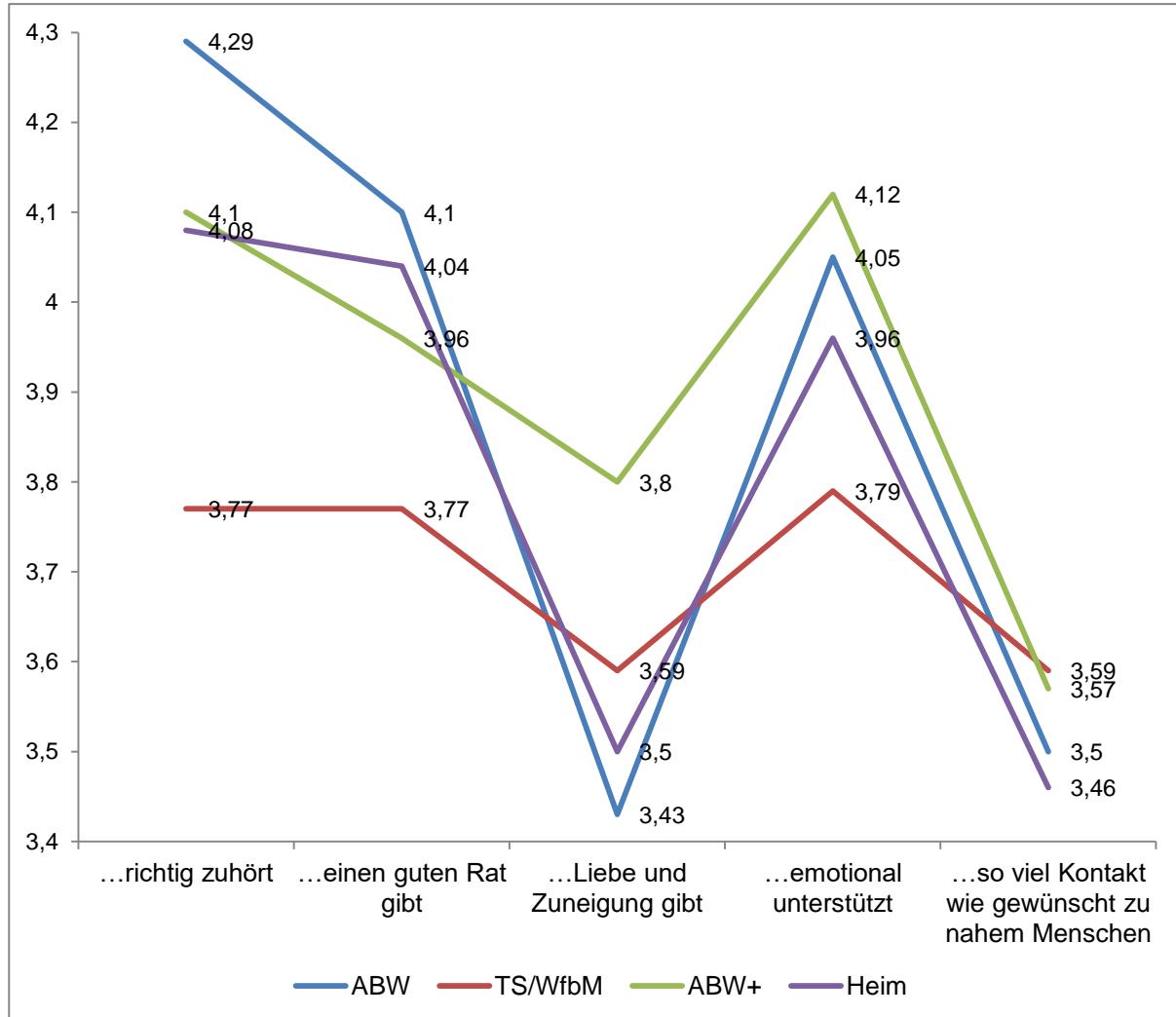


Abbildung 9: Emotionale Unterstützung in Abhängigkeit von der Leistungsform, Instrument ENRICHD Social Support Inventory - Deutsch, Angaben in Mittelwerten (ESW)

### **Freiheit der Entscheidung und Selbstbestimmung:**

In der „BAESCAP-Studie“ zeigte sich, dass 71,2 % der Befragten ihre Wohnform frei wählen konnten, 15,9 % stimmten dem nur teilweise zu und 12,9 % gaben an, nicht frei entschieden zu haben. Im ESW stellt sich die allgemeine Entscheidungsfreiheit ähnlich dar: 69,3 % konnten ihre Wohnform frei wählen, 21,5 % gaben an, dass dies nur teilweise gegeben war und 9,3 % gaben an, nicht frei entschieden zu haben.

Unterteilt nach den Leistungsformen zeigte sich in der „BAESCAP-Studie“, dass sich im ambulant betreuten Setting jeweils ca. 80 % frei entscheiden konnten, wohingegen dies nur von 45 % der Heimbewohner angegeben wurde. Auch im ESW konnte festgestellt werden, dass die ambulant betreuten Befragten häufiger frei entscheiden

konnten als die Befragten im Heimsetting (66,7 % - 76,3 % vs. 31,8 %, siehe Abbildung 10). Der Anteil derjenigen, die nur teilweise frei entscheiden konnten ist im Heimsetting deutlich größer als in den ambulanten Wohnformen. Somit konnten im Heimsetting knapp 70 % nicht oder nur teilweise frei entscheiden. Es kann ein schwacher Korrelationskoeffizient von 0,182<sup>41</sup> verzeichnet werden, welcher aufzeigt, je intensiver die Wohnform ist, desto geringer stellt sich die Entscheidungsfreiheit dar ( $p=0,008$ ).

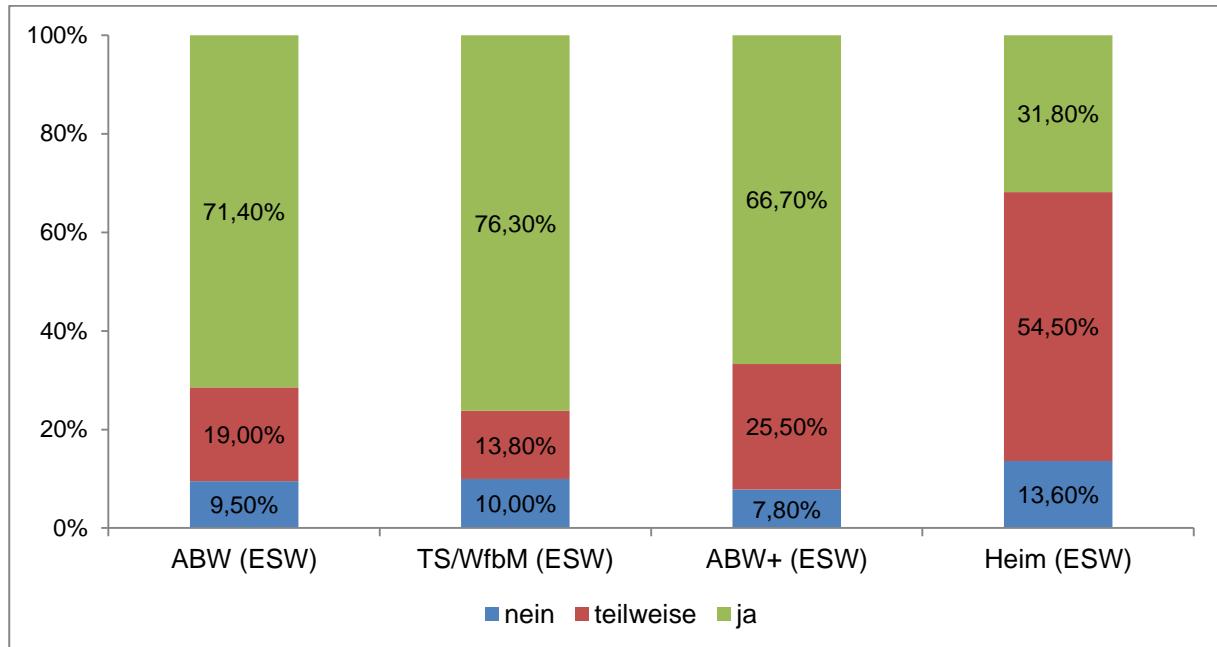


Abbildung 10: Entscheidungsfreiheit in der Wahl der Wohnform in Abhängigkeit von der Leistungsform (ESW)

Außerdem wurde nach den Gründen für die Einschränkung in der Entscheidungsfreiheit gefragt. Diese Angaben stellen sich wie folgt dar:

|   | ESW    | BAESCAP |
|---|--------|---------|
| <b>Mietpreis zu hoch</b>                                    | 17,1 % | 21,2 %  |
| <b>Betreuer hat es nicht erlaubt</b>                        | 17,1 % | 15,1 %  |
| <b>Wegen der Nähe zum Arbeitsplatz ging es nicht anders</b> | 1,3 %  | 2,3 %   |
| <b>Behörde/Amt hat es nicht erlaubt</b>                     | 5,3 %  | 18,2 %  |
| <b>Weiß ich nicht</b>                                       | 23,7 % | 18,5 %  |
| <b>Andere Gründe</b>  | 35,5 % | 24,8 %  |

Tabelle 8: Gründe für die Einschränkung der Entscheidungsfreiheit (ESW und BAESCAP)

In beiden Erhebungen wurden jeweils am häufigsten „andere Gründe“ genannt. In der „BAESCAP-Studie“ wurde im Vergleich zum ESW deutlich öfter angegeben, dass es Behörde oder Amt nicht erlaubten.

<sup>41</sup> Aufgrund der Codierung hat der Korrelationskoeffizient kein negatives Vorzeichen: Der Betreuungsumfang wurde aufsteigend von 1=„ABW“ bis 4=„Heim“ codiert und die Entscheidungsfreiheit absteigend mit 1=„Ja“, 2=„Teilweise“ und 3=„Nein“.

Weiterhin gefragt nach der eigenständigen Bestimmung des Alltags in der aktuellen Wohnform gaben in der „BAESCAP-Studie“ 61,5 % der Befragten an, ihren Alltag immer selbst zu bestimmen. Unterteilt nach Betreuungsformen wurde eine ähnliche Tendenz wie zuvor deutlich: In den Leistungsformen ABW und TS/WfbM konnten 69 % ihren Alltag immer frei bestimmen, wohingegen die Befragten im Heimsetting dies nur zu 39 % angaben. In der Leistungsform ABW+ lag der Anteil bei 65,2 %. Im ESW gaben insgesamt 46,2 % der Befragten an, ihren Alltag immer selbst bestimmen zu können (ca. 15 % weniger als in der „BAESCAP-Studie“). Ähnlich zur „BAESCAP-Studie“ ist, dass die Anteile der Befragten, die ihren Alltag immer selbst bestimmen können tendenziell abnehmen, je intensiver die Betreuung wird (ABW: 66,7 %; TS/WfbM: 40,2 %, ABW+: 42,9 %, Heim: 30,4 %). Es konnte ein Korrelationskoeffizient von 0,179<sup>42</sup> festgestellt werden ( $p=0,007$ ), was einem schwachen Zusammenhang entspricht (Je mehr Betreuung, desto weniger Selbstbestimmung im Alltag).

Diese Tendenz konnte auch in der erlebten Fremdbestimmung über das eigene Leben verzeichnet werden. Unterteilt nach Wohnformen unterscheidet sich die Fremdbestimmung in der „BAESCAP-Studie“ signifikant: Im Heimsetting liegt ein Mittelwert<sup>43</sup> von 4,2 vor (hohe Fremdbestimmung), wohingegen in den anderen Betreuungsformen ein Mittelwert von 3,6 erreicht wurde (niedrigere Fremdbestimmung). Im ESW wird am wenigsten Fremdbestimmung in der Leistungsform TS/WfbM (Mittelwert=2,83) erlebt. In den Leistungsformen ABW und ABW+ liegen die Mittelwerte bei 3,05 bis 3,06. Im Heimsetting wurde ein Mittelwert von 3,29 erreicht, was im Vergleich der höchsten Fremdbestimmung entspricht. Jedoch sind diese Unterschiede statistisch nicht signifikant. Werden diesbezüglich die beiden Erhebungen verglichen, kann im ESW insgesamt eine geringere Fremdbestimmung über das eigene Leben verzeichnet werden, da die Mittelwerte niedriger als die der „BAESCAP-Studie“ sind. Außerdem wurde gefragt, inwieweit sich die Befragten von der Gesellschaft respektiert fühlen: Im ESW trat hierbei die Gruppe der Personen heraus, die nur ambulant betreut wird (ABW): Diese gaben im Vergleich zu den intensiver betreuten Leistungsformen am seltensten an, sich respektiert zu fühlen (47,6 % vs. 60,9 % - 66,7 %) und am häufigsten, sich nicht respektiert zu fühlen (52,4 % vs. 33,3 % - 39,1 %), wobei diese Unterschiede statistisch nicht signifikant sind. Es könnte jedoch unter Vorbe-

<sup>42</sup> Der Korrelationskoeffizient hat aufgrund der Codierung kein negatives Vorzeichen: Betreuungsumfang wurde aufsteigend von 1=„ABW“ bis 4=„Heim“ codiert und die Selbstbestimmung von 1=„Immer“ bis 5=„Nie“

<sup>43</sup> Skala von 1=„stimme überhaupt nicht zu“ bis 7=„stimme voll zu“

halt vermutet werden, dass sich ein höherer Betreuungsumfang positiv auf den subjektiv empfundenen Respekt der Gesellschaft auswirkt. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass sich in der „BAESCAP-Studie“ die Heimbewohner signifikant häufiger von der Gesellschaft respektiert und angenommen fühlen (62,1 %) als Befragte anderer Leistungsformen (47,3 % bis 58,8 %).

Auch konnte in der „BAESCAP-Studie“ sowie in der Erhebung im ESW ein signifikanter Zusammenhang mit den Verwirklichungschancen festgestellt werden: Befragte, die ihre Wohnform frei wählen konnten, haben signifikant höhere Verwirklichungschancen als Befragte, die keine oder nur eingeschränkte Wahlfreiheit angeben. Von den Personen im ESW, die frei entscheiden konnten, gaben 34,5 % hohe Verwirklichungschancen an, wohingegen dies Personen, die nur teilweise oder gar nicht frei entscheiden konnten, nur zu 11,4 % bzw. 26,3 % angeben ( $p=0,012$ ). Es kann zu diesen Unterschieden ein Korrelationskoeffizient von  $-0,179^{44}$  festgestellt werden ( $p=0,004$ ), was bedeutet, dass je höher die Entscheidungsfreiheit ist, desto höher sind die Verwirklichungschancen.

#### **Freizeit:**

Da auch das Thema Freizeit einen wichtigen Teilhabebereich darstellt, wurde die Häufigkeit der Durchführung von verschiedenen Freizeitaktivitäten erfragt. Die Ergebnisse können in Tabelle 9 abgelesen werden.

---

<sup>44</sup> Der Korrelationskoeffizient hat aufgrund der Codierung ein negatives Vorzeichen: Wahlfreiheit wurde mit „Ja“=1, „Teilweise“=2 und „Nein“=3 codiert und die Werte der Verwirklichungschancen steigen an, je besser sie beurteilt werden.

|  | Befragungs-<br>population | Täg-<br>lich | Mind.<br>1x pro<br>Woche | Mind.<br>1x pro<br>Monat | Selte-<br>ner | Nie  |
|--|---------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|---------------|------|
|  |                           | %            | %                        | %                        | %             | %    |
| Essen oder trinken gehen   | ESW                       | 5,7          | 28,0                     | 28,9                     | 29,9          | 7,6  |
|  | BAESCAP                   | 4,7          | 13,6                     | 18,6                     | 41,6          | 21,6 |
| Besuche von Nachbarn,<br>Freunden oder Bekannten                 | ESW                       | 5,9          | 27,3                     | 17,6                     | 32,7          | 16,6 |
|  | BAESCAP                   | 10,3         | 24,6                     | 15,2                     | 31,3          | 18,5 |
| Besuche von Familienangehö-<br>rigen oder Verwandten             | ESW                       | 11,2         | 18,4                     | 24,3                     | 35,4          | 10,7 |
|  | BAESCAP                   | 4,6          | 19,9                     | 21,1                     | 33,7          | 20,7 |
| Nutzung sozialer Online<br>Netzwerke                             | ESW                       | 37,8         | 8,1                      | 1,4                      | 9,1           | 43,5 |
|  | BAESCAP                   | 23,8         | 6,5                      | 2,8                      | 10,5          | 56,4 |
| Ausflüge oder kurze Reisen<br>machen                             | ESW                       | 0,5          | 6,7                      | 18,7                     | 56,0          | 18,2 |
|  | BAESCAP                   | 1,2          | 3,5                      | 12,8                     | 51,3          | 31,1 |
| Beteiligung in Parteien, Kom-<br>munalpolitik, Bürgerinitiativen | ESW                       | 0,5          | 0,5                      | 2,0                      | 13,9          | 83,1 |
|  | BAESCAP                   | 0,2          | 0,7                      | 1,2                      | 7,1           | 90,8 |
| Ehrenamtliche Tätigkeiten  | ESW                       | 0            | 6,3                      | 4,9                      | 16,1          | 72,7 |
|  | BAESCAP                   | 1,0          | 4,7                      | 3,2                      | 7,1           | 83,9 |
| Kirchgang, Besuch religiöser<br>Veranstaltungen                  | ESW                       | 1,4          | 11,5                     | 8,1                      | 32,1          | 46,9 |
|  | BAESCAP                   | 1,1          | 6,2                      | 4,7                      | 19,6          | 68,4 |
| Nutzung des PC   | ESW                       | 31,1         | 10,2                     | 3,4                      | 14,6          | 40,8 |
|  | BAESCAP                   | 29,6         | 10,2                     | 2,8                      | 10,1          | 47,2 |
| Nutzung des Internets  | ESW                       | 44,9         | 11,1                     | 3,4                      | 10,1          | 30,4 |
|  | BAESCAP                   | 33,6         | 9,8                      | 3,0                      | 9,0           | 44,7 |
| Kino, Pop-oder Jazzkonzerte,<br>Tanzveranstaltungen/Disko        | ESW                       | 0            | 1,4                      | 15,9                     | 47,6          | 35,1 |
|  | BAESCAP                   | 0,4          | 1,7                      | 9,0                      | 41,5          | 47,4 |
| Oper, klassische Konzerte,<br>Theater, Ausstellungen             | ESW                       | 0            | 0,5                      | 6,7                      | 43,1          | 49,8 |
|  | BAESCAP                   | 0,4          | 0,9                      | 4,6                      | 31,0          | 63,0 |

Tabelle 9: Häufigkeit von Freizeitaktivitäten (ESW und BAESCAP)

Auffallend sind die hohen Anteile der Personen, die angaben, nie Besuch von Freunden (ESW: 16,6 %, BAESCAP: 18,5 %) oder Verwandten zu bekommen (ESW: 10,7 %, BAESCAP: 20,7 %).

Unterteilt nach Wohnformen gaben im ESW im Heimsetting „nur“ 13 % an, nie Besuch von Freunden zu bekommen. In den ambulanten Wohnformen waren die Anteile höher und lagen zwischen 16,3 % und 19 %. Diese Tendenz lag auch bei Familienbesuchen vor: Im Heimsetting gab keiner der Befragten an, nie Besuch von der Familie zu bekommen. Die Anteile derer, die dies angeben, steigen an, je geringer der Leistungsumfang wird (6,1 % - 33,3 %). In der „BAESCAP-Studie“ deutete sich ein entgegengesetzter Trend an: Im Heim äußerten 28,2 % der Befragten nie Besuch von Freunden zu bekommen, wohingegen die Anteile in den ambulanten Wohnformen zwischen 14,3 % und 18,8 % lagen. Auch bei Familienbesuchen lag der Anteil derer, die nie Besuch bekommen im Heim bei 27 % und in den anderen Wohnformen

zwischen 13,3 % und 22,4 %. Es muss jedoch angemerkt werden, dass die Unterschiede in der „BAESCAP-Studie“ statistisch signifikant sind, wohingegen dies im ESW nicht der Fall ist oder aufgrund fehlender Testvoraussetzungen nicht geprüft werden konnte. Daher kann die Tendenz der „BAESCAP-Studie“ auch nicht widerlegt werden.

Bezüglich der digitalen Teilhabe zeigte sich folgendes Bild: 30,4 % (ESW) und 44,7 % (BAESCAP) der Befragten nutzen nie das Internet. Auch soziale Onlinenetzwerke werden jeweils von ca. der Hälfte der Befragten nie genutzt (ESW: 43,5 %, BAESCAP: 56,4 %). Gleiches gilt auch für die Nutzung eines PC (ESW 40,8 %, BAESCAP: 47,2 %).

Unterteilt nach Wohnformen zeigte sich in der „BAESCAP-Studie“, dass nur 13,4 % der Befragten im Heimsetting eine tägliche Internetnutzung angeben und 67,4 % nie. In den ambulanten Wohnformen hingegen stellt die Nutzung des Internets für 31,8 % bis 45,1 % eine tägliche Freizeitaktivität dar. Sie gaben nur zu 34,1 % bis 44,3 % an, das Internet nie privat zu nutzen. Auch bei der PC-Nutzung bestätigt sich dieses Bild: Nur 21 % der Heimbewohner geben an, diesen mindestens einmal pro Woche zu nutzen, wohingegen dies in den ambulanten Wohnformen von 37,65 % bis 50,8 % angegeben wurde.

Im ESW ließ sich dieser Trend nicht bestätigen: Mit 54,2 % gaben die Befragten im Heimsetting sogar häufiger eine tägliche Internetnutzung als Befragte in den Leistungsformen TS/WfbM (42,0 %) oder ABW+ (44,0 %) an. Lediglich Befragte im ABW gaben die tägliche Nutzung häufiger an (61,9 %). Auch die Antwort, dass das Internet nie privat genutzt wird, wurde von Befragten im ABW (33,3 %) und ABW+ (36,0 %) sogar häufiger angegeben als im Heimsetting (29,2 %). Am seltensten gaben Befragte in der Leistungsform TS/WfbM an, nie privat das Internet zu nutzen (27,2 %). Jedoch konnte bezüglich dieser Unterschiede im ESW keine statistische Signifikanz nachgewiesen werden, da notwendige Testvoraussetzungen nicht gegeben waren. Bei der PC-Nutzung ließen sich Tendenzen wie in der „BAESCAP-Studie“ erkennen, die jedoch auch nicht als signifikant nachgewiesen werden konnten: Eine tägliche Nutzung wurde von 57 % im ABW angegeben und nur von 29,2 % im Heimsetting. Auch die Angabe, dass nie ein PC in der Freizeit genutzt wird, ließ sich im Heimsetting häufiger finden (54,2 %) als im ABW (33,3 %).

Bezüglich der beiden abgefragten kulturellen Freizeitaktivitäten konnte in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt werden, dass diese von 47,4 % bis 63,0 % keine Inhalte der Freizeitgestaltung sind (ESW: 35,1 % bzw. 49,8 %). Unterteilt nach Leis-

tungsformen gaben Befragte der „BAESCAP-Studie“ im Heimsetting häufiger an, dass sie dies nie tun (57 % - 71,1 %) als Befragte in ambulanten Wohnformen (40,6 % - 63,6 %). Im ESW gaben 37,5 % der Befragten im Heimsetting an, nie ins Kino, auf Pop-oder Jazzkonzerte oder auf Tanzveranstaltungen zu gehen, wobei die Leistungsform ABW mit 38,1 % sogar ein wenig schlechter abschneidet (TS/WfbM: 33,8 %, ABW+: 29,4 %). Bei der Frage nach dem Besuch von Opern, klassischen Konzerten, Theater oder Ausstellungen wurde im ESW am häufigsten von den Befragten in der Leistungsform TS/WfbM angegeben, dies nie zu tun (54,3 %), gefolgt von den Befragten im Heim (50,0 %), den Befragten im ABW+ (45,1 %) und den Befragten im ABW (33,3 %). Jedoch konnten auch diese Unterschiede aufgrund fehlender Testvoraussetzungen nicht auf statistische Signifikanz überprüft werden.

### **Zufriedenheit:**

Auf einer zehnstufigen Antwortskala von 0=„ganz und gar unzufrieden“ bis 10=„ganz und gar zufrieden“ konnte die Zufriedenheit in Bezug auf verschiedene Lebensbereiche bewertet werden. Im ESW wurde die beste Bewertung im Bereich Wohnen erreicht (Mittelwert=6,59), gefolgt von Freizeit (Mittelwert=6,17), Lebensstandard (Mittelwert=5,82), Beruf (Mittelwert=5,15) und Gesundheit (Mittelwert=5,07). In der „BAESCAP-Studie“ wurde auch der Bereich Wohnen am besten bewertet (Mittelwert=6,3). Am schlechtesten wurde hingegen die Zufriedenheit mit dem Beruf bewertet (Mittelwert=3,8) und nicht die Gesundheit (Mittelwert=4,2). Es lässt sich erkennen, dass die Werte im ESW insgesamt etwas besser sind als die Werte in der „BAESCAP-Studie“. Unterteilt nach Leistungsumfang ließen sich in der „BAESCAP-Studie“ im Bereich Wohnen keine signifikanten Unterschiede feststellen, jedoch bei den Bereichen Gesundheit, Freizeit, berufliche Situation und Lebensstandard waren die Nutzer von ausschließlich ambulanter Unterstützung deutlich unzufriedener als die intensiver betreuten Leistungsbereiche. Auch im ESW sind die Personen, die nur im ABW betreut werden, am unzufriedensten in den verschiedenen Bereichen (außer im Bereich Wohnen, siehe Abbildung 11). Bezuglich der beruflichen Situation ist dieser Unterschied statistisch signifikant ( $p=0,037$ ).

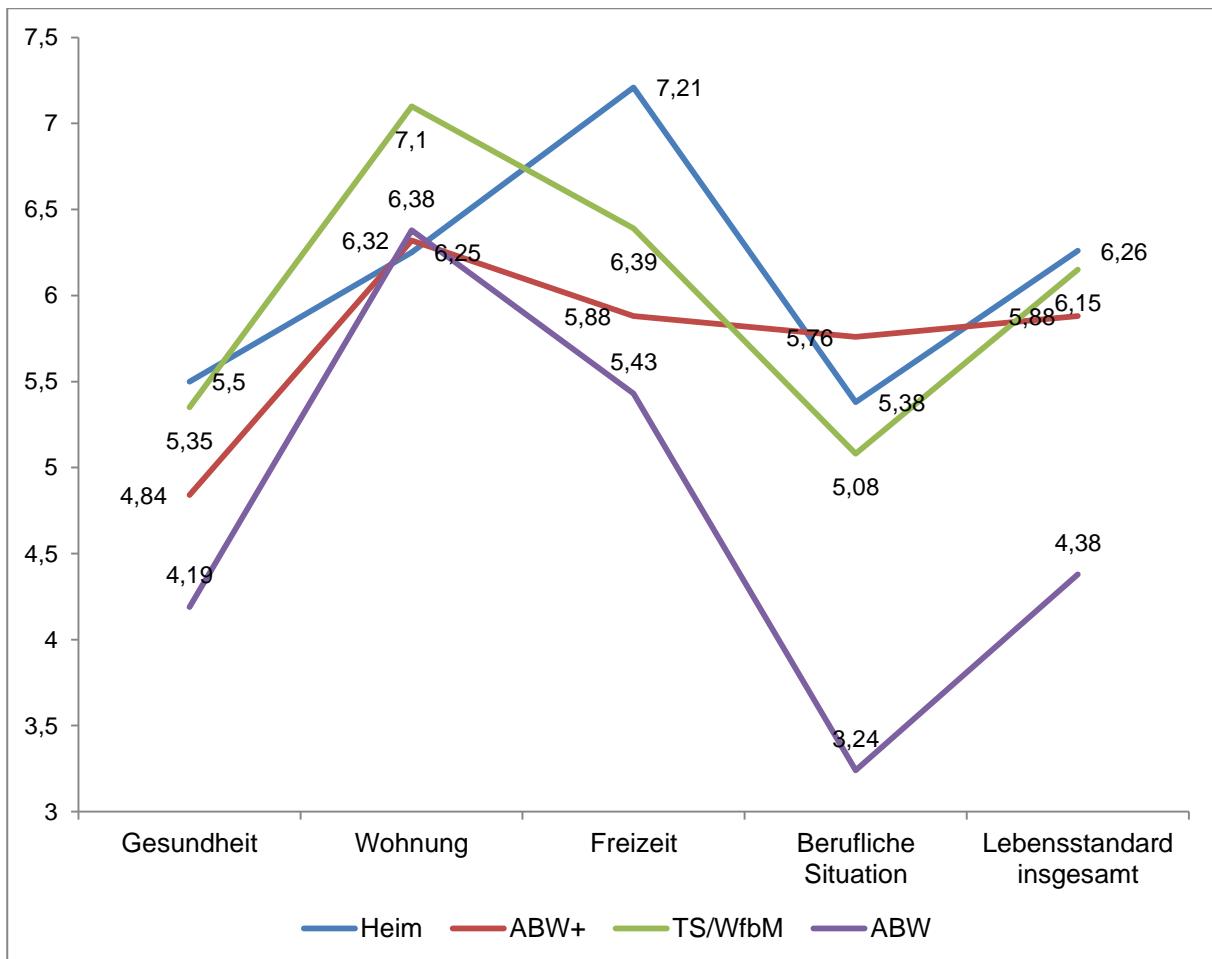


Abbildung 11: Zufriedenheit mit einzelnen Lebensbereichen (ESW)

## 5.4. Arbeit und Beschäftigung

### Bildung:

Für weitergehende Analysen zum Schulabschluss wurde die Kategorie „anderer Schulabschluss“ ausgeschlossen, weshalb sich hier auch die Gesamtwerte zu den Angaben zuvor unterscheiden. Tabelle 10 zeigt die Ergebnisse dieser Analysen.

|  | Befragungspopulation | Kein Schulabschluss | Niedriges Bildungsniveau | Mittleres Bildungsniveau | Hohes Bildungsniveau |
|--|----------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
|  | %                    | %                   | %                        | %                        |                      |
| Gesamt                                 | <b>ESW</b>           | 10,6                | 50,0                     | 21,8                     | 17,6                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 11,6                | 37,0                     | 31,0                     | 20,4                 |
| <b>Alter</b>                           |                      |                     |                          |                          |                      |
| 18 bis 30 Jahre                        | <b>ESW</b>           | 10,5                | 50,0                     | 28,9                     | 10,5                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 15,5                | 38,9                     | 32,2                     | 13,4                 |
| 31 bis 40 Jahre                        | <b>ESW</b>           | 11,1                | 52,8                     | 16,7                     | 19,4                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 12,5                | 32,5                     | 32,5                     | 22,4                 |
| 41 bis 50 Jahre                        | <b>ESW</b>           | 5,7                 | 54,7                     | 24,5                     | 15,1                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 9,9                 | 32,4                     | 35,5                     | 22,2                 |
| 51 bis 60 Jahre                        | <b>ESW</b>           | 11,5                | 46,2                     | 21,2                     | 21,2                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 9,5                 | 41,5                     | 29,3                     | 19,6                 |
| 61 oder älter                          | <b>ESW</b>           | 28,6                | 28,6                     | 0,0                      | 42,9                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 14,1                | 42,7                     | 21,6                     | 21,6                 |
| <b>Migrationserfahrung</b>             |                      |                     |                          |                          |                      |
| ja                                     | <b>ESW</b>           | 14,3                | 28,6                     | 14,3                     | 42,9                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 17,1                | 34,6                     | 22,0                     | 26,4                 |
| nein                                   | <b>ESW</b>           | 10,1                | 51,5                     | 22,5                     | 16,0                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 10,8                | 36,8                     | 32,9                     | 19,5                 |
| <b>Kinder</b>                          |                      |                     |                          |                          |                      |
| ja                                     | <b>ESW</b>           | 17,9                | 50,0                     | 21,4                     | 10,7                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 11,2                | 33,4                     | 31,7                     | 23,7                 |
| nein                                   | <b>ESW</b>           | 8,3                 | 50,0                     | 22,4                     | 19,2                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 12,1                | 43,2                     | 29,8                     | 14,8                 |
| <b>Alter bei Ersterkrankung</b>        |                      |                     |                          |                          |                      |
| 14 oder jünger                         | <b>ESW</b>           | 2,6                 | 65,8                     | 13,2                     | 18,4                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 17,2                | 36,0                     | 30,5                     | 16,2                 |
| 15 bis 20                              | <b>ESW</b>           | 16,7                | 41,7                     | 35,4                     | 6,3                  |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 10,4                | 33,7                     | 35,8                     | 20,2                 |
| 21 bis 25                              | <b>ESW</b>           | 0,0                 | 50,0                     | 16,7                     | 33,3                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 8,1                 | 33,3                     | 31,7                     | 26,8                 |
| 26 bis 35                              | <b>ESW</b>           | 8,6                 | 40,0                     | 25,7                     | 25,7                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 7,6                 | 37,8                     | 31,1                     | 23,6                 |
| 36 oder älter                          | <b>ESW</b>           | 8,0                 | 60,0                     | 12,0                     | 20,0                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 10,4                | 40,5                     | 30,1                     | 19,1                 |
| <b>Psychiatrische Diagnose</b>         |                      |                     |                          |                          |                      |
| Unbekannt                              | <b>ESW</b>           | 31,6                | 57,9                     | 10,5                     | 0,0                  |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 25,8                | 42,7                     | 18,5                     | 12,9                 |
| Sonstige nicht psychotische Erkrankung | <b>ESW</b>           | 4,5                 | 56,1                     | 24,2                     | 15,2                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 14,4                | 39,4                     | 25,8                     | 20,5                 |
| Suchterkrankung                        | <b>ESW</b>           | 23,5                | 47,1                     | 11,8                     | 17,6                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 17,2                | 46,5                     | 24,2                     | 12,1                 |
| Depression oder Bipolare Störung       | <b>ESW</b>           | 2,7                 | 50,7                     | 20,0                     | 26,7                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 8,5                 | 37,7                     | 33,8                     | 20,0                 |
| Schizophrene Psychose                  | <b>ESW</b>           | 9,1                 | 42,4                     | 27,3                     | 21,2                 |
|  | <b>BAESCAP</b>       | 9,7                 | 29,7                     | 34,3                     | 26,3                 |

|                              | Befragungspopulation | Kein Schulabschluss | Niedriges Bildungsniveau | Mittleres Bildungsniveau | Hohes Bildungsniveau |
|------------------------------|----------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| <b>Soziale Unterstützung</b> |                      |                     |                          |                          |                      |
| Stark unterstützt            | <b>ESW</b>           | 12,1                | 50,5                     | 23,4                     | 14,0                 |
|                              | <b>BAESCAP</b>       | 12,6                | 39,5                     | 29,7                     | 18,1                 |
| Schwach unterstützt          | <b>ESW</b>           | 8,3                 | 44,4                     | 22,2                     | 25,0                 |
|                              | <b>BAESCAP</b>       | 10,0                | 32,7                     | 33,1                     | 24,2                 |

Tabelle 10: Bildung und verschiedene Einflussfaktoren (ESW und BAESCAP)

Die folgenden Angaben zum ESW müssen vor dem Hintergrund eingeschränkter Signifikanzwerte gesehen werden. In den Analysen zum Bildungsniveau konnten entweder keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden oder aufgrund fehlender Testvoraussetzungen kein Test auf Signifikanz der Unterschiede durchgeführt werden. Die Ergebnisse sollen jedoch trotzdem aufgezeigt und auf mögliche Trends hingewiesen werden.

Bezüglich des Alters wurde deutlich, dass in der „BAESCAP-Studie“ als auch im ESW die jüngste Gruppe den geringsten Anteil an Personen mit hohem Bildungsniveau aufweist (ESW: 10,5 % vs. Ø 17,6 %).

In Bezug auf den Migrationshintergrund konnte in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt werden, dass die Befragten, die Migrationserfahrung haben, öfter keinen Abschluss haben und seltener einen mittleren Bildungsabschluss vorweisen können. Jedoch übersteigt der prozentuale Anteil derer mit hohem Bildungsniveau den der Vergleichsgruppe. Diese drei Tendenzen konnten auch im ESW gefunden werden.

Bezüglich vorhandener Kinder wurde in der „BAESCAP-Studie“ deutlich, dass Befragte mit Kindern seltener keinen oder einen niedrigen Abschluss haben und öfter ein mittleres oder hohes Bildungsniveau vorweisen können. Im ESW deutet sich eine entgegengesetzte Richtung an: Die Befragten mit Kindern haben öfter keinen Abschluss und seltener ein hohes Bildungsniveau.

Bezüglich der Diagnose konnte in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt werden, dass Befragte mit Schizophrener Psychose den größten Anteil und Suchterkrankte den geringsten Anteil an Personen mit hohem Bildungsabschluss aufweisen. Auch insgesamt weisen die Personen mit Suchterkrankungen geringere Abschlüsse auf. Auffallend ist auch der hohe Anteil von Personen ohne Schulabschluss, wenn die Diagnose unbekannt ist.

Im ESW konnte bei den Befragten mit Depression oder Bipolarer Störung der höchste Anteil an hohen Abschlüssen gefunden werden, gefolgt von Schizophrenie. Am

seltensten haben Befragte mit unbekannter Diagnose hohe Bildungsabschlüsse (0 %). Außerdem haben diese Personen am häufigsten keinen Abschluss (31,6 %).

Der Bezug zum Ersterkrankungsalter deutete in der „BAESCAP-Studie“ auf einen negativen Zusammenhang hin: Je früher die Befragten erkranken, desto schlechter ist der Schulabschluss. Im ESW bildete sich diese Tendenz jedoch nicht ab.

Bezüglich sozialer Unterstützung zeigte sich in der „BAESCAP-Studie“ zunächst ein unerwarteter Trend: je mehr Unterstützung, desto niedriger der Abschluss. Wenn jedoch für weitere Einflussfaktoren auf soziale Unterstützung (Geschlecht und Diagnose) kontrolliert wird, zeigt sich ein schwacher Effekt in die andere Richtung.

Auch im ESW konnte bei stark unterstützten Personen ein größerer Anteil derer, die keinen Abschluss oder einen niedrigeren Abschluss haben, gefunden werden. Ein hohes Bildungsniveau wurde öfter von den schwach unterstützten Personen angegeben. Jedoch sind diese Unterschiede im ESW bereits auch ohne Kontrolle durch andere Variablen statistisch nicht signifikant.

### **Ausbildung:**

Um einen Alterseffekt auszuschließen, da gerade bei jüngeren Altersgruppen noch die Möglichkeit besteht Abschlüsse nachzuholen, wurden in der „BAESCAP-Studie“ die Verteilungen noch einmal mit den älteren Altersgruppen durchgeführt. Bei diesen kann eher davon ausgegangen werden, dass kein Abschluss mehr nachgeholt wird. Es wurde deutlich, dass die jüngste Gruppe den Effekt der Ausbildung verzerrt, sich jedoch bei der Schulbildung kaum weitere Entwicklungen zeigen. Die geringe Teilhabe an Ausbildung kann somit keineswegs auf die jungen Altersgruppen zurückgeführt werden. Die Verteilungen derjenigen ohne Schul- oder Ausbildungsabschluss sind weitestgehend unabhängig vom Alter der Befragten.

Werden im ESW die Befragten ohne Schulabschluss betrachtet, kann auch hier festgestellt werden, dass die Anteile mit dem Alter nicht abnehmen (30 Jahre oder jünger: 10,5 %, 31-50 Jahre: 7,9 %, 51 Jahre oder älter: 13,6 %). Bezüglich der Berufsabschlüsse zeigte sich, dass der größte Anteil derer ohne Berufsausbildung bei den Befragten bis 30 Jahren liegt (62,2 %). Bei den Befragten zwischen 31 und 50 Jahren entspricht der Anteil 36,4 % und bei den über 51 Jährigen 27,4 %. Die Anteile derer ohne Berufsabschluss nehmen somit ab, wobei diese Unterschiede aufgrund fehlender Testvoraussetzungen nicht auf Signifikanz überprüft werden konnten.

Zum Zusammenhang der beiden Abschlüsse konnte in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt werden, dass 89 % derjenigen ohne Schulabschluss auch keinen Berufsab-

schluss erreichen. Dieser Anteil bleibt nahezu gleich, auch wenn ausschließlich die älteren Altersgruppen betrachtet werden. Demzufolge ist also auch dieser Zusammenhang nicht altersabhängig. Im ESW hatten insgesamt 75 % derjenigen, die keinen Schulabschluss haben, auch keinen Berufsabschluss. Die Anteile über die Altersgruppen hinweg unterschieden sich im Gegensatz zur „BAESCAP-Studie“ jedoch (30 Jahre oder jünger: 50,0 %, 31-50 Jahre: 100,0 %, 51 Jahre oder älter: 62,5 %), wobei diese Unterschiede aufgrund fehlender Testvoraussetzungen nicht auf Signifikanz überprüft werden konnten.

### **Erwerbsarbeit:**

In der „BAESCAP-Studie“ teilten sich die Befragten folgendermaßen in die drei Kategorien der Erwerbstätigkeit auf: 11 % sind regulär beschäftigt, 32 % geschützt und 57 % geben die Restkategorie „anderes“ an.

Im ESW wurde von 1,9 % der Befragten eine reguläre Beschäftigung, von 78,2 % eine geschützte Beschäftigung und von 19,9 % „anderes“ angegeben.<sup>45</sup>

In der „BAESCAP-Studie“ konnten bezüglich Alter, Geschlecht, Familienstand, Partnerschaft und vorhandene Kinder signifikante Unterschiede herausgearbeitet werden, die nun mit den Ergebnissen im ESW verglichen werden. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass bezüglich dieser Analysen im ESW keine signifikanten Ergebnisse erzielt werden konnten oder die Signifikanz der Unterschiede aufgrund fehlender Testvoraussetzungen nicht überprüft werden konnte. Es sollen jedoch trotzdem die Ergebnisse und mögliche Tendenzen dargestellt werden.

Bezüglich des Alters sind in der „BAESCAP-Studie“ die Personen in der Altersgruppe über 61 am seltensten beschäftigt. In dieser Kategorie sind auch die meisten mit „anderer“ Beschäftigung (79 % vs. Ø 57 %). Die Altersgruppe zwischen 41 und 50 Jahren ist am meisten beschäftigt – sowohl regulär als auch geschützt (reg. 15 % vs. Ø 11 %, geschützt 36 % vs. Ø 32 %). Um für das ESW aussagekräftigere Ergebnisse zu erzielen wurden die sieben ursprünglichen Altersgruppen erneut zu drei Kategorien zusammengefasst. Insgesamt sind im ESW in allen Altersgruppen die meisten Personen geschützt beschäftigt (bis 30 Jahre: 69,6 %, 31-50 Jahre: 84,3 %, über 51 Jahre: 74,2 %). Eine reguläre Beschäftigung liegt am häufigsten in der Alterskategorie bis 30 Jahre vor (4,3 %).<sup>46</sup> Wenn jedoch die reguläre und die geschützte Beschäf-

---

<sup>45</sup> Wie bereits in Kapitel 5.1. angemerkt fand hier jedoch vermutlich eine Verzerrung der Stichprobe statt, da vor allem aus der Werkstatt ein sehr hoher Rücklauf erzielt werden konnte.

<sup>46</sup> Es muss jedoch angemerkt werden, dass unter den Befragten im ESW insgesamt nur vier Personen regulär beschäftigt sind (1,9 %).

tigung zusammengefasst werden, dann ist die Altersgruppe von 31 bis 50 Jahren am häufigsten beschäftigt (86,3 %).

Bezüglich des Geschlechts wurde in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt, dass Frauen häufiger im 1. Arbeitsmarkt integriert sind (13 % vs. 9 %). Allerdings gab es in der männlichen Zielpopulation einen vergleichsweise größeren Anteil auf dem zweiten Arbeitsmarkt (36 % vs. 28 %), weshalb insgesamt doch etwas mehr Männer als Frauen in Beschäftigung sind (45 % vs. 40 %). Im ESW konnte dagegen unter den Männern ein höherer Anteil an regulär Beschäftigten gefunden werden als bei den Frauen (2,4 % vs. 1,3 %). Von den Frauen ist jedoch ein größerer Anteil geschützt beschäftigt als von den Männern (82,5 % vs. 75,2 %). Auch insgesamt sind daher mit 83,5 % etwas mehr Frauen als Männer (77,6 %) in Beschäftigung.

Die Analysen bezüglich des Familienstandes ergaben in der „BAESCAP-Studie“, dass Verheiratete eine höhere Beschäftigungsrate als Geschiedene aufweisen (51 % vs. 35 %). Im ESW liegen die Beschäftigungsquoten bei den Verheirateten<sup>47</sup> bei 77,8 % und bei den Geschiedenen bei 78,3 % und sind damit fast identisch.

Vorhandene Partnerschaften traten in der „BAESCAP-Studie“ häufiger auf, wenn die Personen einer Tätigkeit jeglicher Art nachgehen. Auch im ESW deutet sich diese Tendenz an.

Bezüglich Elternschaft konnte in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt werden, dass geschützt Beschäftigte häufiger kinderlos sind (71 % vs. 60 %) und auch seltener angeben, drei oder mehr Kinder zu haben (6 % vs. 10 %). Im ESW sind die Befragten mit der Restkategorie „anderes“ am häufigsten kinderlos (88,1 %), gefolgt von den geschützt Beschäftigten (84 %) und den regulär Beschäftigten (75 %). Auch sind die Personen im ESW, die angeben, drei oder mehr Kinder zu haben, alle geschützt beschäftigt.<sup>48</sup>

Gefragt nach den eingeschätzten Chancen auf dem Arbeitsmarkt wurde in der „BAESCAP-Studie“ von den regulär Beschäftigten doppelt so häufig angegeben, leicht eine passende Anstellung zu finden (10 %) als von den Befragten in geschützter Beschäftigung (6 %). Chancenlos sieht sich „nur“ fast jeder dritte im ersten und fast jeder zweite im zweiten Arbeitsmarkt (36 % vs. 46 %). Insgesamt wurde von 94 % angegeben, bei der Jobsuche mit Schwierigkeiten konfrontiert oder sogar hoffnungslos zu sein. Im ESW wurde dagegen von niemandem aus dem ersten Arbeits-

---

<sup>47</sup> Es muss jedoch beachtet werden, dass unter den Befragten im ESW insgesamt nur neun Personen verheiratet sind bzw. in einer eingetragenen gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben.

<sup>48</sup> Jedoch muss angemerkt werden, dass unter den Befragten im ESW nur fünf Personen (2,4 %) drei oder mehr Kinder haben.

markt angegeben, leicht eine Beschäftigung zu finden (75 %: schwierig, 25 %: trifft nicht zu). Von den geschützt Beschäftigten gaben auch nur 6,9 % an, leicht eine passende Anstellung zu finden. Chancenlos sieht sich niemand von den regulär Beschäftigten und 35,2 % von den geschützt Beschäftigten. Insgesamt sehen sich 84 % mit Problemen konfrontiert oder sogar chancenlos.

### **Ersterkrankungsalter:**

Da sich das Alter bei Erstmanifestation der Erkrankung „14 oder jünger“ als besonders trennscharf herausstellte, wurde diese Kategorie den anderen Gruppen gegenübergestellt. In der „BAESCAP-Studie“ gaben 22,8 % an mit 14 oder jünger erkrankt zu sein und 77,3 % mit 15 oder älter. Im ESW sind die Anteile ähnlich verteilt (25,8 % vs. 74,2 %).

In der „BAESCAP-Studie“ sind die Jung-Befragten auch häufiger jung erkrankt. Allerdings sind auch 16 % der über 41 Jährigen mit 14 oder jünger erkrankt, was bedeutet, dass diese Teilgruppe vermutlich schon länger Berührungspunkte zum System der Sozialpsychiatrie hat, aber dennoch im höheren Alter auf Eingliederungshilfe angewiesen ist. Im ESW bestätigte sich die Tendenz, dass Jung Befragte auch häufiger jung erkrankt sind (Korrelationskoeffizient=0,256; p=0,000). Jedoch konnte auch im ESW wie in der „BAESCAP-Studie“ ein Anteil von ca. 14,5 % in den höheren Altersgruppen (ab 51 Jahren) verzeichnet werden, der angab, bereits mit 14 oder jünger erkrankt zu sein.

Bezüglich des Geschlechts sind in der „BAESCAP-Studie“ eher Frauen früh erkrankt, wohingegen im ESW tendenziell eher Männer früh erkrankt sind (23,6 % vs. 28,3 %), wobei dieser Unterschied im ESW statistisch nicht signifikant ist.

In Bezug auf den Familienstand sind in der „BAESCAP-Studie“ und auch im ESW Früh-Erkrankte häufiger ledig, etwas seltener verheiratet und deutlich seltener geschieden, wobei beachtet werden muss, dass diese Unterschiede im ESW statistisch nicht signifikant sind.

Auch sind Früh-Erkrankte in der „BAESCAP-Studie“ häufiger kinderlos (72 % vs. 61 %). Obwohl die Ergebnisse nicht signifikant sind, bestätigte sich dieser Effekt im ESW: 91,5 % der Früh-Erkrankten und „nur“ 83,2 % der Spät-Erkrankten sind kinderlos.

Bezüglich des Schulabschlusses ist in der „BAESCAP-Studie“ der Anteil derjenigen ohne Schulabschluss bei den Früh-Erkrankten fast doppelt so groß (17,2 % vs. 9,2 %). Spät Erkrankte haben auch 1,5 mal so häufig einen hohen Schulabschluss.

Der Effekt, dass Früh-Erkrankte häufiger keinen Schulabschluss haben als Spät-Erkrankte, konnte im ESW nicht bestätigt werden (2,0 % vs. 9,2 %). Die Tendenz, dass Früh-Erkrankte seltener einen hohen Abschluss aufweisen, konnte im ESW tendenziell bestätigt werden (14,3 % vs. 17,7 %), lag jedoch stärker für mittlere Abschlüsse vor (10,2 % vs. 23,4 %) ( $p=0,004$ ).

Dieser Zusammenhang wurde auch bezüglich des Ausbildungsniveaus deutlich. Wie in Abbildung 12 zu sehen, haben in der „BAESCAP-Studie“ und auch im ESW Früh-Erkrankte deutlich häufiger keinen Berufsabschluss und deutlich seltener einen beruflichen oder akademischen Abschluss als Spät-Erkrankte (ESW:  $p=0,021$ ).

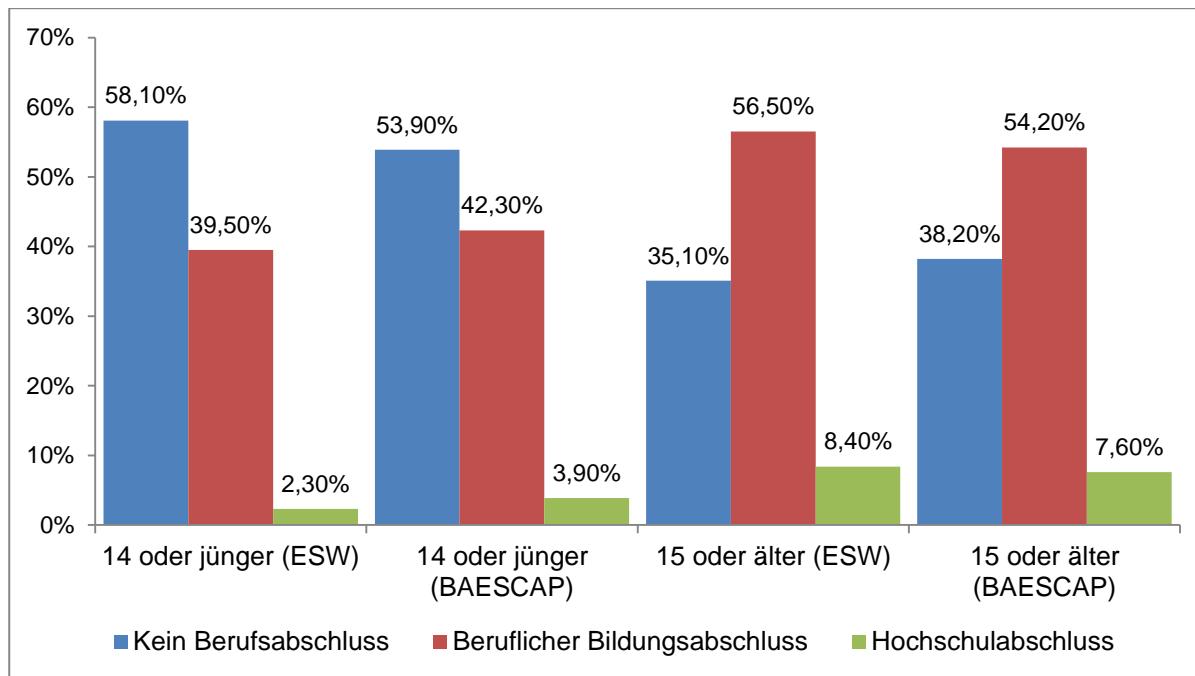


Abbildung 12: Alter bei Ersterkrankung nach Berufsabschluss (ESW und BAESCAP)

Bezüglich der Chancen auf dem Arbeitsmarkt kam in der „BAESCAP-Studie“ heraus, dass insgesamt mehr als jeder Zweite die negativste Einschätzung teilte (ESW: 34 %). Nicht einmal 5 % beurteilten die Arbeitsmarktchancen gut (ESW: 6,8 %). Auch wurde ein Defizit bei den Früh-Erkrankten deutlich: Nur ca. jede hundertste Person der Früh-Erkrankten schätzte es als leicht ein, eine geeignete Stelle zu finden (ESW: 2,1 %).

## 5.5. Gesundheit

### Psychiatrische Diagnosen und Komorbiditäten:

Es wurde bereits deutlich, dass die Eingliederungshilfe heute nicht mehr nur ein Spezialangebot für Menschen mit Schizophrenie ist, sondern diese traditionelle Kerngruppe zu einer Teilgruppe im Gesamtspektrum der Sozialpsychiatrie wurde

(siehe Kapitel 5.1.), weshalb sich auch die Unterstützungsangebote heute auf ein breiteres Zielgruppenspektrum einstellen müssen. Dies gilt vor allem, da viele Befragte psychiatrische Komorbiditäten, also mehr als eine psychiatrische Diagnose, angaben (ESW: 30,3 %, BAESCAP: 57,5 %). Auch wurden drei oder mehr Diagnosen angegeben (ESW: 7,6 %, BAESCAP: 27,4 %).

Insbesondere war in der „BAESCAP-Studie“ die Zahl der psychiatrischen Diagnosen bei den Früh-Erkrankten eher hoch. Diese Tendenz konnte zwar auch im ESW gefunden werden, ist jedoch statistisch nicht signifikant.

### Somatische Komorbidität:

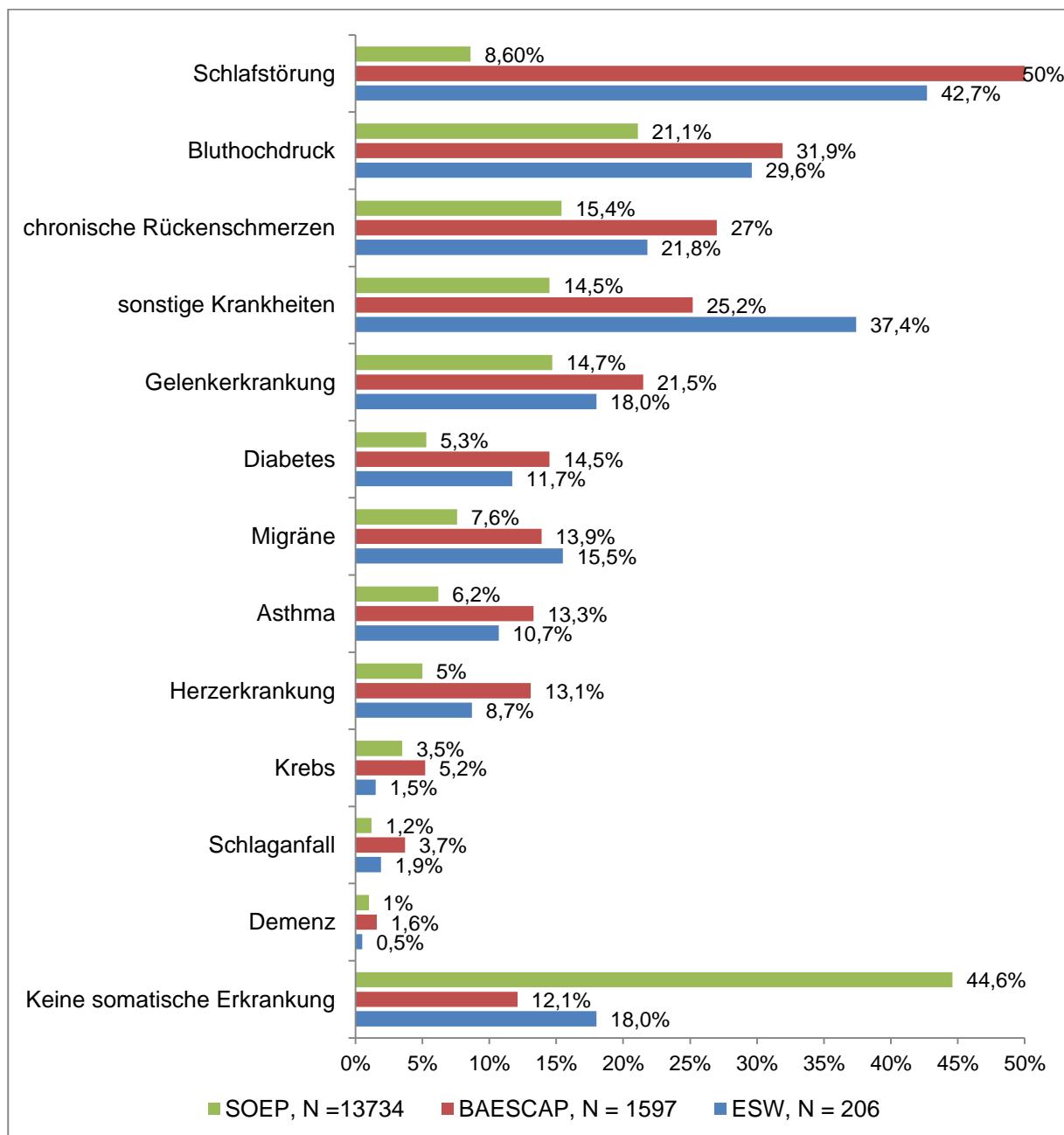


Abbildung 13: Selbstauskunft zur somatischen Komorbidität (ESW, BAESCAP und SOEP)

In der „BAESCAP-Studie“ weisen die Befragten bei jeder der zwölf erfragten somatischen Erkrankungen eine signifikant höhere Komorbidität auf als die Allgemeinbevölkerung. Auch im ESW liegen die Werte meist über denen der Allgemeinbevölkerung (außer bei Krebs und Demenz). Wie bereits bei den psychiatrischen Diagnosen muss jedoch auch hier beachtet werden, dass es sich um Selbstzuschreibungen und nicht um ärztlich festgestellte Diagnosen handelt.

Auch gaben die Befragten deutlich seltener an, keine zusätzliche somatische Erkrankung zu haben (BAESCAP: 12,1 %, ESW: 18 %) als die Allgemeinbevölkerung (44,6 %). In der „BAESCAP-Studie“ und im ESW berichtete die Mehrheit der Befragten von zwei oder mehr somatischen Leiden (ESW: 57,2 %).

Auch litten in der „BAESCAP-Studie“ Menschen mit drei oder mehr psychischen Erkrankungen fast doppelt so häufig an drei oder mehr somatischen Erkrankungen als an einer. Es scheint eine positive Korrelation der psychiatrischen Krankheitslast mit der somatischen Krankheitslast vorzuliegen. Diese Tendenz konnte – auch wenn die Unterschiede aufgrund fehlender Testvoraussetzungen nicht auf statistische Signifikanz geprüft werden konnten - auch im ESW bestätigt werden (21,4 % derjenigen mit drei oder mehr psychischen Erkrankungen haben drei oder mehr somatische Erkrankungen und nur 7,1 % haben nur eine somatische Erkrankung).

In der „BAESCAP-Studie“ konnte außerdem festgestellt werden, dass die Zahl der Komorbiditäten auch im Zusammenhang mit der Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen steht. Es zeigte sich die Tendenz, dass je mehr somatische Erkrankungen vorhanden sind, desto geringer stellen sich die Zufriedenheiten dar. Bezuglich Gesundheit, Freizeit und allgemeinem Lebensstandard sind diese Ergebnisse statistisch bedeutsam. Auch im ESW bestätigte sich dieser Trend in den beiden Extremgruppen: Die Personen, die keine somatische Erkrankung haben, sind in den verschiedenen Bereichen durchgehend zufriedener als Personen, die zwei oder mehr somatische Erkrankungen aufweisen (vgl. Abbildung 14). Bezuglich der Bereiche Gesundheit ( $p=0,000$ ), Freizeit ( $p=0,018$ ) und Lebensstandard ( $p=0,030$ ) sind diese Unterschiede statistisch signifikant.

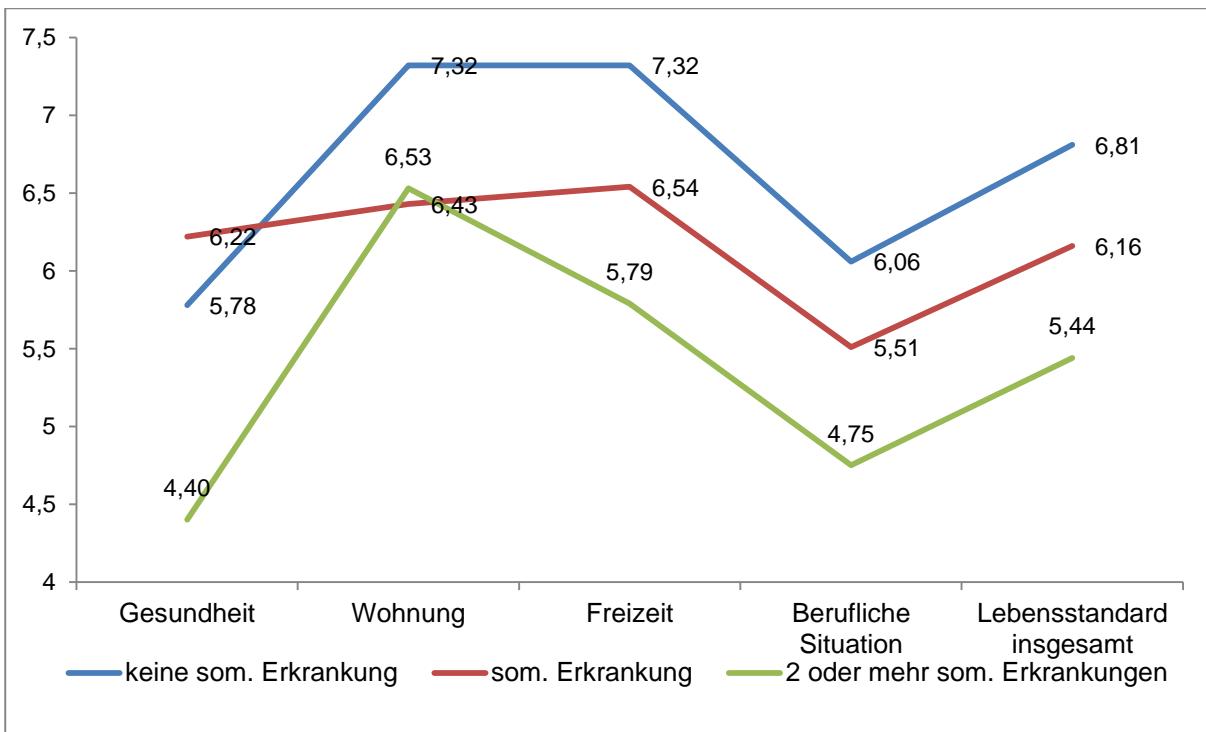


Abbildung 14: Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen und der Anzahl somatischer Komorbiditäten (ESW)

Auch wurde in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt, dass Menschen mit zwei oder mehr somatischen Diagnosen eher in der eigenen Wohnung zu finden sind. Dies deutet darauf hin, dass in den Heimen nicht die „Kränkeren“ bezogen auf den Gesamtgesundheitszustand leben, sondern dass sie eher im ambulanten Setting zu finden sind. Diese Tendenz ließ sich – auch wenn die Unterschiede aufgrund fehlender Testvoraussetzungen nicht auf statistische Signifikanz überprüft werden konnten – auch im ESW vorfinden (Im Heimsetting gaben „nur“ 47,8 % an, zwei oder mehr somatische Diagnosen zu haben, in den ambulanten Settings liegen die Anteile zwischen 53,7 % (TS/WfbM) und 76,2 % (ABW)).

Des Weiteren konnte in der „BAESCAP-Studie“ und auch im ESW statistisch signifikant festgestellt werden, dass Menschen mit mehr als zwei somatischen Diagnosen eher von Stigmaerfahrungen berichten und für sich eher geringe Teilhabechancen im Sinne des Capabilities Approachs beschreiben.

### Allgemeine Gesundheit:

Bezüglich der selbst eingeschätzten Gesundheit wird in Abbildung 15 deutlich, dass in der „BAESCAP-Studie“ und im ESW deutlich seltener als in der Allgemeinbevölkerung angegeben wird, dass der Gesundheitszustand als gut oder sehr gut eingeschätzt wird. Auch die Anteile derer, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht einschätzen, liegen deutlich über dem der Allgemeinbevölkerung. Die-

se Unterschiede werden auch beim Vergleich der Mittelwerte deutlich: In der „BAESCAP-Studie“ wird die Gesundheit durchschnittlich mit 2,80 bewertet, im ESW mit 2,86 und in der Allgemeinbevölkerung am besten mit 3,50 (Skala von 1=„schlecht“ bis 5=„sehr gut“).

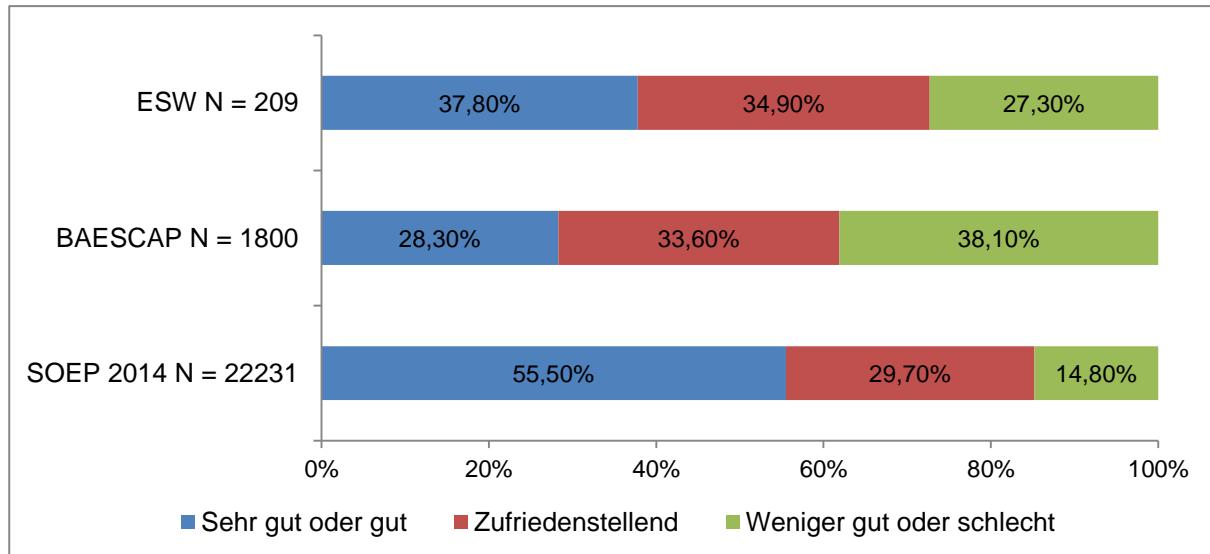


Abbildung 15: Einschätzung des Gesundheitszustandes (ESW, BAESCAP und SOEP)

Auf die Einschätzung des Gesundheitszustandes scheint sich auch das Ersterkrankungsalter auszuwirken: Die Personen, die sehr früh erkrankt sind (mit 14 oder jünger), bewerten ihre Gesundheit in der „BAESCAP-Studie“ am schlechtesten. Diese Tendenz konnte auch im ESW gefunden werden (siehe Abbildung 16), wobei die Mittelwerte der Gruppen jedoch nicht auf signifikante Unterschiede überprüft werden konnten, da eine notwendige Voraussetzung der Varianzanalyse (Varianzhomogenität) nicht gegeben war.

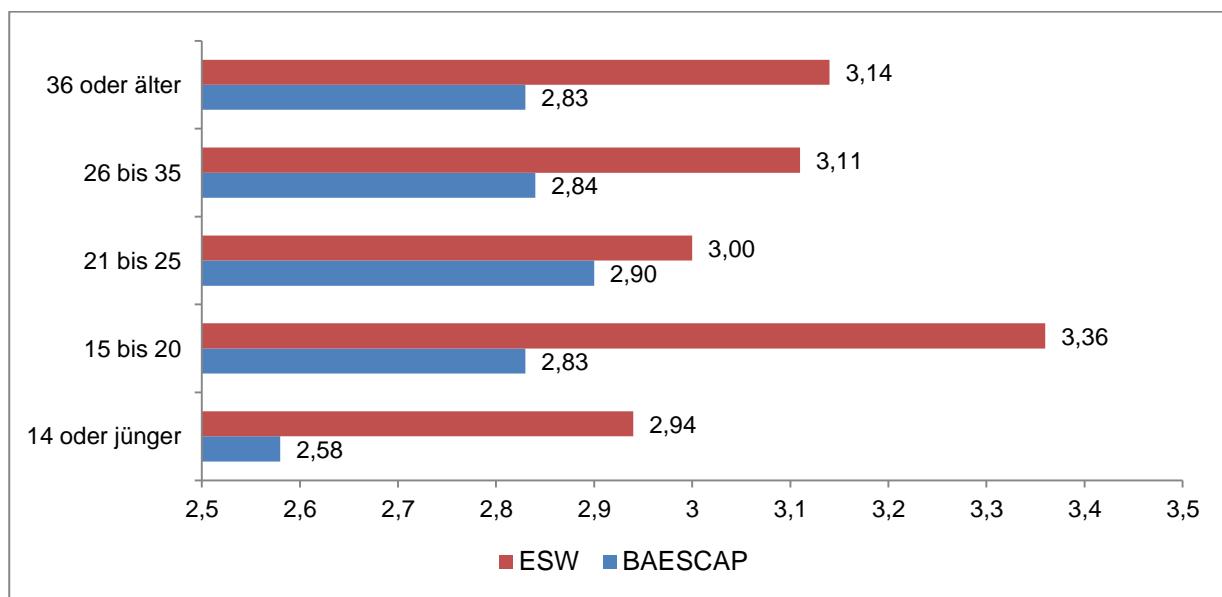


Abbildung 16: Einschätzung des Gesundheitszustandes und Alter bei Ersterkrankung (ESW und BAESCAP)

Insgesamt kann jedoch festgestellt werden, dass im ESW tendenziell bessere Werte als in der „BAESCAP-Studie“ erreicht werden, da die Mittelwerte im ESW bei allen Altersgruppen der Ersterkrankung höher sind.

Auch die Diagnose stand in der „BAESCAP-Studie“ in einem Zusammenhang mit dem selbst eingeschätzten Gesundheitszustand: Menschen mit Schizophrenie schätzten ihre Gesundheit deutlich positiver ein. Im ESW wurde die Gesundheit am besten von den Personen bewertet, deren Diagnose unbekannt ist, gefolgt von Personen mit der Diagnose Sucht und Schizophrenie. Am schlechtesten wurde die Gesundheit von den Befragten mit der Diagnose Depression und sonstiger nicht psychotischer Erkrankung bewertet. Diese Unterschiede im ESW sind statistisch signifikant ( $p=0,000$ ).

Neben der Diagnose scheint die Anzahl der psychiatrischen Diagnosen einen Einfluss zu haben: Wenn nur eine psychische Erkrankung angegeben wird, wird die Gesundheit im ESW besser eingeschätzt (Mittelwert=3,16), als wenn zwei oder mehr psychische Erkrankungen angegeben werden (Mittelwerte zwischen 2,67 und 2,93). Am besten wurde jedoch die Gesundheit eingeschätzt, wenn die psychiatrische Diagnose unbekannt ist (Mittelwert=3,63). Diese Unterschiede sind statistisch signifikant ( $p=0,001$ ). Auch der Korrelationskoeffizient liegt bei -0,232 ( $p=0,000$ ), was bedeutet, dass je mehr psychische Erkrankungen angegeben werden, desto schlechter wird die Gesundheit bewertet.

Auch konnte in der „BAESCAP-Studie“ und im ESW festgestellt werden, dass die Zahl somatischer Diagnosen mit der eingeschätzten Gesundheit zusammenhängt: Je mehr somatische Krankheiten angegeben werden, desto schlechter wird die Gesundheit bewertet (Mittelwerte im ESW: keine somatische Erkrankung: 3,58; eine somatische Erkrankung: 3,33; zwei oder mehr somatische Erkrankungen: 2,96;  $p=0,003$ ). Auch der Korrelationskoeffizient bestätigt diese Tendenz (-0,214,  $p=0,001$ ).

Bezüglich des Geschlechts konnte in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt werden, dass Männer ihre Gesundheit besser als Frauen einschätzen, wobei im ESW diesbezüglich kein signifikanter Effekt abzulesen ist.

Die empfundene Gesundheit scheint in der „BAESCAP-Studie“ in ambulanten Settings schlechter zu sein. Im ESW wurde die Gesundheit am besten in der Leistungsform TS/WfbM bewertet (Mittelwert=3,25) und am schlechtesten im ABW (Mittelwert=2,8). Im ABW+ und im Heimsetting lagen die Mittelwerte bei ca. 3,05, wobei diese Unterschiede im ESW nicht statistisch signifikant sind.

## 5.6. Stigmatisierung

Um die subjektiven Stigmatisierungserfahrungen zu messen, wurde das „Inventory of Stigmatising Experiences“ (ISE) verwendet. Die Stigma-Erfahrungs-Skala enthält neun Items zur Erfassung des antizipierten Stigmas (Items 1 und 2) und den konkreten Erfahrungen in der Vergangenheit (Items 3 bis 9). Die fünfstufige Ratingskala wurde jeweils binär codiert, indem die Antworten „immer“, „oft“ und „manchmal“ in der Kategorie eines hohen Ausmaßes an Stigmatisierungserwartungen/-erfahrungen zusammengefasst wurden. Die Antworten „selten“ oder „nie“ wurden zu der Antwortkategorie niedriges Ausmaß an Stigmatisierungserwartungen/-erfahrungen zusammengefasst.

| Item   | Befra-gungs-population | n    | Durch Stigma beein-trächtigt |
|--|------------------------|------|------------------------------|
| <b>1. Glauben Sie, dass die Leute weniger von Ihnen halten, wenn sie wissen, dass Sie eine psychische Erkrankung haben?</b>  | ESW                    | 214  | 66,8 %                       |
|  | BAESCAP                | 1798 | 70,9 %                       |
| <b>2. Glauben Sie, dass die Leute im Durchschnitt Angst vor jemandem haben, der unter einer schweren psychischen Erkrankung leidet?</b>                                    | ESW                    | 215  | 72,6 %                       |
|  | BAESCAP                | 1791 | 76,5 %                       |
| <b>3. Hat Sie schon einmal jemand gehänselt, schikaniert oder belästigt, weil Sie eine psychische Erkrankung haben?</b>  | ESW                    | 215  | 41,9 %                       |
|  | BAESCAP                | 1788 | 38,3 %                       |
| <b>4. Haben Sie schon einmal das Gefühl gehabt, dass Sie unfair behandelt wurden oder man Ihnen Ihre Rechte verweigert hat, weil Sie eine psychische Erkrankung haben?</b> | ESW                    | 213  | 41,3 %                       |
|  | BAESCAP                | 1792 | 49,9 %                       |
| <b>5. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Genesung beeinträchtigt?</b>   | ESW                    | 213  | 47,2 %                       |
|  | BAESCAP                | 1742 | 49,2 %                       |
| <b>6. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen dazu geführt, dass Sie weniger an sich oder Ihre Fähigkeiten glauben?</b>   | ESW                    | 214  | 56,1 %                       |
|  | BASCAP                 | 1763 | 58,8 %                       |
| <b>7. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, Freundschaften zu schließen oder aufrechtzuerhalten?</b>                                       | ESW                    | 213  | 54,5 %                       |
|  | BAESCAP                | 1774 | 57,3 %                       |
| <b>8. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Fähigkeit beeinträchtigt, den Kontakt zu Ihrer Familie zu pflegen?</b>   | ESW                    | 205  | 35,6 %                       |
|  | BAESCAP                | 1766 | 46,5 %                       |
| <b>9. Haben Ihre Erfahrungen mit Vorurteilen Ihre Lebenszufriedenheit oder Lebensqualität beeinträchtigt?</b>  | ESW                    | 205  | 49,3 %                       |
|  | BAESCAP                | 1775 | 62,1 %                       |

Tabelle 11: Zustimmung zur Stigmaerwartung und Stigmaerfahrung (ESW und BAESCAP)

Im ESW berichteten im Durchschnitt 51,7 % (BAESCAP: 56,6 %) der Befragten, dass sie Stigmatisierungserfahrungen entweder aus der Vergangenheit kennen oder erwarten. Auch erhielten in beiden Studien die Items zur erwarteten Stigmatisierung am meisten Zustimmung (Items 1 und 2).

Im ESW gaben durchschnittlich 46,6 % (BAESCAP: 52 %) an, dass sie im Alltag bereits konkrete Erfahrungen mit Benachteiligungen gemacht haben (Items 3 bis 9).

In beiden Erhebungen korrelierten antizipiertes Stigma und erfahrenes Stigma signifikant miteinander (BAESCAP: Korrelationskoeffizient=0,392; ESW: Korrelationskoeffizient=0,423,  $p=0,000$ ).

Insgesamt ähneln sich die Ergebnisse des ESW und der „BAESCAP-Studie“, wobei die Zustimmung im ESW bei fast allen Items etwas niedriger ausfiel (außer bei Item 3).

Bezüglich des Geschlechts konnte in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt werden, dass 68 % der Frauen gegenüber 53 % der Männer Stigmatisierung erwarten. Auch bei den tatsächlich gemachten Erfahrungen deutet sich diese Tendenz an: Hier berichteten im Durchschnitt 59 % der Frauen und 41,5 % der Männer aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung schon einmal benachteiligt worden zu sein. Im ESW ist dieser Effekt zwar nicht signifikant, deutet jedoch bei den tatsächlich gemachten Erfahrungen in die gleiche Richtung: Die erwartete Stigmatisierung erhielt durchschnittlich 70,2 % Zustimmung der Frauen gegenüber 69,05 % der Männer. Bei den tatsächlich gemachten Erfahrungen stimmten Frauen im Durchschnitt zu 49 % zu und Männer zu 44,9 %.

Außerdem konnte in der „BAESCAP-Studie“ herausgefunden werden, dass je älter die Befragten sind, desto weniger berichten sie über konkrete Erfahrungen. In der Altersgruppe der über 61-Jährigen waren es lediglich 36,7 %, die Erfahrungen mit Vorurteilen aufwiesen. In der Altersgruppe der 18- bis 30-Jährigen lag dieser Anteil bei 57,2 %. Eine vergleichbare Tendenz ließ sich hinsichtlich des antizipierten Stigmas finden (49,2 % vs. 61,9 %). Werden im ESW auch die Extremgruppen bezüglich des Alters betrachtet, scheint sich dieser Trend – wenn auch nicht statistisch signifikant – zunächst zu bestätigen: Hinsichtlich der Erfahrungen lag in der ältesten Altersgruppe (61 Jahre oder älter) lediglich ein Anteil von 26,6 % gegenüber einem fast doppelt so großen Anteil von 45,9 % in der jüngsten Altersgruppe (bis 30 Jahre) vor. Auch bei den Erwartungen zeigte sich diese Tendenz im ESW (52,7 % in der ältesten Altersgruppe vs. 65,95 % in der ältesten Altersgruppe). Jedoch muss angemerkt werden, dass nur acht Befragte im ESW über 61 Jahren waren. Daher wurde auch

die Gruppe der 51- bis 60-Jährigen betrachtet, wobei auffiel, dass diese im Vergleich am häufigsten von Stigmaerfahrungen (74,1 %) und Stigmaerwartungen (50,9 %) berichtet. Daher konnte der Trend aus der „BAESCAP-Studie“ nicht bestätigt werden. Wird das Alter bei Ersterkrankung betrachtet, zeigte sich in der „BAESCAP-Studie“: Je früher die Erkrankung auftritt, desto höher sind die Stigmaerfahrungen und -erwartungen. Im ESW fällt diese Tendenz nicht so eindeutig aus wie in der „BAESCAP-Studie“ (siehe Tabelle 12). Werden jedoch die Extremgruppen betrachtet, kann auch hier ein Unterschied vorgefunden werden: Sind die Befragten mit 14 oder jünger erkrankt, geben sie zu 54,8 % an, Stigmaerfahrungen aus der Vergangenheit zu kennen, wohingegen dies lediglich 33,4 % derjenigen angeben, die über 36 Jahren erkrankt sind. Auch bezüglich des antizipierten Stigmas konnte dieser Unterschied festgestellt werden (14 oder jünger: 73,75 %, 36 oder älter: 62,0 %).

| Alter bei Ersterkrankung | Befragungs-population | Stigmaerfahrung in Prozent | Antizipiertes Stigma in Prozent |
|--------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 14 oder jünger           | ESW                   | 54,8                       | 73,8                            |
|                          | BAESCAP               | 65,6                       | 70,9                            |
| 15 bis 20                | ESW                   | 45,3                       | 69,9                            |
|                          | BAESCAP               | 55,3                       | 64,7                            |
| 21 bis 25                | ESW                   | 48,9                       | 73,1                            |
|                          | BAESCAP               | 48,0                       | 61,5                            |
| 26 bis 35                | ESW                   | 54,3                       | 78,4                            |
|                          | BAESCAP               | 47,1                       | 60,2                            |
| 36 oder älter            | ESW                   | 33,4                       | 62,0                            |
|                          | BAESCAP               | 35,9                       | 53,1                            |

Tabelle 12: Stigmaerwartung und Stigmaerfahrung nach Alter der Ersterkrankung (ESW und BAESCAP)

Bezüglich der Diagnose ergab sich aus der „BAESCAP-Studie“, dass Befragte mit Depressionen deutlich mehr von Stigmatisierungen berichten (60,9 %), gefolgt von Befragten mit Schizophrener Psychose (47,7 %), sonstigen nicht psychotischen Erkrankungen (46 %) und Sucht (31,4 %). Auch beim antizipierten Stigma zeigte sich, dass Befragte mit Depressionen am häufigsten Stigmatisierungen erwarten (69,3 %), gefolgt von Befragten mit Schizophrener Psychose (63,1 %). Im ESW ließ sich dieser Trend nicht nachweisen: Bezüglich der Erfahrungen stimmten die Befragten mit sonstiger nicht psychotischer Erkrankung am häufigsten zu (60,2 %), gefolgt von Befragten mit Suchterkrankungen (54,4 %), Depressionen (53,4 %) und Schizophrener Psychose (47,4 %). Erwartet wird Stigmatisierung im ESW ebenfalls wieder am häufigsten von Befragten mit sonstiger nicht psychotischer Erkrankung (79,15 %), diesmal gefolgt von Befragten mit Depressionen (78,75 %), Schizophrener Psychose

(77,85 %) und Sucht (77,75 %), wobei diese Anteile jedoch sehr nah aneinander liegen und keine Signifikanz in den Unterschieden nachgewiesen werden konnte.

Bezüglich sozialer Unterstützung konnte in beiden Erhebungen festgestellt werden, dass diejenigen, die über starke soziale Unterstützung verfügen, weniger Stigmaerfahrungen und –erwartungen angeben als jene Menschen, die von wenig sozialer Unterstützung berichten. Im ESW konnte bezüglich Stigmaerwartung 76,4 % Zustimmung von den schwach Unterstützten gegenüber lediglich 66 % bei den stark Unterstützten vorgefunden werden. Auch bei den konkreten Stigmaerfahrungen überstieg der prozentuale Anteil der Zustimmung der schwach Unterstützten den der stark Unterstützten (53,1 % vs. 42,4 %).

Schließlich wurde in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt, dass zwischen Stigmaerfahrungen und der Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen ein negativer Zusammenhang besteht: Je mehr Stigmaerfahrungen vorliegen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Gesundheit, Wohnsituation, Freizeit, berufliche Situation und Lebensstandard eher kritisch bewertet werden. Diese Korrelationen stellen sich wie folgt dar: Gesundheit (-0,285), Wohnung (-0,234), Freizeit (-0,331), berufliche Situation (-0,203) und Lebensstandard (-0,274). Auch im ESW konnte dieser Trend festgestellt werden, wobei folgende Korrelationskoeffizienten berechnet wurden: Gesundheit (-0,203), Wohnung (-0,216), Freizeit (-0,225), Beruf (-0,100), Lebensstandard (-0,241). Diese Korrelationen sind (bis auf den Bereich des Berufs,  $p=0,056$ ) statistisch signifikant auf dem 0,01 Niveau.

In der „BAESCAP-Studie“ konnte festgestellt werden, dass Stigmatisierung im ambulanten Setting deutlich mehr erlebt wird als im Heim.<sup>49</sup> Es scheint, als sei das Heimsetting eine Art „Schonraum“, wohingegen eine ambulante Unterstützung in der sozialen Realität stattfindet, in der Vorurteile nicht gefiltert werden. Im ESW konnte diese Tendenz jedoch nicht bestätigt werden: Ein hohes Ausmaß an Stigmatisierung wurde zwar auch am häufigsten von der am geringsten betreuten Gruppe angegeben (ABW: 63,2 %), jedoch am seltensten von den Befragten im Leistungsumfang TS/WfbM (40,5 %). Befragte aus dem Heim und des Leistungsumfangs ABW+ gaben zu 60,9 % bzw. 61,7 % an, ein hohes Ausmaß an Stigmatisierung zu erleben. Diese Unterschiede sind jedoch statistisch nicht signifikant.

---

<sup>49</sup> Dieser Vergleich beruhte in der „BAESCAP-Studie“ jedoch auf einer Frage zu den Auswirkungen von Stigmatisierung, die in der Erhebung im ESW herausgenommen wurde, da Stigmatisierung bereits durch das ISE hinreichend abgefragt wird.

## 5.7. Verwirklichungschancen

Ziel dieses Kapitels ist es, spezifische Einflussfaktoren auf die Verwirklichungschancen zu beschreiben. Es soll der Frage nachgegangen werden, welche Voraussetzungen im Leben einer Person mit einer schweren psychischen Erkrankung gegeben sein müssen, um ihr die bestmöglichen Verwirklichungschancen zu gewähren (Daum 2018b, S. 112).

### 5.7.1. Bivariate Analysen

Um die Verwirklichungschancen zu messen, wurden alle OxCAP-MH-Items mit Likertskalen von 1 bis 5 so gepolt, dass 1 sehr niedrige und 5 sehr hohe Verwirklichungschancen bedeuten. In Abbildung 17 sind die jeweiligen durchschnittlichen Werte im Vergleich zur „BAESCAP-Studie“ aufgeführt.

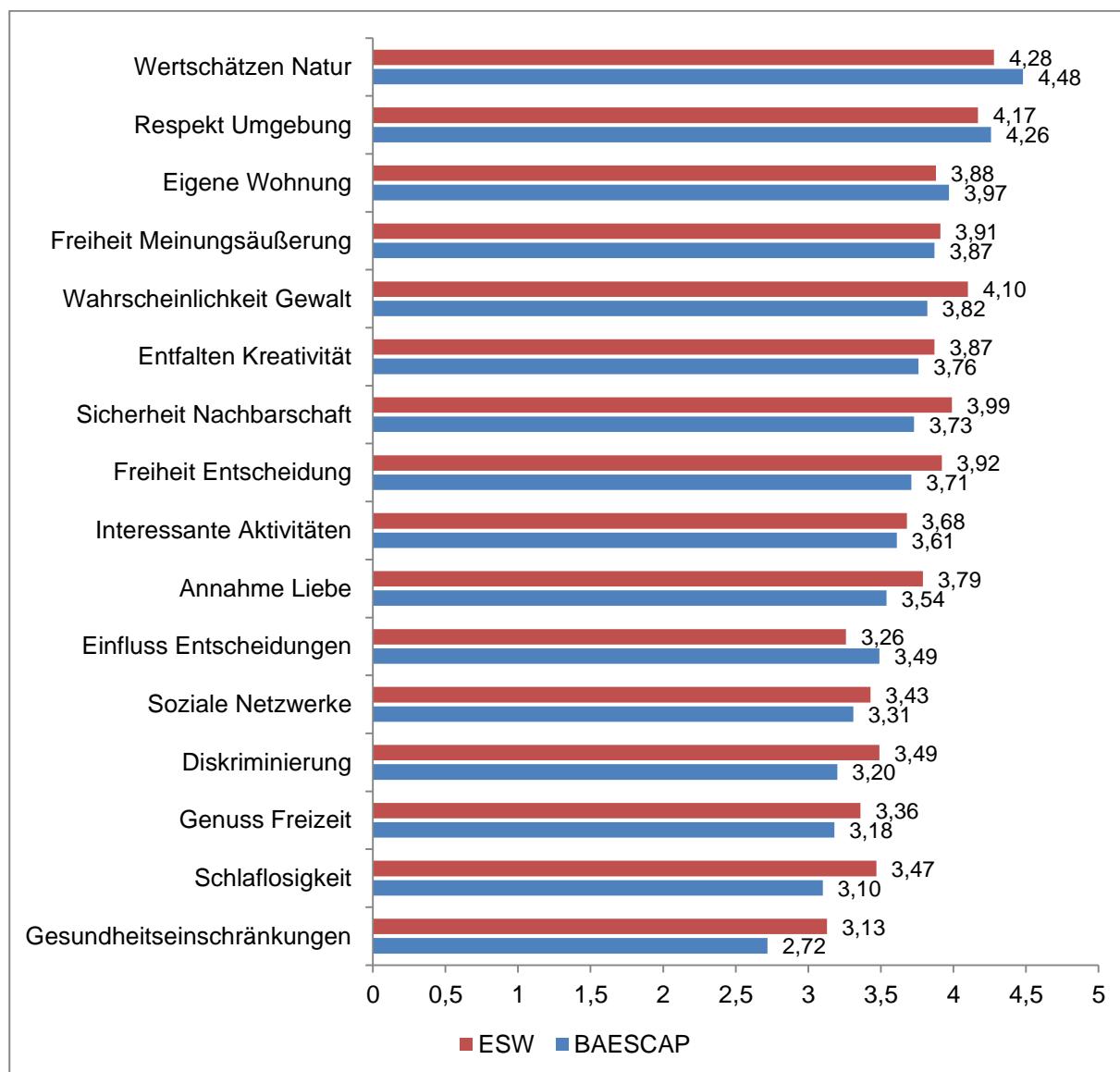


Abbildung 17: Einzelne Items des OxCAP-MH (ESW und BAESCAP)

Die Frage danach, ob der Gesundheitszustand die Befragten in ihren Alltagsaktivitäten einschränkt, wurde in beiden Erhebungen am schlechtesten bewertet. Die Frage danach, ob die Natur gewürdigt und geschätzt werden kann, wurde am besten bewertet.

Ergänzend zu diesen Items wurde nach den Gründen für eine erwartete Diskriminierung gefragt. Auch wenn diese in der Veröffentlichung der „BAESCAP-Studie“ nicht dargestellt wurden, sollen die Ergebnisse des ESW aufgezeigt werden: Von allen, die diese Frage beantwortet haben, wurde von 9,4 % das Geschlecht angegeben, von 11,8 % die sexuelle Orientierung, von jeweils 14,1 % die Volkszugehörigkeit und die Religion, von 17,6 % das Alter und von 81,2 % der Gesundheitszustand. Auffallend ist hierbei der hohe Anteil derer, die ihren Gesundheitszustand (einschließlich geistiger Gesundheit) als Grund für Diskriminierung angeben.

Da versorgungspolitisch besonders die Art der institutionellen Betreuung von Interesse ist, wurde zunächst der Leistungsumfang betrachtet: Nach Leistungsform unterschieden konnte in der „BAESCAP-Studie“ im Heimsetting der beste Wert in den Verwirklichungschancen gefunden werden (Mittelwert=3,81). Darauf folgten die Leistungsformen ABW+ und TS/WfbM (Mittelwert=3,69). Am schlechtesten fielen die Ergebnisse im niedrigsten Betreuungsumfang (ABW) aus (Mittelwert=3,5). Dies würde bedeuten, dass die Verwirklichungschancen mit zunehmender Betreuungsintensität verbessert werden. Im ESW konnte diese Tendenz jedoch nicht bestätigt werden. Die Leistungsform TS/WfbM schnitt am besten ab (Mittelwert=3,79), gefolgt von ABW+ (Mittelwert=3,74) und dem Heimsetting (Mittelwert=3,68). Diese Mittelwerte liegen jedoch sehr nah beieinander. Die Leistungsform ABW schnitt wie auch in der „BAESCAP-Studie“ am schlechtesten ab (Mittelwert=3,48), wobei beachtet werden muss, dass diese Unterschiede im ESW nicht signifikant sind.

Um herauszufinden, welche Einflussfaktoren die Verwirklichungschancen bestimmen, wurden in Anlehnung an die „BAESCAP-Studie“ zunächst die bivariaten Verteilungen der potenziellen Prädiktoren herausgearbeitet. Diese bildeten dann wiederum die Grundlage für die abschließende Analyse anhand einer multivariaten, logistischen Regression (Daum 2018b, S. 116). Für diese Analysen wurde die abhängige Variable durch die Verwirklichungschancen definiert und als dichotome Variable (hohe und niedrige Capabilities) gebildet. Hohe Capabilities wurden hierbei als das obere Tertil der Verteilung der Verwirklichungschancen kategorisiert und entsprechen einem Mittelwert von 4 oder höher (über alle 16 Items des OxCAP-MH). Niedrige Capabilities entsprechen somit allen Werten unter 4 (ebd., S. 119).

Tabelle 13 stellt die Ergebnisse dieser bivariaten Analysen im ESW und der „BAES-CAP-Studie“ (Prozentzahlen in Klammern) dar.

| <b>Potenzielle Prädiktoren:<br/>Soziodemografie/Sozioökonomie</b>         |                 | <b>Gesamt</b>   | <b>Hohe VWC<br/>(oberes Tertil)</b> | <b>p</b>  |
|---|-----------------|-----------------|-------------------------------------|---|
| <b>Geschlecht<sup>50</sup></b>  | Männlich        | 61,2 % (50,1%)  | 62,7 % (57,3 %)                     | $\chi^2=0,083$ ; df=1;<br>$p=0,773$ ( $\chi^2=16,143$ ;<br>df=1; $p=0,000$ )    |
|   | Weiblich        | 38,8 % (49,9%)  | 37,3 % (42,7 %)                     |   |
| <b>Alter</b>  | 30 oder jünger  | 21,9 % (13,3 %) | 27,9 % (12,4 %)                     | $\chi^2=3,126$ ; df=2;<br>$p=0,210$<br>( $\chi^2=4,019$ ; df=2;<br>$p=0,134$ )  |
|   | 31-50           | 47,4 % (46,3 %) | 49,2 % (44,3 %)                     |   |
|   | 51 oder älter   | 30,7 % (40,5 %) | 23,0 % (43,3 %)                     |   |
| <b>Migrations-<br/>hintergrund</b>  | Ja              | 8,5 % (14,8 %)  | 8,5 % (11,6 %)                      | $\chi^2=0,000$ ; df=1;<br>$p=0,985$<br>( $\chi^2=4,489$ ; df=1;<br>$p=0,034$ )  |
|   | Nein            | 91,5 % (85,2 %) | 91,5 % (88,4 %)                     |   |
| <b>Kinder</b>   | Ja              | 14,8 % (37,4 %) | 6,7 % (34,9 %)                      | $\chi^2=4,375$ ; df=1;<br>$p=0,036$<br>( $\chi^2=1,277$ ; df=1;<br>$p=0,258$ )  |
|   | Nein            | 85,2 % (62,6 %) | 93,3 % (65,1 %)                     |   |
| <b>Familienstand</b>  | Ledig           | 84,0 % (67,0 %) | 91,7 % (71,4 %)                     | $\chi^2=3,966$ ; df=2;<br>$p=0,138$<br>( $\chi^2=6,256$ ; df=2;<br>$p=0,044$ )  |
|   | Verheiratet     | 4,2 % (4,7 %)   | 3,3 % (3,1 %)                       |   |
|   | Geschieden      | 11,7 % (28,2 %) | 5,0 % (25,5 %)                      |   |
| <b>Bildungsniveau</b>   | Kein Abschluss  | 10,6 % (11,6 %) | 15,1 % (14,8 %)                     | $\chi^2=2,211$ ; df=3;<br>$p=0,530$<br>( $\chi^2=15,446$ ; df=3;<br>$p=0,001$ ) |
|   | Niedrig         | 50,0 % (37,0 %) | 45,3 % (38,8 %)                     |   |
|   | Mittel          | 21,8 % (31,0 %) | 24,5 % (27,2 %)                     |   |
|   | Hoch            | 17,6 % (20,4 %) | 15,1 % (19,3 %)                     |   |
| <b>Potenzielle Prädiktoren:<br/>Unterstützungsleistungen</b>              |                 | <b>Gesamt</b>   | <b>Hohe VWC<br/>(oberes Tertil)</b> | <b>p</b>  |
| <b>Hilfeumfang</b>  | ABW             | 11,6 % (38,2 %) | 5,8 % (30,3 %)                      | $\chi^2=5,224$ ; df=3;<br>$p=0,156$<br>( $\chi^2=25,427$ ; df=3;<br>$p=0,000$ ) |
|   | TS/WfbM         | 47,0 % (12,7 %) | 55,8 % (13,0 %)                     |   |
|   | ABW+            | 28,2 % (26,3 %) | 30,8 % (29,1 %)                     |   |
|   | Heim            | 13,3 % (22,8 %) | 7,7 % (27,6 %)                      |   |
| <b>Med. Leistungen<br/>wegen langer<br/>Warteliste nicht<br/>bekommen</b> | Ja              | 11,2 % (12,2 %) | 6,6 % (7,0 %)                       | $\chi^2=5,768$ ; df=2;<br>$p=0,056$<br>( $\chi^2=20,914$ ; df=2;<br>$p=0,000$ ) |
|   | Nein            | 61,9 % (55,2 %) | 55,7 % (60,0 %)                     |   |
|   | Trifft nicht zu | 27,0 % (32,6 %) | 37,7 % (33,0 %)                     |   |

<sup>50</sup> In der Veröffentlichung der „BAESCAP-Studie“ liegt hier ein Fehler vor: Die Zahlen der Männer und der Frauen wurden in dieser Tabelle vertauscht, was durch Unstimmigkeiten im Text deutlich wurde. Dieser Fehler wurde der Autorin auf Nachfrage bei einem Autor der Veröffentlichung der „BAESCAP-Studie“ bestätigt und daher in dieser Arbeit korrigiert.

| Potenzielle Prädiktoren:<br>Soziale und gesundheitliche<br>Faktoren |                        | Gesamt          | Hohe VWC<br>(oberes Tertil) | p   |
|---|------------------------|-----------------|-----------------------------|---|
| Soziale Unter-<br>stützung<br>(ESSI-D)                              | Stark                  | 60,7 % (58,8 %) | 83,1 % (78,5 %)             | $\chi^2=17,343$ ; df=1;<br>p=0,000<br>$(\chi^2=106,143$ ; df=1;<br>p=0,000)           |
|   | Schwach                | 39,3 % (41,2 %) | 16,9 % (21,5 %)             |   |
| Stigma-<br>erfahrung  | Niedrig                | 50,5 % (50,0 %) | 76,7 % (79,7 %)             | $\chi^2=23,666$ ; df=1;<br>p=0,000<br>$(\chi^2=241,261$ ; df=1;<br>p=0,000)           |
|   | Hoch                   | 49,5 % (50,0 %) | 23,3 % (20,3 %)             |   |
| Essen/trinken<br>gehen  | Oft                    | 33,6 % (18,2 %) | 45,0 % (23,7 %)             | $\chi^2=6,560$ ; df=2;<br>p=0,038<br>$(\chi^2=21,851$ ; df=2;<br>p=0,000)             |
|   | Selten                 | 58,8 % (60,2 %) | 45,0 % (59,4 %)             |   |
|   | Nie                    | 7,6 % (21,6 %)  | 10,0 % (16,9 %)             |   |
| Besuch religiöser<br>Veranstaltungen                                | Oft                    | 12,9 % (7,3 %)  | 15,3 % (11,7 %)             | $\chi^2=0,492$ ; df=2;<br>p=0,782<br>$(\chi^2=24,227$ ; df=2;<br>p=0,000)             |
|   | Selten                 | 40,2 % (24,3 %) | 40,7 % (26,0 %)             |   |
|   | Nie                    | 46,9 % (68,4 %) | 44,1 % (62,4 %)             |   |
| Kino-<br>/Konzertbesuch   | Oft                    | 1,4 % (2,1 %)   | 3,3 % (3,3 %)               | Voraussetzungen für<br>$\chi^2$ nicht gegeben<br>$(\chi^2=15,294$ ; df=2;<br>p=0,000) |
|   | Selten                 | 63,5 % (50,5 %) | 70,0 % (56,0 %)             |   |
|   | Nie                    | 35,1 % (47,4 %) | 26,7 % (40,7 %)             |   |
| Alter bei<br>Erkrankung   | 14 oder jünger         | 25,8 % (22,8 %) | 25,9 % (16,9 %)             | $\chi^2=0,012$ ; df=2;<br>p=0,994<br>$(\chi^2=15,477$ ; df=2;<br>p=0,000)             |
|   | 15-20                  | 27,3 % (23,3 %) | 27,8 % (22,8 %)             |   |
|   | 21 oder älter          | 46,9 % (53,9 %) | 46,3 % (60,3 %)             |   |
| Psych. Diagnose   | Andere                 | 41,0 % (24,7 %) | 42,4 % (35,3 %)             | $\chi^2=3,542$ ; df=3;<br>p=0,315<br>$(\chi^2=86,054$ ; df=2;<br>p=0,000)             |
|   | Depression/<br>Bipolar | 31,0 % (44,0 %) | 28,8 % (28,3 %)             |   |
|   | Schizophrenie          | 28,0 % (31,3 %) | 28,8 % (36,5 %)             |   |
| Anzahl Psych.<br>Diagnosen  | 1 Diagn.               | 64,9 % (42,5 %) | 79,5 % (59,1 %)             | $\chi^2=4,712$ ; df=2;<br>p=0,095<br>$(\chi^2=102,898$ ; df=2;<br>p=0,000)            |
|   | 2 Diagn.               | 26,3 % (30,1 %) | 15,4 % (26,9 %)             |   |
|   | 3+ Diagn.              | 8,8 % (27,4 %)  | 5,1 % (14,0 %)              |   |
| Somatische<br>Komorbidität  | Keine Erkr.            | 18,0 % (10,0 %) | 29,3 % (13,1 %)             | $\chi^2=13,914$ ; df=3;<br>p=0,003<br>$(\chi^2=56,170$ ; df=4;<br>p=0,000)            |
|   | 1 Erkr.                | 24,8 % (29,2 %) | 32,8 % (27,4 %)             |   |
|   | 2 Erkr.                | 25,7 % (25,3 %) | 20,7 % (22,9 %)             |   |
|   | 3+ Erkr.               | 31,6 % (35,4 %) | 17,2 % (19,8 %)             |   |
| Gesundheitl.<br>Probleme bei<br>Hausarbeit (letzte<br>4 Wochen)     | Nie                    | 13,2 % (13,5 %) | 23,3 % (27,3 %)             | $\chi^2=29,486$ ; df=4;<br>p=0,000<br>$(\chi^2=211,707$ ; df=4;<br>p=0,000)           |
|   | Selten                 | 18,4 % (12,2 %) | 35,0 % (17,1 %)             |   |
|   | Manchmal               | 31,1 % (25,7 %) | 23,3 % (28,2 %)             |   |
|   | Oft                    | 21,2 % (24,0 %) | 13,3 % (17,5 %)             |   |
|   | Sehr oft               | 16,0 % (24,6 %) | 5,0 % (10,0 %)              |   |

Tabelle 13: Potenzielle Prädiktoren für die Verwirklichungschancen (ESW und BAESCAP)

Im Vergleich der bivariaten Analysen der beiden Erhebungen wurde folgendes deutlich: Bezüglich des Geschlechts konnten im ESW kaum Unterschiede gefunden werden, wohingegen Männer in der „BAESCAP-Studie“ signifikant bessere Verwirklichungschancen hatten.

Bezogen auf das Alter konnte im ESW eine Tendenz zu besseren Verwirklichungschancen bei jüngeren Befragten gefunden werden, die jedoch statistisch nicht signifikant ist. In der „BAESCAP-Studie“ hingegen konnte die Tendenz zu besseren Verwirklichungschancen bei älteren Befragten gefunden werden, die jedoch auch nicht signifikant ist.

Wird das Merkmal der Migration betrachtet, konnte im ESW kein Unterschied in den Verwirklichungschancen gefunden werden, wohingegen in der „BAESCAP-Studie“ festgestellt wurde, dass Menschen ohne Migrationshintergrund bessere Verwirklichungschancen beschreiben.

Sind Kinder vorhanden, konnte in beiden Erhebungen festgestellt werden, dass diese Personengruppe schlechtere Verwirklichungschancen angibt (im ESW auf dem 0,05 Niveau signifikant, in der „BAESCAP-Studie“ nicht signifikant).

Bezüglich des Familienstandes konnte in beiden Erhebungen festgestellt werden, dass Ledige höhere Chancen aufweisen als Geschiedene (in der „BAESCAP-Studie“ signifikant, im ESW jedoch nicht).

Wird das Bildungsniveau betrachtet sind die Ergebnisse im ESW uneinheitlich und lassen keine Interpretation zu. In der „BAESCAP-Studie“ konnte ein negativer Effekt festgestellt werden: Je höher der Abschluss, desto schlechter die Verwirklichungschancen.

Bezüglich des Leistungsumfangs deuteten die Ergebnisse der „BAESCAP-Studie“ darauf hin, dass die Befragten im Heim eher höhere Verwirklichungschancen angeben als Befragte aus den ambulanten Settings. Dies konnte im ESW nicht bestätigt werden.

Wird die Frage nach der medizinischen Versorgung betrachtet, konnte in der „BAESCAP-Studie“ herausgefunden werden, dass die Personen, die medizinische Leistungen aufgrund einer langen Warteliste nicht bekommen haben, schlechtere Verwirklichungschancen angeben. Dieser Effekt konnte im ESW nicht verzeichnet werden.

Soziale Unterstützung stellte sich in beiden Erhebungen als signifikanter Einflussfaktor heraus: Wird eine starke soziale Unterstützung angegeben, können auch höhere Verwirklichungschancen verzeichnet werden.

Auch Stigmatisierung konnte in beiden Erhebungen als starker Einflussfaktor auf Verwirklichungschancen herausgearbeitet werden: Hohes Stigma entspricht niedrigeren Verwirklichungschancen. Für diese Analyse wurde entsprechend der Vorgaben für dieses Instrument ein Standardscore von 0-9 erzeugt, wovon die geringeren Wer-

te auch geringeren Stigmaerfahrungen entsprechen. Auf der Grundlage des Medians lassen sich zwei Kategorien bilden (Schulze, Stuart & Riedel-Heller 2009). Da im ESW ein Median von 4 ermittelt wurde, entsprachen Werte von 0-4 niedrigen Stigmaerfahrungen und Werte von 5-9 hohen Stigmaerfahrungen.

Bezüglich der Freizeitaktivitäten „Essen/trinken gehen“, „Besuch religiöser Veranstaltungen“ und „Kino/-Konzertbesuch“ konnte in der „BAESCAP-Studie“ herausgefunden werden, dass eine häufige Ausführung positiv mit den Verwirklichungschancen verknüpft ist. Tendenzen in diese Richtung konnten auch innerhalb des ESW verzeichnet werden, sind jedoch lediglich bei dem Item „Essen/trinken gehen“ signifikant (jedoch lediglich auf dem 0,05 Niveau).

Auch die Frage nach dem Ersterkrankungsalter wurde in diese Analysen mit aufgenommen: Bei der „BAESCAP-Studie“ konnten bei den Früh-Erkrankten schlechtere Verwirklichungschancen verzeichnet werden als bei den Spät-Erkrankten. Im ESW konnte diesbezüglich jedoch kein Effekt festgestellt werden.

Bezüglich der psychiatrischen Diagnose zeigte sich in der „BAESCAP-Studie“, dass „Depression/Bipolare Störung“ mit geringeren Verwirklichungschancen einhergeht. Im ESW können hier nur leichte Unterschiede festgestellt werden, die zwar in die gleiche Richtung wie in der „BAESCAP-Studie“ gehen, jedoch nicht signifikant sind. Wird die Anzahl der psychiatrischen Diagnosen betrachtet, konnte in beiden Erhebungen die Tendenz gefunden werden, dass wenige Diagnosen mit höheren Verwirklichungschancen einhergehen. Jedoch ist diese Tendenz nur in der „BAESCAP-Studie“ signifikant.

Dieser Effekt ließ sich auch bezüglich der somatischen Komorbiditäten nachweisen: In beiden Erhebungen sind die Verwirklichungschancen signifikant besser, wenn keine oder nur eine somatische Erkrankung angegeben wird.

Schließlich wurden die gesundheitlichen Probleme bei der Hausarbeit in den letzten vier Wochen betrachtet: In beiden Erhebungen sind die Verwirklichungschancen signifikant schlechter, je stärker diese Beeinträchtigung wahrgenommen wird.

### **5.7.2. Logistische Regressionsanalyse**

Um nun die Effekte der einzelnen unabhängigen Variablen – kontrolliert durch alle weiteren Kovariaten – aufzudecken, wurde in der „BAESCAP-Studie“ zusätzlich zu diesen bivariaten Analysen eine logistische Regressionsanalyse mit allen potenziellen Prädiktoren durchgeführt (Daum 2018b, S. 119). Dabei konnten statistisch signifikante Einflüsse von der sozialen Unterstützung, den Stigmaerfahrungen, den drei

Freizeitaktivitäten, den psychiatrischen Komorbiditäten und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen bei der Hausarbeit auf die Verwirklichungschancen festgestellt werden. Andere Effekte, die in den bivariaten Analysen signifikante Ergebnisse erzielten, erwiesen sich nach der Kontrolle für alle gewählten potenziellen Einflüsse als nicht robust (z. B. soziodemographische oder sozioökonomische Merkmale, die psychiatrische Diagnose, das Alter der Ersterkrankung, die somatische Komorbidität, das Bildungsniveau oder der Leistungsumfang). Hier fanden in den bivariaten Analysen Verzerrungen durch die tatsächlichen Einflüsse statt (ebd., S. 129).

Da die bivariaten Analysen im ESW zwar oftmals Tendenzen der „BAESCAP-Studie“ andeuteten, jedoch keine oder nur schwach signifikante Werte aufwiesen, wurde die finale Regression nicht mit allen unabhängigen Variablen berechnet, sondern nur mit denjenigen, deren Ergebnisse signifikant waren (Abgrenzungskriterium:  $p \leq 0,01$ , vgl. auch Raithel 2008, S. 124). Somit wurde eine logistische Regressionsanalyse mit den unabhängigen Variablen der sozialen Unterstützung, der Stigmaerfahrung, der somatischen Komorbidität und der gesundheitlichen Probleme bei der Hausarbeit in den letzten vier Wochen durchgeführt. Multikollinearität als Voraussetzung für die logistische Regression wurde geprüft, wobei keine einschränkenden Auffälligkeiten gefunden werden konnten.

| Einflussfaktoren <sup>51</sup>                                     |               |          |
|--|---------------|----------|
| <b>Soziale Unterstützung (ESSI-D) (Ref. Schwach)</b>               | Stark         | 5,195*** |
| <b>Stigmaerfahrung (Ref. Hohe)</b>                                 | Keine/geringe | 3,308**  |
|  | Keine         | 1,590    |
| <b>Somatische Komorbidität (Ref. 3+)</b>                           | 1             | 1,657    |
|  | 2             | 1,073    |
|  | Nie           | 4,467*   |
| <b>Gesundheitliche Probleme bei der Hausarbeit (Ref. Sehr oft)</b> | Selten        | 7,469**  |
|  | Manchmal      | 2,032    |
|  | Oft           | 1,660    |
| <b>Nagelkerkes R<sup>2</sup></b>                                   |               | 0,372    |

Tabelle 14: Logistische Regression zu den Verwirklichungschancen (ESW)

Als erstes relevantes Ergebnis ist das R<sup>2</sup> zu betrachten: Hierdurch kann festgestellt werden, wie viel Prozent der Variation der abhängigen Variablen – in diesem Fall der Verwirklichungschancen – durch die unabhängigen Variablen erklärt werden. Somit kann die Stärke des Modells angegeben werden (Daum 2018b, S. 123). Ein R<sup>2</sup> von 0,372 entspricht einem prozentualen Erklärungsgehalt von 37,2 % (In der „BAESCAP-Studie“ wurde ein Erklärungsgehalt von 37,3 % erzielt). Ein solcher Wert kann

<sup>51</sup> Signifikanzniveau: \* $p \leq 0,1$ ; \*\* $p \leq 0,01$ ; \*\*\* $p \leq 0,001$

als gut oder sogar sehr gut eingeschätzt werden, was bedeutet, dass dieses Modell gut geeignet ist, um die Capabilities vorherzusagen (Daum 2018b, S. 129).

Als Ergebnis der logistischen Regressionsanalyse werden für jede unabhängige Variable Odds Ratios angegeben, was einem Chancenverhältnis entspricht. Es zeigt immer das Chancenverhältnis von einer Kategorie der jeweiligen Variablen verglichen mit der Referenzkategorie (diese ist zuvor festzulegen) auf. Für die abhängige Variable Verwirklichungschancen wurde die Referenzkategorie „gering“ festgelegt. Die Frage zu jeder Variable lautet immer: Um wie viel ist das Risiko einer Kategorie höher oder niedriger, gute Verwirklichungschancen im Vergleich zur Referenzkategorie aufzuweisen (Daum 2018b, S. 123).

Bezüglich sozialer Unterstützung konnte im ESW ein starker Effekt verzeichnet werden: Ist eine hohe soziale Unterstützung vorhanden, ist die Chance gute Capabilities zu haben um das 5,2-fache erhöht im Vergleich zur Referenzkategorie der schwach unterstützten Personen.

Liegen nur wenige oder keine Stigmaerfahrungen vor, ist die Chance gute Capabilities zu haben um das 3,3-fache erhöht.

Werden keine oder nur selten gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der Hausarbeit in den letzten vier Wochen angegeben, haben diese Personen eine 4,5- bzw. 7,5-fach erhöhte Chance auf gute Capabilities im Vergleich zu denjenigen, die sehr oft von gesundheitlichen Einschränkungen berichten.

Es kann daher festgehalten werden, dass es im ESW – kontrolliert durch die weiteren Variablen im Modell - signifikante Einflüsse von der sozialen Unterstützung, den Stigmaerfahrungen und den Einschränkungen in der Hausarbeit auf die Verwirklichungschancen gibt.

Die unabhängige Variable der somatischen Komorbiditäten hat sich – kontrolliert durch die anderen Variablen - nicht als signifikant erwiesen.

Somit kann als Fazit für die Erhebung im ESW folgendes festgehalten werden:

- Ist ein gutes soziales Netz vorhanden,
- werden wenige Stigmatisierungserfahrungen angegeben und
- ist die gesundheitliche Einschränkung verhältnismäßig gering

dann werden die individuellen Gestaltungsspielräume, die Verwirklichungschancen, als höher eingeschätzt.

Dies deckt sich fast mit den Ergebnissen der „BAESCAP-Studie“. Lediglich Bezüglich des Bereichs der Freizeitaktivitäten und der psychiatrischen Komorbidität konnte im ESW kein signifikanter Effekt auf die Verwirklichungschancen verzeichnet werden.

## 6. Methodische Diskussion

Es erfolgt eine methodische Diskussion der Stärken und Schwächen der Erhebung, wobei auf Vor- und Nachteile des Forschungsdesigns und die Eignung des Capabilities Approachs als theoretische Grundlage eingegangen wird.

### 6.1. Stärken der Erhebung

Zunächst ist positiv anzumerken, dass alle erarbeiteten Teilhabedimensionen (siehe Kapitel 2.1.3.) im Fragebogen erfasst und nicht lediglich ein Bereich herausgegriffen wurde. Dadurch konnte die Teilhabesituation, die immer durch das Zusammenspiel mehrerer Teilhabebereiche entsteht, umfassend erfasst werden. Das quantitative Forschungsdesign macht es im Gegensatz zu qualitativen Methoden möglich, dass eine hohe Fallzahl erreicht werden konnte und eine hohe Generalisierung gegeben ist (Tausendpfund 2018, S. 18). Auch konnte im ESW eine gute Rücklaufquote von ca. 48 % erreicht werden. Außerdem konnte in beiden Erhebungen ein hoher Erklärungsgehalt (ESW: 37,2 %, BAESCAP: 37,3 %) bezüglich der Verwirklichungschancen erreicht werden, was bedeutet, dass die gewählten Einflussfaktoren eine gute Vorhersage der Capabilities ermöglichen (Daum 2018b, S. 129).

Bezüglich des Capabilities Approachs, der als theoretische Grundlage der Erhebung diente, kann festgestellt werden, dass dieser Ansatz auch bereits von anderen Autoren in einen Zusammenhang mit Teilhabe gebracht wurde. Beispielsweise betont Göhring-Lange (2011, S. 16 ff.), dass Teilhabe das Ergebnis von Befähigung ist. Eine Person muss zunächst Handlungsspielräume haben, um wirklich selbst entscheiden zu können. Auch die Bundesregierung definiert Teilhabe als einen Grad der Nutzung von Potenzialen: „Teilhabe lässt sich an den Chancen und Handlungsspielräumen messen, eine individuell gewünschte und gesellschaftlich übliche Lebensweise zu realisieren“ (Bundesregierung 2005, S. 10 f.). Zusätzlich weisen Bartelheimer und Kädtler (2012, S. 41-55) darauf hin, dass der Ansatz der Verwirklichungschancen von Sen gut zum Teilhabekonzept passt. Auch die internationale Bekanntheit des Capabilities Approachs spricht für dessen Anwendung in der Forschung.

Des Weiteren geht der Capabilities Approach über Ansätze hinaus, die lediglich die Verfügung über Grundgüter beachten. Da Menschen eben unterschiedlich viele Mittel benötigen, um als Gleiche aufzutreten, reicht es nicht aus, wenn die Beurteilung von Gerechtigkeit lediglich über die Beurteilung der zur Verfügung stehenden Ressourcen erfolgt (Ziegler 2011, S. 117). Stattdessen sind jene Befähigungen zu fokus-

sieren, die es dem Individuum erlauben, Mittel in eine erfüllende Lebensführung umzuwandeln (Oelkers, Schrödter & Ziegler 2012, S. 303). Für die Beurteilung von Teilhabe ist die reine Betrachtung von objektiven Lebensweisen somit nicht ausreichend. Wie bereits erläutert ist es nach Sen nicht nur von Interesse, welches Leben ein Mensch führt, sondern auch welche Funktionsweise er ausführen würde, wenn er könnte. Beispielsweise könnte ein Mensch hungern weil er keinen Zugang zu Nahrung hat oder weil er sich für einen Hungerstreik entscheidet. Die tatsächlich erreichte Funktionsweise wäre in diesem Fall die Gleiche, jedoch ist ein erheblicher Unterschied in den Lebenslagen zu erkennen. Um diesem Umstand gerecht zu werden, können „capabilities“ als Bewertungsbasis verwenden werden. Sie ermöglichen es, persönliche Ziele und Wertvorstellungen in die Evaluierung mit einfließen zu lassen (Graf 2011, S. 22).

In diesem Zusammenhang weist Ziegler (2011, S.120) darauf hin, dass es grundsätzlich zwei Möglichkeiten gibt, Wohlergehen bzw. das gute Leben konzeptionell zu erfassen: Eudaimonistische Sichtweisen nehmen objektive Kriterien in den Fokus, die als wünschenswerte Realisierung von Entfaltungspotenzialen gelten. Demgegenüber fokussiert die hedonistische Perspektive die Dimension des Wohlbefindens und die Befriedigung individueller Präferenzen. Der Mensch soll also selbst entscheiden, welche Lebensweise er für erstrebenswert hält. Beide Perspektiven bringen jedoch erhebliche Nachteile mit sich. Bei eudaimonistischen Sichtweisen kann kritisiert werden, dass der Mensch hierbei zu einer vorgegebenen Konzeption des guten Lebens gezwungen wird (Ziegler 2011, S. 120). Demgegenüber steht das Problem der hedonistischen Sichtweisen: „Analytisch besteht ein zentrales Problem subjektiver Konzeptionen von subjektivem Wohlergehen darin, dass subjektive Bewertungsstandards, Präferenzen und Erwartungen ungleich verteilt sind und im Sinne habitueller Verinnerlichungen erlebter gesellschaftlicher Wirklichkeit systematisch durch soziale Privilegierungen und Benachteiligungen strukturiert werden“ (ebd., S. 126). Das bedeutet, dass es auch bei ungünstigen Lebenslagen möglich ist, dass das subjektive Wohlbefinden positiv bewertet wird. Wertmaßstäbe können also geformt werden, was zu einer Verschleierung von Ungleichheiten und Unterdrückungsverhältnissen führen kann. Betroffene passen sich also an ihre - objektiv gesehen - schlechten Verhältnisse an.<sup>52</sup> Wenn Wohlbefinden als entscheidendes Kriterium erhoben werden würde, müssten soziale Interventionen, die die Lebenschancen nicht verbessern, aber Ansprüche senken als „objektiv erfolgreich“ gelten, während Programme, die Lebens-

---

<sup>52</sup> Siehe auch Bartelheimer 2012, S. 60 und Speck 2018a, S. 12

chancen erweitern aber gleichzeitig auf verdeckte Ungleichheiten hinweisen als „objektiv erfolglos“ betrachtet werden (ebd., S. 126 f.).

Der Capabilities Approach kann aufgrund dieser Nachteile als Alternative angesehen werden, da er weder eine bestimmte Form der Lebensführung vorgibt (wie die eudaimonistischen Sichtweisen), noch lediglich Glücks- und Zufriedenheitsgefühle fo- kussiert (hedonistische Sichtweisen) (ebd., S. 128). Stattdessen ermöglicht es der Capabilities Approach, auf individuelle Konstellationen einzugehen (ebd., S. 133). Im verwendeten Fragebogen wird Teilhabe somit weder nur durch objektive Kriterien („functionings“) erfasst, noch lediglich nach der individuellen Zufriedenheit gefragt. Die Nachteile der beiden Ansätze können somit durch den Capabilities Approach und die Verwendung des OxCAP-MH ausgeglichen werden.

Außerdem beachtet der Capabilities Approach, dass es bei Inklusion nicht darum geht, lediglich in möglichst viele Teilhabedimensionen einzbezogen zu werden: Kahl (2016, S. 30) weist auf die Bedeutung von selbstbestimmter Gestaltung von Teilhabe hin. Autonome Entscheidungen machen den psychisch erkrankten Menschen zum Mitgestalter von Inklusion. Teilhabe muss folglich nicht zwangsläufig in allen gesellschaftlichen Teilsystemen erfolgen. Stattdessen ist die Umgestaltung von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen notwendig, die die Teilhabechancen erhöhen und dann nach persönlichen Vorstellungen realisiert werden können. „Inklusion impliziert immer auch die Möglichkeit der teil- und zeitweisen Nicht-Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen und Lebensphasen als Ausdruck von Individualität“ (Wansing 2012, S. 102). Es kann davon ausgegangen werden, dass nicht jede Person Mitglied jedes Teilsystems sein kann. Stattdessen sollten die einzelnen Funktionssysteme allen die Option bieten, selbst über die Inanspruchnahme zu entscheiden (Theunissen 2010, S. 50). Es geht somit „nicht um die Herstellung eines ‚idealen Einbezogenseins‘ in alle denkbaren Lebensbereiche“ (Beck 2015, S. 20). Felder (2017, S. 106-115) betont daher auch, dass Inklusion immer dann wertvoll ist, wenn durch sie Anerkennung und Freiheit ermöglicht wird. Der Aspekt der Freiheit zeigt auf, dass niemand zur Zugehörigkeit gezwungen werden darf und dass Inklusionskontexte frei und selbstbestimmt gewählt werden sollten. Beispielsweise ist die Zugehörigkeit zu einem Schachklub nicht erstrebenswert, wenn kein Interesse an Schach besteht. Daher stellt nach Behrendt (2017, S. 67 ff.) Inklusion kein Selbstwert dar und ist nicht vorzuziehen, wenn sie Leid verursacht. Eine Andersbehandlung aufgrund von unterschiedlichen Bedürfnissen kann gerechtfertigt sein, wenn es relevante Gründe dafür gibt und die Situation aller Betroffener dadurch langfristig verbessert wird. „Das Ideal

einer inklusiven Gesellschaft steht demnach für eine pluralistische Gesellschaft, in der jedem Mitglied der nötige Freiraum zur Verfügung steht, seinen individuellen Begabungen und Interessen entsprechend als Gleicher an ihr teilzuhaben“ (Behrendt 2017, S. 71).

Auch der Wegfall früherer Indikatoren für soziale Gerechtigkeit, wie die Zugehörigkeit zu sozialen Kollektiven wie beispielsweise Klassen, spricht für ein Teilhabekonzept, das den Wahl- und Gestaltungsspielraum des Individuums miteinbezieht (Alicke et al. 2015, S. 37).

Schließlich machen Bartelheimer und Kädtler (2012, S. 56) darauf aufmerksam, dass Sens Perspektive die Verantwortung der Gesellschaft für Chancengleichheit in den Blick nimmt: „Sens Intention würde verfälscht, wollte man Menschen als Unternehmer ihrer Verwirklichungschancen auffassen und mit ihren Teilhaberisiken allein lassen, um ihnen eine benachteiligte Lebenslage als individuelles Verschulden oder Versagen zuzuschreiben“. Dies spricht somit für die geforderten inklusiven Strukturen, die bereits im Theorieteil herausgearbeitet wurden.

## **6.2. Schwächen der Erhebung**

Allgemein ist anzumerken, dass schriftliche Befragungen immer auch Nachteile mit sich bringen. Beispielsweise ist die Befragungssituation oftmals kaum kontrollierbar, denn es wäre möglich, dass andere Personen die Antworten der Befragten beeinflusst haben (Beispielsweise die Mitarbeiter, die den Fragebogen mit den ambulant betreuten Klienten ausgefüllt haben oder auch von den Befragten untereinander, wenn das Ausfüllen in einer Gruppe stattgefunden hat). Besonders bei den Gruppenbefragungen in der Werkstatt konnte bei Verständnisproblemen keine konkrete Hilfestellung erfolgen. Auch besteht immer das Risiko, dass einzelne Fragen wenig sorgfältig, unvollständig oder überhaupt nicht ausgefüllt werden (Raithel 2008, S. 67). Dadurch, dass es sich um ein stark strukturiertes und standardisiertes Befragungsinstrument handelt (ebd., S. 66) wird deutlich, dass nicht auf individuelle Fallkonstellationen eingegangen werden kann, was durch persönliche Gespräche möglich wäre. Beispielsweise stellt die „Teilhabekiste“ ein Instrument zur Bestimmung, zur Umsetzung und Messung von Teilhabe von Menschen mit Behinderungen dar. Hierbei werden in personenzentrierten Gesprächen individuelle Teilhabebögen erarbeitet. Beispielsweise wird nach Träumen gefragt oder welche Änderungen im Leben gewünscht sind. Aus diesen Ideen werden drei Teilhabeziele festgelegt. Diese operationalisierten Ziele werden nach einiger Zeit auf deren Umsetzung geprüft und deren

Erreichungsgrad in Zahlen umgesetzt. Um den Erfolg des Teilhabeprozesses zu beurteilen, kann mit einem Referenzwert verglichen werden (Institut personenzentrierte Hilfen 2014, S. 2 - 9).

Auch Höptner & Daum (2018, S. 49 f.) weisen auf Grenzen der Untersuchung hin: Beispielsweise konnte nicht kontrolliert werden, ob es aufgrund von bestimmten Merkmalen Stichprobenverzerrungen gab (z.B. durch Klinikaufenthalte). Auch dadurch, dass es sich um Selbstberichte handelt, können Verzerrungen stattfinden (z.B. durch soziale Erwünschtheit). Aufgrund der Tatsache, dass es sich um eine Querschnittsstudie handelt, können des Weiteren keine Kausalitätsaussagen getroffen werden.

Speziell im ESW lag wie bereits erwähnt eine Verzerrung der Stichprobe dahingehend vor, dass eine sehr hohe Rücklaufquote aus der Werkstatt erzielt wurde, wodurch die anderen Gruppen im Vergleich unterrepräsentiert waren. Dadurch waren Vergleiche der verschiedenen Betreuungsformen nur eingeschränkt möglich. Hier zeigt sich auch ein struktureller Unterschied zur „BAESCAP-Studie“: Diese hat sich auf verschiedene Regionen mit verschiedenen Einrichtungsträgern bezogen. In dieser Arbeit wurde jedoch ein Einrichtungsträger untersucht (und keine Region mit einer Angebotsvielzahl). Dieser Unterschied könnte einige Unterschiede in den Ergebnissen erklären.

Auch hätte eine insgesamt größere Stichprobe vermutlich zu signifikanteren Ergebnissen geführt, da die Signifikanz von Ergebnissen von der Stichprobengröße abhängt. Je größer diese ist, desto eher werden Zusammenhänge als signifikant ausgewiesen (Raithel 2008, S. 124). Es könnte also vermutet werden, dass fehlende Signifikanz in dieser Erhebung kein Hinweis darauf ist, dass keine Unterschiede bestehen, sondern dass die Stichprobe für einige Analysen lediglich zu klein war. Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund der signifikanten Ergebnisse der „BAESCAP-Studie“. Aufgrund von fehlender Signifikanz der Ergebnisse im ESW wurden daher oftmals lediglich die Ergebnisse beschrieben und auf mögliche Tendenzen hingewiesen, ohne eindeutige Zusammenhänge zu postulieren. Außerdem konnten in der Auswertung der Ergebnisse des ESW einige Teststatistiken nicht durchgeführt werden, da notwendige Testvoraussetzungen nicht gegeben waren. Beispielsweise konnte der Chi-Quadrat-Test oftmals nicht verwendet werden, da zu viele Zellen Häufigkeiten unter 5 aufwiesen. Gründe hierfür könnten wiederum eine zu geringe Stichprobengröße oder zu viele Antwortkategorien sein, die sich teilweise auch durch Umcodierung (Zusammenfassung von Kategorien) nicht lösen ließen. Auch hätten zu

viele Umcodierungen die Vergleichbarkeit zu den Ergebnissen der „BAESCAP-Studie“ verringert.

Des Weiteren wurde in den Erhebungen, in denen die Autorin persönlich anwesend war, trotz der Kürzungen des Fragebogens immer noch deutlich, dass manche Klienten kognitiv überfordert waren. Das Anschreiben zu Beginn der Befragung schien unter anderem aufgrund der Länge oftmals zu verwirren (Beispielsweise kreuzten manche Klienten die Beispielfrage im Anschreiben an, die lediglich zur Erklärung dienen sollte). Einige Fragen schienen auch schwer zu verstehen zu sein, wie beispielsweise die Frage zu Kontakt mit Genesungsbegleitern (die Mitarbeiter des ESW mussten teilweise darauf hinweisen, dass hier bereits Kontakte stattgefunden haben). Auch die Frage zur Betreuungsintensität schien oftmals falsch verstanden worden zu sein (relativ viele fehlende Antworten und auch falsche Angaben). Des Weiteren wurden teilweise Seiten ausgelassen oder vergessen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass ein persönliche Unterstützung oftmals hilfreich gewesen wäre.

Auch kann kritisch angemerkt werden, dass durch die Ausrichtung an der Veröffentlichung der „BAESCAP-Studie“ ein Informationsverlust bezüglich der psychiatrischen Diagnosen stattfand. Einige Diagnosen wurden in der Kategorie „Sonstige nicht psychotische Erkrankungen (Zwangserkrankung, Angsterkrankung, Persönlichkeitsstörung, Andere psychische Erkrankungen)“ zusammengefasst, wodurch vermutlich die Anzahl der Komorbiditäten unterschätzt wurde. Auch war dieser Anteil im ESW mit 25,6 % unerwartet groß (BAESCAP: 8 %), weshalb eine genauere Differenzierung interessant gewesen wäre, um aufzuzeigen, wie die einzelnen Diagnosen verteilt sind.

Schließlich kann die Auswahl der Capabilities, die Martha Nussbaum als Kriterien für ein gutes Leben festgelegt hat und die durch den OxCAP-MH abgefragt werden, kritisch angesehen werden. Denn für Sen (1979, S. 219) ist diese Frage kulturabhängig. „Er lässt [...] keinen Zweifel daran aufkommen, dass er Nussbaums aristotelisch geprägte Argumentationsweise für fragwürdig hält. Denn eine so konkrete Angabe dessen, was als gutes menschliches Leben zu erachten ist, scheint ihm überspezifiziert und mit einer gewissen Scheinobjektivität verbunden zu sein“ (Sen 1993, S. 47, zit. n. Graf 2011, S. 24). „Die Frage, wie *capabilities* im jeweiligen Zusammenhang identifiziert bzw. ausgewählt werden sollen, ist folglich bis heute umstritten“ (Babic 2011, S. 77).

### **6.3. Fazit**

Insgesamt kann festgehalten werden, dass der Capabilities Approach eine gute Grundlage bildet, um Teilhabe zu operationalisieren und zu messen, da dieser philosophische Ansatz die Nachteile anderer Perspektiven ausgleichen kann. Jedoch konnten auch Grenzen der Erhebung herausgearbeitet werden, die vor allem mit dem quantitativ angelegten Forschungsdesign einhergehen.

## **7. Probleme und Handlungsempfehlungen auf Grundlage der Ergebnisse**

Im Folgenden werden auf der Grundlage der Ergebnisse die Probleme bezüglich der Teilhabesituation schwer psychisch kranker Menschen aufgezeigt und Handlungsempfehlungen für die verschiedenen Bereiche ausgesprochen.

### **7.1. Wohnen**

Bezüglich des Bereichs Wohnen konnte aufgrund der Ergebnisse der beiden Erhebungen besonders eine ungenügende Selbstbestimmung im Heimsetting konstatiert werden. Fremdbestimmung im Leben, im Alltag und auch in der Wahl der aktuellen Wohnform werden im Heimsetting tendenziell stärker wahrgenommen als in den ambulanten Betreuungsformen.

Hier ist eine bessere Umsetzung des Art. 19 der UN-BRK notwendig, der die freie Wahl der Wohnform und gemeindenaher Unterstützungsmöglichkeiten fordert. Die Betroffenen müssen daher bei der Ziel- und Hilfeplanung aktiv einbezogen werden (Konrad & Rosemann 2016, S. 84 f.). Denn die Akzeptanz der Maßnahme durch den Klienten gilt als grundlegende Voraussetzung für deren Erfolg. Daher müssen die Sichtweisen aller Beteiligten zusammengeführt und eventuell entstehende Konflikte durch Aushandlung und Kompromissfindung gelöst werden (ebd., S. 86). Auch Tamm (2015, S. 44 f.) zeigt auf, dass die Mitbestimmung und Mitgestaltung beim Prozess der Hilfeplanung von Psychiatrieerfahrenen als sehr wichtig erachtet wird.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die meisten psychisch erkrankten Menschen die gleichen Lebensformen wie die Mehrheit der Bevölkerung verfolgen und gerne alleine oder mit Partner zusammenleben möchten (Konrad & Rosemann 2016, S. 19). Grundsätzlich hat sich zwar das betreute Wohnen durchgesetzt, problematisch ist jedoch, wenn dieses jener Klientel vorbehalten wird, die einen gewissen Grad an lebenspraktischen und sozialen Fähigkeiten hat. Ein komplexer Hilfebedarf sollte kein Ausschlusskriterium darstellen (ebd., S. 9 f.).

Konrad und Rosemann (2016, S. 8) bringen in diesem Zusammenhang den Begriff der mobilen Unterstützung ein, denn: „Auch psychisch erkrankte Menschen haben das Recht, eine Wohnung unabhängig von einer Hilfeleistung zu bewohnen. [...] Der Begriff der ‚mobilen Unterstützung‘ steht für eine Grundhaltung und eine Organisationskultur, die die Hilfe zu den Menschen in ihrer aktuellen individuellen Situation bringt“ (ebd., S. 8). Diese Sichtweise entspricht dem personenzentrierten Ansatz, der

den institutionszentrierten Ansatz ablöst. Die Person muss nicht mehr für eine Einrichtung geeignet sein, sondern je nach individuellem Hilfebedarf und vereinbarten Zielen findet eine Anpassung der Einrichtung statt (ebd., S. 13 f.). Eine eigene Wohnung fördert insbesondere bei psychisch kranken Menschen das Selbstbewusstsein. Die dadurch erlangte Selbstbestimmung kann als Ausgangspunkt für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben angesehen werden (ebd., S. 41).

Eine echte Alternative zur Heimunterbringung kann das ambulant betreute Wohnen jedoch nur werden, wenn es sich nicht nur um einige wenige Fachleistungsstunden handelt, sondern wenn es Begegnungsmöglichkeiten für professionelle Beratung und direkte Unterstützungsleistungen ermöglicht. Hierfür scheinen sich quartiersbezogene Wohnsituationen mit Kümmerern vor Ort und niedrigschwlligen Kontaktmöglichkeiten im unmittelbaren Umfeld besonders zu eignen. Heimalternativen müssen in der Lage sein, eine hohe Unterstützungssicherheit über 24 Stunden an sieben Tagen die Woche zu gewährleisten (Steinhart 2018a, S. 151). Für solch eine intensive Betreuung ist jedoch auch eine dementsprechende personelle Ausstattung sicherzustellen (Rosemann 2015, S. 220).

Trotzdem muss die Individualität der Fälle beachtet werden. Aufgrund von verschiedenen Effekten der unterschiedlichen Wohnformen muss sorgfältig abgewogen werden, welche Hilfeform im Einzelfall geeignet ist. Wohngruppen können beispielsweise soziale Isolation verhindern, können jedoch auch dazu führen, dass sich Klienten dort „einigeln“ und Kontakte außerhalb dieses häuslichen Umfelds vermeiden. Das Leben in einer eigenen Wohnung hingegen kann die Selbstständigkeit fördern, birgt jedoch auch die Gefahr, dass der Klient vereinsamt. Um dem zu entgegnen, müssen ausreichend Kontakte zu den professionellen Helfern und offene Treffpunkte vorhanden sein und ein Aufbau von Kontakten außerhalb des Hilfesystems stattfinden (Konrad & Rosemann 2016, S. 62 f.).

Die Selbstbestimmung sollte jedoch nicht nur bezüglich der Wahl der Wohnform verbessert werden, sondern auch bezüglich der konkreten Gestaltung des Alltags. Besonders im Heimsetting scheint dies eher selten gegeben zu sein. Hier sollten gemeinsam mit den Bewohnern konkrete Probleme erörtert und Überlegungen stattfinden, wie eine individuellere Alltagsgestaltung erreicht werden kann.

## **7.2. Bildung und Ausbildung**

Bezüglich des Bereichs Bildung und Ausbildung konnte in beiden Erhebungen festgestellt werden, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen oftmals ein deutlich

niedrigeres Niveau aufweisen als die Allgemeinbevölkerung. Es scheint in diesem Bereich große Hindernisse für schwer psychisch kranke Menschen zu geben. Dies ist vor allem problematisch, da ohne abgeschlossene Schul- oder Berufsausbildung auch die Chancen auf dem Arbeitsmarkt besonders schlecht sind.

Zukünftig sollte sich das Bildungssystem nach den Vorgaben der UN-BRK ausrichten. Nach Art. 24 soll ein integratives Bildungssystem sichergestellt werden, das auf Chancengleichheit beruht, um gleichberechtigte Teilhabe zu erleichtern.

Des Weiteren zeigten in diesem Zusammenhang die erhobenen Daten zum Ersterkrankungsalter, dass dieses oftmals in jener biografischen Phase liegt, in der die grundlegenden Bildungsabschlüsse erreicht werden. Daher muss die Unterstützung vor bzw. mit Beginn der Krankheit beginnen. Die Leistungs- und Rehatträger müssen in der Kinder- und Jugend- sowie der Adoleszentenpsychiatrie, in der Jugendhilfe, sowie bei der Förderung von Bildung und Arbeit dafür sorgen, dass diese Zielgruppe aus dem Fürsorgesystem herausgeführt wird. Auch sollte die Eingliederungshilfe selbst zur Vermeidung von Eingliederungshilfeleistungen beitragen, indem sie sich an präventiven Maßnahmen beteiligt (Steinhart 2018a, S. 152).

### **7.3. Arbeit und Beschäftigung**

Bezüglich des Bereiches Arbeit und Beschäftigung konnte festgestellt werden, dass in beiden Erhebungen lediglich ein sehr geringer Anteil der Befragten regulär beschäftigt ist. Dieses Ergebnis ist vor allem vor dem Hintergrund der aktuell niedrigen Arbeitslosenquote (ca. 5 %) in Deutschland (Statistisches Bundesamt [Destatis] 2019) und der herausgearbeiteten Bedeutung von Arbeit (siehe Kapitel 3.2.) kritisch zu betrachten.

Offensichtlich fehlen Strukturen, die Teilhabe auch bei geringerer Leistungsfähigkeit, Flexibilität und Offenheit gewährleisten (Kahl 2016, S. 61). Stattdessen sollte jedoch eine Durchlässigkeit im System der Rehabilitation gegeben sein (Kardorff 2010, S. 138). Es müssen daher Rahmenbedingungen geschaffen werden, in denen sich Bildung und Arbeit nach der persönlichen Leistungsfähigkeit ausrichten. Zukünftig müssen auch Menschen mit Einschränkungen Aufgaben auf dem ersten Arbeitsmarkt erfüllen können und bei Bedarf Unterstützung erhalten. Diese Hilfen dürfen nicht zu einer Ausgrenzung aus dem System oder zu Ablehnung führen. Fachliche psychosoziale Hilfen müssen somit bereits am Arbeitsplatz vorhanden sein, um bei Belastungen rechtzeitig eingreifen zu können. Auch muss in diesem Zuge eine Sensibilisierung für Diskriminierung und Überforderung stattfinden. Ziel muss demnach

eine bessere Passung zwischen den Erwartungen an den Einzelnen und der persönlichen Leistungsfähigkeit sein. Psychische Probleme wie Antriebsschwäche, Ängste oder Konzentrationsschwierigkeiten dürfen nicht die Chance auf Bildung und Arbeit untergraben (Kahl 2016, S. 31). Das Recht auf Teilhabe am Arbeitsleben sollte daher zukünftig auch gegeben sein, wenn kein Mindestmaß an wirtschaftlich verwertbarer Arbeit geleistet werden kann (Becker 2016, S. 108). Steinhart (2018a, S. 153) schlägt deshalb vor, neue Wege auf evidenzbasierter Grundlage zu gehen, wie beispielsweise das IPS-Coaching (Individual Placement and Support), bei dem ein Lebenswelt-Coach etabliert wird, der mit einem hohen und individuellen Personal-schlüssel das Bildungs- und Jobcoaching mit passgenauen Angeboten übernimmt. Auch hier ist es notwendig, dass diese Maßnahmen in Bildung und Beruf in jungen Jahren stattfinden, bevor die Eingliederungshilfe überhaupt greifen kann.

Auch eine Ausbildung zum Genesungsbegleiter oder Peerberater könnte einen Ausweg aus der Erwerbslosigkeit darstellen. Somit könnten einerseits Ausbildungs- und Arbeitsplätze geschaffen und andererseits die Unterstützungslandschaft verbessert werden. Jedoch wird der Zugang aktuell noch durch zahlreiche Barrieren versperrt (ebd., S. 154). Dies spiegelte sich auch in den beiden Erhebungen wider: Viele Befragte gaben an, noch keine Beratungs- oder Unterstützungsangebote von geschulten Menschen mit Psychiatrieerfahrung in Anspruch genommen zu haben. Dagegen wird von einem großen Anteil betont, dass sie solch ein Beratungsangebot als wichtig erachten, was für einen Ausbau der EX-IN-Ausbildung spricht. Daher sollte der Zugang zu dieser Ausbildung erleichtert und darauf aufbauend ein tariflich entlohter Arbeitsplatz ermöglicht werden (ebd., S. 154). Auch Kardorff (2010, S. 138) fordert die Stärkung der Rolle der Gleichbetroffenen durch peer-counseling.

Wie bereits in Kapitel 2.2.3. beschrieben sind auch im neuen Bundesteilhabegesetz zwei neue Maßnahmen enthalten, die die Teilhabe am Arbeitsleben verbessern sollen: Andere Leistungsanbieter (§ 60 SGB IX) und das Budget für Arbeit (§ 61 SGB IX). Es bleibt abzuwarten, ob diese Maßnahmen tatsächlich nachhaltig zu einer Verbesserung der Situation beitragen können.

Um passende Beschäftigungsmöglichkeiten zu finden, steht die Sozialpsychiatrie konkret vor der Aufgabe mit Klienten zu ergründen welche Beschäftigungsmöglichkeiten für den Einzelnen in Frage kommen (Kahl 2016, S. 22).

## **7.4. Freizeit**

Bezüglich der Freizeitaktivitäten wurde in beiden Erhebungen festgestellt, dass diese von den Befragten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung oftmals seltener ausgeführt werden.

Aus diesem Grund besteht die Notwendigkeit der Einbeziehung in den Sozialraum. Neben dem direkten Kontakt zu den Klienten müssen Fachkräfte auch mit dem Umfeld arbeiten, was aus Angehörigen, Freunden, Nachbarn, Arbeitskollegen oder Vereinen bestehen kann. Ziel ist die Erschließung von Möglichkeiten der Teilhabe in nicht künstlich geschaffenen Einrichtungen (Konrad & Rosemann 2016, S. 97 f.). Es gilt bereits vorhandene Institutionen zu suchen, in denen psychisch erkrankte Menschen ihre Stärken einsetzen können. Durch Begegnungen können Barrieren in den Köpfen der Gesellschaft abgebaut werden. Dadurch können sich die Betroffenen als Teilhabende und nicht als Geduldete erleben. Kurse der Volkshochschulen könnten beispielsweise als solch ein Ort der Begegnung dienen (ebd., S. 98 f.).

Auch die in § 78 SGB IX beschriebenen Assistenzleistungen können in diesem Bereich hilfreich sein. Nach § 78 Abs. 1 SGB IX umfassen diese „insbesondere Leistungen für die allgemeinen Erledigungen des Alltags wie die Haushaltsführung, die Gestaltung sozialer Beziehungen, die persönliche Lebensplanung, die Teilhabe am gemeinschaftlichen und kulturellen Leben, die Freizeitgestaltung einschließlich sportlicher Aktivitäten sowie die Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen“. Da nach § 78 Abs. 2 SGB IX die Leistungsberechtigten über die konkrete Ausgestaltung der Inanspruchnahme entscheiden können, kann auch hier Potenzial zur Verbesserung der Situation gesehen werden. Ob gesellschaftliche Kontexte inklusiv gestaltet sind oder nicht ist demnach kein unverfügbarer äußerer Fakt, sondern das unmittelbare Ergebnis menschlichen Handelns. Konkrete Inklusionsstrategien können zur Verwirklichung von Inklusionszielen beitragen (Behrendt 2017, S. 58).

## **7.5. Gesundheit**

Bezüglich des Gesundheitszustandes konnte auf Grundlage der erhobenen Daten festgestellt werden, dass der subjektive Gesundheitszustand von schwer psychisch kranken Menschen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich schlechter bewertet wird. Auch weisen die Befragten im Vergleich mehr somatische Komorbiditäten auf, was sich wiederum auf andere Lebensbereiche auswirkt: Wenn mehr als

zwei somatische Erkrankungen vorliegen, sind die Befragten in den Bereichen Gesundheit, Wohnung, Freizeit, Berufliche Situation und Lebensstandard tendenziell eher unzufriedener als die Personen, die nur eine oder keine somatische Erkrankung haben. Außerdem berichten Menschen mit mehr als zwei somatischen Diagnosen eher von Stigmaerfahrungen und beschreiben für sich eher geringe Teilhabechancen im Sinne des Capabilities Approachs.

In der „BAESCAP-Studie“ konnten auch signifikante Unterschiede zwischen den Betreuungsintensitäten gefunden werden, welche sich bezüglich der somatischen Krankheiten tendenziell auch im ESW andeuteten: Die „Kränkeren“ scheinen eher in der eigenen Wohnung zu leben und nicht im Heimsetting. Es könnte daher vermutet werden, dass ein höherer Aufwand wie beispielsweise im stationären Setting die Gesundheit verbessern kann (Steinhart 2018b, S. 102). Aufgrund dieser Ergebnisse scheint hier ein großer Handlungsbedarf vorhanden zu sein.

Des Weiteren stellte sich heraus, dass die Eingliederungshilfe kein Spezialangebot mehr für Menschen mit Schizophrenie darstellt. Vor allem aufgrund von psychiatrischen Komorbiditäten müssen sich die Einrichtungen auf ein breiteres Spektrum einstellen.

Insgesamt können auf der Grundlage internationaler Literatur verschiedene Barrieren einer angemessen somatisch-medizinischen Versorgung aufgezeigt und daraus Handlungsempfehlungen abgeleitet werden (Wienberg & Kremer 2018, S. 48-51): Auf der Personenebene können beispielsweise Probleme in einer eingeschränkten Selbstsorge, der verzögerten Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, Schwierigkeiten in der Selbstwahrnehmung sowie in einem ungesunden Lebensstil gesehen werden. In der Praxis sollte besonders an dem oftmals ungesunden Lebensstil gearbeitet werden. Vor allem Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung und Substanzmissbrauch sind hierbei in den Blick zu nehmen. Hier sollten Interventionen und Trainings stattfinden, um einen gesünderen Lebensstil zu erreichen. Auf der Systemebene findet bezüglich der körperlichen Gesundheit eine Verantwortungsdiffusion statt. Es ist daher notwendig, dass die drei Teilsysteme somatische Versorgung, Eingliederungshilfe und psychiatrische Versorgung miteinander kooperieren. Jedes Teilsystem muss daher in Abstimmung mit dem Patienten seinen Beitrag zur Kommunikation und Koordination über die jeweiligen Grenzen hinweg leisten.

Um zukünftig die gesundheitliche Situation zu verbessern, müssen sich die Leistungsanbieter daher fragen, ob die seelische *und* die somatische Gesundheit tat-

sächlich im professionellen Blick sind und ob sie sich auch als „Lotsen“ für die somatischen Aspekte der Gesundheit verstehen. Hierfür muss auch der Blick auf die Leistungsträger gerichtet werden: Stellen sie ausreichend Ressourcen, beispielsweise in Form ausreichender Fachleistungsstunden, zur Verfügung? Schließlich sollten sich Institutionen fragen, ob Programme und Methoden vorhanden sind, um die Gesundheitsförderung zu unterstützen und welche Fortbildungen für Mitarbeitende erforderlich sind, um das Thema „Gesundheit“ professionell bearbeiten zu können (Steinhart 2018b, S. 102).

## **7.6. Stigmatisierung**

Die Ergebnisse bezüglich der Frage nach erlebter Stigmatisierung zeigten, dass bei den Befragten oftmals Stigmatisierungserfahrungen und vor allem Stigmaerwartungen vorliegen. Besonders wenn nur eine schwache soziale Unterstützung vorhanden ist, wird von Stigmatisierung berichtet. Auch haben hohe Stigmatisierungserfahrungen einen negativen Effekt auf die Zufriedenheit in verschiedenen Bereichen des Lebens: Je mehr Stigmaerfahrungen vorliegen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass Gesundheit, Wohnsituation, Freizeit, berufliche Situation und Lebensstandard eher kritisch bewertet werden. Die Stigmatisierung psychisch kranker Menschen muss auch als wesentliches Hindernis bei der Arbeitsplatzsuche angesehen werden (Kardorff 2010, S. 134). Doch wie kann dieser Stigmatisierung entgegnet werden?

Eine Abschottung zum Schutz von psychisch erkrankten Menschen entspricht einem veralteten Denkmuster. Fachkräfte sollten daher auch auf das soziale Umfeld des Klienten einwirken. Durch den alltäglichen Umgang mit Menschen, die gewisse Aufälligkeiten aufweisen, kann Toleranz erhöht werden (Konrad & Rosemann 2016, S. 48). Inklusion ist ein Auftrag an die gesamte Gesellschaft. Sie muss Verantwortung für diejenigen übernehmen, die nicht für sich selbst sorgen können. Aus diesem Grund ist die Toleranz gegenüber Eigenheiten von Menschen mit Behinderungen zu fördern (ebd., S. 42). Ein Wandel in der Kultur hin zur Anerkennung von Diversität, Imperfektibilität, Entschleunigung und Solidarität ist notwendig (Kardorff 2010, S. 137 f.). Dies ist Voraussetzung für die Teilhabe und Selbstbestimmung psychisch kranker und behinderter Menschen (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion 2013, S. 329).

Um diese Veränderungen zu erreichen, darf jedoch nicht allein auf massenmediale Kampagnen gesetzt werden. Diese tragen möglicherweise dazu bei, in der Fachwelt und in der Politik auf die Bedeutung des Themas aufmerksam zu machen, es ist je-

doch fraglich ob dadurch tatsächlich Vorurteile gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen reduziert werden können (Speck 2018a, S. 109).

Stattdessen sollten nach Steinhart (2018a, S. 155) folgende Maßnahmen ergriffen und gefördert werden: Erkenntnisse aus der Kommunikationsforschung sollten angewendet und analysiert werden, mit welchen Strategien vor Ort eine Einstellungsveränderung erreicht werden kann. Daneben haben sich konkrete Begegnungsmöglichkeiten, wie beispielsweise Trialog-Veranstaltungen, bewährt. Besonders in ausgebildeten Genesungsbegleitern steckt ein hohes Potenzial, Selbststigmatisierung zu reduzieren. Sie können Hoffnung geben, dass trotz einer psychischen Erkrankung Lebensqualität und soziale Anerkennung erreicht werden kann. Des Weiteren können sie dabei helfen Zuschreibungsprozesse zu durchschauen, um sich innerlich davon zu distanzieren. Es ist notwendig, aus der „Psychiatrie-Nische“ herauszukommen und das Thema seelische Gesundheit in die allgemeine Stadtentwicklung und kommunale Gesundheitsförderung zu integrieren. Um auf lokaler Ebene innovative Konzepte entwickeln zu können, sollten entsprechende Mittel aus Modellgeldern des Bundes oder der Länder gewährt werden (ebd., S. 155). Eine aktive Beschäftigung mit bestehenden Stigmata sowie deren Abbau durch Aufklärung, Kontakte und Stärkung der Persönlichkeit sind somit unerlässlich (Heuchemer 2016, S. 9). Dies gilt vor allem vor dem Hintergrund, dass sich durch Art. 8 der UN-BRK die Vertragsstaaten dazu verpflichten, Maßnahmen zu ergreifen, um das Bewusstsein für Menschen mit Behinderung zu schärfen und Vorurteile abzubauen.

## **7.7. Verwirklichungschancen**

Bezüglich der Verwirklichungschancen kann konstatiert werden, dass vor allem eine gute soziale Unterstützung, geringe Stigmatisierungserfahrungen/-erwartungen sowie geringe gesundheitliche Einschränkungen (und in der „BAESCAP-Studie“ auch ausreichende Freizeitaktivitäten) einen positiven Effekt auf Verwirklichungschancen haben. Dies bedeutet, dass vor allem konkret an diesen Bereichen angesetzt werden muss, um eine Verbesserung der Verwirklichungschancen schwer psychisch kranker Menschen zu erreichen. Institutionen sind daher daran zu bemessen, welche Auswirkungen ihre Maßnahmen auf die Handlungsspielräume und Verwirklichungschancen haben (Göhring-Lange 2011, S. 26 f.).

Neben diesen konkreten Bereichen, die von den Institutionen in den Blick genommen werden sollten, könnte der Recovery Ansatz dazu beitragen, dass Menschen ein Leben im Sinne des Capabilities Approachs führen können: Es handelt sich hierbei um

einen positiven und ganzheitlichen Blick auf psychische Erkrankungen, wobei es nicht um eine reine klinische Recovery (Symptome beseitigen, Funktionsfähigkeit herstellen), sondern um eine persönliche Recovery geht, die auf den persönlichen Erfahrungen von Menschen mit psychischen Erkrankungen beruht. Nicht lediglich die Erkrankung, sondern der ganze Mensch mit seinen Schwächen, aber auch mit seinen Stärken, Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten steht im Mittelpunkt. Diese „Philosophie“ sieht den Menschen als Subjekt, welches selbst entscheiden und gleichberechtigt an der Gesellschaft teilhaben kann. Schlüsselbegriffe sind Hoffnung, Sinngebung, Empowerment sowie Gesundung und Bewältigung. Eine positive innere Haltung ermöglicht es, Selbstheilungskräfte anzuregen und aktiv das eigene Leben zu gestalten. Menschen sollten Fähigkeiten erlangen, um ihr Leben in Eigenverantwortung zu gestalten und Probleme selbstständig zu lösen. Auch die Zusammenarbeit von Betroffenen und professionellen Helfern in Form von Genesungsbegleitern kann hierfür dienlich sein. Daher ist ein Perspektivwechsel auf Seiten der Professionellen notwendig, um einen Dialog zwischen ihnen und Betroffenen zu ermöglichen (Heuchemer 2016, S. 4-16). Solch eine ressourcenorientierte Haltung sollte die Grundlage sein, um den individuellen Gestaltungsspielraum der Betroffenen zu erhöhen. „Sich mit den eigenen Ressourcen auseinanderzusetzen verhilft zu Aktivität und Selbstständigkeit. Die Auseinandersetzung sorgt auch für Mut, eigene Träume zu entwickeln, die nicht von dem Fachpersonal vorgegeben werden (Tamm 2015, S. 106).

Teilhabe hat somit zwei Seiten: „Auf diesem Hintergrund kann man Partizipation/Teilhabe sowohl als einen Modus der *Individuierung* (mehr Freiheit und Selbstbestimmung) als auch der *Vergesellschaftung* (mehr Integration und Zugehörigkeit) begreifen. Das Individuum kann durch Partizipation an Handlungsspielraum, Macht und Einfluss gewinnen (Empowerment) wie es sich auch dadurch aus einer sozialen Position der Benachteiligung und Ausgrenzung befreien und soziale Anerkennung und Zugehörigkeit erkämpfen kann (Emanzipation)“ (Gröschke 2011, S. 117).

## 8. Zusammenfassung und Fazit

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Begriff Teilhabe sehr komplex ist und weiterer Präzisierung bedarf. Hierzu kann Inklusion als Voraussetzung für Teilhabe gelten, wobei auch Partizipation, Integration und Subvention ergänzende Bausteine darstellen. Stattdessen sollte Teilhabe im Bereich der Erwerbsarbeit, in sozialen Netzen sowie am Lebensstandard und den Lebenschancen einer Gesellschaft.

Durch die Definition von Behinderung - als Wechselwirkung zwischen Mensch und Umwelt - in der UN-BRK, der ICF und dem Bundesteilhabegesetz wurde deutlich, dass inklusive Strukturen für eine selbstbestimmte Teilhabe unerlässlich sind. Jedoch haben auch Einzelmaßnahmen noch ihre Berechtigung. Auch lassen sich in den verschiedenen Regelwerken die genannten Teilhabebereiche finden.

Der Blick auf den gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang zeigte, dass die aktuelle Wirtschaftsform vielseitige Exklusionsmechanismen mit sich bringt und hinderlich für die Implementierung inklusiver Strukturen ist.

Die Erhebung zur Umsetzung von Teilhabe in Anlehnung an die „BAESCAP-Studie“ zeigte Problematiken der Teilhabesituation schwer psychisch kranker Menschen auf. In allen erfassten Bereichen - Wohnen, Ausbildung, Erwerbstätigkeit, Gesundheit, Freizeit, sozialen Beziehungen und Stigmatisierung - konnten Einschränkungen herausgearbeitet werden. Schließlich konnten durch die ergänzende Erhebung der Verwirklichungschancen bedeutende Einflussfaktoren auf deren Höhe analysiert werden. Hierbei wurde deutlich, dass sich ein gutes soziales Netz, geringe Stigmatisierungserfahrungen/-erwartungen und geringe gesundheitliche Einschränkungen positiv auf die Verwirklichungschancen auswirken (in der „BAESCAP-Studie“ konnte zusätzlich ein Effekt der Freizeitaktivitäten verzeichnet werden). Um diesen Teilhabeproblematiken konkret zu begegnen, sind zukünftig entsprechende Maßnahmen zu ergreifen. Hierzu muss auch die politische Ebene in den Blick genommen werden: Um Gleichberechtigung von Menschen mit psychischen Erkrankungen zu erreichen, muss die Behinderungsthematik nicht nur in der Gesundheits- und Sozialpolitik, sondern auch in weitere Politikbereiche Eingang finden (Kahl 2016, S. 20). Auch müssen den helfenden Einrichtungen ausreichende finanzielle Mittel zur Verfügung stehen, um diese Forderungen zu realisieren. Um dem Anspruch nach einem möglichst hohen individuellen Gestaltungsspielraum der Klienten gerecht zu werden, kann außerdem die

Perspektive des Recovery Ansatzes hilfreich sein, die den Klienten als Subjekt betrachtet, welches aktiv sein eigenes Leben gestaltet.

Trotz einiger Einschränkungen im Forschungsdesign konnte festgestellt werden, dass sich der theoretische Zugang über den Capabilities Approach gut eignet, um die Teilhabesituation schwer psychisch kranker Menschen zu erfassen. Auf dieser Grundlage könnte somit die prekäre Datenlage über die Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen zukünftig verbessert werden.

## Literaturverzeichnis

- Aktion Mensch (2013): *Wissen Inklusion* (2. aktualis. Aufl.). Bonn.
- Aktion psychisch Kranke (2007): *Teilhabe an Arbeit und Beschäftigung für psychisch Kranke - Entwicklung regionaler, integrierter und personenzentrierter Hilfesysteme*, [https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/aberi\\_tab\\_ent\\_17-01-2009.pdf](https://www.apk-ev.de/fileadmin/downloads/aberi_tab_ent_17-01-2009.pdf) (abgerufen am 30.04.2019).
- Alicke, Tina; Eichler, Antje & Laubstein, Claudia (2015): Inklusion: Grundlagen und theoretische Verortung. In: AWO Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. & Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V. (Hrsg.): *Inklusive Gesellschaft - Teilhabe in Deutschland* (Wirtschafts- und Sozialpolitik, Bd. 15, S. 27–44). Baden-Baden: Nomos.
- Axmann, Jenny (2018): Bundesteilhabegesetz und Co. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Hrsg.): *Recht auf Teilhabe. Ein Wegweiser zu allen wichtigen sozialen Leistungen für Menschen mit Behinderung* (Recht, 3., überarb. und aktualis. Aufl., S. 309–320). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Babic, Bernhard (2011): Ohne intellektuelle Redlichkeit kein Fortschritt. Kritische Anmerkungen zum Umgang mit dem Capability Approach aus erziehungswissenschaftlicher Sicht. In: Clemens Sedmak, Bernhard Babic, Reinhold Bauer & Christian Posch (Hrsg.): *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungsrechtlichen Konzepts* (S. 75–89). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Babic, Bernhard; Bauer, Reinhold; Posch, Christian & Sedmak, Clemens (2011): Vorwort. In: Clemens Sedmak, Bernhard Babic, Reinhold Bauer & Christian Posch (Hrsg.): *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungsrechtlichen Konzepts* (S. 7–10). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Bartelheimer, Peter (2007): *Politik der Teilhabe. Ein soziologischer Beipackzettel* (Fachforum, Bd. 1). Berlin: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Bartelheimer, Peter & Kädtler, Jürgen (2012): Produktion und Teilhabe - Konzepte und Profil sozioökonomischer Berichterstattung. In: Forschungsverbund Sozioökonomische Berichterstattung (Hrsg.): *Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland. Teilhabe im Umbruch* (Berichterstattung zur sozioökonomischen Entwicklung in Deutschland, 2. Bericht, S. 41–85). Zweiter Bericht. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017): *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. [https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN\\_Konvention\\_deutsch.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Publikationen/UN_Konvention_deutsch.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am 29.12.2018).

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2018): *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.*

[https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuer\\_e\\_UNKonvention\\_KK.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=43](https://www.behindertenbeauftragter.de/SharedDocs/Publikationen/DE/Broschuer_e_UNKonvention_KK.pdf?__blob=publicationFile&v=43) (abgerufen am 29.12.2018).

Beck, Iris (2015): Exklusion als Realität und Risiko für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf. Anforderungen an ein modernes Teilhaberecht. In: Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft (Hrsg.): *Mehr Teilhabechancen für Menschen mit geistiger Behinderung und komplexem Unterstützungsbedarf. Anforderungen an ein modernes Teilhaberecht* (DHG-Schriften, Bd. 19, S. 18–29). Berlin/Jülich: Eigenverlag DHG.

Becker, Heinz (2016): *... inklusive Arbeit! Das Recht auf Teilhabe an der Arbeitswelt auch für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf.* Weinheim: Beltz Juventa.

Becker, Uwe (2013): *Behindert oder fördert Inklusion? Eine Kritik an Irrwegen der Inklusionsdebatte von Uwe Becker*, Diakonie Rheinland Westfalen Lippe. [https://www.diakonie-rwl.de/sites/default/files/zwischenrufe\\_03.pdf](https://www.diakonie-rwl.de/sites/default/files/zwischenrufe_03.pdf) (abgerufen am 30.04.2019).

Behrendt, Hauke (2017): Was ist soziale Teilhabe? Plädoyer für einen dreidimensionalen Inklusionsbegriff. In: Catrin Misselhorn & Hauke Behrendt (Hrsg.): *Arbeit, Gerechtigkeit und Inklusion. Wege zu gleichberechtigter gesellschaftlicher Teilhabe* (S. 50–76). Stuttgart: J.B. Metzler Verlag.

Bröckling, Ulrich (2005): Gleichgewichtsübungen. Die Mobilisierung des Bürgers zwischen Markt, Zivilgesellschaft und aktivierendem Staat. *Zeitschrift für sozialistische Politik und Wirtschaft* (142), S. 19–22.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2015): *ICF Praxisleitfaden 1. Zugang zur Rehabilitation* (2. überarb. Aufl.). <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/icf-praxisleitfaeden/downloads/PLICF1.web.pdf> (abgerufen am 30.04.2019).

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2017): *Bundesteilhabegesetz Kompakt. Die wichtigsten Änderungen im SGB IX* (2. Aufl.). <https://www.bar-frankfurt.de/fileadmin/dateiliste/publikationen/Sonstiges/downloads/BTHG.BF.05.pdf> (abgerufen am 27.03.2019).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2018): *Bundesteilhabegesetz*. <https://www.bmas.de/DE/Schwerpunkte/Inklusion/bundesteilhabegesetz.html> (abgerufen am 28.02.2019).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Referat Information, Publikation, Redaktion (2013): *Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe –Beeinträchtigung –Behinderung.* [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a125-13-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am 11.04.2019).

Bundespsychotherapeutenkammer (2014): *Fast jede zweite neue Frührente psychisch bedingt. BPtK-Studie zu psychischen Erkrankungen und Frührente.* <https://www.bptk.de/fast-jede-zweite-neue-fruehrente-psychisch-bedingt/> (abgerufen am 22.04.2019).

Bundesregierung (2005): *Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung.* [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a332-lebenslagen-in-deutschland-alt-821.pdf?\\_\\_blob=publicationFile&v=2](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/forschungsprojekt-a332-lebenslagen-in-deutschland-alt-821.pdf?__blob=publicationFile&v=2) (abgerufen am 30.04.2019).

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2011): *Bewusstseinswandel gemeinsam voranbringen. Stellungnahme zum Nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der Behindertenrechtskonvention und zum Ersten Staatenbericht – Anhörung des Ausschusses für Arbeit und Soziales des Bundestages am 17. Oktober 2011.* [https://www.arbeitgeber.de/www%5Carbeitgeber.nsf/res/Stn-Nationaler-Aktionsplan-Umsetzung-Behindertenrechtskonvention%20.pdf/\\$file/Stn-Nationaler-Aktionsplan-Umsetzung-Behindertenrechtskonvention%20.pdf](https://www.arbeitgeber.de/www%5Carbeitgeber.nsf/res/Stn-Nationaler-Aktionsplan-Umsetzung-Behindertenrechtskonvention%20.pdf/$file/Stn-Nationaler-Aktionsplan-Umsetzung-Behindertenrechtskonvention%20.pdf) (abgerufen am 28.12.2018).

Conty, Michael (2018): Teilhabestärkungsgesetz - wird das Bundesteilhabegesetz (BTHG) die Lebenslagen schwer psychisch kranker Menschen verbessern? In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck & Ingmar Steinhart (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften, S. 132–143). Köln: Psychiatrie Verlag.

Daum, Marcel (2018a): Teilhabechancen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck & Ingmar Steinhart (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften, S. 55–64). Köln: Psychiatrie Verlag.

Daum, Marcel (2018b): Welche Befähigungen eröffnen sich Menschen in der Eingliederungshilfe? In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck & Ingmar Steinhart (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften, S. 111–131). Köln: Psychiatrie Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2013): *S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. S3-Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie.* [https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/624d163d1df61ca1e079a5ca496f6b6595e83d6b/S3-LL-PsychosozTherapien\\_Langversion.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/624d163d1df61ca1e079a5ca496f6b6595e83d6b/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf) (abgerufen am 13.04.2019).

Deutscher Bundestag (2016): *Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG)*. BT-Drs. 18/9522.  
<https://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/095/1809522.pdf> (abgerufen am 03.04.2019)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): *Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*.  
<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/?dir=icf> (abgerufen am 12.11.2018).

Erthal-Sozialwerk (o. J.): *Unsere Herkunft*. <https://www.erthal-sozialwerk.de/leitbild-001/2-herkunft> (abgerufen am 08.04.2019).

Felder, Franziska (2017): Inklusion und Arbeit: Was steht auf dem Spiel? In: Catrin Misselhorn & Hauke Behrendt (Hrsg.): *Arbeit, Gerechtigkeit und Inklusion. Wege zu gleichberechtigter gesellschaftlicher Teilhabe* (S. 99–119). Stuttgart: J.B. Metzler Verlag.

Gheaus, Anca & Herzog, Lisa (2017): Die Güter der Arbeit (jenseits des Geldes!). In: Catrin Misselhorn & Hauke Behrendt (Hrsg.): *Arbeit, Gerechtigkeit und Inklusion. Wege zu gleichberechtigter gesellschaftlicher Teilhabe* (S. 189–210). Stuttgart: J.B. Metzler Verlag.

Göhring-Lange, Gabriele (2011): *Selbstbestimmte Teilhabe. Von der Theorie zur Umsetzung in der Praxis* (Basics für Sozialprofis). Freiburg: Lambertus-Verlag.

Graf, Gunter (2011): Der Fähigkeitenansatz im Kontext von verschiedenen Informationsbasen sozialethischer Theorien. In: Clemens Sedmak, Bernhard Babic, Reinhold Bauer & Christian Posch (Hrsg.): *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungs-politischen Konzepts* (S. 11–28). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.

Grampp, Gerd; Jackstell, Susanne & Wöbke, Nils (2013): *Teilhabe, Teilhabemanagement und die ICF* (Balance Beruf). Köln: Balance Buch+Medien Verlag.

Gröschke, Dieter (2011): *Arbeit, Behinderung, Teilhabe. Anthropologische, ethische und gesellschaftliche Bezüge*. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Gühne, Uta & Riedel-Heller, Steffi G. (2015): *Die Arbeitssituation von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen in Deutschland*. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V. (DGPPN).

[https://www.dgppn.de/\\_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise\\_Arbeitssituation\\_2015-09-14\\_fin.pdf](https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/6f086cca1fce87b992b2514621343930b0c398c5/Expertise_Arbeitssituation_2015-09-14_fin.pdf) (abgerufen am 30.04.2019).

Heuchemer, Peter (2016): *Recovery für die Seele. Das Recovery-Konzept und seine Bedeutung für die Inklusion von psychisch erkrankten Menschen*. Dachverband Gemeindepsychiatrie e. V.  
[https://www.dvgp.org/fileadmin/user\\_files/dachverband/dateien/PlelaV/Broschuere\\_n/recovery.pdf](https://www.dvgp.org/fileadmin/user_files/dachverband/dateien/PlelaV/Broschuere_n/recovery.pdf) (abgerufen am 17.04.2019).

Höptner, Anja (2018): Fokus Wohnen: "Ambulant (immer) vor stationär?". In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck & Ingmar Steinhart (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften, S. 65–82). Köln: Psychiatrie Verlag.

Höptner, Anja & Daum, Marcel (2018): Methodik: "Wir haben die Menschen gefragt". In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck & Ingmar Steinhart (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften, S. 40–54). Köln: Psychiatrie Verlag.

Institut personenzentrierte Hilfen (2014): "Wie misst man Teilhabe in der Eingliederungshilfe?". *Vorstellung des Teilhabeinstruments und seiner Anwendungsweise*. [https://www.bagfw.de/fileadmin/user\\_upload/Qualitaet/WmmT/Abschlussveranstaltung/2014-04-30\\_Vorstellung\\_Instrument.pdf](https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Qualitaet/WmmT/Abschlussveranstaltung/2014-04-30_Vorstellung_Instrument.pdf) (abgerufen am 05.04.2019).

Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85 (1), S. 77–87.

Kahl, Yvonne (2016): *Inklusion und Teilhabe aus der Perspektive von Menschen mit psychischen Erkrankungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften). Dissertation: Psychiatrie Verlag.

Kardorff, Ernst von (2010): Gesellschaftliche Teilhabe psychisch kranker Menschen an und jenseits der Erwerbsarbeit. In: Holger Wittig-Koppe, Fritz Bremer & Hartwig Hansen (Hrsg.): *Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte* (S. 129–139). Neumünster: Paranus-Verlag.

Kastl, Jörg Michael (2014): „Inklusion“ zwischen Strukturkategorie und neuer Gemeinschaftsideologie. Soziologische Überlegungen zur Brauchbarkeit einer Vokabel in der Sozialpsychiatrie. *Kerbe - Forum für soziale Psychiatrie*, 32 (4), S. 4–7.

Kendel, Friedrike; Spaderna, Heike; Sieverding, Monika; Dunkel, Anne; Lehmkühl, Elke; Hetzer, Roland et al. (2011): Eine deutsche Adaption des ENRICHED Social Support Inventory (ESSI). Teststatistische Überprüfung an kardialen Patienten. *Diagnostica*, 57 (2), S. 99–106.

Klein, Martin & Tenambergen, Thomas (2016): *Berufliche Teilhabe für Menschen mit Behinderungen. Integrationsprojekte in Deutschland*. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag.

- Konrad, Michael & Rosemann, Matthias (2016): *Betreutes Wohnen. Mobile Unterstützung zur Teilhabe* (Basiswissen, Bd. 33). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Kronauer, Martin (2006): "Exklusion" als Kategorie einer kritischen Gesellschaftsanalyse. Vorschläge für eine anstehende Debatte. In: Heinz Bude & Andreas Willisch (Hrsg.): *Das Problem der Exklusion. Ausgegrenzte, Entbehrliche, Überflüssige* (S. 27–45). Hamburg: Hamburger Edition.
- Kukla, Rainer (2015): Zum Entstehungskontext der Psychiatrie-Enquête und zu dem Arbeitsprozess der Expertengruppe. In: Jürgen Armbruster, Anja Dieterich, Daphne Hahn & Katharina Ratzke (Hrsg.): *40 Jahre Psychiatrie-Enquête. Blick zurück nach vorn* (S. 40–51). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Speck, Andreas & Ingmar Steinhart (2018): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften). Köln: Psychiatrie Verlag.
- Leßmann, Ortrud (2011): Verwirklichungschancen und Entscheidungskompetenz. In: Clemens Sedmak, Bernhard Babic, Reinhold Bauer & Christian Posch (Hrsg.): *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungsrechtlichen Konzepts* (S. 53–74). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2010): Vielfältige Teilhabe als Menschenrecht - ethische Grundlage inklusiver Praxis. In: Holger Wittig-Koppe, Fritz Bremer & Hartwig Hansen (Hrsg.): *Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte* (S. 13–21). Neumünster: Paranus-Verlag.
- NETZWERK ARTIKEL 3 e.V. (2018): *Schattenübersetzung. Übereinkommen über die Recht von Menschen mit Behinderungen* (3. Aufl.).  
<http://www.nw3.de/attachments/article/93/BRK-Schattenuebersetzung-3-Auflage-2018.pdf> (abgerufen am 30.04.2019).
- Oelkers, Nina; Schrödter, Mark & Ziegler, Holger (2012): Capabilities und Grundgüter als Fundament einer sozialpädagogischen Gerechtigkeitsperspektive. In: Werner Thole (Hrsg.): *Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl., S. 297–310). Wiesbaden: VS Verlag.
- Otto, Hans-Uwe & Ziegler, Holger (2010): Der Capabilities-Ansatz als neue Orientierung in der Erziehungswissenschaft. In: Hans-Uwe Otto & Holger Ziegler (Hrsg.): *Capabilities - Handlungsbefähigung und Verwirklichungschancen in der Erziehungswissenschaft* (2. Aufl., S. 9–13). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften
- Raithel, Jürgen (2008): *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs* (2., durchges. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Riek, Sandra & Pomowski, Kristin (2018): Vorwort. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck & Ingmar Steinhart (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften, S. 7–9). Köln: Psychiatrie Verlag.

Rosemann, Matthias (2015): Wohnen - von den Orten zum Leben zum Leben am Ort. Wege der Enthospitalisierung. In: Jürgen Armbruster, Anja Dieterich, Daphne Hahn & Katharina Ratzke (Hrsg.): *40 Jahre Psychiatrie-Enquête. Blick zurück nach vorn* (S. 215–224). Köln: Psychiatrie Verlag.

Schiedeck, Jürgen & Stahlmann, Martin (2010): Neoliberales Inklusionsregime. Über simulierte Inklusion und repressive Ent-Exkludierung. In: Holger Wittig-Koppe, Fritz Bremer & Hartwig Hansen (Hrsg.): *Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte* (S. 78–86). Neumünster: Paranus-Verlag.

Schreiner, Mario (2017): *Teilhabe am Arbeitsleben. Die Werkstatt für behinderte Menschen aus Sicht der Beschäftigten*. Dissertation. Wiesbaden: Springer VS.

Schulze, Beate; Stuart, Heather & Riedel-Heller, Steffi G. (2009): Das Inventar Subjektiver Stigmaerfahrungen (ISE): Ein neues Instrument zur quantitativen Erfassung subjektiven Stigmas. *Psychiatrische Praxis*, 36 (8), S. 19-27.

Schumacher, Norbert (2018): Arbeit. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Hrsg.): *Recht auf Teilhabe. Ein Wegweiser zu allen wichtigen sozialen Leistungen für Menschen mit Behinderung* (Recht, 3., überarb. und aktualis. Aufl., S. 89–113). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Schuntermann, Michael F. (2018): *Einführung in die ICF. Grundkurs, Übungen, offene Fragen* (4. aktualis. Aufl.). Landsberg am Lech: ecomed MEDIZIN.

Sen, Amartya (1979): *Equality of What?*, Stanford University. The Tanner Lectures on Human Values. [https://tannerlectures.utah.edu/\\_documents/a-to-z/s/sen80.pdf](https://tannerlectures.utah.edu/_documents/a-to-z/s/sen80.pdf) (abgerufen am 29.11.2018).

Simon, Judit; Anand, Paul; Gray, Alastair; Rugkåsa, Jorun; Yeeles, Ksenija; Burns, Tom (2013): Operationalising the capability approach for outcome measurement in mental health research. *Social Science and Medicine*, 98, S. 187-196

Speck, Andreas (2018a): Fokus Stigma: Ein Teilhaberisiko? In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck & Ingmar Steinhart (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften, S. 103–110). Köln: Psychiatrie Verlag.

Speck, Andreas (2018b): Von der Teilhabe zur Befähigung. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck & Ingmar Steinhart (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften, S. 10–32). Köln: Psychiatrie Verlag.

St. Josefs Stift (o. J.): *Erthal-Sozialwerk*. <https://www.josefs-stift.info/unternehmensverbund/> (abgerufen am 08.04.2019).

Statistisches Bundesamt (2019): *Konjunkturindikatoren. Arbeitslosenquote*. [https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Konjunkturindikatoren/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Wirtschaft/Konjunkturindikatoren/_inhalt.html) (abgerufen am 17.04.2019).

Steier-Mecklenburg, Friederike (2015): Von der Werkstatt zur Teilhabe in einem inklusiven Arbeitsmarkt. In: Jürgen Armbruster, Anja Dieterich, Daphne Hahn & Katharina Ratzke (Hrsg.): *40 Jahre Psychiatrie-Enquête. Blick zurück nach vorn* (S. 225–238). Köln: Psychiatrie Verlag.

Steinhart, Ingmar (2010): Der Weg zu einer inklusiveren Gesellschaft - Herausforderung für alle. In: Holger Wittig-Koppe, Fritz Bremer & Hartwig Hansen (Hrsg.): *Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte* (S. 67–77). Neumünster: Paranus-Verlag.

Steinhart, Ingmar (2018a): "Ein gutes Leben" für schwer psychisch kranke Menschen in Deutschland - sieben Thesen. In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck & Ingmar Steinhart (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften, S. 144–156). Köln: Psychiatrie Verlag.

Steinhart, Ingmar (2018b): Fokus Komorbidität: "Gesundheitslast psychische Erkrankung". In: Landesverband Sozialpsychiatrie Mecklenburg-Vorpommern e.V., Andreas Speck & Ingmar Steinhart (Hrsg.): *Abgehängt und chancenlos? Teilhabechancen und -risiken von Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen* (Forschung für die Praxis - Hochschulschriften, S. 94–102). Köln: Psychiatrie Verlag.

Stoppenbrink, Katja (2017): Recht auf Arbeit qua Ausgleichsabgabe? Anerkennungstheoretische Analysen der Inklusion von Menschen mit Behinderungen in die Arbeitswelt. In: Catrin Misselhorn & Hauke Behrendt (Hrsg.): *Arbeit, Gerechtigkeit und Inklusion. Wege zu gleichberechtigter gesellschaftlicher Teilhabe* (S. 166–188). Stuttgart: J.B. Metzler Verlag.

Tamm, Julia (2015): *Ambulant Betreutes Wohnen aus der Perspektive Psychiatriefahrener. Abschlussbericht eines Kooperationsprojektes der Universität Siegen, der Arbeitsgemeinschaft Gemeindepsychiatrie Rheinland e.V. (AGpR e.V.), dem Landschaftsverband Rheinland (LVR) und der Eckhard Busch Stiftung*. Siegen: Universi Universitätsverlag.

Tausendpfund, Markus (2018): *Quantitative Methoden in der Politikwissenschaft. Eine Einführung* (Grundwissen Politik). Wiesbaden: Springer VS.

Theunissen, Georg (2010): Inklusion - für die Behindertenarbeit kritisch buchstabierte. In: Holger Wittig-Koppe, Fritz Bremer & Hartwig Hansen (Hrsg.): *Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte* (S. 46–54). Neumünster: Paranus-Verlag.

- Universität Zürich (2018): *Pearson Chi-Quadrat-Test*.  
[https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse\\_spss/unterschiede/proportionen/pearsonuntersch.html#8](https://www.methodenberatung.uzh.ch/de/datenanalyse_spss/unterschiede/proportionen/pearsonuntersch.html#8) (abgerufen am 17.04.2019).
- Wansing, Gudrun (2006): *Teilhabe an der Gesellschaft. Menschen mit Behinderung zwischen Inklusion und Exklusion*. Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften
- Wansing, Gudrun (2012): Der Inklusionsbegriff in der Behindertenrechtskonvention. In: Antje Welke (Hrsg.): *UN-Behindertenrechtskonvention. mit rechtlichen Erläuterungen* (S. 93–103). Freiburg: Lambertus-Verlag.
- Weichbold, Martin (2014): Pretest. In: Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 299–304). Wiesbaden: Springer VS.
- Wienberg, Günther & Kremer, Georg (2018): Gesundheitsförderung bei Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen. Probleme und Perspektiven. *Sozialpsychiatrische Informationen*, 48 (4), S. 48–53.
- Wolf, Michael (2011): Prekarisierung und Entprofessionalisierung der Sozialen Arbeit. Zwischenruf zum staatlich betriebenen Zerfall einer Disziplin und Profession. In: Brigitte Stoltz-Willig & Jannis Christoforidis (Hrsg.): *Hauptsache billig? Prekarisierung der Arbeit in den sozialen Berufen* (S. 68–103). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Wunder, Michael (2010): Inklusion - nur ein neues Wort oder ein anderes Konzept? In: Holger Wittig-Koppe, Fritz Bremer & Hartwig Hansen (Hrsg.): *Teilhabe in Zeiten verschärfter Ausgrenzung? Kritische Beiträge zur Inklusionsdebatte* (S. 22–37). Neumünster: Paranus-Verlag.
- Ziegler, Holger (2011): Soziale Arbeit und das gute Leben - Capabilities als sozialpädagogische Kategorie. In: Clemens Sedmak, Bernhard Babic, Reinhold Bauer & Christian Posch (Hrsg.): *Der Capability-Approach in sozialwissenschaftlichen Kontexten. Überlegungen zur Anschlussfähigkeit eines entwicklungspolitischen Konzepts* (S. 117–138). Wiesbaden: VS Verl. für Sozialwissenschaften.