



universität
wien

MASTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Masterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Der Einfluss von Wohnqualität und sozialer Unterstützung durch das Personal auf die psychische Belastung der KlientInnen im sozial betreuten Wohnen“

verfasst von / submitted by

Anna Blechinger, BSc

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Science (MSc)

Wien, 2017 / Vienna 2017

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von / Supervisor:

ao. Univ. Prof. Dr. Germain Weber

Inhalt

1	Einleitung	4
2	Theoretischer Hintergrund	5
2.1	Der Kontext Wohnungslosigkeit	5
2.2	Wohnqualität	10
2.3	Soziale Unterstützung	13
2.4	Aktueller Forschungsstand	16
2.5	Relevanz des Themas	18
3	Fragestellungen und Hypothesen	19
3.1	Hauptfragestellungen	19
3.2	Nebenfragestellungen	21
4	Methode	22
4.1	Untersuchungsdesign	22
4.2	Stichprobe	22
4.3	Messinstrumente	24
4.4	Untersuchungsdurchführung	27
4.5	Ethische Überlegungen	28
4.6	Statistische Analyse	30
5	Ergebnisse	30
5.1	Umgang mit fehlenden Werten	30
5.2	Voranalyse	31
5.3	Deskriptive Statistik	32
5.4	Unterschied in psychischer Belastung zwischen Stichprobe und Allgemeinbevölkerung	35
5.5	Zusammenhang zwischen Wohnqualität, emotionaler- und praktischer Unterstützung, sozialer Belastung und psychischer Belastung	36
5.6	Unterschiede in psychischer Belastung der BewohnerInnen in Abhängigkeit der Wohnhausgröße	40
5.7	Zusammenhang zwischen Wohnqualität, emotionaler- und praktischer Unterstützung, sozialer Belastung und Trinkverhalten	41
6	Diskussion	41
6.1	Zusammenfassung und Interpretation	41
6.2	Bezug zu bestehenden Forschungsergebnissen	42
6.3	Schlussfolgerungen	44
6.4	Limitationen und Ausblick	46

7	Literatur	50
8	Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....	59
9	Anhang	60
	9.1 Fragebogen	60
	9.2 Abstract (Deutsch).....	66
	9.3 Abstract (English).....	67

1 Einleitung

„Bei den Ziegelböhm am Wienerberg war die schlechtbezahlteste Kaste die, die den Sand in die Ziegelformen schaufelte. Man nannte sie „Sandler“.“ (Alles Walzer, alles brennt, 2017).

Zwei Drittel aller WienerInnen leben auf 13.441.914 m² in Gemeindewohnungen oder geförderten Wohnungen (Der Wiener Gemeindebau, 2016) und die Stadt Wien gilt im internationalen Vergleich eher als Vorreiter in Sachen Wohnungspolitik (Der Wiener Gemeindebau, 2016; Engelhard, 2015). Dennoch ist der Wohnungsmarkt in Wien für armutsgefährdete Personen, das trifft auf jene Menschen zu, deren Einkommen unter 60 % des Medianeinkommens liegt, häufig finanziell nicht zu bewältigen (Harner, Hammer & Reiter, 2015). Im Jahr 2016 waren in Österreich 1.208.000 Menschen von Armutsgefährdung betroffen, in Wien waren es 352.000 (Statistik Austria, 2017). Wer seine Wohnung nicht mehr finanzieren kann und zeitgerecht keine Alternative findet, ist von Obdach- oder Wohnungslosigkeit bedroht (Harner et al., 2015). Im Jahr 2010 nahmen daher rund 6.800 Personen ein Wohnangebot der Wiener Wohnungslosenhilfe (WWH) in Anspruch (Riesenfelder, 2012). Die KlientInnen der WWH sind häufig geprägt von multiplen Problemlagen; so gaben 2010 rund die Hälfte aller KlientInnen an, von seelischen Problemen (49%) und/oder Suchterkrankungen (45%) betroffen zu sein. Mit 44% beschrieben ebenfalls knapp die Hälfte aller KlientInnen schwere Krisen, welche der Wohnungslosigkeit vorangingen und 30% berichteten von vorangehenden Gefängnisaufenthalten (Riesenfelder, 2012). Die Wege in die Wohnungslosigkeit sind vielfältig und häufig ist eine Interaktion aus mehreren individuellen und strukturellen Faktoren ursächlich (Fazel, Geddes & Kushel, 2014). Risikofaktoren können unter anderem fehlende soziale Netzwerke und Bezugspersonen, Arbeitslosigkeit und Armut, oder physische und psychische Erkrankungen sein (Aubry, Duhoux, Klodawsky, Ecker & Hay, 2016; Riesenfelder, 2012). Im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit spielt auch Altersarmut eine Rolle; in Österreich sind 11% aller Männer und 16% aller Frauen über 60 Jahre armutsgefährdet (Eiffe et al., 2012). Dass Menschen erst im Alter in die Wohnungslosigkeit geraten, stellt dabei keine Ausnahme dar (Crane et al., 2005; Grenier, Barken, Sussman, Rothwell, Bourgeois-Guerin & Lavoie, 2016). Ein Fallbeispiel: „Vor vierzehn Jahren ist der Ehemann von Frau S. gestorben. (...) Er hat sich zu Lebzeiten um alle finanziellen Belange gekümmert. (...) Das Leben ist an ihr vorbei und das Geld durch ihre Finger geflossen.“ (Freitag et al., 2016, S. 63). In Wien wird älteren KlientInnen der Wohnungslosenhilfe, die alters- und krankheitsbedingt nicht mehr alleine wohnen können, der zeitlich unbefristete Verbleib in einer Wohneinrichtung mit ambulanter Betreuung angeboten (Wetschka, 2013). Das Wohnen selbst und die Betreuung gestalten sich dabei jedoch mitunter

schwierig, da die Bedürfnisse der BewohnerInnen uneinheitlich sind (Bäumel, Brönnner, Baur, Pitschel-Walz & Jahn, 2017). Auch sind KlientInnen im fortgeschrittenen Alter seltener in formal organisierte Strukturen, wie beispielsweise Arbeit, eingebunden und ihre gesellschaftliche Rolle ist weniger klar definiert (Krabbe, 2012). So passend das Wohn- und Freizeitangebot für viele KlientInnen sein mag, gestaltet sich der Umgang mit einem Teil der KlientInnen schwierig, beispielsweise aufgrund von Interaktionsproblemen mit dem Personal oder fehlender Krankheitseinsicht. Die KlientInnen werden auf der Suche nach einer passenden Betreuungsform zwischen verschiedensten psychosozialen Einrichtungen vermittelt, eine Strategie, die jedoch nur selten in einer zufriedenstellenden Lösung für alle Beteiligten resultiert (Weig, 2009; Wetschka, 2013). International und auch in Wien wurde, im Sinne einer Verbesserung der geschilderten Betreuungssituation, in den letzten Jahren intensiv der Ansatz *Housing First* diskutiert und erforscht, ein Konzept, dass KlientInnen in eigenen Wohnungen statt institutionellen Wohnformen unterbringt (Halbartschlager, Hammer, Martinsson & Zierler, 2012; Martins, Ornelas & Silva, 2016; Riesenfelder, 2012; Waegemakers Schiff & Schiff, 2014; Weinzierl, Wukovitsch & Novy, 2016). Da ein zentrales Element von *Housing First* jedoch das autonome Wohnen darstellt, ist die Population jener KlientInnen, die auf ambulante Betreuung angewiesen sind, im Rahmen dieser Debatte zunehmend in den Hintergrund gerückt. In Kombination mit unzureichendem Wissenstand zu adäquater Betreuung von älteren KlientInnen der Wohnungslosenhilfe (Grenier et al., 2016), ist entsprechende Forschung dringend angezeigt. Die vorliegende Arbeit befasst sich daher mit möglichen Belastungsfaktoren und deren Wirkung im Kontext einer betreuten Wohnform für KlientInnen im fortgeschrittenen Alter.

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden werden für die Arbeit relevante, theoretische Konzepte erläutert.

2.1 Der Kontext Wohnungslosigkeit

Die Situation obdach- oder wohnungslos zu sein, ist ein besonders belastender Lebensumstand. Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit und Armut sind dabei charakteristisch für Menschen in Wohnungslosigkeit, insbesondere für jene im fortgeschrittenen Alter (Hatchett, 2004). Als obdachlos werden, in Abgrenzung zur Wohnungslosigkeit, diejenigen Menschen bezeichnet, die de facto im öffentlichen Raum (z.B. Parkbänke, WC Anlagen, Bahnhöfe) leben bzw. zwischen diesen und Krankenanstalten pendeln, sowie jene KlientInnen, die in Nachtquartieren und Notunterkünften übernachten. Als wohnungslos hingegen werden Menschen beschrieben, die in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe leben (Fonds Soziales Wien, 2017).

2.1.1 Die Wiener Wohnungslosenhilfe. Die Wohnungslosenhilfe in Wien wird durch die Stadt Wien und den Fonds Soziales Wien finanziert. Das Angebot der WWH umfasst zum

einen ambulante, niederschwellige Dienste, wie beispielsweise aufsuchende Sozialarbeit oder Tageszentren. Des Weiteren werden aufsuchende medizinische Dienste und verschiedene Schlaf- und Wohnmöglichkeiten angeboten: Notschlafstellen sind als kurzfristige Unterbringung konzipiert und können nur in den Nachtstunden genutzt werden. Die Bereiche des Übergangs- und Zielgruppenwohnens sind für längerfristiges Wohnen im Sinne der Stabilisierung und Vorbereitung auf eigenständiges Wohnen ausgerichtet. Der Zusatz „Zielgruppe“ beschreibt in diesem Zusammenhang bestimmte Merkmale wie Alter, Geschlecht oder einen besonderen Betreuungsbedarf, wie ihn zum Beispiel das Zielgruppenwohnen für Frauen oder Jugendliche abdeckt. Betreutes Wohnen stellt den KlientInnen eine möblierte Wohnung mit Aussicht auf Übernahme zur Verfügung, zu der parallel eine ambulante Betreuung erfolgt. Sozial betreutes Wohnen (SOBEWO) sieht ebenfalls eine Wohnung je KlientIn vor. Ungleich dem betreuten Wohnen jedoch, ist dieses Angebot als zeitlich unbefristete Wohnmöglichkeit für KlientInnen angelegt, die aufgrund von Alter oder Krankheiten nicht alleine wohnen können oder wollen. Die beschriebenen Einrichtungen werden in Zusammenarbeit mit Partnerorganisationen wie beispielsweise der Caritas Wien, dem Arbeiter-Samariter-Bund Wien oder neunerhaus betrieben und über das Beratungszentrum Wohnungslosenhilfe zugewiesen (Riesenfelder, 2012).

2.1.2 SOBEWO. Bildlich gesprochen ist die Wohnform SOBEWO eine Schnittmenge aus Wohnungslosen- und Pflegeeinrichtung. Die KlientInnen des Angebots befinden sich vermehrt im fortgeschrittenen Alter, 2010 waren 69% aller SOBEWO BewohnerInnen über 50 Jahre alt. Ältere KlientInnen, sowie Personen mit psychischen- und Suchterkrankungen, stellen auch die explizite Zielgruppe und das überwiegende Klientel der SOBEWO Häuser dar (Riesenfelder, 2012). Das SOBEWO ist, anders als viele der im vorigen Abschnitt beschriebenen Angebote, als Wohnmöglichkeit ohne zeitliche Befristung konzipiert. Aufgrund der dauerhaften Wohnmöglichkeit werden die BewohnerInnen entsprechend als ehemals wohnungslos bezeichnet. Die KlientInnen leben in Einzelwohnungen mit eigenem Bad, WC und Kochnische. Die Betreuung ist auf den individuellen Bedarf abgestimmt, prinzipiell wird überwiegend bei Alltagstätigkeiten, Hygiene bzw. Gesundheit und Behördenkontakt unterstützt. Des Weiteren werden regelmäßig medizinische Versorgung, Aktivitäten und externe Dienste (z.B. psychologische Beratung) angeboten (Riesenfelder, 2012). Wetschka (2013) kritisiert am SOBEWO, dass die KlientInnen zwar in betreuter Form eigenständig und ohne erzieherischen Anspruch wohnen, dabei jedoch in ihren Einzelwohnungen vereinsamen. Die BewohnerInnen haben nur noch wenige soziale Kontakte, zeigen häufig Suchterkrankungen und leben eher zurückgezogen (Wetschka, 2013). KlientInnen in betreuten Wohnformen sind ferner häufig funktionell und

finanziell eingeschränkt (Kallert & Leisse, 2002; Wetschka, 2013) und das System der Wohnungslosenhilfe wird mitunter als verwirrend und chaotisch empfunden (Davis-Berman, 2011). Die Chancen auf Wiedereingliederung in die Gesellschaft sind sowohl auf Grund von funktionalen Einschränkungen, als auch aufgrund eines fehlenden Netzwerkes an Familie und Freunden verringert (Proehl, 2007).

2.1.3 Psychische Erkrankungen. Psychische Erkrankungen inklusive Suchterkrankungen stellen in Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit ein eingehend erforschtes Thema dar (Cherner, Aubry & Ecker, 2017, Padgett, Stanhope, Henwood & Stefancic, 2011; Philippot, Lecocq, Sempoux, Nachtergaele & Galand, 2007; Stergiopoulos et al., 2015) und übersteigen in ihrer Anzahl die Arbeiten zu somatischen Erkrankungen (Bäumel et al., 2017). Auch Konzepte in der Wohnungslosenhilfe haben mitunter zum Ziel, einen verbesserten Umgang mit psychisch erkrankten KlientInnen zu finden (Martins et al., 2016; Waegemakers Schiff & Schiff, 2014). Der diffuse Eindruck zur Präsenz des Themas wird durch die Prävalenzzahlen in einer Vielzahl von Untersuchungen bestätigt. Eine Analyse des dänischen Wohnungslosenregisters ergab, dass 62% der Männer und 58% der Frauen zumindest eine registrierte diagnostizierte psychiatrische Störung aufwiesen, 49% der Männer und 36.9% der Frauen betrieben Substanzmissbrauch und wiesen eine 5.6 bzw. 6.7-fach erhöhte Mortalität als die Generalpopulation auf (Nielsen, Hjorthøj, Erlangsen & Nordentoft, 2011). Einen guten Überblick geben Fazel, Khosla, Doll & Geddes (2008) in einer Metaanalyse mit Daten von 5.648 Menschen in Wohnungslosigkeit. Die häufigsten psychischen Erkrankungen in Wohnungslosigkeit stellten demnach substanzgebundene Abhängigkeiten, mit einer gepoolten Prävalenz von 37.9% (Streubreite 8.5% bis 58.1%) für Alkoholabhängigkeit und 24.4% (Streubreite 4.5% bis 54.2%) für andere substanzgebundene Abhängigkeiten in westlichen Ländern dar (Fazel et al., 2008). Philippot et al. (2007) berichteten in einem Literaturreview von 58% – 100% für alle psychischen Erkrankungen. Eine mögliche Erklärung für die auffällige Streuung in den genannten Arbeiten ist, dass uneinheitliche Mess- und Stichprobenauswahlmethoden, kulturelle Einflüsse und weitere, unbekannte oder nicht kontrollierbare Einflüsse aufeinander treffen und die Vergleichbarkeit der Arbeiten reduzieren. Nicht alle Einflüsse auf die heterogenen Prävalenzen können jedoch durch die Unterschiede in wissenschaftlichen Arbeiten zurückgeführt werden, sondern scheinen auf lokale Spezifika, wie Unterschiede im System der Wohnungslosenhilfe, zurückzuführen zu sein (Fazel et al., 2008). Als Orientierungspunkte für die vorliegende Untersuchung bieten sich daher Untersuchungen aus dem deutschsprachigen Raum an, in welchen die Lebenszeitprävalenz für die Erkrankung an einer psychischen Störung zeitlich konstant unter wohnungslosen Menschen gefunden zeitlich konstant erhöht war. Zur Lebenszeitprävalenz für mindestens eine

Achse-I Störung berichteten Kellinghaus, Eikermann, Ohrmann und Reker (1999) Werte von 70% bis 95%, Fichter, Quadflieg und Cuntz (2000) von 93.2%, Längle Egerter, Albrecht, Petrasch und Buchkremer (2005) von 72.5% und Bäuml et al. (2017) von 93.3%. Vergleicht man die Ein-Monats Prävalenz für eine Achse-I Störung unter wohnungslosen Menschen mit jener der Allgemeinbevölkerung, fällt auf, dass diese mit 74% (Bäuml et al., 2017) trotz des 12-fache kürzeren Zeitraumes deutlich höher als letztere, mit 27.7% (Mack et al., 2017), ausfiel. Die Lebenszeitprävalenz für eine substanzgebundene Störung betrug 73.5% (Bäuml et al., 2017) und die Punkt-Prävalenz für Alkoholabhängigkeit 74% (Längle et al., 2005). Psychotische Erkrankungen konnten im gewichteten Durchschnitt über mehrere Untersuchungen bei 11% (Folsom & Jeste, 2002) bzw. insgesamt bei 13% (Bäuml et al., 2017) der TeilnehmerInnen festgestellt werden.

Eine berechnete Frage in diesem Zusammenhang ist, was in Bezug auf psychische Erkrankungen in Wohnungslosigkeit als Ursache und was als Wirkung benannt werden kann. Behandlungsbedürftige Erkrankungen bestehen durchaus bereits vor der Wohnungslosigkeit, im Durchschnitt 6,5 Jahre vorher (Bäuml et al., 2017). So fanden sich Stichprobenanteile von 80% für Alkoholerkrankungen vor der Wohnungslosigkeit in Europa (Philippot et al., 2007) und 66.1% für sämtliche Störungsbilder in München (Bäuml et al., 2017). Die Erkrankungen könnten demnach beim Eintritt in die Wohnungslosigkeit eine Rolle gespielt haben. Weitere, mitunter mit der Krankheit in Wechselwirkung stehende, Gründe in Wohnungslosigkeit zu geraten waren Geldprobleme, Trennung oder Tod naher Angehöriger sowie somatische Erkrankungen (Bäuml et al., 2017; Philippot et al., 2017). Gleichzeitig ist Obdach- bzw. Wohnungslosigkeit ein potentiell traumatisches Erlebnis, welches Folgeerkrankungen nach sich ziehen kann. Dementsprechend können affektive - oder Abhängigkeitserkrankungen auch Traumafolgen sein (Deck & Platt, 2015). Ob psychische Erkrankungen Auslöser oder Folge der Wohnungslosigkeit sind, kann also nicht eindeutig beantwortet werden. Eine mögliche Erklärung ist, dass die Wirkungsbeziehung nicht unidirektional verläuft und anhand komplexerer Modelle erklärt werden muss.

Wohnungslose Menschen sind neben psychischen Störungsbildern auch vermehrt von kognitiven Defiziten betroffen. Unter anderem finden sich Beeinträchtigungen in Bezug auf Aufmerksamkeit oder exekutive Funktionen (Burra, Stergiopoulos & Rourke, 2009). Insbesondere das Arbeitsgedächtnis und die Arbeitsgeschwindigkeit sind im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung niedriger ausgeprägt und die Lebenszeitprävalenz für eine dementielle Erkrankung

liegt bei 4% – 9% (Bäumel et al., 2017). Die Befunde zu kognitiven Fähigkeiten bringen Implikationen für die Betreuung mit sich, da diese potentiell die Fähigkeit der KlientInnen, Behandlungsempfehlungen zu befolgen, beeinträchtigen können (Burra et al., 2009).

Zusammenfassend ist zu psychischen Erkrankungen zu sagen, dass die Prävalenz für mindestens eine Achse-I Störung – unabhängig von unterschiedlichen Erhebungsmethoden – unter wohnungslosen Menschen durchgängig erhöht ist. Die starke Streuung der Prävalenzen ist ein Indikator für eine Vielzahl an Einflüssen und im Rahmen wissenschaftlicher Arbeiten ein Hinweis, lokale Bedingungen zu berücksichtigen. Psychische Erkrankungen, insbesondere Abhängigkeitserkrankungen (Aubry et al., 2016a), können ein Hindernis beim Aufsuchen von adäquater Betreuung darstellen und den Verbleib in der Wohnungslosigkeit verlängern (Fazel et al., 2008). Die Stichprobe von Bäumel et al. (2017) wies zusätzlich bei je knapp einem Drittel fehlende Krankheitseinsicht (27,3%) und fehlende Compliance in Bezug auf Psychopharmaka (27,7%) auf. Fehlende Krankheitseinsicht stellt einen zusätzlichen Risikofaktor dar, keine oder eine unpassende Behandlung zu erhalten und in einen Kreislauf aus Einrichtungen und stationären Aufenthalten zu geraten (Weig, 2009). Die verordnete Einnahme von Medikamenten spielt dabei jedoch besonders für wohnungslose Menschen im fortgeschrittenen Alter eine Rolle.

2.1.4 Alter. Eine Definition von Alter ist auf verschiedenen Ebenen möglich und nicht eindeutig objektivierbar. Neben dem chronologischen Alter ist eine weitere Möglichkeit Alter zu beschreiben, die Einteilung in Altersphasen, wie in das dritte (ab ca. 60 Jahren) und vierte (über 85 Jahren) Alter. Weder das chronologische Alter, noch die entsprechende Altersphase entspricht jedoch notwendigerweise dem subjektiv erlebten Alter (Baltes & Smith, 2003). Zusätzlich relativiert wird das Konstrukt Alter im Kontext der Wohnungslosigkeit. Während die durchschnittliche Lebenserwartung von EU-BewohnerInnen 2014 bei 80.9 Jahren lag (eurostat, 2017), war jene in der Population wohnungsloser Menschen deutlich niedriger: Ältere Menschen sterben in Wohnungslosigkeit durchschnittlich 10 bis 15 Jahre früher als Menschen im gleichen Alter der Allgemeinpopulation. Risikofaktoren für die erhöhte Mortalität sind unter anderem Substanzmissbrauch und eine erhöhte Prävalenz von Infektionserkrankungen (Fazel et al., 2014). Im vorliegenden Kontext beinhaltet das Verständnis von Alter also auch einen Bereich von ca. 50 bis 60 Jahren, der in einem anderen Zusammenhang noch jenseits jeder Definition von Alter läge.

Menschen, die sich im fortgeschrittenen Alter in Wohnungslosigkeit befinden, gelangen typischerweise über zwei Wege in diese: Entweder die Menschen waren einen großen Teil ihres Lebens wohnungslos, oder der Eintritt in die Wohnungslosigkeit erfolgt erst in einem späteren

Abschnitt des Lebens. Letztere Variante wird als *late life homelessness* bezeichnet (Grenier et al., 2016). Dass es keine Seltenheit ist, dass Menschen erst im Alter in Wohnungslosigkeit geraten, zeigten Crane et al. (2005) mit einem Stichprobenanteil von zwei Dritteln aller untersuchten Personen, die erst im Alter wohnungslos geworden waren. Altersspezifische Lebensbereiche stellen dabei potentiell ein höheres Risiko für Wohnungslosigkeit dar: Prekäre Arbeitsverhältnisse, schwindende finanzielle Ressourcen im Ruhestand und daraus folgende Armut, psychische und vermehrte körperliche Erkrankungen sowie fehlende soziale Kontakte können zu einem *decline into homelessness* führen, einem Verfall in die Wohnungslosigkeit (Grenier et al., 2016). Der Verbleib in der Wohnungslosigkeit kann durch fortgeschrittenes Alter zusätzlich verlängert werden, da der Wiedereintritt in den Arbeitsmarkt zusätzlich erschwert ist (Caton et al., 2005). Ferner können spezifische, potentiell krisenhafte Ereignisse Auslöser für die Wohnungslosigkeit sein. Typische Beispiele sind Trennung oder Tod vom Partner und entsprechende Folgen, wie der Verlust der Wohnung. In der Wohnungslosigkeit selbst sind ältere Menschen durch ihren mitunter schlechteren gesundheitlichen Zustand mit einer erhöhten Bedrohung für Gewalterfahrungen und Diskriminierung konfrontiert. Wohnungslosigkeit erhöht ferner das Risiko für geriatrische Erkrankungen im Alter, wie etwa Gebrechlichkeit, vermindertes Sehvermögen oder Inkontinenz (Grenier et al., 2016). Gründe hierfür sind unter anderem, dass Menschen in vergleichbarem Alter, die sich nicht in Wohnungslosigkeit befinden, häufiger bzw. besser krankenversichert sind (Brown, Kiely, Bharel & Mitchell, 2012). Ältere Menschen in Wohnungslosigkeit weisen zusätzlich ein erhöhtes Risiko für Substanzmissbrauch (Brown et al., 2012) bzw. im Fall einer bestehenden psychischen Erkrankung ein gesteigertes Risiko für komorbiden Alkoholmissbrauch auf (Dietz, 2008). Die spezifische Kombination von Alter und Wohnungslosigkeit bringt also besondere Herausforderungen in der Betreuung mit sich. Ältere KlientInnen, die sich bereits in einer betreuten Wohnform befinden, weisen häufig mehrere Diagnosen, wie manisch-depressive Erkrankungen, Krankheitsbilder aus dem schizophrenen Formenkreis oder Demenz, auf. Auch sind Abhängigkeiten von Medikamenten, wie z.B. Schlafmittel, möglich. Um der Komplexität der Erkrankungen gerecht zu werden, ist eine vertrauensvolle Beziehung zu den KlientInnen ein wichtiges Instrument, um diese zu erreichen (Hauschopp, 2013).

2.2 Wohnqualität

Das in der vorliegenden Arbeit thematisierte Konstrukt der Wohnqualität wird im Folgenden aus theoretischer Perspektive und mit Bezug zum spezifischen Kontext beschrieben.

2.2.1 Theoretische Grundlagen von Wohnqualität. Die subjektive Bewertung des Umfelds ist insbesondere bei ehemals wohnungslosen KlientInnen wesentlich (Martins et al.,

2016) und bietet eine bessere Vorhersage für emotionales und psychologisches Erleben, als objektive Messungen derselben Umgebung (Stiffman, Hadley-Ives, Elze, Johnson & Dore, 1999). Eine bessere Bewertung der Wohnumgebung hingegen korreliert mit geringerem Stresserleben und besserer Erholung (Wong & Piliavin, 2001). Das fragliche Konstrukt, ebenjene Bewertung der Wohnumgebung, ist dabei jedoch nicht einheitlich definiert. Untersucht werden sowohl die Wohnqualität, im Englischen housing quality (Martins et al., 2016; Toro et al., 1997), die Wohnumgebung, im Englischen housing environment (Wright & Kloos, 2007) oder die Zufriedenheit mit der Wohnsituation (Bäumel et al., 2017).

Flade (2006) hingegen unterscheidet zwischen *Wohnqualität* und *Wohnzufriedenheit*. Wohnqualität wird als Teilbereich von Lebensqualität verstanden, welcher sich dem spezifischen Bereich des Wohnens widmet. Anhand welcher Merkmale dieser bewertet wird, ist dabei nicht klar abgegrenzt und kann sowohl objektiv (durch Personen die den fraglichen Raum nicht bewohnen), als auch subjektiv (durch die BewohnerInnen selbst) erfolgen. Zu typischen Parametern, an welchen Wohnqualität gemessen werden kann, zählen unter anderem Wohnungsgröße und Anzahl der Räume, objektiv und subjektiv wahrgenommene Sicherheit, oder die Ausstattung der Wohnung. Wohnzufriedenheit hingegen beschreibt einen individuellen Zustand, welcher nicht notwendigerweise als Indikator für objektive Wohnqualität angenommen werden kann. In ihrem Zustandekommen erklärt, wird Wohnzufriedenheit je nach Modell als Ergebnis aus Teilzufriedenheiten, als Ergebnis der Informationsverarbeitung, als Einstellung oder als individuelle Konstruktion. Einfluss auf die Wohnzufriedenheit können Faktoren wie Wohnungsgröße, Infrastruktur und soziale Beziehungen haben (Flade, 2006).

Allen Definitionen und Auslegungen gemein ist, dass sie sowohl die physischen, als auch die psychologischen Charakteristika einer Wohnumgebung beinhalten und zumindest teilweise von einer subjektiven Bewertung abhängig sind (Flade, 2006; Martins et al., 2016; Toro et al., 1997; Wright & Kloos, 2007). Die physischen Komponenten beinhalten relativ objektivierbare Kriterien, wie beispielsweise die Wohnungsgröße, Licht oder Lärmpegel (Flade, 2006; Wright & Kloos, 2007). Mitunter werden auch geographisch weitere Komponenten, wie das Wohngebiet, berücksichtigt (Flade, Roth & Spada, 1987). Die psychologischen Faktoren umfassen unter anderem Privatheit oder Sicherheit und finden sich auch in unterschiedlichen Auslegungen der Definition dessen, was nach Flade (2006) als *Dimensionen des Zuhauses* bezeichnet, konstituierend für ein Zuhause ist. Für die vorliegende Arbeit ist die Formulierung besagter Dimensionen durch Bunston & Breton (1992) besonders relevant, da sie im Rahmen einer empirischen Arbeit mit Frauen in Wohnungslosigkeit entstand. Demnach gehören zu einem Zuhause (1) Privatheit, (2) Sicherheit, (3) soziale Beziehungen, (4) Ortsidentität, (5) räumliche

und zeitliche Ordnung, (6) räumliche Verortung und (7) persönliche Entwicklung. Viele dieser Komponenten finden sich auch in entsprechenden empirischen Umsetzungen wieder: Martins et al. (2016) und Toro et al. (1997) konzentrieren sich dabei vorwiegend auf die Beziehung zwischen Individuum und Wohnumfeld, Bäuml et al. (2017) hingegen orientieren ihre Konzipierung der Wohnzufriedenheit stärker an dem sozialen Moment, welches insbesondere einer betreuten Wohnform inhärent ist. In Anlehnung an die Formulierung nach Bunston & Breton (1992) wird ein integratives Konzept der beschriebenen Auslegungen verfolgt, welches die wahrgenommene Zufriedenheit sowohl mit physischen, als auch mit psychologischen Komponenten berücksichtigt. Im Folgenden wird der Begriff der Wohnqualität verwendet, auf inhaltlicher Ebene jedoch nicht weiter differenziert zwischen Wohnqualität und -zufriedenheit. Die vorangegangenen Ausführungen bilden als abstrakte Überlegungen eine gute theoretische Basis, beide Konstrukte voneinander abzugrenzen ist jedoch nicht Ziel dieser Arbeit, zumal unklar ist, ob der Prozess der Urteilsbildung tatsächlich nach dem beschriebenen Schema abläuft.

2.2.2 Wohnqualität im SOBEWO. Die Umgebungsfaktoren des SOBEWO spielen insbesondere für alkoholabhängige KlientInnen eine wichtige Rolle, da in diesem Umfeld mitunter Abgrenzungsmöglichkeiten zu anderen KlientInnen mit Suchterkrankung fehlen. Gleichzeitig ist soziale Isolation, in diesem Zusammenhang die Zugehörigkeit zu einer sozial marginalisierten Gruppe, durch den Konsum von Alkohol leichter zu ertragen (Wetschka, 2013).

Im SOBEWO ebenfalls besonders relevant ist die Dimension der Privatheit: Zum einen spielt die Intimsphäre für ältere, pflegebedürftige BewohnerInnen eine wichtige Rolle für ihr Wohlbefinden. Sowohl körpernahe (z.B. Hilfe beim Waschen), als auch körperferne (z.B. Zutritt zum privaten Bereich) Interaktionen können schambehaftet und tabuisiert sein (Behr, Meyer, Holzhausen, Kuhlmeier & Schenk, 2013). Zum anderen ist Privatsphäre für KlientInnen, welche sich lange im System der Wohnungslosenhilfe bewegt haben, ein sensibles Thema, da insbesondere Übergangswohnhäuser mitunter groß, auf bis zu 270 Wohnplätze, angelegt sind (Fonds Soziales Wien, 2015). Die Unterbringung erfolgt daher unter anderem in Doppelzimmern mit geteilten Wasch- und Kochräumen (z.B. Stockwerksküchen). Die KlientInnen sind bzw. waren also gezwungen, sich an eine Umgebung mit wenig Rückzugsmöglichkeiten und Privatsphäre anzupassen (Weinzierl et al., 2016). Das Konstrukt der Privatheit ist ferner nicht eindimensional: Privatsphäre wird von Flade (2006) definiert als Kontrolle über den Zugang anderer zu sich selbst. Das bedeutet, auch zu wenig sozialer Kontakt lässt sich als Aspekt von Privatsphäre beschreiben, beispielsweise fehlende Möglichkeiten für Partnerschaften oder Verlust von familiären Kontakten nach außen (Flade, 2006).

2.3 Soziale Unterstützung

Der folgende Abschnitt gibt eine kurze Einführung in das Konzept der sozialen Unterstützung und beschreibt anschließend die Bedeutung sozialer Unterstützung in betreuten Wohnformen.

2.3.1 Soziale Unterstützung in der Theorie. Bei der Beschreibung der sozialen Beziehungen eines Menschen ist es wichtig, zwischen dem quantitativ-strukturellen Aspekt in Form sozialer Integration und dem qualitativ-funktionalen Aspekt in Form von sozialer Interaktion zu unterscheiden (Pawlik, 2006). Das individuelle Netzwerk an sozialen Beziehungen bzw. die Integration in ebenjenes beschreibt den Grad, zu welchem ein Individuum in ein Netzwerk eingebunden ist. Soziale Unterstützung hingegen beschreibt eine soziale Interaktion zwischen zwei Menschen, zugunsten der Lösung oder Verbesserung eines Problems einer der beiden Personen (Pawlik, 2006). Eine Möglichkeit das Netzwerk eines Menschen zu beschreiben ist das soziale Atom nach Moreno (1947): Das soziale Atom beschreibt die Gesamtheit der Beziehungen einer Person und verändert sich im Laufe des Lebens. Jedes Individuum hat und ist gleichzeitig ein soziales Atom. Für die Verankerung der eigenen Identität sind eine Reihe von mehr oder weniger nahen Beziehungen notwendig. Unabhängig davon, ob diese Beziehungen positiv oder negativ, gewünscht oder unerwünscht sind, sind sie konstituierend für das Ich. Einzelne Beziehungen gehen dabei im Laufe der Zeit verloren und andere werden neu geknüpft (Wetschka, 2013). Die bloße Existenz eines Netzwerks trifft jedoch noch keine Aussage über die Beschaffenheit der Interaktionen im Rahmen dieses Netzwerks. Differenziert werden kann hier auf beiden Seiten einer Interaktion: Sowohl, welche Art der Unterstützung gegeben wird, aus Sicht des/der Gebenden, als auch die Wahrnehmung dieser durch den/die Nehmenden. Die Art der Unterstützung kann beispielsweise unterteilt werden in emotionale Unterstützung, wie Trost, oder instrumentelle Unterstützung, wie Hilfe im Haushalt. Aus Perspektive des/der Empfangenden wiederum kann unterschieden werden, ob die Unterstützung überhaupt und wenn ja, positiv oder negativ wahrgenommen wird (Pawlik, 2006). Die subjektiv wahrgenommene Unterstützung in der Konzeption von Sommer & Fydrich (1989) wird von der Perspektive des Empfangenden aus definiert und ist unabhängig von Wahrnehmung und Intention des Gebenden. Stattdessen ist die Bewertung der fraglichen Handlung durch den Empfangenden ausschlaggebend. Zur Verfügung gestellte Unterstützung kann von diesem als positiv, als irrelevant, aber auch als belastend erlebt werden. Letzterer Fall ist möglich, wenn die Unterstützung nicht gewünscht ist oder gleichzeitig als Verpflichtung für reziprokes Verhalten erlebt wird. Für eine dauerhafte Beziehung zwischen zwei sozial interagierenden Personen ist anzunehmen, dass ein überwiegender Anteil kongruenter Interaktionen in Bezug auf die Wahrnehmung der

Unterstützung förderlich ist. Eine kongruente Interaktion beschreibt die übereinstimmende Einschätzung über die unterstützende Qualität der Handlung, sowohl durch die gebende, als auch durch die empfangende Person (Sommer & Fydrich, 1989). Soziale Interaktionen sollten daher nicht per se als unterstützend angenommen werden. Stattdessen können helfende und belastende Interaktionen differenziert werden, da beide für das Wohlbefinden bedeutsam sind (Röhrle, 1994). Soziale Unterstützung ist folgerichtig als mehrdimensionales Konstrukt zu verstehen, innerhalb dessen zwischen *emotionaler Unterstützung*, *praktischer Unterstützung*, *sozialer Belastung* und *sozialer Integration* unterschieden wird. Emotionale Unterstützung beschreibt das Erleben von Nähe, Vertrauen und Engagement in Richtung der eigenen Person sowie den Eindruck, von anderen akzeptiert zu werden. Praktische Unterstützung bezieht sich auf Hilfe oder Begleitung bei schwierigen Aufgaben oder Tätigkeiten. Soziale Integration beschreibt die Einbettung der eigenen Person in soziale Netzwerke. Davon abzugrenzen ist die beschriebene soziale Belastung in Interaktionen. Soziale Belastung kann u.a. durch Kritik, Überforderung oder fehlender Distanz entstehen und ist nicht durch bloße Abwesenheit von Unterstützung gekennzeichnet. Hier kommt die Frage nach der Bewertung einer sozialen Interaktion zum Tragen: soziale Belastung kann aus Inkongruenz in der Bewertung entstehen, zum Beispiel auf Grund von Erwartungshaltungen (Sommer & Fydrich, 1989).

2.3.2 Soziale Unterstützung in betreuten Wohnformen. Soziale Beziehungen können im Zusammenhang mit Wohnungslosigkeit grundsätzlich eine potentielle Ressource in der persönlichen Entwicklung aus der Wohnungslosigkeit, oder in der Überwindung von Abhängigkeitserkrankungen darstellen (Gray, Shaffer, Nelson & Shaffer, 2016). Insbesondere im Alter spielt die, als solche vom Empfangenden bewertete, soziale Unterstützung eine wichtige Rolle für das Wohlbefinden und kann Belastungen abschwächen (Weber et al., 2005).

Die KlientInnen im SOBEWO leben jedoch tendenziell in sozial isolierten Verhältnissen. Sie verlieren Kontakte durch fortschreitendes Alter, Armut und psychische Erkrankungen (Wetschka, 2013) und insbesondere Männer und ältere Personen geben vermehrt (27%) an, keine Bezugspersonen zu haben (Riesenfelder, 2012). Ältere Menschen sind von einer Atrophie ihres sozialen Atoms betroffen, da ihre Bezugspersonen sukzessive versterben. Soziale Randgruppen, wie wirtschaftlich schlechter gestellte Menschen oder Personen mit Suchterkrankungen, sind ebenfalls von reduzierten sozialen Atomen betroffen. Da KlientInnen im SOBEWO häufig sowohl das Merkmal des gehobenen Alters, als auch das der Suchterkrankung aufweisen, erleben sie den Verlust ihrer Bedeutung im Sozialleben und verfügen nur über dünne soziale Netzwerke (Wetschka, 2013).

Stabilität im betreuten Wohnen wird daher nicht (ausschließlich) über das im Haus bestehende Regelwerk vermittelt, sondern häufig über die Betreuungsbeziehung (Schlichte, 2011). Stabilität bezieht sich dabei einerseits auf die psychische Konstitution, andererseits auf die Wohnverhältnisse selbst. Dies impliziert sowohl die adäquate Behandlung einer psychischen Erkrankung (Weig, 2009), als auch den dauerhaften Bezug von eigenem Wohnraum (Lenninger, 2003). Stabilität im Sinne von dauerhaftem Wohnen ist wichtig, um Brüche im sozialen Umfeld der KlientInnen, inklusive der aufgebauten Betreuungsbeziehung, zu vermeiden (Riesenfelder, 2012). Zwischen BewohnerIn und BetreuerIn ist ein Verhältnis der Zusammenarbeit wesentlich, welches die Ausprägung von Stabilisierung und Selbstbestimmung ausstariert (Schlichte, 2011). Damit diese Zusammenarbeit tragfähig ist, sollte zunächst eine stabile Betreuungsbeziehung aufgebaut werden (Frings-Wikker, 2003). In Bezug auf Abhängigkeits-erkrankungen soll ein Konsumverhalten erreicht werden, welches zunächst Schadensvermeidung und -reduzierung, nicht vollständige Abstinenz zum Ziel hat. Des Weiteren muss das Konsumverhalten so angepasst werden, dass es mit dem Zusammenleben in der Hausgemeinschaft kompatibel ist. Problematisch in diesem Zusammenhang ist beispielsweise aggressives Verhalten gegenüber Personal oder anderen BewohnerInnen, das durch Alkohol verstärkt wird oder das Einladen von Gästen, die sich störend verhalten (Lenninger, 2003). Ausrichtung der Beziehungsarbeit sind daher zum Beispiel individuelle Zielvereinbarungen in Bezug auf das eigene Verhalten, welche beispielsweise Regeln über die Art und Menge von Suchtmitteln (z.B. kein Konsum von Schnaps) beinhalten (Frings-Wikker, 2003). Im Rahmen des betreuten Wohnens bei älteren KlientInnen ist beim Einzug in das betreute Wohnhaus ferner der Bedarf an Hilfestellungen der KlientInnen zu klären. Dieser umfasst neben Alltagsthemen wie medizinische Versorgung oder Haushalt auch potentiell schambesetzte und/oder tabuisierte Themen wie die individuelle wirtschaftliche Situation oder Hygiene. Die KlientInnen weisen häufig psychische und physische Erkrankungen auf; letztere sind beispielsweise Diabetes, Beeinträchtigungen nach einem Schlaganfall oder orthopädische Probleme. Auch die Fähigkeit, sich um den eigenen Wohnraum zu kümmern ist ein potentiell schwieriges Thema, da die Einschätzung, wann der Zustand einer Wohnung hygienisch nicht mehr tragbar ist, schwer eindeutig zu bestimmen ist und mitunter zu divergierenden Meinungen führen kann. Um auch Zugang zu sensibleren Themen zu erhalten, ist der sukzessive Aufbau einer Vertrauensbasis zwischen KlientIn und BetreuerIn notwendig. Besonders bedeutsam wird diese, wenn Pflege- oder Behandlungsbedarf besteht, der von den KlientInnen aber abgelehnt wird, oder wenn mehrere Disziplinen für die Leistung von Hilfe notwendig sind, der/die KlientIn sich also mit mehreren Be-

treuerInnen arrangieren soll. (Hauschopp, 2013). Auch die individuelle, psychiatrische Behandlung kann über Beziehungsarbeit und Zielvereinbarungen geregelt werden (Frings-Wikker, 2003). In jedem Fall ist die Wahrung der Autonomie und der Privatsphäre für die Akzeptanz von Hilfestellungen hilfreich (Hauschopp, 2013).

2.4 Aktueller Forschungsstand

Das SOBEWO ist ein hybrides Konzept und für die spezielle Zielgruppe existieren kaum direkt vergleichbare Forschungsergebnisse. Um sowohl der Komponente der Wohnungslosigkeit, als auch der des fortgeschrittenen Alters gerecht zu werden, müssen Forschungserkenntnisse aus beiden Bereichen berücksichtigt werden.

Ob eine Wohnumgebung positiv bewertet und als Rückzugsort wahrgenommen wird, ist keine triviale Komponente in Zusammenhang mit psychischer Gesundheit bzw. mit psychischer Belastung. So hatten individuelle Wohnverhältnisse wohnungsloser Menschen Einfluss auf die jeweilige psychische Belastung (Wong & Piliavin, 2001). Eine bessere Bewertung der Wohnumgebung fand sich in Zusammenhang mit geringerem Stresserleben und besserer Erholung (Wright & Kloos, 2007) und eine höher wahrgenommene Wohnqualität wirkte stressreduzierend (Wells & Harris, 2007). Umgekehrt beeinflusste eine als schlechter bewertete Wohnqualität das Ausmaß an psychischem Stress (Evans, Wells, Chan & Saltzman, 2000). Die Komponente mit dem größten Einfluss auf psychische Belastung im Kontext Wohnungslosigkeit zeigte räumliche Enge (Wells & Harris, 2007) und größere Einrichtungen mit einer höheren Zahl an BewohnerInnen gingen mit geringerem Wohlbefinden der BewohnerInnen einher (Street & Burge, 2012). In zentralisierten Wohnformen (d.h. Gemeinschaftsunterkünften) spielte die Größe des jeweiligen Hauses auch insofern eine Rolle für die psychische Belastung der KlientInnen, als dass die Anzahl der BewohnerInnen mitunter fehlende Möglichkeiten der Abgrenzung zu anderen BewohnerInnen mit sich brachte (Wolf Klitzing, 2004). Zimmerkontrollen durch das Personal wurden als intrusiv und als Eingriff in die Privatsphäre empfunden (Banyard, 1995) und Konflikte mit dem Personal wurden als belastend erlebt und trugen zu einer schlechteren Bewertung der Umgebung bei (Banyard, 1995; Wolf Klitzing, 2004). Soziale Unterstützung hingegen gehörte für ehemals wohnungslose KlientInnen, wie auf die BewohnerInnen des SOBEWO zutreffend, zu den zentralen Themen in ihrem Prozess der Stabilisierung und Erholung (Padgett, Tiderington, Smith, Derejko & Henwood, 2016). Erhielten Personen in Wohnungslosigkeit soziale Unterstützung durch Familienangehörige, führte diese zu verringerter psychischer Belastung (van Straaten et al., 2016). Soziale Unterstützung durch Freunde oder Familie fand sich zudem in Zusammenhang mit geringerer Depressionssymptomatik (Fitzpatrick, 2017) und erhöhter Teilnahme an Aktivitäten (Cherner et al., 2017). Soziale Isolation

hingegen zeigte sich als Einflussfaktor auf den Zusammenhang zwischen Wohnqualität und psychischer Belastung. Der positive Effekt auf die psychische Belastung durch Wohnqualität wurde durch die Wahrnehmung sozialer Isolation vollständig mediiert (Wells & Harris, 2007). Die bereits erwähnte Größe des Wohnhauses kam auch in Zusammenhang mit sozialer Unterstützung als Einfluss zum Tragen, da die Zusammensetzung der Hausgemeinschaft stärker variieren kann und damit die individuellen Optionen auf soziale Beziehungen (mit dem Personal und anderen KlientInnen) beeinflusst (Street & Burge, 2012).

Neben den bisher thematisierten betreuten Wohnformen wird das System Wohnungslosenhilfe in den letzten Jahren dezentraler konzipiert. Modelle wie Housing First sind gekennzeichnet durch die Unterbringung der KlientInnen entweder in einer eigenständigen Wohnung oder in geographisch wesentlich stärker gestreuten, betreuten Wohngemeinschaften. Der psychosozialen Betreuung kommt in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu: Wenn die Stabilität der Wohnsituation nicht durch dieselbe Institution gegeben ist, die auch die Betreuung übernimmt, ist die psychologische und soziale Unterstützungsleistung wesentlich stärker in der Verantwortung, die KlientInnen in ihrer Stabilität des Wohnens zu unterstützen (Busch-Geertsema, 2014; Stergiopoulos et al., 2015; Weinzierl et al., 2016). Dennoch wurde die beschriebene Wohnform als besonders passend für erwachsene KlientInnen mit Doppeldiagnosen, also psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen, eingeschätzt, die sich in institutionellen Settings auf Grund von Regelvorgaben schwer einleben können (Schmatz, Sorger & Danzer, 2015; Waegemakers Schiff & Schiff, 2014). Dezentrale Wohnverhältnisse mit paralleler psychosozialer Betreuung wurden des Weiteren als geeignet eingeschätzt, die Stabilität des Wohnens zu erhöhen (Stergiopoulos et al., 2015). Als wichtiges Element in ambulant betreuten Wohnformen wurde von einigen AutorInnen die Trennung von Mietverhältnis und Betreuungsbeziehung eingeschätzt. Die Rollen von VermieterIn und BetreuerIn werden auf verschiedene Personen bzw. Institutionen aufgeteilt, was in Bezug auf das Betreuungsverhältnis eine gleichberechtigtere und partizipativere Zusammenarbeit ermöglicht (Halbartschlager et al., 2012; Weinzierl et al., 2016).

Die beschriebene dezentrale Wohnform ist nun für die Zielgruppe der vorliegenden Arbeit gänzlich ungeeignet, da sie die Fähigkeit und den Willen alleine und eigenständig zu Wohnen voraussetzt. Nichtsdestotrotz ist die entsprechende Forschung keinesfalls zu vernachlässigen, zeigt sie doch den Stellenwert einer stabilen Betreuung und Zusammenarbeit. Gleichzeitig wird das Wirkungspotential eines eigenen Wohnraumes, in dem eine Abgrenzung von anderen KlientInnen möglich ist, deutlich.

Bei älteren KlientInnen stellte soziale Interaktion und Kommunikation mit dem Personal (und anderen KlientInnen) neben der täglichen Pflege das relevanteste Bedürfnis dar (Cadieux, Garcia & Patrick, 2013). Eine stabile Beziehung zum betreuenden Personal in betreuten Wohnformen leistete einen wichtigen Beitrag zum Wohlbefinden der KlientInnen und trug dazu bei, die Wohnform stärker als Zuhause wahrzunehmen (Street & Burge, 2012). Insbesondere Themen die Pflege und Intimsphäre der BewohnerInnen betreffen, konnten als belastend empfunden werden und in der Tabuisierung enden, wenn die Interaktionen mit dem Personal nicht als angemessen bewertet wurden (Behr et al., 2013).

2.5 Relevanz des Themas

Die angeführten Sachverhalte und Ergebnisse zeigen die Bedeutung der Bewertung der Wohnumgebung und der sozialen Interaktionen in der Betreuung von KlientInnen mit psychischen Erkrankungen.

In der vorliegenden Arbeit wird die Anwendung der beschriebenen Erkenntnisse auf eine präzise benannte und eingegrenzte Zielgruppe untersucht. Eine bereits beschriebene Voraussetzung aktueller Forschung war häufig, dass die KlientInnen alleine, das heißt in einer unabhängigen Wohnung, wohnen können und möchten (Aubry et al., 2016b; Martins et al., 2016; Padgett et al., 2011; Stergiopoulos et al., 2015; Waagemakers Schiff & Schiff, 2014). Auch wurde in der Rekrutierung der Stichprobe teilweise mit querschnittlichen Daten über viele (29) Wohnhäuser oder sogar mehrere Städte hinweg gearbeitet (Stergiopoulos et al., 2015, Wong & Piliavin, 2001; Wright & Kloos, 2007). Die Berücksichtigung des Wohnhauses bzw. des Betreibers als Kontextvariable ist jedoch unumgänglich, um mögliche Einflüsse zu kontrollieren oder auszuschließen. Einige Erhebungen im Kontext Wohnungslosigkeit fanden in Umgebungen statt, welche in ihren Rahmenbedingungen nicht vergleichbar mit dem SOBEWO sind, wie in Notquartieren oder Suppenküchen (Aubry et al., 2016a; Wong & Piliavin, 2001). In Notquartieren wird den KlientInnen, wie dem Namen inhärent, buchstäblich eine Notunterkunft zur Verfügung gestellt (vgl. Abschnitt 2.1.1). In Bezug auf die Messinstrumente ist anzumerken, dass das Konzept der sozialen Unterstützung bisher nur über zwei bis fünf Items erfasst und die Dimension sozialer Belastung nicht berücksichtigt wurde (Cherner et al., 2017; Fitzpatrick, 2017; van Straaten et al., 2016). Eine valide und differenzierte Operationalisierung sozialer Unterstützung ist jedoch insbesondere mit Blick auf dessen Stellenwert nicht zu vernachlässigen. Auch in Bezug auf das Alter fehlt häufig die Vergleichbarkeit, da die Stichproben vieler Studien ein deutlich jüngeres Durchschnittsalter, von 36 bis 46 Jahren (Aubry et al., 2016b; Martins et al., 2016; Padgett et al., 2011; Wright & Kloos, 2007), aufwiesen, als es im SOBEWO mit durchschnittlich 64 Jahren (Caritas Wien, 2015) zu

finden ist. Ältere Menschen in Wohnungslosigkeit stellen grundsätzlich eine Gruppe dar, zu deren angemessener Betreuung nur lückenhaftes Wissen vorhanden ist (Grenier et al., 2016). Die Population wohnungsloser Menschen wird jedoch tendenziell älter (Hahn, Kushel, Bangsberg, Riley & Moss, 2006; Grenier et al., 2016), der Median der wohnungslosen Bevölkerung in den USA lag 2014 bei knapp 50 Jahren (Fazel et al., 2014). Hospitalisierung und chronische Erkrankungen unter wohnungslosen Menschen nehmen ebenfalls tendenziell zu (Hahn et al., 2006). Forschungsarbeiten zu den Bedürfnissen älterer KlientInnen fanden jedoch eher im Pflegebereich statt, der keine direkten Berührungspunkte mit Wohnungslosigkeit aufwies (Behr et al., 2013; Cadieux et al., 2013; Street & Burge, 2012).

Die Erhebung in Wohnhäusern derselben Wohnform und desselben Betreibers ermöglicht es Zielgruppe und Kontext genau zu beschreiben und ökologisch valide Schlussfolgerungen zu ziehen. Letztere Eigenschaft ist die Voraussetzung, um praxisnahe Implikationen und Handlungsempfehlungen für die Einrichtungen abzuleiten. Im Folgenden werden die zu beantwortenden Fragestellungen und zu prüfenden Hypothesen für die Erhebung formuliert.

3 Fragestellungen und Hypothesen

Auf der Grundlage theoretischer Vorüberlegungen wird davon ausgegangen, dass eine als besser bewertete Wohnqualität und eine als stärker wahrgenommene soziale Unterstützung durch das Betreuungspersonal mit einer geringeren psychischen Belastung der KlientInnen einhergehen. Des Weiteren wird angenommen, dass eine höhere Zahl an Wohnplätzen je Haus zu einer zu stärkeren psychischen Belastung führt.

3.1 Hauptfragestellungen

Fragestellung 1:

Unterscheiden sich KlientInnen im sozial betreuten Wohnen hinsichtlich ihrer psychischen Belastung im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung?

H0₁: Die grundsätzliche psychische Belastung ist kleiner oder gleich dem Durchschnittswert der Normstichprobe.

H1₁: Die grundsätzliche psychische Belastung ist größer dem Durchschnittswert der Normstichprobe.

Fragestellung 2:

Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Wohnqualität und psychischer Belastung?

H0₂: Es besteht kein negativer Zusammenhang zwischen Wohnqualität und psychischer Belastung.

H1₂: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Wohnqualität und psychischer Belastung.

Fragestellung 3:

Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen emotionaler Unterstützung durch Betreuungspersonal und psychischer Belastung?

H0₃: Es besteht kein negativer Zusammenhang zwischen emotionaler Unterstützung und psychischer Belastung.

H1₃: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen emotionaler Unterstützung und psychischer Belastung.

Fragestellung 4:

Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen praktischer Unterstützung durch Betreuungspersonal und psychischer Belastung?

H0₄: Es besteht kein negativer Zusammenhang zwischen praktischer Unterstützung und psychischer Belastung.

H1₄: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen praktischer Unterstützung und psychischer Belastung.

Fragestellung 5:

Besteht ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Belastung durch Betreuungspersonal und psychischer Belastung?

H0₅: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Belastung und psychischer Belastung.

H1₅: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Belastung und psychischer Belastung.

Fragestellung 6:

Weisen die BewohnerInnen größerer Einrichtungen eine höhere psychische Belastung als die BewohnerInnen kleinerer Einrichtungen auf?

H0₆: Die BewohnerInnen größerer Häuser weisen keine höhere psychische Belastung auf, als die BewohnerInnen kleinerer Häuser.

H1₆: Die BewohnerInnen größerer Häuser weisen eine höhere psychische Belastung auf, als die BewohnerInnen kleinerer Häuser.

3.2 Nebenfragestellungen

Fragestellung 7:

Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Wohnqualität und Trinkverhalten?

H0₇: Es besteht kein negativer Zusammenhang zwischen Wohnqualität und Trinkverhalten.

H1₇: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Wohnqualität und Trinkverhalten.

Fragestellung 8:

Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen emotionaler Unterstützung durch Betreuungspersonal und Trinkverhalten?

H0₈: Es besteht kein negativer Zusammenhang zwischen emotionaler Unterstützung und Trinkverhalten.

H1₈: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen emotionaler Unterstützung und Trinkverhalten.

Fragestellung 9:

Besteht ein negativer Zusammenhang zwischen praktischer Unterstützung durch Betreuungspersonal und Trinkverhalten?

H0₉: Es besteht kein negativer Zusammenhang zwischen praktischer Unterstützung und Trinkverhalten.

H1₉: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen praktischer Unterstützung und Trinkverhalten.

Fragestellung 10:

Besteht ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Belastung durch Betreuungspersonal und Trinkverhalten?

H0₁₀: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Belastung und Trinkverhalten.

H1₁₀: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen sozialer Belastung und Trinkverhalten.

4 Methode

Im Folgenden werden die methodischen Rahmenbedingungen der Untersuchung dargestellt.

4.1 Untersuchungsdesign

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um ein nicht-experimentelles, querschnittliches Design. Die quantitativen Daten wurden in einer anfallenden Stichprobe aus drei sozial betreuten Wohnhäusern desselben Betreibers in Wien erhoben.

4.2 Stichprobe

Die Stichprobe setzte sich aus $N = 75$ TeilnehmerInnen aus drei sozial betreuten Wohnhäusern in Wien zusammen. Die betreffenden Wohnhäuser waren der Erhebung insofern a priori vorgegeben, als dass der Betreiber den Wunsch einer wissenschaftlichen Studie in ebenjenen Häusern äußerte, um die Wohnsituation der KlientInnen zu verbessern. Die BewohnerInnen wurden zur Befragung sowohl über persönliche Kontaktaufnahme durch die Autorin, als auch über eine vorab erfolgte Information durch das jeweilige Hauspersonal rekrutiert. Die Teilnahme war freiwillig und wurde weder durch Belohnung, noch durch Sanktionierung für nicht-Teilnahme durch die Hausleitung motiviert. Alle TeilnehmerInnen wurden über Verschwiegenheit, Freiwilligkeit und ihr Recht auf Abbruch, Pause(n) und Informationen zur Studie aufgeklärt. Der vollständige *Informed Consent* ist in Anhang 9.1 zu finden. Von der Erhebung wurden 48 von insgesamt 226 BewohnerInnen in allen drei Häusern vorab aufgrund von zu starker Demenz oder Krankheit ausgeschlossen (vgl. 3.4 Untersuchungsdurchführung). Die gewonnene Stichprobe entspricht einer Rücklaufquote von 33,19% aller BewohnerInnen in den drei Häusern. Die TeilnehmerInnen befanden sich im Alter von 37 bis 78 Jahren ($M_{original} = 60.04$, $M_{kombiniert} = 60.01$; $SD_{original} = 9.22$). Bis auf zwei TeilnehmerInnen mit den Staatsbürgerschaften Iran und Großbritannien, gaben alle TeilnehmerInnen an, die österreichische oder deutsche Staatsbürgerschaft zu besitzen. Sich zu ihrer Staatsbürgerschaft zugehörig fühlten sich 64 TeilnehmerInnen, acht TeilnehmerInnen gaben an sich der jeweiligen Staatsbürgerschaft nicht zugehörig zu fühlen und drei TeilnehmerInnen beantworteten die Frage nicht. Als alternative Zu-

gehörigkeiten wurde angegeben sich als Mensch, „Mischmasch“ oder zur mehreren Nationalitäten zugehörig zu fühlen, ein Teilnehmer gab an sich als Burgenländer zu fühlen, einer zu keiner Nationalität zugehörig und zwei TeilnehmerInnen nahmen die Frage zum Anlass, den hohen Anteil an ausländischen MitbürgerInnen zu beklagen. In Tabelle 1 sind weitere soziodemographische Daten zur Stichprobe ersichtlich.

Eine a priori durchgeführte Poweranalyse ($\alpha = .05$; $\beta = .80$; $f^2 = .15$) ergab eine Stichprobengröße von 85 TeilnehmerInnen, als größte notwendige Stichprobe für alle Auswertungsverfahren. Die entsprechenden post-hoc Analysen werden gemeinsam mit den Ergebnissen der jeweiligen Verfahren berichtet.

Tabelle 1

Häufigkeiten soziodemographischer Daten in der Stichprobe

Eigenschaft	Häufigkeit	
	Absolut	in Prozent
Geschlecht ^a		
männlich	64	85.3
weiblich	11	14.7
Nationalität ^b		
Österreich	70	95.9
Deutschland	1	1.4
Andere	2	2.7
Bildungsabschluss ^c		
kein Abschluss	2	2.7
Pflichtschule	11	14.7
Lehre	49	67.1
Matura	1	1.4
Hochschulabschluss	10	13.7
Beziehungsstatus ^d		
ledig	33	45.2
verheiratet	2	2.7
geschieden	32	43.8
verwitwet	6	8.2

^a n = 75. ^b n = 73. ^c n = 73. ^d n = 73

4.3 Messinstrumente

Im Folgenden werden die jeweiligen Operationalisierungen für die zu messenden Variablen beschrieben.

4.3.1 Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Wohnsituation. Die Operationalisierung der Wohnqualität soll über die aus sechs Items bestehende *Skala zur Zufriedenheit mit der Wohnsituation* erfolgen. Der Fragebogen wurde im Rahmen der SEEWOLF-Studie in München (Bäumel et al., 2017) konzipiert und erschließt psychologische und soziale Komponenten der Wohnqualität. Für diese Studie wird der bestehende Fragebogen um eine Differenzierung des Hauspersonals und des externen Personals, sowie um die Komponente der Privatsphäre ergänzt. Die TeilnehmerInnen werden je nach Ihrer Einschätzung zur bewohnten Einrichtung, ihrer Kleinwohnung, den Gemeinschaftsräumen, ihrer Privatsphäre, den anderen BewohnerInnen, dem Personal im Haus und externen Diensten befragt und beurteilen diese auf einer 5-stufigen Likert Skala von 0 = *gar nicht zufrieden* zu 4 = *sehr zufrieden*. Ein Item lautet beispielsweise „Wie zufrieden sind Sie mit ihrer Kleinwohnung?“. Die Abstufungen sind an der von Bortz & Döring (2006) für Äquidistanz empfohlenen Formulierung orientiert. Zur Auswertung wird ein Gesamt-Mittelwert über alle Items gebildet, welcher die Zufriedenheit mit der Wohnsituation repräsentiert. Ein höherer Wert steht dabei für höhere Wohnqualität. Der Fragebogen zur Operationalisierung der Wohnqualität (sieben Items) wies mit $\alpha_{\text{Cronbach}} = .82$ in der vorliegenden Untersuchung eine gute Reliabilität (Moosbrugger & Kelava, 2012) auf und es wurden keine Items aufgrund zu geringer Trennschärfe ausgeschlossen.

4.3.2 Fragebogen zur sozialen Unterstützung. Der *Fragebogen zur sozialen Unterstützung* (Sommer & Fydrich, 1989) erfasst die subjektive Einschätzung der erlebten Unterstützung. Vier Skalen unterscheiden zwischen praktischer Unterstützung und emotionaler Unterstützung, sozialer Belastung und sozialer Integration. Die Hauptskalen weisen interne Konsistenzen von Cronbach's $\alpha = .81$ (praktische Unterstützung) und Cronbach's $\alpha = .89$ (emotionale Unterstützung) auf und die Durchführung und Auswertung des Fragebogens erfolgen standardisiert (Geue, Strauß & Brähler, 2016). Für die geplante Erhebung der sozialen Unterstützung durch Betreuungspersonal sollen die Skalen emotionale Unterstützung, praktische Unterstützung und soziale Belastung zur Anwendung kommen, da sie für die Bezugnahme auf das betreuende Personal geeignet sind. Aufgrund von expliziten Verweisen auf Familie oder Freundeskreis wurden 17 Items entfernt und fünf Items in ihrer Formulierung an den Forschungszweck angepasst.

Die vorzugebenden 24 Items erfragen die Einschätzung der TeilnehmerInnen auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 = *trifft nicht zu* bis 4 = *trifft genau zu*. Die genannte Abstufung

wurde vom Original mit 1 = *trifft nicht zu* bis 5 = *trifft genau zu* (Sommer & Fydrich, 1989) an die Operationalisierung von Wohnqualität und jene der abhängigen Variable angepasst. Die nach Sommer & Fydrich (1989) nicht ausformulierten, mittleren Abstufungen wurden im Sinne der Konsistenz der Fragebogenbatterie durch entsprechende, nach Bortz & Döring (2006) für Äquidistanz empfohlene Formulierungen, ergänzt. Die Itemformulierungen lauten zum Beispiel „Nach manchen Gesprächen fühle ich mich wirklich besser.“ oder „Ich wünschte, man würde mir nicht überall reinreden.“. Die Auswertung erfolgt manuellkonform, wobei höhere Werte eine als höher wahrgenommene soziale Unterstützung bzw. soziale Belastung repräsentieren. Die verwendeten Skalen für soziale Unterstützung wurden einzeln auf Reliabilität und Trennschärfe analysiert, da sie in die weitere Berechnung als eigenständige Variablen einfließen. Die Skala emotionale Unterstützung (12 Items) wies in der vorliegenden Anwendung ein Cronbach's Alpha von .83 (Originaldaten) und ausreichend trennscharfe Items mit Werten über .3 (Moosbrugger & Kelava, 2012) auf. Die Analyse der Skala praktische Unterstützung (drei Items) ergab eine Reliabilität von $\alpha_{\text{Cronbach}} = .64$ (Originaldaten) und alle Items der Skala praktische Unterstützung waren ausreichend trennscharf. Die Skala soziale Belastung (neun Items) zeigte ein Cronbach's Alpha von .71 (Originaldaten). Die Ermittlung der Trennschärfe ergab, dass ein Item (Nr. 38) eine sehr niedrige Trennschärfe von .06 aufwies. Das Item wurde für die weitere Berechnung nicht ausgeschlossen, da die Trennschärfe nicht negativ ausfiel. Alle Reliabilitäten sind als ausreichend bis gut zu bewerten (Moosbrugger & Kelava, 2012).

4.3.3 Brief Symptom Inventory. Die psychische Belastung wird mit der deutschen Fassung des *Brief Symptom Inventory* (BSI) erhoben (Franke & Derogatis, 2000), welches sich für die Verwendung im Kontext der Wohnungslosigkeit und für KlientInnen mit psychischen Erkrankungen als valide erwiesen hat (Fitzpatrick, 2017; van Straaten et al., 2016; Wright & Kloos, 2007). Das BSI erfasst die psychische Belastung anhand der akuten Symptombelastung im Zeitraum der letzten sieben Tage und unterscheidet die Skalen Somatisierung (SOMA), Zwanghaftigkeit (ZWANG), Unsicherheit im Sozialkontakt (UNSO), Depressivität (DEPR), Ängstlichkeit (ANGS), Aggressivität (AGGR), Phobische Angst (PHOB), Paranoides Denken (PARA) und Psychotizismus (PSYC). Die Selbsteinschätzung der individuellen Belastung der TeilnehmerInnen wird auf einer 5-stufigen Likert-Skala von 0 = *überhaupt nicht* bis 4 = *sehr stark* erfragt. Ein Item lautet zum Beispiel „Wie sehr litten Sie innerhalb der vergangenen sieben Tage unter Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen?“ Die Items „Furchtsamkeit“ und „Schwermut“ wurden auf Anregung des Personal zur besseren Verständlichkeit in „Angst“ und „Traurigkeit“ umformuliert. Die Auswertung erfolgt anhand des Manuals über die einzelnen

Skalen sowie drei globale Kennwerte, von welchen der Global Severity Index (GSI) der sensitivste Indikator mit den psychometrisch besten Eigenschaften darstellt. Für die Auswertung wird die, nach Bildungsstand geschichtete, Normstichprobe für Erwachsene verwendet. Der GSI der Normstichprobe für einen T-Wert von 50 liegt bei 0.26 (Franke & Derogatis, 2000). Die Skalen können ab einem T-Wert von größer 63 (entspricht einem GSI von 0.62) als klinisch relevant beurteilt werden; höhere Werte stehen dabei für eine höhere Symptombelastung. Die Skalen weisen in der Normstichprobe von Erwachsenen interne Konsistenzen von $\alpha_{\text{Cronbach}} = .39$ bis $\alpha_{\text{Cronbach}} = .72$ auf. Der GSI zeigt die höchste Reliabilität mit Cronbach's Alpha von .92 bis .96 in verschiedenen Stichproben (Franke & Derogatis, 2000). Die Berechnung der Reliabilität in der vorliegenden Erhebung ergab ein Cronbach's Alpha von .95, (Originaldaten), welches als sehr gut zu bewerten ist (Moosbrugger & Kelava, 2012). Alle Items bis auf Item Nr. 26 (Kontrollzwang) wiesen ausreichende bis gute Trennschärfen von über .3 auf. Das Item wurde für die weitere Berechnung dennoch berücksichtigt, da die Trennschärfe von .25 nicht nahe Null oder negativ war (Moosbrugger & Kelava, 2012).

4.3.4 Alcohol Use Disorder Identification Test – Consumption. Der *Alcohol Use Disorder Identification Test* (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro Maristela, 2001) ist ein Verfahren der Weltgesundheitsorganisation (WHO) um riskantes Trinkverhalten zu identifizieren. Eine Kurzversion des Fragebogens ist der Alcohol Use Disorder Identification Test - Consumption (AUDIT-C), welcher aus den ersten drei Items des vollständigen Fragebogens besteht (Gómez, Conde, Santana & Jorrín, 2005). Die Items erfragen in Standardeinheiten die Häufigkeit des Konsums von Alkohol, die Anzahl der typischerweise konsumierten Getränke und die Häufigkeit des Konsums von sechs oder mehr alkoholischen Getränken an einem Tag im vergangenen Jahr. Ein Standardgetränk entspricht etwa 10 Gramm reinen Alkohols und die von der WHO empfohlene Höchstmenge für risiko-armen Konsum liegt bei 20 Gramm Alkohol pro Tag an maximal fünf Tagen pro Woche (Babor et al., 2001). Im Verfahren AUDIT-C kann ein maximaler Punktwert von 12 erreicht werden, wobei ab einem Punktwert von vier für Männer bzw. drei für Frauen von einem erhöhten Risiko für eine alkoholbezogene Störung ausgegangen wird (Gual, 2002). Die deutsche Übersetzung des AUDIT-C ist über das Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universitätsklinik in Hamburg auf www.alter-sucht-pflege.de verfügbar (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf - Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung, 2017). Der AUDIT-C kann als valides Screening-Instrument für riskantes Trinkverhalten bzw. das Risiko für eine alkoholbezogene Störung angenommen werden (Bush, 1998). Cronbach's Alpha für die Reliabilität des AUDIT-C in der vorliegenden Untersuchung lag bei .88 (Originaldaten), welches insbesondere unter Berücksichtigung der Kürze der Skala mit

drei Items als gut zu bewerten ist. Alle Items des AUDIT-C erwiesen sich als ausreichend trennscharf (Moosbrugger & Kelava, 2012).

4.3.5 Demographischer Fragebogen. Der demographische Fragebogen erhebt das jeweilige Alter, das Geschlecht, die Nationalität, die subjektive Zugehörigkeit zur Nationalität, den höchsten Bildungsabschluss sowie den aktuellen Familienstand.

4.4 Untersuchungsdurchführung

Die Erhebung wurde als Paper-Pencil Fragebogen von 26. Juni bis 01. August 2017 in drei sozial betreuten Wohnhäusern desselben Betreibers der WWH durchgeführt, in denen je maximal 50, 54 und 112 Personen in Kleinwohnungen leben. Der Erstkontakt erfolgte über die Hausleitung bzw. das Hauspersonal. In den beiden kleineren Häusern begleitete die Interviewerin zunächst die zuständige Sozialarbeiterin bei einem Durchgang durch das Haus. In diesem Rahmen wurde die Interviewerin jedem / jeder BewohnerIn (sofern anwesend) einzeln vorgestellt und informierte die BewohnerInnen über die im Anschluss innerhalb einer Woche beginnende Erhebung. Im letztgenannten, größeren Haus wurden die BewohnerInnen aufgrund der Hausgröße nicht von der Interviewerin, sondern durch den / die jeweilige WohnbetreuerIn über die Erhebung im Haus informiert. Die den BewohnerInnen möglichst standardisiert zu gebenden Informationen wurden vorab zwischen Hausleitung und Interviewerin vereinbart.

Die Auswahl bzw. der Kontakt zu den TeilnehmerInnen erfolgte über mehrere Wege. In jedem Fall wurden vorab mit den zuständigen WohnbetreuerInnen, SozialarbeiterInnen und / oder der Hausleitung mögliche Einschränkungen durch fehlende bzw. nicht ausreichende Kenntnisse in deutscher Sprache und / oder das Vorliegen einer demenziellen Erkrankung besprochen. Die Einschätzung des Personals wurde dann erneut durch die Interviewerin überprüft. Als guter Indikator für ausreichendes Verständnis erwies sich im Verlauf der Erhebung, ob die BewohnerInnen die Information zur Person der Interviewerin und zur Erhebung (vorbehaltlich akustischer Missverständnisse oder kurzer Nachfragen) in ihren wesentlichen Bestandteilen unmittelbar verstanden. Die Information lief sinngemäß stets nach dem Format „Guten Tag, mein Name ist ... , ich führe hier im Haus eine Befragung für eine Masterarbeit durch. Es geht darum, wie es Ihnen hier im Haus gefällt und wie es Ihnen gesundheitlich geht. Hätten Sie gerade Zeit?“ ab. Mit dem Personal ebenfalls besprochen wurden BewohnerInnen, welche sich nach Einschätzung der BetreuerInnen aufgrund von Krankheit, Behinderung oder Aggressionspotential nicht für eine Befragung eigneten. Im Sinne der Erhebung wurde diese Einschätzung von der Interviewerin stichprobenartig überprüft und erwies sich stets als zutreffend. Nichtsdestotrotz wurden in jedem Haus einige BewohnerInnen vom Personal als nicht geeignet beschrieben und die

Interviewerin gebeten, diese auch nicht zu befragen. Aus Respekt vor der Arbeit und Einschätzung des Personals und um den Zugang zur Stichprobe nicht zu gefährden, wurde diese Einschätzung nicht verhandelt oder übergangen.

Die Auswahl und Kontaktaufnahme zu den BewohnerInnen erfolgte anschließend über zwei Zugänge: Einerseits über Hinweise durch das Personal, wer sich bereits als interessiert gemeldet hatte, andererseits über direkte Ansprache durch die Interviewerin. Die erstere Vorgehensweise wurde überwiegend im größten Haus mit über 100 BewohnerInnen verwendet. Das zweite Auswahlverfahren bestand in systematischer Abfrage jedes Bewohners und jeder Bewohnerin durch Anklopfen (ggf. auch zu einem anderen Zeitpunkt wiederholt, sofern der / die BewohnerIn nicht anzutreffen war).

Von der Möglichkeit, an der Befragung völlig anonym, z.B. durch Einwurf in einen versiegelten Karton, teilzunehmen, wurde nach Rücksprache mit allen drei Hausleitungen bzw. dem Personal vor Ort abgesehen. Die Einschätzung des Personals, die BewohnerInnen würden sich die Fragebögen lieber vorlesen lassen, erwies sich als zutreffend. Von allen TeilnehmerInnen ($N = 75$) füllte nur eine Person den Fragebogen selbständig aus. Allen anderen TeilnehmerInnen wurden die Fragen vorgelesen und ihre Antworten auf den entsprechenden vorgegebenen Abstufungen erfragt. Vor Beginn des eigentlichen Fragebogens wurden die TeilnehmerInnen über Freiwilligkeit, Anonymität und Verschwiegenheitspflicht sowie die Möglichkeit des Abbruchs bzw. der Nichtbeantwortung von Fragen und über die Möglichkeit, auch später Fragen zur Erhebung stellen zu können informiert. Im Sinne des Datenschutzes wurden die Daten nicht an Dritte weitergegeben. Alle Daten wurden zum Schutz der TeilnehmerInnen anonymisiert und die Namen der Häuser durch neutrale Kürzel ersetzt.

4.5 Ethische Überlegungen

Die befragten KlientInnen stellen eine besonders vulnerable Gruppe dar, da sie teilweise mehrfach, psychisch und physisch, beeinträchtigt sind. Als Leitlinien für die Erhebung wurden daher die Ethikrichtlinien nach Beauchamp & Childress (1994) sinngemäß umgesetzt. Diese umfassen das Prinzip des Respekts vor der Autonomie, das Prinzip des Nichtschadens, das Prinzip des Wohltuns und das Prinzip der Gerechtigkeit. Die Präzisierung dieser abstrakt gehaltenen Prinzipien bzw. die Ableitung konkreter Handlungsrichtlinien für verschiedene Situationen wird als Spezifizierung bezeichnet (Beauchamp & Childress, 1994). Einige, für die vorliegende Untersuchung relevante, Spezifikationen wurden bereits a priori antizipiert und während der Erhebung berücksichtigt; andere ergaben sich erst im Verlauf der Untersuchung. Im Folgenden wird für jedes der genannten Prinzipien eine exemplarische Spezifikation angeführt.

4.5.1 Respekt vor der Autonomie. Neben der umfassenden Aufklärung über Freiwilligkeit, Verschwiegenheit und Zweck der Studie, welche a priori als Spezifizierung formuliert wurde, ergab sich in der Praxis ein weiterer, prägnanter Anwendungsfall. Einige BewohnerInnen beantworteten die Anfrage zur Teilnahme mit der Bitte, zu einem anderen bzw. späteren Zeitpunkt zu kommen, da sie im Moment keine Zeit hätten. War jemand vom Personal in der Nähe, wurde diese Antwort gelegentlich kommentiert mit der Aussage, der- oder diejenige hätte sicher gerade nichts zu tun und die Wohnung könne aufgesperrt werden. Die zeitlichen Präferenzen der BewohnerInnen wurden jedoch stets respektiert und, sofern möglich, eingehalten. Die Angaben der BewohnerInnen wurden respektiert, auch wenn Sie den subjektiven Eindrücken Anderer widersprachen.

4.5.2 Prinzip des Nichtschadens. Das Prinzip des Nichtschadens impliziert das Verbot von Handlungen, welche bei der anderen Person einen Schaden verursachen würden, welcher ohne deren eigenes Handeln nicht eintreten würde (Beauchamp & Childress, 1994). Eine vorab formulierte und sich im Verlauf der Erhebung bestätigende Spezifikation war es, die BewohnerInnen nicht zu beanspruchen, wenn deren gesundheitliche (Tages)verfassung es nicht erlaubte. War im Verhalten ersichtlich oder gaben BewohnerInnen an, sich unwohl zu fühlen, wurde die Befragung vertagt oder unterlassen.

4.5.3 Prinzip des Wohltuns. Im Sinne des Prinzips des Wohltuns sind unterstützende, das Wohl des Anderen befördernde Handlungen (Beauchamp & Childress, 1994). Eine aufgrund der sozialen Situation der BewohnerInnen antizipierte Spezifizierung war es, vorhandenem Gesprächsbedarf innerhalb eines gewissen Rahmens nachzugeben. So wurde der Interviewerin häufig freudig und offen begegnet und es wurde von Belastungen oder aus dem eigenen Leben berichtet. Auch wenn der zeitliche Rahmen je Gespräch grundsätzlich begrenzt war, wurde auf Erzählungen eingegangen und das strikte Befolgen des Fragebogens nicht als einzige Priorität gesetzt. Ferner wurde sichergestellt, dass die Interviewerin stets ausreichend erholt und konzentriert für das Führen der Gespräche war.

4.5.4 Prinzip der Gerechtigkeit. Das Prinzip der Gerechtigkeit besagt, Gleiche auf die gleiche Weise zu behandeln. Das Konzept der Gleichheit ist zunächst nicht näher bestimmt und kann sowohl auf materieller, als auch auf inhaltlicher Ebene präzisiert werden (Beauchamp & Childress, 1994). Im vorliegenden Zusammenhang wurde die Möglichkeit, das eigene Erleben zu kommunizieren, im Rahmen der Erhebung als Gut betrachtet, dessen Verteilung gerecht oder ungerecht erfolgen konnte. Die daraus folgende Implikation war es, möglichst allen bzw. so vielen BewohnerInnen als möglich die Teilnahme anzubieten. Die Erhebungstermine wurden dementsprechend zeitlich variabel gestaltet, BewohnerInnen, welche nicht anzutreffen waren,

wurden zu einem späteren Zeitpunkt kontaktiert und BewohnerInnen bei welchen unklar war, ob eine Erhebung aufgrund von Interesse oder Krankheit sinnvoll ist, wurden trotzdem aufgesucht.

4.6 Statistische Analyse

Im Folgenden werden für die Auswertung der Daten relevante Vorgehensweisen beschrieben. Alle Berechnungen wurden mit den Programmen PASW 18, SPSS 20 und SPSS 24 durchgeführt. Zur Durchführung der Mediator- und Moderatoranalyse wurde das Macro PROCESS (Hayes, 2013) verwendet und die Berechnung der Teststärken je Verfahren erfolgte mit dem Programm GPower (Faul, Erdfelder, Buchner & Lang, 2009). Sofern es inhaltlich sinnvoll und möglich war, wurden post-hoc Power Analysen berechnet.

Vor dem Beginn der deskriptiven und inferenzstatistischen Analyse wurde der Datensatz auf korrekte Erfassung aller fehlenden Werte kontrolliert. Anschließend wurden die Daten visuell auf systematisch verteilte, fehlende Werte kontrolliert und eine *Missing Values Analysis* (MVA) durchgeführt. Allen Berechnungen wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $\alpha = .05$ bzw. 5% für Konfidenzintervalle zugrunde gelegt.

Die der Stichprobe immanente Struktur der Abhängigkeit von einer Betreiberorganisation, aufgeteilt auf mehrere Wohnhäuser, wurde für die Fragestellungen zwei bis fünf zunächst als Mehrebenenmodell mit zwei Ebenen (Ebene 1: BewohnerInnen; Ebene 2: Wohnhaus) modelliert, im Rahmen dessen jedes Wohnhaus als Kontextvariable betrachtet wurde.

Zur Beantwortung der Fragestellung sechs wurden die Daten der Stichprobe in zwei Gruppen aufgeteilt, eine mit BewohnerInnen aus Häusern mit weniger als 60 (Gruppe „klein“, $n = 41$) und die andere mit BewohnerInnen aus der Einrichtung mit mehr als 100 Wohnplätzen („Gruppe „groß“, $n = 34$).

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der statistischen Auswertung zur Beantwortung der Fragestellungen angeführt. Eine entsprechende Einordnung und Diskussion der Ergebnisse erfolgt in Kapitel 6.

5.1 Umgang mit fehlenden Werten

Die Analyse der fehlenden Werte zeigte, dass 94.6% aller Variablen (exklusive Case ID, Kontextindikator und String-Variablen) unvollständig vorhanden waren, das heißt mindestens einen fehlenden Wert aufwiesen. Die fehlenden Werte betrafen 61.3% aller Fälle und entsprachen einem insgesamten Anteil von 3.5% aller vorhandenen Werte. Die Variable mit dem höchsten Anteil an fehlenden Werten war mit insgesamt 13 fehlenden Fällen (entspricht 17.3%)

das Item Nummer 28 aus dem BSI, welches Furcht vor Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erfragt.

Eine visuelle Kontrolle der Verteilung der fehlenden Werte ergab keinen Hinweis auf systematische Zusammenhänge. Der MCAR-Test nach Little fiel mit $\chi^2(3254) = 2764.10$, $p \geq .999$ nicht signifikant aus, so dass die Daten als nicht *Missing Not At Random* (MNAR) angenommen werden. Die fehlenden quantitativen Werte wurden daher durch multiple Imputation (MI; Anzahl der Imputationen: Fünf; Algorithmus: Markov chain Monte Carlo) ersetzt, da dieses Verfahren sich auch für die weitere Testung von Hypothesen eignet (Graham, 2009). Sofern möglich wurden alle Verfahren mit imputierten Werten berechnet. Eine Ausnahme bildet die Berechnung von Moderations- und Mediationeffekten, da eine Analyse mit multiplen Datensätzen im verwendeten Makro (Hayes, 2013) nicht implementiert ist. Da nicht für alle Werte eine kombinierte Darstellung möglich ist, werden die Resultate entsprechend differenziert in Originaldaten und kombinierte Daten dargestellt. Für Berechnungen ohne Imputationen wurden fehlende Werte fallweise ausgeschlossen, da ein paarweiser Ausschluss eine Verteilung der fehlenden Werte als *missing completely at random* voraussetzt (Graham, 2009). Die im vorangegangenen Kapitel angegebenen Reliabilitäten wurden auf Grundlage der Originaldaten ohne MI berechnet, da eine kombinierte Ausgabe der Reliabilität nicht verfügbar ist.

5.2 Voranalyse

Alle Variablen wurden visuell, über Boxplots und Histogramme, sowie inferenzstatistisch auf Normalverteilung überprüft. Die Kennwerte zum Kolmogorov-Smirnov Test sind in Tabelle 2 angeführt, für alle Variablen konnte eine Normalverteilung ausgeschlossen werden. Modellannahmen, die einzelne Verfahren betreffen, werden im Folgenden im jeweiligen Abschnitt behandelt. Bei einem Teil der Variablen konnte die Normalverteilung durch $\ln(x)$ - Transformation (emotionale Unterstützung) bzw. Kehrwert-Transformation (soziale Belastung, psychische Belastung, Wohnqualität) angenähert werden. Die Näherung durch Transformation ermöglicht die Anwendung parametrischer Verfahren (Field, 2013).

Tabelle 2

Kolmogorov-Smirnov Test auf Normalverteilung für unabhängige und abhängige Variablen

Variable	Teststatistik	<i>df</i>	<i>p</i>
WQ	0.11	73	.023
EU	0.13	73	.007
PU	0.11	73	.020
SB	0.16	73	.001
GSI	0.16	73	.001
AUDIT-C	0.18	73	.001

Anmerkung. Kolmogorov-Smirnov Test mit Signifikanzkorrektur nach Lilliefors; WQ: Wohnqualität; EU: Emotionale Unterstützung; PU: Praktische Unterstützung; SB: soziale Belastung; GSI: psychische Belastung; AUDIT-C: Trinkverhalten.

5.3 Deskriptive Statistik

Im Folgenden findet sich eine Aufbereitung der Verteilung der unabhängigen und abhängigen Variablen. Die Lageparameter der unabhängigen und abhängigen Variablen sind sowohl geschlüsselt nach Wohnhaus in Tabelle 3, als auch für die gesamte Stichprobe in Tabelle 4 bzw. Tabelle 5 ersichtlich. Zusätzlich werden zu deskriptiven Zwecken die Werte der Subskalen des BSI in Tabelle 6 berichtet. Als psychisch belastet bzw. klinisch relevant sind jene TeilnehmerInnen einzuschätzen, die eine psychische Belastung von größer oder gleich 0.62 aufweisen, was in der vorliegenden Stichprobe auf insgesamt 44% (Originaldaten) zutrifft.

Tabelle 3

Lagemaße der Variablen nach Wohnhäusern

		Haus A ^a	Haus B ^b	Haus C ^c
Variable		<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>
<i>WQ</i>				
	original	3.17 (0.45)	3.13 (0.56)	2.79 (0.90)
	kombiniert	3.16	3.13	2.79
<i>EU</i>				
	original	2.93 (0.79)	2.99 (0.73)	2.31 (1.02)
	kombiniert	2.89	2.99	2.33
<i>PU</i>				
	original	2.94 (1.03)	3.13 (0.64)	2.34 (1.08)
	kombiniert	2.79	3.13	2.36
<i>SB</i>				
	original	0.83 (0.67)	0.31 (0.26)	0.60 (0.58)
	kombiniert	0.85	0.32	0.60
<i>GSI</i>				
	original	0.85 (0.70)	0.52 (0.52)	0.76 (0.61)
	kombiniert	0.70	0.52	0.78

Anmerkung. Kombinierte Ergebnisse der Imputationen nicht für alle Kennwerte. *WQ*: Wohnqualität; *EU*: Emotionale Unterstützung; *PU*: Praktische Unterstützung; *SB*: soziale Belastung; *GSI*: psychische Belastung. ^a *n* = 21 für original und kombiniert. ^b *n* = 20 für original und kombiniert. ^c *n* = 34 für original und kombiniert außer für original *EU*, *PU* und *SB* *n* = 33.

Tabelle 4

Lagemaße der Variablen für die gesamte Stichprobe

Variable	<i>M (SD)</i>	<i>Mdn</i>	Schiefe (<i>SE</i>)	Kurtosis (<i>SE</i>)
<i>WQ</i>				
original ^a	2.98 (0.73)	3.14	- 1.37 (.28)	2.57 (0.55)
kombiniert ^b	2.99			
<i>EU</i>				
original ^a	2.67 (0.93)	2.83	-0.74 (0.28)	- 0.36 (0.55)
kombiniert ^b	2.67			
<i>PU</i>				
original ^a	2.73 (1.01)	2.67	- 0.84 (0.28)	0.60 (0.55)
kombiniert ^b	2.69			
<i>SB</i>				
original ^a	0.59 (0.57)	0.44	1.50 (0.28)	2.09 (0.55)
kombiniert ^b	0.60			
<i>GSI</i>				
original ^a	0.73 (0.62)	0.49	1.47 (.28)	2.21 (0.55)
kombiniert ^b	0.71			

Anmerkung. Kombinierte Ergebnisse der Imputationen nicht für alle Kennwerte. *WQ*: Wohnqualität; *EU*: Emotionale Unterstützung; *PU*: Praktische Unterstützung; *SB*: soziale Belastung; *GSI*: psychische Belastung. ^a *n* = 74, ^b *n* = 75.

Die Verteilung der Variable Trinkverhalten wird aufgrund der nach Geschlecht differenzierten Cut-Off Werte in Tabelle 5 ebenfalls für Männer und Frauen getrennt dargestellt. Ab einem Wert von vier für Männer und drei für Frauen kann von einem erhöhten Risiko für eine alkoholbezogene Störung ausgegangen werden (Gual, 2002). Unter den männlichen Teilnehmern beschrieben 35 von 64 (56.5%) das eigene Trinkverhalten mit einem Summenwert von vier oder mehr, bei den weiblichen Teilnehmerinnen gaben drei von 11 (27.3%) ihr Trinkverhalten mit einem Summenwert von drei oder größer an.

Tabelle 5

Lagemaße des Trinkverhaltens nach Geschlecht

Variable	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Schiefe (<i>SE</i>)	Kurtosis (<i>SE</i>)
<i>AUDIT-C</i> ^a Männer	4.77 (4.47)	0.45 (0.30)	-1.24 (0.60)
<i>AUDIT-C</i> ^b Frauen	2.00 (3.10)	2.05 (0.66)	4.31 (1.28)

Anmerkung. Originaldaten, keine kombinierten Werte nach Geschlecht getrennt verfügbar.

^a *n* = 64. ^b *n* = 11.

Tabelle 6

Werte der Subskalen des BSI

Skala	<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>Mdn</i>
SOMA	0.69 (0.75)	0.43
ZWANG	0.66 (0.70)	0.50
UNSO	0.71 (0.85)	0.50
DEPR	0.75 (0.87)	0.33
ANGS	0.61 (0.80)	0.33
AGGR	0.62 (0.78)	0.40
PHOB	0.40 (0.62)	0.00
PARA	1.10 (0.97)	0.80
PSYC	0.66 (0.71)	0.40

Anmerkung. *n* = 73, Originaldaten.

5.4 Unterschied in psychischer Belastung zwischen Stichprobe und Allgemeinbevölkerung

Zur Prüfung der ersten Fragestellung wurde ein Ein-Stichproben *t*-Test mit der Variable psychische Belastung berechnet. Die getestete Konstante wurde für die Berechnung derselben Transformation wie die Variable ($\frac{1}{x+1}$) unterzogen, um den Vergleich auf einer einheitlichen Skala zu ziehen. Die Berechnung der Effektstärke wurde im Sinne der Interpretierbarkeit anhand der untransformierten Werte durchgeführt. Unabhängigkeit war gegeben, da das Studiendesign keine Mehrfachmessung von Personen beinhaltete und ein Einfluss durch die Kontextvariable ausgeschlossen wurde. Die Näherung der Normalverteilung war auf Grund der erfolgten Variablen-Transformation gegeben. Die Variable psychische Belastung wurde aufgrund der Operationalisierung mit Likert-Items als intervallskaliert angenommen. Die Werte für die psychische Belastung der Stichprobe (*M* (*SD*) = 0.73 (0.62)) sind höher ($t(74) = -7.08, p < .001$,

$d_{\text{Cohen}} = 2.08$) als der Vergleichswert der Normstichprobe bei einem T-Wert von 50 ($M_{\text{Normstichprobe}} = 0.26$). Die Werte zur Testung beziehen sich auf die Originaldaten, da für den Ein-Stichproben t -Test keine kombinierten Werte verfügbar sind. Eine post-hoc Analyse der Teststärke ergab eine Power von $1 - \beta \geq .99$ mit einer Effektstärke von $d_{\text{Cohen}} = 2.08$. Dieser Effekt ist nach Cohen (1988) als groß einzuordnen.

5.5 Zusammenhang zwischen Wohnqualität, emotionaler- und praktischer Unterstützung, sozialer Belastung und psychischer Belastung

Zur Beantwortung der Fragestellungen zwei bis fünf wurden wurde getestet, ob je Wohnqualität, emotionale Unterstützung, praktische Unterstützung und soziale Belastung in Zusammenhang mit psychischer Belastung stehen.

5.5.1 Regressionsanalyse. Der Zusammenhang wurde zunächst über ein Multilevel-Modell (MLM) berechnet, welches die Zugehörigkeit zum jeweiligen Wohnhaus als Kontextvariable modellierte. Das Vorgehen in einem MLM erfolgt schrittweise und entspricht zu Beginn einer multiplen Regression. Im weiteren Vorgehen werden die Parameter Slope und Intercept der Regressionsgleichung schrittweise als *random effects* modelliert, d.h. sie können über die definierten Kontexte frei variieren (Field, 2013). Da die im gegebenen Fall beschriebene, iterative Berechnung jedoch keine Verbesserung des Modell-Fits erreichte und die Intraklassenkorrelation einen Wert von .02 erreichte, wurde die weitere Berechnung als multiple Regressionsanalyse mit *fixed effects* fortgesetzt.

In einer ersten Berechnung des Regressionsmodells mit untransformierten Variablen wurden Verteilungsannahmen für das Regressionsmodell überprüft. Eine visuelle Überprüfung der Normalverteilung der Residuen über ein P - P -Diagramm ergab eine deutliche Abweichung. Die standardisierten Residuen fielen in das Intervall $[-2.06, 3.40]$, was einen Hinweis auf extreme Werte darstellt. Das Vorliegen von Heteroskedastizität wurde visuell in einem Streudiagramm der standardisierten Residuen gegen die standardisierten, vorhergesagten Werte überprüft und konnte nicht ausgeschlossen werden. Aufgrund der beschriebenen Verletzung mehrerer Verteilungsannahmen wurde das finale Regressionsmodell im weiteren Vorgehen in zwei Schritten berechnet. Zunächst wurde ein erstes Modell mit untransformierten Variablen aus einem Datenset ohne MI, mit 1000 Bootstrap-Stichproben berechnet. Bootstrapping ist eine robuste Methode für die Anwendung multipler Regressionsanalysen bei Verletzung von Verteilungsannahmen (Field, 2013). Als signifikant zur Modellverbesserung beitragender Prädiktor verblieb die Variable soziale Belastung, die Regressionskoeffizienten sind in Tabelle 7 angeführt. Zur Bestimmung des Modell-Fits wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse berechnet.

Die Verbesserung des Modells durch die Prädiktoren war signifikant größer als die Ungenauigkeit der Modellierung [$F(4,69) = 8.51, p \leq .001$] (Field, 2013). Eine post-hoc Analyse der Teststärke ergab eine Power von $1-\beta \geq .99$ mit einer Effektstärke von $f^2 = .49$.

Tabelle 7

Modell 1: Bootstrap Regressionskoeffizienten (AV: psychische Belastung) mit Konfidenzintervallen

Variable	<i>b</i>	<i>p</i>	95% BCa KI	
			Untere Grenze	Obere Grenze
Konstante	0.88	.001	.280	1.49
WQ	-0.18	.082	-0.39	-0.01
EU	-0.13	.293	-0.35	0.13
PU	0.15	.054	-0.01	0.30
SB	0.51	.002	0.22	0.81

Anmerkung: keine standardisierten Beta-Werte für Bootstrap Koeffizienten verfügbar, $n = 74$, $R^2 = .33$, $R^2_{\text{korrigiert}} = .29$; WQ: Wohnqualität; EU: Emotionale Unterstützung; PU: Praktische Unterstützung; SB: soziale Belastung.

Da für das Modell mit Bootstrapping mehrere Annahmen nicht überprüfbar sind (Normalverteilung der Residuen, Homoskedastizität, extreme Werte) und die Aufnahme der Prädiktoren nur simultan möglich ist, wurde ein zweites Modell mit transformierten Variablen unter Aufnahme der Prädiktoren schrittweise rückwärts berechnet. Soziale Belastung verblieb erneut als Prädiktor für psychische Belastung im Modell, die entsprechenden Koeffizienten sind in Tabelle 8 zu finden. Da die Regressionskoeffizienten mit transformierten Variablen in ihrem Ausmaß nicht unmittelbar interpretierbar sind, sind zur Veranschaulichung der Richtung des Effektes in Abbildung 1 die transformierten Werte des Prädiktors soziale Belastung den vorhergesagten Werten für psychische Belastung gegenübergestellt. Die Variablen Wohnqualität, emotionale Unterstützung und praktische Unterstützung wurden aus dem Modell ausgeschlossen, da sie das Modell nicht signifikant verbesserten. Ein zusätzlicher Indikator für einen nicht ausreichenden Modell-Fit der genannten Variablen gaben die 95% - Konfidenzintervalle bei Aufnahme der Variablen, welche sich sowohl im positiven, als auch im negativen Wertebereich bewegten. Die Parameter der ausgeschlossenen Variablen sind in Tabelle 9 ersichtlich. Die Modelldiagnostik ergab eine ausreichende Normalverteilung der Residuen und Homoskedastizität und konnte das Vorliegen von Multikollinearität, eines nicht linearen Zusammenhangs,

extremer Werte oder einflussreicher Fälle ausschließen. Die Verbesserung des Modells durch die Prädiktoren war signifikant größer als die Ungenauigkeit der Modellierung [$F(1,72) = 22.17, p \leq .001$] (Field, 2013). Die Annahme der Additivität findet im nächsten Abschnitt Berücksichtigung. Eine post-hoc Analyse der Teststärke ergab eine Power von $1-\beta \geq .99$ mit einer Effektstärke von $f^2 = .24$.

Tabelle 8

Modell 2: Koeffizienten des Modells der schrittweisen (rückwärts) Regressionsanalyse (AV: psychische Belastung)

Variable	<i>b</i>	<i>SE b</i>	β	<i>p</i>
Konstante				
original	0.33	0.07		.001
kombiniert	0.34	0.07		.001
<i>SB</i>				
original	0.45	0.10	.49	.001
kombiniert	0.44	0.10		.001

Anmerkung. Kombinierte Ergebnisse der Imputationen nicht für alle Kennwerte, $n = 75$, erklärte Varianz der Originaldaten: $R^2 = .24, R^2_{\text{korr}} = .23$; *SB*: soziale Belastung.

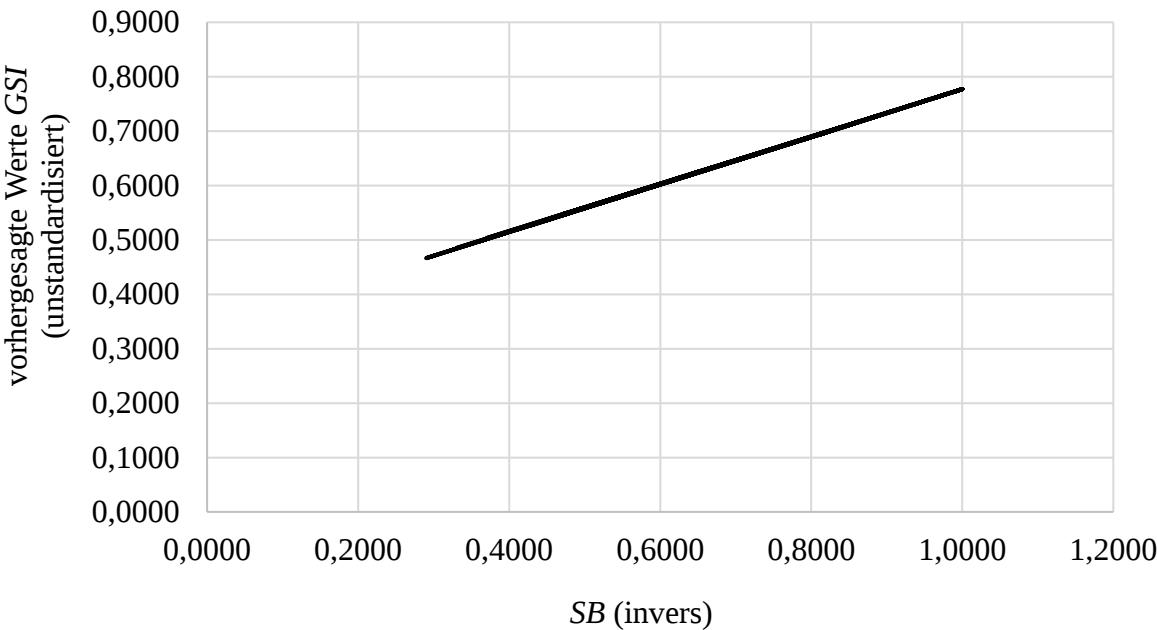


Abbildung 1. Regressionsgerade zwischen sozialer Belastung (*SB*; transformiert) und vorhergesagten Werten für psychische Belastung (*GSI*; unstandardisiert).

Tabelle 9

Aus Modell 2 ausgeschlossene Variablen der schrittweisen (rückwärts) Regressionsanalyse (AV: psychische Belastung)

Variable	β	p
WQ	.11	.291
EU	-.18	.097
PU	.04	.698

Anmerkung. Werte auf Grundlage der Originaldaten; WQ: Wohnqualität; EU: Emotionale Unterstützung; PU: Praktische Unterstützung.

5.5.2 Moderations- und Mediationsanalyse. Da Regressionsanalysen keine Interaktionsterme berücksichtigen, wurden Moderations- und Mediationsanalysen durchgeführt (Jaccard & Turrisi, 2003). Grundlage für die Modellannahme waren bestehende Forschungsergebnisse (Wells & Harris, 2007). Es wurden je Mediations- und Moderationseffekte von sozialer Unterstützung (emotionaler Unterstützung, praktischer Unterstützung und sozialer Belastung) auf den Zusammenhang zwischen Wohnqualität und psychischer Belastung geprüft. Die Testung des Mediatormodells erfolgte ohne transformierte Werte und mit 5000 Bootstrap-Stichproben, um die Modellkoeffizienten unmittelbar interpretieren zu können (Field, 2013). Aufgrund des verwendeten Makros von Hayes (2013) wurde die Berechnung auch auf Grundlage eines einfachen Datensets (nicht MI) durchgeführt; ein Fall wurde aufgrund fehlender Werte ausgeschlossen.

Im Modell mit Mediator zeigte sich ein signifikanter, indirekter Effekt von Wohnqualität auf psychische Belastung über soziale Belastung mit $\beta = -.14$, 95% BCa KI [- 0.31, - 0.02]. Der totale Effekt beträgt $b = -0.25$ ($p = .011$), der direkte Effekt beträgt $b = -0.18$ ($p = .124$), der indirekte Effekt $b = -.11$, 95% KI [- 0.29, - 0.01]. Die entsprechenden Pfadkoeffizienten sind in Abbildung 2 dargestellt.

Eine signifikante Moderation kann nicht als Beweis für das tatsächliche Vorliegen des Modells in der Population aufgefasst werden (Wentura & Pospeschill, 2015). Um das Modell zusätzlich abzusichern, wurden folgende Wirkmechanismen mit zusätzlichen Mediatoranalysen ausgeschlossen, deren Konfidenzintervalle (95 %) für den indirekten Effekt alle Null enthielten:

- Berechnung des Modells mit dem Mediator soziale Belastung als UV und der UV Wohnqualität als Mediator
- Berechnung des Modells mit dem Mediator soziale Belastung als AV und den Variablen emotionale Unterstützung und praktische Unterstützung als Mediatoren

Die Möglichkeit, dass soziale Belastung und psychische Belastung dasselbe Konstrukt messen, kann auf Grund der verwendeten Operationalisierung ausgeschlossen werden. Die Testung auf Moderationseffekte zeigte keine relevanten Interaktionen.

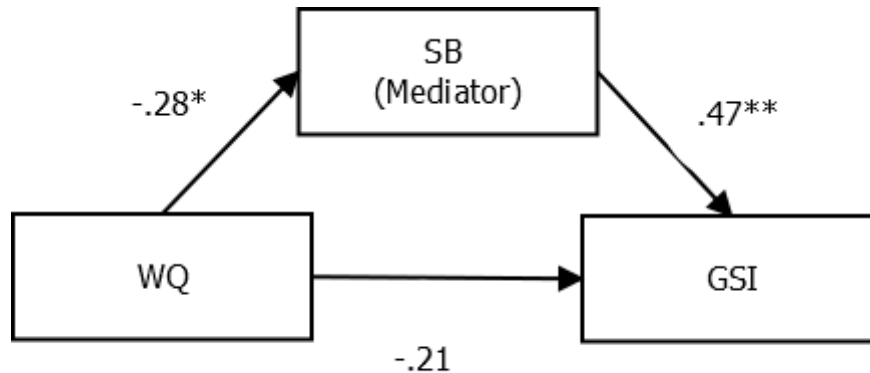


Abbildung 2. Mediationsmodell von sozialer Belastung (SB) auf den Zusammenhang von Wohnqualität (WQ) und psychische Belastung (GSI). Anmerkung. $n = 74$, standardisierte Parameter, $R^2 = .30$. * $p < .05$, ** $p < .001$.

5.6 Unterschiede in psychischer Belastung der BewohnerInnen in Abhängigkeit der Wohnhausgröße

Zur Beantwortung der Frage, ob die BewohnerInnen des großen Wohnhauses C sich in ihrer psychischen Belastung von den BewohnerInnen der kleinen Wohnhäuser A und B unterscheiden, wurde ein t -Test für unabhängige Stichproben angewendet. Unabhängigkeit war gegeben, da das Studiendesign keine Mehrfachmessung von Personen beinhaltete und ein Einfluss durch die Kontextvariable ausgeschlossen wurde. Die Näherung der Normalverteilung war auf Grund der erfolgten Transformation gegeben. Die Variable psychische Belastung wurde aufgrund der Operationalisierung mit Likert-Items als intervallskaliert angenommen und der Levene-Test auf Varianzhomogenität ergab keine Hinweise auf ungleiche Varianzen ($F = 0.09$, $p = .771$). Da Kubinger, Rasch und Moder (2009) empfehlen, unabhängig vom Vorliegen von Hetero- bzw. Homoskedastizität stets die Welch-Korrektur zu verwenden, wurde diese bei der Berechnung angewendet. Es konnte kein Unterschied der psychischen Belastung in Abhängigkeit der Wohnhausgröße gezeigt werden ($t(4442474.36) = 1.04$, $p = .299$). Die Werte zur Testung beziehen sich auf die kombinierten Daten der MI. Die Effektstärke auf Basis der nicht transformierten Variable beträgt $d_{\text{Cohen}} = 0.16$. Dieser Effekt ist nach Cohen (1988) als klein einzuschätzen. Eine post-hoc Analyse der Teststärke ergab $1-\beta = .05$.

5.7 Zusammenhang zwischen Wohnqualität, emotionaler- und praktischer Unterstützung, sozialer Belastung und Trinkverhalten

Zur Beantwortung der Fragestellungen sieben bis zehn wurde eine multiple Regressionsanalyse berechnet. Da die Normalverteilungsannahme für alle Variablen verletzt war, Trinkverhalten jedoch nicht durch Transformation an diese angenähert werden konnte, wurde die Regression mit Bootstrapping (1000 Stichproben) berechnet. Das Modell wurde ohne MI und unter Aufnahme der Prädiktoren in das Regressionsmodell mittels Einschluss berechnet, da nur unter diesen Bedingungen Bootstrapping zur Verfügung steht. Keine der aufgenommenen Variablen verblieb als signifikanter Prädiktor im Modell, die entsprechenden Konfidenzintervalle für die Regressionskoeffizienten sind in Tabelle 10 aufgeführt. Eine post-hoc Analyse der Teststärke ergab $1-\beta = .41$ mit $R^2 = .07$, die Verbesserung des Modells durch die Prädiktoren war nicht signifikant größer als die Ungenauigkeit der Modellierung [$F(1,72) = 1.27$, $p = .292$] (Field, 2013).

Tabelle 10

Bootstrap Regressionskoeffizienten (AV: Trinkverhalten) mit Konfidenzintervallen

Variable	<i>b</i>	<i>p</i>	95% BCa KI	
			Untere Grenze	Obere Grenze
WQ	-1.20	.219	-3.09	1.25
EU	-0.26	.723	-1.70	1.05
PU	-0.23	.756	-1.76	1.19
SB	-0.51	.593	-2.66	1.98

Anmerkung: Werte anhand Originaldaten, $n = 73$, $R^2 = .07$, $R^2_{\text{koriert}} = .01$; WQ: Wohnqualität; EU: Emotionale Unterstützung; PU: Praktische Unterstützung; SB: soziale Belastung.

6 Diskussion

6.1 Zusammenfassung und Interpretation

Die vorliegende Arbeit untersuchte, wie die psychische Belastung der BewohnerInnen des SOBEWO im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ausgeprägt ist. Die Frage kann eindeutig dahingehend beantwortet werden, dass die Belastung im SOBEWO höher ausgeprägt ist, als jene der Vergleichsstichprobe aus der Allgemeinbevölkerung. Die deskriptive Aufbereitung der Subskalen des BSI zeigt, dass gemessen am Mittelwert, die TeilnehmerInnen in sieben von neun Skalen als stark belastet bezeichnet werden können, gemessen am Median jedoch nur in einer. Die ungleiche Verteilung kann insofern interpretiert werden, dass ein Teil der Stichprobe

mit extremeren Werten als stark belastet einzuschätzen ist. Statt einer durchgängigen Belastung liegt also eine heterogene Stichprobe zugrunde, in der einzelne Individuen stark belastet sind. In Bezug auf die Frage nach Zusammenhängen zwischen Wohnqualität und sozialer Unterstützung zeigt sich, dass sozialer Belastung ein positiver Prädiktor für psychische Belastung ist. Emotionale und praktische Unterstützung sowie Wohnqualität hingegen haben keinen direkten, negativen Effekt auf die psychische Belastung. Die Beziehung zwischen Wohnqualität und psychischer Belastung wird jedoch vollständig durch soziale Belastung mediiert. Die Interaktionsbeziehung erklärt, weshalb Wohnqualität im Regressionsmodell nicht als signifikanter Prädiktor verblieb, da die Anwesenheit anderer Variablen - im finalen Modell der Mediator soziale Belastung - die Voraussagekraft der jeweiligen Variable beeinflusst (Field, 2013).

Die Frage nach Zusammenhängen zwischen Wohnqualität, sozialer Unterstützung und Trinkverhalten ist zu verneinen. Weder soziale Unterstützung, noch Wohnqualität haben einen Einfluss auf die Variable Trinkverhalten. Möglicherweise wird Trinkverhalten, als potentiell Symptom einer Abhängigkeitserkrankung, eher durch soziale Integration bzw. fehlende Abgrenzung geprägt (Wetschka, 2013). Auch die Wohnhausgröße hat keinen Einfluss auf die psychische Belastung. Unter Berücksichtigung der Größe des Effekts ist ferner davon auszugehen, dass der Effekt nur in einer sehr großen Stichprobe als signifikanter Unterschied zu finden wäre und dementsprechend auf inhaltlicher Ebene wenig bedeutsam ist. Da im Zuge der Modellierung als Mehrebenenmodell kein inhaltlich bedeutsamer Einfluss durch die Kontextvariable gezeigt werden konnte, ist dieses Ergebnis mit den in der Arbeit vorangehenden Berechnungen konsistent.

6.2 Bezug zu bestehenden Forschungsergebnissen

Ein direkter Einfluss von Wohnqualität auf die psychische Belastung konnte nicht gezeigt werden. Dieses Ergebnis steht im Widerspruch zu bisheriger Forschung, in der ein Zusammenhang vorhanden war (Wells & Harris, 2007; Wright & Kloos, 2007). Eine mögliche Erklärung ist, dass der normative Bezugsrahmen der SOBEWO BewohnerInnen, für die Bewertung einer Wohnumgebung, verschoben ist und eine Art Deckeneffekt auftritt. Bedürfnisse und Forderungen können insofern als relativ bezeichnet werden, als dass sie in ihrer Formulierung von individuellen Erfahrungen abhängig sind (Flade et al., 1987). Das SOBEWO ist, gemessen an objektiven Parametern wie Zahl der Betten pro Zimmer oder Verfügbarkeit von eigenen Wasch- und Kochgelegenheiten, tatsächlich als komfortabler zu beurteilen, als viele der niederschweligen Angebote, welche in bisherigen Forschungsarbeiten beurteilt wurden (Aubry et al., 2016a; FSW, 2017; Wong & Piliavin, 2001).

Ebenfalls widersprüchlich zur bestehenden Arbeit ist der fehlende Effekt der Wohnhausgröße auf die psychische Belastung (Street & Burge, 2012; Wells & Harris, 2007), welcher möglicherweise durch fehlende Vergleichbarkeit der Einrichtungen erklärt werden kann. So definierten Street & Burge (2012) Einrichtungen mit 19 oder weniger Betten als klein und Einrichtungen mit 20 bis 60 Betten als mittelgroß, wohingegen die vorliegende Arbeit alle Einrichtungen mit weniger als 60 Betten einer Subgruppe zuordnet. Street und Burge (2012) arbeiteten ferner im Pflegekontext und erhoben auch die Verfügbarkeit von Pflegepersonal. Die Arbeit von Wells & Harris thematisiert Enge in der Wohnumgebung, welche im vorliegenden Kontext nicht gegeben ist (vgl. vorangehender Absatz). Die Wohnhausgröße einer institutionellen Einrichtung ist in isolierter Form also nicht per se geeignet, um diese in Bezug auf ihre Wirkung zu beurteilen.

Anders verhält es sich mit dem gezeigten Mediationseffekt. Wells & Harris (2007) konnten in einem ähnlichen Modell eine Mediation von sozialer Isolation auf den direkten Zusammenhang zwischen Wohnqualität und psychischer Belastung zeigen. Dabei kann soziale Isolation im Grunde als Antagonist zu sozialer Belastung (wie hier definiert) betrachtet werden: Nach vorliegender Definition wird eine Unterstützungshandlung dann als belastend erlebt, wenn sie inkongruent ist, das heißt zum Beispiel entweder nicht gewünscht ist, Handlungsdruck erzeugt oder als grenzüberschreitend bewertet wird (Sommer & Fydrich, 1989). Allen Varianten ist jedoch gemein, dass sie eine de facto vorhandene, der betreffenden Person zugetane Handlung beinhalten. Im Falle sozialer Isolation wird dies, je nach Definition, eher wenig bis gar nicht stattfinden. Gleichwohl können soziale Isolation, soziale Unterstützung und soziale Belastung nicht auf einem Kontinuum betrachtet werden, da auch eine tendenziell sozial isolierte Zielgruppe, wie die BewohnerInnen des SOBEWO, von sozialer Belastung betroffen sein können. Ferner konnte weder in der vorliegenden Studie, noch in bestehenden Arbeiten zu betreuten Wohnformen (Cherner et al., 2017; Fitzpatrick et al., 2017; van Straaten et al., 2016) ein direkter oder indirekter Effekt positiver Dimensionen sozialer Unterstützung durch professionelle HelferInnen – in Abgrenzung zu sozialer Unterstützung durch informelle HelferInnen wie Freunde und Familie – auf die psychische Belastung gezeigt werden. Eine mögliche Erklärung ist, dass die psychische Belastung durch wahrgenommene soziale Unterstützung nicht verbessert, sehr wohl aber durch soziale Belastung oder Isolation verschlechtert wird. Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit stehen des Weiteren im Einklang mit dem Einfluss sozialer Bedingungen der Wohnsituation auf psychische Belastung, wie der sozialen Umgebung in Form von Nachbarschaft. Wird das Verhältnis zu Menschen in der Nachbarschaft schlechter bewertet, erhöht dies die psychische Belastung (Wright & Kloos, 2007).

Die Prävalenzzahlen für eine klinisch relevante psychische Belastung sind niedriger als in den bestehenden Arbeiten (Bäuml et al., 2017). Allerdings wurde im vorliegenden Fall die Punkt-Prävalenz (der letzten 7 Tage) für die Symptombelastung betrachtet, wohingegen Bäuml et al. (2017) einen längeren Beobachtungszeitraum abdeckten und mit strukturierten klinischen Interviews arbeiteten. Die Ergebnisse sind also auf zeitlicher und diagnostischer Ebene nicht unmittelbar vergleichbar. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkungen kann die Prävalenz für starke psychische Belastung als konform mit den bestehenden Forschungsergebnissen beschrieben werden. Die Prävalenzzahlen für das Risiko für eine alkoholbezogene Störung sind vergleichbar mit bestehenden Arbeiten (Fazel et al., 2008).

Ein weiteres erwähnenswertes Detail in Bezug auf den vorliegenden Kontext ist der Familienstand und seine Verteilung in der vorliegenden Stichprobe. In Summe waren 97.2% aller TeilnehmerInnen entweder ledig, geschieden oder verwitwet, hatten also aktuell keine/keinen PartnerIn. Auch wenn soziale Netzwerke nicht Bestandteil dieser Erhebung waren, ist zumindest auf Grundlage der genannten Zahl die Beschreibung der Population als sozial tendenziell isoliert (Wetschka, 2013) zutreffend.

6.3 Schlussfolgerungen

Zu den Schlussfolgerungen ist anzumerken, dass das Studiendesign keine zeitliche Dimension beinhaltet und Kausalinterpretationen insofern nur eingeschränkt zulässig sind. Dennoch können unter der genannten Einschränkung einige Folgerungen aus den Ergebnissen abgeleitet werden. Unter Berücksichtigung bestehender Forschung und der vorliegenden Arbeit ist anzunehmen, dass im SOBEWO und ggf. ähnlich betreuten Wohnformen die Wohnqualität in ihrer unmittelbaren Wirkung auf die psychische Belastung der BewohnerInnen möglicherweise nicht so eine große Rolle spielt, wie in Notquartieren oder Übergangswohnhäusern. Vielmehr scheinen soziale Beziehungen in der Bewertung der Umgebung zum Tragen zu kommen. Im Mediationsmodell wurden höhere Werte in sozialer Belastung durch niedrigere Werte in Wohnqualität vorhergesagt und im nächsten Schritt höhere Werte in psychischer Belastung durch höhere Werte in sozialer Belastung. Möglicherweise beeinflusst die Wahrnehmung der Wohnqualität die Bewertung der sozialen Interaktion, so dass beispielsweise Verhalten des Personals, welches in einem anderen Kontext sehr wohl als grenzüberschreitend bewertet würde, nicht als belastend erlebt wird. Die durch soziale Belastung mediierte Beziehung zwischen Wohnqualität und psychischer Belastung könnte auch teilweise die, im Rahmen aktueller Forschung beschriebenen, Erfolge in dezentralen Wohnformen erklären: Wenn die wahrgenom-

mene Wohnqualität höher ist, etwa weil es mehr Privatsphäre oder weniger unmittelbare Nachbarn gibt, wird Interventionen und Unterstützung durch Betreuungspersonal möglicherweise positiver begegnet und von der empfangenden Person auch als unterstützend bewertet.

Konflikte in der Betreuung können, unter Berücksichtigung der Tatsache, dass Stabilität im betreuten Wohnen eher über die Betreuungsbeziehung vermittelt wird, durch das Mediationsmodell ebenfalls gut erklärt werden. Wenn die Unterstützung durch das Personal als belastend erlebt wird, ist dies der Stabilisierung, so man psychische Belastung als Komponente von Stabilität betrachtet, abträglich.

Als Handlungsempfehlung ergibt sich aus den vorliegenden Ergebnissen, weniger zusätzliche Angebote zur Unterstützung zu forcieren, sondern bestehende Belastungen abzubauen. Das bedeutet, weniger Ressourcen, finanziell und personell, zu binden, um neue Angebote zur Tagesstruktur und / oder psychosozialen Beratung zu schaffen, sondern ebenjene Ressourcen verstärkt für die Schaffung individueller Lösungen zur Verbesserung der individuellen Wohnqualität einzusetzen. Psychologische Ressourcen können sehr unterschiedlich ausgeprägt sein und so ist es ein anspruchsvolles, wenn nicht sogar unmögliches Unterfangen mit dem bestehenden Angebot den Bedürfnissen aller BewohnerInnen zu begegnen. Individuelle Lösungen könnten bedeuten, bei der Suche nach neuen Kontakten zu unterstützen oder ein (früheres) Hobby oder ein ähnliches (wieder) aufzunehmen. Angebote zur Tagesstruktur, typischerweise zum Beispiel gestalterisch-kreativ, mögen aufwändig konzipiert und mit viel Engagement umgesetzt werden, treffen aber vielleicht nur die Interessen einiger BewohnerInnen. Die BewohnerInnen, die sich für ebenjenes Angebot nicht interessieren, fühlen sich im schlechtesten Falle durch die schiere Existenz des Angebots ausgeschlossen, oder durch seine Rahmenbedingungen eingeschränkt. Welche Form der Unterstützung also als positiv bewertet wird, fällt vielleicht heterogener aus, als zunächst intuitiv anzunehmen ist. Die stärkere Fokussierung auf individuelle Lösungen ist insbesondere auch durch die beschriebene Verteilung psychischer Belastungen, mit einzelnen stark belasteten BewohnerInnen, zu empfehlen.

Die Schwierigkeit bei dieser Handlungsempfehlung besteht darin, dass die Bewertung eines Konflikts zwischen der des Personals und der der BewohnerInnen mitunter stark divergieren kann. Die Kritik der BewohnerInnen beruht möglicherweise auf einem wahren Kern, wie Beispielsweise Missstände in der Sachwalterschaft oder der Pflege, deren Bewertung jedoch durch die Wahrnehmung des Systems Wohnunglosenhilfe (Davis-Berman, 2011) und/oder psychische Erkrankungen (Bäumel et al., 2017) stark von Misstrauen geprägt wird. Dieser

Umstand erschwert die Einigung auf eine Verhandlungsgrundlage zwischen Personal und BewohnerInnen und die Konzeption passender Interventionen. Auch der vorhandene Betreuungsschlüssel stellt möglicherweise ein Hindernis in der Umsetzung individueller Lösungen dar.

6.4 Limitationen und Ausblick

Trotz sorgfältiger Planung und Durchführung wird die vorliegende Arbeit durch einige Faktoren limitiert. In Bezug auf die Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist zu beachten, dass die Rekrutierung der Stichprobe nicht probabilistisch erfolgte, die Auswahl der TeilnehmerInnen also nicht vollständig kontrollierbar war. Es besteht ferner die Möglichkeit, dass die Rekrutierung einem Selektionseffekt unterlag, da die ad hoc Stichprobe all jene TeilnehmerInnen berücksichtigte, welche von sich aus oder auf Nachfrage den Wunsch äußerten, teilzunehmen. Es entstand im Rahmen der Erhebung der Eindruck, dass überwiegend jene BewohnerInnen teilnahmen, die sehr zufrieden mit ihrer Wohnsituation waren. Einige BewohnerInnen die unzufrieden waren, waren für die Erhebung möglicherweise nie zugänglich, d.h. öffneten z.B. nicht die Tür, weil sie so wenig Kontakt wie möglich mit allen hausinternen Vorgängen haben wollten. Die Auswahl der BewohnerInnen erfolgte des Weiteren teilweise über die Einschätzung des Personals bzw. wurde durch diese eingeschränkt. Es besteht die Möglichkeit, dass ein Teil der zugrundeliegenden Population nicht erreicht werden konnte, insofern ist die Repräsentativität für alle BewohnerInnen des SOBEWO bzw. betreuter Wohneinrichtungen nur eingeschränkt zu empfehlen.

Zur Operationalisierung sind mehrere Punkte zu anzumerken. Die Werte der Skala Somatisierung des BSI sind möglicherweise in der vorliegenden Stichprobe insofern nicht ausreichend valide, als dass die Symptome der Somatisierung bisweilen mit Symptomen des Alters und der Gebrechlichkeit konfundierten. Das Item Nummer 29 des BSI erfragte etwa Schwierigkeiten beim Atmen, welches, wenn bejaht, mitunter durch jahrelanges Rauchen oder chronisch obstruktive Lungenerkrankungen begründet wurde. Selbiges gilt für die Skala Ängstlichkeit, da Gefühle der Angst, z.B. auf der Straße (BSI Item Nr. 8) bejaht, allerdings unter anderem mit der Angst zu stürzen begründet wurden. Auch mussten Items, die Bezug auf Geschehnisse außerhalb der Wohnung nahmen (u.a. BSI Item Nr. 8, Nr. 28, Nr. 43) ausgelassen werden, da die BewohnerInnen aus verschiedensten Gründen, u.a. körperliche Einschränkungen, ihre Wohnung nicht mehr verließen. Diese Einschränkung ist gleichzeitig die Begründung für das im Ergebnisteil beschriebene Item mit den meisten fehlenden Werten, das Item Nummer 28 aus dem BSI, welches Furcht vor Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln erfragt. Auch die Skala Aggressivität erfasste möglicherweise nicht valide das Aggressionsniveau der TeilnehmerInnen, da die Selbsteinschätzung der TeilnehmerInnen zeitweise deutlich von der Einschätzung

der Interviewerin abwich. Diese Diskrepanz äußerte sich darin, dass im Gesprächsverlauf wiederholt Episoden mit Gewalt durch die Befragten selbst erzählt wurden und physische Gewalt als Mittel zur Zielerreichung thematisiert wurde. Die entsprechenden Fragen nach eigenem aggressivem Verhalten (BSI Nr. 40 und BSI Nr. 41) wurden jedoch von denselben Personen explizit verneint. Eine weitere Anmerkung betrifft die Skala Paranoides Denken des BSI. Es werden unter anderem Fragen nach Misstrauen gegenüber Anderen (BSI Item Nr. 10), dem Gefühl, dass Andere den oder die Befragte(n) beobachten und dem Gefühl, dass Andere den oder die Befragte(n) ausnutzen würden, gestellt, wobei höhere Werte auf stärkeres paranoides Denken hinweisen (Franke & Derogatis, 2000). Im vorliegenden Kontext ist diese Interpretation der fraglichen Denkweisen möglicherweise nur eingeschränkt als paranoides Denken zu bewerten. In einer Umgebung, die von materieller Deprivation, sozialer Exklusion und Substanzmissbrauch geprägt ist (Bäumel et al., 2017; van Straaten et al., 2016), ist die Tendenz, Andere auszunutzen unter Umständen stärker ausgeprägt, als in anderen Umgebungen und erhöhtes Misstrauen durchaus angebracht. Selbiges gilt für den Eindruck, von Anderen beobachtet zu werden: Die Wohnhäuser fungieren möglicherweise, wie andere Wohnhäuser und Nachbarschaften auch, als eine Art Mikrokosmos, innerhalb dessen Bewegungen und Veränderungen durch deren Angehörige beobachtet und bewertet werden. Die Angebote zur Tagesstruktur können nicht den Interessen aller BewohnerInnen angepasst werden und füllen ferner nicht den gesamten Tagesverlauf. Dementsprechend ist das soziale Gefüge des Wohnhauses selbst ein Teil des täglichen Zeitvertreibs. Konsequenterweise ist das Gefühl beobachtet zu werden und Gegenstand von Gesprächen zu sein, unter Umständen sehr wohl zutreffend.

Ein weiterer Kritikpunkt entfällt auf die Standardisierung der Erhebung, welche aus mehreren Gründen nicht immer einzuhalten war. Die untersuchte Zielgruppe stellt eine hochgradig heterogene Gruppe dar, welcher sowohl BewohnerInnen mit sehr guter geistiger und körperlicher Gesundheit angehören, als auch BewohnerInnen mit ausgeprägten kognitiven und körperlichen Einschränkungen. Um allen BewohnerInnen gerecht zu werden, müssten Operationalisierungen sowohl in herkömmlicher Form, als auch in leichter Sprache angewendet werden. Die Tatsache, dass keine der verwendeten Operationalisierungen in leichter Sprache verfasst war, schloss einige BewohnerInnen im Vorhinein von der Erhebung aus und führte bei anderen dazu, dass die Formulierungen an die kognitiven Einschränkungen angepasst, teilweise auf Fragen im dichotomen Antwortformat heruntergebrochen werden mussten. Auch die Zuordnung der Antworten zu den Abstufungen der Likert-Skalen war nicht immer eindeutig, da bisweilen selbst bei mehrmaligen Nachfragen, sowohl in Zahlen als auch in der jeweiligen Aus-

formulierung verbalisiert, die Antworten offen und ohne Rückmeldung auf die Abstufung gegeben wurden. Für zukünftige Erhebungen ist ein qualitatives Design oder die Kombination quantitativer und qualitativer Methoden zu empfehlen, um diesem Antwortverhalten gerecht zu werden. Die genannten Kritikpunkte gelten ebenso für die Operationalisierung der sozialen Unterstützung, welche ebenfalls häufig umformuliert werden musste, um bei jeder Frage erneut den Bezug um Personal herzustellen.

Ferner zeigte sich im Rahmen der Erhebung, dass das BSI kein verlässliches Instrument ist, um akute Psychosen zu erfassen. In drei Fällen der Befragung entstand der Eindruck, dass die TeilnehmerInnen von psychotischem Erleben betroffen waren. Sie gaben jedoch in Bezug auf die Symptombelastung verhältnismäßig unauffällige Antworten. Auf inhaltlicher Ebene schien dieses Antwortverhalten darin begründet, dass die Fragen des BSI keinen oder wenig Bezug zur Realität und den mitunter abstrakten Vorstellungen der TeilnehmerInnen herstellen konnten. Eine differenziertere Erfassung psychischer Erkrankungen wäre diesen Krankheitsbildern sicherlich besser gerecht geworden.

Die Operationalisierung wurde aus mehreren Gründen trotz der genannten Besonderheiten nicht verändert. Zum einen konnten die beschriebenen medizinischen Probleme im Rahmen dieser Untersuchung nicht validiert werden, ferner war nicht auszuschließen, dass zumindest ein Teil der Beschwerden auf Somatisierung zurückzuführen war. Eine Änderung der Fragen hätte die Reliabilität des etablierten BSI unter Umständen verschlechtert, ferner wären die bereits erhobenen Fälle auszuschließen gewesen. Letztere Maßnahme wäre nicht nur der Stichprobengröße abträglich gewesen, sondern wäre mit Blick auf die bereits investierte Zeit durch die BewohnerInnen ethisch fragwürdig. Stattdessen wurde während der Erhebung stets die Standardisierung so weit als möglich versucht einzuhalten und alle kritischen Punkte im Rahmen dieser Diskussion offengelegt.

In der vorliegenden Arbeit wurde wiederholt Bezug genommen auf die wahrgenommene Unterstützung in der Beziehung zwischen KlientInnen und Personal. Dabei ist zu kritisieren, dass zu dieser Art von Beziehung stets mindestens zwei Personen – ein/eine KlientIn und ein/eine BetreuerIn – gehört, von welchen in dieser Untersuchung ein Teil des Erlebens, jenes des Personals, nicht erfasst wurde. Hinsichtlich der strukturellen Bedingungen in den einzelnen Einrichtungen wurde zwar die Wohnhausgröße berücksichtigt, nicht aber der Betreuungsschlüssel je BewohnerIn, welcher die Wohnhausgröße in ihrem Einfluss möglicherweise relativiert.

Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, dass die psychische Belastung der BewohnerInnen des SOBEWO überdurchschnittlich ausfällt und dass der Einfluss von Wohnqualität auf

die psychische Belastung durch als soziale Belastung bewertete Handlungen des Personals mediiert wird. Für die Betreuung der KlientInnen im SOBEWO, sowie möglicherweise in ähnlichen betreuten Wohnformen, ist auf Grundlage dessen eine verstärkte Bearbeitung bestehender Konflikte und Belastungen zu empfehlen und dem Schaffen neuer, zusätzlicher Angebote vorzuziehen. Als Gegenstand zukünftiger Forschung ist zu empfehlen, die Wahrnehmung und Wirkung der sozialen Unterstützung durch professionelle (Betreuungspersonal) und informelle HelferInnen (Angehörige/Freunde) genauer zu differenzieren. Zu Letzteren könnten im vorliegenden Kontext auch MitbewohnerInnen zählen. Auch sollten in weiteren Arbeiten beide Parteien der Dyade bzw. des Konglomerats an Bezugs- / Betreuungspersonen des Klienten bzw. der Klientin durch Selbst- und Fremdeinschätzung berücksichtigt werden, um dem komplexen Konstrukt einer Beziehung besser gerecht zu werden. Ein weiteres, wichtiges Feld stellt die Entwicklung vergleichbarer Fragebögen in Bezug auf kognitive Fähigkeiten dar, um heterogenen Stichproben wie der Vorliegenden besser gerecht zu werden.

7 Literatur

- Alles Walzer, *alles brennt*. (2017). Theaterstück am Wiener Volkstheater.
- Aubry, T., Duhoux, A., Klodawsky, F., Ecker, J., & Hay, E. (2016a). A longitudinal study of predictors of housing stability, housing quality, and mental health functioning among single homeless individuals staying in emergency shelters. *American Journal of Community Psychology*, 58, 123–135. doi:10.1002/ajcp.12067
- Aubry, T., Goering, P., Veldhuizen, S., Adair, C. E., Bourque, J., Distasio, J., . . . Tsemberis, S. (2016b). A multiple-city RCT of Housing First with assertive community treatment for homeless Canadians with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 67, 275–281. doi:10.1176/appi.ps.201400587
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro Maristela G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test*. 20.07.2017. Abgerufen am 23.06.17, verfügbar unter http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67205/1/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2003). New Frontiers in the Future of Aging: From Successful Aging of the Young Old to the Dilemmas of the Fourth Age. *Gerontology*, 49(2), 123–135. doi:10.1159/000067946
- Bäumel, J., Brönner, M., Baur, B., Pitschel-Walz, G., & Jahn, T. (2017). *Die SEEWOLF Studie. Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München*. Freiburg im Breisgau, Deutschland: Lambertus.
- Banyard, V. L. (1995). "Taking Another Route": Daily Survival Narratives from Mothers Who Are Homeless. *American Journal of Community Psychology*, 23, 871–891. doi:10.1007/BF02507019
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics*. New York, NY: Oxford University Press.
- Behr, A., Meyer, R., Holzhausen, M., Kuhlmeier, A., & Schenk, L. (2013). Die Intimsphäre: Eine wichtige Dimension der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 46, 639–644. doi:10.1007/s00391-012-0464-6
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Berlin, Deutschland: Springer.
- Brown, R. T., Kiely, D. K., Bharel, M., & Mitchell, S. L. (2012). Geriatric syndromes in older homeless adults. *Journal of General Internal Medicine*, 27, 16–22. doi:10.1007/s11606-011-1848-9

- Bunston, T., & Breton, M. (1992). Homes and homeless women. *Journal of Environmental Psychology*, 12(2), 149–162. doi:10.1016/S0272-4944(05)80067-2
- Burra, T. A., Stergiopoulos, V., & Rourke, S. B. (2009). A systematic review of cognitive deficits in homeless adults: implications for service delivery. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 123–133. doi:10.1177/070674370905400210
- Busch-Geertsema, V. (2014). Housing First Europe – Results of a European Social Experimentation Project. *European Journal of Homelessness*, 8, 13–28. Abgerufen am 08.09.17, verfügbar unter http://www.feantsaresearch.org/download/article-01_8-13977658399374625612.pdf
- Bush, K. (1998). The AUDIT Alcohol Consumption Questions (AUDIT-C). An Effective Brief Screening Test for Problem Drinking. *Archives of Internal Medicine*, 158, 1789–1795. doi:10.1001/archinte.158.16.1789
- Cadieux, M.-A., Garcia, L. J., & Patrick, J. (2013). Needs of people with dementia in long-term care: A systematic review. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 28, 723–733. doi:10.1177/1533317513500840
- Caritas Wien. (2015). *Tätigkeitsbericht Haus Allerheiligen 2015*. Österreich.
- Caton, C. L. M., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Felix, A., . . . Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American journal of public health*, 95, 1753–1759. doi:10.2105/AJPH.2005.063321
- Cherner, R. A., Aubry, T., & Ecker, J. (2017). Predictors of the physical and psychological integration of homeless adults with problematic substance use. *Journal of Community Psychology*, 45, 65–80. doi:10.1002/jcop.21834
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Aufl.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crane, M., Byrne, K., Fu, R., Lipmann, B., Mirabelli, F., Rota-Bartelink, A., . . . Warnes, A. M. (2005). The Causes of Homelessness in Later Life: Findings From a 3-Nation Study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 60, 152–159. doi:10.1093/geronb/60.3.S152
- Davis-Berman, J. (2011). Older women in the homeless shelter: Personal perspectives and practice ideas. *Journal of Women & Aging*, 23, 360–374. doi:10.1080/08952841.2011.611391

- Deck, S. M., & Platt, P. A. (2015). Homelessness is traumatic: abuse, victimization, and trauma histories of homeless men. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 24, 1022–1043. doi:10.1080/10926771.2015.1074134
- Der Wiener Gemeindebau. *Geschichte, Daten, Fakten*. (2016, Mai). Österreich: Stadt Wien – Wiener wohnen.
- Dietz, T. L. (2008). Drug and Alcohol Use Among Homeless Older Adults. *Journal of Applied Gerontology*, 28, 235–255. doi:10.1177/0733464808326006
- Eiffe, F. F., Till, M., Datler, G., Heuberger, R., Glaser T, Kafka, E., . . . Till-Tentschert, U. (2012). *Soziale Lage älterer Menschen in Österreich* (Sozialpolitische Studienreihe: Band 11). Wien, Österreich: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Engelhard, K. (01.06.2015). Stadt ohne Wohnungsnot - Wien und seine günstigen Gemeindewohnungen. *Deutschlandfunk Kultur*. Abgerufen am 29.09.2017, verfügbar unter http://www.deutschlandfunkkultur.de/stadt-ohne-wohnungsnot-wien-und-seine-guents-tigen.979.de.html?dram:article_id=321398
- Eurostat. (2017). *Statistiken zur Sterblichkeit und Lebenserwartung – Statistics Explained*. Abgerufen am 02.10.17, verfügbar unter http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics/de#Statistiken_zur_Sterblichkeit_und_Lebenserwartung
- Evans, G. W., Wells, N. M., Chan, H.-Y. E., & Saltzman, H. (2000). Housing quality and mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 526–530. doi:10.1037//0022-006X.68.3.526
- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, 41, 1149–1160. doi:10.3758/BRM.41.4.1149
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: Descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384, 1529–1540. doi:10.1016/S0140-6736(14)61132-6
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLoS medicine*, 5, 1670-1681. doi:10.1371/journal.pmed.0050225
- Fichter, M., Quadflieg, N., & Cuntz, U. (2000). Prävalenz körperlicher und seelischer Erkrankungen: Daten einer repräsentativen Stichprobe obdachloser Männer. *Deutsches Ärzteblatt*, 97, 1148–1154. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf/97/17/a1148.pdf>

- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics: And sex and drugs and rock 'n' roll* (4. Aufl.). Los Angeles, CA: Sage.
- Fitzpatrick, K. M. (2017). How positive is their future? assessing the role of optimism and social support in understanding mental health symptomatology among homeless adults. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 33, 92–101. doi:10.1002/smi.2676
- Flade, A. (2006). *Wohnen psychologisch betrachtet* (2. Aufl.). Bern, Schweiz: Huber.
- Flade, A., Roth, W., & Spada, H. (1987). *Wohnen: Psychologisch betrachtet*. Bern, Schweiz: Huber.
- Folsom, D., & Jeste, D. V. (2002). Schizophrenia in homeless persons: A systematic review of the literature. *Psychiatrica Scandinavica*, 105, 404–413. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.02209.x
- Fonds Soziales Wien. (2015). *Übergangs-Wohnen*. Abgerufen am 05.10.17, verfügbar unter <http://www.wiederwohnen.at/obdach-wohnloshilfe/uebergangswohnen/>
- Fonds Soziales Wien. (2017). *Wohnungslos und obdachlos - was bedeutet das eigentlich?* Abgerufen am 08.09.17, verfügbar unter <http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/begriffe.html>
- Franke, G. H., & Derogatis, L. R. (2000). *BSI: Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R), deutsche Version*. Göttingen, Deutschland: Beltz.
- Freitag, W., Brunner, A., Hamann, S., Czaja, W., Herrnböck, J., Lammerhuber, C., . . . Eder, F. (2016). *Heime anders bauen. Das neunerhaus Hagenmüllergasse*. Wien, Österreich: Neunerhaus.
- Frings-Wikker, V. (2003). Die Arbeit mit mehrfachgeschädigten alkoholabhängigen Menschen in einer „nassen“ Einrichtung der Suchtkrankenhilfe. *Suchttherapie*, 4, 28–30. doi:10.1055/s-2003-38095
- Geue, K., Strauß, B., & Brähler, E. (2016). *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Gómez, A., Conde, A., Santana, J. M., & Jorrín, A. (2005). Diagnostic usefulness of brief versions of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings. *Journal of Studies on Alcohol*, 66, 305–308. doi:10.15288/jsa.2005.66.305
- Graham, J. W. (2009). Missing data analysis: Making it work in the real world. *Annual Review of Psychology*, 60, 549–576. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085530
- Gray, H. M., Shaffer, P. M., Nelson, S. E., & Shaffer, H. J. (2016). Changing social networks among homeless individuals: A prospective evaluation of a job- and life-skills training

- program. *Community Mental Health Journal*, 52, 799–808. doi:10.1007/s10597-014-9817-5
- Grenier, A., Barken, R., Sussman, T., Rothwell, D., Bourgeois-Guerin, V., & Lavoie, J.-P. (2016). A literature review of homelessness and aging: Suggestions for a policy and practice-relevant research agenda. *Canadian Journal on Aging*, 35, 28–41. doi:10.1017/S0714980815000616
- Gual, A. (2002). AUDIT-3 and AUDIT-4: Effectiveness of two short forms of the alcohol use disorders identification test. *Alcohol and Alcoholism*, 37, 591–596. doi:10.1093/alcalc/37.6.591
- Hahn, J. A., Kushel, M. B., Bangsberg, D. R., Riley, E., & Moss, A. R. (2006). The aging of the homeless population: fourteen-year trends in San Francisco. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 775–778. doi:10.1111/j.1525-1497.2006.00493.x
- Halbartschlager, C., Hammer, E., Martinsson, S., & Zierler, A. (2012). *Housing First - Das Wiener Modell: Fachliche Standards und Rahmenbedingungen für die Umsetzung*. Österreich: Fonds Soziales Wien.
- Harner, R., Hammer, E., & Reiter, M. (2015). Leistbares Wohnen für armutsgefährdete Menschen - dringend gesucht. *Der Mieter: Wohnen und Recht*, 4–8. Abgerufen am 02.10.17, verfügbar unter https://mietervereinigung.at/App_Upload/Backend/WohnenUndRechtItems/Mieter%20M%C3%A4rz%202015_Ansicht.pdf
- Hatchett, B. F. (2004). Homelessness among older adults in a Texas border town. *Journal of Aging & Social Policy*, 16(3), 35–56. doi:10.1300/J031v16n03_03
- Hauschopp, H. (2013). Autonomiewahrung bei psychischer Erkrankung im Alter: Eindrücke aus dem Ambulant Betreuten Wohnen. *Sozialer Fortschritt*, 62(4), 114–115. doi:10.3790/sfo.62.4.114
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach. *Methodology in the Social Sciences*. New York, NY: Guilford Press.
- Jaccard, J., & Turrisi, R. (2003). *Interaction Effects in Multiple Regression*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kallert, T. W., & Leisse, M. (2002). Betreute Wohnformen für chronisch schizophran. Erkrankte Praktische Konsequenzen aus einem Evaluationsprojekt in komplementären Angebotsstrukturen. *The European Journal of Health Economics*, 3, 121–130. doi:10.1007/s10198-002-0117-6

- Kellinghaus, C., Eikermann, B., Ohrmann, P., & Reker, T. (1999). Wohnungslos und psychisch krank. Überblick über den Forschungsstand und eigene Ergebnisse zu einer doppelt benachteiligten Randgruppe. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 67(3), 108–121. doi:10.1055/s-2007-993988
- Krabbe, H. (2012). Elder Mediation. *Zeitschrift für Konfliktmanagement*, 15(6). Doi: 10.9785/ovs-zkm-2012-185
- Kubinger, K. D., Rasch, D., & Moder, K. (2009). Zur Legende der Voraussetzungen des t - Tests für unabhängige Stichproben. *Psychologische Rundschau*, 60, 26–27. doi:10.1026/0033-3042.60.1.26
- Längle, G., Egerter, B., Albrecht, F., Petrasch, M., & Buchkremer, G. (2005). Prevalence of mental illness among homeless men in the community--approach to a full census in a southern German university town. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 382–390. doi:10.1007/s00127-005-0902-5
- Lenninger, H. (2003). Beziehungsarbeit am Beispiel des Umgangs mit Alkohol. In L. Schulze Steinmann, J. Heimler, J. Claaßen, & H. Cordshagen (Hrsg.), *Die Zukunft sozialpsychiatrischer Heime* (S. 200–208). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. A., . . . Wittchen, H.-U. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population--evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23, 289–303. doi:10.1002/mpr.1438
- Martins, P., Ornelas, J., & Silva, A. C. (2016). The role of perceived housing quality and perceived choice to recovery: An ecological perspective on a housing first program in Lisbon. *Journal of Environmental Psychology*, 47, 44–52. doi:10.1016/j.jenvp.2016.05.004
- Moosbrugger, H., & Kelava, A. (2012). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (2. Aufl.). Berlin, Deutschland: Springer.
- Moreno, J. L. (1947). The Social Atom and Death. *Sociometry*, 10, 80–84. doi:10.2307/2785562
- Nielsen, S. F., Hjorthøj, C. R., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2011). Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: A nationwide register-based cohort study. *The Lancet*, 377, 2205–2214. doi:10.1016/S0140-6736(11)60747-2
- Padgett, D. K., Stanhope, V., Henwood, B. F., & Stefancic, A. (2011). Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: comparing Housing First

- with Treatment First programs. *Community Mental Health Journal*, 47, 227–232.
doi:10.1007/s10597-009-9283-7
- Padgett, D. K., Tiderington, E., Smith, B. T., Derejko, K.-S., & Henwood, B. F. (2016). Complex Recovery: Understanding the Lives of Formerly Homeless Adults with Complex Needs. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 25, 60–70.
doi:10.1080/10530789.2016.1173817
- Pawlik, K. (Hrsg.). (2006). *Handbuch Psychologie: Wissenschaft, Anwendung, Berufsfelder*. Berlin, Deutschland: Springer.
- Philippot, P., Lecocq, C., Sempoux, F., Nachtergaele, H., & Galand, B. (2007). Psychological research on homelessness in Western Europe: A review from 1970 to 2001. *Journal of Social Issues*, 63, 483–503. doi:10.1111/j.1540-4560.2007.00520.x
- Proehl, R. A. (2007). Social justice, respect, and meaning-making: Keys to working with the homeless elderly population. *Health and Social Work*, 32, 301–307.
doi:10.1093/hsw/32.4.301
- Riesenfelder, A. (2012). *Evaluierung Wiener Wohnungslosenhilfe: Zusammenfassung des Endberichts*. Wien, Österreich: Magistratsabteilung 24 – Gesundheits- und Sozialplanung. Verfügbar unter <https://www.wien.gv.at/gesundheit/einrichtungen/planung/pdf/evaluierung-wohnungslosenhilfe.pdf>
- Röhrle, B. (1994). *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung*. Weinheim, Deutschland: Beltz.
- Schlichte, G. (2011). *Betreutes Wohnen - Hilfen zur Alltagsbewältigung* (3. Aufl.). Bonn, Deutschland: Psychiatrie-Verlag.
- Schmatz, S., Sorger, C., & Danzer, L. (2015). *Housing First – Pilotprojekt. Endbericht der begleitenden Evaluierung der Umsetzung*. Wien, Österreich: neunerhaus. Verfügbar unter http://www.neunerhaus.at/fileadmin/Bibliothek/Neue_Website/Obdachlosigkeit/2015_HF_Endbericht_Evaluierung.pdf
- Statistik Austria. (2017). *Tabellenband EU-SICL 2016. Einkommen, Armut und Lebensbedingungen*. Wien: Bundesanstalt Statistik Österreich.
- Sommer, G., & Fydrich, T. (1989). *Soziale Unterstützung: Diagnostik, Konzepte, F-SOZU*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Stergiopoulos, V., Hwang, S. W., Gozdzik, A., Nisenbaum, R., Latimer, E., Rabouin, D., . . . Goering, P. N. (2015). Effect of scattered-site housing using rent supplements and intensive case management on housing stability among homeless adults with mental illness: A randomized trial. *JAMA*, 313, 905–915. doi:10.1001/jama.2015.1163

- Stiffman, A. R., Hadley-Ives, E., Elze, D., Johnson, S., & Dore, P. (1999). Impact of environment on adolescent mental health and behavior: structural equation modeling. *American Journal of Orthopsychiatry*, 69, 73–86. doi:10.1037/h0080383
- Street, D., & Burge, S. W. (2012). Residential context, social relationships, and subjective well-being in assisted living. *Research on Aging*, 34, 365–394. doi:10.1177/0164027511423928
- Toro, P. A., Rabideau, J. M. P., Bellavia, C. W., Daeschler, C. V., Wall, D. D., Thomas, D. M., & Smith, S. J. (1997). Evaluating an Intervention for Homeless Persons: Results of a Field Experiment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 476–484. Verfügbar unter <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9170771>
- Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf - Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung (2017). *AUDIT-C - Fragebogen*. Abgerufen am 08.09.17, verfügbar unter <http://www.alter-sucht-pflege.de/Handlungsempfehlungen/Download/AUDIT-C.pdf>
- van Straaten, B., Rodenburg, G., van der Laan, J., Boersma, S. N., Wolf, J. R. L. M., & van de Mheen, D. (2016). Changes in social exclusion indicators and psychological distress among homeless people over a 2.5-year period. *Social Indicators Research*, 44, 248–269. doi:10.1007/s11205-016-1486-z
- Waegemakers Schiff, J., & Schiff, R. A. L. (2014). Housing first: paradigm or program? *Journal of Social Distress and the Homeless*, 23, 80–104. doi:10.1179/1573658X14Y.0000000007
- Weber, G., Glück, J., Heiss, C., Sassenrath, S., Schaefer, L., & Wehinger, K. (2005). *Europäische Studie zum Wohlbefinden im Alter: Hauptergebnisse unter besonderer Berücksichtigung der Situation in Österreich*. Wien, Österreich: Facultas.
- Weig, W. (2009). Der "schwierige" Patient in der psychiatrischen Versorgung. *Der Nervenarzt*, 80, 847–853. doi:10.1007/s00115-009-2789-y
- Weinzierl, C., Wukovitsch, F., & Novy, A. (2016). Housing First in Vienna: A socially innovative initiative to foster social cohesion. *Journal of Housing and the Built Environment*, 31, 409–422. doi:10.1007/s10901-015-9467-0
- Wells, N. M., & Harris, J. D. (2007). Housing quality, psychological distress, and the mediating role of social withdrawal: A longitudinal study of low-income women. *Journal of Environmental Psychology*, 27, 69–78. doi:10.1016/j.jenvp.2006.11.002
- Wentura, D., & Pospeschill, M. (2015). *Multivariate Datenanalyse: Eine kompakte Einführung*. Wiesbaden, Deutschland: Springer.

- Wetschka, C. (2013). Leben in Gemeinschaft: Missing Link zwischen Suchttherapie und Wohnungslosenhilfe? *Gestalt Theory*, 35(3), 265–300. Verfügbar unter http://gth.krammerbuch.at/sites/default/files/articles/Create%20Article/03_Wetschka_KORR.pdf
- Wolf Klitzing, S. (2004). Women living in a homeless shelter: Stress, coping and leisure. *Journal of Leisure Research*, 36, 483–512. Verfügbar unter <http://www.nrpa.org/globalassets/journals/jlr/2004/volume-36/jlr-volume-36-number-4-pp-483-512.pdf>
- Wong, Y.-L. I., & Piliavin, I. (2001). Stressors, resources, and distress among homeless persons. *Social Science & Medicine*, 52, 1029–1042. doi:10.1016/S0277-9536(00)00209-4
- Wright, P. A., & Kloos, B. (2007). Housing environment and mental health outcomes: A levels of analysis perspective. *Journal of Environmental Psychology*, 27, 79–89. doi:10.1016/j.jenvp.2006.12.001.

8 Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1	Häufigkeiten soziodemographischer Daten in der Stichprobe
Tabelle 2	Kolmogorov-Smirnov Test auf Normalverteilung für unabhängige und abhängige Variablen
Tabelle 3	Lagemaße der Variablen nach Wohnhäusern
Tabelle 4	Lagemaße der Variablen für die gesamte Stichprobe
Tabelle 5	Lagemaße des Trinkverhaltens nach Geschlecht
Tabelle 6	Werte der Subskalen des BSI
Tabelle 7	Modell 1: Bootstrap Regressionskoeffizienten (AV: psychische Belastung) mit Konfidenzintervallen
Tabelle 8	Modell 2: Koeffizienten des finalen Modells der schrittweisen (rückwärts) Regressionsanalyse (AV: psychische Belastung)
Tabelle 9	Aus Modell 2 ausgeschlossene Variablen der schrittweisen (rückwärts) Regressionsanalyse (AV: psychische Belastung)
Tabelle 10	Bootstrap Regressionskoeffizienten (AV: Trinkverhalten) mit Konfidenzintervallen
Abbildung 1	Regressionsgerade zwischen sozialer Belastung (SB, transformiert) und vorhergesagten Werten für psychische Belastung (GSI, unstandardisiert)
Abbildung 2	Mediationsmodell von sozialer Belastung auf den Zusammenhang von Wohnqualität und psychische Belastung. Anmerkung: $n = 74$, standardisierte Regressionskoeffizienten

9 Anhang

9.1 Fragebogen

Information zur Studienteilnahme

Ich studiere Psychologie an der Universität Wien und laden Sie herzlich ein, an meiner Studie teilzunehmen. Ihre Antworten sind wichtig, weil ich gerne mehr darüber wissen möchte, wie es Ihnen geht.

Im folgenden Fragebogen werden verschiedene Fragen gestellt, bei denen es um Ihre Gesundheit und ihre Gefühle geht. Bitte antworten Sie ehrlich. Es gibt keine richtigen und keine falschen Antworten. Ihre Antworten sind anonym, das heißt niemand kann später sehen, dass Sie diesen Fragebogen ausgefüllt haben.

Am besten füllen Sie den Fragebogen in Ruhe und allein aus, damit Sie Zeit haben sich die Antworten zu überlegen.

Ihre Rechte:

Sie können mir jederzeit Fragen zu der Studie stellen, auch wenn Sie Ihnen erst später oder in ein paar Tagen einfallen. Sie nehmen freiwillig teil und können jederzeit und ohne Begründung aufhören oder eine Pause machen.

Datenschutz:

Alle Daten die ich in dieser Studie erhebe, werden vertraulich behandelt und ausschließlich gruppenbezogen ausgewertet.

Einverständniserklärung:

Haben Sie noch Fragen?

Wenn Sie alle Informationen verstanden haben und mitmachen möchten, kreuzen Sie bitte dieses Kästchen an. Mit dem Kreuzchen erklären Sie sich mit der Teilnahme an dieser Studie und mit der Verarbeitung der Daten durch befugte Personen einverstanden.

☐ Ich habe die Informationen zur Studie gelesen und möchte teilnehmen.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Diese Studie wird im Rahmen einer Lehrveranstaltung der Fakultät für Psychologie der Universität Wien unter Leitung von Univ.-Prof. Dr. Germain Weber im Sommersemester 2017 durchgeführt.

Universität Wien
Fakultät für Psychologie
Institut für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung
Liebiggasse 5
A-1010 Wien
E-Mail: a1201426@unet.univie.ac.at

Ich möchte gerne wissen, wie es Ihnen geht und wie Ihnen hier im Haus gefällt. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen dazu.

gar nicht	ein wenig	mittelmäßig	zufrieden	sehr zufrieden
0	1	2	3	4

Wie zufrieden sind mit ...

der Einrichtung in der Sie wohnen?	0	1	2	3	4
ihrer Kleinwohnung?	0	1	2	3	4
ihrer Privatsphäre?	0	1	2	3	4
den Gemeinschaftsräumen?	0	1	2	3	4
den anderen BewohnerInnen?	0	1	2	3	4
dem Personal im Haus?	0	1	2	3	4
dem externen Personal, z.B. Heimhilfen oder ÄrztInnen	0	1	2	3	4

Bei diesen Fragen geht es um Ihr Wohlbefinden. Bitte beantworten Sie alle Fragen, auch wenn einige ähnlich klingen.

überhaupt nicht	kaum	mittelmäßig	ziemlich	sehr stark
0	1	2	3	4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...

Nervosität oder innerem Zittern	0	1	2	3	4
Ohnmachts- und Schwindelgefühlen	0	1	2	3	4
der Idee, dass irgendjemand Macht über Ihre Gedanken hat	0	1	2	3	4
dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0	1	2	3	4
Gedächtnisschwierigkeiten	0	1	2	3	4
dem Gefühl, leicht reizbar oder verärgert zu sein	0	1	2	3	4
Herz- oder Brustschmerzen	0	1	2	3	4
Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0	1	2	3	4
Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0	1	2	3	4
dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0	1	2	3	4
schlechtem Appetit	0	1	2	3	4
plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0	1	2	3	4
Gefühlsausbrüchen, denen gegenüber Sie machtlos waren	0	1	2	3	4
Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0	1	2	3	4
Dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0	1	2	3	4
Einsamkeitsgefühlen	0	1	2	3	4
Traurigkeit	0	1	2	3	4
dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0	1	2	3	4

Angst	0	1	2	3	4
Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0	1	2	3	4
Dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0	1	2	3	4
Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0	1	2	3	4
Übelkeit oder Magenverstimmungen	0	1	2	3	4
dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0	1	2	3	4
Einschlafschwierigkeiten	0	1	2	3	4
Dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0	1	2	3	4
Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0	1	2	3	4
Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0	1	2	3	4
Schwierigkeiten beim Atmen	0	1	2	3	4
Hitzewallungen oder Kälteschauern	0	1	2	3	4
Der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0	1	2	3	4
Leere im Kopf	0	1	2	3	4
Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
Dem Gefühl, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0	1	2	3	4
einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0	1	2	3	4
Konzentrationsschwierigkeiten	0	1	2	3	4
Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0	1	2	3	4
dem Gefühl, gespannt oder aufgeregt zu sein	0	1	2	3	4
Gedanken an den Tod und ans Sterben	0	1	2	3	4
Dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0	1	2	3	4
dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0	1	2	3	4
starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0	1	2	3	4
Abneigung gegen Menschenmengen, z. B. beim Einkaufen oder im Kino	0	1	2	3	4
dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0	1	2	3	4
Schreck- oder Panikanfällen	0	1	2	3	4
Der Neigung, immer wieder in Erörterungen und Auseinandersetzungen zu geraten	0	1	2	3	4
Nervosität, wenn Sie allein gelassen werden	0	1	2	3	4
mangelnde Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0	1	2	3	4
so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0	1	2	3	4
dem Gefühl, wertlos zu sein	0	1	2	3	4
dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0	1	2	3	4
Schuldgefühlen	0	1	2	3	4

Dem Gedanken, dass irgendetwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0	1	2	3	4
--	---	---	---	---	---

In diesem Fragebogen geht es um Ihre Beziehungen zu den Menschen, die Sie hier im Haus betreuen, also zum Beispiel SozialarbeiterInnen oder KrankenpflegerInnen. Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Angaben, es kommt auf Ihr Erleben an. Am besten kreuzen Sie ohne lange zu überlegen an der Stelle an, die Ihrer ersten Einschätzung entspricht.

Trifft nicht zu	Trifft eher nicht zu	trifft teilweise zu	trifft eher zu	trifft genau zu
0	1	2	3	4

Wie sehr treffen die Folgenden Aussagen auf Sie zu?

Es gibt Menschen, die mich so nehmen, wie ich bin	0	1	2	3	4
Ich fühle mich von wichtigen Personen abgelehnt	0	1	2	3	4
Ich habe Kontakt zu Menschen, die auch mal gut zuhören können, wenn ich mich aussprechen möchte	0	1	2	3	4
Nach manchen Gesprächen fühle ich mich wirklich besser	0	1	2	3	4
Manchmal habe ich das Gefühl, dass alle etwas an mir aussetzen haben	0	1	2	3	4
Wenn ich tief bedrückt bin, weiß ich, zu wem ich gehen kann	0	1	2	3	4
Ich wünschte, man würde mir nicht überall reinreden	0	1	2	3	4
Ich kann jemanden vom Personal bitten, mir bei Amtsan gelegenheiten (Behörden) zu helfen	0	1	2	3	4
Es gibt Menschen, die Leid und Freude mit mir teilen	0	1	2	3	4
Ich fühle mich in meinem Leben von Betreuungspersonal bedrängt und eingeengt	0	1	2	3	4
Ich habe einen mir vertrauten Menschen, mit dem ich alle persönlichen Dinge besprechen kann	0	1	2	3	4
Ich habe genug Menschen, die mir wirklich helfen, wenn ich mal nicht weiter weiß	0	1	2	3	4
Oft denke ich, dass Andere zu viel von mir verlangen und erwarten	0	1	2	3	4
Es gibt Menschen, die zu mir halten, auch wenn ich Fehler mache	0	1	2	3	4
Das Betreuungspersonal nimmt meine Gefühle nicht ernst	0	1	2	3	4
Es gibt Menschen, die mir ständig ein schlechtes Gewissen machen	0	1	2	3	4
Über ganz intime Dinge kann ich eigentlich mit niemandem sprechen	0	1	2	3	4
Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, der für mich gut erreichbar ist	0	1	2	3	4

Ich habe einen sehr vertrauten Menschen, mit dessen Hilfe ich in jedem Fall rechnen kann	0	1	2	3	4
Ich wünsche mir mehr Hilfsbereitschaft und praktische Unterstützung	0	1	2	3	4
Durch das Betreuungspersonal erhalte ich oft gute Tipps	0	1	2	3	4
Es gibt Menschen, denen ich alle meine Gefühle zeigen kann, ohne dass es peinlich wird	0	1	2	3	4
Oft wünsche ich mir an einem Ort zu leben, wo mich keiner kennt	0	1	2	3	4
Wichtige Personen versuchen mir vorzuschreiben, wie ich zu denken und zu handeln habe	0	1	2	3	4

Noch drei kurze Fragen zu ihrem Trinkverhalten.

Ein Glas Alkohol entspricht etwa 0,33 L Bier ODER 0,15 Liter Wein ODER 0,02 L Spirituosen

Wie häufig trinken Sie Alkohol?		2-4	2-3	4 Mal o-
	Nie	1-2 Mal	Mal	der häufi-
		pro Monat	pro	ger pro
		Monat	Woche	Woche
Wenn Sie an einem Tag Alkohol trinken, wie viele alkoholische Getränke trinken Sie dann typischerweise?	1 oder 2	3 oder 4	5 oder 6	7 oder 8
				10 oder mehr
Wie oft haben Sie im letzten Jahr an einem Tag 6 oder mehr alkoholische Getränke getrunken?	Nie	Seltener als 1 Mal pro Monat	1 Mal pro Monat	1 Mal pro Woche
				täglich oder fast täglich

Abschließend noch einige Fragen zu Ihrer Person.

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Alter: _____ Jahre

Höchster Bildungsabschluss: ☐ Hochschulstudium
☐ Matura
☐ Lehre
☐ Pflichtschule
☐ keiner

Nationalität: ☐ Österreich ☐ andere: _____

Fühlen Sie sich dieser Nationalität zugehörig?

☐ ja ☐ nein, sondern _____

(Mehrfachangaben möglich!)

Beziehungsstatus: ☐ ledig
☐ in einer Partnerschaft
☐ verheiratet
☐ geschieden
☐ verwitwet
☐ anderes

9.2 Abstract (Deutsch)

Hintergrund: Die Wohnverhältnisse wohnungsloser Menschen und soziale Unterstützung können die individuelle psychische Belastung beeinflussen (van Straaten et al., 2016; Wong & Piliavin, 2001). Insbesondere ältere Menschen mit physischen und psychischen Krankheiten werden von aktueller Forschung jedoch kaum berücksichtigt (Stergiopoulos et al., 2015). Die vorliegende Arbeit untersucht den Einfluss von Wohnqualität und sozialer Unterstützung auf psychische Belastung in einer betreuten Wohnform. **Methode:** Querschnittliche, quantitative Daten zu Wohnqualität, sozialer Unterstützung, psychischer Belastung und Trinkverhalten wurden in drei sozial betreuten Wohnhäusern an 75 BewohnerInnen ($M_{\text{Alter}} = 60.04$; $SD_{\text{Alter}} = 9.39$) erhoben. Soziale Unterstützung wurde operationalisiert als emotionale und praktische Unterstützung und soziale Belastung. **Ergebnisse:** Die BewohnerInnen des SOBEWO weisen eine höhere psychische Belastung als die Allgemeinbevölkerung auf ($t(74) = -7.08$, $p < .001$, $d_{\text{Cohen}} = 2.08$), die sich nicht in Abhängigkeit der Wohnhausgröße unterscheidet ($t(4442474.36) = 1.04$, $p = .299$, $d_{\text{Cohen}} = 0.16$). Emotionale -, praktische Unterstützung und Wohnqualität haben keinen Einfluss auf die psychische Belastung. Die Beziehung zwischen Wohnqualität und psychischer Belastung wird vollständig durch soziale Belastung mediert ($\beta = -.14$, BCa KI [- 0.31, - 0.02], $R^2 = .30$). Weder Wohnqualität noch soziale Unterstützung beeinflussen das Trinkverhalten. **Schlussfolgerungen:** Die wahrgenommene Wohnqualität beeinflusst möglicherweise die Bewertung der Interaktionen mit dem Personal. Soziale Belastung durch Betreuungspersonal trägt zur psychischen Belastung bei, soziale Unterstützung durch Betreuungspersonal verbessert diese jedoch nicht notwendigerweise. Ressourcen sollten weniger in Angebote für alle BewohnerInnen, sondern in individuelle Betreuung und Konfliktlösung investiert werden.

9.3 Abstract (English)

Objective: While the aging population has been rising over the last decade (Hahn et al., 2006), knowledge about elderly clients in homelessness has been neglected in research (Grenier et al., 2016). For this subgroup and residents with high psychological distress, housing quality and social support are crucial (Wetschka, 2013) and may influence psychological distress (van Straaten et al., 2016; Wong & Piliavin, 2001). **Method:** Cross-sectional data of 75 participants regarding housing quality, social support, psychological distress and drinking behavior were gathered ($M_{age} = 60.04$; $SD_{age} = 9.39$) in three assisted living homes. Social support was operationalized as emotional and practical support and social strain. **Results:** Residents of assisted living homes had higher levels of psychological distress compared to general population ($t(74) = -7.08$, $p < .001$, $d_{Cohen} = 2.08$), but showed no differences in psychological distress between the homes ($t(4442474.36) = 1.04$, $p = .299$, $d_{Cohen} = 0.16$). In multiple regression the social support dimensions were no significant predictors of psychological distress, but a mediation analysis found social strain to mediate the relationship between housing quality and psychological distress ($\beta = -.14$, BCa KI [- 0.31, - 0.02], $R^2 = .30$). None of the iv showed any influence on drinking behavior. **Conclusions:** The perception of housing quality may influence the appraisal of supporting staff actions. Further, negative appraisal as social strain may increase psychological distress, while positive appraisal of actions as social support may be unable to decrease psychological distress.