

Die Prävalenz psychisch kranker Menschen in Wohneinrichtungen der Stadt Zürich für Erwachsene

Daten und Analyse der WOPP-Studie
Ergebnisse 2021 und Vergleich mit 2013

Inhalt

1	Management Summary	4
2	Ausgangslage	6
3	Ziele und Fragestellung	7
4	Methodik	9
4.1	Beteiligte Einrichtungen	9
4.2	Stichprobe	10
4.3	Erhebungsmethoden	10
5	Ergebnisse	12
5.1	Soziodemografische Daten	12
5.2	Diagnosen	16
5.3	Body-Mass-Index (BMI)	17
5.4	Fremdbeurteilung: GAF	19
5.5	Medikamentengebrauch	20
5.6	Fokus: Klienten mit Abhängigkeitserkrankung	21
6	Diskussion	24
6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	24
6.2	Limitationen	25
7	Schlussfolgerung	26

Vorwort

Liebe Leser*innen

Vor bald 10 Jahren haben wir zum ersten Mal den Gesundheitszustand der Menschen, die wir in den eigenen städtischen wohnintegrativen Angeboten begleiten und betreuen, wissenschaftlich untersucht.

Die Ergebnisse dieser ersten WOPP-Studie (Wohnen und Obdach gemeinsam mit Psychiatrische Poliklinik PPZ) haben damals unsere Wahrnehmung aus der Praxis eindrücklich bestätigt: Die Menschen, die bei uns wohnen, sind zu einem grossen Anteil suchtkrank – häufig in Kombination mit schweren psychischen Erkrankungen. Unsere Klient*innen waren 2013 gesundheitlich und sozial sogar schwerer belastet als Patient*innen der Akutstation der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

Die Wiederholung der Studie zeigt nun, dass sich der Gesundheitszustand der Klient*innen über die letzten Jahre weiter verschlechtert hat: Die Mehrfachbelastungen haben zugenommen, parallel dazu ist das Funktionsniveau weiter gesunken. Umso wichtiger ist es für uns als Stadt, über ein diversifiziertes Angebot zu verfügen, das auch den spezifischen Anforderungen dieser Menschen gerecht wird.

Ein Beispiel dafür ist die 2019 eröffnete Beaufsichtigte Wohnintegration. Sie bietet Klient*innen, die durch alle Maschen gefallen sind, langfristige Stabilisierung. 2020 wurde zudem die Stationäre Wohnintegration für ältere, sozial beeinträchtigte Personen mit chronischen psychischen und körperlichen Leiden vergrössert.

Für die Betreuung dieser Klient*innen braucht es neben qualifizierten Mitarbeiter*innen vor Ort – zunehmend mit einem beruflichen Hintergrund aus der psychiatrischen Pflege – auch die Unterstützung von Fachdiensten, allen voran des Städtischen Dienstes Zürich. Aber auch die privaten wohnintegrativen Angebote sowie sip züri und die Stadtpolizei sind wichtige Partner*innen. Ihr gutes Zusammenspiel ermöglicht es, die Leitlinie unserer Wohnpolitik in der Praxis umzusetzen: Die Stadt Zürich stellt sicher, dass niemand unfreiwillig ohne Obdach sein muss.

Andreas Hauri, Stadtrat
Vorsteher Gesundheits-
und Umweltdepartement

Raphael Golta, Stadtrat
Vorsteher Sozialdepartement

1 Management Summary

Hauptziel der aktuellen Studie war, die Datengrundlage zur Prävalenz psychisch kranker Menschen in den Wohneinrichtungen der Stadt Zürich zu aktualisieren sowie das derzeitige Funktionsniveau der Klient*innen zu erheben. In einem weiteren Schritt wurden die im aktuellen Erhebungszeitraum gewonnenen Resultate den Ergebnissen der Studie von 2013 gegenübergestellt. Auch die vorliegende Studie beschränkt sich auf erwachsene Personen. Neben den bereits zuvor untersuchten Wohneinrichtungen Ambulante Wohnintegration (vormals Begleitetes Wohnen, BeWo), Stationäre Wohnintegration (vormals Betreutes Wohnen City, Bewo City), Notschlafstelle und Nachtpension wurde die 2019 eröffnete Beaufsichtigte Wohnintegration in die aktuelle Studie miteingeschlossen. Von den rund 530 Personen konnten insgesamt 333 befragt werden.

Der Anteil psychisch schwer kranker und somit behandlungsbedürftiger Personen ist in den Wohneinrichtungen der Stadt Zürich unverändert hoch. Die im ersten WOPP-Bericht geäußerte Befürchtung, dass aufgrund immer kürzerer Aufenthaltszeiten in den psychiatrischen Kliniken mit stärkerem Druck auf die Wohneinrichtungen gerechnet werden muss, scheint sich bestätigt zu haben.

Die wichtigsten Resultate

- Der Anteil an Klient*innen, die mindestens die Kriterien einer psychiatrischen Diagnose erfüllen, liegt bei den interviewten Personen weiterhin bei 96 %.
- Werden Abhängigkeitserkrankungen nicht berücksichtigt, sind dennoch 72 % der befragten Klient*innen von mindestens einer psychiatrischen Krankheit betroffen (2013: 61 %).
- 56 % der befragten Personen leiden zusätzlich zur Suchterkrankung an mindestens einer weiteren psychiatrischen Erkrankung (2013: 49 %).
- Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis treten 2021 unter den befragten Personen mit 29 % häufiger auf als 2013 (25 %).
- Das durchschnittliche Funktionsniveau der befragten Personen ist deutlich gesunken und liegt im aktuellen Erhebungszeitraum bei 30.29 (2013: 32.23 / GAF-Werteskala von 1-100).

- 25 % der in stationären Angeboten befragten Personen waren gemäss Body-Mass-Index übergewichtig, 19 % sind adipös, zudem sind weitere 8 % untergewichtig.
- Zum Erhebungszeitpunkt nahmen 64 % der befragten Personen regelmässig Psychopharmaka ein. Dieser Wert ist gegenüber der letzten Erhebung um 9 % zurückgegangen (2013: 73 %).
- Der Anteil der befragten Personen, die regelmässig Medikamente gegen körperliche Leiden einnehmen, liegt in der aktuellen Befragung bei 55 % (2013: 43 %).

Die Ergebnisse zeigen, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei den befragten Personen weiterhin sehr hoch ist. Diese Personen sind im Vergleich zu den Resultaten der ersten Studie jedoch psychosozial stärker belastet. Der Anteil der befragten Personen, die die Kriterien von zwei oder mehr psychiatrischen Diagnosen erfüllen, ist deutlich gestiegen und das allgemeine Funktionsniveau liegt im aktuellen Erhebungszeitraum signifikant tiefer.

2 Ausgangslage

Die WOPP-Studie von 2013 hatte gezeigt, dass die Personen, die in den städtischen Wohneinrichtungen leben, psychisch sehr hoch belastet sind. Darüber hinaus wiesen sie im Vergleich mit Akutpatient*innen der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich (PUK) ein stärker eingeschränktes allgemeines Funktionsniveau auf und waren somit auch sozial und beruflich stärker belastet. In anderen Worten: Die Wohneinrichtungen der Stadt Zürich übernahmen die Langzeitpflege chronisch psychisch kranker Menschen, obwohl sie ursprünglich für die Verhinderung von Obdachlosigkeit vorgesehen waren. Dies war letztlich eine Bestätigung dafür, dass in den Jahren zuvor in den städtischen Wohneinrichtungen eine Zunahme psychisch schwer kranker und ungenügend behandelter Personen beobachtet wurde. Die Studie kam allerdings auch zum Schluss, dass die untersuchten Wohneinrichtungen die Betreuung und die Gesundheitsversorgung der Betroffenen weitgehend sicherstellen können.

Aufgrund der in der Studie gewonnenen Daten hat der Geschäftsbereich Wohnen und Obdach sein Portfolio in den letzten Jahren angepasst und weiterentwickelt. Heute verfügt die Stadt Zürich über ein differenziertes Angebot an Einrichtungen, das der Breite der Bedürfnisse von Menschen mit sozialen, somatischen und psychischen Beeinträchtigungen noch besser gerecht wird.

Seit der Erhebung von 2013 ist viel Zeit vergangen und es haben sich viele soziale und gesundheitspolitische Entwicklungen ergeben (um nur einige Beispiele zu nennen: Einführung TARPSY, Flüchtlingskrise, Covid-Pandemie etc.). Die Vermutung erscheint plausibel, dass sich solche Entwicklungen auch in der sozialen und psychischen Belastung von Klient*innen niederschlagen, allerdings ohne dass eine Kausalität festgestellt werden könnte. Aber die Frage bleibt interessant, ob nach einem längeren Zeitraum gesellschaftlicher Dynamik Veränderungen in der Häufigkeit psychischer Erkrankungen auftreten.

Projektauftrag

Aufgrund dieser Überlegungen beauftragten die Sozialen Einrichtungen und Betriebe 2019 den Stadtärztlichen Dienst Zürich mit der Durchführung der aktuellen Studie. Der Auftrag beinhaltete, möglichst viele Klient*innen der städtischen Wohneinrichtungen der Abteilungen Wohnintegration und Obdach zur psychischen Gesundheit zu befragen sowie Daten zum Funktionsniveau und zur Medikation zu erheben, um aktuelle Informationen zur Prävalenz zu erhalten.

3 Ziele und Fragestellungen

Ziel der aktuellen Studie war es, die Befragung von 2013 zu wiederholen, um aktuelle und vergleichbare Daten zum Gesundheitszustand der Klient*innen zu erhalten.

Diese aktuellen Resultate zur psychischen Gesundheit sowie die begleitend erhobenen soziodemografischen Daten sollten den Ergebnissen der Studie von 2013 gegenübergestellt werden.

Es wurden die Klient*innen der gleichen städtischen Wohneinrichtungen für Erwachsene befragt wie in der

Studie 2013. Neu hinzugekommen ist die Beaufsichtigte Wohnintegration, die integraler Angebotsbestandteil der städtischen Wohneinrichtungen für Erwachsene ist und im Jahr 2019 den Betrieb aufgenommen hat.

Die aktuelle Studie wurde im Herbst 2020 von der Kantonalen Ethikkommission Zürich bewilligt.





4 Methodik

4.1 Beteiligte Einrichtungen

In die aktuelle Studie wurden das Angebot der Abteilung Obdach mit ihren beiden Nachtasylen sowie das Angebot der Abteilung Wohnintegration, das auf die langfristige Stabilisierung der Klient*innen ausgerichtet ist, einbezogen. Beides sind Angebote der Sozialen Einrichtungen und Betriebe der Stadt Zürich. Das Angebotssystem wurde in den vergangenen Jahren weiterentwickelt. Die angebotsspezifischen Veränderungen werden bei den entsprechenden Wohneinrichtungen beschrieben.

Die Ambulante Wohnintegration (AMB) – vormals Begleitetes Wohnen (BeWo) – verfügt auf Stadtgebiet über rund 340 Plätze an 20 Standorten. Die genaue Zahl der angebotenen Plätze fluktuiert über die Jahre. Angeboten werden möblierte Einzelzimmer in Wohnungen und Appartements für Einzelpersonen. Die AMB ist ein ambulant betreutes Angebot für Einzelpersonen mit mindestens 2 Jahren ununterbrochenem Wohnsitz in der Stadt Zürich. Das Angebot richtet sich an sozial desintegrierte und substanzabhängige Frauen und Männer, die nicht in der Lage sind, ihren Wohnalltag alleine zu meistern. Die ambulante Betreuung setzt bei den Ursachen der prekären Wohnsituation an und zielt auf die soziale Integration und auf die Stabilisierung der Gesamtsituation. Die Gesamtaufenthaltsdauer ist unbefristet.

Die Stationäre Wohnintegration (STA) – vormals Betreutes Wohnen City (Bewo City) – bietet an den drei Standorten an der Gerechtigkeitsgasse, an der Feldstrasse und an der Langensteinstrasse insgesamt 80 Plätze für Einzelpersonen an. Es handelt sich um rollstuhlgängige Liegen-schaften mit Einzelzimmern. Die STA verfügt über eine kantonale Betriebsbewilligung gemäss dem Gesetz über Invalideneinrichtungen für erwachsene Personen. Der neuste Standort an der Langensteinstrasse wurde im Herbst 2020 eröffnet. Das Angebot richtet sich an sozial beeinträchtigte, abhängigkeiterkrankte Menschen mit psychischen und körperlichen Leiden, die nicht in der Lage sind, sich in einen regulären Heimbetrieb einzufügen. Die STA bietet den Klient*innen pflegerische Unterstützung in Zusammenarbeit mit externen Fachdiensten. Die fachliche Betreuung wird an 365 Tagen im Jahr geleistet. Die Aufenthaltsvereinbarung ist unbefristet.

Die Beaufsichtigte Wohnintegration (BEA), das jüngste Angebot der Sozialen Einrichtungen und Betriebe, hat den Betrieb im Sommer 2019 aufgenommen und verfügt über eine kantonale Heimanerkennung. Die BEA bietet an einem Standort 42 Plätze an, welche sich an psychisch beeinträchtigte Personen mit stark eingeschränkten Wohn- und Sozialkompetenzen richten, die sich nicht in andere städtische oder private Wohnintegrationsangebote einfügen lassen. Die fachliche Betreuung wird an 365 Tagen rund um die Uhr gewährleistet. Die BEA bietet damit den Klient*innen einen Wohnrahmen, der vor Eskalationen schützt und stabilisierend wirkt. Die Aufenthaltsvereinbarung ist unbefristet.

Die Nachtpension (NP) verfügt über 17 Plätze für die Nacht und richtet sich an Langzeitnutzende der Notschlafstelle, die sich nicht in eine dauerhafte Wohnlösung integrieren wollen oder können. Die NP bietet obdachlosen Einzelpersonen eine Übernachtungsmöglichkeit im Einzelzimmer und ist stationär betreut. Ziel ist die Stabilisierung der Lebenssituation der Betroffenen und die Suche nach einer zuträglichen Anschlusslösung. Die NP ist tagsüber geschlossen. Der Aufenthalt ist auf maximal ein Jahr befristet.

Die Notschlafstelle (NST) bietet für eine begrenzte Zeit obdachlosen Personen aus der Stadt Zürich ein Bett für die Nacht, Verpflegung und eine Waschgelegenheit. Die Fachpersonen betreuen und beraten Klient*innen und treffen Massnahmen, um physische und psychische Verwahrlosungsprozesse aufzuhalten und eine zuträgliche Anschlusslösung zu ermöglichen.

Der Stadtärztliche Dienst bietet in den beschriebenen Wohneinrichtungen Sprechstunden für Klient*innen sowie einzelfallbezogenen Austausch mit den Mitarbeitenden der erwähnten Einrichtungen an.

4.2 Stichprobe

Zwischen Dezember 2020 und November 2021 wurden insgesamt 333 Personen im Alter von 24 bis 77 Jahren befragt. Tabelle 1 gibt die in der einzelnen Einrichtung erreichte Rücklaufquote an.

Tabelle 1: Stichprobe und Rücklaufquote

	AMB	STA	BEA	NP	NST
Anzahl Plätze	342	80	42	17	52
Interviewte Personen	196	72	28	14	23
Rücklaufquote*	60 %	91 %	65 %	70 %	–

4.3 Erhebungsmethoden

Pro Teilnehmer*in wurden jeweils die soziodemografischen Daten, die psychische Gesundheit, die Angaben zu Medikamenten für körperliche und psychische Beschwerden sowie die Informationen für die Einschätzung des Funktionsniveaus erhoben.

Soziodemografische Daten

Vor jedem Interview wurden von den Teilnehmenden soziodemografische Daten erhoben.

Tabelle 2: Soziodemografische Variablen

Alter
Geschlecht
Nationalität
Familienstand (dazu gehören der Zivilstand, aktuelle Beziehung, Kinder)
Ausbildung
Aktuelle Arbeitssituation
Finanzierung des Lebensunterhaltes
Body-Mass-Index (BMI)** anhand von Grösse und Gewicht (vor Ort mit Waage und Messband)

* In der Rücklaufquote ist auch die Fluktuation innerhalb des Befragungszeitraums berücksichtigt. In der Notschlafstelle ist die Rücklaufquote aufgrund der hohen Fluktuation nicht statistisch gesichert eruierbar.

** Im Unterschied zur Erhebung 2013 wurde der Body-Mass-Index (BMI) nur in den stationären Angeboten (Stationäre Wohnintegration, Beaufsichtigte Wohnintegration, Nachtpension) erhoben. In der Ambulanten Wohnintegration und in der Notschlafstelle wurden 2021 Körperlänge und Gewicht nicht gemessen.

Diagnostik

Um die Vergleichbarkeit der Daten zur psychiatrischen Diagnostik zu gewährleisten, wurde dasselbe strukturierte klinische Interview auf der Basis des M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview, 6.0.0., German version) verwendet wie 2013. Das M.I.N.I. 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). Bereits von medizinischen Fachpersonen gestellte psychiatrische Diagnosen wurden übernommen. Mit diesem Vorgehen konnten auf ökonomische Weise die wichtigsten psychiatrischen Diagnosen erfasst werden, vgl. Tabelle 3.

Tabelle 3: Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10

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

Fremdbeurteilung: GAF

In der aktuellen Erhebung wurde das Funktionsniveau mit der GAF-Skala (Global Assessment of Functioning) erfasst. Für die Einstufung wurden psychische, soziale und berufliche Aspekte berücksichtigt. Eine Beschreibung der zwischen 1 und 100 liegenden GAF-Werte findet sich in Tabelle 4.

Tabelle 4: GAF-Wertebereiche

Wertebereich	Beschreibung
100–91	Optimale Funktion in allen Bereichen
90–81	Gute Leistungsfähigkeit in 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 Fremdgefährdung
10–1	Ständige Gefahr oder anhaltende Unfähigkeit
0	Unzureichende Information

Durchführung

Auch in dieser Erhebung wurden die strukturierten klinischen Interviews und die Einstufungen gemäss der GAF-Skala von Psychologiestudierenden der Universität Zürich und der Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften durchgeführt. Auch die abschliessende Klärung der Teilnahmebereitschaft von Klient*innen wurde von den Psychologiestudierenden vorgenommen. Die Interviewer*innen wurden vom städtischen Dienst rekrutiert, geschult und supervidiert.

Die Mitarbeitenden von Wohnen und Obdach übernahmen bei dieser Durchführung folgende Aufgaben: Sie informierten die Klient*innen über Sinn und Zweck der Erhebung und motivierten sie zur Teilnahme. Vor jedem Interview führten die Interviewer*innen ein kurzes Vorgespräch mit der zuständigen Betreuungsperson für ergänzende Informationen oder um allfällige Schwierigkeiten zu klären. Die Datenerfassung und die statistischen Auswertungen erfolgten in verschlüsselter Form. Dabei wurden die üblichen Datenschutzregeln eingehalten. Personenbezogene und gesundheitliche Daten sind getrennt archiviert.

5 Ergebnisse

Die Ergebnisse der aktuellen Erhebung von 2021 werden dargelegt. Danach werden einige Ergebnisse der beiden Befragungen von 2021 und 2013 gegenübergestellt.

5.1 Soziodemografische Daten

Alter

Die älteste Person, die an der Erhebung 2021 teilgenommen hat, war zum Erhebungszeitpunkt 77 Jahre alt, die jüngste 24. Der Altersdurchschnitt in der Gesamtstichprobe liegt bei 50 Jahren ($M=50.1$; $SD=9.74$), $t(669)=-4.954$, $p<0.001$) und ist somit hochsignifikant höher als 2013 ($M=45.1$; $SD=10.09$). Der Median liegt bei 51 Jahren und der Quartilsabstand zwischen rund 44 und 57 Jahren. 2013 lag der Altersmedian bei 45 Jahren und der Quartilsabstand zwischen rund 39 und 51 Jahren.

Der Vergleich der Medianwerte zeigt, dass die Gesamtstichprobe 2021 älter ist. Waren 2013 50 % der befragten Personen älter als 45 Jahre, sind 2021 50 % der befragten Personen über 51 Jahre alt.

Der Anstieg des Durchschnittsalters fällt in der Ambulanten Wohnintegration um 8 Jahre höher aus, der entsprechende Altersmedian liegt bei 52 Jahren. In der kleinsten

Teilstichprobe der Nachtpension sind 2021 die Klient*innen im Schnitt nur geringfügig älter (+1 Jahr) als jene in der Erhebung von 2013, der Altersmedian liegt in dieser Teilstichprobe neu bei 46 Jahren.

Tabelle 5: Altersverteilung 2021 und 2013

	2021	2013
Häufigkeit	333	338
Wertebereich	24–77	20–82
Mittelwert (SD)	50.09 (9.74)	45.13 (10.09)
Median	51.00	45.00
Quartilsabstand	43.50–57.00	39.00–51.25

Geschlecht

Die Gesamtstichprobe 2021 setzt sich aus 247 Männern (74.2 %) und 86 Frauen (25.8 %) zusammen, siehe Tabelle 6. Die Geschlechterverteilung ist in der Nachtpension mit 8 Männern (57.1 %) und 6 Frauen (42.9 %) am ausgeglichsten. In der Notschlafstelle ist der Männeranteil mit 87 % ($n=20$) am grössten.

Tabelle 6: Anteil Männer/Frauen in der Gesamtstichprobe und nach Wohneinrichtung 2021

	Gesamt		AMB		STA		BEA		NP		NST	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Männer	247	74.2	155	79.1	47	65.3	17	60.7	8	57.1	20	87.0
Frauen	86	25.8	41	20.9	25	34.7	11	39.3	6	42.9	3	13.0
	333	100	196	100	72	100	28	100	14	100	23	100

Wie in Tabelle 7 ersichtlich, haben in den Erhebungen 2021 und 2013 je etwa gleich viele Männer und Frauen teilgenommen.

Tabelle 7: Anteil Männer/Frauen in den Gesamtstichproben 2021 und 2013

	2021		2013	
	n	%	n	%
Männer	247	74.2	255	75.4
Frauen	86	25.8	83	24.6

Nationalität

71 % (n=235) der befragten Personen sind Schweizer Staatsangehörige, weitere rund 10 % (n=35) sind aus dem übrigen Westeuropa. 19 % kommen aus Staaten aus Ost- und Südosteuropa, Afrika, Asien sowie Nord- und Südamerika. Die Stationäre Wohnintegration weist mit 75 % (n=54) den grössten und die Nachtpension mit 57 % (n=8) den kleinsten Anteil an Schweizer*innen auf. In den übrigen Einrichtungen liegt dieser Anteil zwischen 64 % und 71 %.

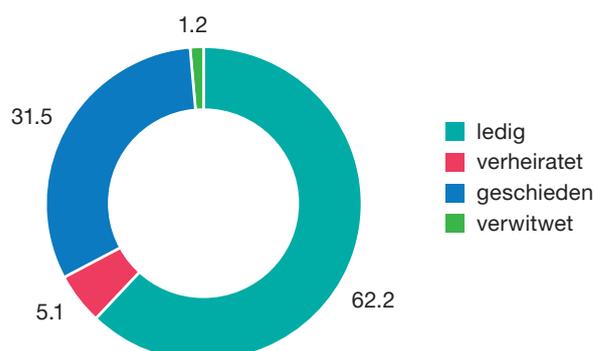
Tabelle 8: Staatszugehörigkeit

	2021		2013		Veränderung
	n	%	n	%	
Schweizer Staatsangehörige	235	70.6	243	71.9	-1.3
Westeuropa	35	10.5	39	11.5	-1.0
Übrige Nationalitäten	63	18.9	56	16.6	+2.3

Zivilstand, Familie, Kinder, Partnerschaft

62 % (n=207) der Teilnehmenden sind ledig und rund 32 % (n=105) sind geschieden oder getrennt. Die übrigen Personen (6 %) sind entweder verheiratet (n=17) oder verwitwet (n=4).

Abbildung 1: Zivilstand



Der Vergleich der Ergebnisse zum Zivilstand zeigt, dass die Gruppe der ledigen und die Gruppe der geschiedenen bzw. getrennten Personen 2021 grösser sind als 2013, vgl. Tabelle 9.

Tabelle 9: Zivilstand 2021 und 2013

	2021		2013	
	n	%	n	%
ledig	207	62.2	203	60.1
verheiratet	17	5.1	28	8.3
geschieden/getrennt	105	31.5	94	27.8
verwitwet	4	1.2	13	3.8

Rund ein Drittel (n=115) der teilnehmenden Personen hat mindestens 1 Kind. Die Frage nach einer aktuellen Partnerschaft wurde von nur noch 60 Personen mit «Ja» beantwortet (18.0 %). 2013 gaben noch 28.7 % Klient*innen (n=97) an, in einer Partnerschaft zu leben, d.h. dieser Anteil ist 2021 um über einen Drittel tiefer. Im aktuellen Erhebungszeitraum war der Anteil an Personen in einer Partnerschaft in der Ambulanten Wohnintegration am höchsten (n=41, 20.9 %) und in der Stationären Wohnintegration am niedrigsten (n=8, 11.1 %).

Ausbildungsstand

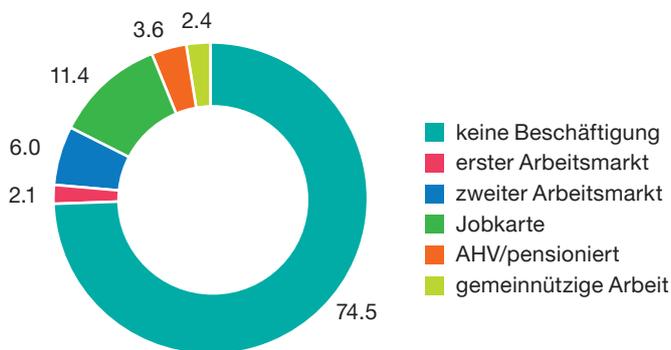
Der Anteil an Personen, die eine Maturität oder einen Hochschulabschluss erworben haben, verdoppelt sich beinahe auf 11 % (n=36) gegenüber der Erhebung von 2013 (6 %, n=21). Personen ohne Ausbildung machen rund 29 % (n=97) der interviewten Personen aus. Die übrigen 60 % (n=199) haben eine An- oder eine Berufslehre absolviert. Diese Anteile sanken leicht gegenüber der Erhebung von 2013, vgl. hierzu Tabelle 10.

Tabelle 10: Höchste abgeschlossene Ausbildung

	2021		2013	
	n	%	n	%
Keine Ausbildung	97	29.1	105	31.1
Lehre/Anlehre	199	59.8	210	62.1
Hochschulabschluss/Matura	36	10.8	21	6.2
Keine Angaben	1	0.3	2	0.6

Der Anteil an Personen, die gemäss Abbildung 2 keiner Beschäftigung nachgehen, ist um 18 % grösser als 2013 (56 %). Zudem nahmen 2021 deutlich weniger Personen (-15 %) das Angebot der Jobkarte war.

Abbildung 2: Aktuelle Arbeitssituation 2021; in Prozenten

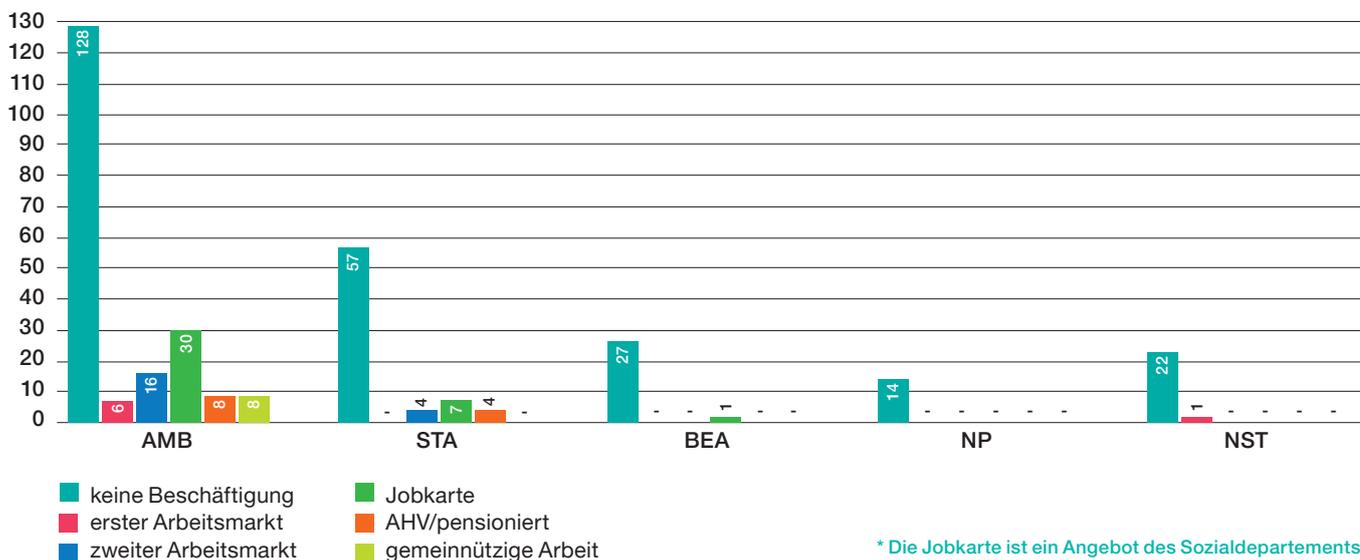


Arbeitssituation

Zum Befragungszeitpunkt waren rund 74 % (n=248) der Gesamtstichprobe 2021 ohne Beschäftigung (vgl. Abbildung 2). Rund 11 % (n=38) der befragten Personen nutzen zum Erhebungszeitpunkt das Angebot der Jobkarte* und 6 % (n=20) waren im zweiten Arbeitsmarkt tätig. 8 Personen (2 %) leisteten gemäss eigener Angabe gemeinnützige Arbeit.

Abbildung 3 zeigt die Beschäftigungssituation in den einzelnen Wohneinrichtungen. In der Ambulanten und der Stationären Wohnintegration sind 67 % bzw. 79 % der Klient*innen ohne Beschäftigung, in den Angeboten der Beaufsichtigten Wohnintegration sowie der Nachtpension und der Notschlafstelle sind es deren 97 %.

Abbildung 3: Aktuelle Arbeitssituation 2021 nach Wohneinrichtung; absolute Werte



* Die Jobkarte ist ein Angebot des Sozialdepartements der Stadt Zürich, das den Zugang zu niederschweligen Beschäftigungsangeboten ermöglicht und die soziale Integration fördert.

Finanzierung Lebensunterhalt

43 % (n=143) der befragten Personen beziehen eine IV-Rente, 42 % (n=139) erhalten zum Befragungszeitpunkt wirtschaftliche Sozialhilfe, weitere 8 % bestreiten ihren Lebensunterhalt aus einer Kombination dieser beiden Quellen.

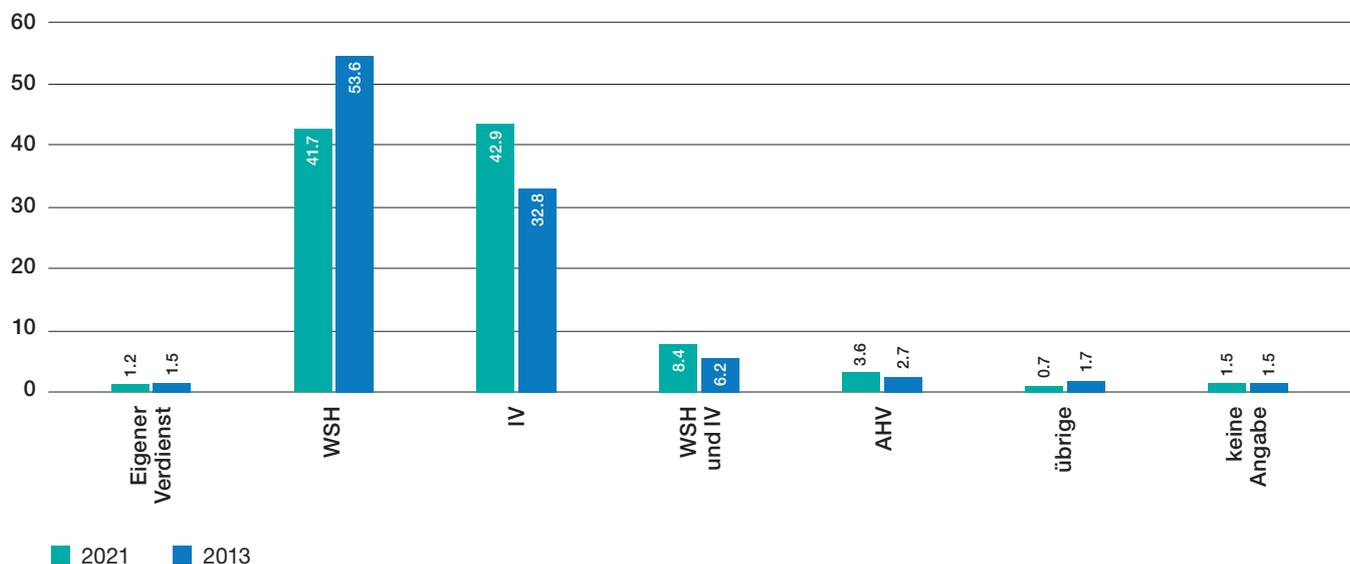
Die Rangordnung der zwei wichtigsten Finanzierungsquellen hat sich 2021 gedreht. In der Erhebung 2013 lag der Anteil der Personen mit wirtschaftlicher Sozialhilfe bei 54 % (n=181), während an 33 % der befragten Personen (n=111) eine IV-Rente ausbezahlt wurde.

Fazit

Das mittlere Alter der Klient*innen der städtischen Wohneinrichtungen liegt 2021 höher als zuvor. Der Median liegt 2021 bei 51 Jahren und ist damit um 6 Jahre höher als 2013 (45 Jahre). Dieser Befund trifft nicht auf beide Geschlechter in gleichem Masse zu. Der Altersmedian liegt

2021 für Männer bei 52 Jahren (+7 Jahre), bei den Frauen bei 50 Jahren (+3 Jahre). Zudem sind die Frauen in der Gesamtstichprobe von 2021 im Schnitt 2 Jahre jünger als die Männer. In der Kohorte von 2013 waren die interviewten Frauen im Mittel noch 2 Jahre älter als die männlichen Teilnehmenden. Die Geschlechterverteilung ist unverändert. Frauen machen rund einen Viertel der Gesamtstichprobe aus. Der Anteil Schweizer Staatsangehöriger bleibt stabil und liegt bei 71 %. Der Anteil sehr gut Ausgebildeter mit Hochschulabschluss, Matura oder BMS hat sich annähernd verdoppelt und liegt nun bei 11 %. Zum Erhebungszeitpunkt gehen knapp 14 % der befragten Personen einer Arbeitstätigkeit nach. Dieser Anteil hat sich gegenüber der Erhebung 2013 halbiert, wobei das Angebot der Jobkarte weiterhin am meisten genutzt wird. Auch in der aktuellen Erhebung sind 93 % der befragten Personen entweder auf wirtschaftliche Sozialhilfe oder auf Leistungen der IV angewiesen.

Abbildung 4: Finanzierung des Lebensunterhalts 2021 und 2013; in Prozenten



5.2 Diagnosen

Von den 333 interviewten Personen leiden 319 (96 %) an einer psychischen Erkrankung. 267 Personen oder 80 % der Klient*innen sind von einer Abhängigkeitserkrankung betroffen. Davon erfüllen 79 Personen (24 %) ausschliesslich die Kriterien einer Abhängigkeitserkrankung und weitere 188 Personen (56 %) erfüllen zusätzlich die Kriterien einer weiteren psychiatrischen Diagnose (F2, F3, F4 oder F6). 52 Personen (16 %) erfüllen die Kriterien einer oder mehrerer psychischen Erkrankungen ohne Sucht. Bei 14 Personen (4 %) wurde keine psychiatrische Diagnose festgestellt.

Tabelle 11: Verteilung der Diagnosen

	2021		2013	
	n	%	n	%
Psychiatrische Diagnose	319	95.8	323	95.6
Abhängigkeitserkrankung	79	23.7	118	34.9
Abhängigkeits- und andere psychiatrische Diagnosen	188	56.5	164	48.5
Andere psychiatrische Diagnosen	52	15.6	41	12.1
Keine psychiatrische Diagnose	14	4.2	15	4.4

29 % der befragten Personen (n=97) leiden an einer Schizophrenie oder einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis (F2). 27 dieser 97 Personen, d. h. 8 % der Gesamtstichprobe, sind von einer Schizophrenie oder einer Schizophrenie in Kombination mit einer weiteren psychiatrischen Diagnose wie Depression, Angsterkrankung oder einer Persönlichkeitsstörung betroffen.

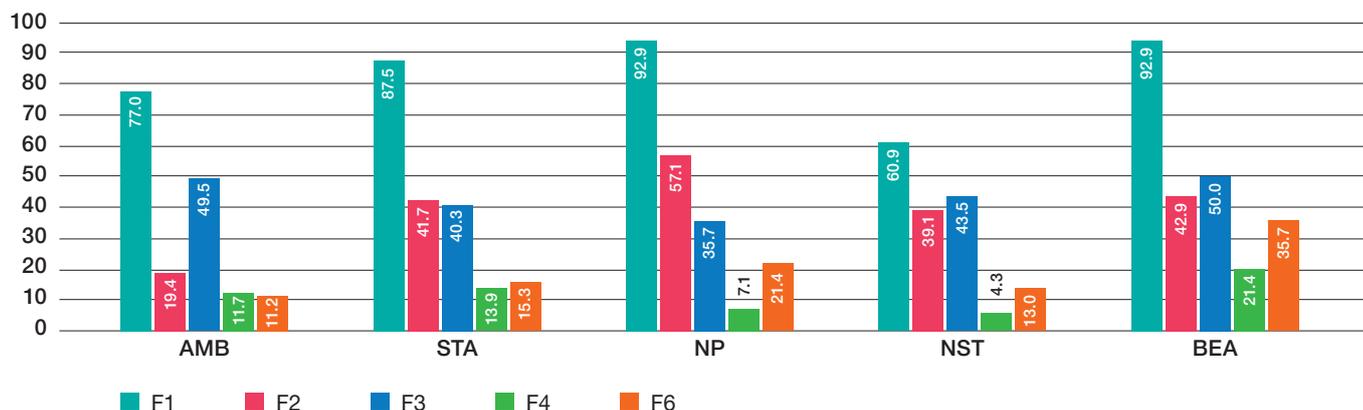
Affektive Störungen (F3) kommen neben den Abhängigkeitserkrankungen (F1) am häufigsten vor. Beinahe jede zweite teilnehmende Person (n=155, 46.5 %) ist im Erhebungszeitraum davon betroffen. 49 Personen (14.7 %) erfüllen die Kriterien einer Persönlichkeitsstörung (F6) und 41 Personen (12.3 %) leiden an einer Angst- oder Zwangserkrankung (F4). Vergl. hierzu die Abbildung 5.

Abbildung 5: Prävalenz psychischer Erkrankungen nach ICD-10, in Prozenten



Abbildung 6 veranschaulicht die Häufigkeit psychischer Erkrankungen in den verschiedenen Einrichtungen. Es fällt auf, dass rund 90 % der Klient*innen der Stationären und der Beaufsichtigten Wohnintegration sowie der Nachtpension an einer Abhängigkeitserkrankung leiden. Darüber hinaus sticht der sehr hohe Anteil an Personen mit einer F2-Störung in der Beaufsichtigten und Stationären Wohnintegration sowie der Nachtpension und der Not-schlafstelle hervor. Erwartungsgemäss ist die generell höhere psychische Belastung der Klient*innen der Beaufsichtigten Wohnintegration, die mit den höchsten Anteilswerten in fast allen psychiatrischen Diagnose-Kategorien (ohne F2) zum Ausdruck kommt.

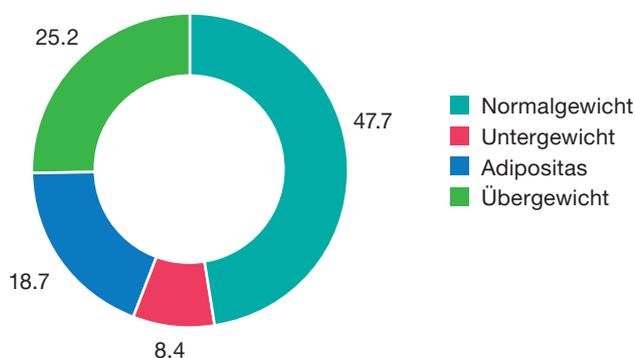
Abbildung 6: Prävalenz psychischer Erkrankungen nach Wohnrichtung, nach ICD-10; in Prozenten



5.3 Body-Mass-Index (BMI)

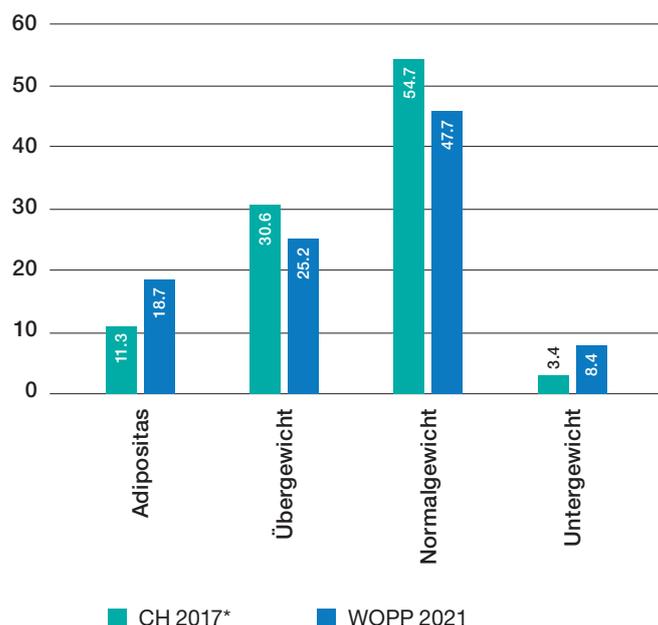
Wie bereits berichtet, wurden die Körperlänge und das Gewicht nur in den stationären Angeboten erhoben. So konnte von rund einem Drittel der Gesamtstichprobe (n=107) der BMI berechnet werden. Die Abbildung 7 zeigt, dass zum Erhebungszeitpunkt das Gewicht bei rund der Hälfte der befragten Personen (52.3 %) ausserhalb des Normbereichs liegt: Jede vierte Person ist übergewichtig (25.2 %), fast jede fünfte Person ist adipös (18.7 %). Zudem ist jede zwölfte Person (8.4 %) untergewichtig. 2013 lag das Gewicht von 54.5 % der Gesamtstichprobe ausserhalb des Normbereichs.

Abbildung 7: BMI; in Prozenten



Die Abbildung 8 zeigt, dass der Anteil an adipösen und untergewichtigen Klient*innen in den stationären Angeboten um rund 12 % höher ist. Er fällt damit fast doppelt so hoch aus wie der entsprechende Anteil in der Schweizer Bevölkerung. Gemäss Bundesamt für Statistik war im Jahr 2017 jede 10. Person in der Schweiz adipös und nur jede 30. Person war untergewichtig. Der Anteil Über- und Normalgewichtiger ist demnach entsprechend tiefer.

Abbildung 8: BMI im Vergleich zur Schweizer Bevölkerung*; in Prozenten



* Quelle: BFS, Körpermassindex 2017, in % der Bevölkerung ab 15 Jahren



5.4 Fremdbeurteilung: GAF

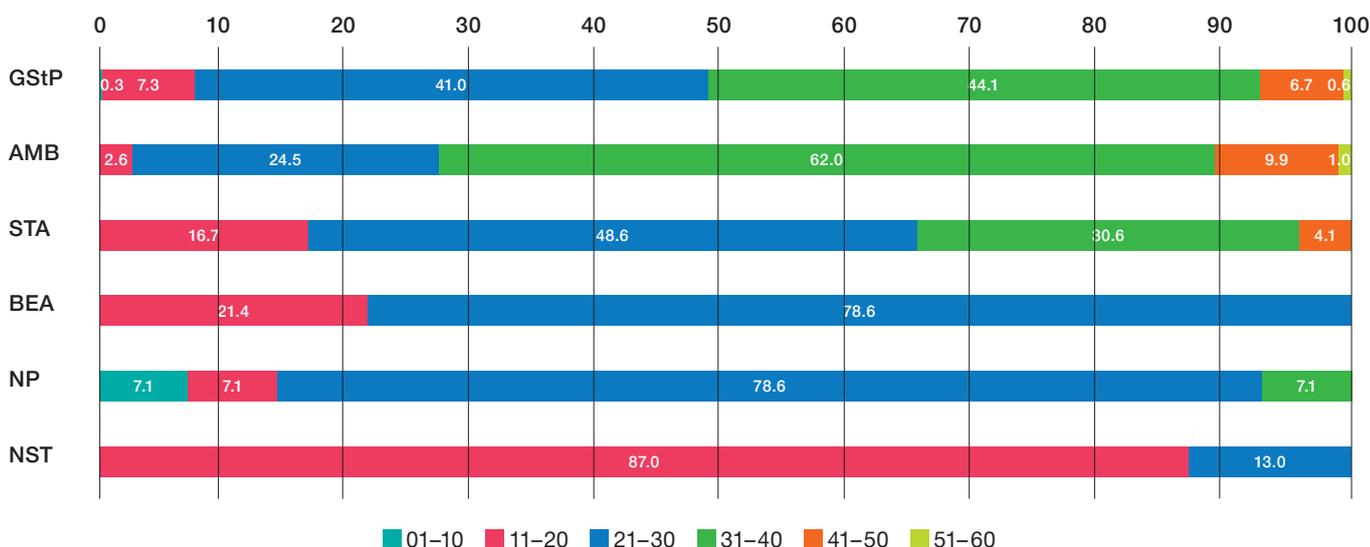
Die Abbildung 9 zeigt die Verteilung der GAF-Werte in der Gesamtstichprobe sowie in den beteiligten Einrichtungen. In der Gesamtstichprobe (n = 329) liegen 85.0 % (n = 280) der GAF-Werte in den beiden Kategorien «Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen» (Wertebereich 21 bis 30) sowie «Starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen» (Wertebereich 31 bis 40). 7.3 % (n = 24) der Werte liegen in der Kategorie «Selbst- und Fremdgefährlichkeit» (Wertebereich 11 bis 20) und weitere 6.7 % (n = 22) der Werte liegen in der Kategorie «Ernsthafte Beeinträchtigung» (Wertebereich 41 bis 50). Das in Abbildung 9 für jede Einrichtung wiedergegebene Spektrum des Funktionsniveaus entspricht der Breite des Angebots von Wohnen und Obdach. Zudem zeigt es, dass der Triageprozess der Abklärungsstelle im differenzierten Angebot der Sozialen Einrichtungen und Betriebe sehr gut funktioniert. Der betroffenen Person wird die Einrichtung empfohlen, die für ihre Situation über das passendste Unterstützungsangebot verfügt. Die Notschlafstelle bildet eine Ausnahme, da das Angebot von den Klient*innen eigenverantwortlich genutzt wird.

Der Mittelwert des Funktionsniveaus in der Gesamtstichprobe beträgt 30.29 (SD = 7.78, n = 329, $t(665) = 1.933$, $p < 0.001$), und ist damit signifikant tiefer als der Vergleichswert in der Erhebung von 2013 (M = 32.23, SD = 7.53, n = 338). Dies bedeutet, dass die teilnehmenden Personen im Schnitt ein tieferes Funktionsniveau aufweisen als die Teilnehmenden der Studie 2013. Der Quartilsabstand, der den Wertebereich der mittleren 50.0 % abbildet, liegt in der aktuellen Studie zwischen den Werten 24 und 35. 2013 lag der Quartilsabstand bei 26 bis 38.

Tabelle 12: Verteilung des GAF in den Stichproben 2021 und 2013

	2021	2013
Häufigkeit	329	338
Wertebereich	8–53	12–53
Mittelwert (SD)	30.29 (7.78)	32.23 (7.53)
Median	31.00	32.00
Quartilsabstand	24.00–35.00	26.00–38.00

Abbildung 9: GAF-Wertebereiche in Prozenten



5.5 Medikamentengebrauch

Abbildung 10 zeigt, dass über die Hälfte (55 %) der Klient*innen Medikamente gegen körperliche Leiden einnimmt. 64 % nehmen Psychopharmaka ein, von denen beruhigende und angstlösende Präparate die grösste Gruppe ausmachen.

Von den 97 Personen, welche die Kriterien einer Störung aus dem schizophrenen Formenkreis erfüllen (mit unterschiedlichen Komorbiditäten), nehmen 75 % ein Psychopharmakon und 66 % ein Neuroleptikum. Rund 30 % der von einer Schizophrenie betroffenen Personen nehmen kein Neuroleptikum. Von den Personen in der Gesamtstichprobe, welche die Kriterien einer Depression erfüllen (mit unterschiedlichen Komorbiditäten, insbesondere auch einer Substanzabhängigkeit), nehmen 37 % ein Medikament gegen Depressionen. Von den Befragten, die ausschliesslich an einer affektiven Erkrankung (F3) leiden, nehmen 57 % ein Antidepressivum.

Abbildung 10: Eingenommene Medikamente 2021 (n = 332), in Prozenten

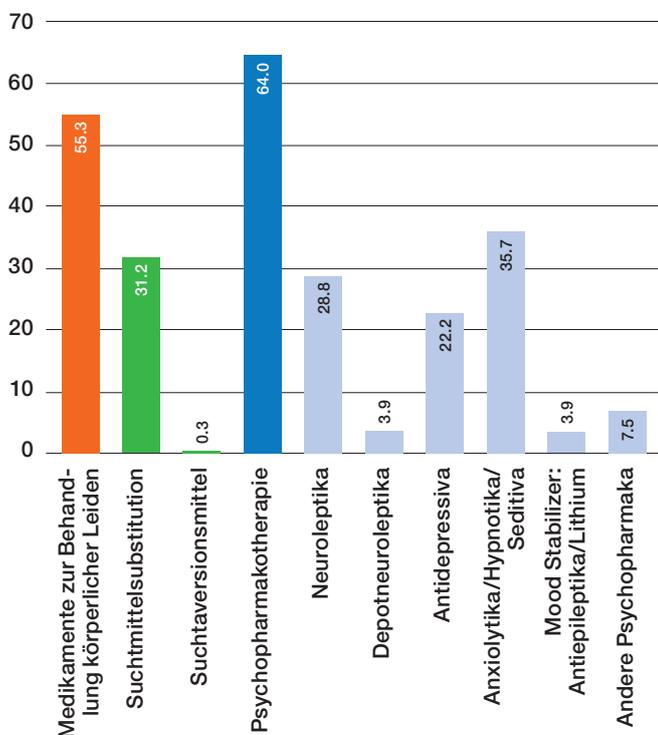


Tabelle 12 zeigt, dass der Anteil an Teilnehmenden, die Medikamente gegen körperliche Leiden einnehmen, um 12 % auf 55 % zugenommen hat. Demgegenüber nahm der Anteil an Personen, die Psychopharmaka einnehmen, um 9 % ab und liegt 2021 bei 64 %. 2021 nehmen 6 % mehr Teilnehmende (33 %) Neuroleptika (inkl. Depotneuroleptika) ein als 2013 und der Anteil an Personen, die beruhigende oder angstlösende Medikamente zu sich nehmen, geht um 5 % auf rund 36 % zurück.

Die Abnahme um 11 % an Personen, die 2021 in substituionsgestützter Behandlung sind, geht mit dem Rückgang des Anteils an Klient*innen mit einer Opiatabhängigkeit (F11) einher.

Tabelle 12: Häufigkeit der 2021 und 2013 eingenommenen Medikamente, in Prozenten

	2021	2013
	n=332	n=337
Medikamente zur Behandlung körperlicher Leiden	55.3	42.9
Suchtmittelsubstitution	31.2	42.6
Suchtaversionsmittel	0.3	1.5
Psychopharmakotherapie	64.0	73.1
Neuroleptika	28.8	25.1
Depotneuroleptika	3.9	1.8
Antidepressiva	22.2	24.0
Anxiolytika/Hypnotika/Sedativa	35.7	40.2
Mood Stabilizer: Antiepileptika/Lithium	3.9	3.3
Andere Psychopharmaka	7.5	6.8

5.6 Fokus: Klient*innen mit Abhängigkeitserkrankung

Im aktuellen Erhebungszeitraum lag der Anteil an Personen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, bei rund 80 % und damit rund 3 % tiefer als 2013.

Zur Hauptsache verantwortlich für diesen Rückgang ist die stark gesunkene Zahl an opioidabhängigen Klient*innen. Deren Anteil ist im Erhebungszeitraum 10.5 % tiefer (2021: n=117, 35.1 % / 2013: n=155, 45.9 %). Ebenfalls leicht zurückgegangen sind die Anteile der Personen, die die Kriterien für eine Alkoholabhängigkeit (-2.0 %; 2021: n=157, 47.1 % / 2013: n=166, 49.1 %) bzw. für eine Cannabisabhängigkeit (-2.5 %; 2021: n=118, 35.4 % / 2013: n=128, 37.9 %) erfüllen. Um 4.2 % zugenommen hat hingegen der Anteil an Klient*innen, die an einer Abhängigkeit von Hypnotika, Sedativa oder Anxiolytika leiden (2021: n=86, 25.8 % / 2013: n=73, 21.6 %). Der Anteil kokainabhängiger Personen ist mit 28.8 % (n=96) unverändert (2013: n=97, 28.7 %). Auch in der aktuellen Studie ist Alkoholabhängigkeit die häufigste Abhängigkeitserkrankung, siehe Tabelle 13.

Tabelle 13: Anzahl Personen mit Abhängigkeitserkrankung

	2021	2013
	n=267	n=282
Alkohol	157	166
Opioide	117	155
Cannabis	118	128
Hypnotika/Sedativa	86	73
Kokain	96	97

Der Anteil Frauen ist mit 25.1 % (n=67) kleiner als jener der Männer (74.9 %, n=200), nimmt gegenüber 2013 jedoch um 2.4 % zu (Frauen: 22.7 % / n=64; Männer: 77.3 %, n=218). In der Teilstichprobe der Personen mit Abhängigkeitserkrankung ist der Frauenanteil stärker angewachsen als in der Gesamtstichprobe, wo der Anstieg 1.2 % beträgt, vgl. Tabelle 7.

Im Erhebungszeitraum liegt der Altersmedian bei den Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung bei 51 Jahren (M=49.7; SD=9.584) und damit 7 Jahre höher als 2013 (Altersmedian 44; M=44.0; SD=9.147). Die Werte stimmen weitgehend mit den entsprechenden Werten in den Gesamtstichproben, vgl. hierzu Tabelle 5, überein. Die Klient*innen ohne Substanzabhängigkeit bilden insgesamt die ältere Teilstichprobe, was auch schon in der Erhebung 2013 der Fall war. Bei diesen Personen liegt der Altersmedian in der aktuellen Studie bei 54 Jahren (M=51.7; SD=10.272) und lag 2013 bei 51 Jahren (M=51.0; SD=12.334). In der Teilstichprobe der Klient*innen ohne Abhängigkeitserkrankung steigt der Altersdurchschnitt jedoch deutlich geringer an. Der Altersmedian liegt 2021 nur um 3 Jahre höher als 2013.

Wie bereits unter 5.2 erwähnt, hat die Zahl an Dualdiagnosen um 24 auf 188 zugenommen (2013: n=164). Deren Anteil in der Gesamtstichprobe ist dabei um 8.0 % auf 56.5 % angewachsen (2013=48.5 %). Ein facettenreiches Bild liefert ein Blick auf die Veränderung der einzelnen Diagnosekategorien (F2, F3, F4 und F6). Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis kommen in der aktuellen Erhebung bei Klient*innen mit einer Abhängigkeitserkrankung um 5.4 % häufiger vor (n=72, 27.0 %). 2013 lag der Anteil bei 21.6 % (n=61). Der Anteil an Personen, die neben einer Abhängigkeitserkrankung auch an einer affektiven Störung leiden, liegt in der aktuellen Studie (n=125, 46.8 %) um 8.9 % höher als 2013 (n=107, 37.9 %). Die Zahl an Personen, die an einer Angststörung leiden (n=27, 10.1 %), hat um 7.3 % abgenommen (2013: n=49, 17.4 %).

5 Ergebnisse

In der komplementären Teilstichprobe von Klient*innen ohne Abhängigkeitserkrankung (n=66) ist der Anteil an Personen, die an einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis leiden, um 1.8 % kleiner geworden (2021: n=25, 37.9 % / 2013: n=23, 39.7 %). Demgegenüber haben affektive Erkrankungen um 5.8 % (2021: n=30, 45.5 % / 2013: n=23, 39.7 %) und Angsterkrankungen um 9.1 % (2021: n=14, 21.2 % / 2013: n=7, 12.1 %) zugenommen.

Bei den Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung liegt der Median der GAF-Werte in der aktuellen Erhebung bei 31 (M=30.3; SD=8.212) gegenüber 32 (M=32.0; SD=7.265) im Jahr 2013. Im Vergleich zu Klient*innen ohne Abhängigkeitserkrankung (M=31.8; SD=8.403, Median=33.0 / 2013: M=33.3; SD=8.584, Median=33.5) fällt in dieser Teilstichprobe das mittlere Funktionsniveau nicht nur tiefer aus, sondern nimmt zudem stärker ab.

Wie bereits unter Punkt 5.2 angemerkt, weisen die Beaufsichtigte Wohnintegration und die Nachtpension im Vergleich zu den übrigen Einrichtungen den höchsten Anteil an abhängigkeiterkrankten Personen auf. Dies widerspiegelt auch Abbildung 11, die die Prävalenz verschiedener Abhängigkeitserkrankungen in den untersuchten Einrichtungen abbildet. Die Stationäre Wohnintegration weist den höchsten Anteil (58 %) alkoholkranker Klient*innen auf, wobei dieser Anteil in allen Einrichtungen mit Ausnahme der Notschlafstelle (26 %) hoch ist.

Abbildung 11: Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen nach Wohneinrichtung (2021), in Prozenten

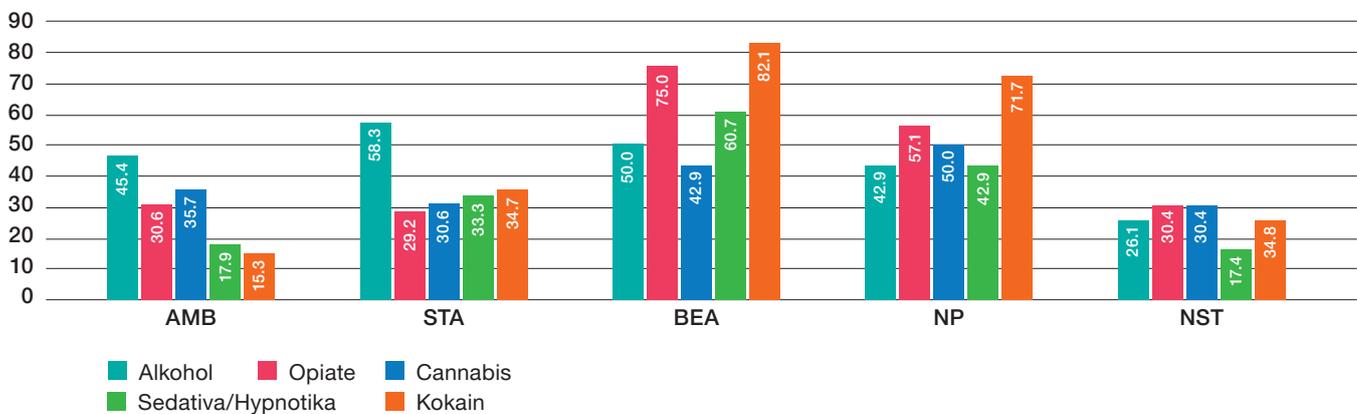
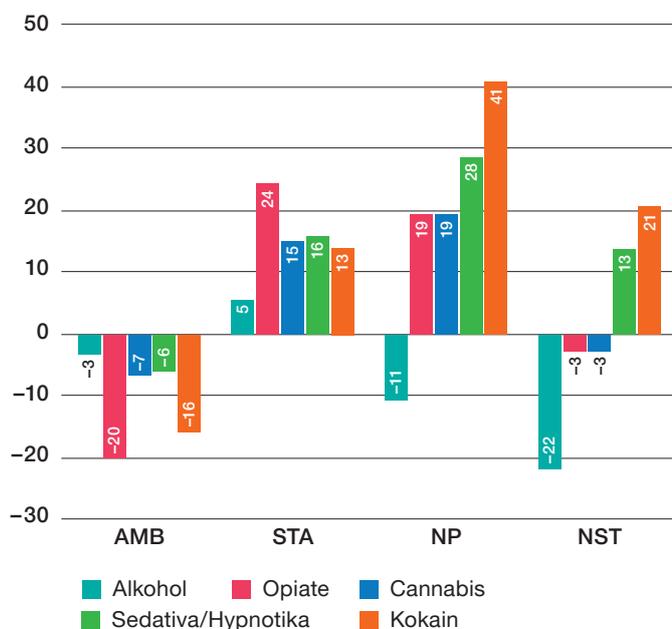
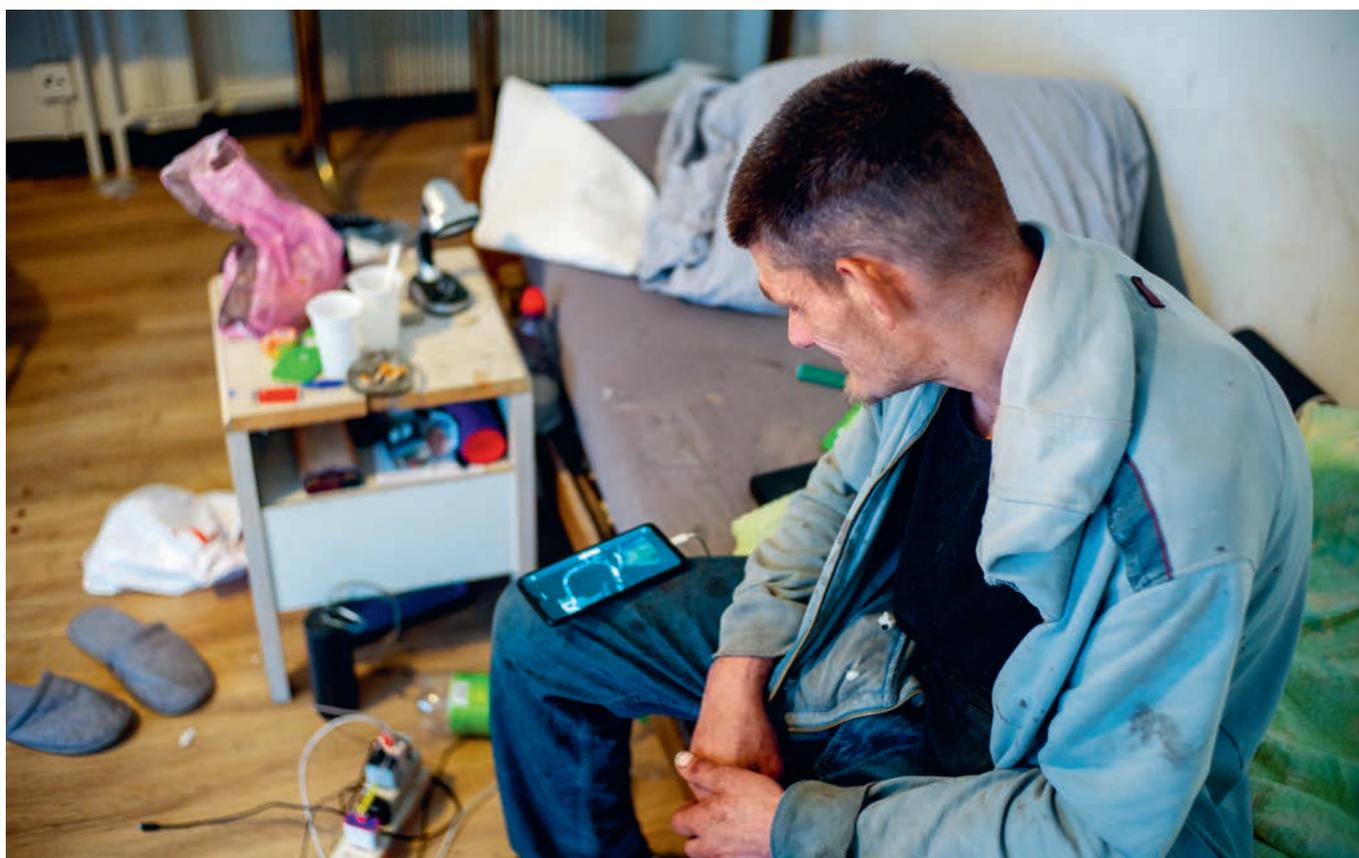


Abbildung 12: Veränderung der Prävalenz von Abhängigkeitserkrankungen nach Wohneinrichtungen; in Prozenten



Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das mittlere Alter in der Gruppe der Personen mit einer Abhängigkeitserkrankung stärker angestiegen ist, als in der Gruppe der Personen ohne Abhängigkeitserkrankung. Der Anteil an Personen, die die Kriterien einer Krankheit aus dem schizophrenen Formenkreis erfüllen, nimmt in der Teilstichprobe der Klient*innen mit einer Abhängigkeitserkrankung zu. Im Erhebungszeitraum ist mittlerweile jede vierte Person davon betroffen. 2013 war es noch jede fünfte Person. Ebenfalls stark gewachsen ist der Anteil abhängigkeitskrankter Klient*innen, die an einer affektiven Störung leiden, wo 2021 fast jede zweite Person die entsprechenden Kriterien erfüllt. Allerdings trifft dies in leicht geringerem Umfang auch auf die Klient*innen ohne Abhängigkeitserkrankung zu (2021: n=30, 45.4 % / 2013: n=23, 39.7 %). Im Unterschied zu den Personen ohne Abhängigkeitserkrankung, wo 2021 jede fünfte Person von einer Angststörung betroffen war, erfüllte im aktuellen Erhebungszeitraum noch jede zehnte Person mit Abhängigkeitserkrankung die entsprechenden Kriterien. Das Funktionsniveau der Klient*innen mit einer Abhängigkeitserkrankung lag im Durchschnitt tiefer und hat im aktuellen Erhebungszeitraum im Vergleich mit den Personen der Teilstichprobe ohne Abhängigkeitserkrankung auch stärker abgenommen.



6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Zielsetzung dieser Erhebung war es, die aktuelle psychische Belastung der Klient*innen der städtischen Wohneinrichtungen für Erwachsene zu erheben. Die psychische Belastung wurde anhand Diagnosekriterien der internationalen Klassifikationssysteme für psychische Störungen erhoben. Die Resultate sollten den Ergebnissen der Studie von 2013 gegenübergestellt werden. Wiederum interessierte neben dem Gesamtbild auch der Vergleich zwischen den verschiedenen Wohneinrichtungen. Zumal das Angebot der Sozialen Einrichtungen und Betriebe in den letzten Jahren erweitert und differenziert wurde. Die Stationäre Wohnintegration verfügt über einen dritten Standort und für psychisch höchstbelastete Personen wurde das Angebot der Beaufsichtigten Wohnintegration geschaffen. Die Fremdbeurteilung wurde auf die Einschätzung des Funktionsniveaus beschränkt. Gegenüber der Studie von 2013 wurde auf die Erhebung einer subjektiven Einschätzung der psychischen und körperlichen Gesundheit durch die Klient*innen verzichtet.

Folgendes kann zusammenfassend festgehalten werden: Die Klient*innen in der aktuellen Stichprobe sind älter als jene in der Stichprobe 2013. In der Teilstichprobe der Klient*innen mit einer Abhängigkeitserkrankung fällt dieser Altersanstieg höher aus als in der komplementären Teilstichprobe. Der Anteil an psychisch erkrankten Personen in der Gesamtstichprobe liegt bei 96.0 % und ist damit gleich hoch wie 2013. Zugenommen haben Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sowie affektive Erkrankungen. Darüber hinaus ist der Anteil an Personen, die an mehr als einer psychischen Erkrankung leiden, mit 9.0 % deutlich angestiegen (2021: 62.5 % / 2013: 53.9 %). Obwohl der Anteil an Personen, die an einer Abhängigkeitserkrankung leiden, leicht kleiner ist, sind weiterhin 4 von 5 untersuchten Personen davon betroffen. Innerhalb dieser Gruppe ist der Anteil an Klient*innen, welche die Kriterien einer weiteren psychiatrischen Diagnose erfüllen, um 12.0 % auf 70.0 % angestiegen. Für die Gesamt-

stichprobe ergeben sich für die einzelnen Abhängigkeitserkrankungen unterschiedliche Bilder. Die Zahl opiatabhängiger Personen ist um 11.0 % zurückgegangen. Demgegenüber hat der Anteil an Personen, die an einer Abhängigkeit von Hypnotika oder Sedativa leiden, um 4.0 % zugenommen. Zu diesem Wert tragen sowohl die Abhängigkeit von verschriebenen als auch von illegal beschafften Medikamenten bei. Die Anteile der übrigen substanzbasierten Abhängigkeitserkrankungen sind relativ stabil. Der Anteil abhängigkeitskranker Personen ist in der Ambulanten Wohnintegration zu Lasten der stationären Angebote um rund 10.0 % zurückgegangen. Dies gilt für alle Stoffgruppen, ist jedoch für Opiat- und Kokainabhängigkeit überdurchschnittlich.

Der hohe Anteil an psychischer Belastung geht Hand in Hand mit dem tiefen Funktionsniveau in der Gesamtstichprobe, das gegenüber der Erhebung von 2013 signifikant gesunken ist. Dies wiederum bedeutet, dass die Klient*innen gemäss GAF-Skala-Einstufung im sozialen und beruflichen Bereich mehr Beeinträchtigungen haben und damit den Betrieb der städtischen Wohneinrichtungen stärker belasten.

Auswirkungen der Pandemie

Wie erwähnt ist der Anteil an Personen, die depressive Symptome berichten, in allen Wohneinrichtungen angestiegen. Möglicherweise hat hier die Corona-Pandemie, insbesondere die zweite Welle im Herbst/Winter 2020/2021, einen Einfluss gehabt. Zumindest ist der Anteil an affektiven Störungen in den Wohneinrichtungen, in denen die Befragung parallel zu den Einschränkungen des öffentlichen Lebens stattgefunden hat, deutlich höher. Ebenfalls erscheint plausibel, dass die markant tiefere Nutzung des Angebots der Jobkarte nicht nur auf das tiefere Funktionsniveau, sondern zu einem erheblichen Teil auch auf die erschwerten Rahmenbedingungen auf dem Arbeitsmarkt zurückzuführen sind.



6.2 Limitationen

Im Rahmen dieser Studie wurden replizierbare und reliable Methoden angewendet, die jederzeit eine Wiederholung der Befragung ermöglichen. Mit der Verwendung strukturierter klinischer Interviews für die Diagnostik sind nationale und internationale Vergleiche möglich. Das Ziel, möglichst alle Klient*innen zu befragen, konnte nicht erreicht werden. Obwohl in der aktuellen Untersuchung eine gleich hohe Zahl an Interviews geführt wurde, fällt die Rücklaufquote in einzelnen Wohneinrichtungen unterschiedlich aus. Sie liegt zwischen 60 % und 91 %, was insgesamt einen guten Wert darstellt. Dennoch lässt sich die Repräsentativität infrage stellen, da keine Aussage über diejenigen Personen gemacht werden kann, die nicht an der Befragung teilnehmen wollten. Insbesondere schwer kranke Personen könnten die Teilnahme abgelehnt haben, was zu einer Unterschätzung der psychischen Belastung sowie einer Überschätzung des Funktionsniveaus für alle Klient*innen führen könnte. Gemäss EFAS leben 75 Personen seit dem Erhebungszeitraum der ersten WOPP-Studie durchgehend in Einrichtungen der Wohnintegration. Eine lange Aufenthaltsdauer kann ein Hinweis auf eine anhaltend hohe psychosoziale Belastung sein, die wiederum eine Teilnahme an beiden Erhebungen weniger wahrscheinlich macht. Dennoch kann nicht ausgeschlossen werden, dass gewisse Personen an beiden Studien teilgenommen haben. In der Nachtpension und in der Notschlafstelle weichen die Geschlechteranteile in den erhobenen Daten deutlich von jenen in EFAS ab. In der Nachtpension ist der Anteil Frauen (43 %), die an der Befragung teilgenommen haben, deutlich höher als der Frauenanteil, der 2021 tatsächlich die Nachtpension genutzt hat (17 %). In der Notschlafstelle sind die Frauen unterrepräsentiert (13 %; EFAS 18 %), wenn auch dieser Unterschied vergleichsweise klein ausfällt. Allerdings betrifft dies die zwei

kleinsten Teilstichproben (vgl. Tabelle 6), die zudem die höchste Fluktuation verzeichnen. Wie in vielen Studien ist auch bei den WOPP-Befragungen die Interrater-Reliabilität ein kritischer Punkt: Obwohl alle Interviewer*innen vor den eigentlichen Befragungen geschult wurden, kann eine unterschiedliche Bewertung zweier Interviewer*innen bezüglich desselben Sachverhalts nicht gänzlich ausgeschlossen werden. Obschon für die Diagnostik strukturierte und international häufig verwendete Instrumente verwendet wurden, war die Erstellung von Diagnosen im vorgegebenen Zeitrahmen teilweise schwierig. Der Einbezug bereits vorhandener Angaben von medizinischen Fachpersonen konnte dieses Problem zumindest teilweise lösen. Wie in der Studie von 2013 durchliefen alle Interviews mitsamt Diagnose und GAF-Einstufung nach der Durchführung einen internen Review-Prozess. 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 unter Substanzinfluss standen. Die Aussagekraft der Antworten musste bei einzelnen Personen deshalb infrage gestellt werden. Zum Schluss muss auch die Corona-Pandemie erwähnt werden, die auf verschiedenster Ebene einen Einfluss gehabt haben kann. Bereits erwähnt wurden der höhere Anteil an affektiven Erkrankungen sowie der gesunkene Anteil an tagesstrukturschaffender Beschäftigung. Eine Auswirkung der Pandemie auf die Teilnahmebereitschaft von Klient*innen ist nicht auszuschliessen. Zudem mussten die geführten Interviews unter Einhaltung der gesundheitspolitischen Vorgaben geführt werden.

7 Schlussfolgerung

Der Anteil an psychisch beeinträchtigten Personen in den städtischen Wohneinrichtungen ist unverändert hoch. Der gestiegene Anteil an Medikamenten, die wegen körperlicher Leiden eingenommen werden, weist zudem darauf hin, dass die Klient*innen weiterhin gesundheitlich stark beeinträchtigt sind bzw. dieser Anteil sogar angestiegen ist. Mitarbeitende der städtischen Wohneinrichtungen äussern seit längerer Zeit, dass die gesundheitliche und psychische Belastung ihrer Klient*innen in den letzten Jahren zugenommen hat, was insbesondere in häufig schwierigen und betrieblich immer anspruchsvolleren Situationen zum Ausdruck kommt. Die Zunahme schwerer psychischer Störungen, häufig als komorbide Erkrankungen, sowie das deutlich tiefere Funktionsniveau bestätigen den subjektiven Eindruck. Ebenfalls zeigt sich, dass die Abklärungsstelle sehr gute Arbeit leistet und mit ihren Empfehlungen dazu beiträgt, dass Betroffene in passenden Einrichtungen unterkommen und dort die richtige Unterstützung erhalten. Die Resultate der Studien zeigen insgesamt, wie unverändert wichtig angemessene personelle Ressourcen sind, um der Herausforderung gerecht zu werden. Dieser Befund betrifft jedoch über die städtischen Wohneinrichtungen hinaus, auch die personellen Ressourcen von Partnerorganisationen und weiteren Fachdiensten wie dem Stadtärztlichen Dienst, der Stadtpolizei Zürich, den Sozialen Diensten, Schutz und Prävention u.a.m.



Dank

Wir danken allen Klient*innen für ihre Bereitschaft, an der Studie teilzunehmen. Uns war bewusst, dass die Erhebungsinterviews für sie auch schwierig und unangenehm sein können. Ohne ihre Bereitschaft und Offenheit wäre diese Erhebung nicht möglich gewesen. Gerade darum gilt ihnen unser Dank in besonderer Weise.

Ein grosses Dankeschön geht an alle Mitarbeiter*innen der Ambulanten, der Stationären und der Beaufsichtigten Wohnintegration sowie der Nachtpension und der Notschlafstelle. Die Unterstützung unserer Studie bedeutete für sie einen zusätzlichen Aufwand. Sie haben uns den Zugang zu den teilnahmebereiten Personen verschafft und sorgten für einen Ablauf der Interviews ohne grössere Schwierigkeiten. Ein besonderer Dank geht hier auch an die Verantwortlichen der beteiligten Wohneinrichtungen Sylvie Jossi, Claus Mandlbauer, Eveline Schnepf, Marianne Spieler Frauenfelder und Andreas Tübben. Ein umfassender Dank geht an Valérie Vodoz und Babette Fluri.

Die 333 Interviews wurden von 10 Psychologiestudierenden geführt. Wir danken den Interviewer*innen für die engagierte und hervorragende Arbeit: Gilles Better, Regina Eidinger, Nadine Herger, Jini Mekkattuparambil, Giulio Muscatello, Marina Preisig, Caroline Stangl, Yvonne Tschudi, Cornelia Ursprung und Jocelyn Waser.





Literatur

- Aas, I.M. Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry* 9, 20 (2010). <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-20>
- Baumgartner, G. & Briner, D. (2014). Die Prävalenz psychisch Kranker in den Wohnrichtungen für Erwachsene der Stadt Zürich. Daten und Analyse der WOPP-Studie 2013. URL: www.stadt-zuerich.ch/sd/de/index/unterstuetzung/obdach/wopp-studie.html (Zugriff 01.08.2022)
- Briner, D., Jäger, M., Kawohl, W., & Baumgartner, G. (2017). Psychische Krankheit und subjektive Gesundheit bei Wohnungslosen in Zürich. Erste Prävalenzdaten aus der Schweiz. In: *Psychiatrische Praxis*. 44. Jg. (6). S. 339 – 347.
- Bundesamt für Statistik (BFS). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017. Übersicht (Korrigierte Version 10.12.2018). URL: <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/6426300/master> (Zugriff 01.08.2022)
- Drilling, M., Mühlethaler, E., & Iyadurai, G. (2020). Obdachlosigkeit. Erster Länderbericht Schweiz. Muttenz: ISOS / FHNW. 65 Seiten: URL: <https://biblio.parlament.ch/e-docs/1901448282.pdf> (Zugriff: 01.08.2022)
- Freyberger, H.J., Schneider, W., Stieglitz, R.-D. (Hrsg.) (2012). *Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatische Medizin*. 12., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Hrsg.) (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen – Textrevision – DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59 Suppl 20: 22–33; 34–57. PMID: 9881538.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.

Autor*innen

Christoph Steiner, MSc UZH in Psychologie, Studium an der Universität Zürich, angehender Psychotherapeut mit systemischem Schwerpunkt. Seit 2020 als Psychologe in der Ambulanten Therapie und Beratung und als Studienleiter WOPP, Stadtärztlicher Dienst, tätig.

Dr. phil. Gabriela Baumgartner, Studium und Promotion an der Universität Zürich, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP und Supervisorin FSP mit Schwerpunkt kognitive Verhaltenstherapie. Leitende Psychologin und Fachbereichsleiterin und Projektleiterin WOPP, Stadtärztlicher Dienst, bis April 2022. Selbständige Tätigkeit als Psychotherapeutin, Supervisorin und Coaching für Fach- und Führungspersonen.

Dr. med. Daniel Schröpfer, Facharzt für Innere Medizin FMH mit Interdisziplinärem Schwerpunkt Psychosomatische und Psychosoziale Medizin, Medizinischer Direktor Stadtärztlicher Dienst seit 2018, davor ab 2013 leitender Arzt Ambulatorium Kanonengasse, Stadtarzt Zürich. Zwischen 2012 und 2017 Präsident des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte.

Glossar

AMB	Ambulante Wohnintegration
BEA	Beaufsichtigte Wohnintegration
BeWo	Begleitetes Wohnen (neu AMB)
Bewo City	Betreutes Wohnen City (neu STA)
BFS	Bundesamt für Statistik
BMI	Body-Mass-Index
BMS	Berufsmaturitätsschule
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EFAS	Einheitliches Fallführungssystem SEB
GAF	Global Assessment of Functioning
ICD	International Statistical Classification of Diseases
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
NP	Nachtpension
NST	Notschlafstelle
PPZ	Psychiatrische Poliklinik
Prävalenz	Häufigkeit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt pro Personengruppe
PUK	Psychiatrische Universitätsklinik
SEB	Soziale Einrichtungen und Betriebe
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
sip	Sicherheit, Intervention und Prävention
SOD	Soziale Dienste
STA	Stationäre Wohnintegration
TARPSY	Tarifstruktur in der stationären Psychiatrie
WOPP	Akronym aus Wohnen und Obdach & PPZ
WSH	Wirtschaftliche Sozialhilfe

Herausgeberin

Stadt Zürich
Gesundheits- und Umweltdepartement
Städtische Gesundheitsdienste
Stadtärztlicher Dienst
Postfach
8021 Zürich

T +41 44 412 66 59
stadt-zuerich.ch/sgd

Die Studie wurde vom Stadtärztlichen Dienst im Auftrag der Sozialen Einrichtungen und Betriebe durchgeführt.

Gestaltung: DACHCOM.CH
Korrektorat: Ostschweiz Druck
Druck: Typotron AG
Fotograf: Ronald Pizzoferrato
Auflage: 500
Copyright: Städtische Gesundheitsdienste 2022

