

Vom stationären Dauerwohnen zum Wohnen mit ambulanter Intensivbetreuung – Erste Ergebnisse eines Pilotprojektes der Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin für Menschen mit schweren Behinderungen

Neurol Rehabil 2013; 19 (3): 183–192

© Hippocampus Verlag 2013

K. Wolf-Ostermann¹, S. Naber¹, J. Gräske¹, S. Bamborschke², K. Bald², K. Wegscheider³

Zusammenfassung

Hintergrund: Das Pilotprojekt »Wohnen mit Intensivbetreuung (WmI)« der Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin ermöglicht es Menschen mit schweren/mehrfachen Behinderungen erstmals im deutschsprachigen Raum, aus dem stationären Dauerwohnen in eine ambulant betreute Wohnform umzuziehen. Ziel der Studie ist die Evaluation des Umzuges hinsichtlich des Einflusses auf bewohnerbezogene Parameter wie Lebensqualität, Alltagsfähigkeiten oder soziale Teilhabe.

Methodik: In einer Längsschnittstudie werden Bewohner eines stationären Dauerwohnens mittels standardisierter »face-to-face«-Interviews über zwei Jahre befragt: vor Umzug sowie 6, 12 und 18 Monate nach Umzug ($t_1 - t_4$). Berichtet werden die Ergebnisse bis zum Zeitpunkt t_2 . Zwei Drittel der Studienteilnehmer siedeln in zwei WmI-Standorte über, eine Gruppe verbleibt im stationären Dauerwohnen. Die primären Zielkriterien sind Alltagsfähigkeit (EBI), Lebensqualität (WHOQoL-Bref, EQ-5D) sowie Teilhabe (WHODAS II). Als weitere Zielparame-ter wurden Angst und Depression (HADS-D), Komorbidität (CIRS-G) sowie soziale und demographische Faktoren erfasst.

Ergebnisse: Insgesamt wurden 40 Teilnehmer (46,2 Jahre, 65% Männer) in die Studie eingeschlossen. Die medizinischen Ursachen für die vorliegende Behinderung waren neben perinatal entstandenen ($n=7$) und hereditär bedingten ($n=6$) Beeinträchtigungen überwiegend im Erwachsenenalter erworbene Schädigungen des Nervensystems ($n=27$), davon überwiegend Schädelhirntraumata ($n=8$), Subarachnoidalblutungen ($n=7$), entzündlich und toxisch bedingte Hirnschäden ($n=4$) und ischämische Hirninfarkte ($n=3$). Zum Zeitpunkt t_2 (sechs Monate nach Umzug) ist eine Studiengruppe ($n=14$) in einen neuen WmI-Standort umgezogen, die restlichen beiden Gruppen sind (noch) im stationären Dauerwohnen verblieben. Es konnten keine signifikanten Veränderungen für die Lebensqualität festgestellt werden. Auch für die empfundene Behinderung, Angst- und Depressionswerte lassen sich zu diesem Zeitpunkt keine signifikanten Veränderungen belegen.

Schlussfolgerung: Der Umzug der ersten Gruppe von Menschen mit Behinderungen ist erfolgreich abgeschlossen. Die Teilnehmer berichten von positiven Veränderungen nach dem Umzug. Um signifikante Veränderungen in den Hauptzielkriterien festzustellen, ist eine längerfristige Nachverfolgung nötig.

Schlüsselwörter: erworbene Hirnschädigungen, Lebensqualität, Selbstbestimmung, soziale Teilhabe, Wohnen mit Intensivbetreuung

¹ Alice Salomon Hochschule Berlin² Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin³ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Institut für Medizinische Biometrie und Epidemiologie

Neben der Behinderung von Geburt an sind vor allem erworbene Hirnschädigungen wie traumatische Hirnverletzungen [25] Hauptursache für Behinderungen mit lang andauerndem Unterstützungsbedarf. Der medizinische Fortschritt führte in den letzten Jahren dazu, dass insbesondere jüngere Erwachsene trotz geistiger Einschränkungen länger leben [6]. Somit entsteht zunehmend ein langfristiger Unterstützungsbedarf, welcher nicht immer in der Familie zu gewährleisten ist [3]. Dies führt häufig

dazu, dass jüngere Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen in Pflegeeinrichtungen mit Fokus auf ältere Menschen untergebracht werden [13, 15]. Eine möglichst unabhängige [5, 7] und kleinräumige [26] Wohnform ist für Menschen mit geistigen Einschränkungen signifikant mit einer besseren Lebensqualität (LQ) verbunden. Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und ihre langfristige Versorgung sind bisher weniger häufig Fokus in Untersuchungen gewesen. Insbesondere die Reintegra-

Supported living accommodations for people with severe disabilities: first results of a new housing project of the Fürst Donnersmarck Foundation in Berlin, Germany

K. Wolf-Ostermann, S. Naber, J. Gräske, S. Bamborschke, K. Bald, K. Wegscheider

Abstract

Objective: The Fürst Donnersmarck-Foundation Berlin launched a pilot project “living with intensified care“ which for the first time in Germany enables people with (multiple) severe disabilities to move from a traditional long-term care arrangement (LTC) to a supported living accommodation (SLA). The objective of this study is to evaluate the effect of SLA concerning residents’ QoL, ADL functioning, physical and psychosocial outcomes, and social inclusion.

Methods: In a longitudinal design all residents of a residential LTC facility were surveyed for two years: at baseline and follow-up after 6, 12 and 18 months ($t_1 - t_4$). Reported are results after half of the study time. 29 out of 40 residents intend moving into two SLA. Considered outcomes are social as well as health and psychosocial aspects: in addition to ADL functioning (EBI), quality of life (WHOQoL-Bref, EQ-5D) and day to day functioning (WHODAS II), anxiety and depression (HADS-D), comorbidity (CIRS-G), and additional social and demographic factors.

Results: A total of 40 participants (46.2 years, 65% male) were included into the study. The underlying neurological causes of the handicap were to some extent perinatal ($n=7$) or hereditary ($n=6$), but mainly sequelae of acquired damage of the central nervous system during adult age ($n=27$), which means traumatic brain injury ($n=8$), subarachnoid hemorrhage ($n=7$), inflammatory or toxic ($n=4$) and ischemic brain damage ($n=3$). At t_2 (six months after relocation) one group of participants ($n=14$) has already moved into a SLA, the two remaining groups still live in the LTC. We could not show a significant effect in improving quality of life at t_2 for SLA residents. Neither could significant differences in day to day functioning, anxiety or depression be shown.

Conclusion: For the first time in many years the new housing project offers people with multiple severe disabilities the chance of a more self-determined life. First results of the study hypothesise positive changes. To reliably verify effects of special forms of living facilities on residents’ QoL and social inclusion further studies and also evaluations over a longer period of time are necessary.

Key words: acquired brain injury, living with intensified care, quality of life, self-determination, social inclusion

Neurol Rehabil 2013; 19 (3): 183–192
© Hippocampus Verlag 2013

tion in eine ambulante Versorgung ist wissenschaftlich wenig beschrieben. Allerdings zeigen sich erste Hinweise auf eine verbesserte LQ nach einer Ambulantisierung der Versorgung im Anschluss an die Erstversorgung als Folge eines Reintegrationsprogramms, welches auf die Bereiche unabhängiges Leben, soziale Beziehungen sowie die Ausgewogenheit von Beruf und Freizeit fokussiert [8]. Winkler et al. [28] konnten nachweisen, dass jüngere Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen erfolgreich aus einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung in eine ambulante Wohnform umziehen können. Durch den Umzug stiegen bei den Betroffenen die Unabhängigkeit in den Alltagsaktivitäten, die LQ und die soziale Inklusion.

In der Versorgung von Menschen mit Behinderungen ist in Deutschland überwiegend die Institutionalisie-

rung vorherrschend. Theunissen [23] sieht darin folgende zentrale Gründe:

- in vielen Orten Deutschlands fehlen gemeindeintegrierte, kleine, häusliche Wohnangebote,
- nur wenige Einrichtungsträger der Behindertenhilfe favorisieren bisher häusliche Wohnalternativen zu einem Heim und
- die Vorstellung, dass ein Leben in einer ambulanten Wohnform nur für selbstständige Menschen mit Behinderungen geeignet sei, scheint noch weit verbreitet zu sein.

In Deutschland haben sich nur wenige Leistungsanbieter bisher von einer stationär geprägten Denkweise distanziert und bieten Betroffenen alternative Wohnformen an [23]. Neben der Wohnform spielt insbesondere die Unterstützung durch Serviceanbieter eine entscheidende Rolle. Der Unterstützungsbedarf richtet sich entweder nach der Funktionsfähigkeit der zu betreuenden Person oder dem Umfeld, in welchem sie lebt [24]. Eine adäquate Unterstützung führt zu einer signifikanten Zunahme der Selbstbestimmung [27].

Mit der Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin (FDST) folgt nun erstmals ein Leistungsanbieter in Deutschland diesen Prinzipien der ambulanten Langzeitversorgung von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen und schweren (Mehrfach-)Behinderungen. Bewohner einer stationären Langzeitpflegeeinrichtung erhalten im Projekt »Wohnen mit Intensivbetreuung (WmI)« die Möglichkeit, in eine ambulant betreute Wohngemeinschaft (WG) umzuziehen. Damit soll den Umziehenden die Chance gegeben werden, trotz ihrer Beeinträchtigungen den von ihnen gewünschten Lebens- und Wohnstilen individuell Ausdruck zu verleihen, um so einen wesentlichen Schritt in Richtung Normalisierung und Partizipation zu vollziehen. Die Versorgung in den WGs erfolgt durch einen ambulanten Pflegedienst und einen sozialpädagogischen Betreuungsdienst.

Unbekannt ist, ob dieses Modellprojekt zu einer Verbesserung der bewohnerbezogenen Outcomes führt. Ziel der Studie ist die wissenschaftliche Begleitung der Umzugsprozesse und die Evaluation kurz- und mittelfristiger gesundheitlicher und psychosozialer Entwicklungen von Bewohnern dieser neuen Wohnform mit ambulanter Intensivbetreuung. Leitende Forschungsfragen sind dabei:

1. Zeigen sich Veränderungen im Bereich des funktionalen Gesundheitszustandes der Bewohner?
2. Zeigen sich Veränderungen hinsichtlich der Lebensqualität?
3. Zeigen sich Veränderungen bei der erlebten Behinderung und Teilhabe?
4. Zeigen sich Veränderungen im Bereich Angst oder Depression?
5. Zeigen sich Veränderungen im Bereich der sozialen Interaktion bzw. im sozialen Feld bei Kontakten zu Freunden, Familie und Nachbarn?

Methodik

Design

Im Rahmen einer Längsschnittstudie mit vier Messzeitpunkten (vor Umzug (t₁) und sechs (t₂), zwölf (t₃) und 18 Monate (t₄) nach Umzug) werden gesundheitliche und psychosoziale Outcomeparameter von Bewohnern mit überwiegend erworbenen Hirnschädigungen und schweren Behinderungen des Fürst-Donnnersmarck-Hauses (FDH) in Berlin erhoben. Die medizinischen Ursachen für die vorliegende Behinderung waren neben perinatal entstandenen (n=7) und hereditär bedingten (n=6) Beeinträchtigungen vor allem im Erwachsenenalter erworbene Schädigungen des Nervensystems (n=27), davon überwiegend Schädelhirntraumata (n=8), Subarachnoidalblutungen (n=7), entzündlich und toxisch bedingte Hirnschäden (n=4) und ischämische Hirninfarkte (n=3). Vorliegend werden bereits ausgewertete Ergebnisse zu t₁ und t₂ berichtet. Die Studie wird als Vollerhebung durchgeführt. Es werden drei Studiengruppen miteinander verglichen. Die erste Studiengruppe besteht aus Bewohnern, die in ein Wohnen mit ambulanter Intensivbetreuung (WmI) in Berlin-Tempelhof umziehen, die zweite Gruppe aus Bewohnern, die in ein WmI in Berlin-Pankow umziehen und die dritte Gruppe aus Bewohnern, die im stationären Dauerwohnen im FDH verbleiben. Eine randomisierte Zuordnung zu den drei Studiengruppen konnte aus ethischen Gründen nicht erfolgen, sondern ergab sich aus den persönlichen Präferenzen und Fähigkeiten der Bewohner.

Ethische Beurteilung

Die Studie wurde vom Institut für Mensch, Ethik und Wissenschaft e. V. in Berlin geprüft und positiv bewertet.

Stichprobe

Ende des Jahres 2009 wurden alle Bewohner des FDH über die Studie informiert und sie oder ggf. ihre gesetzlichen Betreuer um eine schriftliche informierte Einwilligung gebeten. Insgesamt konnten 40 von 48 Bewohnern des FDH (83,3%) in die Studie eingeschlossen werden. Hiervon entfallen 14 Personen auf die Gruppe »WmI-Tempelhof« (35,0%), 15 auf die Gruppe »WmI-Pankow« (37,5%) und 11 (27,5%) auf die im FDH verbleibende Gruppe. Die erste Datenerhebung (t₁) fand von Dezember 2009 bis Februar 2010 statt, die zweite Erhebung (t₂) von Oktober bis November 2010. Zum Zeitpunkt t₂ lebte die Gruppe »WmI-Tempelhof« bereits seit sechs Monaten in der neuen Wohnform, die Gruppe »WmI-Pankow« stand unmittelbar vor dem Umzug.

Zielparameter

Die standardisierte Datenerhebung erfolgte durch geschulte Studienmitarbeiterinnen in Form von »face-

to-face«-Interviews in den jeweiligen Wohnsettings. Die Einschätzungen zur LQ, empfundenen Behinderung/Teilhabe sowie zu Angst/Depression erfolgten als Selbsteinschätzung, die Erhebung der Alltagsfähigkeiten als Fremdeinschätzung. Daten zur Hilfebedarfseinstufung (Hilfebedarfsgruppen nach Metzler) [16], zu Komorbidität sowie zu sozialen Kontakten und soziodemographischen Faktoren wurden der Dokumentation entnommen. Die Auskunftsfähigkeit der Bewohner wurde von den Mitarbeitenden der FDST sowie ergänzend direkt vor Befragungsbeginn von den Studienmitarbeiterinnen eingeschätzt. In der Selbsteinschätzung der Bewohner wurden nur Instrumente verwandt, die keine Überforderung der Teilnehmer darstellen. Hierzu wurde zuvor die Stellungnahme einschlägiger Experten – hierunter auch von Neuropsychologen, die bereits langjährig mit den Studienteilnehmern Kontakt haben – eingeholt.

Alltagsfähigkeiten – Erweiterter Barthel-Index

Alltagsfähigkeiten sind ein wesentlicher Zielparame- ter der Studie und werden mit dem Erweiterten Barthel-Index (EBI) [20] erfasst. Der EBI ermöglicht neben der Beurteilung motorischer zusätzlich die Erfassung kognitiver Fähigkeiten. Insgesamt 16 Items (auf einer Skala von 0 bis 4 bewertet) werden zu einem summativen Scorewert (0–64) zusammengefasst. Je höher die erreichte Gesamtsumme, desto größer sind die Alltagsfähigkeiten.

Lebensqualität – WHOQoL-Bref

Ein weiterer Hauptzielparameter der vorliegenden Studie ist die Erfassung der LQ unter Verwendung des Instrumentes WHOQOL-Bref [2]. Dieses Instrument kann auch bei Personen mit physischen oder psychischen Erkrankungen in ambulanten, teilstationären oder stationären Settings angewendet werden. Das Instrument besteht aus insgesamt 26 Items (fünfstufige Likertskala, sehr schlecht bis sehr gut) und umfasst die Dimensionen physisches Wohlbefinden (sieben Items), psychisches Wohlbefinden (sechs Items), soziale Beziehungen (drei Items) und Umwelt (acht Items) sowie eine Einschätzung der globalen LQ (zwei Items). Die LQ wird dabei jeweils auf einer Skala von 0–100 bewertet, höhere Werte bedeuten eine bessere Selbsteinschätzung der LQ.

Lebensqualität – EQ-5D

Zusätzlich wird die gesundheitsbezogene LQ der Studienteilnehmer mithilfe des EQ-5D [4] erfasst. Der EQ-5D umfasst die fünf Dimensionen Beweglichkeit/Mobilität, für sich selbst sorgen, allgemeine Tätigkeiten, Schmerzen/körperliche Beschwerden und Angst/Niedergeschlagenheit, die mit je einem Item (bewertet auf einer dreistufigen Antwortskala (keine Probleme, einige Probleme, extreme Probleme) erfasst werden. Die fünf Items werden zu einem gesundheitsbezogenen Indexwert nach

Brooks [4] zusammengefasst. Ein höherer Punktwert (0–100) indiziert eine bessere LQ.

Empfundene Behinderung/Teilhabe – WHODAS II

Der WHODAS II [18] ist ein Instrument zur Erfassung der empfundenen Behinderung und Teilhabe, der als Selbsteinschätzungsinstrument mit zwölf Items (fünfstufige Likertskala, keine bis sehr starke Behinderung) eingesetzt wird. Das Instrument ist auch bei körperlich und kognitiv beeinträchtigten Personen in der Selbstbeurteilung zuverlässig anwendbar [21]. Es wird ein linear transformierter summativer Scorewert (0–100) berechnet. Ein höherer Punktwert entspricht einer höheren Beeinträchtigung im Alltag hinsichtlich einer empfundenen Behinderung und Teilhabe [18].

Angst und Depression – (HADS-D)

Die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) [10] ist ein Fragebogen zur Selbstbeurteilung von Angst und Depression. Das Assessment umfasst 14 Items (vierstufige Likertskala, bspw. meistens bis überhaupt nicht), aus denen je ein Angst- und Depressions-Summenwert (0–21) berechnet werden. Angst liegt bei über zehn und Depression bei über acht Punkten vor.

Komorbidität (CIRS-G)

Die Cumulative Illness Rating Scale (CIRS-G) [11] erfasst 14 Krankheitskategorien, inklusive psychischer Störungen. Alle Kategorien werden abhängig vom Grad ihrer Behandlungsbedürftigkeit in den Stufen 0 (keine Erkrankung) bis 4 (lebensbedrohliche Erkrankung) bewertet und zu einem summativen Morbiditätsindex (0–56) zusammengefasst.

Statistische Analyse

Mithilfe deskriptiver statistischer Verfahren werden Charakteristika der Studienteilnehmer beschrieben. Korrelationen bezüglich metrischer/ordinaler Merkmale werden unter Verwendung von Korrelationskoeffizienten nach Pearson und Spearman überprüft. Weitere Analysen

erfolgen mithilfe von Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstests sowie t-Tests. Zur Analyse der Hauptzielparameter im zeitlichen Verlauf finden Varianzanalysemodelle (ANCOVA-Modelle) Verwendung, wobei statistische Modellannahmen zuvor überprüft werden. Abhängige Variablen sind die jeweiligen Zielparameter zu t₂, als Einflussfaktoren gehen Alter, Geschlecht, Komorbidität (CIRS-G), Auskunfts-fähigkeit (je FDST/Studie), Studiengruppe (Wohnort) sowie der Wert der jeweiligen Zielvariable zu t₁ als feste Effekte bzw. Kovariablen in die Modelle ein. Alle ANCOVA-Modelle werden aufgrund der geringen Fallzahl ohne Wechselwirkungen modelliert. Alle Signifikanzprüfungen erfolgen zum Niveau 5% ($p < 0,05$). Eine Wahrscheinlichkeit von $p < 0,1$ wird als tendenziell signifikant betrachtet. Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgt unter Verwendung des Programms SPSS (Version 20.0).

Ergebnisse

Die Stichprobenbeschreibung basiert auf den in der ersten Erhebungsperiode (t₁) ermittelten Daten.

Studienteilnehmer

Insgesamt 40 Personen (14 Frauen, 26 Männer) wurden zu t₁ in die Studie aufgenommen und sechs Monate bis t₂ nachverfolgt. Das durchschnittliche Alter der Studienteilnehmer liegt bei 46,2 Jahren (Frauen 50,1 Jahre, Männer 44,1 Jahre; t-Test $p = 0,132$). Die Studienteilnehmer sind überwiegend (82,5%) in die Hilfebedarfsgruppe vier eingestuft, d.h. sie sind durch einen hohen Hilfebedarf gekennzeichnet. Etwa zwei Drittel der Studienteilnehmer sind uneingeschränkt auskunftsfähig. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied bzgl. Alter und Auskunftsfähigkeit kann nicht nachgewiesen werden (alle t-Test $p > 0,050$). In Tabelle 1 wird die Stichprobe insgesamt und aufgeschlüsselt in die drei (geplanten) Wohnorte beschrieben, statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Studiengruppen bezüglich der dort aufgeschlüsselten Merkmale Alter, Geschlecht und Auskunftsfähigkeit lassen sich nicht nachweisen. In Tabelle 2 werden die Ergebnisse der Zielparameter zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung t₁ und zum Zeitpunkt t₂, aufgeschlüsselt in gesamt und in die drei Standorte, aufge-

| Merkmals | Gesamt n = 40 | FDH n = 11 | Wml Tempelhof n = 14 | Wml Pankow n = 15 | Gruppenvergleich (p-Wert) |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|
| Alter M (SD)* | 46,2 (12,1) | 39,6 (13,6) | 46,1 (11,0) | 51,2 (12,1) | 0,052 ¹ |
| Anteil Männer (n) | 65% | 63,6% | 71,4% | 60,0% | 0,807 ² |
| Anteil uneingeschränkt auskunftsfähiger Personen** | 70,0% (FDST) 62,5% (Studie) | 45,5% (FDST) 36,4% (Studie) | 92,9% (FDST) 85,7% (Studie) | 66,7% (FDST) 60,0% (Studie) | 0,083 ² 0,246 ² |
| Hilfebedarfsgruppe (1–5) (Median) | 4 | 4 | 4 | 4 | 0,453 ² |
| Morbiditätsindex***M (SD)* | 7,6 (2,5) | 8,9 (2,5) | 6,4 (2,5) | 7,7 (1,9) | 0,032 ¹ |

Tab. 1: Beschreibung der Stichprobe zum Zeitpunkt t₁. *M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ** Beurteilung durch Mitarbeiter der FDST (global) und der Studie (situativ), *** CIRS-G (0–56) ¹ ANOVA; ² Chi-Quadrat-Test

| Merkmal | Zeitpunkt | Gesamt n = 40 | FDH n = 11 | Wml Tempelhof n = 14 | Wml Pankow n = 15 | Gruppenvergleich (p-Wert) |
|--|-----------|------------------|---------------|-------------------------|----------------------|------------------------------|
| EBI (0 – 64) M (SD) | t1 | 36,4 (13,5) | 32,7± (14,6) | 38,4 (13,2) | 37,3(13,3) | 0,568 ¹ |
| | t2 | 31,4 (12,0) | 30,3 (10,8) | 33,9 (13,6) | 29,8(11,7) | 0,624 ¹ |
| EQ-5D Summenscore (0 – 100) M (SD) | t1 | 69,7 (21,9) | 71,3 (24,7) | 70,8 (16,1) | 67,9 (26,1) | 0,923 ¹ |
| | t2 | 68,0 (20,7) | 73,8 (25,0) | 70,0 (22,7) | 62,9 (15,9) | 0,325 ¹ |
| WHOQoL-Bref Globalwert (0 – 100) M (SD) | t1 | 69,3 (19,0) | 66,7 (20,7) | 63,5 (23,1) | 75,8 (12,0) | 0,208 ¹ |
| | t2 | 61,8 (21,8) | 62,5 (30,0) | 64,4 (16,8) | 59,2 (21,4) | 0,710 ¹ |
| WHOQoL-Bref Domäne: Physisch (0 – 100) M (SD) | t1 | 69,4 (13,6) | 71,3 (15,1) | 67,5 (13,0) | 70,1 (14,1) | 0,828 ¹ |
| | t2 | 67,9 (15,7) | 73,2 (15,8) | 67,3 (16,9) | 65,3 (15,2) | 0,531 ¹ |
| WHOQoL-Bref Domäne: Psychisch (0 – 100) M (SD) | t1 | 65,0 (17,7) | 65,1 (15,6) | 60,1 (12,9) | 69,0 (22,0) | 0,486 ¹ |
| | t2 | 64,2 (12,8) | 65,1 (13,5) | 63,5 (15,1) | 64,3 (11,0) | 0,983 ¹ |
| WHOQoL-Bref Domäne: Soziale Beziehungen (0 – 100) M (SD) | t1 | 62,6 (23,1) | 65,1 (24,8) | 62,5 (24,4) | 61,3 (22,6) | 0,944 ¹ |
| | t2 | 63,1 (19,3) | 61,5 (11,7) | 62,2 (20,9) | 64,9 (22,2) | 0,907 ¹ |
| WHOQoL-Bref Domäne: Umwelt (0 – 100) M (SD) | t1 | 66,7 (14,2) | 66,1 (11,8) | 63,4 (13,6) | 69,6 (15,9) | 0,448 ¹ |
| | t2 | 68,5 (10,3) | 66,1 (7,2) | 67,0 (10,1) | 70,6 (11,6) | 0,739 ¹ |
| WHODAS II (0 – 100) M (SD) | t1 | 30,4 (19,7) | 39,3 (23,3) | 25,3 (14,7) | 30,6 (21,6) | 0,329 ¹ |
| | t2 | 33,8 (18,1) | 36,6 (19,3) | 35,2 (17,3) | 30,9 (19,0) | 0,729 ¹ |
| HADS-D: keine Angst | t1 | 87,5 % | 72,2 % | 92,9 % | 93,3 % | 0,589 ² |
| | t2 | 87,5 % | 81,8 % | 100 % | 80,0 % | 0,403 ² |
| HADS-D: keine Depression | t1 | 70,0 % | 54,5 % | 64,3 % | 86,7 % | 0,359 ² |
| | t2 | 65,0 % | 63,6 % | 64,3 % | 66,7 % | 0,988 ² |

Tab. 2: Kennzahlen der Zielparmeter zu den Zeitpunkten t1 und t2. *M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, ¹ ANOVA, ² Chi-Quadrat-Test

zeigt. Die nachfolgend beschriebenen Analysen der zeitlichen Entwicklung der Zielparmeter sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

Alltagsfähigkeiten – EBI

Die Alltagsfähigkeit der Studienteilnehmer liegt bei der Baseline-Erhebung t1 (36,4) und zum Zeitpunkt t2 (31,4) im mittleren Bereich und lässt funktionale Einschränkungen deutlich erkennen. Über einen Zeitraum von sechs Monaten nimmt die Funktionsfähigkeit der Gesamtpopulation zwar leicht ab, allerdings ist diese Abnahme nicht signifikant (gepaarter t-Test, p=0,081), dies gilt analog auch bei einer Aufschlüsselung nach den drei (geplanten) Wohnorten (gepaarter t-Test, alle p>0,050). Analysen der zeitlichen Entwicklung zeigen, dass sich der funktionale Status zum Zeitpunkt t2 durch die einbezogenen Faktoren erklären lässt (ANCOVA p<0,001, R²=0,732 »FDST« bzw. p<0,001, R²=0,749 »Studie«). Wesentlicher Einflussfaktor ist hierbei allein der funktionale Status zu t1 (p<0,001). Personen mit besseren Alltagsfähigkeiten zu t1 weisen diese auch zu t2 auf.

Lebensqualität – WHOQoL-Bref

Insgesamt wird die LQ von den Bewohnern sowohl bei der Baseline-Erhebung t1 (69,3) als auch zum Zeitpunkt t2 (61,8) als hoch eingeschätzt. Die LQ nimmt über die Zeit tendenziell ab (gepaarter t-Test: p=0,064). Beim Vergleich der globalen LQ, aufgeschlüsselt nach den drei Standorten zum Zeitpunkt t2, wird deutlich, dass

sich die LQ der Bewohner im Wml-Tempelhof leicht verbessert hat und im FDH und im geplanten Wml-Pankow verschlechtert hat, wobei die Verschlechterung der LQ im geplanten Standort Pankow signifikant ist (gepaarter t-Test, p=0,021). Eine Betrachtung der Subdomänen physisches Wohlbefinden, psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Umwelt zeigt keine statistisch signifikanten Unterschiede insgesamt und nach Aufschlüsselung nach den drei Standorten (alle gepaarter t-Test, alle p>0,050). Die Analysen der zeitlichen Entwicklung zeigen, dass sowohl für den Globalwert als auch für die Subskalen physische, psychische und soziale LQ keine signifikanten Erklärungsansätze gefunden werden konnten (ANCOVA, alle p>0,050). Eine Ausnahme bildet die Subdomäne »Umwelt« (ANCOVA, p=0,010, R²=0,592 »FDST« bzw. p=0,012, R²=0,618 »Studie«). Signifikante Einflussfaktoren sind in beiden Modellen das Geschlecht (p=0,001 »FDST« bzw. p=0,005 »Studie«), die Hilfebedarfsgruppe (p=0,002 »FDST« bzw. p=0,005 »Studie«) sowie der Morbiditätsindex zu t2 (p=0,038 »FDST«) und der Wert der Subdomäne Umwelt zu t1 (p=0,041 »Studie«). Die Studiengruppe/der Wohnort (p=0,051 »FDST« bzw. p=0,052 »Studie«) zeigt jeweils einen tendenziellen Einfluss. Eine schlechtere LQ im Bereich Umwelt weisen dabei männliche Bewohner auf sowie Bewohner mit einer niedrigeren Hilfebedarfsstufe. Bei den Studiengruppen ist erkennbar, dass die Gruppe, die im FDH verbleibt, die niedrigste LQ aufweist (adjustiertes Randmittel 59,3), gefolgt von der seit sechs Monaten im Wml-Tempelhof wohnenden Gruppe (69,3) sowie der Gruppe, die noch vor dem Umzug in das Wml-Pankow (70,8) steht.

| Abhängige (Ziel-)Variable | p-Wert (Modell) | R ² , Bestimmtheitsmaß | signifikante Einflussfaktoren | p-Wert, partieller Eta ² -Koeffizient |
|---|-----------------|-----------------------------------|--|--|
| EBI zu t2 (Modell I) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p < 0,001 | 0,732 | EBI zu t1 | p < 0,001, η ² = 0,657 |
| EBI zu t2 (Modell II) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p < 0,001 | 0,749 | EBI zu t1 | p < 0,001, η ² = 0,554 |
| WHOQol-Bref »Globalwert« zu t2 (Modell I) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,369 | 0,276 | Globalwert zu t1 | p = 0,032, η ² = 0,160 |
| WHOQol-Bref »Globalwert« zu t2 (Modell II) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,468 | 0,278 | Globalwert zu t1 | p = 0,052, η ² = 0,138 |
| WHOQol-Bref »physisches Wohlbefinden« zu t2 (Modell I) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (s. Legende) | p = 0,307 | 0,312 | | |
| WHOQol-Bref »physisches Wohlbefinden« zu t2 (Modell II) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (s. Legende) | p = 0,920 | 0,132 | | |
| WHOQol-Bref »psychisches Wohlbefinden« zu t2 (Modell I) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (s. Legende) | p = 0,924 | 0,130 | | |
| WHOQol-Bref »psychisches Wohlbefinden« zu t2 (Modell II) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (s. Legende) | p = 0,954 | 0,134 | | |
| WHOQol-Bref »soziale Beziehungen« zu t2 (Modell I) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,057 | 0,443 | »soziale Beziehungen« zu t1 Morbiditätsindex zu t2 | p = 0,006, η ² = 0,269 p = 0,035, η ² = 0,166 |
| WHOQol-Bref »soziale Beziehungen« zu t2 (Modell II) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,119 | 0,426 | »soziale Beziehungen« zu t1 Morbiditätsindex zu t2 | p = 0,007, η ² = 0,266 p = 0,044, η ² = 0,159 |
| WHOQol-Bref »Umwelt« zu t2 (Modell I) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 5, 6, 7 (s. Legende) | p = 0,010 | 0,592 | Geschlecht Hilfbedarfsgruppe Morbiditätsindex zu t2 Wohnort | p = 0,001, η ² = 0,369 p = 0,002, η ² = 0,458 p = 0,038, η ² = 0,190 p = 0,051, η ² = 0,247 |
| WHOQol-Bref »Umwelt« zu t2 (Modell II) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,012 | 0,618 | Hilfbedarfsgruppe Geschlecht »Umwelt« zu t1 Wohnort | p = 0,002, η ² = 0,463 p = 0,005, η ² = 0,335 p = 0,041, η ² = 0,193 p = 0,052, η ² = 0,256 |
| EQ5D-Summenindex zu t2 (Modell I) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,034 | 0,474 | EQ5D zu t1 | p = 0,024, η ² = 0,188 |
| EQ5D-Summenindex zu t2 (Modell II) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,041 | 0,496 | EQ5D zu t1 | p = 0,027, η ² = 0,215 |
| WHODAS II zu t2 (Modell I) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,023 | 0,495 | WHODAS II zu t1 | p = 0,015, η ² = 0,197 |
| WHODAS II zu t2 (Modell II) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,039 | 0,499 | WHODAS II zu t1 | p = 0,026, η ² = 0,190 |
| HADS-D »Angst« zu t2 (Modell I) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,205 | 0,360 | Angst zu t1 | p = 0,010, η ² = 0,249 |
| HADS-D »Angst« zu t2 (Modell II) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,257 | 0,339 | Angst zu t1 | p = 0,009, η ² = 0,259 |
| HADS-D »Depression« zu t2 (Modell I) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,138 | 0,404 | Depression zu t1 | p = 0,008, η ² = 0,266 |
| HADS-D »Depression« zu t2 (Modell II) nichtsignifikante Einflussvariablen: 1, 2, 3, 4, 5, 6 (s. Legende) | p = 0,126 | 0,412 | Depression zu t1 | p = 0,011, η ² = 0,247 |

Tab. 3: Ergebnisse der Kovarianzanalysen (Modell I/II: Einbeziehung der Auskunftsfähigkeit »FDST« (global) bzw. »Studie« (situativ), nichtsignifikante Einflussfaktoren: 1 = Alter, 2 = Geschlecht, 3 = Hilfbedarfsgruppe, 4 = Komorbidität (CIRS-G), 5 = Auskunftsfähigkeit (FDST/Studie), 6 = Studiengruppe (Wohnort), 7 = Wert der jeweiligen Zielvariable zu t1; s. auch Methodik

Gesundheitsbezogene Lebensqualität: EQ-5D

Die berichtete gesundheitsbezogene LQ aller Studienteilnehmer liegt sowohl zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung t1 (69,7) als auch zum Zeitpunkt t2 (68,0) im oberen Bereich. Eine signifikante Veränderung im

Verlauf der ersten sechs Monate kann weder für die gesamte Gruppe noch für einzelne Standorte belegt werden (alle gepaarter t-Test, $p > 0,050$). Analysen der zeitlichen Entwicklung zeigen, dass sich die gesundheitsbezogene LQ zum Zeitpunkt t2 durch die einbezogenen Faktoren erklären lässt (ANCOVA $p = 0,034$,

| Aktivitäten (letzte 6 Monate) | FDH (n = 11) % (n) | Wml Tempelhof (n = 14) % (n) | Wml Pankow (n = 15) % (n) |
|--|--------------------|------------------------------|---------------------------|
| Kontakt zu Angehörigen* t1 | 36,4 (4) | 64,3 (9) | 46,7 (7) |
| Kontakt zu Angehörigen* t2 | 45,5 (5) | 78,6 (11) | 53,3 (8) |
| Kontakt zu Freunden/Bekanntem** t1 | 27,3 (3) | 28,5 (4) | 26,7 (4) |
| Kontakt zu Freunden/Bekanntem** t2 | 54,6 (6) | 28,6 (4) | 20,0 (3) |
| Kontakt zu Mitbewohnern** t1 | 9,1 (1) | 28,5 (4) | 40,1 (6) |
| Kontakt zu Mitbewohnern** t2 | 45,5 (5) | 35,7 (5) | 26,7 (4) |
| Kontakt zu Nachbarn (Wohnumfeld)**t1 | --- | 7,1 (1) | 6,7 (1) |
| Kontakt zu Nachbarn (Wohnumfeld)** t2 | --- | --- | --- |
| Kontakt zu Ehrenamtlichen** t1 | 9,1 (1) | --- | --- |
| Kontakt zu Ehrenamtlichen** t2 | 9,1 (1) | --- | --- |
| Alltagsaktivität Einkaufen t1 | 36,4 (4) | 50,0 (7) | 40,0 (6) |
| Alltagsaktivität Einkaufen t2 | 54,5 (6) | 92,9 (13) | 46,7 (7) |
| Alltagsaktivität kulturelle Veranstaltungen t1 | 9,1 (1) | 71,4 (10) | 33,3 (5) |
| Alltagsaktivität kulturelle Veranstaltungen t2 | 54,5 (6) | 92,9 (13) | 53,3 (8) |

Tab. 4: Aktivitäten und soziale Kontakte zu den Zeitpunkten t1 und t2. * mindestens monatlich; ** mindestens halbjährlich

$R^2 = 0,474$ »FDST« bzw. $p = 0,041$, $R^2 = 0,496$ »Studie«). Die gesundheitsbezogene LQ zum Zeitpunkt t2 hängt dabei positiv linear nur von der gesundheitsbezogene LQ zum Zeitpunkt t1 ab ($p = 0,024$ »FDST« bzw. $p = 0,027$ »Studie«).

Empfundene Behinderung/Teilhabe (WHODAS II)

Die empfundene Behinderung und Teilhabe der Studienteilnehmer liegt insgesamt bei der Baseline-Erhebung t1 (30,4) und zum Zeitpunkt t2 (33,8) im unteren Drittel, was auf geringe Einschränkungen in der Teilhabe und der empfundenen Behinderung der Studienteilnehmer hinweist. Eine signifikante Veränderung im Verlauf der ersten sechs Monate kann für die gesamte Gruppe und für die (geplanten) Standorte FDH und Pankow nicht belegt werden (alle gepaarter t-Test, $p > 0,050$), jedoch zeigt sich ein statistisch nachweisbarer Anstieg der empfundenen Behinderung im Standort Wml-Tempelhof nach sechs Monaten (gepaarter t-Test, $p = 0,029$). Analysen der zeitlichen Entwicklung zeigen, dass sich die Teilhabe/empfundene Behinderung zum Zeitpunkt t2 durch die einbezogenen Faktoren erklären lässt (ANCOVA $p = 0,023$, $R^2 = 0,495$ »FDST« bzw. $p = 0,039$, $R^2 = 0,499$ »Studie«). Wesentlicher Einflussfaktor ist hierbei allein die empfundene Behinderung/Teilhabe zu t1 ($p = 0,015$ »FDST« bzw. $p = 0,026$ »Studie«), Personen mit einer hohen empfundenen Einschränkung zu t1 weisen diese auch zu t2 auf.

Angst und Depressionen (HADS-D)

Zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung t1 gaben über drei Viertel (87,5%) der Studienteilnehmer an, dass sie keine Angst empfinden, und über zwei Drittel (70,0%) der Studienteilnehmer wiesen keine Depression auf. Während

sich der Anteil der von einer Angst betroffenen Personen im Verlauf von sechs Monaten nicht verändert, nimmt die empfundene Depression zum Zeitpunkt t2 etwas zu (keine Depression: 65,0%). Unter Verwendung der Scorewerte für die Skalen Angst und Depression lassen sich weder für die Gesamtgruppe noch für die einzelnen Standorte signifikante Veränderungen im Verlauf der ersten sechs Monate belegen (alle gepaarter t-Test, $p > 0,050$). Dennoch fällt auf, dass zum einen im Wml-Tempelhof zum Zeitpunkt t2 keiner der Bewohner angab, Angst zu haben, sowie dass für die Studiengruppe Wml-Pankow der Depressionsscore tendenziell (gepaarter t-Test, $p = 0,088$) angestiegen ist. Analysen der zeitlichen Entwicklung zeigen, dass sich die erhobenen Angst- und Depressionswerte zum Zeitpunkt t2 durch die einbezogenen Faktoren nicht erklären lassen (alle ANCOVA, $p > 0,050$).

Soziale Kontakte

Die sozialen Kontakte haben sich im Laufe der Zeit im neuen Wml-Standort Tempelhof verbessert. Zu t1 – also noch in der stationären Unterbringung – hatten über zwei Drittel (64,3, n=9) der Bewohner mindestens monatliche Kontakte zu ihren Angehörigen. Zum Zeitpunkt t2 sind diese Kontakte auf über drei Viertel (78,6%, n=11) der Befragten angestiegen. Ebenfalls haben sich die Kontakte zu den Mitbewohnern verbessert (t1: 28,5%, n=4; t2: 35,7%, n=5). Dagegen verschlechterten sich die Kontakte zu den Mitbewohnern bei den Studienteilnehmern, die vor ihrem Umzug ins neue Wml standen (t1: 40,1%, n=6; t2: 26,7%, n=4). Alltagsaktivitäten wie beispielweise Einkäufe oder der Besuch kultureller Veranstaltungen nahmen hingegen insbesondere in der Gruppe Wml-Tempelhof deutlich zu (s. Tabelle 4).

Diskussion

In der vorliegenden Studie wird erstmals im deutschsprachigen Raum ein Umzug von (jüngeren) Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen aus dem stationären Dauerwohnen in eine ambulante Versorgungsform wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Die Studie hat dabei explizit zum Ziel, den Einfluss des Wohnens auf Menschen mit Behinderungen und die damit verbundene Idee eines Höchstmaßes an individuell möglicher Selbstständigkeit und Selbstbestimmung anhand gesundheitlicher und psychosozialer Zielparameter zu analysieren. Dies ist insbesondere vor dem Hintergrund der hier betrachteten Studiengruppen von Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen zu sehen, die typischerweise immer noch traditionell in stationären Wohnformen untergebracht sind [23].

Zum Zeitpunkt t₂ konnte aus bautechnischen Gründen nur eine Gruppe von Studienteilnehmern (n=14) in den neuen WmI-Standort nach Tempelhof umziehen, die Teilnehmer, die in das WmI-Pankow ziehen wollten, standen unmittelbar vor ihrem Umzug. Durch diese Verzögerung des Umzugs in das WmI-Pankow konnte zum Zeitpunkt t₂ kein direkter Vergleich von zwei Gruppen nach sechs Monaten in den neuen Standorten erfolgen. Dennoch bedeutet der Umzug der WmI-Tempelhof-Gruppe eine Veränderung auch für die beiden zunächst im FDH verbleibenden Gruppen, die nicht zuletzt darüber Aufschluss geben kann, wie sensitiv die gewählten Instrumente tatsächlich mögliche Veränderungen in der Wohnsituation abbilden.

Alltagsfähigkeit

In der vorliegenden Studie liegt die Funktionsfähigkeit der Bewohner im mittleren Bereich, was auf erkennbare Beeinträchtigungen hinweist. Im Verlauf der sechs Monate hat sich die Funktionsfähigkeit etwas verschlechtert. Die Ergebnisse sind damit vergleichbar mit denen der Studie von Nair et al. [17].

Lebensqualität

Die ermittelte LQ (WHOQoL-Bref) der Bewohner der vorliegenden Studie liegt zu beiden Zeitpunkten im oberen Bereich und ist ähnlich wie die ermittelte LQ von Lin et al. [14] in einer vergleichbaren Studienpopulation. Die durchschnittlichen Werte aller vier Subdomänen unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der vorliegenden Studie. Die gesundheitsbezogene LQ (EQ-5D) der Studienteilnehmer der vorliegenden Studie hat sich zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten nicht wesentlich verändert. In dem Projekt von Holtslag et al. [12] lag der Mittelwert der LQ wie in der vorliegenden Studie ebenfalls im oberen Bereich.

Dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ihre empfundene Lebensqualität als eher hoch ein-

schätzen, ist vor allem im Bereich der Demenz vielfach beschrieben [9, 22]. Dieses Phänomen ist bekannt als »Disability Paradox« [1]. Menschen adaptieren ihre eigenen Bedürfnisse an die neuen Fähigkeiten und empfinden somit eine höhere Lebensqualität.

Empfundene Behinderung/Teilhabe

Die Verschlechterung der Teilhabe bzw. das deutliche Erkennen der eigenen Behinderung innerhalb der sechs Monate im WmI-Tempelhof ist damit zu erklären, dass die Bewohner durch den Umzug mehr Kontakt zu ihrer Umwelt bzw. Nachbarschaft haben, wodurch ihnen gleichzeitig ihre Einschränkungen deutlich bemerkbarer werden, als es noch im stationären Dauerwohnen der Fall war.

Angst/Depression

Angst und Depression betreffen nur einen geringen Teil der Studienpopulation und verändern sich innerhalb von sechs Monaten nicht signifikant. Dies ist insbesondere positiv hervorzuheben, da im beobachteten Zeitraum massive Veränderungen im Wohnumfeld der Studienteilnehmer stattgefunden haben. Der leichte Anstieg der Depressionen in der Gruppe WmI-Pankow lässt sich durch die Unsicherheit erklären, die aufgrund des verschobenen Umzugstermins bei den Bewohnern aufkam. Die ermittelten Werte stimmen mit den Ergebnissen von Powell et al. [19] überein, da hier ebenfalls keine signifikanten Veränderungen festgestellt wurden.

Soziale Kontakte

Trotz der massiven Veränderungen im Wohnumfeld und der damit verbundenen Neuanpassung an diese Gegebenheiten haben sich die sozialen Kontakte und Aktivitäten der Studienteilnehmer, die zum Zeitpunkt t₂ bereits im neuen WmI wohnen, deutlich verbessert. Dies ist als besonders positiv hervorzuheben, da es auf ein großes Engagement und eine hohe Aktivität aller Beteiligten schließen lässt – noch dazu, da der Umzug und damit die Neuorientierung in einem schneereichen Winter mit ungünstigen Außenbedingungen für Menschen mit Behinderungen stattgefunden hat.

Insgesamt lässt sich zusammenfassen, dass es nach dem Umzug aus dem stationären Dauerwohnen in eine ambulante Wohnform zu Verbesserungen bei bewohnerbezogenen Outcomes kommt. Zwar konnten in der vorliegenden Arbeit keine signifikanten Verbesserungen in den Hauptzielkriterien nachgewiesen werden, die sich allein durch den Umzug erklären lassen, aber insbesondere in den sekundären Zielkriterien zeigen sich doch z. T. deutliche Verbesserungen. Es ist davon auszugehen, dass sich bei einer längeren Nachverfolgung der Bewohner nach dem Umzug mittelfristig Verbesserungseffekte nachweisen lassen.

Limitationen

Bezüglich der Interpretation der erzielten Ergebnisse gibt es eine Reihe von Limitationen, die in Betracht gezogen werden müssen. So ist als erstes darauf hinzuweisen, dass es sich nicht um eine randomisierte Studie handelt, da eine randomisierte Gruppenzuordnung aus ethischen Gründen nicht möglich war. Implikationen ergeben sich hieraus für Vergleiche zwischen den Gruppen – auch wenn erste Vergleiche keine statistisch signifikanten Unterschiede bezüglich soziodemographischer Merkmale zwischen den Gruppen erkennen lassen. Für zeitliche Vergleiche wurde zusätzlich bezüglich möglicher Einflussfaktoren in den statistischen Modellen adjustiert. Limitationen ergeben sich auch aufgrund der geringen Anzahl von Studienteilnehmern. Da jedoch bereits eine Vollerhebung aller Teilnehmer des Modellprojektes durchgeführt wird, war es nicht möglich, diesen Kritikpunkt auszuschließen. Als Konsequenz aus der geringen Fallzahl ergibt sich, dass mögliche Unterschiede zwischen den Gruppen nicht als statistisch signifikant nachgewiesen werden können. Weitere Limitationen betreffen die unterschiedlichen Informationsquellen für die Datenerhebung. So können Daten aus medizinisch-pflegerischen sowie sozialpädagogischen Dokumentationen u.U. fehlerbehaftet sein. Die Befragung der Studienteilnehmer fand durch ausgebildete Raterinnen statt, so dass hier von einer hohen Datenqualität auszugehen ist. Und nicht zuletzt ist darauf hinzuweisen, dass eine evtl. eingeschränkte Auskunftsfähigkeit der Studienteilnehmer aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen zu Verzerrungen in den Ergebnissen führen kann. Wir haben deshalb in die Modellierung zeitlicher Veränderungen stets auch die eingeschätzte Auskunftsfähigkeit als (möglichen) Einflussfaktor eingeschlossen.

Schlussfolgerung

Das Pilotprojekt befindet sich in der Evaluationsphase. Die Ergebnisse nach den ersten sechs Monaten einer Gruppe im neuen WmI-Tempelhof geben noch keine Auskunft über die Nachhaltigkeit des Projektes. Daher müssen die Auswertungen der nächsten beiden Datenerhebungen (t3 und t4) abgewartet werden, in denen auch die zweite Gruppe bereits in den neuen WmI-Standort umgezogen ist, um verlässliche Rückschlüsse über einen längeren Zeitraum ziehen zu können.

Erste Ergebnisse sechs Monate nach Umzug in die neuen WmI-Standorte lassen jedoch bereits jetzt erkennen, dass der Umzug in eine ambulant betreute Wohnform trotz erheblicher Veränderungen in der persönlichen Lebenssituation der Studienteilnehmer nicht zu einer Zunahme von Angst und Depressionen oder zu einer Verschlechterung sozialer und gesundheitsbezogener Outcomes führt. Die ersten Ergebnisse lassen darauf hoffen, dass mit dem Umzug in die ambulant betreuten Wohnformen tatsächlich neue Entwicklungen

für die Bewohner in Bezug auf Partizipation und Selbstbestimmung angestoßen werden können. Nach Abschluss der Evaluation werden die gewonnenen Erkenntnisse Aufschluss darüber geben, ob und in welchem Ausmaß diese neue Wohn- und Betreuungsform eine Verbesserung in den verschiedenen Bereichen wie beispielsweise Verbesserung der LQ bzw. der sozialen Teilhabe etc. für die Bewohner mit sich bringt. Die systematische und unabhängige Evaluation des Wohnumfeldes auf LQ und soziale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen eröffnet die Möglichkeit, einzelne Konzeptelemente, die im Modellprojekt erprobt werden, als besonders wirksam zu identifizieren und für den späteren Transfer in die weitere Praxis nutzbar zu machen. Das WmI-Modellprojekt kann damit in Zukunft als Vorreiter für neue ambulante Wohn- und Betreuungsformen für Menschen mit schweren Behinderungen gesehen werden.

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir sowohl der Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin als auch dem wissenschaftlichen Beirat der Studie für die gute Kooperation und Zusammenarbeit sowie den unterstützenden Austausch danken. Persönlich bedanken möchten wir uns dabei insbesondere bei Herrn Wolfgang Schrödter, Geschäftsführer der Fürst Donnersmarck-Stiftung, Frau Kirsten Bielefeld, Leiterin Ambulant Betreutes Wohnen der Fürst Donnersmarck-Stiftung und Herrn Johannes Brühl, Sozialarbeiter im WmI, die das Forschungsprojekt in allen Phasen tatkräftig unterstützt und gefördert haben. Herrn Prof. Dr. Dr. med. Paul Walter Schönle danken wir für die mentorische Unterstützung des Projektes. Ein ganz besonderer Dank gilt nicht zuletzt den Studienteilnehmern, ohne die diese Studie nicht möglich gewesen wäre.

Literatur

1. Albrecht GL, Devlieger PJ. The disability paradox: high quality of life against all odds. *Soc Sci Med* 1999; 48: 977-988.
2. Angermayer MC, Kilian R, Matschinger H. WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität. Hogrefe, Göttingen 2000.
3. Braddock D, Emerson E, Felce D, Stancliffe RJ. Living circumstances of children and adults with mental retardation or developmental disabilities in the United States, Canada, England and Wales, and Australia. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev* 2001; 7: 115-121.
4. Brooks R, Rabin R, De Charro F. The Measurement and Validation of Health Status using EQ-5D: A European perspective – Evidence from the EuroQol BIOMED Research Programme. Kluwer Academic Publishers, Rotterdam 2003.
5. Claes C, Van Hove G, Vandeveld S, Van Loon J, Schalock R. The influence of supports strategies, environmental factors, and client characteristics on quality of life-related personal outcomes. *Res Dev Disabil* 2012; 33: 96-103.
6. Felce D, Perry J, Kerr M. A Comparison of Activity Levels Among Adults with Intellectual Disabilities Living in Family Homes and Out-of-Family Placements. *JARID* 2011; 24: 421-426.
7. Gardner JF, Carran DT. Attainment of personal outcomes by people with developmental disabilities. *Ment Retard* 2005; 43: 157-174.
8. Geurtsen GJ, Van Heugten CM, Martina JD, Rietveld AC, Meijer R, Geurts AC. A prospective study to evaluate a residential community reintegration program for patients with chronic acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2011; 92: 696-704.

9. Gräske J, Fischer T, Kuhlmeier A, Wolf-Ostermann K. Quality of life in dementia care-differences in quality of life measurements performed by residents with dementia and by nursing staff. *Aging Ment Health* 2012; 16: 819-827.
10. Herrmann-Lingen C, Buss U, Snaith RP: HADS-D – Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version. Verlag Hans Huber, Bern 2005.
11. Hock G, Nosper M. Manual CIRS-G. Cumulative Illness Rating Scale. Skala zur kumulierten Bewertung von Erkrankungen. V.2.1 vom 13.06.2005. MDK, Rheinland-Pfalz 2005.
12. Holtslag HR, Van Beeck EF, Lindeman E, Leenen LP. Determinants of long-term functional consequences after major trauma. *J Trauma* 2007; 62: 919-927.
13. Lanno E, Larmuseau D, Van Hoorde W, Eysen M. Prevalence of younger adults with acquired brain injury (ABI) in nursing homes in Belgium: Aged care facilities are not the best option. *Brain Inj* 2008; 22: 49.
14. Lin MR, Chiu WT, Chen YJ, Yu WY, Huang SJ, Tsai MD. Longitudinal changes in the health-related quality of life during the first year after traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2010; 91: 474-480.
15. Mcmillan TM, Laurie M. Young adults with acquired brain injury in nursing homes in Glasgow. *Clin Rehabil* 2004; 18: 132-138.
16. Metzler H. Hilfebedarf von Menschen mit Behinderung (HMB-W) – Fragebogen zur Erhebung im Lebensbereich Wohnen/Individuelle Lebensgestaltung. Forschungsstelle »Lebenswelten behinderter Menschen«. Universität Tübingen 2001.
17. Nair KP, Wade DT: Changes in life goals of people with neurological disabilities. *Clin Rehabil* 2003; 17: 797-803.
18. Pösl M, Cieza A, Stucki G. Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients. *Qual Life Res* 2007; 16: 1521-1531.
19. Powell J, Kitchen N, Heslin J, Greenwood R. Psychosocial outcomes at 18 months after good neurological recovery from aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2004; 75: 1119-1124.
20. Prosiel M, Böttger S, Schenk T, König N, Marolf M, Vaney C, Garner C, Yassouridis A. Der Erweiterte Barthel-Index (EBI) – eine neue Skala zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen bei neurologischen Patienten. *Neurologie & Rehabilitation* 1996; 1: 7-13.
21. Schlote A, Richter M, Wunderlich MT, Poppendick U, Moller C, Wallesch CW. Der WHODAS II in der Anwendung bei Schlaganfallpatienten und ihren Angehörigen: Reliabilität und Inter-Rater-Reliabilität. *Rehabilitation* 2008; 47: 31-38.
22. Spector A, Orrell M. Quality of life (QoL) in dementia: a comparison of the perceptions of people with dementia and care staff in residential homes. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 2006; 20: 160-165.
23. Theunissen G. Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in Heilpädagogik und Soziale Arbeit. Lambertus-Verlag, Freiburg 2009.
24. Thompson JR, Bradley VJ, Buntinx WH, Schalock RL, Shogren KA, Snell ME, Wehmeyer ML, Borthwick-Duffy S, Coulter DL, Craig EP, Gomez SC, Lachapelle Y, Luckasson RA, Reeve A, Sprent S, Tasse MJ, Verdugo MA, Yeager MH. Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellect Dev Disabil* 2009; 47: 135-146.
25. Trevena L, Cameron I: Traumatic brain injury – long term care of patients in general practice. *Aust Fam Physician* 2011; 40: 956-961.
26. Verdonschot MM, De Witte LP, Reichrath E, Buntinx WH, Curfs LM. Impact of environmental factors on community participation of persons with an intellectual disability: a systematic review. *J Intellect Disabil Res* 2009; 53: 54-64.
27. Wehmeyer ML, Garner NW. The Impact of Personal Characteristics of People with Intellectual and Developmental Disability on Self-determination and Autonomous Functioning. *JARID* 2003; 16: 255-265.
28. Winkler D, Farnworth L, Sloan S, Brown T. Moving from aged care facilities to community-based accommodation: outcomes and environmental factors. *Brain Inj* 2011; 25: 153-168.

Interessenvermerk

Die Studie wurde freundlicherweise durch die Fürst Donnersmarck-Stiftung finanziell gefördert.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann
 Alice Salomon Hochschule Berlin
 Alice Salomon Platz 5
 12627 Berlin
 E-Mail: wolf-ostermann@ash-berlin.eu