



# Die Prävalenz psychisch Kranker in den Wohneinrichtungen für Erwachsene der Stadt Zürich

Daten und Analyse  
der WOPP-Studie 2013

## **Herausgeberin**

Stadt Zürich  
Gesundheits- und Umweltdepartement  
Städtische Gesundheitsdienste  
Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik  
Postfach  
8021 Zürich

Telefon 044 412 48 00  
Fax 044 362 12 13  
[www.stadt-zuerich.ch/sgd](http://www.stadt-zuerich.ch/sgd)  
[www.stadt-zuerich.ch/ppz](http://www.stadt-zuerich.ch/ppz)  
[gabriela.baumgartner-nietlisbach@zuerich.ch](mailto:gabriela.baumgartner-nietlisbach@zuerich.ch)

VerfasserIn: Dr. phil. Gabriela Baumgartner-Nietlisbach, Dr. med. David Briner  
Gestaltung: [pooldesign.ch](http://pooldesign.ch)  
Korrektorat: [fehlervogel.ch](http://fehlervogel.ch)  
Druck: Gutenberg Druck AG, Lachen  
Auflage: 450 Exemplare  
Copyright: Städtische Gesundheitsdienste, 2014

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	2
<b>1. Management Summary</b>	4
<b>2. Ausgangslage</b>	6
2.1 Entwicklungen in der Psychiatrieversorgung	6
2.2 Zunahme psychisch Kranker in den Wohneinrichtungen der Stadt Zürich	6
2.3 Projektauftrag	6
<b>3. Ziele und Fragestellung</b>	7
<b>4. Methodik</b>	8
4.1 Beteiligte Institutionen	8
4.2 Stichprobe	9
4.3 Erhebungsmethoden	9
<b>5. Ergebnisse</b>	13
5.1 Soziodemografische Merkmale	13
5.2 Diagnosen	16
5.3 Body-Mass-Index (BMI)	17
5.4 Fremdbeurteilung: HoNOS und GAF	18
5.5 Selbst wahrgenommene Gesundheit	19
<b>6. Diskussion</b>	23
6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse	23
6.2 Limitationen	24
<b>7. Schlussfolgerung</b>	25
<b>Dank</b>	26
<b>Glossar/Abkürzungen</b>	26
<b>Literatur</b>	27
<b>Autorin und Autor</b>	28

## Vorwort

Liebe Leserin, lieber Leser



Mein Zuhause bedeutet mir viel. Es vermittelt Sicherheit und Geborgenheit, Rückzugsmöglichkeit und Erholung und bietet ausserdem Raum für Gastfreundschaft und Entfaltung. Das eigene Zuhause ist für viele Menschen ein Anker im sonst so hektischen Leben.

In Zürich leben viele Personen ohne eigenen Wohnraum und sind auf Unterstützung im Bereich Wohn- und Sozialhilfe angewiesen. Wohnungs- und Obdachlose in Zürich sind aber nicht nur Menschen ohne eigenen Wohnraum. Wie die vorliegende Studie zeigt, leiden beinahe alle diese Personen an einer psychischen Krankheit. Ein Grossteil davon – und das hat mich betroffen gemacht – ist gesundheitlich und sozial sogar schwerer belastet als stationäre PatientInnen der Psychiatrischen Universitätsklinik. Die von der Stadt Zürich unterstützten Personen benötigen also nicht nur ein Dach über dem Kopf, sondern je nach Situation zusätzlich ärztliche, psychiatrische, soziale und pflegerische Hilfe.

Wir wissen von anderen Untersuchungen, dass Wohnungslosigkeit und psychische Krankheit häufig miteinander vergesellschaftet sind. Im Einzelfall ist oft unklar, welches der beiden Probleme zuerst da war. Sicher ist, dass sie in Wechselwirkung zueinander stehen und sich gegenseitig verstärken können.

Umso wichtiger ist es, dass die Hilfsangebote auf beiden Ebenen ansetzen. Die Zusammenarbeit zwischen Sozialdepartement und Gesundheits- und Umweltdepartement im Bereich der ambulanten und mobilen psychiatrischen Hilfe in den Wohneinrichtungen zeigt, wie Kooperationen über die Zuständigkeitsgrenzen von Medizin und Sozialwesen hinaus gelingen können, zum Wohle der schwächsten Mitglieder unserer Gesellschaft.

Claudia Nielsen, Stadträtin  
Vorsteherin Gesundheits- und Umweltdepartement

Liebe Leserin, lieber Leser

Konfrontiert mit einem etwas abgerissenen Betrunkenen, der am helllichten Tag auf der Parkbank Bierbüchsen leert, sind sich Herr und Frau Zürcher schnell einig: ein Obdachloser. Problem: Man kann einem Menschen seine Wohnsituation – wie er wohnt, wo er wohnt, ob er wohnt – nicht ansehen. Sehr gut möglich, dass der Betrunkene in einem Appartementzimmer lebt, während der unscheinbare Pasant, der soeben an der Parkbank vorbeigeht, keine Ahnung hat, wo er heute Nacht unterkommt. Die Fachwelt weiss, dass es sich bei «Obdachlosen» nicht um eine einfach eingrenzbar soziale Gruppe handelt, sondern um Einzelpersonen, die sich aus individuellen Gründen in einer überaus prekären Wohnsituation befinden: Obdachlosigkeit wird als Symptom begriffen – wer die Situation der Betroffenen verbessern will, muss nach den individuellen Ursachen fragen.



Die vorliegende Studie zeigt deutlich, wie verbreitet psychische Erkrankungen bei den Klientinnen und Klienten der städtischen Wohnintegration sind. Dieses Resultat hat uns nicht sehr überrascht: die städtische Wohnintegration hat sich bereits vor mehreren Jahren auf diese Tatsache eingestellt und eine starke Zusammenarbeit mit Fachdiensten – insbesondere mit dem PPZ – aufgebaut. Dass hingegen «unsere» Klientinnen und Klienten, verglichen mit jenen der klinischen Kontrollgruppe, gravierendere Krankheitsbilder zeigen, stimmt nachdenklich. Wir lesen die Studie als Aufforderung, den eingeschlagenen Weg weiterzuverfolgen und uns auch in Zukunft stark auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit abzustützen.

Rolf Schuppli  
Bereichsleiter Wohnen und Obdach  
Sozialdepartement

## 1. Management Summary

Seit mehreren Jahren ist in den Wohneinrichtungen der Stadt Zürich eine Zunahme psychisch schwer kranker und ungenügend behandelter Personen zu beobachten. In einer Umfrage wurde der Anteil dieser Gruppe auf ca. 15 bis 20% der BewohnerInnen geschätzt. Die betroffenen Personen sind selbst in den niederschwelligsten Wohneinrichtungen schwierig zu betreuen und beeinträchtigen den Betrieb durch ihr Verhalten oft erheblich. Viele Betriebe kommen an die Grenzen ihrer Tragfähigkeit und müssen Aufnahmesperren für einzelne Personen aussprechen. Seitens der Wohneinrichtungen werden die Schwierigkeiten auf mehrere Faktoren zurückgeführt. Als besonders problematisch werden die zu kurzen stationären Aufenthalte schwer kranker Personen erachtet, welche oft ungenügend behandelt und zu instabil aus der Klinik entlassen würden.

Im Jahr 2018 wird in der Psychiatrie die leistungsorientierte Spitalfinanzierung eingeführt. Ab diesem Zeitpunkt ist mit noch kürzeren Aufenthaltszeiten in den Kliniken und infolgedessen mit stärkerem Druck auf die Wohneinrichtungen zu rechnen.

In der Schweiz fehlen bislang Daten zum psychischen Gesundheitszustand von Menschen ohne eigenen Wohnraum. Hauptziel der vorliegenden Studie war, im Rahmen einer einmaligen Untersuchung psychiatrische Diagnosen und weitere relevante Gesundheitsaspekte bei BewohnerInnen städtischer Wohneinrichtungen zu erfassen, wobei auch Angaben zur selbst wahrgenommenen Gesundheit und zum Verhalten hinsichtlich der Inanspruchnahme vorhandener Versorgungsangebote mit einbezogen wurden. Die Studie beschränkte sich auf Erwachsene und untersuchte die vier Wohneinrichtungen *Begleitetes Wohnen (BeWo)*, *Betreutes Wohnen City (Bewo City)*,

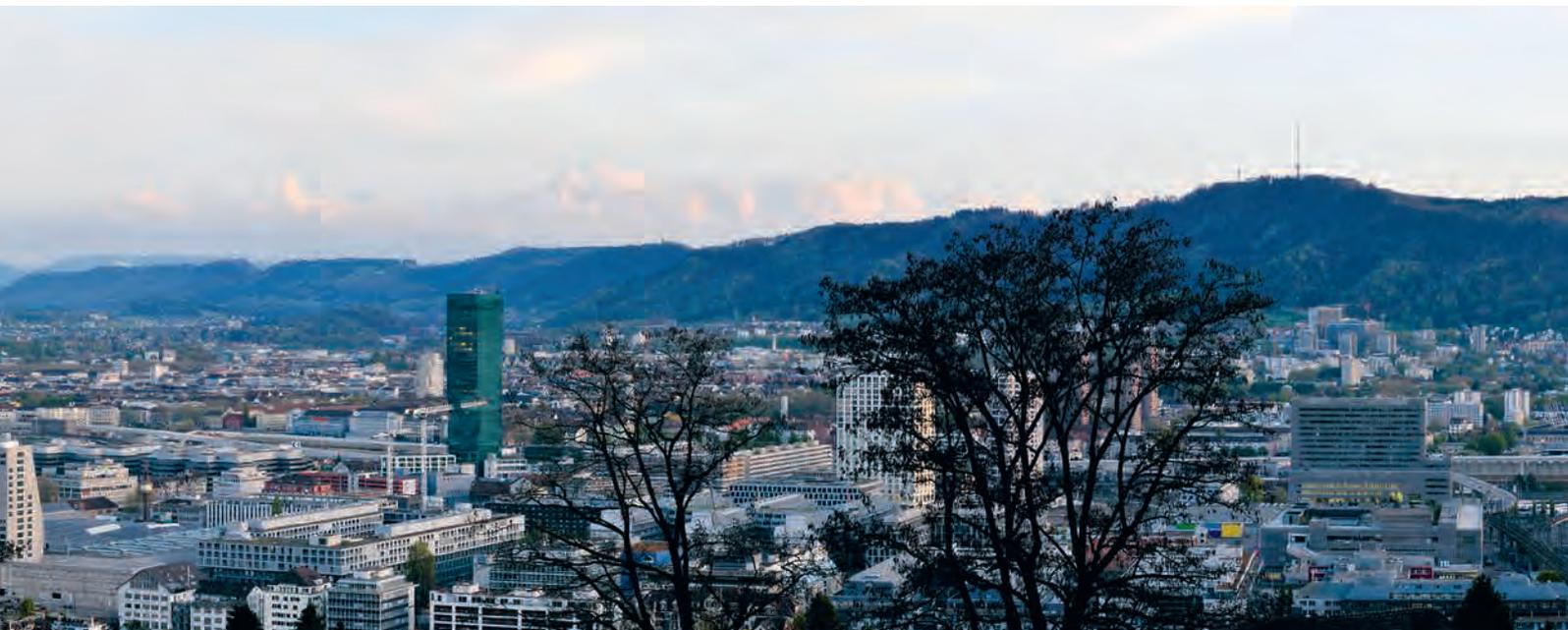


*Notschlafstelle* und die *Nachtpension*. Von rund 460 Personen konnten insgesamt 338 befragt werden.

#### **Zusammenfassung der wichtigsten Resultate**

- 96 % aller befragten Personen erfüllten die Kriterien mindestens einer psychiatrischen Diagnose. Werden die Suchterkrankungen nicht gezählt, waren immer noch 61 % der befragten Personen von mindestens einer psychiatrischen Krankheit betroffen.
- Im direkten Vergleich mit PatientInnen der Akutstationen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) zeigten die BewohnerInnen der Wohneinrichtungen durchschnittlich ein tieferes Funktionsniveau und waren schwerer belastet.
- Subjektiv hatten 70 % der Teilnehmenden ein dauerhaftes gesundheitliches Problem, wobei sich 40 % aller Befragten gut oder sehr gut und 20 % schlecht respektive sehr schlecht fühlten.
- 30 % der Teilnehmenden waren gemäss Body-Mass-Index übergewichtig, 20 % adipös und rund 7 % untergewichtig.
- 90 % aller befragten Personen hatten in den letzten sechs Monaten eine medizinische Fachperson konsultiert, 50 % waren bei einem Hausarzt und 20 % bei einem Psychiater.
- 73 % aller befragten Personen nahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung regelmässig Psychopharmaka ein.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass die Prävalenz (Häufigkeit) psychischer Erkrankungen bei den befragten Personen weit höher liegt als angenommen und dass diese Personen im Allgemeinen stärker eingeschränkt sind als eine vergleichbare Population von AkutpatientInnen der PUK. Die Versorgung dieser schwer kranken Personen ist dank verschiedener psychiatrischer und somatischer Angebote aber weitgehend gesichert.



## 2. Ausgangslage

### 2.1 Entwicklungen in der Psychiatrieversorgung

Die Behandlung psychisch schwer kranker Menschen fand früher fast ausschliesslich in Kliniken statt. Im Rahmen der Enthospitalisierungsbemühungen und unter dem Grundsatz «ambulant vor stationär» verlagerte sich die Behandlung in den letzten Jahren zunehmend in den gemeindenahen Raum. Im Zusammenhang damit entstanden neue Formen ambulanter und mobiler psychiatrischer Hilfen sowie ein breites Angebot betreuter Wohneinrichtungen.

### 2.2 Zunahme psychisch Kranker in den Wohneinrichtungen der Stadt Zürich

Nicht überall konnte der Ausbau des ambulanten Sektors und der Langzeiteinrichtungen mit der Reduktion stationärer Einheiten Schritt halten. Seit mehreren Jahren ist in den Wohneinrichtungen der Stadt Zürich eine Zunahme psychisch schwer kranker und ungenügend behandelter Personen zu beobachten. In einer Umfrage durch das Begleitete Wohnen im Dachnetz, einem Forum Zürcher Wohneinrichtungen, wurde der Anteil dieser Gruppe auf ca. 15 bis 20 Prozent der KlientInnen geschätzt. Es handelt sich um Personen mit Schizophrenie oder einer Persönlichkeitsstörung, häufig in Kombination mit einer Suchtproblematik. Die besagte Klientengruppe ist selbst in den niederschwelligsten Wohneinrichtungen (z.B. Notschlafstellen) schwierig zu betreuen und beeinträchtigt den Betrieb durch ihr Verhalten oft erheblich. Viele Betriebe kommen an die Grenzen ihrer Tragfähigkeit und müssen Aufnahmesperrern für einzelne Personen aussprechen.

Seitens der Wohneinrichtungen werden die Schwierigkeiten auf mehrere Faktoren zurückgeführt. Als besonders problematisch werden die zu kurzen stationären Aufenthalte schwer kranker Personen erachtet, welche oft ungenügend behandelt und zu instabil aus der Klinik entlassen würden.

Im Jahr 2018 wird in der Psychiatrie die leistungsorientierte Spitalfinanzierung eingeführt (Projekt TARPSY, analog DRG in der Somatik). Ab diesem Zeitpunkt ist mit noch kürzeren Aufenthaltszeiten in den Kliniken und infolgedessen mit stärkerem Druck auf die Wohneinrichtungen zu rechnen.

### 2.3 Projektauftrag

Bislang fehlen in der Stadt Zürich und auch in der übrigen Schweiz Daten, die Rückschlüsse auf den psychischen Gesundheitszustand von Menschen ohne eigenen Wohnraum zulassen. Aufgrund der fehlenden Daten und den oben erwähnten Beobachtungen wurde die PPZ (Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich; ehemals PPD) vom ehemaligen Stadtärztlichen Dienst und den Sozialen Einrichtungen und Betrieben mit der Durchführung dieser Studie beauftragt. Die Abkürzung WOPP setzt sich zusammen aus den Namen der Geschäftsbereiche «Wohnen und Obdach» und «Psychiatrisch-Psychologischer Dienst».

### 3. Ziele und Fragestellung

Ziel der Studie war es, bei möglichst allen BewohnerInnen städtischer Wohneinrichtungen Daten zu ihrem aktuellen Gesundheitszustand zu erheben. Im Rahmen einer einmaligen Untersuchung sollten die Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie weitere relevante Gesundheitsaspekte erfasst werden.

Die Hauptfragestellung lautete: Wie sieht der objektive und subjektive Gesundheitszustand der BewohnerInnen aus? Diese Fragestellung beinhaltet mehrere Aspekte: Wie viele Personen erfüllen gemäss internationalen Klassifikationssystemen die Diagnosekriterien einer psychiatrischen Störung? Worin unterscheiden sich die BewohnerInnen der vier untersuchten Wohneinrichtungen? Wie schätzen sie selbst ihre körperliche und psychische Gesundheit ein, und welche Versorgungsmöglichkeiten nehmen sie bereits in Anspruch oder würden dies bei Bedarf tun?

Aus dem Geschäftsbereich «Wohnen und Obdach» wurden die drei Institutionen der Wohnintegration für Erwachsene und die Notschlafstelle, deren Angebot sich ebenfalls an Erwachsene richtet, ausgewählt. Da sich die Untersuchung auf Erwachsene beschränkt, haben die «Betreuten Jugendwohngruppen» und die «Wohnintegration für Familien» an der Studie nicht teilgenommen.

Von der kantonalen Ethikkommission Zürich wurde der Studie im Herbst 2011 eine Unbedenklichkeitserklärung erteilt.



## 4. Methodik

Im Folgenden werden die an der Studie beteiligten Wohneinrichtungen, die Stichprobe und die Erhebungsmethoden vorgestellt.

### 4.1 Beteiligte Institutionen

Das *Begleitete Wohnen* (BeWo) verfügt über rund 350 Plätze an 24 Standorten, die über das gesamte Stadtgebiet verteilt sind. Bei diesem Angebot handelt es sich um möblierte Einzelzimmer in Wohnungen und Appartements; es richtet sich an Einzelpersonen mit psychischen Beeinträchtigungen oder Suchtmittelabhängigkeit, die nicht in der Lage sind, Obdachlosigkeit aus eigener Kraft abzuwenden oder zu überwinden. Eine Verbesserung der Gesamtsituation einschliesslich Förderung der sozialen Integration soll die nötigen Voraussetzungen für den Übertritt in eine Wohnung auf dem freien Wohnungsmarkt schaffen. Zum Betreuungsangebot gehören regelmässige Hausbesuche durch Fachpersonen aus den Bereichen Sozialpädagogik, Sozialarbeit und Psychiatrie, wobei in der Regel einmal wöchentlich ein Besuch durch die Wohnbegleiterin oder den Wohnbegleiter stattfindet. Wenn nötig, werden Massnahmen zur Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes sowie zur Krisenintervention eingeleitet. Die Beherbergungs- und Betreuungsverträge sind auf vier bis zwölf Monate befristet. Diese Verträge können je nach Verhalten und Gesundheitszustand der KlientInnen befristet erneuert werden. Die gesamte Aufenthaltsdauer ist unbefristet.

Das *Betreute Wohnen City* (Bewo City) ist ein betreutes Wohnheim für sozial desintegrierte, psychisch und körperlich beeinträchtigte Menschen mit Suchtmittelabhängigkeit – für Personen, die nicht in der Lage sind, sich an Abstinenzgebote zu halten und sich in eine Gemeinschaft einzufügen. Das Bewo City an der Gerechtigkeitsgasse richtet sich an Personen mit langjähriger Abhängigkeit von Heroin und Kokain, das Bewo City an der Feldstrasse beherbergt Menschen mit Alkoholproblematik. Beide Einrichtungen bieten unbefristet möblierte Einzelzimmer und durchgehende fachliche Betreuung an.

Die *Notschlafstelle* bietet obdachlosen Menschen für eine begrenzte Zeitdauer ein Bett für die Nacht, Verpflegung und eine Waschgelegenheit. Mit Hilfe von dort arbeitenden Fachpersonen werden Massnahmen getroffen, um physische und psychische Verwahrlosungsprozesse aufzuhalten. Die *Nachtpension* bietet Unterkunft in möblierten Zimmern an und richtet sich an Langzeitnutzende der Notschlafstelle. Häufig handelt es sich um Menschen, die sich gegen eine dauerhafte Wohnlösung wehren oder in bestehenden Einrichtungen nicht aufgenommen werden. Tagsüber bleibt die Nachtpension geschlossen. Die PPZ bietet bei all diesen Wohneinrichtungen Sprechstunden für die BewohnerInnen an. Für körperliche Probleme steht zudem ein Allgemeinarzt zur Verfügung.

## 4.2 Stichprobe

Zwischen März 2012 und März 2013 konnten insgesamt 338 Personen im Alter von 20 bis 82 Jahren befragt werden. Im BeWo konnten 259 Personen befragt werden, was einer Rücklaufquote von 68 % entspricht. Im Bewo City nahmen 45 Personen an der Studie teil, was eine Rücklaufquote von 80 % ergibt. In der Nachtpension machten 13 Personen bei der Studie mit, was einer Rücklaufquote von 84 % entspricht. In der Notschlafstelle konnten insgesamt 21 Personen befragt werden.

**Tabelle 1:** Stichprobe und Rücklaufquote

	Gesamt	BeWo	Bewo City	Nacht-pension	Notschlaf-stelle
Anzahl Plätze	460	342	47	20	52
Befragte Personen	338	259	45	13	21
Rücklaufquote <sup>1</sup>	–	68 %	80 %	84 %	–

<sup>1</sup> Die Berechnung der Rücklaufquote berücksichtigt zusätzlich zur Anzahl Plätze auch Fluktuationen. In der Notschlafstelle kann die Rücklaufquote aufgrund ständig wechselnder Belegung nicht statistisch gesichert eruiert werden.

9

## 4.3 Erhebungsmethoden

In dieser Querschnittsbefragung wurden an jeweils einem Termin pro BewohnerIn soziodemografische Daten und Angaben zum subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand erfragt. Zur Erhebung der Diagnostik wurde ein strukturiertes klinisches Interview eingesetzt, und zur Einschätzung verschiedener Beeinträchtigungen kamen zudem sogenannte Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz.

### Soziodemografische Daten

Zu Beginn der Befragung wurden die in Tabelle 2 aufgeführten Angaben zur Person erhoben.

**Tabelle 2:** Soziodemografische Daten

Erhobene Variablen zur Person	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alter</li> <li>Geschlecht</li> <li>Nationalität</li> <li>Familienstand (Zivilstand, aktuelle Beziehung, Kinder)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausbildungsstand</li> <li>aktuelle Arbeitsbeschäftigung</li> <li>Finanzierung Lebensunterhalt</li> <li>Body-Mass-Index (BMI) anhand von Grösse und Gewicht (vor Ort mit Waage und Messband)</li> </ul>

### Diagnostik

Die psychiatrischen Diagnosen wurden mithilfe eines strukturierten klinischen Interviews auf Basis des M.I.N.I. (*Mini-International Neuropsychiatric Interview*, 6.0.0., German version) erhoben. Dieses Verfahren prüft das Vorhandensein bestimmter Symptome und Kriterien gemäss den internationalen Klassifikationssystemen ICD-10 (*Internationale Klassifikation psychischer Störungen*; europäisches System) und DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*; amerikanisches System). Mit diesem Kurzinterview konnten die wichtigsten psychiatrischen Diagnosen erfasst werden (vgl. Tabelle 3). Angesichts der beschränkten Dauer der Interviews wurde auf weitere psychiatrische Diagnosen (organisch bedingte Störungen, Essstörungen u. a.) verzichtet.

In Ergänzung zu den Interviews wurden auch bereits vorhandene, von Fachpersonen gestellte Diagnosen mitberücksichtigt.

**Tabelle 3:** Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10

Erfasste Kategorien	
F1	Störungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie und wahnhafte Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Angst- und Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörung
F6	Persönlichkeitsstörungen (dissoziale, emotional instabile und narzisstische)

### Fremdbeurteilung: HoNOS und GAF

Zur Einschätzung der Funktion und der vorhandenen Einschränkungen wurden zwei Fremdbeurteilungsinstrumente eingesetzt. Die *Health of the Nation Outcome Scales* (Deutsche Version: HoNOS-D) sind ein international häufig eingesetztes Instrument zur Erfassung des Schweregrades von Symptomen und funktionellen Einschränkungen. Jedes der zwölf Items beschreibt einen spezifischen Problembereich. Nebst den vier Skalen «Verhalten», «Impairment», «Symptome» und «Soziale Funktionsfähigkeit» (Tabelle 4) wird ein Gesamtsummenwert erfasst.

**Tabelle 4:** HoNOS-D

HoNOS-D-Skalen	Items	Bezeichnung
Verhalten	1	Überaktives, aggressives, Unruhe stiftendes Verhalten (Aggression)
	2	Absichtliche Selbstverletzung (selbstverletzendes Verhalten)
	3	Problematischer Alkohol- oder Drogenkonsum (Substanzmissbrauch)
Impairment	4	Kognitive Probleme
	5	Probleme im Zusammenhang mit körperlicher Erkrankung oder Behinderung
Symptome	6	Probleme im Zusammenhang mit Wahnvorstellungen oder Halluzinationen
	7	Gedrückte Stimmung
	8	Andere psychische und verhaltensbezogene Probleme
Soziale Funktionsfähigkeit	9	Probleme mit Beziehungen
	10	Probleme mit alltäglichen Aktivitäten
	11	Probleme durch Wohnbedingungen
	12	Probleme mit Bedingungen im Beruf und im Alltag

Die *Global-Assessment-of-Functioning*-Skala (GAF) ist Teil des DSM-IV und eine weit verbreitete Skala zur Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus einer Person. Bei der Einstufung werden psychische, soziale und berufliche Aspekte berücksichtigt. Der zwischen 1 und 100 liegende GAF-Wert wird in verschiedene Wertebereiche eingeteilt (Tabelle 5).

**Tabelle 5:** GAF-Wertebereiche

Wertebereich	Beschreibung
100–91	Optimale Funktion in allen Bereichen
90–81	Gute Leistungsfähigkeit auf allen Gebieten
80–71	Höchstens leichte Beeinträchtigung
70–61	Leichte Beeinträchtigung
60–51	Mässig ausgeprägte Störung
50–41	Ernsthafte Beeinträchtigung
40–31	Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen
30–21	Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen
20–11	Selbst- und Fremdgefährlichkeit
10–1	Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
0	Unzureichende Information

### Selbst wahrgenommene Gesundheit

Von besonderem Interesse war die subjektive Einschätzung der BewohnerInnen zu ihrem eigenen Gesundheitszustand. Anhand von Fragen der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2007 (BFS, 2010) wurde nebst der Beurteilung der psychischen und körperlichen Gesundheit auch das Inanspruchnahme-Verhalten im Hinblick auf das Gesundheitssystem erfasst. In Tabelle 6 sind die erfragten Themenbereiche dargestellt.

**Tabelle 6:** Selbst wahrgenommene Gesundheit

Themenbereiche	
Selbst wahrgenommene Gesundheit und dauerhafte Probleme	
Körperliche Beschwerden	Zeitweilige Beeinträchtigungen der Aktivitäten
Chronische Krankheiten	Zeitweilige Beeinträchtigungen der Aktivitäten
Psychische Gesundheit	Ambulante und stationäre Versorgung

### Durchführung

Die Befragungen und die Einstufungen gemäss GAF-Skala wurden von Psychologie-Studierenden der Universität Zürich und der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften durchgeführt. Die InterviewerInnen wurden von der PPZ rekrutiert, geschult und supervidiert. Bei insgesamt vierzehn Personen konnten die Befragungen nicht auf Deutsch durchgeführt werden. Fünf Befragungen konnten dank sehr guten Fremdsprachenkenntnissen der InterviewerInnen in Englisch, Französisch und Italienisch durchgeführt werden. Für weitere fünf BewohnerInnen konnten über die Asylorganisation Zürich DolmetscherInnen zugezogen werden.

Die Mitarbeitenden von «Wohnen und Obdach» nahmen verschiedene Aufgaben wahr: Sie informierten die BewohnerInnen über Sinn und Zweck der Befragung und motivierten sie zur Teilnahme an der Studie. Sie waren zu Beginn jeder Befragung vor Ort, um den InterviewerInnen das Fremdrating (HoNOS) zu übergeben und um allfällige Schwierigkeiten zu klären. Die Datenerfassung und statistischen Auswertungen erfolgten in anonymisierter Form, wobei die üblichen Datenschutzregeln eingehalten wurden.

## 5. Ergebnisse

### 5.1 Soziodemografische Merkmale

#### Alter

Die aus 338 Datensätzen bestehende Gesamtstichprobe weist einen Altersdurchschnitt von 45,1 Jahren auf, mit einer Standardabweichung (SD) von 10,08 Jahren. In Tabelle 7 ist die Altersverteilung dargestellt, getrennt nach Wohneinrichtung.

**Tabelle 7:** Altersverteilung der Gesamtstichprobe und nach Wohneinrichtung

Statistik	Gesamt	BeWo	Bewo City	Nacht-pension	Notschlaf-stelle
Häufigkeit	338	259	45	13	21
Mittelwert (SD)	45,13 (10,08)	44,06 (9,34)	51,49 (10,53)	48,54 (13,4)	42,67 (10,79)
Altersspannweite	20–82	22–82	31–82	27–70	20–59

#### Geschlecht

75,4 % aller befragten BewohnerInnen sind Männer. Tabelle 8 zeigt die Geschlechterverteilung in den vier Wohneinrichtungen. Der grösste Unterschied ist bei den NutzerInnen der Notschlafstelle zu erkennen (2 Frauen, 19 Männer). Ausgeglichen gestaltet sich das Verhältnis zwischen Frauen und Männern im Bewo City (20 Frauen, 25 Männer).

**Tabelle 8:** Anteil Männer/Frauen in der Gesamtstichprobe und nach Wohneinrichtungen

Geschlecht	Gesamt		BeWo		Bewo City		Nacht-pension		Notschlaf-stelle	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
männlich	255	74,4	201	77,6	25	55,6	10	76,9	19	90,5
weiblich	83	24,6	58	22,4	20	44,4	3	23,1	2	9,5

#### Nationalität

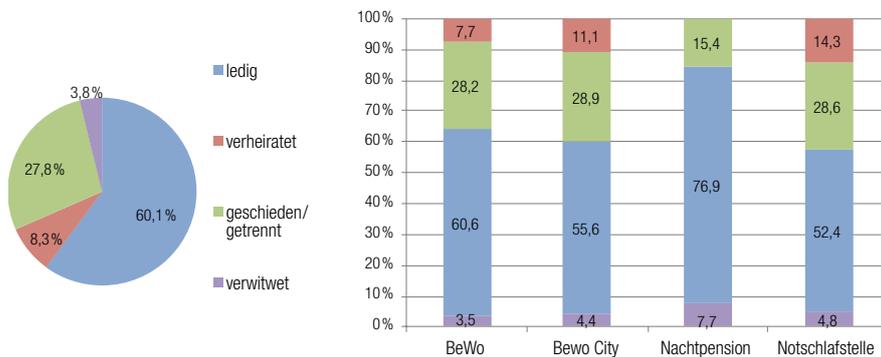
Knapp 72 % aller befragten Personen sind SchweizerInnen (n=243), gefolgt von knapp 12 % (n=39) Staatsangehörigen aus benachbarten Staaten. Die restlichen 16 % aller Befragten kommen aus Ost- und Südeuropa, Afrika, Nord- und Südamerika und aus Sri Lanka. Das BeWo City hat mit 87 % den grössten Anteil an Schweizer StaatsbürgerInnen, die Notschlafstelle mit 38 % den kleinsten Anteil. Im BeWo beträgt der Anteil von SchweizerInnen 72 % und in der Nachtpension 77 %.

Limitation: Schweizer Staatsangehörigkeit sagt nichts aus über einen allfälligen Migrationshintergrund.

### Zivilstand, Familie, Kinder

60 % (n = 203) sind ledig, 27 % (n = 91) sind geschieden, und knapp 9 % (n = 28) sind verheiratet. Die übrigen Personen sind entweder verwitwet oder gerichtlich getrennt. Abbildung 1 zeigt, dass in der Nachtpension keine verheirateten Personen leben.

Abbildung 1: Zivilstand

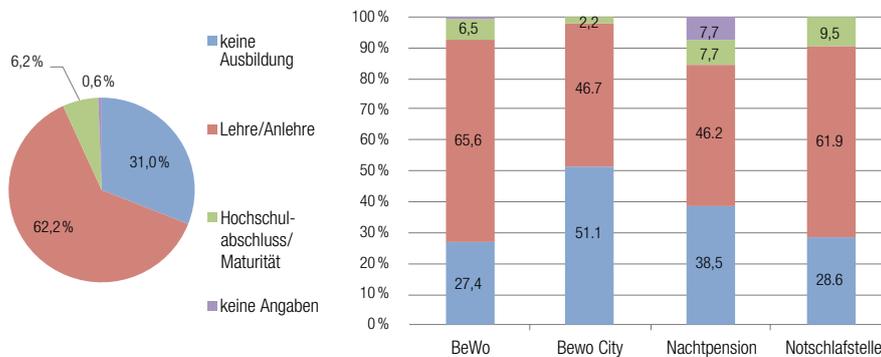


Nebst dem Zivilstand wurden die BewohnerInnen nach dem aktuellen Beziehungsstand gefragt. Knapp 30 % (n = 91) führen aktuell eine Beziehung, 70 % leben ohne feste Beziehung. 30 % (n = 102) aller Befragten beantworten die Frage nach eigenen Kindern mit Ja, wovon 25 dieser Personen nie verheiratet waren.

### Ausbildungsstand

Bei der Frage nach der höchsten abgeschlossenen Ausbildung zeigte sich, dass ein Drittel aller Teilnehmenden nur die obligatorische Schule besucht hat. Rund 60 % aller befragten Personen konnten eine Anlehre oder Lehre absolvieren.

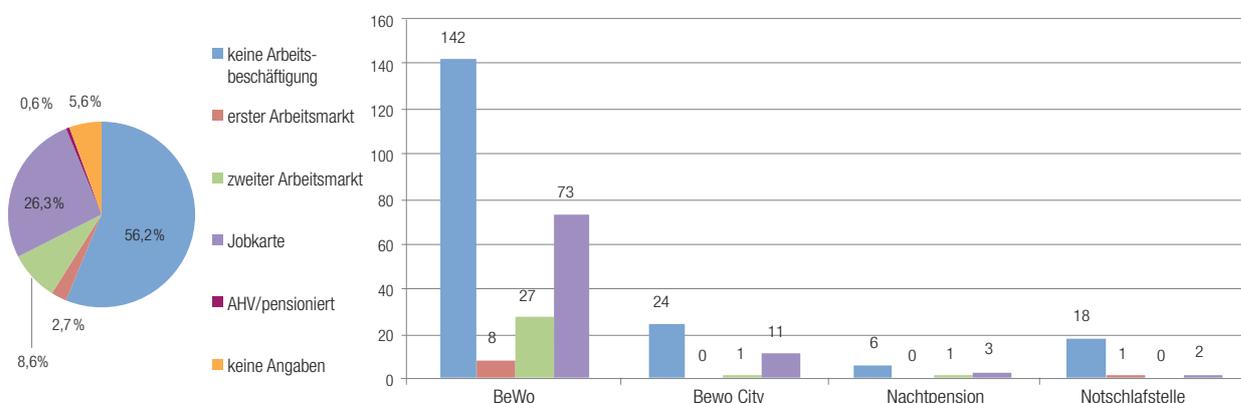
Abbildung 2: Höchste abgeschlossene Ausbildung



### Arbeitssituation

Etwas mehr als die Hälfte aller Interviewten hat zum Zeitpunkt der Befragung keine Arbeitsbeschäftigung. Das Angebot der Jobkarte wird in allen Einrichtungen am häufigsten in Anspruch genommen. Keine der befragten Personen verrichtet gemeinnützige Arbeit. Abbildung 3 zeigt eine Übersicht (erfragt, aber im Säulendiagramm nicht aufgeführt: AHV, gemeinnützige Arbeit, keine Angaben).

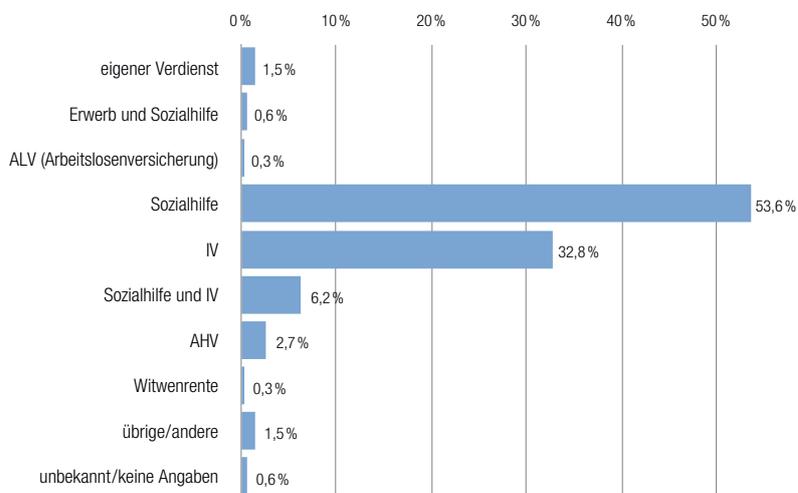
Abbildung 3: Aktuelle Arbeitssituation



### Finanzierung Lebensunterhalt

Wie in Abbildung 4 ersichtlich ist, leben rund 54 % (n = 181) aller befragten Personen von der Sozialhilfe, und 33 % (n = 111) beziehen eine IV-Rente.

Abbildung 4: Finanzierung Lebensunterhalt



### Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Mehrheit der BewohnerInnen der untersuchten Einrichtungen Männer im mittleren Alter von 45 Jahren sind. Der Frauenanteil beträgt nur etwa ein Viertel. Rund 75 % aller Befragten sind Schweizer Staatsangehörige. Etwa 60 % konnten eine Lehre oder Anlehre absolvieren. Zum Untersuchungszeitpunkt gehen rund 30 % der BewohnerInnen einer Arbeitstätigkeit nach, wobei die Jobkarte häufig genutzt wird. Zur Finanzierung ihres Lebensunterhaltes sind 90 % der befragten Personen auf die Leistungen der Sozialhilfe oder der IV angewiesen.

### 5.2 Diagnosen

Rund 96 % (n = 323) der Gesamtstichprobe leiden an einer psychischen Erkrankung. Erwartungsgemäss ist der Anteil an Suchterkrankungen sehr hoch: Ein Drittel aller Personen (n = 118) erfüllt die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung (F1; ohne Berücksichtigung von Nikotin), und weitere 49 % (n = 164) leiden nebst der Suchterkrankung (F1) noch an einer weiteren psychischen Erkrankung (F2, F3, F4, F6). 12 % (n = 41) aller Befragten sind von einer psychiatrischen Diagnose ohne Sucht betroffen. 11 dieser 41 Personen erfüllen ausschliesslich die Kriterien einer Schizophrenie-Erkrankung (F2), und weitere 12 Personen leiden an einer Schizophrenie und einer weiteren psychiatrischen Erkrankung wie einer Depression, Angsterkrankung oder Persönlichkeitsstörung. Die übrigen dieser 41 Personen sind von einer Persönlichkeitsstörung oder einer affektiven Erkrankung betroffen.

**Abbildung 5:** Verteilung der Diagnosen

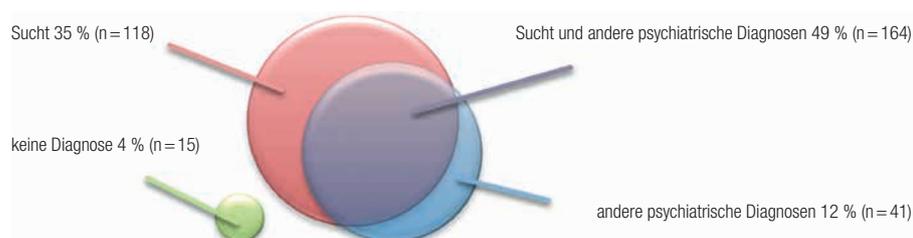
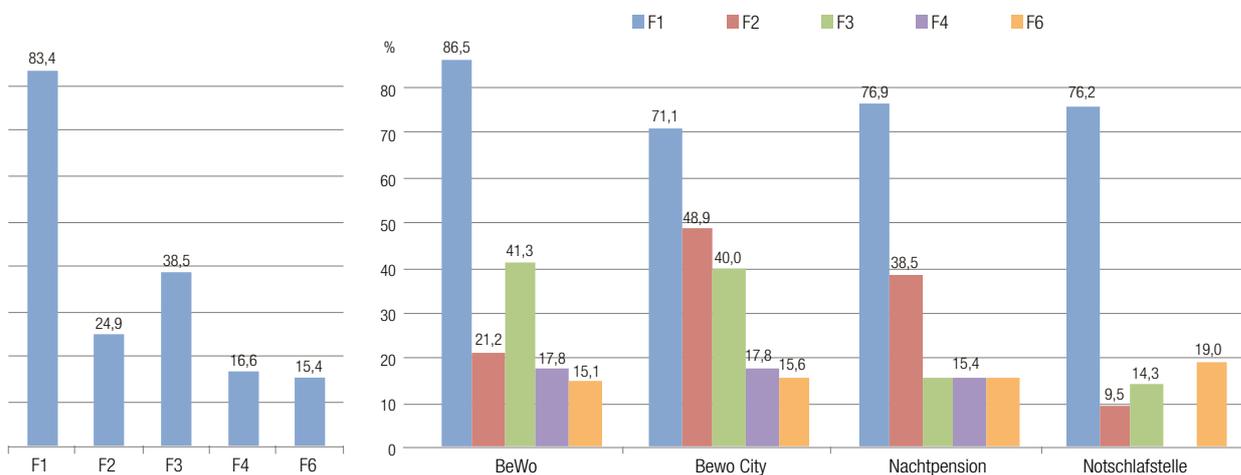


Abbildung 6 macht ersichtlich, dass nebst den Suchterkrankungen (F1) die affektiven Störungen (F3) mit 38,5 % (n = 130) häufig vorkommen. Knapp ein Viertel (n = 84) aller Befragten erfüllt die Kriterien einer Schizophrenie oder einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (F2). Auffallend ist der deutlich höhere Anteil von Personen mit F2-Störungen in den Einrichtungen Bewo City und Nachtpension.

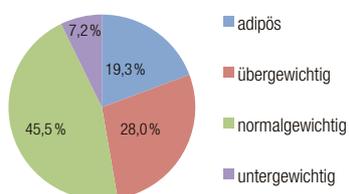
**Abbildung 6:** Prävalenz psychischer Erkrankungen nach ICD-10, in Prozent

### 5.3 Body-Mass-Index (BMI)

17

Unter- oder Übergewicht gelten als erhebliche Risikofaktoren für gesundheitliche Probleme. Bei 332 Personen konnte der BMI erfasst werden, bei den übrigen 6 fehlen die nötigen Angaben. Der Wertebereich für Normalgewicht liegt zwischen 18,5 und 24,9. Personen mit einem BMI-Wert über 25 gelten als «übergewichtig», solche mit einem Wert über 30 als «adipös». Abbildung 7 zeigt die Verteilung des BMI der Gesamtstichprobe. Bei rund der Hälfte aller befragten Personen liegt der BMI nicht im Normbereich: Knapp 30 % sind übergewichtig, 20 % adipös und rund 7 % untergewichtig.

Im Jahr 2012 waren laut einer Umfrage des Bundesamtes für Statistik 31 % der Schweizer Bevölkerung übergewichtig und rund 10 % adipös.

**Abbildung 7:** BMI

## 5.4 Fremdbeurteilung: HoNOS und GAF

### HoNOS

Dank einer Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) konnten die WOPP-Daten verglichen werden mit einer stationären Population (alle PatientInnen von Akutstationen der PUK des Jahres 2012, bei welchen Datensätze vorhanden waren, n = 681); je höher der Mittelwert, desto stärker die Beeinträchtigung. In Tabelle 9 sind die jeweiligen Mittelwerte und Standardabweichungen der vier HoNOS-Dimensionen und des Gesamt-Scores dargestellt. Die Zahlen zeigen, dass die BewohnerInnen der städtischen Wohneinrichtungen stärker beeinträchtigt sind als stationäre PatientInnen von Akutstationen einer psychiatrischen Klinik.

**Tabelle 9:** HoNOS-Dimensionen und Gesamtwert

Institution	Verhalten	Impairment	Symptome	Soziale Funktionsfähigkeit	Gesamt-Score
BeWo	1,23 (0,78)	1,34 (1,09)	1,71 (1,15)	2,36 (0,78)	1,68 (0,67)
Bewo City	2,13 (1,06)	2,55 (0,99)	2,49 (0,89)	2,21 (0,71)	2,33 (0,66)
Nachtpension	1,62 (1,00)	2,35 (1,14)	2,45 (1,00)	2,56 (0,76)	2,24 (0,76)
Notschlafstelle	0,59 (0,58)	0,83 (0,89)	1,35 (0,66)	2,27 (0,62)	1,27 (0,54)
Gesamt WOPP	1,36 (0,9)	1,50 (1,2)	1,84 (1,1)	2,34 (0,8)	1,76 (0,7)
PUK	1,14 (0,8)	1,23 (1,0)	1,85 (0,8)	1,63 (1,0)	1,46 (0,6)

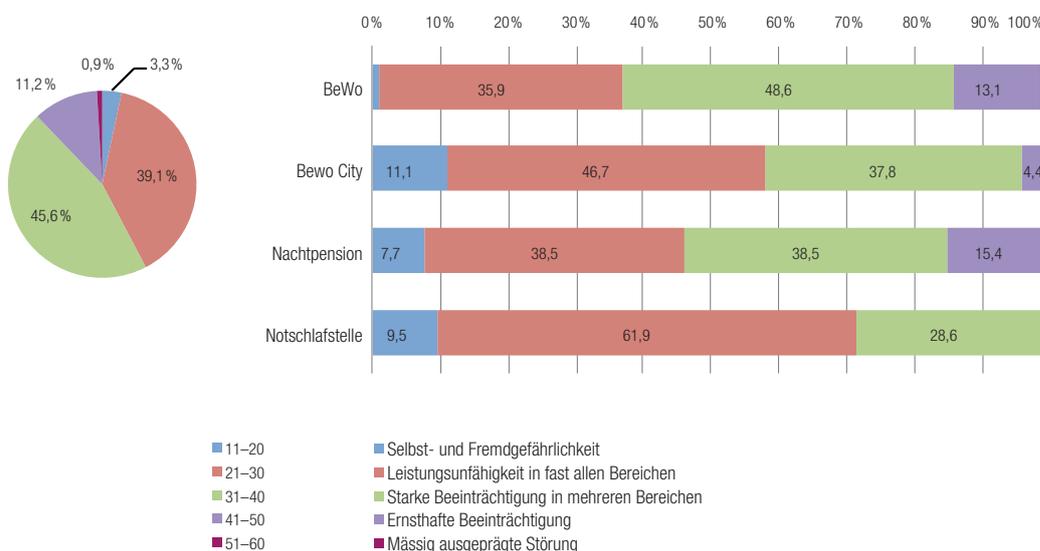
*Standardabweichungen in Klammern*

### Globales Funktionsniveau (GAF)

In Abbildung 8 ist ersichtlich, dass die Wertebereiche von 21 bis 30 (rund 40%; n = 132) und von 31 bis 40 (46%; n = 154) am häufigsten vertreten sind. Es handelt sich um die Funktionsbereiche «Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen» und «starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen». Rund 85 % aller Befragten bewegen sich in diesen beiden Funktionsbereichen. Die höchste Einschätzung im Wertebereich von 51 bis 60 weisen hingegen nur drei Personen auf. Nicht mehr vertreten sind die höheren Wertebereiche.

Ein Vergleich zwischen der WOPP-Gesamtpopulation und der klinischen Stichprobe (stationäre PatientInnen der PUK) zeigt, dass die BewohnerInnen einen signifikant tieferen Mittelwert von 32,2 (Standardabweichung: 7,5) gegenüber 41,7 (Standardabweichung: 18,1) der stationären PatientInnen haben.

Abbildung 8: GAF-Wertebereiche



Nebst dem Vergleich der gesamten Wohnpopulation mit der klinischen Stichprobe wurden bei beiden Datensätzen die Personen mit einer Erkrankung aus dem Schizophrenie-Spektrum verglichen (Wohnen N = 84, Klinik N = 84). Es zeigt sich auch hier, dass die von diesen Störungsbildern betroffenen Personen in den Wohneinrichtungen stärker belastet sind als die vergleichbare Klinikpopulation. Die Behandlungs- und Betreuungsintensität ist dagegen bei Ersteren deutlich geringer.

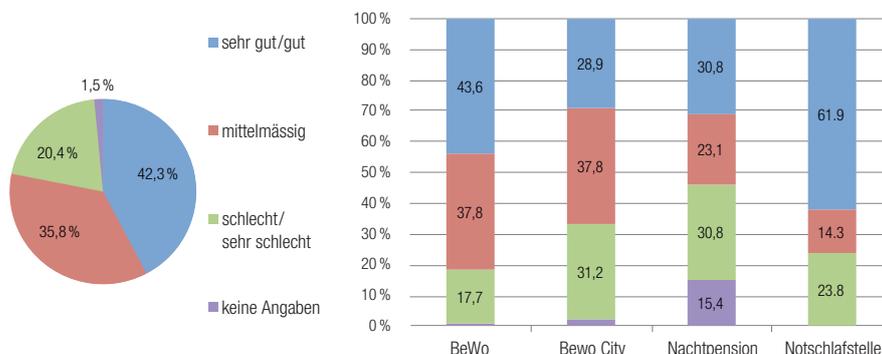
## 5.5 Selbst wahrgenommene Gesundheit

### Frage 1: Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen?

Diese Frage konnte mit den in Abbildung 9 genannten Auswahlmöglichkeiten beantwortet werden. Implizit umfasst die selbst wahrgenommene Gesundheit verschiedene Dimensionen wie psychisches, körperliches und soziales Wohlbefinden. Rund 40% der Befragten sind nach eigenen Aussagen bei «sehr guter» oder «guter» Gesundheit (Abbildung 9). Dieser Anteil ist bei den Männern mit rund 45% etwas höher als bei den Frauen mit 35%. Ein Fünftel (20%) der Befragten ordnete sich einem schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand zu.

Ein Vergleich mit der schweizerischen Gesundheitsbefragung (BFS, 2013) von 2012 zeigt, dass 83% der SchweizerInnen angaben, es gehe ihnen «gut bis sehr gut», nur knapp 4%, es gehe ihnen «schlecht bis sehr schlecht».

**Abbildung 9:** Subjektive Einschätzung «Allgemeiner Gesundheitszustand»



*Frage 2: Haben Sie eine dauerhafte Krankheit oder ein dauerhaftes gesundheitliches Problem?*

Diese Frage haben 71,3 % (n = 241) der Gesamtstichprobe mit Ja beantwortet (BFS, 2013: 32 %). Der prozentuale Anteil von Personen, die nach eigenen Angaben an einem dauerhaften Problem leiden, ist im Bewo City (77,8 %) und im BeWo (73,4 %) am höchsten.

*Frage 3: Wie sehr sind Sie während der letzten sechs Monate durch ein gesundheitliches Problem bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens eingeschränkt gewesen?*

68 % (n = 228) der Gesamtstichprobe haben Einschränkungen erfahren, wobei knapp 40 % starke Einschränkungen erleben und die übrigen leichte Einschränkungen.

*Frage 4: Ist das Ihrer Meinung nach körperlich oder psychisch bedingt?*

30 % aller Befragten sind der Meinung, die Probleme seien körperlich bedingt, knapp 30 % sehen die Ursachen sowohl in körperlichen als auch psychischen Faktoren. Rund 17 % sehen ausschliesslich psychische Gründe für die aktuellen Probleme. Bei den übrigen hat sich die Frage aufgrund vorheriger Antworten nicht gestellt.

*Frage 5 und 6: Sind Sie wegen dieses gesundheitlichen Problems in den letzten sechs Monaten beim Arzt gewesen? Falls Ja: Bei welcher Art von Arzt sind Sie in Behandlung?*

Fast 90 % (n = 239) beantworten diese Frage mit Ja. Für mehr als die Hälfte dieser Personen (n = 130) ist der Hausarzt oder Allgemeinmediziner die erste Kontaktstelle für die benötigte Behandlung. Rund 20 % beanspruchen psychiatrische Hilfe, und ein Psychologe oder eine Psychologin wird von sechs Personen als erste Anlaufstelle in Anspruch genommen. 20 % der 239 Personen können keine eindeutige Hauptbehandlungsperson angeben.

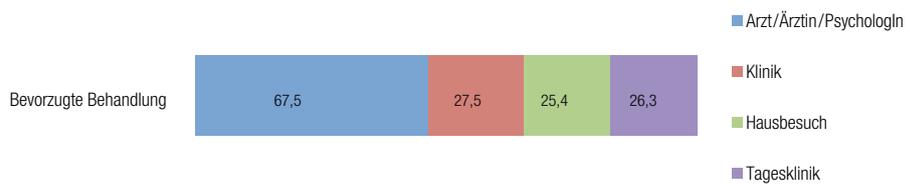
*Frage 7: Sind Sie zufrieden mit der Behandlung?*

Rund 80 % (n = 197) der in Behandlung stehenden Personen geben hier eine Ja-Antwort.

*Frage 8: Welche Hilfe würden Sie bevorzugen, wenn Sie psychisch bedingte gesundheitliche Probleme hätten und noch nicht in Behandlung oder mit Ihrer aktuellen Behandlung unzufrieden wären?*

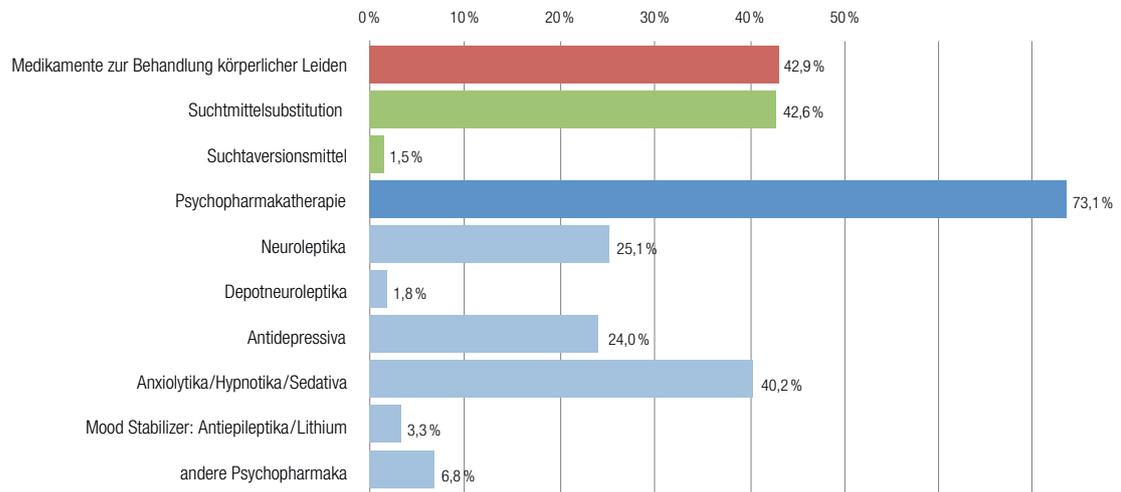
Bei dieser Frage konnten mehrere Antworten gegeben werden. Für jede einzelne Behandlungsmöglichkeit wurde erfragt, ob die befragte Person die verschiedenen Angebote beanspruchen würde oder nicht. Für knapp 68 % ist die Konsultation beim Arzt oder bei der Ärztin (nicht näher spezifiziert) oder bei einer psychologischen Fachperson die bevorzugte Behandlung. Fast ausgewogen ist das Verhältnis der bevorzugten Hilfe betreffend Aufenthalt in einer Klinik, Besuch zu Hause und Besuch einer Tagesklinik oder Tagesstätte.

**Abbildung 10:** Bevorzugte Behandlung/Hilfe

*Frage 9: Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?*

In Abbildung 11 wird ersichtlich, dass über 40 % der Teilnehmenden Medikamente zur Behandlung körperlicher Leiden und 73 % Psychopharmaka – die meisten davon beruhigende und angstlösende Präparate – einnehmen. Von der Gesamtstichprobe erfüllen 84 Personen die Kriterien einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis (mit unterschiedlichen Komorbiditäten). Von diesen 84 Personen nehmen 85 % ein Psychopharmakon ein und 73 % ein Neuroleptikum, das für die Behandlung dieser Störungen indiziert ist. Dies bedeutet, dass 12 % trotz Schizophrenie-Diagnose kein Neuroleptikum nehmen.

**Abbildung 11:** Eingenommene Medikamente



## 6. Diskussion

### 6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Hauptziel dieser Untersuchung war es, von möglichst allen BewohnerInnen städtischer Wohneinrichtungen Daten zu ihrem aktuellen Gesundheitszustand zu erhalten, wobei objektive und subjektive Aspekte erfasst werden sollten. Dabei stellte sich die Frage, wie viele Personen gemäss internationalen Klassifikationssystemen die Diagnosekriterien einer psychiatrischen Störung erfüllen. Von Interesse war sowohl die Gesamtheit der untersuchten Personen als auch der Vergleich zwischen den vier Wohneinrichtungen. In einem weiteren Schritt konnten die Daten der WOPP-Studie mit einer klinischen Stichprobe stationärer PatientInnen der Psychiatrischen Universitätsklinik verglichen werden. Von grosser Wichtigkeit war auch die Erhebung der subjektiven Anteile, insbesondere die Selbsteinschätzung der BewohnerInnen bezüglich ihrer körperlichen und psychischen Gesundheit und damit verbunden das Verhalten im Hinblick auf die Inanspruchnahme vorhandener Versorgungsangebote.

Zusammenfassend lassen sich folgende Aussagen machen: 96 % der befragten Personen erfüllen die Kriterien mindestens einer psychiatrischen Diagnose. Dieser Anteil ist weit höher, als zu Beginn der Untersuchung angenommen. Das aktuelle Funktionsniveau der BewohnerInnen liegt deutlich tiefer als dasjenige von PatientInnen von Akutstationen der PUK Zürich. Dies bedeutet, dass die BewohnerInnen gemäss GAF-Skala-Einstufung im sozialen und beruflichen Bereich deutlich mehr Beeinträchtigungen haben als stationäre Patienten respektive deutlich mehr von schwerwiegenden Symptomen betroffen sind. Die Auswertungen vom HoNOS zeigen insgesamt ebenfalls, dass die BewohnerInnen mehr Beeinträchtigungen aufweisen als die klinische Stichprobe. Ein Blick auf die soziodemografischen Daten verdeutlicht dieses Bild insofern, als die BewohnerInnen im Vergleich zur Klinik-Stichprobe einen signifikant tieferen Ausbildungsstand haben und ebenfalls signifikant seltener im ersten Arbeitsmarkt arbeiten (die soziodemografischen Daten der Klinik-Stichprobe werden in diesem Bericht nicht dargestellt).

Mit Blick auf die selbst wahrgenommene Gesundheit zeigt sich, dass es 40 % der Befragten nach eigenen Angaben gut oder sehr gut geht. 20 % aller BewohnerInnen beurteilen die eigene Befindlichkeit als schlecht oder sehr schlecht. In der schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012 beurteilen 83 % der Bevölkerung die subjektive Befindlichkeit als gut oder sehr gut. Im Weiteren geben 70 % aller Teilnehmenden an, ein dauerhaftes gesundheitliches Problem zu haben.

Was das Inanspruchnahme-Verhalten angeht, so suchten fast 90 % derjenigen Personen, die berichteten, ein dauerhaftes gesundheitliches Problem zu haben, Hilfe bei einer medizinischen Fachperson. Für rund die Hälfte dieser Personen ist der Hausarzt die Hauptansprechperson, rund 20 % wenden sich zunächst an einen Psychiater, und für sechs Personen ist eine Psychologin die Hauptansprechperson.

Eine weitere objektive Grösse ist der ermittelte Body-Mass-Index (BMI): Insgesamt sind weniger als die Hälfte der Teilnehmenden normalgewichtig. Auffällig sind die

hohen Anteile übergewichtiger (30 %) und adipöser Personen (20 %; in der Schweiz galten 2012 10 % der Bevölkerung als adipös).

73 % aller befragten Personen nehmen Psychopharmaka, wobei angstlösende und beruhigende Präparate am häufigsten verwendet werden.

## 6.2 Limitationen

Ein Blick auf die Methodik zeigt, dass im Rahmen dieser Studie replizierbare und reliable Methoden angewendet wurden, die jederzeit eine Wiederholung der Befragung ermöglichen. Mit der Verwendung strukturierter klinischer Interviews für die Diagnostik sind nationale und internationale Vergleiche möglich. Die Rücklaufquote liegt bei 75 bis 80 %, was im Vergleich zu anderen Studien einen hohen Wert darstellt. Dennoch lässt sich die Repräsentativität infrage stellen, da keine Aussage über diejenigen BewohnerInnen gemacht werden kann, die eine Teilnahme an der Studie abgelehnt haben. Es ist denkbar, dass insbesondere schwer kranke Personen eine Teilnahme an der Studie abgelehnt haben. Das Ziel, möglichst alle BewohnerInnen zu befragen, konnte trotz der guten Zusammenarbeit nicht ganz erreicht werden.

Wie in vielen Studien ist auch bei den WOPP-Befragungen die sogenannte Interrater-Reliabilität ein kritischer Punkt. Obwohl alle InterviewerInnen vor den eigentlichen Befragungen in der PPZ geschult wurden, kann eine unterschiedliche Bewertung zweier InterviewerInnen bezüglich desselben Sachverhalts nicht ausgeschlossen werden. Obschon für die Diagnostik strukturierte und international häufig verwendete Instrumente verwendet wurden, war die Erstellung von Diagnosen im vorgegebenen Zeitrahmen teilweise schwierig. Durch den Einbezug bereits vorhandener Angaben von medizinischen Fachpersonen konnte dieses Problem zumindest teilweise gelöst werden. Einige BewohnerInnen waren bereit, die behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden, sodass die PPZ mit diesen Kontakt aufnehmen konnte.

Bei der Verwendung des HoNOS-Fremdratinginstruments zeigte sich ein weiterer kritischer Punkt. Für die Schulung aller Mitarbeitenden, die den HoNOS für die jeweils zu betreuenden Personen auszufüllen hatten, stand wenig Zeit zur Verfügung. Einige empirische Befunde (Rock & Preston, 2001) zeigen jedoch, dass sich bei der Beurteilung mit HoNOS keine signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit von der Schulung feststellen lassen. An dieser Stelle ist allerdings auch anzumerken, dass alle Interviews mitsamt Diagnose, GAF-Einstufung und HoNOS-Fremdrating nach der Durchführung einen internen Review-Prozess durchliefen.

Weitere Limitationen betreffen die befragten Personen. Die Antworten der Teilnehmenden könnten verschiedene Verzerrungen beinhalten, ausgelöst durch Gefühle wie Scham oder auch durch kognitive Einschränkungen, Alkohol- oder Drogenkonsum. Einige Befragungen gestalteten sich anspruchsvoll, weil die Befragten nicht nüchtern waren. Die Aussagekraft der Antworten musste bei einzelnen Personen deshalb infrage gestellt werden.

## 7. Schlussfolgerung

Der Anteil gesundheitlich und psychisch beeinträchtigter Personen ist in den städtischen Wohneinrichtungen Zürichs sehr hoch. Ein Vergleich mit stationären Akutpatienten der PUK zeigt, dass die untersuchten BewohnerInnen im allgemeinen Funktionsniveau stärker eingeschränkt sind als die PatientInnen in der Klinik. Wohneinrichtungen, die als soziale Einrichtungen zur Verhinderung von Obdachlosigkeit konzipiert sind, übernehmen so de facto die Langzeitpflege chronisch psychisch kranker Menschen in der Stadt Zürich. Die Betreuung dieser stark beeinträchtigten Personen bedeutet eine grosse Herausforderung für die Mitarbeitenden und kann nur mit angemessenen personellen Ressourcen bewältigt werden. Angaben zum Verhalten bei der Inanspruchnahme von medizinischen Systemen zeigen, dass 90% aller Personen, die subjektiv ein dauerhaftes gesundheitliches Problem haben, auch tatsächlich medizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Somit sind die Betreuung und die Gesundheitsversorgung weitestgehend sichergestellt, was nur dank sehr guter Arbeit aller Mitarbeitenden möglich ist.

Aufgrund der vorliegenden Daten lassen sich einige Empfehlungen für die zukünftige Versorgung ableiten: Bei neuen KlientInnen sollte gerade in der Anfangszeit den gesundheitlichen Aspekten hohe Beachtung geschenkt werden. Im Rahmen von Standortgesprächen sollten die Mitarbeitenden die gesundheitlichen Aspekte auch weiterhin gezielt thematisieren und wenn nötig mit den zuständigen Fachpersonen Kontakt aufnehmen.



## Dank

Wir danken allen Bewohnerinnen und Bewohnern für ihre Teilnahme an der Untersuchung. Ohne ihre Bereitschaft und Offenheit wäre diese Datenerhebung nicht möglich gewesen.

Ein grosser Dank geht an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle «Wohnen und Obdach» für die ausgezeichnete und unterstützende Zusammenarbeit. Ihr Einsatz und ihre Initiative ermöglichten zum einen überhaupt erst einen Zugang zu den befragten Personen und trugen zum anderen viel dazu bei, dass die Interviews ohne nennenswerte Schwierigkeiten durchgeführt werden konnten. Diese Studie hat für alle Mitarbeitenden zu zusätzlicher Arbeit geführt – danke für alles.

Ein besonderer und umfassender Dank geht an Valérie Vodoz und Marianne Spieler Frauenfelder.

Wir danken allen Interviewerinnen und Interviewern für die engagierte und hervorragende Arbeit: Raffael Berchtold, Sabine Bleuler, Rosanna Burelli, Susan Harrison, Andreas Jaun (inklusive Erarbeitung einer ausgezeichneten Masterarbeit zur WOPP-Studie), Myriam Jost, Rahel Kaden, Roman Puorger, Angelica Schmid, Michaela Stastny, Franziska Wuttke.

Im Weiteren danken wir Dr. med. Matthias Jäger und PD Dr. med. Wolfram Kawohl für die bereichernde und wohlwollende Zusammenarbeit, die nebst vielen wertvollen Inputs auch den Vergleich mit der klinischen Stichprobe ermöglichte.

## Glossar/Abkürzungen

BeWo	Begleitetes Wohnen
Bewo City	Betreutes Wohnen City
BMI	Body-Mass-Index
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GAF	Global Assessment of Functioning
HoNOS-D	Health of the Nation Outcome Scales (German version)
ICD	International Statistical Classification of Diseases
Impairment	Beeinträchtigung
M.I.N.I.	Mini-International Neuropsychiatric Interview
Prävalenz	Häufigkeit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt pro Personengruppe
PPZ	Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik Zürich
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
WOPP	Wohnen und Obdach & PPZ

## Literatur

- Baumgartner-Nietlisbach, G. & Briner, D. (2013). *Wie beeinträchtigt sind Bewohner der Zürcher Wohn- und Obdachloseneinrichtungen? Und welche Art psychiatrischer Unterstützung bevorzugen sie?* Abstract zum Symposium «Psychische Erkrankung und Wohnen». DGPPN-Kongress, Berlin, November 2013.
- BFS (2013). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Übersicht*. Neuenburg: Bundesamt für Statistik.
- Bitter, D., Entenfellner, A., Matschnig, T., Frottier, P & Frühwald, St. (2009). Da-Heim im Heim!? Bedeutete Ent-Hospitalisierung auch Ent-Institutionalisierung? *Psychiatrische Praxis*, 36, 261–269.
- Brenner, H. D., Rössler, W. & Fromm, U. (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(35), 1777–1786.
- Eikermann, B., Reker, Th. & Zacharias, B. (2002). Wohnungslose psychisch Kranke – Zahlen und Fakten. In K. Nouvertné, Th. Wessel, & Ch. Zechert (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 42–56). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Fakhoury, W., Murray, A., Shepherd, G. & Priebe, St. (2002). Research in supported housing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 301–315.
- Fichter, M. & Quadflieg, N. (2001). Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 94–104.
- Fichter, M., Quadflieg, N., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Wolz, J., Koegel, P. & Wittchen, H. U. (1999). Psychische Erkrankungen bei obdachlosen Männern und Frauen in München. *Psychiatrische Praxis*, 26(2), 76–84.
- Graber, D., Haller, R. & Penz, A. (2008). *Wiener Wohnungslosenhilfe 2006 und 2007. Bericht über die soziale Situation von wohnungslosen Menschen in Wien und die Auswirkungen der geleisteten Hilfsmassnahmen*. Wien: Fonds Soziales Wien.
- Heuser, K. & Zimmermann, A. (2002). Obdachlos und psychisch krank – Probleme innerhalb von Verwaltung und Recht. In K. Nouvertné, Th. Wessel & Ch. Zechert (Hrsg.), *Obdachlos und psychisch krank* (S. 92–103). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Jäger, M., Hierlemann, F., Kawohl, W., Kaiser, St., Seifritz, F. & Hoff, P. (2014). Psychiatrischer Versorgungsbedarf in betreuten Wohneinrichtungen. *Neuropsychiatrie*, 28(1), 12–18.
- Kellinghaus, Ch. (2000). *Wohnungslos und psychisch krank: Eine Problemgruppe zwischen den Systemen. Konzepte – empirische Daten – Hilfsansätze*. Münster: Lit.
- Konrad, M. & Rosemann M. (2011). *Handbuch Betreutes Wohnen. Von der Heimversorgung zur ambulanten Unterbringung*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Längle, G., Mayenberger, M. & Günthner, A. (2001). Gemeindenahe Rehabilitation für schwer psychisch Kranke? *Rehabilitation*, 40, 21–27.
- Rock, D. & Preston, N. (2001). HoNOS: Is there any point in training clinicians? *Journals of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 405–409.
- Rössler, W. & Kawohl, W. (2013). *Soziale Psychiatrie, Bde. 1 und 2*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Theodoridou, A., Jaeger, M., Kettler, D., Kawohl, W., Lauber, C., Hoff, P. & Rössler, W. (2011). The Concurrent Validity and Sensitivity of Change of the German Version of the Health of the Nation Outcome Scales in a Psychiatric Inpatient Setting. *Psychopathology*, 44(6), 391–397.
- Valdes-Stauber, J. & Kilian, R. (2011). «Behandelt und gefördert oder verwahrt und vergessen» – Die psychiatrische Versorgung der Bewohner eines psychiatrischen Heimes im Längsschnitt. *Psychiatrische Praxis*, 38(7), 329–335.

## Autorin und Autor



Dr. phil. Gabriela Baumgartner-Nietlisbach, Studium und Promotion an der Universität Zürich, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP mit Schwerpunkt kognitive Verhaltenstherapie. Seit 2010 in der PPZ tätig, seit 2013 Leitende Psychologin. Dozentin am Lehrstuhl Psychopathologie und Klinische Intervention der Universität Zürich.



Dr. med. David Briner, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, mit Schwerpunkt Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie. Seit 2005 Leiter des PPD und seit 2012 Chefarzt der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich. Dozent MAS und DAS Ärztliche Psychotherapie an der Universität Zürich.

