



Bedürfnisse und Lebenszufriedenheit von Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen und Betreuungsbedarf beim Wohnen

Lukas Wartmann · Matthias Hartmann-Riemer · Natascha Dinevski · Jakob Siemerker · Rahel Fröbel · Erich Seifritz · Matthias Jäger

Eingegangen: 27. Februar 2018 / Angenommen: 8. Mai 2018
© Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2018

Zusammenfassung

Ziel Ziel der Studie ist das Erfassen der subjektiven Bedürfnisse von psychisch kranken Menschen hinsichtlich Wohnen und Betreuung mit zusätzlichem Fokus auf die Inklusion und Partizipation. Weiter untersucht wurden Unterschiede in Bezug auf die Lebensqualität, klinische und soziodemographische Faktoren sowie den Recovery-Prozess.

Methodik Quantitative Querschnittserhebung mit je 50 Probanden in und auf der Suche nach einer betreuten Wohnform. Die Probanden auf der Suche nach einer betreuten Wohnform befanden sich auf einer Akutstation der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich, die Probanden bereits in betreuter Wohnform in einer Institution im Großraum Zürich.

Ergebnisse Probanden in betreutem Wohnen haben weniger unerfüllte Bedürfnisse. Dies ist mit besserer Lebensqualität assoziiert. Es wurden im Gruppenvergleich keine Unterschiede in Bezug auf die Inklusion und Partizipation gefunden, jedoch gingen vermehrte unbefriedigte Bedürfnisse mit schlechterer subjektiver Lebensqualität und Inklusion einher.

Schlussfolgerungen Die angestrebte Integration mittels Stufenleiterprinzip wird zu wenig erreicht, der Ansatz der „unterstützten Inklusion“ sollte bedacht werden.

Schlüsselwörter Betreutes Wohnen · Bedürfnisse · Lebensqualität · Inklusion

Needs and self-reported quality of life of people with severe mental illness in sheltered housing facilities

Summary

Objective This paper investigates the subjective needs of psychiatric patients in relation to the housing conditions with an additional focus on inclusion and participation. Furthermore, it examines differences in clinical and socio-demographic parameters, self-measured quality of life, stage of recovery.

Methods In this quantitative cross-sectional study, we compared 50 patients in a psychiatric acute ward setting, who were looking for a residence in a sheltered housing facility with 50 patients in a sheltered housing facility using structured interviews.

Results Patients living in a sheltered housing facility reported less unmet needs. However, no differences regarding inclusion and participation were found. More unmet needs were associated with poorer quality of life, and less social inclusion in both groups.

Conclusions Patients in sheltered housing facilities report less unmet needs. Nevertheless, more efforts are needed to regarding inclusion of these patients. A “supported inclusion”-approach should be considered.

Keywords Supported Housing · Sheltered Housing · Housing first · Needs · Quality of life · Inclusion

Einleitung

Psychische Gesundheit und die Wohnsituation stehen in einem engen Zusammenhang. So werden Wohnbedingungen, die von schlechter Qualität sind oder als problematisch wahrgenommen werden, einerseits als mitverursachender Faktor für psychische Gesundheitsprobleme als auch als Folge der mit ei-

L. Wartmann · M. Hartmann-Riemer · J. Siemerker · R. Fröbel · E. Seifritz · M. Jäger
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik,
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich,
Lenggstraße 31, 8032 Zürich, Schweiz

L. Wartmann (✉)
Dollikerstrasse 3, 8706 Meilen, Schweiz
lukaswartmann@gmail.com

ner psychischen Erkrankung einhergehenden sozio-ökonomischen Benachteiligung angesehen [1–4]. In Zusammenhang mit dem fortschreitenden Abbau stationärer Langzeitangebote im Sinne der Deinstitutionalisierung und der zunehmend gemeindenahen Versorgung kam es in den letzten Jahrzehnten zum Ausbau des spezialisierten Wohnangebots mit integrierter Betreuung [5, 6]. Nichtsdestotrotz benötigt ein Anteil von rund 10% der Patienten¹ auf psychiatrischen Akutstationen eine betreute Wohnform, wobei dies insbesondere Patienten mit Schizophrenie, niedrigem psychosozialen Funktionsniveau und hoher Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgungsleistung betrifft [7]. In der klinischen Praxis zeigt sich dabei oft, dass Menschen mit besonders schwerer Funktionalität beeinträchtigenden psychischen Erkrankungen häufig die Anforderungen der Wohneinrichtungen, z. B. an geforderte Tagesstruktur oder Abstinenz gegenüber Suchtmitteln, nicht erfüllen können und damit Schwierigkeiten bestehen einen Wohnplatz zu finden [7]. Wissenschaftliche Untersuchungen zu dieser Problematik gibt es bislang wenige, wobei die Vorhandenen darauf hindeuten, dass das bestehende Angebot häufig an den Bedürfnissen der Bewohner vorbeigeht, insbesondere was den Wunsch nach Autonomie angeht [6, 8, 9]. Mit dem Ziel der gemeindenahen Versorgung von psychisch schwer kranken Menschen stützen sich die bislang meisten Behandlungskonzepte sowohl in Bezug auf das Wohnen, wie aber auch auf die Arbeit, auf ein Stufenleiterprinzip [10, 11]. Dieses sieht abhängig vom individuellen Bedarf eine Stufe als Ausgangspunkt für eine Weiterentwicklung bis hin zur Rückkehr in nichtbetreute Verhältnisse vor. Gleichwohl verbleiben dabei trotz gegenteiliger Intention die meisten Betroffenen auf ihrer Stufe und eine weiterführende Inklusion findet selten statt [12, 13]. Vor diesem Hintergrund und der Forderung der UN Behindertenrechtskonvention zur vermehrten Inklusion setzte sich im englischsprachigen Raum in den vergangenen Jahren der Rehabilitationsansatz „housing first“ zunehmend durch [10]. Bei diesem Ansatz wird die direkte Platzierung in eine eigene Einzelwohnung mit Betreuung durch Fachpersonen nach individuellem Bedarf einer lediglich schrittweisen Rückkehr in selbstständige Verhältnisse aus einer betreuten Wohninstitution vorgezogen. Die bislang zu diesem Ansatz vorhandenen Daten beschreiben bei Patienten mit direkter Platzierung in der eigenen Wohnung unter anderem ein höheres Outcome hinsichtlich Lebensqualität und Integration sowie eine geringere Rehospitalisierungsrate [10, 14, 15]. Richter et al. fordern aufgrund dieser Erfahrungen auch im deutschsprachigen Raum einen Paradigmenwechsel hin zur „unterstützten Inklusion“ [10].

¹ Aus Gründen der Leserlichkeit verwenden wir die männliche Form.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Zuge der Deinstitutionalisierung der Bedarf an betreuten Wohnplätzen gestiegen ist, aufgrund divergierender Bedürfnisse der Bewohner Platzierungsschwierigkeiten bestehen und der bisherige Ansatz der sozialpsychiatrischen Rehabilitation mittels Stufenleiterprinzip nur sehr bedingt zur Inklusion beigetragen hat.

Die vorliegende Untersuchung hat daher zum Ziel die subjektive Perspektive von Menschen mit schweren psychischen Störungen auf Bedarf und Bedürfnisse bezüglich der Wohnsituation zu erfassen. Gesucht wurden ferner Faktoren, welche mit diesen Bedürfnissen, der Zufriedenheit mit der Wohnsituation sowie der Betreuung in Zusammenhang stehen.

Methodik

Untersuchungsdesign

Um diese Fragestellung zu untersuchen, haben wir sowohl akutpsychiatrisch hospitalisierte Patienten auf der Suche nach einer betreuten Wohnform, als auch bereits in einer betreuten Wohneinrichtung lebende Patienten eingeschlossen. Als Haupthypothese gelten dabei die Annahmen, dass Patienten auf Akutstationen auf der Suche nach einer betreuten Wohnform vermehrt unbefriedigte Bedürfnisse haben und eine niedrigere Lebensqualität aufweisen. Aufgestellte Nebenhypothesen waren, dass Partizipation, soziale Inklusion, das selbsteingeschätzte Recovery-Niveau sowie das Funktionsniveau in betreuter Wohnform höher liegen.

Es handelt sich um eine quantitative Querschnittsstudie, bei der zwei Stichproben (die akutstationäre Gruppe Klinik auf der Suche nach einer betreuten Wohnform vs. die Gruppe BeWo in betreutem Wohnen) mittels Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumenten charakterisiert wurden. Die Rekrutierung der Patienten in den betreuten Wohninstitutionen erfolgte zumeist über das *Dachnetz Wohnen*, eine Dachorganisation von Wohninstitutionen in der Stadt Zürich mit öffentlicher wie auch privater Trägerschaft, sowie durch direkte Kontaktaufnahme. Die Wohninstitutionen sind spezialisiert auf die Betreuung von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen und die meisten arbeiten eng mit den psychiatrischen Kliniken zusammen. Geographisch befinden sich die meisten involvierten Wohninstitutionen in der Stadt Zürich, vereinzelt in der Agglomeration des Großraumes Zürich. Die Anzahl betreuter Bewohner variierte in den einzelnen Institutionen, wobei die meisten Einrichtungen über eine Wohnplatzzahl zwischen 15 und 35, zumeist in Form von Einzelzimmern, verfügten. Die Betreuungsintensität variierte in den teilnehmenden Wohneinrichtungen von 24 h pro Tag anwesendem Fachpersonal bis hin zu einem Gespräch pro Woche. Hinsichtlich Beschäftigung und tagesstrukturierenden Angeboten zeigte sich in den

Wohneinrichtungen eine Bandbreite an Angeboten von Beschäftigungsprogrammen vor Ort sowie Arbeiten im Haushalt und internen Werkstätten bis hin zur Arbeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt. Die Rekrutierung der hospitalisierten Probanden erfolgte direkt in der Klinik. Einschlusskriterien waren nebst Vorliegen einer durch den behandelnden Arzt gestellten klinischen Diagnose aus dem ICD-10-Kapitel V [16] in der Gruppe Klinik der vom Patienten und dem Behandlungsteam geäußerte Bedarf nach einer betreuten Wohnform. Bei Probanden in betreuter Wohnform wurde diesbezüglich auf die vorhandenen Informationen der Wohninstitution zurückgegriffen. Weitere Einschlusskriterien waren zudem ausreichende Deutschkenntnisse sowie ein Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Ausschlusskriterien waren forensisch-psychiatrische Maßnahmen, hirnorganische Störungen, eine ausschließliche Suchterkrankung, unzureichende Deutschkenntnisse und Urteilsunfähigkeit in Bezug auf die Studienteilnahme.

Instrumente

Nebst soziodemographischen und allgemeinen klinischen Daten wurden psychosoziale und funktionale Defizite mit den *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) [17] erfasst. Dabei wird durch jedes der 12 Items ein unterschiedlicher Problembereich auf einer fünfstufigen Skala beurteilt. Ein höherer Wert geht dabei mit einem schwerwiegenderen Problem einher. Untersuchte Problembereiche sind unter anderem aggressives Verhalten, Selbstbeschädigung, Substanzkonsum, psychotische Symptomatik, depressive Verstimmung, Probleme in Beziehungen zu anderen Menschen aber auch Probleme mit Beschäftigung und Lebensbedingungen. Ergänzt wurde dieses Instrument zur besseren Beurteilung der Funktionalität, respektive Einschränkungen mit dem Instrument *Global Assessment of Functioning* (GAF) [18], auf dessen eindimensionaler Skala von 0 bis 100 höhere Werte geringere Defizite darstellen.

Die Bedürfnisse der Probanden bezüglich ihrer Wohnsituation, Flexibilität der Betreuung und benötigten Unterstützung zur Alltagsbewältigung wurden im strukturierten Interview mittels dem *Camberwell Assessments of Needs* (CAN EU) [19] erfasst. In den enthaltenen 22 Kapiteln wird jeweils zu einem umschriebenen Lebensbereich erfragt, ob bei dem Probanden ein Bedarf an Unterstützung vorliegt, und wenn ja, ob dieser gedeckt wird. Die Skala bewegt sich dabei von 0 (kein Problem) über 1 (kein Problem weil Unterstützung geleistet wird) bis 2 (Problem, keine Hilfe vorhanden). Zusätzlich verwendet wurde der *Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen* (F-INK, Module C und G), entwickelt wurde dieser zur Erfassung der subjektiven Inklusion vor dem Hintergrund der UN-Behindertenrechtskonvention worin die Inklusion als wesentliches Ziel der Behandlung

psychisch erkrankter Menschen formuliert wird [20]. Das Modul C erfasst den Aspekt der Partizipation und beinhaltet 32 alltägliche Tätigkeiten, erfragt wird dabei die Häufigkeit der Durchführung der einzelnen Tätigkeiten auf einer siebenstufigen Skala. Höhere Werte gehen dabei mit einer öfters durchgeführten Tätigkeit einher. Das Modul G befasst sich mit dem Aspekt der Inklusion, erfragt werden in 13 Fragen wie sehr sich der Proband auf einer vierstufigen Skala in einzelnen Aspekten seines Lebens respektiert und angenommen fühlt. Höhere Werte bedeuten dabei, dass sich der Proband vermehrt respektiert und angenommen fühlt. Mittels Selbstbeurteilung wurde weiter der Recovery-Stage ermittelt, verwendet wurde dabei der zweiteilige Fragebogen *Self-identified Stage of Recovery* (SISR) [21]. In Modul A musste der Proband aus fünf möglichen Aussagen die auf ihn am meisten zutreffende Aussage hinsichtlich seines Fortschrittes in Bezug auf den Recovery-Prozess auswählen. In Modul B beantwortete der Proband auf einer sechsstufigen Skala, wie sehr er vier verschiedene Aussagen hinsichtlich des eigenen Recovery-Prozesses ablehnt oder ihnen zustimmt. Höhere Werte stellen in beiden Modulen einen größeren Fortschritt im Recovery-Prozess dar. Des Weiteren wurde die Lebensqualität mittels dem Fragebogen *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (MANSA) [22] erfasst, dieser besteht aus 16 Fragen zu jeweils unterschiedlichen Lebensbereichen. Davon werden 12 Fragen auf einer siebenstufigen Skala beantwortet, wobei höhere Werte mit höherer subjektiver Lebensqualität einhergehen, vier weitere Fragen beruhen auf einer dichotomen Ja/Nein-Antwort.

Statistische Analysen

Die statistische Auswertung erfolgte mit SPSS Statistics, Version 19 (SPSS Inc., Chicago, USA). Verwendet wurden Mittelwertvergleiche mittels *t*-Test bei normalverteilten stetigen Variablen, respektive Man-Whitney-*U*-Test bei nicht-normalverteilten Werten und ordinalskalierten Variablen sowie der Chi-Quadrat-Test bei nominalskalierten Variablen. In weiterführenden explorativen Analysen wurden Pearson-Produkt-Moment-Korrelationen (*r*) berechnet um potentielle Zusammenhänge zwischen den Hauptvariablen Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse und Lebensqualität und weiteren klinischen und psychosozialen Variablen zu untersuchen.

Ergebnisse

Gruppenvergleiche

Die beiden Stichproben ($n=100$) als Vergleichsgruppen umfassten je 50 Teilnehmende, wobei die Gruppe BeWo die Probanden aus den betreuten Wohneinrichtungen und die andere Gruppe die Probanden der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich auf der Su-

Tab. 1 Soziodemographische und klinische Daten im Gruppenvergleich

	Gesamte Studienpopulation (<i>n</i> = 100) <i>n</i> , <i>M</i> (<i>SD</i>) ^a	Sucht Wohnform (<i>n</i> = 50) %, <i>M</i> (<i>SD</i>) ^a	Hat Wohnform (<i>n</i> = 50) %, <i>M</i> (<i>SD</i>) ^a	Statistik Chi ² T	df	<i>p</i>
Alter in Jahren ^a	42,0 (13,2)	38,0 (14,2)	46,0 (10,2)	-3,2	90,8	0,002
Weiblich	41	48	34	2,0	1	0,155
In Partnerschaft	23	20	26	0,508	1	0,476
Familienstand:						
Ledig	78	74	82	2,427	3	0,489
Verheiratet	3	4	2	-	-	-
Geschieden	18	22	14	-	-	-
Getrennt	1	0	2	-	-	-
Eigene Kinder	24	30	18	1,974	1	0,160
Nationalität:						
Schweiz	83	86	82	0,523	3	0,914
Westeuropa	11	10	12	-	-	-
Osteuropa	2	2	2	-	-	-
Sonstige	3	2	4	-	-	-
Ausbildung:						
Keine	29	27	33	0,816	3	0,846
Lehrausbildung/Studium	56	60	55	-	-	-
Zur Zeit in Ausbildung	3	4	2	-	-	-
Abgebrochenes Studium	9	8	10	-	-	-
Arbeit/Beschäftigung:						
Keine	47	77	23	26,420	2	<0,001
Interne Beschäftigung	14	8	23	-	-	-
Geschützter Arbeitsmarkt	30	15	54	-	-	-
Finanzierung:						
Eigener Lohn/Vermögen	5	8	2	5,851	3	0,119
Rente/Sozialhilfe	88	82	96	-	-	-
Angehörige	3	6	0	-	-	-
Sonstiges	3	4	2	-	-	-
Beistandschaft besteht	49	49	52	0,093	1	0,670
Psych. Hauptdiagnose ICD-10						
F1	17	18	16	1,449	4	0,836
F2	42	38	47	-	-	-
F3	11	10	12	-	-	-
F6	21	24	18	-	-	-
Sonstige	9	10	6	-	-	-
Suchterkrankung vorhanden	55	62	48	1,980	1	0,159
Anzahl psychiatrische Hospitalisationen in letzten 5 Jahren ^a	5,3 (5,4)	6,7 (6,3)	3,9 (4,0)	MWU	-	0,003
Anzahl somatischer Diagnosen						
Keine	60	66	54	5,089	2	0,079
1	29	30	28	-	-	-
2-4	11	4	18	-	-	-

MWU Mann-Whitney-U-Test, *M* (*SD*) Mittelwert (Standardabweichung), *Chi*² T Chi-Quadrat-Test, *df* Freiheitsgrade, *p* Signifikanzniveau

che nach einer betreuten Wohnform zum Zeitpunkt der Befragung beinhaltete.

Die deskriptive Statistik im Vergleich der Gruppen BeWo und Klinik zeigte einen signifikanten Unterschied im durchschnittlichen Lebensalter (siehe Tab. 1), wobei die Probanden mit vorhandener betreuter Wohnform im Durchschnitt älter waren. Ebenfalls

verfügten die Probanden der Gruppe BeWo häufiger über eine Tagesstruktur durch interne Beschäftigung respektive durch die Arbeit auf dem geschützten Arbeitsmarkt als die Gruppe Klinik. In den übrigen soziodemographischen Daten zeigten sich im Gruppenvergleich keine signifikanten Unterschiede. Der überwiegende Teil der Probanden war ledig, lebte

Tab. 2 Bedürfnisse im Gruppenvergleich

Anzahl Bedürfnisse	Sucht Wohnform (n= 50)				Hat Wohnform (n= 50)				Statistik	p
	M (SD)				M (SD)					
Anzahl Bedürfnisse	8,1 (2,5)				7,9 (2,6)				MWU	0,340
Anzahl erfüllter Bedürfnisse	4,5 (1,9)				6,0 (2,1)				MWU	<0,001
Anzahl nicht erfüllter Bedürfnisse	3,6 (1,9)				1,8 (2,0)				MWU	<0,001
Bedürfnisse	Sucht Wohnform (n= 50)				Hat Wohnform (n= 50)				Statistik*	p
	Kein Bedürfnis %	Erfülltes Bedürfnis %	Nichterfülltes Bedürfnis %	Total Bedürfnisse %	Kein Bedürfnis %	Erfülltes Bedürfnis %	Nichterfülltes Bedürfnis %	Total Bedürfnisse %		
Wohnsituation	5,0	24,0	21,0	45,0	1,0	48,0	1	49	<0,001	
Ernährung	39,4	7,1	3,0	10,1	30,3	19,2	1,0	20,2	0,021	
Versorgung des Haushaltes	32,3	17,2	0,0	17,2	33,3	16,2	1,0	17,2	0,596	
Körperpflege	44,0	3,0	3,0	6,0	46,0	4,0	0,0	4,0	0,203	
Tägliche Aktivitäten	25,0	6,0	19,0	25,0	35,0	10,0	5,0	15,0	0,004	
Körperliche Gesundheit	36,0	10,0	4,0	14,0	14,0	33,0	3,0	36,0	<0,001	
Psychotische Symptome	20,0	22,0	8,0	30,0	18,0	27,0	5,0	32,0	0,520	
Informationen Medikation	37,0	12,0	1,0	13,0	38,0	11,0	1,0	12,0	0,972	
Seelischer Druck	8,0	11,0	31,0	42,0	21,0	20,0	9,0	29,0	<0,001	
Selbstgefährdung	32,0	12,0	6,0	18,0	42,0	6,0	2,0	8,0	0,069	
Fremdgefährdung	43,3	6,2	0,0	6,2	44,3	5,2	1,0	6,2	0,579	
Alkohol	32,3	11,1	6,1	17,2	34,3	9,1	7,1	16,2	0,849	
Drogen	25,3	12,1	12,1	24,2	26,3	10,1	14,1	24,2	0,841	
Soziale Kontakte	25,0	8,0	17,0	25,0	32,0	8,0	10,0	18,0	0,263	
Partnerschaft	32,3	8,1	9,1	17,2	35,4	9,1	6,1	15,2	0,676	
Sexualität	36,6	6,5	7,5	14,0	37,6	6,5	5,4	11,8	0,845	
Versorgung Kind	44,0	2,0	4,0	6,0	48,0	0,0	2,0	2,0	0,242	
Lesen, Schreiben, Rechnen	42,0	6,0	2,0	8,0	41,0	7,0	2,0	9,0	0,956	
Nutzung Telefon	48,0	1,0	1,0	2,0	47,0	2,0	1,0	3,0	0,842	
Nutzung öffentlicher Verkehr	47,0	3,0	0,0	3,0	46,0	3,0	1,0	4,0	0,603	
Geld	9,0	30,0	11,0	41,0	5,0	38,0	7,0	45,0	0,226	
Sozialleistungen	26,5	6,1	17,3	23,5	34,7	7,1	8,2	15,3	0,112	

*Chi-Quadrat-Test, MWU Mann-Whitney-U-Test, M (SD) Mittelwert (Standardabweichung), p Signifikanzniveau

nicht in Partnerschaft, war kinderlos und Schweizer Staatsbürger. Hinsichtlich der psychiatrischen Hauptdiagnose waren in beiden Gruppen zumeist Probanden mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis, gefolgt von Persönlichkeitsstörungen und Abhängigkeitserkrankungen. Der überwiegende Teil der Befragten hatte zwei psychiatrische und keine somatische Diagnose. Die Kriterien einer komorbiden Abhängigkeitserkrankung erfüllten in den untersuchten zwei Gruppen 62 % (Gruppe Klinik) respektive 48 % (Gruppe BeWo) der Probanden. Ein signifikanter Unterschied zeigte sich in Hinblick auf die Anzahl psychiatrischer Hospitalisationen in den letzten fünf Jahren, wobei die Gruppe BeWo deutlich seltener als

die Probanden aus der Gruppe Klinik hospitalisiert war.

In der Auswertung des CAN-EU-Fragebogens zur Beurteilung der subjektiven Bedürfnisse wurde initial die gesamte Anzahl an vorhandenen Bedürfnissen, unabhängig davon, ob sie erfüllt waren oder nicht, summiert, wobei sich keine signifikanten Unterschiede im Mittelwert zeigten (siehe Tab. 2). In der differenzierteren Betrachtung wurden die Anzahl erfüllter und unerfüllter Bedürfnisse in den beiden Probandengruppen verglichen, wobei die Gruppe BeWo im Durchschnitt signifikant weniger unerfüllte Bedürfnisse als die Gruppe Klinik ($p < 0,001$) aufwies. Gleichmaßen lag die Anzahl erfüllter Bedürfnisse bei der Gruppe BeWo im Durchschnitt höher als die-

Tab. 3 Subjektive Lebensqualität, Partizipation und Inklusion, Self-identified Stage of Recovery

	Sucht Wohnform (n= 50) M (SD), % ^a	Hat Wohnform (n= 50) M (SD), % ^a	Statistik Chi ² T	df	p
MANSA Mittelwert	4,1 (1,0)	4,5 (1,2)	-1,9	96	0,055
Zufriedenheit mit dem Leben	3,8 (1,6)	4,4 (1,6)	MWU	-	0,024
Zufriedenheit mit dem Beruf	5,4 (1,5)	4,4 (1,9)	MWU	-	0,201
Zufriedenheit mit Berentung	2,8 (1,7)	4,4 (2,2)	MWU	-	0,003
Finanzielle Situation	3,3 (1,9)	3,7 (2,0)	MWU	-	0,341
Freundschaften	4,5 (1,9)	4,8 (1,6)	MWU	-	0,397
Freizeitaktivitäten	4,1 (1,8)	4,7 (1,8)	MWU	-	0,097
Wohnung	3,2 (2,1)	4,7 (1,9)	MWU	-	0,001
Persönliche Sicherheit	5,0 (1,5)	5,3 (1,6)	MWU	-	0,318
Zusammenleben	4,7 (1,8)	4,6 (1,7)	MWU	-	0,823
Alleine Leben	4,1 (1,9)	4,5 (3,5)	MWU	-	0,702
Sexualleben	4,1 (2,1)	4,0 (2,1)	MWU	-	0,716
Familiäre Verhältnisse	4,2 (2,0)	4,7 (1,9)	MWU	-	0,187
Körperliche Gesundheit	4,8 (1,7)	4,2 (1,7)	MWU	-	0,091
Psychische Gesundheit	3,9 (1,7)	4,0 (2,0)	MWU	-	0,712
Delikt im vergangenen Jahr ^a	40,8	10,2	12,082	1	0,001
Opfer körperlicher Gewalt im vergangenen Jahr ^a	25,0	22,4	0,087	1	0,768
Enger Freund ^a	73,5	83,4	1,515	1	0,218
Freund in vergangener Woche gesehen ^a	53,1	69,4	2,751	1	0,097
Partizipation (F-INK)	2,7 (0,5)	2,6 (0,4)	1,015	98	0,296
Inklusion (F-INK)	1,9 (0,6)	2,2 (0,6)	MWU	-	0,082
SISR Teil A	1,4 (1,0)	2,3 (1,2)	MWU	-	0,149
SISR Teil B	4,6 (0,8)	4,6 (0,8)	MWU	-	0,875

MWU Mann-Whitney-U-Test, M (SD) Mittelwert (Standardabweichung), Chi² T Chi-Quadrat-Test, p Signifikanzniveau, df Freiheitsgrade

jenigen Probanden der Gruppe Klinik ($p < 0,001$). Im Gruppenvergleich der einzelnen Themen des CAN-EU-Fragebogens zeigten sich unterschiedliche Verteilungen auf Signifikanzniveau in den Bereich „Wohnsituation“, „Ernährung“, „Tägliche Aktivitäten“, „Körperliche Gesundheit“ und „Seelischer Druck“. Dabei berichteten die Probanden aus der Gruppe BeWo seltener über ein unerfülltes Bedürfnis bei den Themen „Wohnsituation“ und „Tägliche Aktivitäten“, zudem bestanden im Themenfeld „Seelischer Druck“ weniger unerfüllte Bedürfnisse. In der Gruppe Klinik zeigten sich bei der Thematik „Ernährung“ und „Körperliche Gesundheit“ weniger Bedürfnisse.

Bei der mittels MANSA-Fragebogen gemessenen Lebensqualität wurde der mittlere Wert sämtlicher Items berechnet. Dabei zeigte sich im durchgeführten *t*-Test ein Trend gering über Signifikanzniveau zu höheren Werten bei der Gruppe BeWo als bei der Gruppe Klinik (siehe Tab. 3, $p = 0,055$). In der Untersuchung der einzelnen Items lag die „Zufriedenheit mit dem Leben insgesamt“ bei der Gruppe BeWo höher als in der Vergleichsgruppe. Ebenso war die Zufriedenheit mit dem Beruf respektive der Berentung in der Gruppe BeWo im Durchschnitt höher als in der Gruppe Klinik. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Wohnung/Unterkunft war in der Gruppe BeWo ebenfalls signifikant höher als in der Gruppe Klinik. Bei den dichotomen Items des Fragebogens berichteten

mehr Probanden aus der Gruppe Klinik über begangene Delikte im letzten Jahr als Probanden aus der Gruppe BeWo.

In der Auswertung des Fragebogens zur Partizipation (F-INK, Modul C) zeigte der Mittelwert aller Items im Gruppenvergleich keinen signifikanten Unterschied (siehe Tab. 3). Modul G zur Beurteilung der Inklusion zeigte lediglich einen statistischen Trend zu höheren Mittelwerten in der Gruppe BeWo als in der Gruppe Klinik ($p = 0,082$).

Hinsichtlich des Recovery-Prozesses zeigten sich keine signifikanten Unterschiede der Mittelwerte des SISR-Fragebogens zwischen den beiden untersuchten Probandengruppen (siehe Tab. 3).

Im fremdbeurteilten Funktionsniveau mittels GAF zeigten sich ebenfalls keine signifikanten Unterschiede im Gruppenvergleich, jedoch hatte die Gruppe BeWo im HoNOS Mittelwert im Durchschnitt weniger Defizite als die Probanden der Gruppe Klinik (siehe Tab. 4). Im Gruppenvergleich der einzelnen HoNOS Items zeigten sich signifikante Unterschiede in den Mittelwerten der „Probleme mit den Lebensbedingungen“ und den „Problemen mit Beschäftigungen und Aktivitäten“, wobei die Gruppe BeWo im Durchschnitt über geringere Defizite in den einzelnen Items verfügte.

Tab. 4 Fremdbeurteiltes Funktionsniveau

	Sucht Wohnform (n= 50) M (SD)	Hat Wohnform (n= 50) M (SD)	Statistik Chi ² T	df	p
GAF	58,1 (13,5)	52,8 (18,1)	MWU	–	0,177
HoNOS Mittelwert	1,5 (0,5)	1,2 (0,6)	2,744	95	0,007
Aggressives Verhalten	1,1 (1,2)	1,0 (1,4)	MWU	–	0,431
Selbstschädigung	0,7 (1,1)	0,6 (1,1)	MWU	–	0,348
Alkohol/Drogen	1,8 (1,7)	1,5 (1,7)	MWU	–	0,315
Kognitive Probleme	1,3 (1,1)	1,3 (1,7)	MWU	–	0,498
Körperliche Erkrankungen	1,3 (1,3)	1,7 (1,5)	MWU	–	0,192
Psychotische Symptome	0,9 (1,2)	0,8 (1,2)	MWU	–	0,751
Depressive Verstimmung	2,1 (0,9)	1,7 (1,3)	MWU	–	0,079
Andere psychische Verstimmung	1,2 (1,4)	0,9 (1,2)	MWU	–	0,271
Probleme mit Beziehungen	1,9 (1,3)	1,7 (1,4)	MWU	–	0,280
Probleme mit Aktivitäten des täglichen Lebens	1,5 (1,3)	1,2 (1,2)	MWU	–	0,208
Probleme mit Lebensbedingungen	2,5 (1,0)	0,9 (1,2)	MWU	–	<0,001
Probleme mit Beschäftigung und Aktivitäten	1,8 (1,2)	1,3 (1,4)	MWU	–	0,037

MWU Mann-Whitney-U-Test, M (SD) Mittelwert (Standardabweichung), Chi² T Chi-Quadrat-Test, p Signifikanzniveau, df Freiheitsgrade

Tab. 5 Pearson-Korrelationen

	Sucht Wohnform				Hat Wohnform			
	MANSA Mittelwert		Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse		MANSA Mittelwert		Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse	
	r	p	r	p	r	p	r	p
MANSA Mittelwert	–	–	–0,512	0,000	–	–	–0,588	0,000
Nicht gedeckte Bedürfnisse	–0,512	0,000	–	–	–0,588	0,000	–	–
Alter	–0,121	0,409	0,146	0,313	0,329	0,021	0,054	0,708
Inklusion (F-INK)	0,438	0,002	–0,254	0,075	0,645	0,000	–0,413	0,003
Partizipation (F-INK)	0,079	0,591	–0,306	0,031	0,201	0,167	–0,400	0,004
SISR Modul A	0,298	0,038	–0,139	0,336	0,592	0,000	–0,524	0,000
SISR Modul B	0,319	0,025	–0,041	0,779	0,558	0,000	–0,502	0,000
HoNOS:								
Probleme im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum	–0,021	0,889	0,293	0,043	–0,050	0,737	0,312	0,029
Kognitive Probleme	0,009	0,953	0,184	0,212	–0,274	0,059	0,305	0,033
Probleme im Zusammenhang mit depressiver Verstimmung	0,117	0,434	–0,038	0,797	–0,136	0,355	0,360	0,011
Probleme im Zusammenhang mit Beschäftigung und Aktivitäten	–0,117	0,434	0,161	0,275	–0,352	0,014	0,137	0,347

r Pearson-Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient, p Signifikanzniveau

Korrelative Analysen

Korrelationsanalysen in der gesamten Stichprobe ergaben signifikante negative Zusammenhänge zwischen dem MANSA-Mittelwert aller Items und der im CAN-EU-Fragebogen gemessenen Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse ($r = -0,573$, $p < 0,001$) sowie dem MANSA Mittelwert und der Gesamtzahl aller befriedigten und unbefriedigten Bedürfnisse ($r = -0,395$, $p < 0,001$). Keine signifikante Korrelation zeigte sich

hingegen zwischen der Anzahl erfüllter Bedürfnisse und dem MANSA Mittelwert. Ebenfalls korrelierte der HoNOS Mittelwert signifikant mit der Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse im CAN-EU-Fragebogen ($r = 0,375$, $p < 0,001$) und dem MANSA Mittelwert ($r = -0,212$, $p = 0,035$).

In weiterführenden Analysen zur Fragestellung, welche Faktoren die Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse sowie die Lebensqualität beeinflussen, haben wir für beide Stichproben getrennt Korrelationskoeffizien-

ten berechnet. Dabei verwendet wurden die Variablen Alter, Inklusion, Partizipation, das selbsteingeschätzte Recovery-Niveau sowie die HoNOS Items 1–7 und 10 (siehe Tab. 5). Darin zeigten sich auch in den einzelnen Probandengruppen jeweils signifikante negative Korrelationen zwischen dem MANSA Mittelwert und der Anzahl ungedeckter Bedürfnisse. In der Gruppe BeWo korrelierte der MANSA Mittelwert signifikant mit dem Probandenalter ($p=0,021$), wobei dies in der Gruppe Klinik nicht beobachtet wurde. In Bezug auf die Inklusion korrelierte in beiden Gruppen der MANSA Mittelwert mit signifikant höheren Werten bei der Inklusion. In der Gruppe BeWo zeigte sich zudem eine signifikante negative Korrelation zwischen Inklusion und Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse, wobei sich dieser Effekt in der Gruppe Klinik lediglich auf Trend-Niveau ($p=0,075$) bestätigte. Bei der Betrachtung der Partizipation zeigten sich in beiden Gruppen signifikante negative Korrelationen in Bezug auf die Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse, keine Korrelationen zeigten sich in Bezug auf den MANSA Mittelwert. Die gemessenen Werte in den Modulen A und B des SISR-Fragebogens korrelierten in beiden Probandengruppen mit dem MANSA Mittelwert, zudem zeigten sich für beide Module negative Korrelation mit der Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse in der Gruppe BeWo. Bei den HoNOS Items zeigten sich signifikante Korrelationen im Abschnitt „Probleme mit Alkohol- und Drogenkonsum“ mit der Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse. Die Variable „Kognitive Probleme“ korrelierte in der Gruppe BeWo negativ mit dem MANSA Mittelwert auf Trend-Niveau ($p=0,059$), vermehrte Probleme in diesem Bereich gingen mit einer signifikant höheren Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse einher. Ebenfalls signifikant korrelierten in dieser Gruppe „Probleme mit depressiver Verstimmung“ mit einer höheren Anzahl unbefriedigter Bedürfnisse. Bei der HoNOS Variable „Probleme mit Beschäftigung und Aktivitäten“ zeigte sich eine signifikante negative Korrelation mit dem MANSA Mittelwert in der Gruppe BeWo.

Diskussion

Die aufgestellte Haupthypothese, dass Probanden in der Klinik auf der Suche nach einer betreuten Wohnform vermehrt unerfüllte Bedürfnisse haben, kann mithilfe der vorliegenden Daten bestätigt werden. Vor dem Hintergrund, dass eine Hospitalisation auf einer Akutstation zumeist im Rahmen einer akuten Krise erfolgt, erscheinen die vermehrten unbefriedigten Bedürfnisse aus der Kategorie „Seelischer Druck“ zudem als plausibel. Gleichwohl zeigten sich keine Unterschiede in der Gesamtzahl an vorhandenen Bedürfnissen, dies widerspiegelt möglicherweise die bislang ungeklärten Zusammenhänge zwischen Erkrankung, Schweregrad sowie Einschränkungen und der Anzahl befriedigter und unbefriedigter Bedürfnisse [23]. Es konnten mögliche Defizite von Probanden

aufgezeigt werden, welche einen Zusammenhang mit der Anzahl unerfüllter Bedürfnisse haben. So scheint ein Problem im Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum sowohl in der Gruppe Klinik, wie auch in der Gruppe BeWo mit vermehrten unerfüllten Bedürfnissen einherzugehen. Zudem zeigen unsere Daten, dass bei Probanden in betreuter Wohnform mit kognitiven Problemen und Problemen in Zusammenhang mit depressiver Verstimmung vermehrt unerfüllte Bedürfnisse haben. Mit einer geringeren Anzahl unerfüllter Bedürfnisse gingen hingegen in beiden Gruppen höhere Werte im Bereich der Partizipation einher. In Bezug auf die Inklusion konnte in der Gruppe BeWo ein Zusammenhang zwischen höheren Inklusionswerten und weniger unerfüllten Bedürfnissen nachgewiesen werden, wobei sich dieser in der Gruppe Klinik lediglich auf Trend-Niveau bestätigte. Einen Zusammenhang zwischen weiter fortgeschrittenem Recovery-Prozess und geringeren unerfüllten Bedürfnissen ließ sich interessanterweise lediglich in der Gruppe BeWo aufzeigen, nicht jedoch bei Probanden aus der Gruppe Klinik.

Die zweite Haupthypothese, dass Probanden in der Klinik auf der Suche nach einer betreuten Wohnform eine tiefere Lebensqualität aufweisen, lässt sich nur auf Niveau eines statistischen Trends bestätigen. Der Einfluss der Zufriedenheit mit der Wohnsituation auf die empfundene gesamte Lebensqualität wurde in der Literatur jedoch früher bereits beschrieben [24], der statistische Trend zu höherer Lebensqualität in betreuter Wohnform könnte demnach auf die Korrektheit dieser These hinweisen. Dem widersprechen die Resultate der Studie von Richter et al. (2010), worin sich keine messbaren Unterschiede in der Lebensqualität von Bewohnern unterschiedlich hoch betreuter Wohnformen zeigten [12]. So sind in der Lebensqualitätsforschung Adaptionsprozesse bekannt, wobei höher beschriebene Lebensqualität nicht nur auf realen Verbesserungen der eigenen Situation sondern auch auf erfolgreichen Anpassungsprozessen an deprivierende Lebensumstände basieren kann [25]. Eine Erklärung für den in unserer Studie aufgetretenen Trend zu tieferer Lebensqualität während dem Zeitraum der Behandlung auf einer Akutstation ist die zumeist gegebene Situation einer Krankheitsexazerbation. Unsere Studie zeigte einen Zusammenhang zwischen der subjektiv empfundenen Lebensqualität und der Anzahl unerfüllter Bedürfnisse, wobei in beiden Probandengruppen weniger unerfüllte Bedürfnisse mit einer erhöhten Lebensqualität einhergingen. Diesen Zusammenhang zeigten bereits Hansson et al. (2003), wobei die Autoren ebenfalls keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl erfüllter Bedürfnisse und der subjektiven Lebensqualität fanden [26]. Weiter gingen ebenfalls in beiden Gruppen erhöhte Werte im Bereich der Inklusion mit einer höher bewerteten Lebensqualität einher, jedoch konnte kein Zusammenhang zwischen der Partizipation und der empfundenen Lebensqualität aufgezeigt werden.

Ein Zusammenhang zwischen einzelnen Defiziten im HoNOS Fragebogen und der subjektiven Lebensqualität in den einzelnen Gruppen Klinik und BeWo konnte lediglich in der Gruppe BeWo bei „Problemen in Zusammenhang mit Beschäftigung und Aktivitäten aufgezeigt werden“, wobei in dieser Kategorie fremdbeurteilt höhere Defizite mit einer geringeren subjektiven Lebensqualität des Probanden einhergingen. Während über die gesamte Studienpopulation ein aus der Literatur bekannter Zusammenhang zwischen vermehrten fremdbeurteilten Defiziten und niedrigerer subjektiver Lebensqualität aufgezeigt werden konnte [27], lassen sich diese Resultate in den einzelnen Probandengruppen und den einzelnen HoNOS Items nicht reproduzieren. Eine mögliche Erklärung dafür könnte die moderate Probandenzahl in den beiden Probandengruppen sein. Aus unseren Daten ist zudem erkennbar, dass ein weiter fortgeschrittener Recovery-Prozess mit erhöhter subjektiver Lebensqualität einhergeht. Dies erscheint plausibel, so beschreiben unter anderem Young et al. (1999) und Corrigan et al. (2004) die subjektive Lebensqualität als Teil des Recovery-Prozesses [28, 29].

Die Nebenhypothese, dass Probanden in betreuter Wohnform höhere Resultate im Bereich der Partizipation und Inklusion aufweisen, kann insgesamt nicht bestätigt werden. Diese Resultate unterstützen die These, dass die ehemals intendierte Rehabilitation mittels Prinzip der Stufenleiter nicht oder zu wenig erreicht wird [10].

Das mittels GAF gemessene Funktionsniveau zeigte in dieser Studie keine Unterschiede zwischen den Gruppen Klinik und BeWo, jedoch verfügte die Gruppe in betreuter Wohnform über geringere Defizite. Richter et al. (2010) beschreiben in ihrer Studie ebenfalls eine Abnahme der gemessenen Defizite mit zunehmender Öffnung der Wohnform. Dass beim verwendeten Instrument HoNOS in unserer Studie jedoch lediglich die Frage nach Problemen im Bereich der Lebensumstände signifikante Unterschiede zeigte, legt den Schluss nahe, dass die Problematik einer ausstehenden Wohnlösung dabei einen maßgeblichen Einfluss auf den gemessenen Gesamtscore des Fragebogens hat. Der Trend zu vermehrten Defiziten im Bereich „Probleme mit depressiver Verstimmung“ bei der Gruppe Klinik kann zudem möglicherweise vor dem Hintergrund der akuten Erkrankung interpretiert werden.

Im Gruppenvergleich zeigten sich im gemessenen Recovery-Fortschritt zwischen den Probanden in der Klinik und im betreuten Wohnen keine signifikanten Unterschiede. In der Literatur finden sich bislang wenige Untersuchungen, die sich mit dieser Frage beschäftigten. In einer Untersuchung von Tsemberis et al. (2012) konnte bei einer Platzierung von Probanden mit Dualdiagnosen nach Langzeitobdachlosigkeit ein Fortschritt im Recovery-Prozess festgestellt werden [30]. Das unterschiedliche Studiendesign sowie die unterschiedlichen Patientencharakteristika las-

sen Rückschlüsse und Vergleiche mit unserer Studie jedoch nur in sehr begrenztem Masse zu.

Die von uns durchgeführte Studie hat mehrere Limitationen, wobei zwei davon besonders hervorzuheben sind. Zum einen ist der Rekrutierungsprozess der Probanden bedingt durch die Anfrage über die Leitungen der Wohninstitutionen nicht durchgängig nachvollziehbar. So konnte die Anzahl angefragter möglicher Probanden und insbesondere solcher, welche sich gegen eine Teilnahme entschieden haben, nicht erhoben werden, was das Risiko eines Selektions-Bias birgt und die Repräsentationsfähigkeit der Studie in Frage stellt. Zum anderen wäre für die exaktere Vergleichbarkeit der beiden vorhandenen Probandengruppen eine weitere Gruppe von Patienten auf einer Akutstation mit vorhandener betreuter Wohnform wünschenswert. Dies vor allem, um die gemessenen Resultate präziser in den Kontext der Bedeutung der vorhandenen respektive nicht vorhandenen betreuten Wohnform zu stellen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Probanden in betreuter Wohnform über weniger unerfüllte Bedürfnisse verfügen und die Anzahl unerfüllter Bedürfnisse sowie die Inklusion einen Zusammenhang mit der subjektiv empfundenen Lebensqualität aufweisen. Eine höhere Lebensqualität sowie Fortschritte im Bereich der Inklusion bei Probanden in vorhandener betreuter Wohnform ließen sich jedoch nicht nachweisen. Ein Paradigmenwechsel in der psychiatrischen Rehabilitation hin zur „unterstützten Inklusion“ mit dem Ansatz „housing first“ könnte daher vor dem Hintergrund unserer und der vorliegenden nordamerikanischen Daten einen bedeutenden Mehrwert für die Betroffenen bedeuten. Gleichwohl würde sich dabei die Rolle der betreuten Wohninstitutionen nach bisherigem Vorbild deutlich verändern, in ihrer heutigen Form würden sie gemäß Richter et al. erst nach erfolglosem Versuch zur unterstützten Inklusion Verwendung finden [10, 14, 15].

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt L. Wartmann, M. Hartmann-Riemer, N. Dinevski, J. Siemerker, R. Fröbel, E. Seifritz und M. Jäger geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Die Studie wurde durch die kantonale Ethikkommission des Kantons Zürich genehmigt und gemäß der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Die Auswertung der Daten erfolgte pseudonymisiert und von allen teilnehmenden Probanden wurde eine schriftliche Einwilligung nach erfolgter Aufklärung unterzeichnet.

Literatur

1. Kahlmeier S, Schindler C, Grize L, Braun-Fahrlander C. Perceived environmental housing quality and wellbeing of movers. *J Epidemiol Community Health*. 2001;55(10):708–15.
2. Evans GW, Wells NM, Moch A. Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *J Soc Issues*. 2003;59(3):475–500.

3. March D, Hatch SL, Morgan C, Kirkbride JB, Bresnahan M, Fearon P, et al. Psychosis and place. *Epidemiol Rev.* 2008;30(1):84–100.
4. Gruebner O, Rapp MA, Adli M, Kluge U, Galea S, Heinz A. Cities and mental health. *DtschArztebl Int.* 2017;114(8):121.
5. Bitter D, Entenfellner A, Matschnig T, Frottier P, Frühwald S. Da-Heim im Heim!? *Psychiatr Prax.* 2009;36(06):261–9.
6. Leifse M, Kallert TW. Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. *Psychiatr Prax.* 2001;28(01):10–7.
7. Jäger M, Theodoridou A, Hoff P, Rössler W. Schnittstelle psychiatrische Akutstationen und betreute Wohneinrichtungen-Charakteristika von Patienten mit langen Klinikaufenthalten. *Psychiatr Prax.* 2013;40(08):439–46.
8. Richter D, Hoffmann H. Preference for independent housing of persons with mental disorders: systematic review and meta-analysis. *Adm Policy Ment Health.* 2017; 1–7. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0791-4>.
9. Tanzman B. An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services. *Psychiatr Serv.* 1993;44(5):450–5.
10. Richter D, Hertig R, Hoffmann H. Psychiatrische Rehabilitation – von der Stufenleiter zur unterstützten Inklusion. *Psychiatr Prax.* 2016;43(08):444–9.
11. Tsemberis S. From streets to homes: an innovative approach to supported housing for homeless adults with psychiatric disabilities. *J Community Psychol.* 1999;27(2):225–41.
12. Richter D. Evaluation des stationären und ambulanten betreuten Wohnens psychisch behinderter Menschen in den Wohnverbänden des Landschaftsverbands Westfalen-Lippe. *Psychiatr Prax.* 2010;37(03):127–33.
13. Valdes-Stauber J, Kilian R. „Behandelt und gefördert oder verwahrt und vergessen“ – Die psychiatrische Versorgung der Bewohner eines psychiatrischen Heimes im Längsschnitt. *Psychiatr Prax.* 2011;38(07):329–35.
14. Aubry T, Tsemberis S, Adair CE, Veldhuizen S, Streiner D, Latimer E, et al. One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. *Psychiatr Serv.* 2015;66(5):463–9.
15. Stergiopoulos V, Gozdzik A, Misir V, Skosireva A, Connelly J, Sarang A, et al. Effectiveness of housing first with intensive case management in an ethnically diverse sample of homeless adults with mental illness: a randomized controlled trial. *PLoS ONE.* 2015; <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130281>.
16. Dilling H, Mombour W, Schmidt M. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch diagnostische Leitlinien. 10. Aufl. Bern: Hogrefe; 2015.
17. Andreas S, Harfst T, Rabung S, Mestel R, Schauenburg H, Hausberg M, et al. The validity of the German version of the Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-D): a clinician-rating for the differential assessment of the severity of mental disorders. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2010;19(1):50–62.
18. Hall RC. Global assessment of functioning: a modified scale. *Psychosomatics.* 1995;36(3):267–75.
19. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway E, Wykes T, et al. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry.* 1995;167(5):589–95.
20. Schützwohl M, Souza PM, Rackel Y. Fragebogen zur Erfassung von Partizipation und sozialer Inklusion chronisch psychisch erkrankter Menschen (F-INK). *Psychiatr Prax.* 2017;44(02):65–74.
21. Andresen R, Caputi P, Oades LG. Do clinical outcome measures assess consumer-defined recovery? *Psychiatry Res.* 2010;177(3):309–17.
22. Priebe S, Huxley P, Knight S, Evans S. Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *Int J Soc Psychiatry.* 1999;45(1):7–12.
23. Joska J, Flisher AJ. The assessment of need for mental health services. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(7):529–39.
24. Nelson G, Sylvestre J, Aubry T, George L, Trainor J. Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness. *Adm Policy Ment Health.* 2007;34(2):89–100.
25. Franz M, Meyer T, Gallhofer B. Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten. *Psychiatr Prax.* 2002;29(6):306–10.
26. Hansson L, Sandlund M, Bengtsson-Tops A, Bjarnason O, Karlsson H, Mackeprang T, et al. The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study. *Nord J Psychiatry.* 2003;57(1):5–11.
27. Fakhoury WK, Priebe S. Subjective quality of life: It's association with other constructs. *Int Rev Psychiatry.* 2002;14(3):219–24.
28. Young SL, Ensing DS. Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J.* 1999;22(3):219.
29. Corrigan PW, Salzer M, Ralph RO, Sangster Y, Keck L. Examining the factor structure of the recovery assessment scale. *Schizophr Bull.* 2004;30(4):1035.
30. Tsemberis S, Kent D, Respress C. Housing stability and recovery among chronically homeless persons with co-occurring disorders in Washington, DC. *Am J Public Health.* 2012;102(1):13–6.